

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA NIÑAS CON
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

ELIZABETH CAJIAO ROJAS

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR
AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2007

57

25 MAY 2010

Asesoría del autor

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: Psicología Clínica
Facultad de: Psicología
Número de Código: _____
Nombre del estudiante: Elizabeth Cajiao Rojas
Cédula: EC-43-6559
Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de Tesis: " Aplicación de programa de intervención
terapéutica para niñas con síntomas de depresión víctimas de abuso
sexual".

Resumen Ejecutivo: El programa se elabora para un grupo de niñas con las características particulares de ser víctimas de abuso sexual que requieren una intervención terapéutica. Se trata de un estudio cuasiexperimental, donde se busca evaluar la efectividad del programa de la terapia cognitiva conductual grupal para disminuir los síntomas de la depresión. Después de las evaluaciones psicológicas, se divide en sesiones, donde se refuerzan los aspectos de autocontrol, asertividad, habilidades sociales, resolución de problemas. Para evitar repercusiones negativas a largo plazo, y construir una mejor calidad de vida. Se procede a evaluar antes y después del programa, por medio de entrevistas y la prueba psicológica de la depresión a las niñas, entre 9 a 12 años de edad.

Nombre del Asesor: Mgter. RICARDO LÓPEZ

Firma del asesor: _____

Firma del estudiante: _____

Firma del coordinador del programa: _____

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado y
Postgrado

Fecha: _____

16

ÍNDICE GENERAL

REGISTRO DE APROBACIÓN	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CUADROS.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
1.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	5
1.1.1 Definición de abuso sexual.....	5
1.1.2 Antecedentes históricos del abuso sexual.....	7
1.1.3 Modelos teóricos.....	9
1.2 TIPOS DE MALTRATO.....	19
1.2.1 Maltrato físico.....	22
1.2.2 Maltrato emocional.....	24
1.2.3 Maltrato por abandono.....	25
1.2.4 Maltrato sexual.....	28
1.3 REALIDADES Y MITOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	32
1.3.1 Categorías de abuso sexual.....	41
1.3.1.1 Incesto.....	41
1.3.1.2 Violación infantil o pedofilia.....	47
1.3.1.3 Vejación Sexual.....	53
1.3.1.4 Abuso sexual sin contacto físico.....	54
1.4 INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	56
1.4.1 Indicadores de comportamiento.....	56
1.4.2 Indicadores físicos.....	57
1.4.3 Indicadores psicológicos.....	62
1.4.4 Efectos del abuso sexual.....	63
1.4.4.1 Efectos a corto plazo.....	66
1.4.4.2 Efectos a largo plazo.....	68
1.5 CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	70

1.6 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	72
1.6.1 Definición de trauma.....	72
1.6.1.1 Descripción clínica.....	74
1.6.1.2 Etiología.....	74
1.6.1.3 Signos y Síntomas.....	76
1.7 TRAUMA.....	85
1.7.1 Tipos de trauma.....	85
1.7.2 Factores de riesgo.....	88
1.7.3 Epidemiología.....	90
1.7.4 Comorbidad.....	90
1.7.5 Tratamiento.....	91
1.8 LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	95
1.8.1 Definición de depresión.....	95
1.8.2 Tipos de depresión.....	96
1.8.3 Síntomas de depresión.....	97
1.8.4 Etiología de la depresión.....	99
1.8.5 Tratamiento.....	101
1.8.5.1 Psicoterapia psicoanalítica.....	101
1.8.5.2 Psicoterapia interpersonal.....	103
1.8.5.3 Terapia cognitiva conductual.....	104

CAPÍTULO SEGUNDO II

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑAS CON DEPRESION VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.....

111

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA.....	112
2.1.1 Terapia racional emotiva.....	112
2.1.2 Terapia cognitiva de Aaron Beck.....	116
2.1.3 Técnicas de control de la respiración y relajación de Jacobson.....	121
2.1.4 Reestructuración cognitiva.....	128
2.1.4.1 Los ABC de la reestructuración cognitiva.....	129
2.1.4.2 Creencias irracionales.....	132
2.1.4.3 Entrenamiento de habilidades sociales.....	133
2.1.2.4 Asertividad.....	134
2.1.2.5 Resolución de problemas.....	136
2.1.2.6 Autocontrol.....	139
2.1.2.7 Afrontamiento.....	140
2.1.2.8 Autoestima.....	141

CAPÍTULO TERCERO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.....

143

3.1 Planteamiento del problema.....	144
3.2 Justificación.....	144

3.3	Objetivo de investigación.....	145
3.3.1	Objetivo general.....	145
3.3.2	Objetivo específico.....	145
3.4	Hipótesis.....	146
3.4.1	Hipótesis conceptual.....	146
3.4.2	Hipótesis operacional.....	146
3.4.3	Hipótesis estadística.....	146
3.5	Estrategia de investigación.....	147
3.6	Variables.....	148
3.6.1	Variable independiente.....	148
3.6.2	Variable dependiente.....	148
3.6.3	Control de variables extrañas.....	148
3.7	Definiciones.....	150
3.7.1	Definiciones conceptuales.....	150
3.7.2	Definiciones operacionales.....	151
3.8	Población.....	152
3.8.1	Población Objeto.....	152
3.8.2	Población muestral.....	153
3.9	Muestra.....	153
3.10	Instrumento de medición.....	154
3.11	Técnicas de intervención.....	157
3.12	Procedimiento de tratamiento.....	158
3.13	Evaluación de los resultados.....	159
CAPÍTULO CUARTO IV		
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....		160
4.1	Resultados de la investigación.....	161
4.2	Presentación de los casos clínicos.....	172
CONCLUSIONES.....		221
RECOMENDACIONES.....		224
BIBLIOGRAFÍA.....		225
ANEXOS.....		228

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

	Página
I Consecuencias del abuso sexual infantil.....	70
II Presentación de las características generales del grupo.....	164
III Presentación del motivo de ingreso a la casa hogar del grupo.....	165
IV Puntuaciones brutas obtenidas antes y después del tratamiento con la Prueba de Depresión de Beck.....	166
V Prueba t para medias de dos muestras emparejadas: Depresión de Beck.....	171

FIGURAS y GRAFICAS

1. Datos del pre-test en la prueba de Depresión de Beck.....	162
2. Datos del post-test en la prueba de Depresión de Beck.....	162
3 Caja de los puntajes promedios en la prueba de Depresión de Beck.....	163
4 Porcentaje en la Prueba de Depresión de Beck al comienzo del Tratamiento.....	167
5 Porcentaje en la Prueba de Depresión de Beck al final del Tratamiento.....	168
6 Puntajes en la Prueba de Depresión de Beck aplicada antes del tratamiento.....	169
7 Puntajes en la Prueba de Depresión de Beck aplicada después del tratamiento.....	169
8 Gráfica de puntajes en la Prueba de Depresión de Beck aplicada antes y después del tratamiento.....	170

DEDICATORIA

A los padres de familia, a toda la sociedad en general para que puedan enseñar a los niños y niñas a protegerse y evitar el abuso sexual.

A los profesionales de la educación y la salud para que puedan detectar la existencia del abuso sexual y evitar que siga ocurriendo.

RESUMEN

Se efectúa esta investigación con la finalidad de desarrollar un programa de intervención psicoterapéutica grupal. El grupo está integrado por 16 niñas, víctimas de abuso sexual y provienen de un hogar sustituto donde albergan niños, niñas, y adolescentes referidos por abuso sexual, abandono, maltrato físico, psicológico y riesgo social. Es por ello que el programa se fundamenta en la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck. Los eventos que tienen más probabilidades de desencadenar el trastorno por depresión son el abuso, acoso sexual, y las violaciones, ya que ponen en peligro la integridad personal y la autoestima. Las repercusiones pueden ser a corto o largo plazo y son manifestaciones clínicas inespecíficas, difíciles de identificar como emergentes del abuso sexual. La depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales. En el programa de tratamiento psicoterapéutico se procedió a realizar entrevistas clínicas individuales, se les aplicó la prueba de Depresión de Beck, diseñada por el Dr. Aaron Beck, por consiguiente la utilización de la Terapia Cognitiva Conductual. Se dividió el programa en quince sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana, dos horas cada sesión. Es una investigación cuasiexperimental utilizando un diseño pre-test y post-test. Los resultados señalan que hubo cambios significativos en los niveles de depresión de la muestra.

SUMMARY

This investigation with the purpose takes place of developing a program of group psychotherapeutics intervention. The group this integrated by 16 children, victims of sexual abuse and comes from a home substitute where they lodge children, children, and adolescents referred by sexual abuse, abandonment, mistreat physicist, psychological and social risk. It is for that reason that the program is based on the Rational Therapy Touching Conductual de Albert Ellis and the Cognitiva Therapy de Aaron T. Beck. The events that have more probabilities of triggering the upheaval by depression are the sexual abuse, harassment, and the violations, since they put in danger personal integrity and the self-esteem. The repercussions can be to short or long term and are clinical manifestations un knows, difficult to identify like emergent of the sexual abuse. The depression is the pathology but related clearly to the sexual abuses. In the program of psicoterapéutico treatment it was come to make individual clinical interviews, was applied to the test of Depression of Beck, designed by the Dr Aaron to them Beck, therefore the use of the Therapy Cognitive Conductual, divided the program in fifteen sessions, with a frequency of two per week, two hours each session. It is a cuasiexperimental investigation using a design pre-test and post-test. The results indicate that there were significant changes in the levels of depression of the sample.

INTRODUCCIÓN

La vida de los niños y niñas en edad escolar es variada y los sentimientos acerca de sus grandes experiencias están mezclados, durante esta etapa desarrollan conceptos más reales acerca de sí mismos y de los que se requieren para sobrevivir y tener éxito. En esta etapa niños y niñas se vuelven más independientes y se relacionan más con otras personas; pero la familia permanece como una influencia vital. La vida de los niños y niñas puede estar profundamente afectada por los patrones de vida de su familia, como también por la sociedad a la que pertenece, especialmente cuando se presentan problemas de maltrato y abuso sexual.

En Panamá existe un subregistro significativo donde únicamente se denuncian el 2% de los casos de abuso sexual que se dan dentro de la familia y el 6% de los casos que se dan fuera de ella. En Panamá, el abuso sexual es la forma de maltrato más frecuente. Representa el 90% de los casos de abuso infantil reportados. En el Hospital del Niño, en la ciudad de Panamá, fueron atendidos entre 1990 y 1996, 759 menores de ambos sexos, víctimas de maltrato en general (físico, psicológico, sexual, secuestros, etc.). De estos, 453 casos fueron de abuso sexual, 158 presentaron enfermedades de transmisión sexual incluyendo infecciones por VIH.

Entre 1993 y 1997 se atendieron 810 casos de maltrato sexual. Entre 1995 y 1998 hubo 159 casos de abuso sexual de niños, niñas y adolescentes entre 1 y 14 años. Siete de cada diez casos atendidos fueron niñas, cinco fueron infantiles menores de un año y 36 casos entre uno y cuatro años.

UNICEF Panamá, trabaja junto con el Gobierno panameño para adecuar los marcos legales y así hacer cumplir los derechos de los niños y niñas y adolescentes panameños.

CAPITULO I
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 ABUSO SEXUAL INFANTIL

Todos los niños y niñas tienen en algún momento el riesgo de ser abusados sexualmente. Su edad, inmadurez, e inocencia, los pone en una posición de desventaja, y los adultos en una posición de poder y control. El abuso sexual infantil comprende todo acto en el que una persona, en una relación de poder; involucra a un menor, en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor tiene gratificación.

1.1.1 Definición de abuso sexual

Hay diferentes investigaciones y se señala que aún no existe una definición precisa sobre el abuso sexual a menores. Ni siquiera en cuanto al término que se debe utilizar hay un acuerdo, ya que hay términos como victimización sexual, violencia o agresión sexual.

(Finklehort, D; 1980) define el abuso sexual infantil como:

“Todo contacto o interacción entre un niño y cualquier adulto, en cuanto al niño es usado para obtener estimulación sexual o realizar el acto sexual”.

Lo que caracteriza la relación entre un adulto y un niño o niña, es la autoridad **del adulto** para exigir al niño que sea obediente y realice **determinadas** conductas, entendiendo por adulto los padres, hermanos mayores, criados, un **familiar**, un vecino, profesor, amistades de la familia, etc. En estos casos si la petición que hace el adulto es para obtener estimulación sexual infantil **sintiéndose** de su autoridad ya que el niño se encuentra en una situación de dependencia y desventaja.

Los abusos sexuales pueden definirse a partir de dos conceptos: el de coerción y el de la diferencia de edad entre el agresor y la víctima. La coerción por medio de la presión, la fuerza física o el engaño, debe ser considerada **como** criterio suficiente, para que una conducta sea considerada abuso sexual.

En lo referente a la diferencia de edad, el abuso sexual infantil puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente menor que el niño o niña. La cual impide la libertad de decisión.

Por su parte, (Kempe, H; 1996), fundador de la Sociedad Internacional para la Prevención de los Niños Abusados Sexualmente y Maltratados, define el abuso sexual como:

“La implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de estos, siendo los **menores de** edad inmaduros y dependientes y por tanto **incapaces** de comprender el sentido radical de estas actividades y dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión, por la violencia o la seducción, y **transgreden** tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares”.

El término abuso sexual designa el uso abusivo e injusto de la sexualidad. **Refleja** la idea de que no existe relación apropiada entre un niño y un adulto, atribuyendo la responsabilidad de este tipo de acto exclusivamente al adulto. El **acto sexual** no sólo se reduce al aspecto genital, reconoce todo acto o gesto por el cual un adulto obtiene gratificación sexual.

1.1.2 Antecedentes históricos del abuso sexual

Las distintas modalidades de violencia a lo interno de la familia no es una novedad de esta época, ya que antes de la era cristiana, su incidencia ha sido reportada prácticamente en todas las sociedades, siendo aceptada socialmente, no obstante, no es sino hasta hace poco que la problemática se ha discutido como parte de la realidad que viven muchas personas.

Es de suma importancia hacer explícito el uso de las categorías conceptuales valorativas que definen un hecho psicológico o social como "problema", el "maltrato", el "abuso sexual" y la "violación" son definidos como "problemas" psicológicos y/o sociales. Existen hechos o eventos sociales, psicológicos, biológicos y químicos que ocurren en la "realidad".

Esto no significa negar una realidad social y/o psicológica. Este análisis histórico y conceptual nos permitirá entender los **modelos** de explicación, la funcionalidad o no de estos; los valores subyacentes al definir un problema, y el

tener un mayor criterio para poder evaluar en su "real" dimensión la importancia o no de determinados "problemas" psicosociales.

A lo largo de la historia cultural e ideológica de los países, estas prácticas, interacciones de "abuso", "maltrato", violación", no han sido valoradas de la misma manera. No siempre han sido un "problema" para determinadas culturas, y al contrario, eran una práctica cotidiana esperada. El problema es aceptar que existe un solo criterio de carácter universal de valoración social y cultural de interacciones entre los individuos.

Los códigos penales de diversos países consideran ciertas conductas sexuales como socialmente inaceptables, aunque hay diversas definiciones de los delitos sexuales y diferentes castigos a través de las culturas y las épocas, la mayoría considera, hoy, como delictivas la violación, el estupro, el abuso de menores, el incesto, el exhibicionismo.

Al revisar los registros históricos, podemos encontrar hechos que explica el papel de subordinación que las mujeres, niños y niñas enfrentan en la sociedad actual y las condiciones en que se permiten los abusos sexuales dentro del contexto familiar. (Batres, M; 2000).

Esta relatividad socio-cultural explica las ambigüedades y falta de criterios claros para poder definir el maltrato, el abuso sexual y la violación. Desde que la Declaración de los derechos internacionales del niño irrumpió en el mundo hace apenas 42 años, nacieron organizaciones encargadas de difundir y presionar a los pueblos y gobiernos en pro de la defensa de los niños. La legislación sobre el

abuso sexual infantil va de su mano, y los países van apropiándose de ella y dándole forma.

1.1.3 Modelos teóricos

Existen diferentes teorías que tratan de explicar porqué se abusan sexualmente a los niños, cuales pueden ser las causas que precipitan o contribuyen, a que se debe dicha situación para así poder evitarlo. Algunos tratan sobre el abusador y otros sobre la víctima, algunas sobre el contexto familiar y sobre las fuentes sociales y culturales.

Para guiar nuestro conocimiento, valoración, tratamiento y prevención del abuso infantil, es necesario desarrollar modelos explicativos. Los primeros modelos explicativos del abuso sexual a menores adoptaban perspectivas teóricas ya existentes para explicar el abuso.

Estos esfuerzos tuvieron como resultado la aparición de numerosos modelos que eran esencialmente explicaciones unifactoriales. Dichos modelos estaban basados en perspectivas biológicas, psiquiátricas, feministas, cognitivas y conductuales. Aparecen los modelos organizacionales, que intentan tomar en consideración múltiples factores procedentes de diferentes perspectivas teóricas.

Estos incluyen el modelo de múltiples sistemas (Trepper y Barrett 1989), el modelo de cuatro factores (Finkelhor, 1984) y el modelo Cuadripartido (Hall y Hirschman, 1992).

Modelo familiar

Dentro de esta teoría se toma en cuenta tres factores como causa del abuso sexual infantil que han sido ampliamente estudiadas por (Finkelhort, D; 1985). Como primer factor el aislamiento parece promover la victimización sexual del niño por el hecho que las familias se apartan de la interacción social con otras familias y se centran en si mismas; propiciando que las aberraciones sexuales que ordinariamente se desarrollan con personas fuera de la familia ocurran dentro de esta.

El aislamiento social proporciona un ambiente que permite y a veces propicia que las desviaciones surjan sin dificultad. Así mismo este aislamiento libra a las familias de los prejuicios de un entorno social, que son los que refuerzan los tabúes sexuales de manera que se ven libres para desarrollar cualquier comportamiento sexual ya que no cuentan con modelos para imitar, ni parámetros para evaluar sus actuaciones, por lo que todo está dentro de lo normal.

Por lo general, las niñas víctimas de abuso sexual infantil del modelo familiar son hijas de matrimonios infelices y el sexo de los cónyuges no es gratificante o simplemente no lo hay. Los padres en muchos casos son autoritarios y además no pueden o no quieren cumplir con lo necesario en el hogar. Por otra parte la madre no está en capacidad de satisfacer las funciones que les corresponde.

Modelos biológicos

El modelo biológico más habitual es el *modelo fisiológico* que propone que la principal causa del abuso sexual es la excitación sexual desviada. Este modelo está basado, en parte, en el descubrimiento de que muchos abusadores sexuales de menores muestran igual o mayor excitación genital ante estímulos relacionados con niños y niñas que ante los relacionados con adultos. Uno de los problemas que presenta este modelo es que algunos hombres que no son abusadores sexuales de menores, especialmente hombres jóvenes, responden a estímulos relacionados con menores, mientras que algunos abusadores no presentan la respuesta esperada.

Otros investigadores con una orientación biológica han discutido el posible rol de la testosterona en el abuso infantil. Estos niveles, sugieren que los niveles anormales de testosterona están relacionados con la probabilidad de agresiones sexuales pero no explican cómo estos anormales niveles de testosterona repercutirán en la elección de los menores como objeto del abuso.

Por el momento, la literatura empírica no clarifica suficientemente la naturaleza y/o extensión de la relación existente entre los niveles de testosterona y el abuso sexual infantil.

Modelos psiquiátricos

Los modelos psiquiátricos que describen la etiología de las interacciones sexuales padre-hijo datan de la teoría de la seducción de Freud que relaciona la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, con la histeria en la etapa adulta. En parte porque esta teoría sugería una alta prevalencia de abuso sexual infantil intra familiar, la teoría de la seducción fue reforzada por Freud como fantasías reprimidas y no satisfechas relacionadas con la sexualidad del menor más que con acontecimientos reales. Esta reformulación tuvo varias consecuencias importantes.

Con el desarrollo de la idea de la sexualidad infantil, los menores fueron vistos como deseosos de contacto sexual, como adultos más que como víctimas inocentes. Como parte de esta conceptualización, se atribuyeron cualidades seductoras a los menores. Además esta teoría desplazó del comportamiento adulto a las actividades intra psíquicas del niño, el foco de la discusión sobre posibles abusos sexuales infantiles.

Aunque el efecto de la atribución Freudiana de cualidades seductoras del niño todavía es evidente hoy en día, los modelos psiquiátricos más actuales tienden a focalizarse en las características del perpetrador, incluyendo psicopatología del ofensor, como la causa del abuso sexual infantil. Por ejemplo, muchos de los actuales defensores de la teoría psicoanalítica sugieren que las causas del abuso sexual infantil están relacionadas con conflictos o traumas no resueltos de la infancia del ofensor.

En un intento de explicar el comportamiento del ofensor, el foco se sitúa en la fijación o en la regresión a la fase fálica del desarrollo psicosexual. Como resultado de esta fijación o regresión, hay una lucha inconsciente cargada de ansiedad sobre la adecuación sexual y un miedo relacionado de castración. Los conflictos edípicos no resueltos, son vistos como la causa del abuso sexual infantil.

Por lo tanto, los abusadores sexuales de menores pueden ser de dos tipos: "fijados" (preferencia sexual de larga permanencia y generalmente desarrollada a una temprana edad) o "regresivos" (comportamiento sexual no representativo de las preferencias sexuales generales del individuo). Desde esta perspectiva, tanto la fijación como la regresión pueden derivar de la selección por parte de los abusadores de un objeto sexual inmaduro, que es el menor.

Desafortunadamente, los esfuerzos por demostrar la existencia de estos dos tipos de abusadores han tenido un éxito limitado. Otro problema radica en que la teoría psicoanalítica no explica adecuadamente el hecho de que la mayoría de los abusadores sean hombres y la mayoría de las víctimas mujeres. Los conflictos inconscientes se manifiestan a través de conductas abusivas en los hombres y no en mujeres, especialmente si tenemos en cuenta que son las niñas las principales víctimas del abuso sexual.

Modelos feministas

En este modelo, el abuso sexual es redefinido. El abuso sexual no es visto como un acto sexual; por el contrario, el abuso sexual infantil, en la perspectiva feminista, está causado por el desequilibrio de poder, existente en la familia patriarcal tradicional. Se piensa que este desequilibrio de poder, en el que el padre domina a la esposa y a los niños, lleva al padre a percibir a los miembros familiares como posesiones que puede usar según sus deseos. Además, el abuso sexual infantil es visto como un proceso por el cual el sexo se convierte en un acto de agresión utilizado por los hombres para mantener su masculinidad y poder.

Las feministas afirman explícitamente que el patriarcado, entendido como la dominación masculina en el plano social, está causalmente relacionado con el desarrollo del comportamiento abusivo. Por ejemplo, (Adams Trachtenberg y Fisher, 1992) concluyeron que el patriarcado es la causa del abuso sexual de las mujeres y los niños.

(Birns y Meyer, 1993) afirman que el incesto obviamente ocurre en familias disfuncionales, sin embargo, la causa del incesto no puede ser de las familias disfuncionales, mas bien el abuso sexual debe ser visto como algo que ocurre en el contexto de la dominación masculina y la desigualdad de poder que son reproducidas dentro del hogar.

La conceptualización feminista del abuso sexual infantil aporta una explicación para el hecho de que la mayoría de los ofensores sexuales sean hombres. Sin embargo, no explica adecuadamente por qué algunos hombres abusan sexualmente de los menores y otros no.

El modelo feminista tampoco explica por que las mujeres podrían ser abusadoras sexuales. Más importante aún, algunas feministas atribuyen la única causa del abuso sexual a un único factor, el patriarcado, excluyendo otros factores que han mostrado estar asociados con el abuso sexual infantil. Por ejemplo, como se ha indicado anteriormente, (Birns y Meyer, 1993) concluyen que el abuso sexual no puede ser atribuido a otros factores como la familia disfuncional, sin aportar ningún dato experimental que avale su afirmación.

Modelo cognitivo-conductual

Existen muchos modelos. Inicialmente los terapeutas conductuales conceptualizaron el término de motivación sexual. Se pensaba que el abuso sexual infantil estaba causado y mantenido por preferencias sexuales inapropiadas (desviadas).

Sin embargo las conceptualizaciones más recientes se han ampliado e incluyen diversos factores, como consideraciones acerca del procedimiento de la información social y las habilidades sociales.

Algunos investigadores cognitivo-conductuales han adoptado la perspectiva del aprendizaje social para explicar el abuso sexual infantil. Dichos investigadores enfatizan la importancia del modelamiento y experiencias tempranas de condicionamiento. Por ejemplo, se ha especulado que el ofensor frecuentemente recuerda sus experiencias sexuales iniciales durante la excitación sexual.

Modelos de sistemas familiares

Los modelos de sistemas familiares consideran que el abuso sexual está causado por un sistema familiar disfuncional. Puesto que el abuso sexual infantil es visto como producto de un sistema familiar problemático, cada uno de los miembros de la familia potencialmente ha contribuido al abuso sexual al menor. Así mismo, cada miembro de la familia, incluido el abusador puede ser visto como una víctima del sistema familiar disfuncional.

Aunque la investigación indica que los factores familiares contribuyen al riesgo del abuso infantil, hay muchos problemas con la estricta explicación de los sistemas familiares. Una preocupación frecuente mencionada es la posibilidad de que la víctima y otros miembros familiares, como la esposa, pueden ser culpabilizados por el abuso sexual infantil.

Modelos organizacionales

Se han propuesto diversos modelos organizacionales como guías para explicar diversos tipos de abuso sexual infantil. En contraste con los modelos unifactoriales, los modelos organizacionales adoptan un punto de vista más amplio de los factores causales y a menudo abarcan factores del perpetrador, familiares y sociales.

Desde la perspectiva organizacional, los padres pueden volverse sexualmente abusivos como resultado de sus propias experiencias de maltrato de la infancia, así como de sus inadecuadas habilidades interpersonales y paternas. También puede ser enfatizado el rol jugado por otros miembros de la familia y por factores de tipo cultural.

Modelo multisistémico

El modelo multisistémico fue diseñado para englobar las características más salientes de otros modelos ya existentes (Trepper y Barrett, 1989). Este modelo identifica cuatro sistemas que parecen tener un impacto en la probabilidad de ocurrencia del abuso sexual infantil: Factores socio-ambientales, factores de la familia de origen, factores psicológicos individuales y factores del sistema familiar.

Los factores socio-ambientales aluden a variables culturales que pueden contribuir al abuso sexual. Los factores de la familia de origen se refieren, por ejemplo, a las experiencias de la infancia del abusador entre las que pueden encontrarse modelos inapropiados, comportamiento abusivo, y ausencia de un ambiente de cuidado y afecto.

Los factores individuales psicológicos incluyen un amplio rango de características de los ofensores (ej. excitación sexual desviada, baja autoestima, depresión, habilidades sociales inadecuadas) que han sido identificadas. Los del sistema familiar se refieren a los posibles roles que pueden jugar otros miembros de la familia en el abuso.

En el modelo multisistémico no se propone cuál de los posibles sistemas intervinientes tiene mayor peso específico en la ocurrencia del abuso. De hecho, el modelo sugiere que puede ser contraproducente sopesar los diferentes sistemas, ya que esta atribución de pesos podría provocar que se ignorasen importantes contribuciones de algunos de los sistemas.

Modelo de cuatro factores

(Finkelhor, 1985) desarrolló el modelo organizacional de cuatro factores. Como indica Finkelhor, en este modelo no se adoptan nuevas explicaciones, mas bien, el modelo proporciona un método para organizar las diversas, y a veces opuestas teorías y resultados encontrados.

El modelo de cuatro factores incluye: congruencia emocional, excitación sexual, bloqueo y exhibición. *El factor de congruencia emocional* trata de explicar por qué para un abusador, es emocionalmente más congruente relacionarse con un niño que con un adulto.

El factor de excitación sexual intenta aclarar por qué el ofensor encuentra a un niño sexualmente excitable. El bloqueo aporta explicaciones acerca de las razones por las que los ofensores tienen bloqueadas sus habilidades para cubrir sus necesidades emocionales y sexuales en relaciones adultas. Por último, el factor de desinhibición explica por qué el ofensor no parece mantener las inhibiciones convencionales contra el abuso sexual de los menores.

Aunque el modelo de cuatro factores de (Finkelhor, 1985) clarifica diversos resultados técnicos y de investigación, algunas variables no encajan bien en los cuatro factores. Asimismo, algunos teóricos sugieren que el abuso sexual infantil no entraña principalmente aspectos sexuales. Por ejemplo, algunos autores estiman que el poder y el control son los aspectos principales del abuso sexual infantil, mientras que el modelo de (Finkelhor, 1984) asume que las cuestiones sexuales son básicas.

1.2 TIPOS DE MALTRATO

El abuso sexual como topología de maltrato infantil, no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores. En muchos casos esta interacción dará lugar a uno o más

tipos de maltrato. Por lo que no podemos considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno ajeno al resto de tipologías.

Para (Kempe, 1996) la referencia al maltrato infantil supone la existencia de cuatro categorías que lo clasifican: violencia física, abandono físico y emocional y maltrato sexual.

El maltrato es reconocido propiamente dentro de los inicios de la década de los sesenta, por los estudios de (Kempe, 1996) quien lo define como:

“ El uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida esta fuerza por parte de los padres o de las otras personas responsables del cuidado del menor”.
Tiene un sin número de manifestaciones que van desde agredir físicamente hasta realizar experimentos científicos en orfanatos y comunidades.

El maltrato es un síndrome universal, puede ocurrir desde un nivel familiar hasta un nivel macro. Generalmente es un círculo vicioso que pasa de una generación a otra. Se hace frecuente cada día debido a las actitudes de tolerancia y aceptación por la sociedad, de violencia; lo cual hace que se trate en el nivel social donde ocurre el hecho.

El maltrato infantil se subdivide en dos grupos:

1) Pasivo: Comprende *el abandono físico*, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende *el abandono emocional* que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias, y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.

2) Activo: Comprende *el abuso físico* que consiste en cualquier acción no accidental por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor. La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. También comprende el abuso sexual que consiste en cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar, tutor o cualquier otro adulto. La intensidad del abuso puede ir desde el exhibicionismo hasta la violación.

El abuso emocional también entra en esta categoría *de abuso activo* y se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas de abandono, etc.) y el bloqueo constante de las iniciativas infantiles (puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Otra forma de maltrato infantil es el caso de los niños testigos de violencia cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios comparativos muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso (Corsi, J; 1995).

Respecto a lo que se refiere a las agresiones psíquicas o psicológicas, que están dirigidas a dañar la integridad emocional del niño ellas comprenden todo tipo de manifestaciones verbales y gestuales, así como actitudes que los humillan y degradan pero esto no es lo más grave, pues las heridas del cuerpo duelen pero tienden a cicatrizar pero las heridas del alma –que no dejan evidencia física- tardan mucho más en sanar, si es que sanan antes de que se le

acumule otra herida más. Estas generan sentimientos de desvalorización, baja estima e inseguridad personal los cuales más tarde pueden manifestarse en violencia social.

1.2.1 Maltrato físico

No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición es:

“Todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un abuso sexual.” (NCCAN, 1998).

Esta definición está en concordancia con la existente en el manual de psiquiatría DSM-IV.

Los signos físicos de maltrato infantil originalmente se denomina “Síndrome del niño golpeado”, representado por múltiples fracturas en diferentes estados de cicatrización. Las fracturas ocurren en momentos diferentes en niños demasiado pequeños como para haber tenido fracturas como resultado de un accidente.

La definición de maltrato infantil se ha extendido de manera significativa. Además de múltiples fracturas con diferentes edades, lo que ahora se llama **Maltrato físico infantil** o **Trauma infantil no accidental**, también contiene otros numerosos signos de lesiones infligidas.

El **código penal** aprobado en Panamá mediante la ley No. 18 del 22 de septiembre de 1982. Sufrió una sustancial modificación mediante la ley No. 27 del 16 de junio de 1995, que no sólo engloba en delito la violencia **intra familiar** y el maltrato a menores, sino que también modifica aquellos artículos que tienen relación con los delitos de incesto, violación, estupro, actos libidinosos y corrupción de menores.

El trauma del abuso sexual puede durar toda la vida, ya que la agresión sexual es el acontecimiento que más probabilidad tiene de dar lugar a un trastorno por **estrés** posttraumático. Entre los síntomas más comunes asociados se destaca la depresión. Muchos sufren de episodios depresivos posteriores, entre ellos la pérdida del interés, la disminución de la autoestima e incluso en casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes.

La aportación de esta investigación es tratar de corregir las distorsiones cognitivas y se centra en disminuir los síntomas depresivos. Con el programa de intervención terapéutica grupal, utilizando la **Terapia-Cognitiva Conductual** dirigida para niñas con maltrato sexual, se pretende poner en práctica una intervención psicológica en un grupo de niñas del **hogar** San José de Malambo, lugar donde se les ofrece un hogar a niños y niñas y adolescentes en situaciones difíciles que provienen de familias en situación de pobreza, riesgo social y sin una alternativa familiar. Además se pretende ayudar a estas niñas a afrontar problemas en situaciones difíciles, a fortalecer su autoestima y sus habilidades sociales.

El estudio se encuentra dividido en cuatro capítulos: En el primero y el segundo capítulo se destaca la fundamentación teórica con la cual se sustenta la presente investigación. En el tercer capítulo se presenta la metodología de la investigación del programa. Luego, en el cuarto capítulo, se presentan los resultados con las interpretaciones de la investigación, las conclusiones y recomendaciones.

El maltrato tiende a ocurrir en situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Muchos de quienes cometen maltrato tienen antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia y a menudo no tienen conciencia de que el maltrato no es la forma apropiada de disciplina. Las personas que maltratan, a menudo, también tienen muy poca capacidad de controlar sus impulsos, lo cual impide que piensen en las consecuencias de sus actos.

Dado que los adultos son mucho más fuertes y grandes que los niños, estos últimos pueden sufrir grandes lesiones o pueden incluso resultar muertos involuntariamente. Por ejemplo, sacudir un bebé, especialmente si la cabeza golpea algo, incluso contra un objeto suave como un colchón o una almohada, puede provocar sangrado en el cerebro (hematoma subdural), lo cual puede causar daño cerebral permanente o la muerte.

Infortunadamente, la tasa de maltrato infantil es bastante alta y la forma más común es el abandono. Los mayores factores de riesgo relacionadas con las personas que infligen el maltrato incluye pobreza, falta de educación, ser padre o madre soltera, el alcoholismo y el consumo excesivo de otras drogas.

Según (Arroyo, U; 1986), señala que los signos de maltrato físico son: quemaduras, mordidas, heridas o raspaduras en la boca, labios encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso, cortes o pinchazos, lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales.

1.2.2 Maltrato emocional

Cuando se abusa emocionalmente, se está sembrando la violencia y dando las pautas para que esté sea aprendida por los demás, en otras palabras se forma con mal ejemplo a personas violentas, quienes oportunamente serán también violadores emocionales en perjuicio de otras. En consecuencia, las conductas violentas son conductas aprendidas y transmitidas a través del trato cotidiano.

Las formas que tienen estas violencias son por señalar dos extremos: Falta de amor en sus diversas formas (negligencia, indiferencia, descuido, abuso de autoridad), como también sobre-exigencias para el éxito y los logros, que cuando son desmedidas sólo generan fracasos.

Estos abusos parecen poco importantes, pero no lo son, la impaciencia, descalificación, la intolerancia son abusos emocionales que gota a gota, generan baja autoestima y violencia en el niño. Quien los hace, se dé o no cuenta, generalmente ha pasado por una larga experiencia de aprendizaje y lo ha "internalizado"; se ha apropiado de este tipo de conducta y ya no puede discriminarlas; son parte de su forma de ser y solamente son vistas con claridad por quien las sufre.

La privación afectiva para el lactante, tal vez sea una de las primeras formas de abuso emocional y es tan peligrosa como la privación de alimentos. En la necesidad afectiva el niño se basa en su autoestima.

Cuando hay carencia afectiva se altera su capacidad para establecer relaciones humanas. Las carencias de estas condiciones afectivas por parte de los padres, constituyen un déficit que el niño recibe con claridad y que por lo tanto, incide en su desarrollo total. La carencia afectiva es una forma de abuso emocional.

1.2.3 Maltrato por abandono

La familia, es a los niños y las niñas como un segundo útero en el que se terminan de gestar, porque cubre sus necesidades básicas, de alimentación, abrigo, seguridad, cuidado y amor. En un contexto de protección, los niños crecen y desarrollan sus potencialidades, el problema es cuando estas seguridades básicas no existen y la cercanía vital es desconocida para los niños. Por su edad y percepción extremadamente sensible, identifican el grado y tipo de atención que reciben, sobretodo cuando experimentan, el rechazo y el abandono.

(Arruabarrena, 1998) define el maltrato por abandono como:

“Aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el menor”.

El abandono no es exclusivamente, lo que reportan los medios de comunicación cuando aparecen recién nacidos o niños pequeños en las calles. El abandono infantil tiene otro matiz, más sutil y que viven los niños y las niñas en el hogar y consiste en todo comportamiento que provoca descuido y desatención de las necesidades básicas, así como la ausencia de los derechos humanos de los niños y las niñas

El abandono infantil es una actitud de negligencia y descuido de los adultos a los pequeños y se observa en la falta de alimentación, vestido, higiene personal, atención médica y vivienda; desinterés en todo lo referente a su educación; y además incluye exponer a los niños a la violencia de la pareja.

Las consecuencias del abandono infantil son muy graves porque todos los seres humanos para su crecimiento necesitan ser tocados, mecidos en brazos afectivos, escuchados y mimados. No es raro encontrar que estos niños, son los que tienen mayores problemas de salud y de integración social y por lo tanto poseen menos recursos para enfrentar la vida. La desprotección infantil es una vivencia que los niños y las niñas identifican con el desamor, la no aceptación y el rechazo. Aunque el abandono infantil está relacionado con la pobreza, esto no significa que en otros sectores sociales, los niños no sean abandonados.

El abandono infantil tiene diferentes expresiones, asociadas generalmente con la dinámica familiar, la falta de redes de apoyo a la madre; la migración de las zonas rurales a las grandes ciudades, etcétera.

Las causas del abandono infantil son múltiples: una expulsión de los niños por parte de la familia; en otros casos son los menores difíciles de educar; el hijo o hija problema que no tienen límites, que presentan ausentismo o deserción escolar; que se fugan del hogar, que se encuentran expuestos a drogas, violencia sexual y callejerización.

Los niños y niñas que se encuentran en esta situación, al carecer del afecto familiar no pueden establecer vínculos cercanos y estables durante su vida, les será muy difícil relacionarse, en razón de que no tienen la estructura emocional necesaria para vincularse. Y probablemente cuando sean adultos y tengan hijos, también los abandonarán.

La negligencia infantil se produce únicamente cuando los padres no satisfacen las necesidades básicas, la mayoría de los niños en un ambiente socialmente empobrecidos, marginados y cuyos padres no tienen posibilidad de satisfacer sus propias necesidades ni la de sus hijos, no serían niños maltratados (Arruabarrena & De Paúl 1998).

El abandono infantil como conducta vinculada a la ausencia de maternidad o paternidad se repetirá, por lo menos tres generaciones sucesivas reconocidas como tales, porque poseen un referente común: un pasado de abandono infantil.

El problema esencial de la conceptualización de abandono no se encuentra precisamente en el tipo de necesidades no satisfechas. Lo que provoca la no satisfacción de tales necesidades es siempre la omisión de ciertos comportamientos por parte de los responsables de su bienestar.

1.2.4 Maltrato sexual

La mayoría de estos delitos se producen en el ámbito del hogar, siendo el abusador muchas veces un miembro de la familia o un conocido de esta y el menor.

(Kempe, R y H. 1985) lo define el maltrato sexual como: "La implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informando o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares".

El abuso sexual de los niños es más común de lo que las personas creen, por lo menos 1 de 5 mujeres y 1 de 10 hombres dicen haber sufrido abusos sexuales durante la niñez. El educarse a sí mismo y a sus niños sobre el abuso sexual, puede ayudar a prevenir que esto le pase a niños y saber que hacer si le sucede. Cualquiera de los siguientes actos de un adulto o un niño mayor se consideran abusos sexuales:

- Acariciar los genitales de un niño
- Convencer a un niño que le acaricie los genitales
- El contacto de los genitales de un niño con la boca
- Tocar al niño con los genitales
- Penetrar la vagina o el ano de un niño
- Enseñarle los genitales a un niño
- Enseñarle pornografía a un niño

- Utilizar a un niño como modelo para hacer la pornografía.

Frecuentemente los adultos y los niños mayores, personas que los niños conocen y pueden influenciarlos, los abusan usando la intimidación. En 8 de cada 10 casos reportados el niño conoce a la persona. Frecuentemente el abusador es una persona de autoridad en quien el niño confía o ama.

Muchos padres suponen que sus niños les dirán a ellos o a otro adulto de confianza si alguien le está abusando sexualmente. Los abusadores frecuentemente intimidan o convencen al niño para que no diga nada. El niño puede creer que el abuso sexual es su culpa y que le castigarán si alguien descubre lo que está pasando.

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

Las primeras declaraciones de abuso de un niño pueden ser incompletas o vagas. El niño puede aludir al problema para ver si recibirá un castigo. Los niños abusados pueden decirle a un amigo. Luego, el amigo le puede decir a un adulto. Los niños pueden hablar sobre el abuso después de haber pasado por un programa de seguridad personal en la escuela. El comportamiento del niño puede causar que los padres sospechen un abuso.

Los siguientes cambios de comportamiento del niño, pueden ser síntomas del **abuso sexual**:

- Un temor reciente y obvio de una persona (hasta un padre) o de ciertos lugares
- Una reacción no normal, ni anticipada cuando se le pregunte si alguien lo ha tocado
- Dibujos que muestran actos sexuales
- Cambios de comportamiento repentinos, tal como el orinarse en la cama o una pérdida del control de las evacuaciones
- Una conciencia repentina de los órganos genitales
- Actos y palabras sexuales compartidas con otros niños o animales
- Preguntas sobre la actividad sexual que no son apropiadas para su edad
- Cambios en los hábitos de dormir, tal como pesadillas en los niños pequeños
- Estreñimiento o el negarse a evacuar.

Las señales físicas del abuso pueden incluir:

- Dolor, enrojecimiento o sangre en el ano o los órganos genitales
- Una secreción inusual del ano o la vagina
- Enfermedades de transmisión sexual, tal como la gonorrea, clamidia o verrugas genitales

- Frecuentes infecciones urinarias en las niñas
- El embarazo en las jóvenes

Los niños tienden a ignorar las cosas que los hace sentir incómodos, en vez de reconocerlas como advertencias. Si el niño habla sobre el abuso, se debe escuchar atentamente y tomar el asunto en serio. Cuando se le ignora, no le creen o se castiga la petición de ayuda del niño, es posible que no se arriesgue a decirlo otra vez. Como resultado, el niño puede ser una víctima de abuso durante meses o años. Se debe explicar al niño que es aceptable hablar sobre los sentimientos incómodos.

Si el niño indica que ha sido abusado, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Hacer frente al problema. Escuchar las razones por las cuales el niño comentó el abuso. Decirle al niño que no es su culpa. Darle mucho amor, hágale sentir cómodo y tranquilo. Si el adulto está enojado, asegurarse que el niño sepa que no está disgustado con él y que se le va a ayudar. Decirle qué valiente es por haberle contado y que se entiende el temor que él o ella siente. Esto es especialmente importante si un amigo de la familia o un familiar lo abusó.
2. Hacerse cargo de la situación. Proteger al niño para evitar más abuso.

1.3 REALIDADES Y MITOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Se quiere plantear el tema de los mitos y realidades de la explotación sexual tanto de niños como de niñas. Al hablar de mitos se hace referencia a ciertas creencias o representaciones colectivas que no solamente permiten dar cuenta de una parte de la realidad para el grupo dado sino que también, de hecho, construyen esa realidad; los mitos crean y mantienen una imagen de la realidad que pueden ser lesiva para niños y niñas involucrados en el abuso y explotación sexual, en tanto al mismo tiempo deforman esa realidad; obstaculizando la viabilidad de los mecanismos y estrategias de superación.

En un estudio llevado a cabo por (López, 1999) señala que también es usual creer que los abusos sexuales ocurrieran en su entorno inmediato nos enteraríamos; pero la realidad es otra, la mayor parte de los abusos sexuales no son conocidos por las personas más cercanas a las víctimas, más bien tienden a ocultarlo; por otra parte también es frecuente creer que los abusos sexuales a menores sólo ocurren en ambientes muy especiales, asociándolos con la pobreza, baja cultura, etc, pero lo cierto es que estos ocurren en todas las clases sociales y en todas las zonas geográficas.

Los niños y niñas abusados(as) sexualmente se convierten en víctimas de la explotación sexual. La relación entre abuso sexual y prostitución está bastante documentada; más del 90% de los casos de niños y niñas víctimas de

explotación sexual han padecido el abuso en el medio familiar y el entorno adyacente; al mismo tiempo es una realidad que del total de abusos sexuales que se cometen contra los niños y las niñas apenas una mínima parte es denunciada; el silencio cómplice que se cierne sobre el abuso sexual condena a las víctimas a una expiación solitaria, a un manejo culposo de la ira y el dolor y a la búsqueda desesperada de mecanismos de alivio.

Hoy por hoy, como sucede con la mal llamada epidemia del sida, no son los homosexuales el único ni el principal grupo poblacional vulnerable a los vejámenes de la explotación sexual; y esto debería alertar a los padres y madres, a las instituciones escolares, a las comunidades barriales y al conjunto de los ciudadanos y ciudadanas para emprender acciones más contundentes en aras de la prevención del abuso y la explotación sexual infantil.

Se sabe que hay niños, niñas y adolescentes que son explotados sexualmente por fuera de los sectores populares en donde la canalización de la sexualidad permite todo tipo de prácticas como formas de expresión de una liberalidad a ultranza, prácticas que son perfectamente encubiertas tras el poder omnímodo del dinero, el apellido y el estatus.

MITOS

1. Nunca me pasará.
2. El violador es un desconocido. La mayoría de los asaltos sexuales suceden en una calle.
3. Es fácil conocer a un violador.
4. La violación es un crimen motivado por el sexo.
5. Secretamente las mujeres quieren ser violadas.
6. Solo mujeres jóvenes atractivas quieren ser violadas.
7. Una mujer no puede ser violada por un familiar.
8. Es físicamente imposible violar a una mujer que se resista a ello.
9. Las mujeres son incapaces de defenderse.
10. Los violadores son enfermos mentales o pervertidos sexuales.
11. El violador es un hombre sexualmente insatisfecho, cargado de un incontrolable deseo sexual.
12. Sólo las mujeres pueden ser violadas.
13. No hay manera de garantizar que cesen los asaltos sexuales.

HECHOS REALES

1. Todas las mujeres pueden ser víctimas del asalto sexual. De cualquier edad, raza, clase económica, ocupación, religión.
2. La mayoría de los abusos son planeados y suele suceder en casa de la víctima, y el asaltante es un pariente, amigo, vecino o conocido de la misma.

3. La mayoría de los violadores aparentan ser normales. Están casados y son jóvenes.
4. La violación es un asalto violento que se lleva a cabo sexualmente. Viola no sólo la integridad personal sino también su sentido de seguridad y dominio de su propia vida.
5. Las mujeres que tienen fantasías sobre el abuso sexual pensarán en el sexo agresivo. Sus fantasías no reflejan lo que es la violación, frecuentemente brutal, aterradorizante y humillante.
6. Independientemente de la edad, raza, situación económica y apariencia física todas las mujeres son vulnerables a la violación. Los violadores buscan blancos fáciles, mujeres vulnerables y las ponen a prueba acosándolas o cuestionándolas.

Los modelos multifactoriales e interaccionales parecen ser los que mejor describen la etiología del abuso sexual intrafamiliar, se discutirán también otras variables que han mostrado estar asociadas con el abuso sexual intrafamiliar (ej. factores históricos, familiares y situacionales).

(López, 1999) señala que en muchos casos, en especial cuando la hija es objeto de abusos sexuales por parte del padre, las madres participan de una u otra forma en los hechos, a veces, invitando al padre de forma más o menos explícita. En este contexto, no es infrecuente que la madre desempeñe un rol facilitador del incesto con el fin de retener al marido y obtener seguridad familiar;

se trata de madres dependientes del marido o con relaciones sexuales no satisfechas.

Características del abusador

HISTORIA DE CRIANZA

Abuso físico, abuso sexual y/o abandono

Carencia de cuidados parentales

Pobre relación con los padres

PROBLEMAS INTERPERSONALES

Timidez, introversión y retraimiento

Pasividad, dependencia e inmadurez

Baja autoestima y fuerza del yo

Dominancia, autoritarismo y conducta controladora

Soledad y aislamiento

Malestar psíquico

Depresión y ansiedad

Sociopatía

PROBLEMAS CON EL ALCOHOL Y DROGAS

PROBLEMAS SEXUALES

Desviación del arousal sexual (niños y niñas)

Otras parafilias (exhibicionismo, froturismo, voyeurismo)

Actitudes morales rígidas

Expectativas sexuales inapropiadas

Débil identidad sexual

Disfunciones sexuales

RELACIONES PADRE-HIJO

Percepciones inapropiadas (distorsionadas) de las relaciones padre-hijo

Negación o distorsión cognitiva del incidente del abuso

Confusión de roles, inversión de roles

RELACIONES MARITALES

Conflictos maritales

Problemas en la comunicación

Falta de apoyo por parte del cónyuge

Problemas sexuales con el cónyuge

Los ofensores señalan frecuentemente la presencia de abusos físicos y/o sexuales en su infancia así como carencia de un ambiente familiar de cuidado y afecto. Aunque existe una alta probabilidad de que los abusadores hayan sido maltratados en la infancia son relativamente uniformes, la información sobre las experiencias sexuales tempranas de los ofensores y el momento en que éstas se iniciaron son inconscientes.

Algunos estudios concluyen que los ofensores tienen una historia de frecuentes experiencias sexuales tempranas; mientras que otros estudios señalan que los ofensores tienen pocas experiencias sexuales tempranas e informan más a menudo de falta de satisfacción con dichas experiencias.

Los ofensores masculinos tienen una variedad de problemas interpersonales, incluyendo una falta de habilidades sociales y pobres relaciones con iguales. Los ofensores son descritos como tímidos, pasivos, introvertidos, socialmente retraídos, solitarios y aislados. Tienen baja auto-estima y débil fuerza del yo. a menudo se sienten inadecuados, inferiores, alienados y abatidos. Tienen miedo al rechazo y frecuentemente son vistos como dependientes e inmaduros.

Debe mencionarse también que existen algunos resultados inconscientes en relación a la descripción de los abusadores bien como pasivos, bien como dominantes. Como se ha señalado anteriormente, muchos investigadores han descrito a los abusadores como pasivos, ineficaces, inadecuados e introvertidos. Sin embargo, se ha dicho que los ofensores son dominantes, autoritarios y controladores.

Algunos autores han intentado explicar estos resultados divergentes sugiriendo que el ofensor es pasivo y dependiente fuera de la familia pero dominante y controlador dentro de la familia.

Alternativamente, estas características divergentes pueden representar diferentes subtipos de ofensores. También es posible que algunos de los resultados sean simplemente descripciones inadecuadas de los abusadores sexuales de menores. Aunque la mayoría de los ofensores no muestran una patología severa, a menudo obtienen elevadas puntuaciones en medidas de depresión, ansiedad y suspicacia (paranoia).

También son frecuentemente descritos como sociópatas. Además, aunque es característico de los ofensores masculinos no auto-informar de un mayor consumo de alcohol u otras drogas que los hombres del grupo comparación, los ofensores abusan del alcohol u otras drogas en mayor grado que los hombres. A pesar de que el consumo de alcohol entre los ofensores es un tema de debate abierto, se han ofrecido varias hipótesis acerca de la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y abuso sexual.

Un punto de vista es que los abusadores consumen alcohol como parte de su justificación para el abuso sexual. Otro punto de vista es que algunos ofensores consumen alcohol para afrontar las emociones negativas asociadas con el abuso sexual.

Además del abuso sexual infantil se ha señalado que los ofensores tienen una variedad de problemas sexuales; a menudo tienen otras parafilias clínicamente identificables como exhibicionismo, froturismo y voyeurismo.

También, muestran rígidas actitudes morales, pobre identidad sexual, miedos en el funcionamiento sexual, expectativas sexuales inapropiadas y disfunciones sexuales.

Los ofensores tienen muchas percepciones inapropiadas (distorsionadas) sobre la relación padre-hijo. Una característica común en los ofensores es la negación y/o distorsión cognitiva del incidente de abuso sexual.

Mientras que algunos ofensores nunca admiten su comportamiento, otros abusadores intentan justificar el acto (ej. El niño o la niña quería la relación sexual, disfrutaba con el sexo, la experiencia sexual era educativa para el niño y niña, el sexo era sólo una expresión de amor).

Quizá puede estar relacionado con la confusión de roles el hecho de que los abusadores sexuales intrafamiliares, digan haber empleado menos tiempo en los cuidados tempranos de los hijos (ej. vestirlos, leer y enseñar a los hijos). Es posible que la ausencia de un rol parental adecuado, incremente la probabilidad de conductas inapropiadas como el abuso sexual.

Los abusadores sexuales intrafamiliares tienen frecuentemente una variedad de problemas maritales. Señalan tener muchos conflictos conyugales y problemas en la comunicación que parecen ser similares a las dificultades que manifiestan en sus relaciones fuera de la familia.

En relación con los informes de privación emocional, los ofensores indican que tienen problemas sexuales con sus esposas.

1.3.1 CATEGORIA DE ABUSO SEXUAL

1.3.1.1 El incesto

A pesar del interés despertado por el abuso sexual infantil en las últimas décadas, no se ha logrado establecer una definición común al respecto, situación que ha limitado, de forma significativa, los esfuerzos de investigación y tratamientos llevados a cabo para incrementar su comprensión (Hauggard, 2000).

El incesto debe ser comprendido como un crimen que se expresa en un contexto de poder, en el que una persona adulta se aprovecha de un niño o niña que tiene menos poder, prescindiendo en muchas ocasiones de la utilización de la fuerza física. En estas condiciones no sólo el cuerpo es violado sino también los límites psicológicos y su capacidad de confiar (Batres, 2000). Es la traición a los lazos de confianza la que puede producir las consecuencias psicológicas mas devastadoras (Flores-Ortiz, 1995).

Definiciones de Incesto:

- Incesto es la práctica de relaciones sexuales entre parientes. El grado de relación en el que quedan prohibidas las relaciones sexuales, varía según las culturas y los períodos históricos. La gran mayoría de las legislaciones

del mundo consideran (por alguna razón) el incesto como delito, aún si es practicado con "mutuo consentimiento" entre mayores de edad.

- Realizar acceso carnal u otro acto sexual con un ascendiente, descendiente, adoptante o adoptivo, o con un hermano o hermana. Son relaciones sexuales (heterosexuales u homosexuales) entre familiares muy cercanos, por ejemplo, con padres, abuelos, bisabuelos o hijos, nietos, bisnietos, o hermanos. El acto en si, revela un descenso del sentimiento moral, a menudo la miseria suele provocarlo.
- Conducta consistente en tener relaciones sexuales entre hermanos o entre los ascendientes con sus descendientes. Se considera delito.

Duran y White (1990) aseveran que el incesto es:

"Cualquier acto sexual impuesto a un joven o niño o niña por otra persona (usualmente un hombre), que toma ventaja de su posición de poder y confianza dentro de la familia".

El Incesto, la relación sexual entre ascendientes y descendientes o entre hermanos empieza a ser prohibida desde el Levítico en la Biblia, y su concepto se va desarrollando a través de la historia siempre con el objetivo de proteger la honestidad, la descendencia, el patrimonio y el orden familiar.

En el momento en el cual emergen del fondo de los entornos familiares todas las implicaciones del incesto, y cuando se empiezan a identificar víctimas de este tipo de relaciones empieza a ser seriamente cuestionado.

Las estadísticas dejan ver que la mayor parte de las víctimas son menores de edad, niñas o mujeres a las que por razones de género y de edad, a través del abuso de poder o confianza, se les somete, dentro de un proceso, a una relación de este tipo.

Además, la "injusticia" de una norma no se encuentra sólo en su texto formal sino también en sus modalidades de aplicación. No es raro que muchos operadores de justicia se inclinen por entender el incesto como un acto más bien constitutivo de violación, tirando a la impunidad un acto tan grave.

Las recientes reformas al Código Penal eliminan el concepto vigente de incesto por el de violación incestuosa, le asigna otro bien jurídico tutelado y lo ubica dentro del Capítulo de Delitos contra la Libertad Sexual. Está pendiente un estudio más completo de estas reformas, en especial del nuevo tipo penal y las repercusiones que tendrá en la práctica.

Enfoques más recientes, surgidos en base a las intervenciones terapéuticas, enfatizan la ruptura de un vínculo de confianza más que la relación consanguínea (Batres, 2000). A pesar de que hoy en día se reconoce que el incesto no es nuevo en nuestras sociedades, el secreto de que siempre se ha rodeado se ha contribuido a que se cuente con pocos registros escritos sobre su incidencia (Herman, 1981).

Sobre los Abusos Deshonestos

Este tipo de abusos pueden definirse como todos aquellos actos diferentes a las penetraciones (tocamientos, exhibiciones, acercamientos lascivos) que agraden la libertad sexual, integridad y libre desarrollo de la sexualidad.

La definición antes anotada entra en contradicción con el concepto de abusos "deshonestos", cuyo bien jurídico tutelado lo constituye la honestidad. Según esta denominación, sólo aquellas personas consideradas como "honestas" podrán ser sometidas a estos delitos, dejando como no merecedoras de la atención de la ley a aquellas que por razones muy subjetivas puedan considerarse como "deshonestas".

Así, en los abusos deshonestos se incluyen todas las agresiones sexuales que no son violación ni estupro y por lo general, han sido considerados menos graves y sujetas a penas menores.

Este tipo de planteamientos deben revisarse, definiendo límites para no dejar sin castigo, actos que pueden dejar marcas eternas en una niña o en una mujer. Al abordar los diferentes actos de abusos sexuales es importante, entonces, valorar aspectos como:

El daño físico o emocional ocasionado;

- a) La continuidad con que se cometen los actos de abuso;
- b) La relación entre el abusador y la víctima: la mayoría de las agresiones sexuales son cometidas por personas que la víctima conoce o que son

responsables de su debido cuidado; la traición a la confianza puede afectar de por vida el desarrollo integral de una persona.

- c) El lugar donde acontecen este tipo de actos ya que se ha comprobado que las secuelas emocionales son más fuertes cuando se cometen en espacios de confianza de la víctima.
- d) La minoría de edad de la víctima: en cuyo caso debe no solo agravarse la pena sino tomar las disposiciones necesarias para la protección inmediata de él o la menor.
- e) El sexo de las personas que son víctimas: recordemos que si se trata de mujeres o niñas nos referimos a una situación que solo por el hecho del sexo ya requiere también de medidas de protección según las circunstancias, como por ejemplo: disponer la salida del hogar del abusador asegurando de que continuará cumpliendo con sus obligaciones alimentarias.

Según el Código Penal, los delitos que se podrían contemplar como abusos deshonestos son:

- *Los actos de lujuria*: se describe una situación donde existe la introducción de objetos a los órganos sexuales y se castiga como violación pero se le continúa considerando actos de lujuria.
- Aquí se presenta un aspecto conflictivo: ¿deberá seguirse contemplando en la violación sólo el acceso carnal?, ¿acaso las consecuencias de un acto como el descrito no son posiblemente hasta más traumáticas en muchos sentidos?.

- *Abuso deshonesto relacionado con el estupro*, donde baja notablemente la pena (2 a 4 años de reclusión). Con esta pena, tomando en cuenta que el estupro se refiere a menores de edad (mayor de 14 años y menores de 18 años), donde el daño ocasionado puede ser grave, se puede deducir una desproporcionalidad que refleja la intención del legislador: proteger la honestidad y no a la víctima.

El estupro

El estupro, siempre se dará en menores de edad a los cuales se les asigna algún grado de consentimiento, aunque sea mediante engaño. Asimismo, el estupro significa un acceso carnal. Tomando una y otra consideración y relacionado este artículo con el de violación donde se contempla como caso especial aquella cometida contra menores de 14 años. Cabe preguntarnos por qué este es abordado como un acto menor que la violación, cuáles son las diferencias.

El Código de la Niñez y la Adolescencia y la Convención del Niño fijan la minoría de edad hasta los 18 años, por lo que se obliga a la protección de aquellas personas contempladas en este rango; además, la doctrina de la protección integral plantea claramente que cualquier "abuso de poder cometido por adultos debe ser visto siempre, como no libremente prestado, tanto de la relación dispar derivada de la autoridad, la convivencia o simplemente la diferencia de edades, como de la inmadurez sexual de los menores que viven una etapa de desarrollo a ese respecto".

En la mayoría de las legislaciones latinoamericanas el estupro se conforma con los elementos de edad, de un sexo en particular, de un grado de desarrollo o madurez específico, y en algunos países se exigen ciertos atributos morales.

En la definición podemos distinguir todos estos elementos:

- El estupro sólo se puede dar contra mujeres.
- En menores de edad: la edad del estupro es ser mayor de 14 y menor de 18, aunque contempla la posibilidad de que se cometa en personas menores de 14 o si “siendo mayor de esa edad el sujeto pasivo adolece de enfermedad mental o desarrollo psíquico incompleto o retardado o se halla privado de razón o de voluntad o cuando por cualquier causa no pueda oponer resistencia”.
- Ciertos atributos morales como la honestidad al considerarlo un abuso deshonesto.

1.3.1.2 Violación infantil o pedofilia

Violación infanto-juvenil: consisten por lo general en penetración oral, anal o vaginal, en que las lesiones pueden ser producto del acto mismo o de la fuerza utilizada, para asegurar la sumisión de la víctima. En el caso de violación infantil, se utiliza la seducción y el engaño o el rapto.

Los adolescentes violados atraviesan por las siguientes etapas: durante el ataque aparece un estado cognitivo de sobrevivencia, apareciendo una

disociación, observando la situación desde "fuera". Luego viene la etapa de "shock", de confusión y falta de resonancia afectiva. Luego viene la etapa de depresión, conducta autodestructiva o promiscua, pánico, ansiedad, trastornos de alimentación y psicofisiológicos, unidos a trastornos del estado del ánimo. Luego viene una etapa de rabia intensa dirigida al violador, a otros hombres o a la sociedad en general. Por último, se reelabora lo sucedido, superándose el trauma.

PEDOFILIA: La sintomatología esencial de este trastorno se define como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños (13 años o menos) durante un período no inferior a los seis meses. Los niños suelen ser menores de 12-13 años y el individuo ha de tener por lo menos cinco años más que el niño, para que sea considerado el trastorno. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o ella se encuentra marcadamente perturbada.

Según el Manual de diagnóstico de los trastornos mentales (**DSM-IV**), la pedofilia se encuentra dentro de la categoría de parafilias, ubicada dentro de la categorización mayor de "Trastornos sexuales y de la identidad sexual". El manual indica que estas fantasías e impulsos sexuales provocan un malestar clínicamente significativo, un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo. El manual indica distinguir a su vez el diagnóstico, cuando se trata de una situación incestuosa, si es exclusivo (solo atracción con niños), si es hacia varones, mujeres o por ambos sexos.

La definición del DSM-IV lleva implícita la concepción clásica, pero otras lecturas permiten pensar que esa definición resulta bastante acotada. Es posible ver conductas pedofílicas menos marcadas, y de otras personas que no sufren de un malestar significativo al respecto. Incluso se parte de esta situación para pensar otros aspectos relevantes, tal como puede ser la pregunta si es que se trata de cuestiones médicas biológicas o no. Por otra parte, cabe la pregunta si es que este fenómeno se da principalmente en personas que están a cargo del cuidado de niños por lo que cabría la hipótesis según la cual el contacto permanente con niños favorecería la manifestación pedofílica.

Puede darse de diferentes formas: en relación a la orientación, puede ser de tipos heterosexuales, homosexuales o ambas; en relación a objeto, éste puede ser exclusivamente pedofílico o no. Las conductas de la pedofilia van del simple exhibicionismo hasta la penetración. El adulto suele ganarse la confianza y el cariño del niño para luego llevar a cabo sus objetivos.

Hay dos tipos de conducta que se presentan en el pedófilo, está la conducta sentimental homo erótica y la conducta agresiva heterosexual. Los sentimentales homo eróticos tienen poco interés por las mujeres, toda su capacidad sexual se concentra en los niños, concretándose bajo la forma de caricias que le provocan el orgasmo. Los agresivos heterosexuales intentan satisfacer sus impulsos con niñas, con métodos que van desde la seducción a la violencia.

Como actúa el sujeto activo-el pedófilo?. Los pedófilos actúan de diversas maneras para conseguir niños y niñas, con la finalidad de abusar de ellos, integrarlos en una red de prostitución infantil o para elaborar pornografía.

Conocer su forma de actuar es fundamental para mejorar la seguridad de los menores. Tanto los padres y educadores como los niños deben conocerlas. Su acercamiento a los niños suele ser físico. Tras un primer contacto cuidadoso, para no asustar ni levantar sospechas, comienzan a coger al menor, abrazarlo y "mimarlo".

Les invitan e incluso les colman de atenciones y regalos para generar en ellos un sentimiento de deuda. A los niños se les enseña que deben ser agradecidos y corresponder a los adultos (por educación) y los pedófilos se sirven de esta circunstancia. Buscan estar a solas de alguna manera con el niño o la niña para avanzar más. Los violadores de niños siempre quieren más. Muchos de ellos tienen un nivel bajo de autoestima y se sienten mucho más seguros con los menores. Otros, en un porcentaje elevado, han sufrido abusos de pequeños.

Un tercer grupo lo que busca es humillarlos y doblegarlos, posiblemente por haber sufrido antes desprecio de otros niños o niñas durante la infancia.

El considerable incremento del interés experimentado durante los últimos años por el estudio de los abusos sexuales en la infancia, ha favorecido el desarrollo de la investigación orientada al conocimiento del impacto de dichos abusos en el bienestar físico y psicológico de las víctimas a corto-medio (infancia y adolescencia) y largo plazo (etapa adulta).

No obstante, y a pesar de los avances alcanzados, la investigación en esta área de estudio se encuentra con importantes dificultades que imposibilitan en muchos casos la obtención de un conocimiento certero sobre este fenómeno.

Entre las principales dificultades pueden señalarse, en un primer lugar, problemas de tipo metodológico como son (Briere, 1992): variabilidad en las definiciones de abuso sexual empleadas, sesgos en la detección de los casos, reducido tamaño de las muestras, diseños de carácter retrospectivo vs. prospectivo, utilización de grupos control inadecuados, debilidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos, estudio del abuso sexual como un concepto global y unívoco, etc.

Los lugares más comunes

1º. En las salas de juegos recreativos. Algunos pederastas frecuentan estas salas para, después de seleccionar a un menor, ofrecerse a pagarle algunas partidas o retarle a jugar contra él.

Los abusos no se producen en el primer encuentro, ya que los pederastas normalmente intentan ganarse primero su confianza. Otros prefieren invitar al menor a una hamburguesa o se ofrecen a llevarle al cine.

2º. Las zonas marginales. Algunos pederastas prefieren frecuentar zonas deprimidas para buscar niños o adolescentes desatendidos o con muchas carencias. Les ofrecen entonces algún tipo de trabajo y les aseguran dinero fácil.

3º. Salidas de colegios y parques. Otro tipo de pederastas que suelen actuar en redes optan por el secuestro. Este puede realizarse a la salida de un colegio, haciéndose pasar por un conocido de la familia que viene a recoger al menor porque la madre no va a llegar a tiempo; o en el entorno de los parques

infantiles o incluso desde un coche: pidiendo al menor que se acerque al vehículo para indicarle, plano en mano, donde está una calle.

4°. Discotecas. Algunas redes de tráfico de menores captan menores utilizando a otros que actúan de ganchos. Normalmente se trata de seducir a una adolescente para después llevarla engañada hacia un coche o piso donde espera el proxeneta. También pueden utilizar a otra menor amenazándola de muerte o violación.

5°. A través de Internet. Se trata del último sistema que están utilizando muchos pederastas y que ocupa afanosamente a la policía de otros países. Estos pederastas se introducen en los canales de conversación escrita de Internet, o "chats", haciéndose pasar por niños o niñas en busca de nuevos amigos. Intentan así conocer la situación de algunos menores, sus gustos y aficiones, hasta que llega el momento de concertar una cita en un cine o centros de comida rápida.

6°. A través de las revistas para niños y adolescentes en las que se publican secciones en las que los menores se ofrecen para intercambiar correspondencia incluyendo datos personales (dirección) e incluso una foto.

7°. Utilizando animales exóticos para atraer a los niños en ferias y demás lugares. Les suben a los mismos y les sacan fotografías para después ofrecérselas a sus padres. Muchos padres dan sus datos para que les envíen la foto o se la lleven a casa. El pedófilo puede tener así un banco de datos de niños y niñas con sus direcciones, teléfonos y fotografías.

8°. En el interior de las grandes superficies comerciales. Algunas redes de pederastas actúan preferentemente en grandes superficies comerciales donde la concentración de gente es alta y los padres están pendientes de encontrar los productos que necesitan. La forma de operar consiste en coger de la mano a un niño/a pequeño que se haya despistado (o que se hayan despistado sus padres) y alejarlo del lugar. Normalmente no lo sacan inmediatamente sino que se lo llevan a los servicios. Allí le cambian rápidamente la vestimenta y le afeitan el pelo, le ponen una peluca o una gorra, le sedan si es necesario y salen por la puerta con toda naturalidad y tranquilidad.

9°. En casa. Al menos uno de cada tres abusos sexuales sobre menores se cometen en el entorno familiar, por parte del padre, un tío o un abuelo. En los centros religiosos, donde los sacerdotes abusan de los niños que asisten a sus iglesias.

1.3.1.3 Vejación Sexual

Conducta sexual con un menor de edad, consiste en la estimulación o gratificación de las necesidades o deseos sexuales de otra persona. Esto incluye:

- El tocamiento intencionado, de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño.

- Alentar, forzar o permitir al niño que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.

1.3.1.4 Abuso Sexual sin contacto físico

Incluye las siguientes conductas:

- Solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita.
- Exponer los órganos sexuales a un niño con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.
- Realizar el acto sexual intencionalmente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.
- Auto masturbación en la presencia de un niño.

Otros autores incluyen en la categoría de abuso sexual infantil los diversos tipos de explotación sexual comercial infantil: prostitución, pornografía infantil, el tráfico sexual infantil y turismo sexual infantil.

Dependiendo de la relación víctima-victimario, el abuso sexual puede ser:

- a. Abuso sexual extrafamiliar: en este caso puede ser cometido por el desconocido del niño (en este caso el abusador goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror haciéndole sufrir) o por un conocido por el niño y su

familia (en este caso el abusador manipula la confianza que el niño y su familia le tienen)

- b. Abuso sexual intrafamiliar (también denominado incesto): el abusador manipula el vínculo familiar.

El abuso sexual al interior de la familia no es un acto único; es un proceso que tiene distintas etapas:

- Fase de seducción
- Perpetración del abuso
- Ley del silencio
- La divulgación: las situaciones de abuso sexual se descubren por accidente, o porque el niño o adolescente lo divulga. Esto genera una situación de crisis al interior de la familia.

- Fase represiva: es común que las familias, después de conocer la situación abusiva intente negar que ésta ocurrió, incluso, es frecuente que las mismas víctimas tiendan a negar su experiencia. Con todo esto se intenta superar la situación de crisis y hacer como que nada ha pasado, silenciando nuevamente el problema. Es importante proteger a la víctima de modo de evitar la vuelta a la "ley del silencio".

1.4 INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Si un niño o niña ha sido agredido sexualmente, se puede detectar con los signos físicos solamente. En estos casos el niño o niña le confía a un consejero, o una persona de confianza que le ha sido molestado sexualmente, como también puede mostrar signos conductuales.

1.4.1 Indicadores de Comportamientos

Las reacciones varían según la edad, madurez emocional.

1. Querer estar solo. Mantenerse aislado de los demás.
2. Evitar llegar a casa.
3. Malas relaciones con sus compañeros de clase y amigos.
4. Mala auto imagen, habla de si mismo de forma despectiva.
5. Problemas de higiene o arreglo personal, unas algunas veces doble ropa interior.
6. Baja autoestima, dificultad para aceptar un cumplido.
7. Rendimiento académico demasiado alto o demasiado bajo para lo usual.
8. Ausentismo en la escuela, vagancia.
9. Consumo de alcohol o droga.
10. Falta de asertividad, hace todo lo que dicen los demás.
11. Actitud hostil y enojo por encima de lo normal.
12. Peleas con compañeros de clase, amigos y / o hermanos.

13. Ansiedad, nervios y tensión.
14. Dificultad para confiar en otros.
15. Sensación de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día.
16. Pesadillas.
17. Llanto injustificado.
18. Mostrar miedo de ir a la casa o al colegio.
19. Mostrar miedo a los padres o a los adultos.
20. Actitudes extremas (hiperactividad o recogimiento).
21. Expresar sentimientos de pena y culpabilidad.
22. Dibujar cuerpos humanos distorsionados.
23. Manifestar comportamientos agresivos contra ellos mismos o contra los demás miembros de la familia.
24. Presentar enuresis y encopresis.
25. Practicas de masturbación compulsiva.
26. Volverse promiscuo sexualmente.
27. Embarazarse o huir.
28. Intento de suicidio.

1.4.2 Indicadores Físicos

Pueden existir indicadores físicos que muestran que un niño niña o adolescente ha sido víctima de abuso sexual:

1. Dificultad para sentarse o caminar.

2. Dolor, hinchazón o picazón en el área rectal o genital.
3. Infecciones recurrentes en el tracto urinario.
4. Enfermedades de transmisión sexual.
5. Contusiones, mordeduras, magulladuras, heridas o cortadas en el área genital.
6. Ropa interior inexplicablemente manchada o rota.
7. Aumento general de trastornos somáticos tales como dolores de estómago, cabeza.
8. Privarse voluntariamente de alimentos.
9. Comerse las uñas, los labios hasta romperlos, infectarlos y hacerlos sangrar.
10. Vergüenza de su propio cuerpo.
11. Comer y luego provocarse el vómito.
12. Deseos de casarse para salir de su hogar.

Algunas de las características del abuso sexual infantil que lo distingue de la violación son similares al abuso físico. En este sentido se puede situar el abuso sexual en la coyuntura de ambos problemas.

SIMILITUDES:

1) Tanto el abuso físico como sexual se dan entre niños y los adultos que tienen la responsabilidad de cuidarlos; es decir, se trata de problemas familiares.

2) Ambos involucran patrones que se dan por períodos de tiempo muy extendidos. De hecho, existe cierta evidencia de que no sólo se puede dar una relación abusiva que continúe por muchos años sino que además puede ser transmitida en el proceso de socialización de una generación a otra dentro de la misma familia.

3) Tanto el abuso físico como sexual de niños suelen pertenecer al dominio del trabajador de protección infantil.

También existen algunas notables diferencias entre el abuso físico y sexual.

1. El abuso sexual y físico no tienden a ocurrir simultáneamente. Existen diferencias muy importantes en la dinámica familiar que rodea a cada uno de estos fenómenos. Esta aseveración no significa que la familia está ausente de fuerza y violencia donde ocurre el abuso sexual. En un tipo de familia sexualmente abusiva, los padres abusivos son tiránicos y con frecuencia utilizan la fuerza física contra sus hijos y esposa. Pero existen muchas familias donde existe el abuso sexual pero, sin embargo, no se da la fuerza física. Aún en los casos donde se da la violencia, aparentemente no es tan grave en muchos

casos como para provocar daños físicos que constituyen el criterio corriente para diagnosticar abuso del niño.

2. El trauma del niño en el caso del abuso sexual es primordialmente psicológico, no físico. El abuso físico, por definición, provoca dolor físico.

El abuso físico es, en muchos casos, un atentado a la vida. El abuso sexual infantil algunas veces tiene como consecuencia el daño físico a la región genital, además de que existen casos cada vez más frecuentes de enfermedades venéreas en niños. Sin embargo, rara vez la vida de tales víctimas se encuentra en peligro, a menos, por supuesto, que el abuso sexual se combine con el abuso físico.

3. Las motivaciones detrás de estos dos tipos de abusos son diferentes. Algunas veces al abuso sexual de un niño es como una violación y expresa un impulso hostil, coercitivo o sádico hacia el niño; en otros casos el abuso sexual, aunque a veces igual de destructivo en su impacto, no es tan hostil en su impulso. Puede surgir de un deseo de gratificación sexual o de afirmación sexual. El abuso físico, sin embargo, a pesar de que puede surgir por parte de un padre que ama a su hijo, expresa en ese momento un deseo de lastimar al niño.

4. Las actitudes sociales hacia estos dos tipos de abuso son diferentes. Por lo menos dentro de una ideología abierta, nuestra sociedad es muchas más intolerante hacia una conducta que refleje un abuso sexual.

Este tipo es aceptado solamente en contextos sumamente restringidos y definitivamente una conducta sexual con niños, es totalmente inaceptable. Se considera provocativo que un adulto hable siquiera a un niño sobre sexo, tal como se demuestra por la gran evasividad que han mostrado las escuelas y maestros acerca de proveer información sexual a los niños pequeños.

La violencia física, en contraste, es aceptada abiertamente en muchas más situaciones convencionales, donde una de las más comunes es su uso para disciplinar a los niños. Esta aceptación está tan difundida que muchos adultos tienen solamente una idea muy vaga de la diferencia entre lo que se llama "disciplina estricta" (que es una frase en clave para el uso abierto del castigo físico) y el abuso del niño.

5. Finalmente, los niños que se encuentran más vulnerables al abuso sexual son los preadolescentes y los menores de seis años, mientras que aquellos más vulnerables al abuso físico son los menores de seis años. Por supuesto que la vulnerabilidad a ambos tipos de abuso se extiende por toda la gama de la edad infantil.

En resumen, el abuso sexual respecto a la violación o al abuso físico, es un problema diferente y tiene sus propias características. En algunas formas podría describirse como la conjunción entre ambos. Sin embargo, debido a que es diferente de cada uno, debe ser estudiado desde su propio punto de vista.

1.4.3 Indicadores psicológicos

El abuso sexual infantil produce efectos graves en la víctima y en su familia. Estos efectos pueden destruir la autoestima, pueden conducir a las víctimas hacia el consumo de drogas, producir estrés, miedo a los adultos, deseos de morir, agresividad con los animales y otros problemas emocionales que deben solucionarse a tiempo y de la mejor manera posible garantizándole a las personas afectadas sus derechos. Dentro de los más comunes y principales efectos después del evento y a largo plazo están:

Vergüenza: sentimiento profundo de desprecio hacia uno mismo.

Depresión: sentimientos frecuentes de tristeza y abatimiento que impide adaptarse con facilidad a las actividades normales.

Baja Auto estima: del concepto de uno mismo o se cree inferior a los demás.

Sensación de suciedad permanente.

Desconfianza del sexo opuesto.

Ansiedad: miedo exagerado a las situaciones o a los recuerdos generados por el hecho.

Sentimientos de Culpa: por tomar parte en la actividad sexual.

Inseguridad: miedo a estar solo (a).

Alteraciones del sueño

Olvidos de algunas etapas de la vida

Rechazo al contacto físico

Adicciones

1.4.4 Efectos del abuso sexual en la infancia

El considerable incremento del interés experimentado durante los últimos años por el estudio de los abusos sexuales en la infancia, ha favorecido el desarrollo de la investigación orientada al conocimiento del impacto de dichos abusos en el bienestar físico y psicológico de las víctimas a corto-medio (infancia y adolescencia) y largo plazo (etapa adulta).

No obstante, y a pesar de los avances alcanzados, la investigación en esta área de estudio se encuentra con importantes dificultades que imposibilitan en muchos casos la obtención de un conocimiento certero sobre este fenómeno.

Entre las principales dificultades pueden señalarse, en un primer lugar, problemas de tipo metodológico como son (Briere, 1992): variabilidad en las definiciones de abuso sexual empleadas, sesgos en la detección de los casos, reducido tamaño de las muestras, diseños de carácter retrospectivo vs. prospectivo, utilización de grupos control inadecuados, debilidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos, estudio del abuso sexual como un concepto global y unívoco.

Todo ello ha repercutido en la heterogeneidad de los resultados mostrados por las diferentes investigaciones dificultando, de hecho, la generalización de los mismos. En segundo lugar, aunque no por ello menos importante, existen limitaciones de tipo ético. Así sería cuestionable la detección de grupos de riesgo para el abuso sexual infantil y el seguimiento de los mismos sin intervenir para su prevención.

Igualmente condenables sería la ausencia de intervención con los grupos comparación en espera de observar mayores deterioros a largo plazo en el desarrollo de los sujetos.

Aún asumiedo la importancia de todos los factores mencionados anteriormente, quizá la mayor dificultad estriba en establecer hasta qué punto los efectos observados en las víctimas de abuso sexual son directamente atribuibles a esa experiencia en sí mismo o a ciertas variables del contexto en el que se ha desarrollado la persona. Por otra parte, podría ser incluso que precisamente esas variables hayan favorecido la existencia del abuso sexual.

Por tanto, para muchas víctimas el abuso sexual puede ser una variable señal de un ambiente familiar profundamente patogénico y el subsecuente daño psicológico experimentado durante la vida adulta podría ser producto, no sólo del abuso sino, más importante aún, del contexto en el que se desarrolló el sujeto.

Sin embargo, debe matizarse también, como han señalado algunos autores (Briere, 1992) que es posible que las víctimas de abuso sexual al recordar su infancia sobreestimen la disfunción existente en sus familias de origen precisamente por la existencia del abuso. En consecuencia, parece claro que mientras no se disponga de estudios longitudinales o, en su defecto, de investigaciones retrospectivas con mayor rigor metodológico, difícilmente podremos establecer resultados concluyentes a este respecto.

Ahondando en esta línea de trabajo, (Briere,1992) marca algunos de los criterios mínimos que deberían guiar la investigación: 1) determinar el funcionamiento del niño sexualmente abusado antes del abuso y, por tanto, el grado en que dichos efectos representan, al menos parcialmente factores de riesgo o alteraciones psicológicas preexistentes; 2) precisar el rol exacto de la disfunción familiar u otras formas de maltrato coexistente; 3) valorar el impacto de factores sociales o sociodemográficos que pueden moderar o exacerbar los efectos que habitualmente son directamente atribuidos al abuso sexual.

Otro problema relevante que plantea el estudio de la sintomatología asociada al abuso sexual radica en su variabilidad a lo largo del tiempo. Dicha variabilidad refleja en parte el aspecto dinámico del desarrollo evolutivo. De esta manera, ciertos problemas sexuales pueden no aparecer hasta que el niño alcanza la adolescencia o la vida adulta, o los síntomas pueden fluctuar o manifestarse de forma diferente en función del estado evolutivo en el que se encuentra el sujeto.

En esta línea, Kendall-Trickett, Williams y Finkelhor (1993) señalan que los miedos y síntomas somáticos son los efectos que más rápido desaparecen, mientras que la agresividad y las preocupaciones sexuales tienden a permanecer e incrementarse con el tiempo.

Con el objeto de clarificar este aspecto, (Briere, 1992) sugiere la conveniencia de que las investigaciones retrospectivas con adultos, además de preguntar por la presencia o no de un determinado síntoma en algún momento de la vida, traten de establecer en qué momento concreto surgió y desapareció dicho síntoma.

Además de la variabilidad temporal de los síntomas, los estudios sobre esta área de conocimiento han puesto de manifiesto la imposibilidad de hablar de un cuadro o síndrome de niño sexualmente abusado, siendo los efectos asociados al abuso sexual infantil muy heterogéneos tanto en su naturaleza como en su forma de expresión señaladas, Y ocurre así que existen distintas razones que pueden justificar este hecho.

1.4.4.1 Efectos a corto plazo

Tradicionalmente se han diferenciado efectos a corto plazo y efectos a largo plazo. Sin embargo, y de acuerdo con (Finkelhor; 1985), nos referiremos a los primeros como efectos iniciales ya que, la terminología de corto plazo parece implicar que esas reacciones no persisten en el tiempo siendo éste un aspecto

no confirmado todavía en publicaciones especializadas sobre el tema, no han sido suficientemente corroboradas.

Esta falta de base científica responde fundamentalmente a las siguientes razones: algunos síntomas descritos proceden únicamente de la observación clínica; diferentes investigaciones han obtenido resultados distintos en relación a algunos de estos efectos (debido principalmente a diferencias metodológicas y del tipo de muestra estudiadas); y ciertos efectos han sido constatados o no en función de las características de los grupos comparación utilizados (clínicos vs. comunitarios).

Una controversia surge en relación a la extendida concepción de que los niños y niñas víctimas de abuso sexual muestran altos niveles de sintomatología relacionada con la experiencia traumática del abuso. Únicamente se ha podido constatar la existencia de diferencias significativas en el nivel de sintomatología presentado por las víctimas de abuso sexual cuando éstas han sido comparadas con grupos comparación extraídos de la población general.

Los únicos síntomas que de forma consistente presentan más frecuentemente las víctimas de abuso sexual son: comportamiento sexualizado y trastorno por estrés post-traumático.

1.4.4.2 Efectos a largo plazo

Las dificultades para establecer los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil se ven incrementadas por la acción distorsionadora del recuerdo y por los acontecimientos vividos por el sujeto durante el tiempo transcurrido desde la ocurrencia del abuso hasta la medición de su sintomatología.

Un primer aspecto que llama la atención al observar el rango de efectos a largo plazo asociados al abuso sexual infantil es la heterogeneidad de los mismos. Por lo que se pueden plantear por lo menos dos explicaciones.

Por un lado, el abuso sexual infantil podría tener un efecto global deteriorante e inespecífico en las víctimas, de tal forma que sería la interacción de dicho efecto con variables de la estructura intrapsíquica del sujeto, de su desarrollo evolutivo y de su contexto socio - familiar, así como el tipo de recursos disponibles, lo que determinaría en gran medida la forma de expresión final de ese malestar o disfunción.

Por otro lado, los efectos mencionados hacen referencia al abuso sexual en general, sin introducir distinción en función de la naturaleza del mismo, siendo posible que distintos cuadros sintomatológicos se asocien a diferentes formas de abuso sexual.

Conviene mencionar, que el tipo de abuso sexual no es el único factor determinante del daño experimentado por la víctima.

Siguiendo a Kendall – Trackett y colaboradores. (1993), el abuso sexual que es cometido por una persona cercana a la víctima que se repite con frecuencia y durante largos períodos de tiempo y que conlleva la utilización de la fuerza física y actos sexuales con penetración oral, anal o vaginal, produce mayores deterioros en las víctimas a largo plazo.

De forma similar, la falta de apoyo maternal en el momento de la revelación del abuso y una visión o estilo de afrontamiento negativo de los acontecimientos por parte de la víctima incrementan la posibilidad de que aparezcan efectos a largo plazo.

Diversos autores han manifestado que los abusos sexuales que se realizan sin utilización de la fuerza física, que no suponen una violación física muy intrusiva, y que ocurren una sola vez o de forma infrecuente, son los que menor probabilidad tienen de generar daños posteriores.

En relación a la ansiedad, Beitchman y colaboradores. (1992), comentan que esta se observa frecuentemente en los casos de abuso sexual intrafamiliar, pero no así en los casos de abuso sexual extrafamiliar, en los que la conexión entre ambos efectos es ambigua.

En el caso de la depresión, sin embargo, parece tener mayor importancia como variable mediadora la percepción del niño acerca de la respuesta y el apoyo parental ante la revelación del abuso.

Parece que ciertos tipos de experiencias judiciales así como la co-ocurrencia de otras formas de maltrato en combinación con el abuso sexual retrasan la recuperación (Kendall - Trackett y cols., 1993; Kilpatrick, 1987).

En cuanto a la prostitución, un estudio detallado muestra el elevado porcentaje de abusos sexuales infantiles entre la población de prostitutas; este estudio ha permitido observar que las diferencias entre una y otra radica en la frecuencia con la cual fueron abusadas, la edad en que se cometió el abuso, y un dato mucho más relevante, es la persona que cometió el abuso sexual.

1.5 CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Por otro lado, las consecuencias menos visibles pero quizás las de mayor gravedad: lo emocional. Un abuso sexual o intento del mismo afecta mucho a nuestra personalidad y a la autoestima, puede causar trastornos emocionales (depresión, aislamiento, vergüenza, entre otros) y que podrían durar toda la vida si es que no se recibe tratamiento psicológico

Cuadro I. CONSECUENCIAS DE NIÑOS Y NIÑAS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

CONSECUENCIAS EMOCIONALES	CONSECUENCIAS COGNITIVAS	CONSECUENCIAS CONDUCTUALES
A Corto Plazo o en Período Inicial a la Agresión		

<ul style="list-style-type: none"> · Sentimientos de tristeza y desamparo · Cambios bruscos de estado de ánimo · Irritabilidad · Rebeldía · Temores diversos · Vergüenza y culpa · Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> · Baja en rendimiento escolar · Dificultades de atención y concentración · Desmotivación por tareas escolares · Desmotivación general 	<ul style="list-style-type: none"> · Conductas agresivas · Rechazo a figuras adultas · Marginación · Hostilidad hacia el agresor · Temor al agresor · Embarazo precoz · Enfermedades de Transmisión Sexual
<p>A Mediano Plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Depresión enmascarada o manifiesta · Trastornos ansiosos · Trastornos de sueño: terrores nocturnos, insomnio · Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad. · Distorsión de desarrollo sexual · Temor a expresión sexual · Intentos de suicidio o ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> · Repitencias escolares · Trastornos del aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> · Fugas del Hogar · Deserción escolar · Ingestión de drogas y alcohol · Inserción en actividades delictuales · Interés excesivo por juegos sexuales · Masturbación compulsiva · Embarazo precoz · Enfermedades de Transmisión Sexual
<p>A Largo Plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> · Disfunciones sexuales · Baja autoestima y pobre autoconcepto · Estigmatización: sentirse diferente a los demás · Depresión · Trastornos emocionales diversos 	<ul style="list-style-type: none"> · Fracaso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> · Prostitución · Promiscuidad sexual · Alcoholismo · Drogadicción · Delincuencia · Inadaptación social · Relaciones familiares conflictivas

1.6 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1.6.1 Definición de trauma

Existen múltiples definiciones de trauma: médicas, sociales, basadas en factores cuantitativos o cualitativos.

Se hará un breve repaso, a forma de introducción, de las diferentes definiciones de trauma, así como a los diversos tipos.

1. Trauma o traumatismo es una lesión física causada o una herida causada por una fuerza o violencia externas, que puede producir la muerte o una incapacidad permanente. También se utiliza para referirse a un "shock" emocional o a una tensión psicológica grave.
2. Se denomina trauma al estado ocasionado por la acción de un estímulo intenso, proveniente del exterior o del interior del individuo que provoca una brecha-herida en el aparato psíquico: rompe la barrera de protección del mismo por la incapacidad de cualificar ese estímulo; por lo tanto se produce un desequilibrio narcisista como reacción al mismo. Esa brecha herida sobrepasa la capacidad de elaboración y de ligadura, por lo que se instauran contracargas (defensas primarias), que se relacionan con determinadas huellas mnémicas del sujeto, en un intento de cierre de esa herida y alivio de la angustia concomitante. Por eso hay un estado de empobrecimiento del YO, porque la energía está empleada en recomponer su integridad.

3. El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En el DSM-III-R se definía trauma como aquella experiencia que puede suponer un malestar intenso para casi todas las personas, va más allá de las experiencias usuales.
4. La CIE-10 define el trauma como aquella situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo.
5. Un desastre o trauma es un suceso, natural o causado por el hombre, de tal severidad y magnitud que normalmente desemboca en muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no puede ser manejado mediante los recursos y procedimientos rutinarios del gobierno.
6. Un trauma es aquella experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona; se asocia con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto. Tiene un carácter inenarrable, incontable e incomprensible para los demás. Y quiebra una o más asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida: la confianza en los otros, en su bondad y su

predisposición a la empatía, y la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.

1.6.1.1 Descripción clínica

El trastorno por estrés postraumático (su sigla en inglés es PTSD) es debilitante, a menudo se presenta después de algún suceso aterrador por sus circunstancias físicas o emocionales, que hace que la persona que ha sobrevivido a ese suceso tenga pensamientos y recuerdos persistentes y aterradores de esa terrible experiencia. Los individuos que tienen PTSD se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica. El PTSD en los niños generalmente se transforma en un trastorno crónico.

1.6.1.2 Etiología

He aquí una lista de circunstancias que pueden desencadenar el PTSD:

- Algo que ocurrió en la vida de la persona.
- Algo que sucedió en la vida de una persona cercana.
- Algo que la persona presencié.

El riesgo de que un niño desarrolle PTSD a menudo se ve afectado por la proximidad y la relación del niño con el trauma, la seriedad del trauma, la duración del suceso traumático, la recurrencia del suceso traumático, la capacidad de recuperación del niño, las habilidades que tenga para

sobrellevarlo, y los recursos de apoyo que el niño disponga en la familia y la comunidad luego del suceso o sucesos.

Los siguientes son algunos ejemplos de hechos catastróficos que atentan contra la vida y que pueden causar un PTSD cuando son presenciados o vividos por un niño o un adolescente:

- Accidentes graves (como accidentes de automóvil o de ferrocarril)
- Catástrofes naturales (por ejemplo, inundaciones o terremotos)
- Catástrofes provocadas por el hombre (por ejemplo, bombardeos)
- Ataques personales violentos (asaltos, violaciones, tortura, cautiverio o secuestro)
- Maltrato físico
- Ataque sexual
- Acoso sexual
- Maltrato emocional
- Abandono

Los eventos que tienen más probabilidad de desencadenar el trastorno son el acoso sexual, las violaciones sexuales, entre otras que ponen en peligro la integridad, la seguridad personal, la autoestima. Se ha prestado atención al fenómeno disociativo y su relación con los síntomas postraumáticos. Es posible que la disociación precoz peri traumática sea un "marcador" que identifica a los individuos que presentaron un alto riesgo de desarrollar este trastorno.

1.6.1.3 Signos y síntomas

Antes de identificar la clínica compatible con un TEP debemos conocer las respuestas normales de los niños y adolescentes ante las situaciones estresantes. Dependiendo de la severidad, duración y/o el grado de interferencia con el funcionamiento diario, los síntomas que son respuestas normales y necesarias ante el hecho traumático se convierten en respuestas mal adaptadas y disfuncionales.

Los niños experimentan una serie de reacciones y de sentimientos en respuesta a un desastre y necesitan atención especial para satisfacer sus necesidades. Los dos indicadores más comunes de estrés en los niños son los cambios conductuales y las conductas regresivas. Existen una serie de síntomas en niños y adolescentes que frecuentemente se relacionan con situaciones estresantes

Los siguientes son los síntomas más comunes del PTSD. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los niños y adolescentes que padecen PTSD sufren una angustia emocional, mental y física extrema cuando se ven expuestos a situaciones que les recuerdan el suceso traumático. Algunos vuelven a vivir el trauma repetidas veces en forma de pesadillas y recuerdos perturbadores cuando están despiertos, y pueden experimentar también todos o algunos de los siguientes problemas.

- Alteraciones del sueño.

- Depresión.
- Sensación de inquietud, de "estar en guardia".
- Facilidad para sobresaltarse.
- Pérdida de interés en cosas que solía disfrutar; desapego; ausencia general de receptividad; sensación de adormecimiento.
- Dificultades para demostrar cariño.
- Irritabilidad, mayor agresividad que antes del suceso traumático, que puede manifestarse incluso violentamente.
- Evitar ciertos lugares o situaciones que despiertan recuerdos desagradables.
- Imágenes recurrentes que no pueden evitarse (estos recuerdos pueden tomar la forma de imágenes, sonidos, olores o sentimientos y el individuo por lo general cree que el suceso traumático está volviendo a ocurrir).
- Pérdida de contacto con la realidad.
- Vivencia recurrente de un suceso traumático que puede durar unos segundos, horas o, muy raramente, días enteros.
- Problemas en la escuela; dificultad para concentrarse.
- Preocupación por morir a edad temprana.
- Conducta regresiva; comportarse como si tuviera menos edad (por ejemplo, succionarse el pulgar, incontinencia nocturna).

- Síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago).

La tríada clínica que define el TEPT comprende los fenómenos invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. El reexperimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea por estímulos que recuerdan el suceso traumático.

Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso pilo erección. Entre los elementos de los fenómenos invasores las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa escrita tienen gran importancia. Un ruido, un color, un aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.

Como una estrategia del paciente para reducir o intentar eliminar la aparición de los fenómenos invasores surgen conductas de evitación. Muchas veces deben investigarse en profundidad estas conductas ya que el paciente las ha adoptado activamente y a él no le extraña que ya prácticamente no sale de su casa por temor a volver a presentar, por ejemplo, un accidente automovilístico, o bien que cambió el trayecto que hacía desde su casa al trabajo para así no pasar por la esquina donde fue asaltado.

Asimismo evita mirar la televisión, o escuchar noticias relacionadas con el trauma.

El paciente comienza a aislarse socialmente y evita conversaciones en torno a su situación traumática o temas relacionados. Algunos pacientes pueden rechazar la realización de ciertos exámenes o procedimientos médicos, como un examen ginecológico en víctimas de violación, lo que refleja una conducta de evitación; en otras ocasiones una falta de adherencia al tratamiento también puede reflejar una conducta de evitación.

La respuesta general del paciente ante los estímulos está reducida, al igual que la capacidad de expresar emociones ("embotamiento emocional") y en ocasiones puede confundirse con un desinterés o desmotivación que lleve a sospechar en un cuadro depresivo.

El recuerdo específico del episodio traumático conviene precisarlo para así determinar la existencia de algún tipo de amnesia que pueda traducir una manifestación disociativa. Otros fenómenos disociativos que pueden presentarse como reacción aguda al suceso traumático son la despersonalización, la desrealización, diversos trastornos de la percepción o de la temporalidad; estos fenómenos también pueden repetirse durante la evolución del TEPT.

El estado general de hiperalerta del paciente se puede expresar por trastornos del sueño caracterizados por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y muy superficial; fallas en la concentración, irritabilidad fácil e incluso reacciones algo violentas, hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada y un estado de hipervigilancia.

- Llanto, lloriqueo.
- Enuresis.
- Chuparse el dedo.
- Alteraciones del sueño.
- Pesadillas, terrores nocturnos.
- Miedo a la soledad.
- Alteraciones conductuales.
- Conductas regresivas.
- Alteraciones cognitivas (pseudo demencia, anomia, dificultad para tomar decisiones, dar demasiada importancia a asuntos aparentemente triviales, dificultad para realizar operaciones de cálculo).
- Aislamiento social.
- Absentismo escolar.
- Somatizaciones (fatiga, náuseas, vómitos, mareos, cefaleas, temblores motores finos, dolores musculares, escalofríos, hipersudoración).

- Movimientos faciales involuntarios (tics).
- Alteraciones de conducta alimentaria.
- Hipersensibilidad al medio.
- Temores injustificados.
- Aparición de rituales.

Estos síntomas se pueden agrupar en las siguientes formas:

1. *Síntomas de pérdida de realidad:*

- Anestesia afectiva.
- Bloqueo cognitivo.
- Incapacidad para recordar hechos.
- Incapacidad para recordar hechos directamente relacionados con el trauma.

2. *Pensamientos egodistónicos:*

- Escenas retrospectivas, "flashbacks", sueños vívidos.
- Reexperimentación del trauma.
- Pesadillas relacionadas con el trauma.

3. *Conductas de escape:*

- Ansiedad ante hechos que recuerdan al trauma.
- Miedo irracional a sitios o lugares extraños.
- Aislamiento socio-familiar.
- Absentismo escolar.

4. *Hiperexcitación:*

- Hipersensibilidad al medio, con reacciones irracionales de sobresalto ante hechos mínimos.
- Reacciones explosivas, accesos de ira.
- Alteraciones del sueño.
- Inquietud psicomotriz.

Dependiendo de los diferentes grupos de edad aparecen distintos tipos de síntomas:

1. *Edad preescolar (2-5 años):* Estos niños se envuelven en fantasías, desarrollan temores a la separación o al rechazo y presentan con frecuencia comportamientos regresivos. No asimilan el concepto de muerte:

- Incontinencia urinaria nocturna (secundaria).
- Miedo a la oscuridad.
- Apegamiento a figuras materna / paterna y/o cuidadores.
- Sentimientos de culpa.
- Terrores nocturnos.
- Alteraciones en el lenguaje (tartamudeo secundario).
- Alteraciones del apetito.
- Terror injustificado.
- Inquietud psicomotriz.
- Miedo al abandono.

- Ansiedad de separación.

2. *Edad escolar (5-11 años):* Ya existe un entendimiento del concepto de muerte, aunque todavía no existe un pensamiento abstracto completo. Los miedos y la ansiedad predominan en este grupo, junto con las somatizaciones, y los síntomas se relacionarán con las ansiedades de sus figuras paternas:

- Somatizaciones (algias múltiples inespecíficas, cefaleas, abdominalgias, dolores musculares).
- Alteraciones del apetito.
- Trastornos del sueño (insomnio, terrores nocturnos, pesadillas).
- Tristeza.
- Irritabilidad.
- Labilidad emocional.
- Aislamiento social.
- Conducta agresiva.
- Miedos irracionales.
- Actitud oposicionista-desafiante.
- Demandantes de atención (rivalidad con pares).
- Absentismo escolar (pérdida de interés y dificultades de concentración).

- Comportamiento regresivo (enuresis, chuparse el dedo, hablar como un bebé).

3. *Preadolescencia (11-14 años)*: el adolescente se guía por las reacciones del grupo de pares:

- Alteraciones del sueño.
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Oposición a figuras paternas.
- Abandono en la realización de tareas.
- Problemas en la escuela (peleas, aislamiento social, pérdida de interés, llamadas de atención).
- Somatizaciones (dolores de cabeza, dolores leves, erupciones en la piel, problemas gástricos)
- Pérdida de interés en las actividades sociales de su grupo.

4. *Adolescencia (14-18 años)*: En esta edad prevalece el sentimiento de independencia del grupo, y surgen sentimientos tales como la venganza y el temor a perder a familia y amigos. Para que los síntomas se consideren patológicos tienen que interferir con el normal funcionamiento del adolescente:

- Problemas físicos no específicos (algias múltiples).
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Alteraciones del sueño.

- Tristeza.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad, oposicionismo, actos dirigidos a llamar la atención.
- Apatía y anergia.
- Desilusión, desesperanza.
- Temores irracionales.
- Comportamiento temerario, búsqueda de situaciones de riesgo.
- Minimización del problema, indiferencia.
- Anestesia afectiva.
- Sentimientos de minusvalía e inutilidad.

1.7 TRAUMA

1.7.1 Tipos de trauma

Los traumas dependiendo del período de exposición pueden ser:

1. Agudos
2. Crónicos

No existe consenso en cuanto a los criterios temporales, el DSM-IV establece en los tres meses la línea que separa ambos traumas. Se relaciona la exposición con el tipo de trauma y con los síntomas consecuentes a la exposición al trauma.

Dependiendo de la causalidad:

1. Natural: inundaciones, tornados, terremotos, aludes, incendios, huracanes.
2. Provocados por el hombre o tecnológicos: accidentes (aéreos, de tren, coche), derramamientos de sustancias nocivas, explosiones, terrorismo, guerras, secuestros, violaciones, violencia verbal-física.

A veces, los acontecimientos traumáticos no tienen por qué estar fuera de las experiencias normales de la vida. En la infancia la exposición a numerosos sucesos puede desembocar en un TEPT: secuestro, violencia doméstica, abuso, violencia en la comunidad, migraciones, guerras, separación de padres.

La reacción del niño debe incluir miedo intenso, horror o conducta desorganizada o agitada, agrupándose los síntomas en tres categorías:

1. El acontecimiento traumático reexperimentado persistentemente. Los síntomas de experimentación incluyen recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar, que en niños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos
2. característicos del trauma: sueños terroríficos de contenido irreconocible y pueden escenificar el acontecimiento traumático específico.

3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo. La evitación no debe estar presente antes de someterse al trauma, y se manifiesta como esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés
4. o la participación en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción en la vida afectiva y sensación de un futuro desolador.
5. Síntomas persistentes de aumento de la activación. En niños pequeños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos características del trauma, sueños terroríficos, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto y síntomas psicósomáticos.

En la infancia vamos a diferenciar los TEPT en subtipos:

1. Según el DSM-IV:
 - Agudo, si los síntomas duran menos de tres meses.
 - Crónico, si los síntomas duran más de tres meses.

- De inicio demorado, cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

2. Según Terr :

- Tipo I, o secundario a traumas agudos, y cuyos principales síntomas recogen la experimentación, la evitación y el aumento de activación.
- Tipo II, o secundario a traumas crónicos, y que cursa con síntomas de negación, disociación y furia.

Algunos estudios relacionan la severidad de los síntomas dependiendo de la exposición a traumas agudos o crónicos, demostrando mayor gravedad en aquellos niños expuestos a traumas agudos, sobre todo si son enfermedades médicas.

1.7.2 Factores de Riesgo

Factores demográficos:

- A menor edad mayor probabilidad de presentar semiología, y semiología diferente dependiendo de los grupos de edad.
- Sexo, el sexo femenino es más prevalente que el masculino.

Factores sociales:

- Ausencia de sistema de apoyo.
- Disfunción familiar crónica.
- Nivel socioeconómico, las cogniciones sociales y culturales.

Circunstancias vitales:

- Hechos traumáticos pasados.
- Enfermedades mentales previas.
- Historia psiquiátrica familiar de depresión, ansiedad y/o abuso de sustancias.
- Problemas físicos (sensoriales).
- Tratamiento farmacológico.
- Bajo rendimiento escolar.
- Habilidades limitadas para resolver problemas.

Características del trauma:

- Cantidad de destrucción observada
- Magnitud del trauma.
- Naturaleza del trauma.
- Tiempo de exposición al trauma.
- Distancia del trauma.
- Fallecimiento de un familiar y/o conocido.
- Heridas graves de familiares y/o amigos.
- La manera en la que el niño ve e interpreta la reacción de sus padres.
- TEP en las figuras paternas.

1.7.3 Epidemiología

La epidemiología del TEP en la infancia y adolescencia ha sido poco estudiada, no obteniéndose datos concluyentes a través de los estudios realizados hasta la fecha. Se estima que entre un 50 y un 75% de los expuestos a un hecho traumático, independientemente de los grupos de edad, van a desarrollar un cuadro de TEP. En algunas catástrofes se alcanzan cifras del 95%.

Las prevalencias (vida) obtenidas se establecen alrededor del 6%, en comparación con el 0'5-20% de la población adulta, con lo cual concluimos que la edad infanto-juvenil es uno de los factores de riesgo para desarrollar un TEP después de estar sometido a un acontecimiento traumático.

En la edad adulta la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres con una proporción de 2-3:1. En la infancia y adolescencia, a través de los diversos estudios se extrae que también es más frecuente entre las mujeres.

También se ha observado una mayor incidencia de TEP en población inmigrante.

1.7.4 Comorbidad

El debate en la actualidad se centra en saber si es comorbilidad o bien el TPET actúa como un factor desencadenante de un proceso previo que estaba

asintomático o subclínico. De tal suerte que el factor traumático que se presenta de forma abrupta exagera rasgos temperamentales, lo que implica la aparición de síntomas. No obstante en la bibliografía no existe consenso en este punto, por lo que asumimos la terminología habitual.

Incluye un amplio grupo de trastornos, los más frecuentes serían:

- Cuadros depresivos.
- Cuadros de ansiedad (TAG y trastorno de ansiedad por separación).
- Abuso de sustancias (en adolescentes), sobre todo etanol.
- TDAH.
- Trastornos conductuales.
- Somatizaciones.

1.7.5 Tratamientos

En el estudio del Trastorno de Estrés Post-traumático (TPET) el abordaje *Fármaco terapéutico* ha obtenido gran atención desde que surgió en el DSM-III como criterio diagnóstico.

En general, los fármacos empleados para el Trastorno de Estrés Postraumático se puede clasificar en 5 grupos: Antidepresivos tricíclicos, inhibidores de monoamino, oxidasa, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, benzodiazepinas, y otros.

-En los antidepresivos tricíclicos (ATC), no hay resultados concluyentes, ya que en ciertos casos, la evitación y la parálisis emocional no fueron modificadas por este medicamento, especialmente si el trastorno está en comorbilidad con otros trastornos como la depresión.

-Los inhibidores de monoamino oxidasa (IMAO) pueden llegar a ser beneficiosos para algunos pacientes con TPET, existen factores que limitan su uso como: el uso potencial ilegal de la droga, restricciones alimenticias, efectos colaterales tales como: mareos y hiposomnia.

-Antidepresivos tricíclicos, para lo cual se requiere un EEG basal, y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.

-Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, son en la actualidad los más utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

Los movimientos Oculares, la Desensibilización y Reprocesamiento (EMDR) es otro método para el tratamiento del Trastorno del Estrés Postraumático, es un método terapéutico reciente de base neurofisiológica que permite reconectar hechos traumáticos aislados, según los principales autores (Shapiro, 1995) ha sido investigado en estudios controlados y ha demostrado su eficacia

A través de esta técnica se realiza una estimulación bilateral de los hemisferios cerebrales (utilizando el movimiento ocular), para así desbloquear el evento traumático, desensibilizar e integrar la información procesada en el

sistema nervioso. Los componentes de intervención empleados son imágenes: recuerdos, creencias, emociones y respuestas sensoriales.

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente / familia información básica sobre su enfermedad, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el sujeto, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos jurídicos básicos relacionados con el problema (como por ejemplo en casos de violación/delincuencia) etc.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

Este enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

En todo parece importante destacar la necesidad de un enfoque colaborativo, donde tanto paciente como terapeuta compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el proceso terapéutico.

La terapia Cognitiva Conductual, Surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de modificación de conducta o terapia de conducta, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Pavlov y Skinner.

Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la modificación de conducta ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés.

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multi-dimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

Se utiliza para corregir distorsiones perceptivas o bien atribuciones erradas que ayudan a revivir las experiencias traumáticas. Este método consiste en hacer una revisión clara de las asunciones del paciente antes y después del trauma, con la finalidad de ayudarlo a adquirir una percepción más estable.

Método de Adquisición de Destrezas, se utiliza varios recursos tales como: manejo del estrés, destreza para la resolución de problemas, estrategias para la asertividad, manejo de la ira, capacidad para la comunicación interpersonal, relajación. Durante los primeros seis meses seguidos al trauma, se sugieren los métodos de inoculación de estrés y reestructuración cognitiva.

1.8 Depresión infantil

1.8.1 Definición de depresión

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una DI Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de DI Enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

1.8.2 Tipos de Depresión

El Trastorno depresivo mayor

Las personas que sufren de un *trastorno depresivo mayor*, quienes han tenido al menos un episodio depresivo mayor – cinco o más síntomas por al menos un período de dos semanas, este trastorno es recurrente, lo que significa que pueden experimentar episodios cada mes, una vez al año o varias veces en el transcurso de sus vidas.

La Distimia

La Distimia o Trastorno Distímico es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, aunque no tan acusado como en otros tipos de depresión.

La distimia es un tipo de depresión moderada y crónica. Los que sufren de distimia, usualmente experimentan poco apetito o comen en exceso, padecen de insomnio o duermen en exceso y tienen pocas energías o fatiga. Las personas con distimia a menudo no están conscientes de que tienen una enfermedad, debido a que, por lo general, su funcionamiento no se ve muy afectado.

1.8.3 Síntomas de depresión

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil (Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), 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 e ideación suicida.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica.

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. Dos son los factores de riesgo más destacados en esta patología. En primer término está el que ella tiende a presentarse en determinadas familias. Y en segundo término, la existencia de situaciones de maltrato, abuso sexual que fundamentalmente afectan la seguridad por respaldo social.

Caracterizan a la depresión los siguientes síntomas:

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.

- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas.
- Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, p. ej. dolor de cabeza o de estómago
- Concentración deficiente.
- Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela.
- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Problemas para relacionarse acrecentados.
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Baja auto-estima y sentimientos de culpabilidad
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.

Es así como niños y adolescentes deprimidos pueden mostrar cambios en su modo de ser habitual. Aquel que era muy sociable pasa a estar solo la mayor parte del tiempo. O pierde interés por todo. Y las cosas de que gustaba dejan de

agradarlo. Igualmente, en ocasiones los niños y adolescentes deprimidos se refieren a que quisieran estar muertos o pueden hablar del suicidio. También, tratando de sentirse mejor pueden recurrir al alcohol u otras drogas.

Por otra parte y paradójicamente, sucede con cierta frecuencia que se portan mal en la casa y en la escuela sin que nadie se dé cuenta de que están sufriendo de depresión, porque eventualmente no parecen estar tristes. Entonces, para los padres y los maestros se trata simplemente de mala conducta. Aunque, algunas veces ellos admiten que están tristes o que son infelices (evidentemente en confidencias con quienes tienen confianza).

Es entonces, importante el que los padres y los adultos relacionados con el niño conozcan esta sintomatología, lo que indudablemente da la posibilidad de una intervención precoz, con todas las ventajas que ésta conlleva.

1.8.4 Etiología de la depresión

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

- *Cognitivo*: la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.
- *Psicodinámico*: en relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz).
- *Biológico*: por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En el caso de la DI, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio, 1997).

1.8.5 Tratamiento

1.8.5.1 Psicoterapia Psicoanalítica

En sus orígenes, el tratamiento psicoanalítico era breve y focalizado. Sin embargo, el desarrollo posterior transformó la terapia psicoanalítica en lo que se ha llamado el *psicoanálisis clásico*, una terapia de tiempo ilimitado y de alta frecuencia (3 a 5 sesiones semanales), cuyo objetivo no está puesto en remover síntomas singulares o conductas problemáticas, sino en la reestructuración de la personalidad. Pero, a partir de la década de los 40, después de terminada la Segunda Guerra Mundial, la preocupación con la masificación de los servicios de Salud Mental, posibilitó la emergencia –primero en USA e Inglaterra–, de la *psicoterapia psicoanalítica*, que tiene por característica esencial el ser focal, de menor intensidad y, en general, de duración menor que un psicoanálisis.

El surgimiento de las psicoterapias psicoanalíticas, mucho más adecuadas para ser incluidas en la oferta de servicios de atención en el sistema público, se debió a la labor de pioneros tales como Alexander & French (1946), Sifneos (1972), Mann (1973), Malan (1976) Davanloo (1978), Luborsky (1984) y Strupp & Binder (1984). Tales modelos focales no buscan transformaciones de toda la personalidad, sino que asumen que la comprensión cognitiva (*insight*) de los problemas personales puede iniciar un cambio sintomático que se continúa después de la terminación del tratamiento.

La *psicoterapia psicodinámica exploratoria* de larga duración puede extenderse por 1 año o más, con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanales. La *psicoterapia focal* tiende a durar entre 4 a 6 meses, con una frecuencia de 1 a 2 sesiones por semana.

Mientras que la terapia exploratoria de larga duración enfoca el trabajo terapéutico en una variedad más amplia de distorsiones transferenciales, la terapia focal tiende a tener un carácter más restringido. Tanto el tratamiento exploratorio como el focal tienen como meta la resolución de conflictos inconscientes y éste es su sello psicoanalítico. A diferencia de las psicoterapias cognitivas y conductistas, se preocupan de ir más allá del cambio sintomático.

La técnica de la psicoterapia psicodinámica se basa en el establecimiento de un foco de comprensión consciente, que se elabora a través de la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante la sesión. El psicoanálisis moderno también destaca la importancia de la experiencia de los estados emocionales internos problemáticos, de los deseos y creencias en conflicto, codificados en patrones de relación que se exponen al examen dentro de la situación terapéutica y de la relación con el terapeuta.

Actualmente se piensa, a diferencia de antes, que el "*insight*" consciente puede no ser tan importante como factor curativo. La experiencia emocional, asociada a la capacidad del terapeuta de tolerar pensamientos y emociones consideradas previamente como intolerables por el paciente, puede ser tanto o más importante como factor de cambio. Otros aspectos del tratamiento potencialmente terapéuticos incluyen el fomento de la asimilación e integración

en el sí mismo de experiencias emocionales dolorosas y previamente apartadas de la conciencia, la sugestión y el apoyo.

La aproximación más estructurada de la psicoterapia focal se relaciona naturalmente con una actitud más activa por parte del terapeuta, quien identifica y comunica al paciente los patrones conductuales recurrentes, consistentes con la presencia supuesta del conflicto inconsciente.

1.8.5.2 Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal (PIP) se basa en las ideas de la escuela de la psiquiatría interpersonal e inicialmente fue formulada como una terapia de tiempo limitada de una frecuencia de una sesión semanal para pacientes depresivos. Si bien incluye una teoría explicativa general de la etiopatogenia que abarca todo el desarrollo vital, en especial las etapas más tempranas, el foco terapéutico no está puesto allí, sino en la conexión entre el momento de aparición de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales. De este modo, se orienta más a las relaciones actuales que a los aspectos crónicos de la personalidad. La actitud del terapeuta es activa y apoyadora.

La Psicoterapia Interpersonal es normalmente un tratamiento breve, usualmente administrado en la fase aguda de la depresión. La terapia comienza con una fase diagnóstica, en la que el desorden del paciente es identificado y explicado. El terapeuta destaca las maneras cómo el funcionamiento actual del

paciente, sus relaciones sociales y expectativas dentro de tales relaciones, pueden haber jugado un papel causal en la depresión.

Este es un momento educacional en el que el terapeuta vincula los síntomas depresivos con alguna de cuatro áreas interpersonales: duelos patológicos, conflictos de rol interpersonal, transición de roles o déficit interpersonales. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta lleva a cabo estrategias específicas para alguna de las áreas problemáticas. Por ejemplo, facilitando el proceso de duelo y ayudando al paciente a encontrar nuevas relaciones y actividades que compensen la pérdida. Los conflictos de rol pueden ser abordados ayudando al paciente a explorar los problemas de relación y a considerar las opciones disponibles para resolverlos. En la fase final del tratamiento, el paciente es ayudado a focalizar en los logros terapéuticos y a desarrollar maneras para identificar y enfrentar los síntomas depresivos en el caso de que éstos reaparezcan en el futuro.

1.8.5.3 Terapia Cognitivo Conductual

Los fundamentos de las terapias conductual y cognitivo conductual surgen de la teoría de condicionamiento clásica (aprendizaje condicionado y operante) y de la teoría de aprendizaje social. El método de desensibilización de Wolpe fue probablemente el primer intento riguroso de adaptar el condicionamiento pavloviano a la situación clínica. Al mismo tiempo, Skinner y sus colaboradores usaron técnicas de condicionamiento operante para modificar las conductas de

pacientes psicóticos internados. Por razones básicamente epistemológicas, el enfoque conductual ignora la importancia de los factores cognitivos.

Bajo la influencia de Bandura, Ellis, Michenbaum y Beck se produjo el llamado “giro cognitivo”, y las cogniciones (conscientes e inconscientes) han llegado a ocupar un rol cada vez más importante en los modelos psicopatológicos.

Las terapias cognitivas comparten con las terapias dinámicas el supuesto de la existencia de procesos cognitivos irracionales. Sin embargo, en la terapia cognitiva las cogniciones son consideradas aprendidas y mantenidas a través de reforzamiento. Por lo tanto, el desafío terapéutico a las cogniciones patológicas debe hacerse directamente y no por la vía de levantar sus determinantes inconscientes, como es el caso en las terapias dinámicas. Además, los vínculos que se suponen entre sintomatología y cogniciones específicas son en general menos complejos que en el enfoque dinámico.

Con todo, hay coincidencias considerables entre la terapia cognitiva moderna y las ideas psicoanalíticas tradicionales, y muchas proposiciones cognitivas derivan, de hecho, de formulaciones analíticas. Ejemplos de coincidencia entre ambas tradiciones son la importancia asignada a la noción de desamparo, a la discrepancia entre el sí mismo percibido y el sí mismo ideal, a la capacidad autodestructiva de las cogniciones negativas implicadas en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, y a la tendencia defensiva a evitar el examen de cogniciones dolorosas. Es notable que estos ejemplos surjan de, y sean relevantes para el análisis, precisamente, de la psicopatología de la depresión.

Por alguna razón, Aarón Beck, uno de los padres de la terapia cognitiva partió desarrollando sus ideas estudiando la relación entre pensamiento y depresión (Beck 1963, 1964).

Estos desarrollos dieron origen a una terapia específica para el tratamiento de la depresión y la conducta suicida (Beck & Greenberg 1979). La terapia es breve, orientada a problemas y altamente estructurada, y utiliza técnicas variadas, como tareas escritas y calendarización de actividades, biblioterapia, "*role-playing*", entre otras. Es técnicamente ecléctica, pero usa un amplio rango de técnicas de una manera consistente con el objetivo estratégico de lograr una modificación cognitiva.

Se preocupa de la relación terapéutica como escenario para una reeducación cognitiva, pero sin poner el énfasis en los aspectos emocionales o de apoyo como factores curativos. De la misma manera, la terapia desarrollada por Beck no pone una atención especial en los sueños o en los recuerdos infantiles, aun cuando, de producirse espontáneamente, éstos puedan servir como claves valiosas para entender patrones cognitivos particulares. La meta es mucho más aprovisionar al paciente con un conjunto de herramientas prácticas de autoayuda que pueda continuar empleando y perfeccionado después de la terminación de la terapia. La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T. "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del

pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

Los pasos anteriores tienen supuesta en práctica en distintos aspectos: El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas.

La terapia cognitiva conductual para la depresión en niños incluye una variada gama de estrategias como relajación, reestructuración cognitiva, auto observación, auto instrucciones, resolución de problemas, siguiendo el método de Beck, 1976; Rush, Shaw y Erney, 1979). Es evidente que, en el caso de los niños, ha de ser tenido en cuenta su estadio evolutivo y las limitaciones que el mismo impone respecto de la misma estrategia usada con adultos.

El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1995).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así

los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contra transferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores (falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1995).

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide "feedback" de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales y facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos. Una vez detectados comprobar su validez.

Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades. Conviene señalar que la C.T., en principio, es "eclectica" en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, el proceso que conlleva tal revisión.

técnicas empleadas con frecuencia:

TÉCNICAS COGNITIVAS:

DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante "role-playing", o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto-registros como tarea entre sesiones.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras:

(1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

(2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.

(3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

CAPITULO II
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑAS CON
DEPRESIÓN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑAS CON DEPRESIÓN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA

El modelo cognitivo de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluye creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivas) y activarse cuando el sujeto se encuentra en situaciones estresantes similares a aquellas que se formaron.

2.1.1 Terapia Racional Emotiva

El modelo psicoterapéutico cognitivo, se inicia hace casi 50 años con la propuesta del Dr. Albert Ellis, en el mismo año que se destaca como iniciador del cognitivismo. En 1956 Albert Ellis inicia una nueva corriente con el nombre de "Rational Therapy" luego reemplazado por el de "Rational-Emotive Therapy" (RET) o Terapia Racional-Emotiva (TRE) y finalmente, a partir de 1994, denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" (REBT) que aquí traducimos como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Esta corriente reconoce muchas variantes y escuelas, entre las que se destaca por su investigación y amplitud de recursos la de "Cognitive Therapy" o "Terapia Cognitiva" del Dr. Aarón T. Beck.

Actualmente la T.R.E.C., en su misma escuela fundadora el modelo ha superado algunas concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista, ha adoptado nuevos recursos y se puede considerar "pos-racionalista".

EL "A-B-C" DE LA TEORÍA

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en la que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".

"A" (por "Activating Event ") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo, o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (por "Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C"s pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Este concepto se grafica así: A B C

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. En un análisis más profundo, se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos. Una visión más completa de estas relaciones puede encontrarse, por ejemplo, en la nueva edición de "Reason and Emotion in Psychotherapy" (Ellis, 1994) donde se reconoce una múltiple interacción e influencias entre las "C", las "B" y las "A", tomando las más actuales teorías sobre las emociones, la visión "constructivista" del conocimiento y otros temas. Así, por ejemplo, "A" ("acontecimiento") se considera como lo percibido por la persona, y, en cierta manera, "creado" o "construido" mediante su selección, inferencias, supuestos, sistemas de atribución, etc. siempre condicionado por sus metas "G" ("goals") y sus esquemas, elementos estos pertenecientes al sistema cognitivo ("B").

O sea:

B → A

También se acepta que el tinte emotivo ("C") en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognitivas ("B") para la construcción de "A".

O sea: C → B

También las emociones y conductas modifican directamente las situaciones.

O sea: C → A .

Además, existen estímulos ("A") que en un primer instante generan una respuesta condicionada ("C") que recién luego puede ser procesada por el sistema cognitivo.

O sea: A → C

LAS CONSECUENCIAS ("C"):

Con respecto a las consecuencias o reacciones (conductas y emociones), la REBT distingue entre las "apropiadas" ("funcionales" o "no perturbadas") y las "inapropiadas" ("disfuncionales", "perturbadas" o "auto-saboteadoras").

Las emociones (o conductas) disfuncionales se caracterizan por:

- Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- Llevar a (o implicar) comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos).

Dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.

Están asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

2.1.2 Terapia Cognitiva de Aarón Beck

La terapia cognitiva conductual para la depresión en niños incluye una variedad gama de estrategias como relajación, reestructuración cognitiva, auto-observación, auto-instrucciones, resolución de problemas, siguiendo el método de Beck de cambio de esquemas cognitivos (Beck, 1985)

Aarón T: Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pennsylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956.

La sede central de esta corriente, que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, Pennsylvania, actualmente es el "Beck Institute for Cognitive Therapy and Research" situado en Bala Cynwyd (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pennsylvania, USA), fundado en 1994 por Aaron T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija, Judith S. Beck.

Actualmente la Terapia Cognitiva en las mismas escuelas fundadoras ha superado algunas concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista, ha adoptado nuevos recursos y se puede considerar "pos-racionalista".

El modelo cognitivo- conceptos básicos "La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1997). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta.

"La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan." (Dattilio & Padesky, 1990, Cognitive Therapy with Couples) En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos: (1) Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".(2) La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).(3) Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos. (4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información

(sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio. En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan:

EL SISTEMA COGNITIVO: Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. El modelo se representa por la relación:

$S \rightarrow P \rightarrow R$

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma *verbal* ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o *visual* (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias*. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como *verdades absolutas*.

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de *sí mismos*, de las *otras personas* y de su *mundo*.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente

son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos).

Las creencias intermedias están constituidas por: *reglas (normas)*, *actitudes* y *supuestos*.

Las distorsiones cognitivas:

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico.

Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que hemos encontrado mencionadas en la literatura de esta corriente son las siguientes:

Adivinación del futuro ("catastrofización").

Descalificar o descartar lo positivo.

Inferencia arbitraria.

Razonamiento emotivo ("*siento que...*").

Explicaciones tendenciosas.

Rotulación ("etiquetar").

Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).

Filtro mental ("abstracción selectiva").

Lectura de la mente.

Generalización (o "sobre-generalización").

Personalización.

Expresiones con "debe" o "debería" (exigencias, demandas).

"Visión en túnel".

Según el Modelo Clásico de Beck, los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva son:

1) Las ideas o creencias influyen sobre los estados afectivos (y los modifican). Algunas son responsables en la génesis de los trastornos psicológicos. El éxito de la terapia depende de que puedan cambiarse esas creencias.

2) El desarrollo de un trastorno se apoya en la vulnerabilidad cognitiva a realizar síntomas depresivos que padece el individuo. Dicha vulnerabilidad es el resultado de la operación de ciertos esquemas o patrones de inadecuación, fracaso o pérdida.

3) Tales esquemas están representados por actitudes disfuncionales del estilo de *"si alguien a quien quiero no me quiere, no soy nada"*. Los pensamientos automáticos que favorecen la aparición de síntomas depresivos se valen de distorsiones cognitivas.

4) Lo que produce las acciones distorsionadas es la activación de diferentes esquemas.

5) Cuando el individuo se topa con ciertos eventos negativos que activan su vulnerabilidad cognitiva se desarrollan signos negativos del sí mismo, el mundo y el futuro.

6) Como consecuencia aparece los síntomas negativos que caracterizan la depresión. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo (Beck 1967).

2.1.3 Técnicas del Control de la respiración y Relajación progresiva de Jacobson

La relajación es un concepto ampliamente utilizado en el mundo occidental y practicado en el oriental desde tiempos inmemorables. Implica la distensión muscular y psíquica con un descenso de la tensión generada por el trabajo y el esfuerzo muscular, que facilita la recuperación de la calma, equilibrio mental y la paz interior. Es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar, de salud.

El cuerpo, en su constante trabajo por mantenernos equilibrados, reacciona contrarrestando los excesos de actividad física continuada y la fatiga mental. Nos mantiene inmersos entonces es un pre-estado de tensión interna, que provoca numerosos cambios en nuestras funciones vitales y genera un estado general de alteración físico-psicológico, del que apenas somos conscientes hasta no encontrarnos en situaciones límites.

Numerosos autores han descrito técnicas muy válidas para inducir de forma autodidacta estados de relajación física. Se destacan los métodos de Jacobson, Shultz, y la sofrología. Sobre todos estos, y muchos más, podemos encontrar libros que nos ayuden a conocer su metodología.

Debemos ser conscientes del trabajo que supone la iniciación en estas técnicas, así como la práctica continuada y la capacidad de modular todas las esferas relacionadas con las situaciones que nos provocan llegar a estados de tensión muscular física y psicológica.

Por otra parte, podemos probar, relacionado con lo comentado con la respiración, la relajación-distensión muscular. Se trata de poner en tensión la musculatura de forma segmentaria durante unos segundos y notar su relajación posterior. Iniciaríamos una secuencia ordenada comenzando desde los pies, pantorrillas, muslos, zona lumbar, abdomen, pecho, brazos, cuello y cara. De forma muy sencilla el Dr. Eugeni Herrero Lozano nos propone un método en el libro "Entrenamiento en relajación creativa".

La respiración: implica a todo el cuerpo y a todos los músculos, pero el diafragma es el músculo respiratorio más importante. Separa el tórax del abdomen y permite, a través de la respiración, la oxigenación de nuestro cuerpo. No poder verlo ni tocarlo directamente, hace que nos olvidemos de su capacidad de movimiento y no lo hagamos trabajar de forma completa. Al inspirar se contrae y desciende, permitiendo que los pulmones se llenen de aire, y en

consecuencia el abdomen se distiende hacia fuera. En la espiración, el vientre se mete hacia dentro y la relajación del diafragma que sube, provoca la contracción pulmonar y la expulsión del aire al exterior. Palpar nuestro tórax y abdomen mientras respiramos, nos permitirá sentir este movimiento respiratorio. Esta es la respiración "natural" y completa.

El aprendizaje es sencillo y los resultados inmediatos si prestamos toda nuestra atención a conectar con nuestro ritmo vital. Combinar respiración y relajación requiere una predisposición a un trabajo lento en el tiempo pero con resultado seguro.

Iniciación a la práctica:

En la orientación del método se dan las siguientes indicaciones:

- Para concentrarnos totalmente nos colocaremos con la espalda apoyada en el suelo, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm.
- Toda la columna debe estar en contacto con el suelo. No debemos notar signos de tensión en el cuerpo.
- Colocaremos una mano sobre el tórax y otra sobre la parte baja del abdomen.
- Realizaremos unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.
- Tomamos aire por la nariz y lo dirigimos a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen. Retenemos el aire

3 segundos, y comenzamos a soltarlo por la boca con los labios levemente cerrados, como si sopláramos suavemente.

- Repetimos, a nuestro ritmo y con tranquilidad, varios ciclos respiratorios durante un tiempo de unos 5-10 minutos. Si notamos sensación de ahogo o mareo, hay que adecuar la frecuencia respiratoria. Observar la propia respiración, sentir el propio ritmo, e intervenir en ello, constituye el camino obligado para aliviar el estrés y tensiones, cambiar el humor, concentrarse mejor, dormir más y reducir la incidencia de las enfermedades y malos hábitos.

Al agrandar la cavidad torácica penetra en la parte inferior de los pulmones mayores cantidades de aire, que a su vez, expulsa de allí más materiales de **desecho** y alivia las tensiones musculares en torno de las áreas del estómago y de las costillas.

Al reducirse dichas tensiones, se vuelve automática la respiración correcta.

Una respiración adecuada es pues, aquella en la que llenamos los pulmones de aire en la zona inferior, media y superior. Se debería automatizar como ayuda en los momentos de estrés.

Primero se le pide al paciente que se vaya relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando han transcurrido estos minutos y el paciente tiene una relajación previa empezamos con la relajación de la cara.

La frente: para tensarla hay que tirar de las cejas hacia arriba de manera que se marquen las arrugas. Relajarla dejando que las cejas vuelvan a su posición habitual.

El entrecejo: para tensar hay que intentar que las cejas se junten una contra otra, se deben marcar unas arrugas encima de la nariz. Relajar.

Los ojos: tensarlos apretándolos fuertemente. Relajarlos aflojando la fuerza y dejarlos cerrados.

La nariz: para tensarla se la debe arrugar hacia arriba, destensarla dejando de arrugarla suavemente.

La sonrisa: forzar la sonrisa el máximo posible apretando los labios uno contra el otro al mismo tiempo. Relajar.

La lengua: apretar con fuerza la lengua contra la parte interior de los dientes de la mandíbula superior. Se tensan la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de alrededor de las mandíbulas. Aflojar lentamente.

Mandíbula: apretar con fuerza la mandíbula inferior contra la superior, notando que se tensan los músculos situados por debajo y hacia delante de las orejas.

Aflojar los labios: sacar los labios hacia fuera y apretarlos fuertemente el uno contra el otro.

Resto del cuerpo:

El cuello: existen diversos procedimientos, básicamente consiste en estirar los músculos del cuello hacia arriba. Un procedimiento es dejando caer la cabeza hacia delante hasta que la barbilla esté lo más próxima posible al pecho, se tensan especialmente los músculos de la nuca. Para relajar, llevar la cabeza a su posición normal. El otro procedimiento es inclinar la cabeza hacia un lado hasta sentir una tensión en la zona lateral del cuello y después hacia el otro lado. Para relajar volver la cabeza a su posición normal.

Los hombros: subir los hombros hacia arriba con fuerza, intentando tocar las orejas con ellos, mantener la tensión y relajar dejando caer poco a poco los hombros.

Brazos: estirar el brazo hacia delante, cerrar el puño y apretarlo fuertemente, intentar poner todo el brazo rígido. Para aflojar, abrir el puño y dejar caer el brazo suavemente. Después el otro brazo. *Espalda:* para tensar, echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás, no se deben apretar los puños, para relajar volver a la posición original.

Estómago: hay dos maneras. Una es meter el estómago hacia adentro el máximo que se pueda, otra manera más efectiva es apretar los músculos del estómago hacia fuera, de manera que se ponga duro. Para relajar dejar de tensionar el estómago.

Parte inferior de la cintura: apretar la parte del cuerpo que está en contacto con la silla, lo más efectivo es apretar la pierna izquierda contra la derecha, desde el trasero hasta la rodilla. Piernas: estirar la pierna todo lo posible, se ha de notar la tensión en el muslo y en la pantorrilla. El pie se puede poner mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar primero el pie y poco a poco soltar la pierna y dejarla que se relaje. Repetir con la otra pierna.

En la relajación progresiva normalmente se aprende un grupo muscular por sesión, pero esto depende del terapeuta. Después de cada sesión se dedican los últimos minutos para sentir la relajación ayudándonos con una respiración lenta y profunda.

Cuando el paciente ya sabe tensar y relajar los músculos se puede pasar al recorrido mental tensión-relajación, que consiste en ir apretando y aflojando sucesivamente todos los grupos musculares, en el caso de que un grupo muscular continúe en tensión, volver a relajarlo, hasta que se sienta el cuerpo totalmente relajado.

Es necesario adecuar la técnica a las necesidades particulares de cada persona. Después de la relajación progresiva las técnicas más utilizadas en relajación son la técnica de relajación pasiva, la técnica de la relajación autógena y la respuesta de relajación.

2.1.4 Reestructuración Cognitiva

Consiste en identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales de los pacientes. Estas cogniciones disfuncionales se centran en una exageración o "tremendización" de la peligrosidad de los síntomas experimentados o a experimentar y una descalificación o subestimación de la propia capacidad para enfrentar a los mismos o a las situaciones temidas.

Se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar que tienen capacidad para cambiar las cosas hacia mejor y de este modo contemplan el entorno desde una perspectiva desesperanzada (Kadin 1983).

(Albert Ellis, 1997) los menciona como "inferencias erróneas y creencias irracionales" con sus respectivas consecuencias "tremendización". Para Aarón Beck no son más que "pensamientos automáticos distorsionados"

Se utiliza principalmente para cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. Este tipo de técnica es una combinación de la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1962) y entrenamiento en auto instrucciones de Meichenbam (1977).

Técnicas conductuales

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

- 2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- 3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- 4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzar sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- 5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Los Patrones de Pensamiento irracionales

En el momento actual se mantiene la idea de que hay una interacción en los procesos psicológicos humanos. Los pensamientos, emociones y conductas, no se experimentan en forma aislada sino que se supone significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas.

Los hechos (acontecimientos del mundo exterior) o mejor dicho, la forma en que percibimos los hechos, interactúan con la evaluación que hacemos en pensamientos, emociones y conductas (acontecimientos del mundo interior).

2.1.4.1 Los ABC de la reestructuración cognitiva

El ABC de la Terapia Racional Emotiva es una estructura muy sencilla para explicar conceptualmente los problemas psicológicos de los clientes.

En este esquema, (A) simboliza el acontecimiento desencadenante o activador ("Activating Event"), (B) representa lo que cree una persona de ese acontecimiento ("Belief") y (C) corresponde a las respuestas emocionales y conductuales, o sea, las consecuencias ("Consequence").

Los acontecimientos desencadenantes o activadores (A); estos no existen en estado puro; casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de Bs. y C's. Además, las personas ponen algo de sí mismas en las A's, metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas.

Las creencias (B) sobre los eventos activadores son los que en realidad modelan las consecuencias. Si esto no fuera cierto, todas las personas reaccionarían de la misma manera a eventos activadores iguales, y la misma persona siempre invariablemente se comportaría de la misma forma ante los mismos eventos activadores.

Las consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales C, provienen de la interacción entre As y Bs. C está casi siempre influida y afectada pero no exactamente causada por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Y lo que es más, cuando A tiene mucho poder (p.e. condiciones de vida miserables, un terremoto) tiende a afectar profundamente a C.

Cuando C consiste en una alteración emocional (sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, auto desprecio y autocompasión), la causante más directa suele ser B.

Aunque en muchas ocasiones las C son consecuencia de una pequeña A y una gran B, o sea que la influencia sobre la conducta, afectos o sentimientos (B's) de los eventos activadores es pequeña y mas bien son las creencias de las personas las que dirigen las conductas, afectos y sentimientos. A, B y C están intrínsecamente relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra.

Según, (Ellis, A; 1990) el terapeuta puede empezar preguntando a los niños que piensen porqué los niños de características similares reaccionan de forma tan diferente ante las misma situación.

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuada de sí mismo, del entorno y del futuro producen sentimientos negativos, los cuales junto a la pasividad conductual, constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo.

El trabajo terapéutico consiste básicamente en modificar aquellas cogniciones automáticas negativas que el individuo tiene incorporadas en su sistema de creencias y que lo mantienen en un estado de ánimo alterado, ya sea depresivo o ansioso.

La terapia cognitiva no consiste solamente en cambiar un pensamiento negativo por uno positivo, es más bien lograr que el paciente reconozca por sí mismo que sus pensamientos negativos no están basados en la realidad, su percepción del problema que lo perturba esta influenciada por su sistema de creencias, producto éste de sus experiencias y formas de relacionarse con sus figuras significativas desde el periodo de la infancia.

2.1.4.2 Creencias irracionales

Según (Ellis, A; 1997), existen diversas creencias irracionales en los niños de edad escolar que contienen el componente de cometer errores (por ejemplo soy malo si cometo un error, los **adultos** deberían ser **perfectos, no debería** cometer errores, especialmente errores sociales.

Creencias Irracionales comunes en la infancia

- Es horrible si no le gusto a los otros.
- Si cometo un error no seré querido.
- Todo debe ser a mi manera.
- Todo me debe resultar fácil.
- Debo tener todo lo que quiero.
- El mundo **debería** ser justo, y los malos deben **ser castigados**.
- Debo ganar.
- Si me critican por algo, es que no **soy valioso**.
- No puedo cambiar, yo soy así.
- Mis reales sentimientos deben permanecer ocultos. No deben ser conocidos por otros.
- Solo existe una manera correcta de hacer, pensar, sentir.
- Todas las personas deben aceptarme y quererme.
- Las personas valen más o menos dependiendo de su raza, posición social, o grado de **preferencia** de los padres.
- Es horrible tener que esperar o estar aburrido **EMOCIONES APROPIADAS VERSUS EMOCIONES INAPROPIADAS**

1. TRISTEZA: Derivada de la Creencia Racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que **no debería haber** ocurrido".

-VERSUS-

1. DEPRESIÓN: Derivada de la Creencia Irracional: "*No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así*". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: "*Es terrible*"

En el caso de los niños, la terapia intensifica su carácter didáctico que trata de enseñar a un niño a cambiar su forma de pensar sobre las cosas y sobre todo sobre sí mismo. En todo caso, hay autores que consideran muy difícil que pueden ser usadas con los niños muy pequeños.

2.1.4.3 Entrenamiento de habilidades sociales

Existen unas habilidades sociales básicas y otras más complejas. Sin las primeras no podemos aprender y desarrollar las segundas. Cada situación requerirá mostrar unas habilidades u otras, dependiendo de las características de la situación y de la dificultad de la misma.

Para empezar a aprender estas habilidades se tiene que conocer primero las técnicas básicas de la comunicación eficaz y luego incorporar esas conductas socialmente deseables que son las **habilidades sociales**.

Primeras habilidades sociales

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.

Habilidades sociales avanzadas

9. Pedir ayuda.
10. Participar.
11. Dar instrucciones.
12. Seguir instrucciones.
13. Disculparse.
14. Convencer a los demás.

Habilidades relacionadas con los sentimientos

15. Conocer los propios sentimientos.
16. Expresar los sentimientos.
17. Comprender los sentimientos de los demás.
18. Enfrentarse con el enfado del otro.
19. Expresar afecto.

2.1.2.4 Asertividad

El entrenamiento de la asertividad, puede describirse a los participantes como otro método para disminuir la depresión. Prácticamente, el comportamiento asertivo es escaso en personas con depresión y en muchas ocasiones es efectivo para estas emociones o sería una buena forma de

prevención. Los niños deprimidos se creen incapaces e inapropiados y esto les ocasiona mucha inseguridad: Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. En este sentido, el entrenamiento asertivo no consiste en convertir personas sumisas en quejasas y acusadoras, sino a enseñar que la gente tiene derecho a defender sus derechos ante situaciones que a todas luces son injustas. Expongamos aquí una serie de ideas falsas y el derecho de la persona que es violada. No hay que interrumpir nunca a la gente. Interrumpir es de mala educación. Usted tiene derecho a interrumpir a su interlocutor para pedir una explicación. Los problemas de uno no le interesan a nadie más y no hay que hacerles perder el tiempo escuchándolos.- Usted tiene derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.

Hay que adaptarse a los demás, si no es posible nos arriesgamos a perder una amistad.

- Usted tiene derecho a decir "NO"
- Cuando alguien tiene un problema hay que ayudarlo.
- Usted tiene el derecho de decidir cuando prestar ayuda a los demás y cuando no.

La meta de todo entrenamiento en asertividad es enseñar al niño a defenderse sin recurrir a la agresión ni a la huida. La estrategia mas utilizada

para el incremento de la asertividad es la representación de situaciones ("role-playing") (Ellis, 1990).

2.1.4.5 La Resolución de Problemas

Un problema es definido como aquella situación que causa algún tipo de malestar debido a que no se sabe encontrar la solución adecuada o eficaz; es decir pues, que el problema no es el problema en sí; si no el carecer o no tener la respuesta que demanda dicho problema ante una situación determinada y es esto lo que constituye la situación conflictiva; por ello es de gran importancia considerar que la situación ideal para resolver un problema no existe, y que cualquier alternativa que sea elegida para dar solución traerá pérdidas y ganancias, pero que al final dejara un aprendizaje en los niños.

Ramiro J. Álvarez (1993) define que un problema es aquello que nosotros mismos nos creamos por no saber explicar una respuesta efectiva a una situación dada y para lograr explicar esta definición la divide en dos:

Con esto el autor pretende comunicar que los problemas no llegan por casualidad del destino y esto lo podemos comprobar y explicar a través de la terminología Racional Emotiva A-B-C, los problemas se sitúan en B más que en A pues en B se encuentran los pensamientos y las interpretaciones que hacemos acerca de los mismos y en A los acontecimientos activadores (los antecedentes que precedieron para que el problema se presentara).

A lo largo de nuestra vida nos encontramos ante situaciones que nos plantean desafíos, pero ello es parte de la existencia humana, es cierto que

estamos sujetos a la salud, la enfermedad, el dolor etc. Pero todo esto no son problemas sino condiciones naturales de la vida. Las situaciones pueden ser prácticamente iguales en todos pero el modo de adaptarse responder y enfrentarse a las mismas es muy diferente en cada persona

La resolución de problemas intenta proporcionar una estructura para la consideración y el abordaje formal de aquellos problemas que no se pueden resolver fácilmente. Dentro del contexto terapéutico del grupo, se pide a los participantes que usen diferentes recursos para crear soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros del grupo, (Sank y Shaffer, 1984).

El problema no está en la situación, sino en la ineficacia que tiene la respuesta que la persona ha generado y puesto a prueba ante dicha situación. El problema es por tanto, buscar la mejor solución, pero sobre todo que sea eficaz. Al hablar de soluciones es conveniente tener presente que no existe una solución única, perfecta e ideal para cada situación o desafío que se nos presente en nuestra vida, al hacerle frente siempre podemos poner en práctica diferentes estrategias tomando en cuenta que cada una de ellas tienen sus ventajas e inconvenientes. La clave está en saber valorar todas las alternativas para elegir la que suponga mayor ganancia.

Fases para la solución de problemas

Lo mas importante de resolver problemas es que es una habilidad que se aprende y desarrolla, por ello es importante tener en cuenta que resolver un problema es cuestión de método y disciplina. Algunos han aprendido y desarrollado dicha habilidad a través del modelo familiar de sus padres y

también por ensayo y error experimentando con diferentes soluciones para enfrentar sus propios problemas.

Cuando se aprende una nueva habilidad al principio se cometen errores y aprender formas nuevas de solucionar problemas no es la excepción; ya que esto lleva tiempo y en el proceso algunos cometen fallas, pero en un momento dado todo se automatiza y la nueva conducta forma parte de la naturaleza personal de uno mismo y se ejecuta con exactitud y destreza.

La dificultad en la capacidad para resolver depende de dos factores:

Los conocimientos previos y los adquiridos continuamente que son importantes para resolver un tipo dado de problemas.

Es de gran importancia considerar que la solución de los problemas requiere tener presente todas las variables importantes como la codificación, la memoria, el reconocimiento de inferencias etc.; además se ha comprobado que la capacidad de representación depende de que se adquieran los conocimientos específicos relevantes para la solución de los problemas y sobre todo de que se pueda atender a la información relevante.

Al enseñar habilidades prácticas, se busca proporcionar instrucciones tanto como pensar acerca de un problema práctico así como la forma de ir resolviendo. Ha llegado a un formato de resolver problemas prácticos que pueden emplear fácilmente, incluso con niños pequeños e incluye los siguientes pasos (Waters, 1982).

- *Identificación del problema*
- *Formulación de metas*
- *Genera tantas soluciones como puedas*
- *Retrocede y evalúa cada solución alternativa*
- *Toma de decisiones*

2.1.4.6 Autocontrol

El déficit de autocontrol puede causar gran número de psicopatologías. Es por ello que la enseñanza del autocontrol en etapas tempranas de la vida es de suma importancia.

El entrenamiento debe adecuarse de manera individual, con tiempo y nivel apropiados para que las experiencias resulten exitosas; de lo contrario, se produciría un retroceso en lugar de un avance.

La depresión también se ha relacionado con déficit en el autocontrol, y es extensible a los niños. Por consiguiente, la técnica en entrenamiento del autocontrol se utiliza para combatir la depresión en los niños. Este tipo de técnica consiste en una acción terapéutica que se estructura en torno a la auto observación, auto evaluación y auto refuerzo, operaciones que el paciente efectúa con la ayuda del terapeuta (Barrio, M; 1997).

El autocontrol consiste en la elección y puesta en práctica de una opción superior comparada con otra alternativa más tentadora, aún cuando esta última sea más placentera. Gran parte de la psicopatología y del sufrimiento humano surgen de deficiencias en el autocontrol. Un importante método para inculcar

autocontrol es mediante la posibilidad de ofrecerle al niño miles de oportunidades de obtener exitosamente recompensas no inmediatas.

Para muchos niños con predisposición al autocontrol y con experiencias de aprendizaje favorables y tempranas, las demandas habituales tanto en el hogar como en el ámbito escolar pueden ser suficientes para proveer estas oportunidades. Pero para aquellos que llegan a la escuela con deficiencias importantes del autocontrol, se plantea la hipótesis de que un entrenamiento más intenso tendrá mejores resultados potenciales a largo plazo.

El autocontrol puede enseñarse por métodos que incluyen la fijación de objetivos, la presentación de modelos, la enseñanza, la práctica, el refuerzo y la supervisión. Una intervención intensiva usualmente requiere disminuir el grado de dificultad de los desafíos en cuanto al autocontrol hasta el punto en el cual el niño tiene la posibilidad de éxito. Para muchos niños con grandes problemas de autocontrol, el entrenamiento personalizado es el punto de partida para lograr éxito en el desarrollo de esta habilidad.

2.1.4.7 Afrontamiento

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento.

Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería:

- afrontamiento activo,
- afrontamiento pasivo
- evitación.

Otra clasificación básica podría ser:

- afrontamiento cognitivo y
- afrontamiento conductual.

Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es:

- afrontamiento dirigido a cambiar la situación y
- afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

2.1.4.8 Autoestima

El concepto del Yo puede surgir de las relaciones que un niño mantenga con otros y de las apreciaciones que estas hacen con respecto a ella, sin embargo una vez formado este concepto perjudica la manera que procesa la información, el concepto que el niño posea de si mismo se basa parcialmente en la relación entre las cosas negativas y las positivas que se dice acerca de sí en los diálogos internos. Estos pensamientos constantemente conducen a sentimientos de angustia, vergüenza o frustración.

Como parte de la terapia cognitiva que se dirige al cambio de las atribuciones negativas respecto de sí mismo se considera, como meta importante, logra en el sujeto el aumento de la autoestima.

Se aplica la técnica de reestructuración cognitiva cuando se actúa sobre la idea de sí mismo, pero muchos terapeutas hacen uso de la búsqueda del aumento en la autoestima como tratamiento de la depresión.

Las estrategias de incremento de la autoestima dirigidas a niños han experimentado un aumento grandioso en los últimos tiempos. En algunas escuelas se han convertido en materia primordial. Fundamentalmente los pasos establecidos de este tipo de terapia son muy parecidos a los de la reestructuración cognitiva.

- Identificar los aspectos positivos de los sujetos- Combatir las distorsiones cognitivas-Identificar las deficiencias del sujeto-Generar habilidades compensatorias

Se pueden combinar estas técnicas con el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (Barrio, 1997). Si el concepto de sí mismo está compuesto de conceptos positivos el niño y niña desarrollará una buena autoconfianza, mucha autoestima, escasos sentimientos de inestabilidad, da como resultado una gran adaptación en el aspecto social.

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del Problema

A través de la investigación se espera responder al planteamiento:

¿El programa de Terapia Cognitiva Conductual aplicada a niñas con síntomas de depresión asociado al abuso sexual, logra una mejor recuperación y estabilidad?.

3.2 Justificación

Durante los últimos tiempos se ha escuchado acerca del abuso sexual infantil, pero pocos saben que éste es una forma de maltrato que los adultos infringen a los menores y que produce devastadoras consecuencias a los niños y niñas, durante esta etapa y en su vida consecutiva.

La existencia del abuso sexual de menores se facilita por el silencio que logra imponer el abusador sobre su víctima y si sumamos el hecho de que la mayoría no deja rastros físicos, tenemos las condiciones ideales para que la situación se mantenga oculta y perdure por años.

El abuso sexual infantil, es un problema que afecta a niños y niñas institucionalizados, ya que por su historia de vida son propensos a padecer trastornos especialmente de depresión, por consiguiente es necesario ofrecerles a estas niños y niñas un tratamiento eficaz, que permita hacer frente a este trastorno, depresivo, que los afecta enormemente.

La evaluación es el primer paso para acercarnos al problema de los niños y niñas y para seleccionar el tratamiento adecuado, pero el trabajo que se lleva a cabo debe involucrar a las personas que forman parte activa de la vida de las víctimas. En este caso el hogar sustituto.

3.3 Objetivo de investigación

3.3.1 Objetivo General

Disminuir los niveles de depresión en niñas con abuso sexual, del Hogar San José de Malambo ubicada en Arraján, a través de un programa de intervención terapéutica cognitiva conductual.

3.3.2 Objetivo específico

1. Evaluar clínicamente a niñas víctimas de abuso sexual.
2. Aplicar un programa cognitivo conductual a niñas víctimas de abuso sexual con síntomas depresivos.
3. Reconocer la efectividad del programa psicoterapéutico aplicado.
4. Elaborar recomendaciones, tomando en cuenta los pros y los contras de la metodología utilizada, en base a los resultados obtenidos.

3.4 Hipótesis

3.4.1 Hipótesis Conceptual

La intervención terapéutica en niñas que presentan síntomas de depresión realizada mediante el programa de intervención cognitivo conductual grupal, disminuirá los síntomas relacionados con esta condición.

3.4.2 Hipótesis Operacional

- Las niñas víctimas de abuso sexual que participen del programa de terapia cognitivo conductual, luego del tratamiento, presentan una reducción de los síntomas asociados a la depresión.
- Las puntuaciones en la Prueba de Depresión de Beck, serán al final significativamente menores que al inicio del tratamiento.

3.4.3 Hipótesis Estadística

Hipótesis de trabajo

- Los síntomas de la depresión observados al finalizar del tratamiento, serán menores que al inicio.

Variable: "Depresión"

$$H_0: \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$H_1: \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$$

Hipótesis de investigación

H1: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre-prueba y la post-prueba, para la variable depresión.

Hipótesis Nula

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones de las medias de la pre-prueba y la post-prueba, para la variable depresión.

3.5 Estrategia de Investigación

Es una investigación de tipo **Cuasiexperimental**, los cuales son muy parecidos a los experimentos "verdaderos", también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables independientes. En estos diseños los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surge y la manera como se formaron fueron independiente o aparte del experimento). (Hernández Sampieri, 2003).

Se ha considerado para este estudio un nivel de significancia o alfa 0.05, lo cual se indica una probabilidad del 95% de aceptar la hipótesis de investigación y solo 5% de error.

3.6 Variables

3.6.1 Variable Independiente

Programa de intervención terapéutica cognitivo conductual para la disminución de los síntomas asociados a la depresión para el grupo de niñas, víctimas de abuso sexual.

3.6.2 Variable Dependiente

- Depresión

3.6.3 Control de variables extrañas

Para alcanzar la validez interna de la investigación se busca identificar fuentes de invalidación interna. Este estudio no es un experimento verdadero sino un pre-experimento con pre-test y post-test y se utilizó un solo grupo, no hay control ni asignación aleatoria. En el estudio se buscó, pese a las características del diseño, lograr una validez interna por medio del control de variables que pudieran influenciar al estudio.

Entre las fuentes de invalidación:

- **Historia:** Son los acontecimientos que ocurren a lo largo del desarrollo de la investigación y puede confundir los resultados que afectan la variable dependiente.

A lo largo del desarrollo del estudio no se registró ninguna alteración en la agenda que haya afectado los sujetos.

- **Maduración:** Son procesos internos de las participantes que operan como consecuencia del tiempo y afectan los resultados del experimento, como cansancio, hambre, aburrimiento y similares. Debido al corto tiempo (ocho semanas), los procesos de maduración fueron homogéneos. Otras variables: hambre, sueño, fueron controladas con un adecuado horario. Se considero a las 2:00 de la tarde, ya habían almorzado, y tomaron un descanso y las sesiones se realizaron en un ambiente adecuado.

- **Inestabilidad:** Poca confiabilidad de las mediciones o que las mismas sean nulas, fluctuaciones en las personas seleccionadas o componentes del experimento, o inestabilidad de mediciones repetidas aparentemente equivalente. El cuestionario de depresión de Beck es un instrumento confiable, el cual fue utilizado para las mediciones.

-Esta puede presentarse como resultado de elegir a los sujetos para los grupos del experimento, de tal manera que los grupos no sean equiparables. Es decir, sino se seleccionan los sujetos para los grupos asegurándose la equivalencia entre estos, la selección puede resultar tendenciosa.

- **Mortalidad experimental:** Es la pérdida de pacientes que se comparan en el experimento. No hubo mortalidad en el grupo seleccionado.

3.7 Definiciones

3.7.1 Definiciones Conceptuales:

1. Programa de intervención terapéutica en la depresión para grupos de niñas víctimas de abuso sexual.

El programa de intervención lo conforman, cuatro módulos 1. Relajación progresiva de Jacobson, 2. Reestructuración cognitiva, 3. Entrenamiento de habilidades, 4. Resolución de problemas, también las entrevistas clínicas psicológicas, cuyo objetivo es el alivio de los síntomas de la depresión a través de la corrección de pensamientos o actitudes sociales negativas, con la finalidad de modificar los pensamientos irracionales a pensamientos racionales. (ver anexo)

2. Depresión:

“Es un estado emocional que se caracteriza por pensamientos tristes o pesimistas, sentimientos de inutilidad, falta de confianza en uno mismo, retraso psicomotor, debilidad y falta de motivación”. (Beck, 1995).

3. Abuso sexual infantil:

“La participación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares” (Kempe, R; 1985).

3.7.2 Definición Operacional

1. Programa de intervención terapéutica, asociado con los síntomas de la depresión

- Quince sesiones de 2 horas, dos sesiones por semana.
- Entrevista clínica completa.
- Utilización y continuación de instrucciones de intervención para la sintomatología de los síntomas relacionados con la depresión.
- Utilización y continuación del modelo cognitivo conductual de intervención
- Aplicación grupal

2. Depresión:

Diagnosticada a través de las puntuaciones obtenidas en la prueba de depresión de Beck., subdividida en.

- Tristeza
- Pesimismo
- Fracaso
- Falta de placer
- Sentimientos de culpa
- Expectativas de castigo

- Auto desagrado
- Auto crítica
- Pensamientos o deseos suicidas
- Llanto
- Agitación
- Pérdida de interés
- Indecisión
- Auto descalificación
- Pérdida de energía
- Cambios en patrones de sueño
- Irritabilidad
- Cambios de apetito
- Dificultad de concentrarse
- Cansancio o fatiga
- Pérdida de deseo sexual

3.8 Población

3.8.1 Población Objeto

Niñas residentes del Hogar San José de Malambo, ubicado en la comunidad de Cáceres en Arraján, que sufrieron de abuso sexual y hayan presentado síntomas depresivos.

3.8.2 Población Muestral

La población está constituida por las niñas del Hogar San José de Malambo, entre las edades de 9 a 12 años, sobrevivientes de abuso sexual a quienes se pretende disminuir los síntomas de depresión.

3.9 Muestra

La muestra ha sido seleccionada de un grupo de 16 niñas que residen en un hogar sustituto, por presentar abuso sexual, con síntomas de depresión. Estas niñas han sido evaluadas y se les ha determinado síntomas depresivos no especificado, es decir que presentan ciertos síntomas característicos del trastorno, pero no cumplen con los criterios necesarios para hacer un diagnóstico concreto, considerando que presentan suficientes factores predisponentes y sintomáticos y precursores de riesgo a desarrollar un trastorno depresivo.

Criterios de inclusión

- Edad entre 9 y 12 años
- Sexo femenino
- Presentar síntomas de depresión
- Ser víctima de abuso sexual
- Pertener al Hogar San José de Malambo en Arraján
- Cumplir con las condiciones que exija el tratamiento
- No encontrarse bajo tratamiento farmacológico.

- Deseos de participar en el tratamiento y anuentes a cumplir con todas las sesiones que se presenten
- La participación es voluntaria, se requiere una constancia por escrito, es decir, el contrato terapéutico

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para las participantes del estudio son:

- No desear participar en el estudio
- Fármaco dependencia
- Faltar a 3 sesiones continuas
- Presentar otro tipo de trastorno psicológico
- Presentar trastorno depresivo de tipo psicótico que requiera hospitalización.

3.10 Instrumento de Medición

1- Entrevistas clínicas individuales

2- Inventario de Depresión de Beck (1974). La creación original del instrumento fue desarrollada por Aarón Beck en conjunto con los colaboradores: C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock y J. Erbaugh.

Luego fue revisado (1979) por Aaron Beck, J. Rush, B. Shaw & G. Emery. Aunque posee el mismo contenido, la última versión difiere de la versión original en que su formato es más simple y las premisas son más claras, lo que facilita la auto administración y el cómputo de puntuación (Beck & Steer, 1987).

Características generales de la prueba

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y otros, 1961). Consta de 21 ítems que evalúan los síntomas depresivos, a través de 4 opciones de respuesta, las cuales identifican la gravedad/intensidad del síntoma.

Descripción de las escalas

El IDB consta de 21 premisas configuradas al tiempo presente y establecidas en una escala de 4 puntos (0 a 3) de intensidad. El propósito de la IDB es la evaluación de la medida de la depresión. Cada premisa se relaciona con un signo clave y particular de este problema. El cero (0) representa un estado no depresivo.

Las puntuaciones pueden fluctuar desde cero (0) hasta 63, indicando las puntuaciones altas una mayor severidad en la depresión. La guía que sirve la interpretación del IDB es la siguiente (a) 0 = (puntuación mínima, no hay depresión, (b) 10- 16 justifica depresión leve-moderada, (c) 17-29 = comprende depresión severa-moderada, y (d) 30-63 = presenta depresión severa (Beck & Steer, 1987).

El IDB cubre una amplia gama de síntomas asociados con la depresión, incluyendo aquellos de carácter afectivo, cognoscitivo, fisiológico y conductual (Connelly et.al.,1993).

Finalidad y aplicaciones

Este inventario ha sido considerado como una medida de depresión por su aplicabilidad a problemas clínicos (Beck, 1970) y poblaciones estudiantiles universitarias (Blunberry, Oliver & McClure, 1978).

El IDB ha sido utilizado en más de 500 estudios reportados (Steer, Beck & Garrison et al., 1989). Y tales estudios han encontrado que el IDB posee propiedades psicométricas reconocidas.

Justificación estadística

El instrumento tiene un coeficiente de correlación interna Alpha de Cronbach de .86. La prueba de confiabilidad de Alpha de Cronbach ha alcanzado puntuaciones de .53 (Weckovicz, Muir & Cropley, 1967) hasta .93 (Beck, 1972). El coeficiente de confiabilidad de prueba-reprueba fue de .64 en estudiantes universitarios normales (Zimmerman, 1986).

La consistencia interna de la escala ha sido ampliamente estudiada, mostrando coeficientes Alfa de Cronbach de 0.76 a 0.95; los puntos de corte usualmente aceptados para graduar intensidad / severidad de la depresión son: no depresión (0-9 puntos); depresión leve (10-18 puntos); depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (≥ 30 puntos) (Beck, Steer y Garbin, 1988).

3.11 Técnicas de intervención

- La relajación para controlar la ansiedad
- Grupo de discusión, explorando sentimientos
- Tareas para la casa de tipo exposición a situaciones evitadas
- Técnicas de "Quedarse aquí" se anima a la paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.
- Psicodramas
- Lecturas de casos o ejemplos para analizar.
- desarrollo de capacidades y aptitudes en las niñas para que éstos puedan resolver con éxito situaciones problemáticas de distinta índole es, quizá, uno de nuestros más complicados desafíos.
- Uso de la asertividad y explicarles que la asertividad es la capacidad de expresar tus sentimientos, ideas y opiniones, de manera libre, clara y sencilla, comunicándolos en el momento justo y a la persona indicada. También la asertividad es respetarse a si mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto y apropiado.
- El autocontrol se usa para mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar. Ser positivo y usar correctamente el lenguaje no verbal.

- La Reestructuración cognitiva y la terapia cognitiva de Beck.
- Las creencias irracionales.
- La autoestima se refuerza en casos de confusión, impotencia, frustración y en las conductas autodestructivas.

3.12 Procedimiento del tratamiento

El lugar donde se aplicó el presente programa fue el Hogar San José de Malambo, donde se hospedan niños y niñas, ubicado en Arraiján. Se aplicó el programa al grupo de niñas, que fueron referidas por maltrato sexual. Se seleccionó al grupo a participar, en base a los criterios de inclusión y exclusión, a través de entrevistas individuales por referencia de la psicóloga del Hogar. Además por medio de una carta de compromiso, cada participante aceptó participar. Se incluyeron a todas desde el comienzo hasta el final del tratamiento.

El tratamiento es de 2 veces por semana, por un lapso de tiempo de 2 horas, durante 2 meses. En el horario de 2:00 a 4:00 pm, los miércoles y viernes.

Se les aplicó un instrumento que mide los niveles de depresión, al inicio del programa, y así continuar con las sesiones, las que fueron organizadas; y se les asignaban actividades o tareas para la casa. Se les aplicó la misma prueba psicológica al final del tratamiento.

3.13 Evaluación de los Resultados

El análisis se realiza en base a la fundamentación teórica, debido a las distintas investigaciones realizadas referente al tema de la depresión en niños y niñas especialmente aquellos que han sido víctimas de abuso sexual.

A través de las entrevistas clínicas se recoge información confidencial que nos proporciona cada paciente y su modificación de conductas por medio de la prueba de depresión de Beck.

Los puntajes arrojados a través de las mediciones, se ilustran por medio de cuadros y gráficos descriptivos. Con prueba de carácter no paramétrica, en un nivel de probabilidad al azar de 0.05.

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

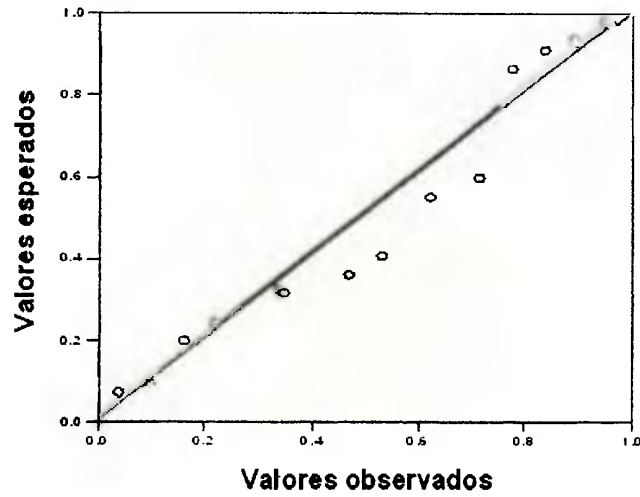
Por medio de los cuadros se presentarán los resultados de los puntajes brutos y los análisis estadísticos correspondientes, de acuerdo a la Prueba de Depresión de Beck, que fue aplicada al inicio y al final del tratamiento. Además de representan gráficas en forma de ilustración.

Luego se pasa a analizar e interpretar los resultados arrojados por la prueba, después de haber hecho las entrevistas clínicas a las pacientes y haber aplicado la prueba psicológica que fueron aplicadas antes y después del tratamiento. Los programas estadísticos que ayudaron a dar respuestas a determinar los resultados fueron el XLStat, y el SPSS 7,5.

Los resultados expuestos representan la hipótesis de investigación que se dio al inicio de las sesiones, la misma fue corroborada con los resultados estadísticos, y se afirma que fue significativa; por ende se acepta la hipótesis de investigación, ya que hubo cambios significativos en el tratamiento.

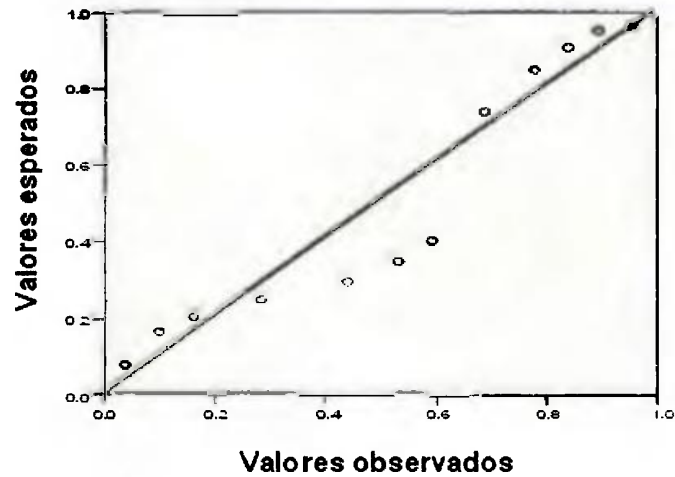
Datos del Pre-test en la Prueba de Depresión de Beck

GRÁFICA No. 1



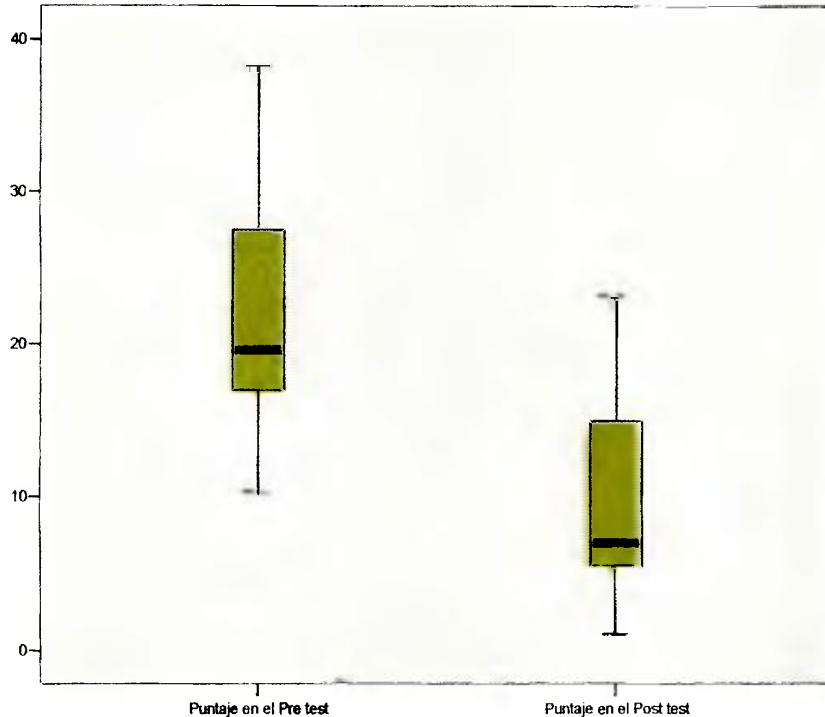
Datos del post-test en la Prueba de Depresión de Beck

GRÁFICA No. 2



GRÁFICA No. 3

Caja de los puntajes promedios en la prueba de depresión de Beck



En la gráfica anterior se muestra los puntajes comparados a través del gráfico de caja, se observa que los puntajes promedios en el post test fueron significativamente diferentes a los del pre-test. En ambos grupos vemos un sesgo negativo de la información los que nos indica que tanto en pre y post-test hay mucha variabilidad en los valores observados. Pero en general los valores del pos-test fueron menores que en el pre-test.

CUADRO No. 1**PRESENTACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO**

DATOS DEMOGRÁFICOS					
SUJETO No	EDAD	GRADO	ASISTE A LA ESCUELA	PADRE VIVO	MADRE VIVA
1	9	4to	sí	tal vez	tal vez
2	11	6to	sí	tal vez	sí
3	12	6to	sí	tal vez	sí
4	10	5to	sí	sí	sí
5	9	5to	sí	tal vez	sí
6	11	6to	sí	sí	no
7	11	6to	sí	sí	sí
8	10	5to	sí	sí	sí
9	12	5to	sí	sí	sí
10	12	6to	sí	sí	sí
11	11	5to	sí	sí	sí
12	9	4to	sí	sí	sí
13	11	5to	sí	sí	no
14	12	6to	sí	sí	sí
15	10	5to	sí	sí	sí
16	12	5to	sí	sí	sí

A través de la información y las entrevistas presentadas por el Hogar sustituto, se destacaron algunas características del grupo:

- El promedio de edad del grupo es de 10 años
- Todas asisten a la escuela
- Tres de las dieciséis no tienen ambos padres
- La mitad esta en 5to grado, les sigue las de 6to y las de 4to grado.

CUADRO No. 2**PRESENTACIÓN DE MOTIVO DE INGRESO A LA CASA HOGAR DEL GRUPO**

MOTIVO DE INGRESO				
SUJETO No	EDAD	RIESGO SOCIAL	ABANDONO	ABUSO SEXUAL
1	9		sí	sí
2	11	sí		sí
3	12	sí		sí
4	10			sí
5	9			sí
6	11			sí
7	11	sí		sí
8	10	sí		sí
9	12			sí
10	12			sí
11	11		sí	sí
12	9		sí	sí
13	11	sí		sí
14	12	sí		sí
15	10	sí		sí
16	12	sí		sí

En el Hogar San José de Malambo existe un registro de ingreso, de los cuales el grupo que se seleccionó todas las niñas han sido víctimas de abuso sexual, entre mezclados con abandono, y riesgo social.

Las niñas que han sido abandonadas por sus padres en algún momento fueron abusadas sexualmente.

Las niñas con riesgo social en algún momento fueron abusadas sexualmente.

CUADRO No. 3**PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS ANTES Y DESPUÉS DEL
TRATAMIENTO CON LA PRUEBA DE DEPRESIÓN DE BECK**

SUJETO No	PUNTAJES DE PRUEBAS	
	PRE-PRUEBA	POST-PRUEBA
1	18	1
2	10	6
3	23	15
4	19	6
5	15	5
6	16	9
7	18	7
8	34	22
9	11	4
10	20	8
11	23	7
12	38	23
13	33	20
14	24	15
15	18	8
16	31	18

- 1- De 0 a 9 puntos: No deprimido
- 2- De 10 a 15 puntos: Ligera mente deprimido
- 3- De 16 a 25 puntos: Moderadamente deprimido
- 4. De 26 a 62 puntos: Gravemente deprimido

- La prueba se aplicó antes del tratamiento en la primera sesión.
- Las 15 sesiones fueron organizadas de manera específica, con una duración de 4 meses.
- Se aplicó antes y después del tratamiento.

FIGURA No. 1

Porcentajes en la prueba de depresión de Beck al comienzo del tratamiento

Sujetos	Puntaje
1	18
2	10
3	23
4	19
5	15
6	16
7	18
8	34
9	11
10	20
11	23
12	38
13	33
14	24
15	18
16	31



	Cantidad de Sujeto	suma de puntajes	% porcentaje
■ De 0 a 9 puntos: No deprimidos	0	0	0
■ De 10 a 15 puntos: Ligeramente deprimidos	3	36	10
■ De 16 a 25 puntos: Moderadamente deprimidos	9	179	51
■ De 26 a 62 puntos: Gravemente deprimidos	4	136	39

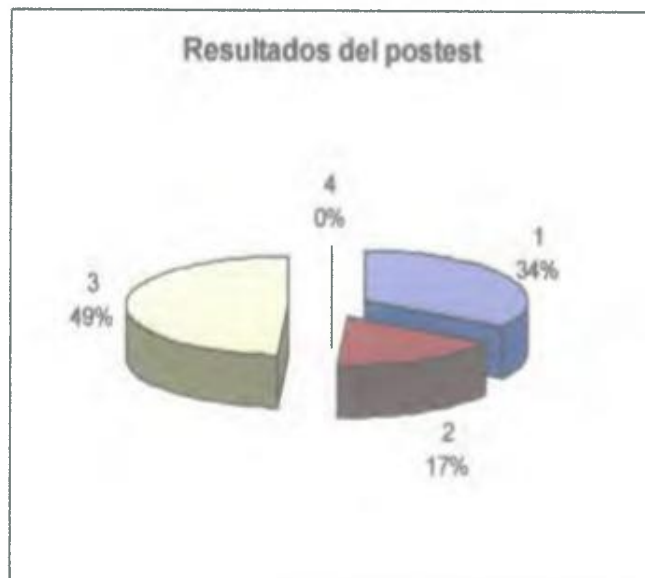
- Según la prueba no existen sujetos no deprimidos en el grupo el 0%.
- Existe un 10% en el grupo ligeramente deprimido.
- Hay un porcentaje del 39% en el grupo gravemente deprimido.
- Existe un porcentaje mayor en el grupo moderadamente deprimidos con un 51%.

FIGURA No. 2

Porcentajes en la prueba de depresión de Beck al final del tratamiento

Sujetos Puntajes

1	1
2	6
3	15
4	6
5	5
6	9
7	7
8	22
9	4
10	8
11	7
12	23
13	20
14	15
15	6
16	18



	Cantidad de Sujetos	suma de puntajes	% porcentaje
De 0 a 9 puntos: No deprimidos	10	59	34
De 10 a 15 puntos: Ligeramente deprimidos	2	30	17
De 16 a 25 puntos: Moderadamente deprimidos	4	83	49
De 26 a 62 puntos: Gravemente deprimidos	0	0	0

El grupo entero con síntomas gravemente deprimidos es del 0%

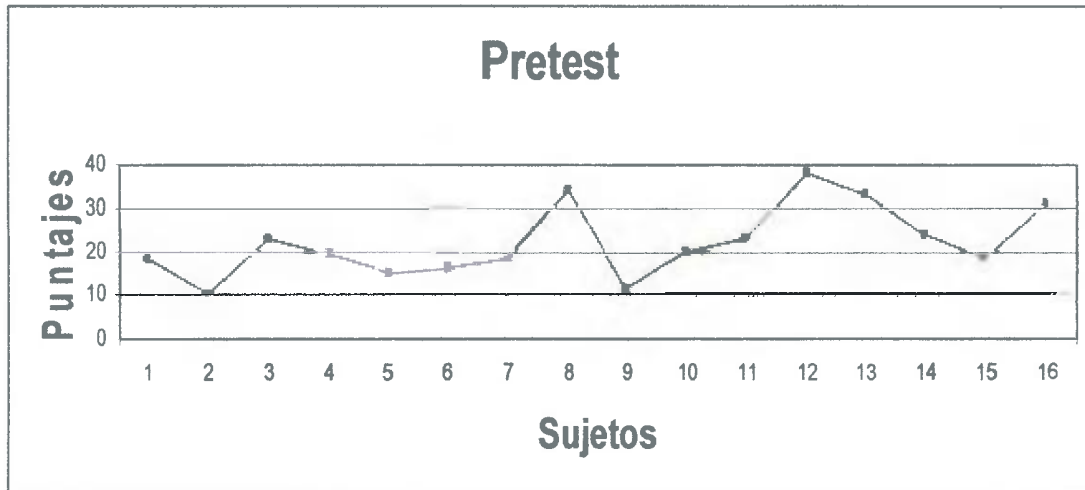
Disminuyó el porcentaje de sujetos moderadamente deprimidos al 49%

A nivel de grupo los sujetos ligeramente deprimidos fueron de 17%

Los no deprimidos nos indican el 34%

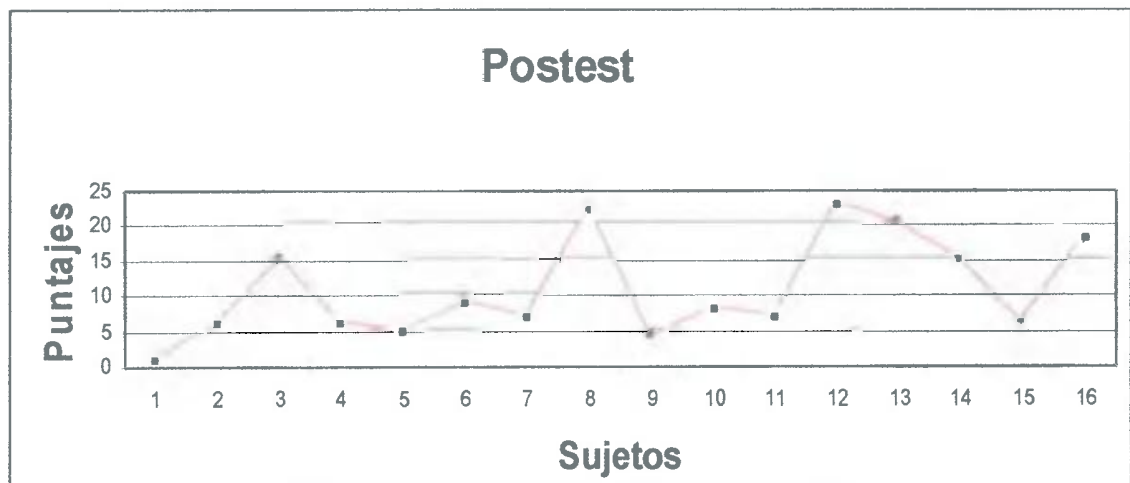
GRÁFICA No. 4

Puntajes en la Prueba de Depresión de Beck, aplicada antes del tratamiento.



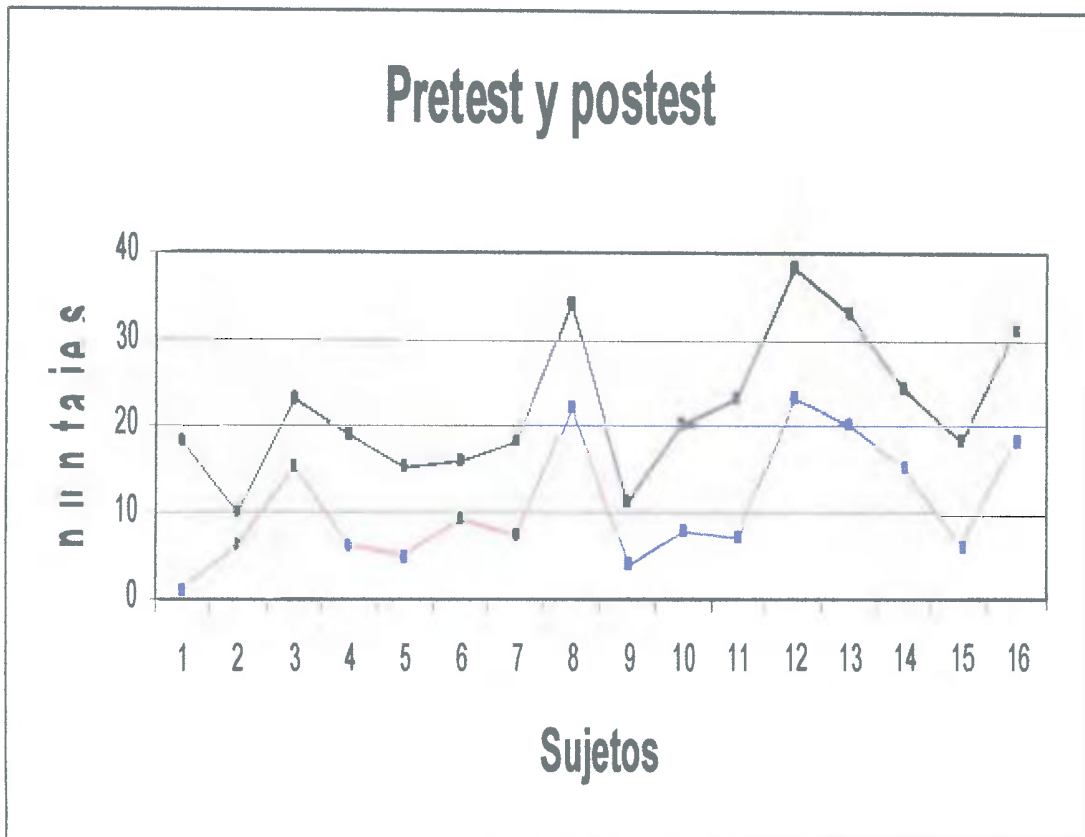
GRÁFICA No. 5

Puntajes en la Prueba de Depresión de Beck, aplicada después del tratamiento



GRÁFICA No. 6

Puntajes en la Prueba de Depresión de Beck, aplicada antes y después del tratamiento.



PRETEST



POSTEST



La gráfica nos indica que los puntajes en la Prueba de Depresión de Beck, antes y después del tratamiento, fueron estadísticamente significativos. Antes del tratamiento los niveles de depresión fueron elevados y después del tratamiento hubo una disminución en los niveles de depresión de la muestra.

CUADRO No. 4**PRUEBA T PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS EMPAREJADAS:
PRUEBA DE DEPRESIÓN DE BECK****Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par	DEP1	21.9375	16	8.2419	2.0605
1	DEP2	10.7500	16	6.9809	1.7452

alfa: 0.05

A un nivel de significancia de 5% se rechaza la H_0 , se dice que el puntaje promedio, después del tratamiento es diferente que antes del tratamiento.

1- $H_0: \bar{X}_1 = \bar{X}_2$
 $H_1: \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$

2- Nivel de significancia: alfa 0.05

Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los promedios del pre-test y el post-test de la prueba de depresión de Beck.

A un nivel de significancia del 0.05 o 5% se rechaza la H_0 y se concluye que existe diferencia significativa entre los promedios del pre test y el post-test de la prueba de depresión de Beck o en otras palabras las niñas del Hogar San José de Malambo tras recibir el tratamiento de la Terapia Cognitiva Conductual mostraron una mejoría con respecto al problema de depresión.

4.2 PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLINICOS

A través de entrevistas clínicas al grupo, de forma individual se obtuvo información valiosa para la realización de la terapia grupal. Las entrevistas se realizaron al comienzo y al final del tratamiento. Para una mayor confiabilidad se procedió a colocar los nombres en forma de iniciales a las participantes, colocando las fechas de nacimiento, como también las edades correspondientes en cada una de las niñas.

Se realizaron las entrevistas psicológicas a las diez y seis participantes que se escogieron al inicio y todas las niñas entraron a formar parte del grupo ya que cumplieron con los siguientes requisitos:

Todas las niñas aceptaron participar en el grupo

Todas las niñas sabían leer y escribir

Todas vivían en el hogar San José de Malambo

Podían Cumplir con los horarios de las sesiones

Ninguna de las participantes presentaba problemas psiquiátricos

INFORMES CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Nombre:	M.C.
Edad:	9 años
Fecha de nacimiento:	19 de diciembre de 1996
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de ingreso	19 de febrero del 2003
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abandono y abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 19 de febrero del 2003 del juzgado de la niñez y adolescencia de la chorrera por abandono, fue encontrada en riesgo social al efectuarse un allanamiento por sospecha de droga, por parte de la policía en casa de uno de sus supuestos familiares.

Al investigar se encontró que la niña pasaba en casa de diferentes personas, su madre la abandono, el padre pertenece al grupo indígena de Nobe-Buglé vive en lugares montañosos de difícil acceso donde no existe ningún tipo de transporte, en Chica de la Primavera de Chiriquí. No recuerda nada de su madre, que la abandonó, porque no tenía recursos para sostenerla. Por otro lado, no sabe nada de su padre, ni siquiera tiene pistas donde encontrarlo, no sabe nada de ellos.

Por este motivo fue llevada a vivir con una señora que dice ser su tía, que vivía cerca del lugar del abandono, pero esta señora la maltrataba con golpes, gritos, al parecer la señora que la cuidaba tenía problemas económicos y mentales ya que en una ocasión quiso dejar a la niña fuera de su casa, sus castigos eran drásticos y fue abusada sexualmente por un familiar de la señora, razón por la cual fue denunciado por sus vecinos y fue llevada al hogar San José de Malambo, donde actualmente reside.

Entrevista Inicial

Manifiesta sentirse triste, no ha conocido a sus padres, se relaciona muy poco con sus compañeras. Se siente muy sensible porque sus experiencias no son muy buenas con sus cuidadores y amigas. Su madre la abandono en el hospital, ha permanecido con diferentes cuidadores, después ingreso al Hogar San José de Malambo, se siente muy sola, desearía haber tenido una familia, con frecuencia llora y tiene pesadillas en las noches.

Entrevista Final

Expresa que ya se siente tranquila, que mas adelante puede formar una familia. Quisiera ser alguien importante en la vida. Se siente mejor y no llora con frecuencia en las noches. Piensa estudiar con más efectividad. Se relaciona más con sus compañeras y comparte con ellas las actividades y tareas que realizan. Ha organizado juegos en los que a las perdedoras se les consuela y se les da la oportunidad de corregir el error que determinó su pérdida.

Examen mental***Aspecto general del sujeto***

Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de su persona

Actividad motora

Lenta

Expresión del rostro

Triste

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Triste y sentimientos pesimistas

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma, ya que no presento alucinaciones, ni delirios

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Básicamente esta muy triste por el abandono de su familia

Organización del estado de animo

Triste

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene ideas confusas de su situación

Crítica

Adecuada

Diagnóstico Multiaxial

Eje I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	51-60

Mecanismos de defensas utilizados

Represión

Intelectualización

CASO CLÍNICO 2

Nombre:	S.G.
Edad:	11 años
Fecha de nacimiento:	3 de abril de 1994
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	11 de marzo del 2000
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 11 de marzo del 2000 a solicitud de los familiares. Proviene del grupo de indígena Cuna de la comarca de Kuna Yala. Proviene de una familia grande, de 7 hermanos en donde el más grande tiene 17 años. Su hogar es prácticamente disfuncional, y uno de los motivos que se dio a la denuncia de la intervención de las autoridades fue el uso de drogas. Las supervisiones realizadas de la policía se demostraron un ambiente de consumo tráfico de drogas. Las denuncias hechas tuvieron lugar a la abuso de los niños, fue confirmada por los inspectores y la policía.

Ha sido afectada por abuso sexual por parte de su padrastro, además la castigaban físicamente, hay reportes del consumo de alcohol y drogas por parte de madre y padre, según los informes presentados el padre abusaba de todos los menores. El padrastro fue puesto en prisión ante las autoridades competentes, donde se le dio una sentencia de un año, sin posibilidad de fianza.

La niña pasa a la protección del Hogar San José de Malambo en al igual con otros 2 hermanos, desde entonces ha estado allí, en el mismo hogar en conjunto con sus otros hermanos.

Entrevista Inicial

Se siente sola, es muy intranquila quiere salir pronto del Hogar, desea haber nacido en una familia bien integrada, tener a sus hermanitos todo el tiempo, odia haber conocido a su padrastro que la trababa muy mal, le gritaba y en ocasiones le tocaba su cuerpo, no quiere estudiar, expresa que por más que se concentre en el estudio le va muy mal, con frecuencia llora, se siente triste por lo que ha sido su vida hasta ahora.

Entrevista Final

Todavía permanece con la idea de salir pronto del hogar, se siente enojada con sus compañeras porque la rechazan, aunque les presta poca atención a ellas. Prefiere hacer las tareas sola, sin pedir ayuda. Se concentra un poco más en el estudio, a veces le pregunta a la profesora lo que no entiende, antes no lo hacía. Ya no llora con frecuencia porque llorar mucho le parece innecesario y que mejor va a dedicar más tiempo a las tareas difíciles.

Examen mental**Aspecto general del sujeto**

Normal

Actividad motora

Lenta

Expresión del rostro

Triste

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Sentimientos de tristeza y desesperanza

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

normal

Organización estructural de la comunicación

Adecuada

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

No se observan

Obsesiones y fobias

No se observan

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Piensa que sus problemas no se van a resolver

Organización del estado de animo

triste

Memoria

apropiada

Conciencia de los problemas

Hay cierta confusión en la situación que presenta

Crítica

Adecuada

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	52-58

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

CASO CLÍNICO 3

Nombre:	A.D.
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	2 de junio de 1993
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	15 de marzo 2002
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 15 de marzo del 2002 a solicitud de su hermana de 23 años de edad, por riesgo social, la niña proviene de un hogar de padre y madre separados, y 10 hijos de la pareja. El padre de la niña tiene otros 10 hijos con la prima de la madre, viviendo por un tiempo con ambas mujeres en la misma casa.

D.E es la sexta de 10 hermanos. Ha vivido prácticamente la mayoría del tiempo con su abuela paterna, su madre la ha abandonado y se a unidos con diferentes personas, en las que ha tenido varios hijos con diferentes hombres. Afirma que se fue para chorrera, con su abuela, la madre no tenia recursos suficientes para vivir con ella vivían en extrema pobreza.

Después de vivir con su abuela, permaneció viviendo con unos de sus familiares unos tíos y tías. Uno de los tíos le hacia propuestas de tener relaciones sexuales, hasta que finalmente abuso de ella, por un tiempo, hasta que no aguanto mas y se lo dijo a una persona allegada a la familia, temerosa de lo sucedido, no aguanto y revelo lo que ocurría.

Sus tías no creían de la situación hasta que un día, le pusieron una trampa al abusador que en poco tiempo de lo revelado por la niña, fue confirmado su abuso, motivo muy grande, fue referida al centro donde actualmente vive.

Sus preocupaciones, son las poder tener una familia con quien compartir, su rendimiento escolar no es el mejor, ya que ha fracasado en varias oportunidades y si no las pasa, no puede participar en los eventos y actividades que se hagan en el año.

Entrevista Inicial

Dice que es mejor no haber nacido, que su vida no es la mejor, le gustaría desaparecer y no esta allí, cree que es totalmente distinta a las demás, que la tratan muy mal por ser gordita. Su principal preocupación es salir algún día, o por un tiempo no muy lejano estar con su familia, se siente sola y muy sensible, prisionera en el hogar a veces piensa escaparse, en momentos de ira desea golpear a sus compañeras especialmente a aquellas que le dicen cosas malas: gorda, fea, tonta, etc.

Entrevista final

A veces se desespera y trata de calmarse y pensar mejor en no reaccionar impulsivamente, sus pensamientos de irse y escapar ya no son frecuente, comparte con sus compañeras. Estudia un poco más y trata de no enojarse por todo. Analiza lo sucedido y decide que "no hay buenos motivos para disgustarse".

Examen mental**Aspecto general del sujeto**

Ligeramente descuidada

Actividad motora

Lenta

Expresión del rostro

Triste

Mímica

lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Depresivas y ansiosas

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Normal

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

móderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Normal

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Entiende con claridad, pero en ocasiones se confunde

Organización del estado de animo

Triste

Memoria

Adecuada

Conciencia de los problemas

Sabe realmente a lo sucedido, a veces se siente confundida.

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	52-58

CASO CLÍNICO 4

Nombre:	A.C.
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	4 de agosto de 1996
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	19 de abril del 2004
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 19 de abril del 2004 del juzgado de la niñez y adolescencia por maltrato y abuso sexual, se le concede la crianza y educación al Hogar. La niña proviene de un hogar de padre y madre separados, una hija de una relación anterior de la madre y cuatro hijos de la pareja.

Es procedente de una familia disfuncional, después de un tiempo su madre se separo de ella, con el pretexto de conseguir mejores condiciones, de esta forma paso a vivir con su abuela materna desde los 5 años hasta los 8 años de edad, lugar donde se fue a vivir en el interior de la republica.

La niña ayudaba a recoger leña y cocinaba mientras la abuela sale con frecuencia a casa de uno de sus hijos, la abuela no permite que la niña juegue y cuando la encuentra, tira los juguetes al fogón, diciendo que no pierda el tiempo en esas cosas y que se dedique a recoger leña.

En los lugares donde vivió la maltrataban, luego apareció su madre y se fue a vivir de nuevo con ella, pero su madre vivía con otro hombre, el padrastro trato de abusarla sexualmente, temerosa de lo sucedido salió de su casa en horas de la noche y la policía la encontró y se fue de nuevo a la casa de la abuela. No podía convivir con la madre y la abuela tomo la decisión de enviarla al hogar San José e de Malambo, donde actualmente vive, la niña tiene dificultades de relacionarse con los demás.

Entrevista Inicial

Manifiesta sentirse muy sola, triste y extraña cuando estaba con su mamá y llora constantemente y mas cuando recuerda estar con su familia. Siente mucho rencor por su padrastro el cual la maltrataba y abusaba y el se dirigía a ella y a sus hermanitos con palabras obscenas. Tiene algunos fracasos en la escuela y no se preocupa por ellos.

Entrevista Final

Expresa que las cosas han cambiado un poco, en relación con sus compañeras y en sus estudio, se preocupaba mas por sus calificaciones, dedica mas tiempo a sus tareas y se empeña en salir bien en los exámenes. Tolera un poco no estar cerca de su familia y piensa que las relaciones con su familia van a mejorar.

Examen mental**Aspecto general del sujeto**

Normal

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Normal

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Expresión de tristeza y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Los constantes cambios de cuidadores

Organización del estado de ánimo

deprimido

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Diagnóstico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	62-68

CASO CLÍNICO 5

Nombre:	R.S.
Edad:	9 años
Fecha de nacimiento:	14 de febrero de 1997
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	4 de abril del 2002
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña proviene de una barriada que se encuentra en un lugar muy marginado de la ciudad de Panamá. La familia esta formada por seis hijos, ella ocupa el tercer lugar en el orden de nacimiento.

Siempre recuerda que la situación era muy difícil, que la madre no tenia ningún apoyo de parte de otras personas, ya no sabia cual era el padrastro porque la madre cambiaba constantemente de pareja y tiene hermanos de diferentes hombres, y los demás llevo a abortarlos.

Su padrastro abusaba sexualmente a la niña, ella tenia mucho temor porque constantemente el padrastro los amenazaba con matarlos cada vez que discutían, muchas veces no tenían nada que comer, tenia que pedirle a una vecina para que les brindaran algo de comida.

No se lleva bien con la madre, no tiene buena comunicación, siempre esta enojada, y se desquita con ella gritando y pegándole cuando pueda, las veces que sale de visita, porque fue internada por su madre porque no podía estar mas con la niña, la niña es muy rebelde y lleva la contraria a los demás. La niña se remite al juzgado de la niñez y adolescencia, la madre reside en Arraiján, barriada 2000 padece de un a enfermedad de cáncer en las cuerdas vocales hace dos años, estuvo en quimioterapia en el oncológico en es Hospital Tanto Tomás esta desempleada esta en fase terminal.

Entrevista Inicial

La entristecen muchas cosas como el no estar con su familia, siente que no puede salir adelante sin ellos, se siente inferior a las demás ya que expresa que a la familia poco le interesa su bienestar. Se siente muy preocupada desearía cambiar las cosas para su bien, a veces recuerda los maltratos del pasado por parte del padrastro y llora mucho.

Entrevista final

Dice sentirse mas tranquila aprendió a no llorar tanto, que es cosa del pasado y las cosas van a mejorar para su bien. Tiene que seguir adelante ya que en el hogar tiene la oportunidad, las cuidadoras se preocupan para que estudie y éste bien. Ahora desea demostrar que ella será "mejor alumna".

Examen mental***Aspecto general del sujeto***

Normal

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Agresividad

Mímica

Tensión

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Las expresiones están llenas de gran resentimientos hacia su madre

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Resentimientos por parte de su madre

Organización del estado de animo

Deprimido

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Se siente confundida por tantos problemas

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Diagnostico Multiaxial

F34.1	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	62- 67

CASO CLÍNICO 6

Nombre:	T.E.
Edad:	11 años
Fecha de nacimiento:	18 de octubre de 1995
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	5 de noviembre del 2002
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

Su padre ha estado siempre ausente, no sabe donde se encuentra, ni siquiera tiene una imagen de él. Ha estado con su madre hasta la edad de 8 años, además convive con su tío y unos primos, ella es castigada por parte de ellos, su tío la obliga hacer cosas que ella no desea como obligarla a vender dulces y galletas, además su tío la abuso sexualmente.

La madre no quiso saber nada de ella, consumía alcohol, la comunicación es prácticamente nula, la niña siente mucha ira por que su familia no es la que ella quería por tantos problemas, a veces tiene pensamiento de quitarse la vida, físicamente se siente que no es bonita.

La niña ingreso en noviembre del 2005, a solicitud del programa de familia en el chorrillo hace 2 días falleció la madre, quien tenia dos hijos con su actual cónyuge y cuatro con la relación anterior.

Debido a la desintegración familiar y al abuso por parte del tío, la policía la encontró por las calles y paso a manos de las autoridades, actualmente vive en el hogar San José de Malambo, a veces siente mucho miedo de que se repita la situación.

Entrevista Inicial

Expresa que muchas veces piensa morir, pelea mucho con sus compañeras, les responde mal porque dice que "Ellas se lo merecen" no se deja de nadie si es posible puede hasta golpear, no la respetan. Manifiesta que su padrastro también era grosero con ella, le decía muchas palabras sucias y en una ocasión abuso de ella, su madre se dio cuenta y la castigo fuertemente.

Entrevista Final

Se siente feliz porque ya no pelea con sus compañeras, "aunque ellas me buscan para pelear" las ignora. No les presta atención, deja que se queden hablando solas. Ya no se siente con frecuencia triste y dice que mejor se preocupa por estudiar. Ha programado la cantidad de horas de estudio en proporción a la cantidad de tareas que debe hacer. Mejoró sus calificaciones.

Examen mental**Aspecto general del sujeto**

Descuidado

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Angustia

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

La apreciación es escasa, y se siente sola

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Siente que no se merece vivir, siente mucha culpa

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Sabe lo que esta sucediendo con claridad

Critica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Racionalización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	51-55

CASO CLÍNICO 7

Nombre:	S.A.
Edad:	11 años
Fecha de nacimiento:	20 de enero de 1995
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso:	8 de febrero del 2004
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

Su familia vivía en condiciones de extrema pobreza, los padres no tenían una educación y no daban atención adecuada a sus hijos porque hacían trabajos informales en la calle. Y su madre trabajaba a veces como empleada de familia.

La niña se siente muy triste porque casi siempre estaba sola. En una ocasión que se encontraba sola, un amigo de su padre que los visitaba, empezó a tocarle sus partes íntimas, lo cual se hizo habitual, pero estaba amenazada de contar lo sucedido, hasta que no aguantó más y se lo dijo a una persona fuera de su familia de confianza, que la apoyó y fue denunciado.

La niña no puede olvidar lo sucedido, dice no merecer todo lo malo que le ha pasado, la vida no es buena con ella, siente que nadie a su alrededor la quiere. La familia en ocasiones la visitan, pero se siente muy sola, tiene problemas en relacionarse con sus compañeras del Hogar San José de Malambo.

Entrevista Inicial

Manifiesta, que no sabe cual será su futuro, siente temor de quedar totalmente sola en la vida, desea no haber nacido. Dice tener muchos problemas y siente mucha ira de todas las personas. Se siente intranquila, muy triste, dice que no es agraciada físicamente y que no merece que se preocupe por ella, tiene temor de todas las cosas por realizar, inseguridad, porque no las hará bien.

Entrevista Final

Las cosas han cambiado para ella, las ideas de matarse han desaparecido, no siente el temor que experimentaba todos los días por cualquier cosa que realizara, se siente mas tranquila. Se interesa por su presentación correcta en la forma de vestirse, peinado, aseo, organización del estudio.

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Intranquilidad y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Se siente muy inquieta, triste

Organización del estado de animo

Normal

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Racionalización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	53-56

CASO CLÍNICO 8

Nombre:	L.S.
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	1 de febrero del 2003
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San Jose de Malambo
Fecha de Ingreso	10 de marzo del 2003
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abandono y Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

L.S.. fue abandonada por su madre desde muy chica, al igual que sus hermanos, la madre desde muy joven ha tenido problemas de adicción. Su padre estaba pendiente de sus hermanos, pero por un tiempo, fue llevada a la casa de su abuela paterna y era víctima de maltrato por parte del esposo de su abuela, quien luego abusaría sexualmente, según indica los expedientes.

Además que la abuela exponía a la niña al peligro, porque la mandaba sola a lugares de gran distancia, a veces la niña llegaba en la noche, con diferentes personas, los vecinos se encontraban muy preocupados, y uno de ellos se atrevió a denunciar la situación.

Ante la situación de abuso, a la que se encontraba, se envió a la niña a las aldeas SOS. Pero posteriormente fue trasladada al Hogar San José de Malambo, donde allí permanece, su rendimiento académico es regular, tiene dificultades de comunicación con sus compañeras, a veces se muestra agresiva. Y no participa en muchas de las actividades hechas en la escuela.

Entrevista Inicial

Expresa que su padres la trataban muy mal, que una vez su padre la alcanzo a cortar con un cuchillo la pierna, porque ella no se dejaba tocar, ella le quería decir a su abuela, pero el siempre la amenazaba de muerte, su abuela al comienzo no le creyó, después se dio cuenta y la mando a vivir con una tía y allí también la maltrataba el esposo de su tía.

Entrevista Final

A veces piensa que las cosas están mejorando y que no desearía que a otra niña le pasara lo mismo. Aunque se siente "algo" sola trata de estar más unida con sus compañeras para distraerse y que pronto podrá asumir ella la coordinación en las actividades de recreo.

Examen mental***Aspecto general del sujeto***

Normal

Actividad motora

Lenta

Expresión del rostro

Triste

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Tristeza y sentimientos de culpa

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Depresivo

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación desintegración familiar

Organización del estado de ánimo

Depresivo

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene una idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	53-60

CASO CLÍNICO 9

Nombre:	R.J.
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	16 de octubre de 1994
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	9 de octubre de 1999
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

A través de denuncias hechas por sus vecinos en la ciudad de Chorrera, una visita domiciliaria fue revelada que la situación en las que se encontraban de un total desorden en el hogar, pobreza, y abandono de los niños que permanecían en el hogar.

Posteriormente la niña paso al cuidado de una madrina, en donde al comienzo se sentía segura con ella, pero al cabo de un tiempo uno de los familiares de la madrina paso a vivir con ellas, después de un tiempo la situación se torno en problema cuando la niña aduce que el señor, abusaba de ella, acariándola, tocando sus partes.

La madrina, ya no quiso que estuviera la niña, y la envió al internado del Hogar San José de Malambo, donde permanece, la niña se siente triste, sola, piensa que lo ha perdido todo en su vida, a su familia, y las esperanzas de ser alguien en la vida.

Entrevista Inicial

Se siente triste, muy sola, anteriormente vivía con su tío pero la regañaba mucho y le pegaba. El esposo de su tía la trataba muy mal. Luego paso a vivir con su madrina y su esposo hacia cosas que a ella no le gustaba, como tocarla, y regañarla todo el tiempo. No se lleva bien con sus compañeras, piensa que "son unas interesadas solo la buscan para pedir favores" y cuando ella quiere que la ayuden no lo hacen. Se siente muy sensible cuando la rechazan.

Entrevista Final

Dice que es mejor permanecer en el hogar así su familia no le pega tanto y en el hogar puede estudiar. Lloro poco. Continúa brindando ayuda en las tareas a sus compañeras y les advierte que deben cooperar con ella cuando les pide explicación de algunas partes de las materias que ella debe mejorar.

Examen mental***Aspecto general del sujeto***

Normal

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Expresión de inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Mantiene contacto con la realidad

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupaciones de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Depresiva

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Víctima de abuso infantil
EJE V	53-55

CASO CLÍNICO 10

Nombre:	A.Z.
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	13 de agosto de 1994
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	4 de septiembre del 2001
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La madre, de acuerdo con el expediente consume gran cantidad de droga y alcohol, tiene múltiples problemas tanto mentales, como económicos, cuando tiene a sus hijos en su poder los maltrata severamente, jamás a cumplido el rol de madre, solo se manifiesta con golpes y gritos y obscenidades, es una mujer muy peligrosa a intentado dejar a sus hijos fuera de la casa.

El padre no vivía con ellos, supo que sus hijos estaban siendo abusados, y que la niña había tenido cierto contacto con uno de los señores que la mujer llevaba, entonces actuó de inmediato y llamo a las autoridades, para que se hicieran cargo de los niños, ya que el padre no esta en buenas situación económica.

El padre busco la manera de que sus hijos ingresarán al hogar San José de Malambo y le autorizaron el ingreso de la menor, donde actualmente permanece, la niña es muy callada, y su rendimiento escolar no es muy bueno, aunque aduce que ella estudia pero que a veces no se concentra.

Entrevista Inicial

El máximo problema que expresa es que no olvida los momentos en las que un hombre amigo de su madre abuso de ella, con caricias hasta llevarla a cosas que no quería, su madre los encontró y de inmediato llamo a las autoridades, el tuvo que marcharse, se siente muy triste y sola, y a veces tiene dificultades con sus compañeras.

Entrevista Final

Aunque estos recuerdos le molestan trata de olvidarlos, no los recuerda con frecuencia, llora poco y se siente mas tranquila. Cuando los recuerdos malos y tristes se meten en la cabeza los reemplaza por las caricaturas y películas bonitas que más prefiere.

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de animo

Normal

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	53-55

CASO CLÍNICO 11

Nombre:	G.O.
Edad:	11 años
Fecha de nacimiento:	8 de julio de 1995
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	26 de octubre del 2005
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abandono

Antecedentes familiares y personales:

El día 3 de mayo del 2005 la Médico psiquiatra del Centro de Salud del Chorrillo solicita el ingreso de la adolescente en el Hogar San José de Malambo hasta que logre establecer una situación emocional con un familiar que reúna las condiciones mínimas de atención. A los diez años de edad la niña llegó al hospital Nicolás Solano, presentando una enfermedad venérea, teniendo como sospechoso al abuelo materno quien se queda con la niña en casa mientras que la madre trabajaba en un almacén de la ciudad capital.

En este hogar vivía la madre, el abuelo materno, y el padrastro de la niña. El entonces tutelar de menores decidió ubicar a la niña en el hogar, pero la abuela materna trabajaba y solicitó la custodia de la nieta, lo cual se le concedió. Meses después el maestro de la escuela donde asistía la niña citó a la maestra orientadora para informarle que la escuela levantó un acta señalando que la niña presentaba golpes en la boca y en la espalda. La abuela materna manifiesta que la golpea por mentirosa.

La niña necesita estructurar las situaciones tan completamente como sea posible. Se encuentra bajo tensión e irritable y su funcionamiento es ineficiente debido a todos los problemas. El equilibrio de la niña es precario e ingresa al Hogar San José de Malambo.

Entrevista Inicial

Manifiesta que sus padres la castigaban, además sus padres consumían alcohol y drogas, proviene de una familia numerosa dice haber sido golpeada y maltratada por sus padres. Luego paso a vivir con la madrina y debido a la situación económica no pudo permanecer allí por mucho tiempo. Se siente muy triste y desesperada, por no poder resolver su vida.

Entrevista Final

Se siente un poco mas tranquila a pesar de todas las cosas que le han sucedido. Piensa que las cosas van a mejorar para su bien. Podrá salir adelante estudiando y que va a ser una persona importante. Su meta es " aprender para maestra " y también ser una buena mamá.

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos
Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo
Normal

Memoria
Normal

Conciencia de los problemas
Tiene idea clara de la situación

Crítica
Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados
Negación
Represión
Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	52-60

CASO CLÍNICO 12

Nombre:	R.O.
Edad:	9 años
Fecha de nacimiento:	24 de mayo de 1996
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	23 de enero de 1999
Grado que cursa	cuarto grado
Razón de ingreso:	Abandono

Antecedentes familiares y personales:

En la Jurisdicción especial de la niñez y adolescencia de la Provincia de Veraguas, se sigue un proceso de protección a la niña, la cual ha sido víctima de maltrato y abuso sexual por parte de su padre, motivo por el cual fue colocada en el hogar sustituto de manera provisional, teniéndose el seguimiento por parte del juzgado.

Se suspende de manera definitiva, la patria potestad que ejercen los padres de la niña. Indica el padre de la niña que la madre tuvo cuatro niños con otro señor antes de unirse con ella y todos fallecieron por diarreas, ataques y vómitos. En el lugar donde ellos viven todos sus parientes tienen sus chozas cerca uno de otro y por lo común los niños se enferman mucho y como están tan distantes del pueblo no los pueden llevar al centro de salud.

La causa principal de la muerte de los niños ha sido de desnutrición ya que el caso de la niña además que sufre de desnutrición en el grado número III, caso que es severo a su edad de maltrato y abuso sexual del que refleja.

Entrevista Inicial

Se siente triste porque aduce que no es lo que ella esperaba de la vida por las cosas tan desastrosas que le ha ocurrido. Expreso que un amigo de su madre abuso de ella cuando ella fue al supermercado, cuando regreso la madre no le creyó, no sabe ahora en quien confiar.

Entrevista Final

Ahora confía mas en las personas, que están en el Hogar Malambo en especial en una compañera que la ha ayudado en sus labores, y ha recibido ayuda de los demás. Cooperera cuando se le solicita que se integre con efectividad en las actividades de la escuela y el hogar.

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	52-59

CASO CLÍNICO 13

Nombre:	M.A.
Edad:	11 años
Fecha de nacimiento:	7 de octubre de 1995
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	23 de agosto del 2001
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 23 de agosto del 2001 a solicitud de la abuela materna, por orfandad materna, abuso y pobreza. La niña presenta problemas de conducta se integra dentro del grupo de casitas y mantiene malas relaciones con sus compañeras.

El caso se mantiene y se observa más inquieta y en ocasiones se muestra conflictiva dentro del grupo, se deja en ocasiones influenciar en el grupo, no tiene iniciativa y solo sigue indicaciones bajo su supervisión del adulto a cargo de la casa.

La niña tiene hermanos/as adultos pero no se relaciona con ellos ni reciben apoyo. El padre y un hermano viven en los Estados Unidos, pero desde su ingreso al Hogar San José de Malambo solamente se ha comunicado una vez.

Se tiene información que el padre estaba viviendo en las calles de Florida bajo los efectos del alto consumo de drogas en que se encontraba. La madre fallece de cáncer desde su ingreso, de allí se solicita la guardia, crianza y custodia temporal de la niña.

Entrevista Inicial

Expresa que se siente muy triste y muy sensible a todas las cosas que se le presentan. En el pasado tuvo dificultades con sus padres discutían demasiado. Su padre la maltrataba. Las relaciones con sus compañeras no son buenas, ella aduce ser muy agresiva, tiene varios fracasos en sus notas, llora en algunas ocasiones especialmente cuando se siente muy sola.

Entrevista Final

Trata de controlarse cuando se siente amenazada. Se relaciona más con sus compañeras y se ha preocupado por su estudio, ha mejorado sus calificaciones. Esta más comunicativa y comenta con agrado las últimas actividades que han habido en la escuela.

Examen mental***Aspecto general del sujeto***

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	61-65

CASO CLÍNICO 14

Nombre:	E.M.
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	25 de octubre de 1994
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	20 de abril de 2004
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual y abandono

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo el 20 de abril del 2004, solicita al MINJUNFA de la dirección de la niñez, por maltrato de su madre y abuso de su padre, además su abuela materna presenta un carcinoma Sítus. En la escuela su profesor señala que a veces la relación con el grupo se torna difícil por su actitud negativa presenta una actitud hacia los demás con cierta impulsividad, indiferencia y discriminación racial.

La joven señala que desde enero a marzo del 2005 un joven de 20 años de edad, la ha estado violando sexualmente, espera que ella este sola, se asegura que nadie lo observe y entra por la puerta de adelante que estuvo dañada hasta hace poco, su intención es de mantener relaciones sexuales sin consentimiento y bajo amenazas, no utiliza ningún tipo de protección.

La abuela se presento a la oficina solicitando cupo institucional para su nieta, debido a que fue abandonada por sus padres, situación que motivo al juzgado de la niñez y adolescencia a entrégala al Hogar San José de Malambo donde hasta la fecha permanece.

Entrevista Inicial

Expresa que su madre presentaba algunas conductas que no eran muy apropiadas como llegar tarde todos los días y prácticamente no la veían. Sus hermanos y ella la pasaban solos y algunas veces iban hombres extraños a su casa y uno de ellos quiso matarla, si le contaba las cosas que el le hacia, la obligaba a hacer " cosas muy malas como tocarla y regañarla ", hasta que una vecina le dijo a la policía y lo separaron de ella. Se siente triste y sola.

Entrevista Final

Ahora comprende que en la vida se pasa por cosas difíciles y hay que salir adelante y lo único que le queda es estudiar. Participa espontáneamente en las actividades recreativas. Considera que si ella esta tranquila puede hablar con su mama " con calma y sin demostrarle que ésta sentida con ella para que no tarde y sea mejor mamá.

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

normal

Conciencia de los problemas
Tiene idea clara de la situación

Critica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I F34.1 Trastorno distímico (300.4)

EJE II Z03.2 Ningún diagnóstico

EJE III Ninguno

EJE IV Víctima de abuso infantil

EJE V 61-70

CASO CLÍNICO 15

Nombre:	N.M.
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	12 de septiembre de 1995
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	22 de septiembre del 2004
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual y abandono

Antecedentes familiares y personales:

La niña ingresa al Hogar San José de Malambo del juzgado de la niñez y adolescencia por maltrato y abuso sexual, la niña recuerda que vivía con su madre, pero ella padecía de problemas mentales ya no la podía estar a su lado, por otro lado su padre estuvo por un tiempo ausente lo conoció cuando tenía 5 años y regreso a verla cuando ella tenía 9 años de edad.

Por este motivo se llevaron a vivir a la niña en casa de una tía, familia de su padre a los ocho años, pero ella la maltrataba, y un amigo de la familia le tocaba su cuerpo según recuerda. Razón por la cual se escapo de la casa, la recogió una vecina, y a los pocos días la llevaron al juzgado, luego donde un tío, posteriormente, la llevaron a vivir con un señora en alcalde Díaz, había vivido en varios lugares.

La recogió un tío materno, que posteriormente quiso abusarla sexualmente. No pudo mas con la situación y le expuso el problema a una vecina que la oriento y la llevo al juzgado para ubicarla en alguna institución para la protección de la niña donde vive actualmente en el Hogar San José de Malambo.

Entrevista Inicial

Dice extrañar a su familia, pero a la vez le trae recuerdos muy malos. Constantemente habían peleas, golpes, y obscenidades por parte de sus padres tomaban mucho licor, no se soportaban. En algunas ocasiones se amenazaban de muerte. No tiene buena relación con sus compañeras de hogar y la escuela.

Entrevista Final

Expresa que no se siente tan triste, ya no llora con frecuencia, se ha concentrado mas en sus estudios y piensa que de alguna manera va a mejorar toda la situación. Su círculo de amigas aumentó. Considera que en vez de llorar, mejor debe pensar que si ella se porta bien, no pelea ni dice palabras sucias como su familia, las demás serán buenas amigas.

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Critica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	61-68

CASO CLÍNICO 16

Nombre:	E.L
Edad:	12 años
Fecha de nacimiento:	17 de septiembre de 1993
Sexo:	Femenino
Residencia:	Hogar San José de Malambo
Fecha de Ingreso	17 de junio del 2004
Ocupación:	Estudiante
Razón de ingreso:	Abuso sexual y abandono

Antecedentes familiares y personales:

La niña vivía con su familia que esta compuesta por siete hermanos, ella es la menor de todos su padre se dedica a la recolección de latas y plásticos por las calles u otros trabajos varios, su madre no trabaja pero no permanece casi en la casa, a veces llega embriagada, y su padre se disgusta tanto que la golpea tan fuerte que le deja las marcas, también le pega a la niña y le habla con insultos. A veces no puede asistir a la escuela porque no tiene dinero para comprar los materiales o los libros.

Uno de los primos de la niña que tiene 18 años de edad va constantemente a la casa, cuando los padres de la niña no están el joven abusa de la niña tocándole sus partes íntimas, a pasado mucho tiempo desde lo sucedido hasta que el joven se ha puesto muy violento que la niña tuvo que confesarle a la tía.

La situación económica esta empeorando y los padres de la niña decidieron abandonarla dejándola con la tía de su madre, al saber la situación la tía prefirió llevarla al hogar San José de Malambo para su crianza, educación y protección ya que la niña estaba cambiando su conducta, siendo mas agresiva e intranquila.

Entrevista Inicial

Manifiesta tristeza, desesperanza, se siente muy sola, quisiera salir pronto del hogar. Se siente encerrada, sin ninguna salida, siempre distante de sus compañeras, muchas veces no quiere participar en la clase. Todo le parece insignificante, desagradable, no comparte en el hogar. Lloro con frecuencia y esta muy desanimada en el estudio.

Entrevista Final

Ya no se siente sola, y comparte más con sus amigas, ha mejorado sus notas y no llora con frecuencia. Esta más participativa con las compañeras del hogar. Demuestra interés y programa algunas iniciativas para el aseo de la escuela. Manifiesta que " uno es más feliz cuando se olvida de las cosas malas que le han pasado y se convence de que uno mismo tiene que hacer todo bien para que las cosas le mejoren ".

Examen mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Inquietud

Expresión del rostro

Depresiva

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Inquietud y soledad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Moderada

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad

Obsesiones y fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Preocupación de no estar con su familia

Organización del estado de ánimo

Normal

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Tiene idea clara de la situación

Crítica

Adecuada

Mecanismos de defensas utilizados

Negación

Represión

Intelectualización

Diagnostico Multiaxial

EJE I	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
EJE II	Z03.2 Ningún diagnóstico
EJE III	Ninguno
EJE IV	Victima de abuso infantil
EJE V	61-67

CONCLUSIONES

Al finalizar el programa de intervención terapéutica y de acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir:

1. El programa para el tratamiento de la intervención terapéutica utilizando la terapia cognitiva conductual, con los conceptos claves de habilidades sociales, resolución de problemas, asertividad, entre otros, disminuye los niveles de la depresión. Estos cambios se pudieron comprobar por medio de la prueba psicológica de la depresión de Beck, así como por las observaciones y entrevistas individuales.

2. Aunque los resultados fueron positivos, los tratamientos de los síntomas depresivos no son tan eficaces con tratamientos cortos, ya que estos requieren de tratamientos más largos que los realizados por nuestra investigación y en especial con poblaciones de pre-adolescentes institucionalizadas. Y resulta ser más eficaz cuando se puede adecuar, dada la problemática, a los ajustes y requerimientos necesarios para cada grupo.

3. Referente a lo observado en el comportamiento de las participantes del grupo al inicio del programa no habían buenas relaciones interpersonales entre ellas, algunas niñas discutían y no estaban de acuerdo con las opiniones de sus compañeras de grupo, otras simplemente observaban y permanecían inmóviles y en total silencio, pero ya al concluir, se pudo observar cambios favorables en las relaciones interpersonales, había una mejor comunicación, eran más participativas, mostraban mucho interés en los temas.

4. En cuanto a sus expresiones, pensamientos y estado de ánimo, al inicio de las sesiones y a través de las pruebas y entrevistas clínicas, las participantes presentaban sensaciones de desamparo y desesperación (ausencia de esperanzas), sentimientos de culpa y desvalorización, sensación de estar solas en el mundo y de no sentirse queridas. También estaban irritables y se enfadaban fácilmente. Se notaba incapacidad para disfrutar las cosas, pensamientos de muerte y suicidio, llorar sin motivo aparente, al finalizar las sesiones se observó en ellas cierta alegría, tranquilidad, motivación, interés, se mostró una disminución significativa de los síntomas depresión.

5. La prueba de depresión de Beck, reflejó en las niñas lo siguiente: tristeza, pesimismo, fracaso, falta de placer, sentimientos de culpa, expectativas de castigo, auto desagrado, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida del interés, indecisión, auto descalificación, pérdida de energía, cambios en patrones de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, cansancio o fatiga, pérdida del deseo, hubo un aumento significativo en las puntuaciones en el grupo, demostrando así que existe una marcada depresión en las participantes.

6. La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual grupal depende del cumplimiento de metas terapéuticas tales como la identificación de ideas irracionales y sustituir las por ideas más realistas y racionales y lograr identificar los pensamientos negativos y su relación con la depresión, por pensamientos adaptativos y que finalmente logre mejorar la auto eficacia desarrollando mejores habilidades en el entorno.

7. La adaptación social parece ser uno de los síntomas sobresalientes de la depresión en niño y niñas. Claramente se observó al comienzo de las sesiones ciertas tendencias al aislamiento, a la falta de participación y al desinterés. Un rasgo sobresaliente fue la poca motivación e irritabilidad en las actividades que requería de habilidades interpersonales. Pero a medida que

aumentaban las sesiones terapéuticas, se observaban modificaciones que permitieron una mejor interacción en el grupo.

8. Desde el inicio se planteó 16 sesiones, incluyendo las entrevistas individuales, fue suficiente el tiempo para que el grupo se integrara cada vez más de manera sólida, hubo buena integración y el grupo se mostró más sociable además, por presentar buena motivación en las actividades del programa, se les premió con la ida a la piscina, y cada una de las participante, recibió regalos por su desempeño e interés en las sesiones.

9. Se incluyó a la psicóloga del hogar San José al igual que los cuidadores, de tal manera que se hicieran observaciones a las participantes en su interacción con sus compañeras y los estados de ánimos presentados, así como la supervisión de tareas para la casa. Esto ayudó a la realización completa del programa, para ver los efectos positivos que se presentaba en ellas.

10. El abuso sexual representa un problema que la sociedad debe solucionar mediante la adopción de estilos de afrontamiento que contribuyan a disminuir o eliminar la ocurrencia y las secuelas físicas y psíquicas que pueden generar en las víctimas. Es preciso desarrollar programas encaminados a prestar atención a la familia, en aras de una mejor protección. Educar a la población y desarrollar una red multidisciplinaria de protección a toda la comunidad, podría proporcionar ayuda que nos lleve a una erradicación, a menos para disminuir la incidencia de este problema.

11. Se concluye que los resultados estadísticos a través del programa de intervención terapéutica que se elaboró al inicio demostró un efecto positivo en el mejoramiento de los síntomas de depresión; disminuyendo de tal manera los niveles de depresión en el grupo.

RECOMENDACIONES

Al culminar este trabajo de investigación se recomienda:

1. La prevención del abuso sexual al niño y niña es una realidad que se necesita en Panamá. Por lo que se recomienda un programa educativo a nivel de la comunidad, utilizando todos los medios de comunicación posible que conlleve a reflexionar a los padres de familia de repercusiones del abuso al menor.

2. El equipo de salud el cual tiene un rol importante en la identificación del abuso sexual al menor, debe desempeñar un papel relevante en la detección del abuso a los niños, que se atienden diariamente en las clínicas, hospitales, en hogares, centro de salud, y extenderse a las escuelas.

3. En el caso de los efectos del abuso sexual en niños y niñas es importante resaltar que se hace necesario que los programas terapéuticos se hagan accesibles a las poblaciones necesitadas. Estos tratamientos pueden ser muy efectivos en el tratamiento de las secuelas del abuso sexual, como depresión, estrés postraumático, problemas de autoestima, disfunciones sexuales, entre otros. La terapia cognitiva-conductual puede ayudar enormemente en la mejoría de estos problemas.

4. Más estudios e investigaciones más estrictas, deberían realizarse para poder obtener mayor información de este tipo de problemas en las poblaciones afectadas; así de esta manera poder brindar una mejor respuesta a los problemas derivados del abuso sexual.

5. Aumentar el número de sesiones que permita incluir temas, especialmente de autoestima, resolución de conflictos, que permita mayor destreza y libertad en la estructura del programa aplicado en poblaciones que se asemejen a la muestra.

6. La Institución del Hogar San José de Malambo invierta en programas psicoterapéuticos, como los expuestos en esta investigación.

7. Es recomendable realizar este trabajo psicoterapéutico con un equipo interdisciplinario. Donde se brinde atención especial al abuso sexual.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, J; *Elementos de sexología*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, 1993. pp. 259.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y del comportamiento (DSM-IV)*. Editorial Masson. España, 1995. pp. 953.

Arrollo Urieta. G; *Maltrato en niños parte II*. Tribuna médica. México, 1986.

Arruabarrena; M^a Ignacia y De Paúl, Joaquín. *Maltrato a los niños en la familia*. Ediciones Pirámide. Madrid España, 1998, pp. 378.

Barrio M^a. V. Del; *Tratamiento de la depresión infantil y juvenil*. Ediciones Aljibe. España, 1997, pp. 371.

Batres, Méndez Gioconda; *Del ultraje a la esperanza, tratamiento de las secuelas del incesto*. Editorial Llanud. San José de Costa Rica, 2000, pp. 223.

Beck, Aarón; *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Edición Paidós. Barcelona, 1995. pp. 545.

Berman, Pearl; *Therapeutic Exercises for Victimized & Neglected Girls: Applications for Individual, Family, & Group Psychotherapy*. Sarasota, Florida.

Briere, J, Runtz M; *Sexual interest in children: predicting potential indices of pedophilia*. 1992.

Corsi, Jorge; *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familia. Una mirada abarcativa sobre un grave problema social*. Colección psicológica, psiquiatría. Edición Paidós. Buenos Aires, Argentina, 1995. pp.322.

Durrant, M. y White, C; "Ideas for therapy whith sexual abuse". Dulwich Centre Publications. Adelaide, South Africa. 1990.

Ellis, A. Bernard, M; *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Editorial Descleé de Brouwer. España, 1990. pp. 203.

Ellis, A. Bernard, M; *Manual de terapia racional emotiva*. Editorial Desclée de Brouwer. España, 1994. pp.256.

Ellis, A. Bernard, M; *Práctica de la terapia racional. Editorial*. Editorial Desclée de Brouwer. España, 1997. pp.278.

Finklehort, D; *Abuso sexual al menor*. Editorial Paz. México, 1980, pp. 325.

Finklehort, D; *Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. Editorial Paz. México, 1985, pp. 336.

Flores-Ortiz, I; "The Broken Covenant: Incest in Latino Families" Chicana/o Studies Program. University of California. Davis. November 1995.

Greenberger, D. & Beck, A; *El control de tu estado de animo*. Editorial Paidós. Barcelona España, 1979. pp: 279.

Huggard, J; "The challenge of defining child sexual abuse" (Abstract). *Am Psicol*. 2000 sep; 55.

Herman, J. y Schatzow, E; "Time-limited group therapy for women with a history of incest". *International Journal Group Psychotherapy*, 1981, pp. 334.

Kempe, R y H; *Niños maltratados*. Ediciones Morata. Madrid España, 1996, pp. 254.

Kempe, R y H; *Niños maltratados*. Ediciones Morata. Madrid España, 1985, pp. 204.

López, F; *La inocencia rota, abusos sexuales a menores*. Editorial Océano. España, 1999, pp. 134.

Sampiere, H; *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. México, 2003. pp. 505.

Shapiro, R; *La importancia humana*. Editorial Pirámide. Madrid, España, 1995, pp. 345.

Walker, L; *Terapia de sobrevivencia y evaluación clínica y de intervención*. Libro de trabajo. Documento traducido por el programa sub-regional de mujer, salud y desarrollo de la organización panamericana de la salud. San José de Costa Rica, 1982.

Referencia en Internet y Artículos

Adams Trachtenberg y Fisher (1992). Birns y Meyer (1993). Abuso sexual. <http://www.europrofem.org>.

American academy of chil and adolescent psychiatry (AACAP), 1998. *El niño deprimido*. <http://www.maltrato infantil.com>.

American academy of child and adolescent psychiatry (AACAP), 1998 *Maltrato infantil: Los golpes ocultos*. <http://www.maltratoinfantil.com>.

Beitchman, H. J., Zucher, J. K., Hood, E. J., Da Costa, A. G. y Ackman, D.A review of the long-term effects of child sexual abuse. En: *Child Abuse and Neglect*, 1992 pp. 556.

Definición de Maltrato infantil. Dr. Patricio Lira Silvia. Psicólogo Clínico. Director ISAMEN. Chile. <http://silaq.prw.net/abusos/definición.htm>.

Kendall-Trackett KA, Simon S. *Perpetrators and their acts; data from, children abuse, 1993*.

Maltrato infantil. Tipo de documento: trabajos universitarios. Enviado por: Maria José. <http://hml.rincondelvago.com/maltrato-infantil.html>.

Manual de terapia cognitiva conductual. <http://psicologia-online.com/ESMUbeda/libros/Manual/manual0.html>.

Marsellach, G; *La autoestima esencial para la supervivencia psicológica*. <http://www.autoestima.com>.

Organización Paniamor de Costa Rica. *Abuso sexual*. 1998. <http://www.abusosexual.com>.

Psicoterapia cognitiva conductual. <http://www.analisis-psi.com.ar/index.html>.

Trepper y Barrett (1989). *El modelo de múltiples sistemas*. Finkelhort (1984). *El modelo de cuatro factores*. Hall y Hirschanman (1992). *El modelo cuadripartido*. <http://abusoinfanti europrofem.org.html>.

ANEXOS

Anexo No. 1

SOLICITUD

Panamá, 2 de octubre del 2005

Licenciada

YOLANDA DE GARRIDO

Psicóloga del Hogar San José de Malambo

E. S. D.

La presente es para saludarla y desearle éxitos en sus funciones, a la vez de solicitarle permiso, para desarrollar un programa de **Terapia Cognitiva-Conductual en Grupo**, su principal objetivo es disminuir la depresión en niñas sobrevivientes de abuso sexual entre las edades de (9 a 12 años) en dicho hogar.

La atención psicológica se brindara 2 veces por semana, por un lapso de tiempo de 2 horas, durante 2 meses, de ser posible lo conveniente seria empezar la próxima semana del presente mes, en horario de 2:00 a 4:00 de la tarde. Permaneciendo constante el horario hasta culminar con el programa.

El programa a realizar consta de **cuatro módulos** a exponer, que se lea aplicara a las pacientes en transcurso de las 15 sesiones.

I Módulo (1 y 2 sesiones)

Relajación Progresiva de Jacobson

Jacobson fue, no sólo elaboró un método original y eficaz sino que demostró la profunda implicación entre cuerpo y mente probando que el estado del músculo influía incluso sobre la intensidad de la respuesta refleja, demostró que el pensamiento y el estado emocional afectaban al nivel de respuesta muscular probando una relación directa músculo - pensamiento - emociones.

II Módulo

Reestructuración Cognitiva (3 a 7 sesiones)

La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención usado en la terapia cognitiva con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen día a día.

Son nuestros pensamientos humanos los que pueden modificar nuestra conducta. Cuando una situación determinada crea conflictos en una persona hay que mostrarle la manera de vencer el problema, incidiendo en sus cogniciones para cambiar las emociones o sentimientos experimentados adaptándolos de manera adaptativa a la situación que en un principio generaba el conflicto.

III Módulo

Entrenamiento de habilidades y Manejo de Situaciones (8 a 10 sesiones)

habilidades sociales: entraña una serie de factores, se refiere a la capacidad de ejecutar la conducta, la conducta en sí, el resultado y lo favorable de esta. La capacidad de ejecutar la conducta supone la posibilidad de realizar una acción, esta acción; que se revierte en la posibilidad de construir hechos se traduce en la persona en lo que constantemente llamamos actos. De alguna manera ello implica y considera al ser humano como generador de actos propios o una voluntad de acciones.

IV Módulo

Resolución de Problemas (11 a 13 sesiones)

Un problema es definido como aquella situación que causa algún tipo de malestar debido a que no se sabe encontrar la solución adecuada o eficaz; es decir pues, que el problema no es el problema en sí; si no el carecer o no tener la respuesta que demanda dicho problema ante una situación determinada y es esto lo que constituye la situación conflictiva; por ello es de

gran importancia considerar que la situación ideal para resolver un problema no existe, y que cualquier alternativa que sea elegida para dar solución traerá pérdidas y ganancias, pero que al final dejara un aprendizaje en los niños.

D'Zurilla la define como "un proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo (o grupo) trata de identificar, descubrir o inventar medios efectivos para manejar los problemas que encuentra en su vida diaria". Además de evaluar las decisiones más convenientes y su ejecución se trata de que el sujeto pueda controlar sus conductas y emociones mientras resuelve un conflicto.

Sesión de cierre (sesión 14)

Se recopila toda la información de manera general.

Sesión (1 y 15)

En estas sesiones se realizarán entrevistas clínicas individuales y la aplicación de la prueba de depresión de Beck.

Lic. Elizabeth Cajiao Rojas
psicóloga

ANEXO No. 2

**COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE LA TERAPIA
COGNITIVA CONDUCTUAL GRUPAL**

Por medio de esta nota las participantes y los que dirigen el programa de la terapia cognitiva conductual grupal se comprometen a cumplir lo siguiente:

1. Asistir a las 15 sesiones, 2 veces por semanas, durante dos horas.
2. Llegar puntualmente a las sesiones.
3. Realizar las tareas asignadas para realizar en casa.
4. Mantener la confidencialidad durante la realización de las sesiones.

Por consiguiente la Licenciada Elizabeth Cajiao Rojas se compromete a:

1. Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante.
2. Guardar la confidencialidad de las participantes y de las situaciones tratadas.
3. Utilizar los resultados única y especialmente con fines investigativos.
4. Obtener los resultados de la investigación de manera que los informes de las participantes sea reservada.

Participante

Nombre

Firma

Lic. Elizabeth Cajiao Rojas

Fecha: _____

ANEXO No. 3

Registro y Contrato de Asistencia

Nombre _____ Fecha _____

Sesión	Fechas	Asistencia	Puntualidad	Tareas	Lecturas
		Recompensa			
		Fianza			

1

2

3

4

5

6

7

8

9

19

11

12

13

14

15

16

Claves

A Ausencia

+ Logros

- No obtenido

T/J Tardanza Justificada

N/T No realizo la tarea

Restantes

Ausencia

Tardanza

N/T

ANEXO No. 4

SESIÓN I Y 2

MÓDULO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo. "Jacobson Descubrió que, tensando y relajados sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda

ACTIVIDAD

Se le pide a la paciente que se relaje, estirada o sentada, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando han transcurrido estos minutos con una relajación previa empezamos con las partes del cuerpo los siguientes pasos:

- **Dedos y Manos:** cerrar el puño y doblar las manos hacia atrás
- **Muñecas y Antebrazos:** doblar hacia atrás y andar como sonámbulo,
- **tríceps:** gestos de forzado
- **Hombros:** encorvarse andar como sonámbulo con los dedos estirados
- **Frente:** arrugarlos y levantar las cejas, fruncir el ceño
- **Ojos:** cerrarlos con fuerza
- **Labios:** arrugarlos como chupando un limón
- **Mandíbula:** proyectar la mandíbula inferior hacia atrás
- **Lengua:** contra el paladar
- **Garganta:** bostezo decir a.....

Cavidad Pectoral: respiración profunda, respirando lentamente

- **Cuello:** rotar izquierda, derecha hacia atrás y hacia delante
- **Pecho y parte superior de la espalda:** echar los hombros hacia atrás y sacar el pecho fuera
- **Abdomen:** sacar el estomago y meterlo todo lo que pueda
- **Parte inferior de la espalda:** *arqueo*
- **Nalgas:** *apretar*
- **Piernas y músculos:** estirar las rodillas y pies hacia arriba y hacia abajo
- **Dedos y pies:** *doblar* los dedos hacia abajo y hacia arriba

El mejor consejo en referencia al lugar de práctica. Así, se evitarán en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz). Las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tienen que cumplir unos requisitos mínimos:

Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.

-Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación. Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

Es un método que favorece un estado corporal más energético pues favorece intensamente el reposo; permite reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso, mostrando con claridad como liberar uno implica hacerlo con el otro. Todo el cuerpo percibe una mejoría, una sensación especialmente grata tras el entrenamiento en relajación progresiva y con la práctica la sensación se intensifica. Progresiva significa que se van alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continua, poco a poco, pero cada vez más intensos, más eficaces. No es un método breve, ni sus efectos lo son tampoco.

ANEXO No 5**SESION 3 A 7****MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA****SESIÓN 3**

La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención usado en la terapia cognitiva con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen día a día.

Son nuestros pensamientos humanos los que pueden modificar nuestra conducta. Cuando una situación determinada crea conflictos en una persona hay que mostrarle la manera de vencer el problema, incidiendo en sus cogniciones para cambiar las emociones o sentimientos experimentados adaptándolos de manera adaptativa a la situación que en un principio generaba el conflicto.

Este módulo se basa en un principio, de que las emociones negativas extremas no son resultado de las experiencias vitales, sino de las actitudes o pensamientos que la persona tiene sobre esas experiencias.

ACTIVIDAD

La historia de Carolina, es una niña de 12 años de edad, ella vive con su mamá y tres hermanitos más pequeños que ella. Todos van a la escuela, excepto Carlos que no tiene edad para ir a la escuela, tiene 2 años. El papá de la niña no vive con ellos se divorciaron cuando la niña tenía 9 años. Su mamá nunca había trabajado ni estudiado una carrera universitaria. Después del divorcio todos en la casa se sintieron muy mal. La mamá de Carolina se consiguió un trabajo.

Afortunadamente ella, había terminado su escuela secundaria y podía aspirar a una posición sencilla dentro de alguna oficina. El trabajo que consiguió fue de recepcionista, no le pagaban muy bien. Los gastos de la familia eran muchos. Ella se quedaba hasta tarde en la oficina y casi nunca podía ir a la casa para almorzar. Carlos se quedaba con una vecina, quien lo cuidaba hasta que llegaba Carolina. La niña acababa de cumplir 12 años y tenía que cuidar a sus cuatro hermanos.

Instrucciones:

- Solicitar a voluntarias para leer la "Historia de Carolina".
- Dividir en grupos de 4 estudiantes.
- Colocar las preguntas en tiras de papel y colocarlas dentro de la caja de sorpresas.
- Cada grupo deberá desarrollar una o más preguntas.
- Después de contestar, una representante deberá exponer la opinión del grupo.

Preguntas

- ¿Como creen ustedes que se puede sentir la mama de Carolina?
- ¿Que alternativas tiene sin haber estudiado una carrera universitaria?
- ¿Como se sienten los niños y niñas por la separación de sus padres?
- ¿Como cree que se sienten su padre y su madre?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades en el hogar?
- ¿la relación con el padre que no vive con los hijos cambia, pero no termina
¿Cómo se siente Carolina? ¿Qué creen ustedes que estos niños y niñas quisieran decirle a su papá?

Preguntas a las participantes

- ¿Me ha pasado lo mismo o algo parecido de lo que le esta ocurriendo a Carolina?
- ¿Reacciono con mucha ira y no le hablo mas a mis padres?
- ¿Se han sentido tristes por alguna separación de un ser querido?
- ¿Como aplico la terapia Cognitiva en estas situaciones?
- ¿Dejo de estudiar si me dedico a cuidar a mis hermanos?
- ¿Lastimo a todas las personas que pasen por mi lado?

ANEXO No 6

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

SESIÓN 4

Creencias irracionales

CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS

1.- La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.

2.- La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos.

3.- La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.

4.- La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

5.- La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.

6.- La idea de que si algo es o puede ser peligroso o terrible se debería sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

7.- La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.

8.- La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.

Las ideas irracionales son aprendidos en la etapa temprana de la vida por situaciones tales como:

- Como hemos sido tratados por los demás.
- Como se sienten nuestros padres y modelos y lo que se dicen a si mismos.
- Nuestras experiencias de la vida.

El pensamiento irracional: es una idea no razonable o absurda que parece ser falsa.

Actividad

Después de dar la explicación de que es lo correcto e incorrecto de los pensamientos racionales e irracionales.

Pedir a cada participante del grupo que haga una representación de un pensamiento que le incomoda o que le cuesta compartir con las demás. Puede dibujar, usar colores para representarlo. Y escribir el pensamiento irracional o incorrecto. No deben de escribir sus nombres.

-Deben usar la creatividad para representarlo.

- Cuando el grupo haya terminado, se recogen los trabajos, los repartimos al azar procurando intercambiarlos.

- Cada niña enseña la interpretación del dibujo y lo lee.

- El pensamiento irracional secreto no necesita identificarse o compartir con el grupo sus pensamientos, pero puede hacerlo si desea.

- Todas las niñas deberán participar.

Escoger si el pensamiento es racional o irracional

- Nunca podré ser alguien en la vida.
- Deseo tener buenas calificaciones.

ANEXO No 7**MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA****SESIÓN 5****Debatiendo las creencias Irracionales****Actividad**

Se le debe enseñar la estrategia de "debate" o "desafío" para decidir si sus pensamientos son racionales o irracionales. Se define el desafío como "cuestionarse para saber si su pensamiento es racional o irracional", se le indica que para averiguar si un pensamiento es racional o irracional hay que preguntarse:

- Debo ser aprobado y amado por las personas que me importan.
- Debo tener todo aquello que quiero.
- No debo pasar incomodidades y debo estar siempre entretenido.
- Es horrible si no le gusto a los otros.
- Si cometo un error no seré querido.
- Todo debe ser a mi manera.
- Todo me debe resultar fácil.
- Debo tener todo lo que quiero.
- El mundo debería ser justo, y los malos deben ser castigados.
- Debo ganar.
- Si me critican por algo, es que no soy valioso.
- No puedo cambiar, yo soy así.

- Mis reales sentimientos deben permanecer ocultos. No deben ser conocidos por otros.
- Solo existe una manera correcta de hacer, pensar, sentir.
- Todas las personas deben aceptarme y quererme.
- Las personas valen más o menos dependiendo de su raza, posición social, o grado de preferencia de los papás.
- Es horrible tener que esperar o estar aburrido.
- Los adultos deben ser perfectos.

Creencias Irracionales comunes en los adolescentes

- Es horrible no ser aceptado por mi grupo.
- No debo cometer errores, especialmente errores sociales.
- Si mis padres se equivocan, es vergonzoso.
- Soy así, no puedo cambiar.
- El mundo debe ser justo.
- Las cosas deben ser de la manera que yo espero que sean.
- No puedo soportar la crítica.
- Es mejor no arriesgarse y evitar el equivocarse.
- Yo no tengo la culpa, son otros los que me hicieron hacerlo.
- Las personas valen más si son más capaces, ricas, atractivas, etc.

¿Tengo suficiente evidencia para decir que estos pensamientos son verdaderos?

ANEXO No 8

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**SESIÓN 6**

Distorsiones Cognitivas: Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Encontramos algunas de las siguientes:

1. FILTRAJE O ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no toma en cuenta otros que la contradicen.

2. PENSAMIENTO POLARIZADO: Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios

3. SOBREGENERALIZACIÓN: Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin otra evidencia.

4. MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado sobre la base de la evidencia real. Se tiende a sobre valorar los aspectos negativos de la situación y a infravalorar los positivos.

5. FALACIA DE CONTROL: Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en

el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida.

6. CULPABILIDAD: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos.

ACTIVIDAD

Suena el despertador, son las seis de la mañana. Jorge está arropado, todavía medio dormido y siente que empieza a llover. Se estira y piensa "Voy a dormir unos minutos más" se duerme y de pronto le golpean la puerta y le gritan "Dormilón levántate, no seas tan vago" Jorge se levanta, camina hacia el baño, la puerta está cerrada, alguien se está bañando. Golpea la puerta. El tío se asoma y le dice ¿por qué tocas? ¿Acaso crees que eres más importante que yo? ¡Yo voy primero! Jorge regresa a su cuarto. Finalmente el baño se desocupa. Mario se baña y se viste y llega al comedor.

La mamá de Jorge recoge los platos de la mesa, lo mira y le dice "Llegaste tarde ya no voy a servir más. Desayuno, estoy ocupada. Mira a ver qué haces, llama a tu hermana. Jorge desganado va a despertar a su hermana. Ella le grita: "Lárgate de mi cuarto" va donde su mamá y le dice que "Ana no quiere levantarse" la mamá le contesta "Bueno, quién sabe cómo le dijiste, no sé que voy a hacer contigo". En eso pasa el bus del colegio, el chofer no lo ve y sigue adelante. Comienza a caminar hacia la escuela, al llegar la maestra le dice: "Buenos días Jorge, todos los niños se ríen". Para entender las distorsiones cognitivas, vemos el caso de Jorge.

-Analizar las distorsiones cognitivas que pudo haber tenido.

Tarea para la casa

- ¿Cuáles son los pensamientos automáticos que pudo haber tenido Jorge?
- ¿Qué hago cuando tengo una distorsión cognitiva de sobre generalización?
- Presentar una situación de maximización y minimización.
- Resolver una situación cuando se presenta la polarización.
- Dar un ejemplo sobre la falacia de control.
- En qué ocasión han utilizado la culpabilidad.
- Como resolvemos cuando se presenta el filtraje.

ANEXO No. 9

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

SESIÓN 7

EL "A-B-C" DE LA TEORÍA:

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".

"A" (por "Activating Event") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (por "Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (por "Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*).

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. En un análisis más profundo, se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos.

Finalmente, simplificando su enfoque, Ellis observa que todas las demandas absolutistas pueden agruparse en tres clases:

Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...").

Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes...").

Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe..."). La alternativa filosófica planteada por Ellis consiste en declinar la "*filosofía demandante*" y reemplazarla por una "*filosofía preferencial*" de metas y deseos motivadores.

ACTIVIDAD

Al enseñar la base del modelo ABC a las niñas, a menudo es útil utilizar un gráfico para ilustrar la relación entre los sucesos activadores, los pensamientos (auto-conversación) y las consecuencias. Frecuentemente se usa un gráfico de "sucesos pensamientos- sentimiento-conductas" se explica:

- Algo sucede
- Piensas lo que sucedió
- Los pensamientos te llevan a un sentimiento
- El sentimiento afectara a como reaccionas.

La secuencia se presenta así:

1. ¿Que sucedió?
2. ¿Qué fue lo que pensaste?
3. ¿Qué fue lo que sentiste?
4. ¿Qué hiciste?

La discusión (D) es utilizada para el proceso de desafiar la lógica o racionalidad del sistema de creencias irracionales. Los miembros del grupo aprenden a cuestionar los aspectos lógicos de sus creencias irracionales.

ANEXO No. 10**MÓDULO EN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES Y MANEJO DE LAS SITUACIONES****SESIÓN 8****Asertividad**

Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es sólo una parte de las habilidades sociales; aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

ACTIVIDAD

-Se le pregunta al grupo acerca de la asertividad, y se le presenta una serie de definiciones.

¿Que entienden por asertividad?

-Es la capacidad de expresar tus sentimientos, ideas y opiniones, de manera libre, clara y sencilla, comunicándolos en el momento justo y a la persona indicada.

-Asertividad es tener la capacidad necesaria para desenvolverse eficazmente en un medio social y laboral normalizado.

-Asertividad es respetarse a sí mismo, respetar a los demás Ser directo, honesto y apropiado. Mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar. Ser muy positivo y usar correctamente el lenguaje no verbal.

-Es la capacidad que posee una persona de desarrollar el éxito en la vida, a través de un proceso dinámico que posibilita el ajuste constante de conductas, pensamientos y expresiones sinceras desde lo más profundo de su ser.

-La asertividad es una cualidad que debemos tener todos los seres humanos, ya que ser asertivo es: Actuar y decir lo que pensamos, en el momento y lugar adecuados, con franqueza y sinceridad, esto nos evitaría muchos dolores de cabeza

-Es la capacidad de una persona para actuar tranquilamente en forma directa, haciendo respetar sus propios derechos sin afectar los derechos de los demás.

-Esforzarse por ser asertivo, garantiza la plena convivencia con los demás. Es mostrar quien eres y como eres, aceptando la individualidad de los semejantes. Es saber expresarse claramente cuando se sabe lo que se quiere. Pero para saber lo que se quiere primero debes de tener la mente clara de valores.

-Es la capacidad para manifestar lo que se piensa y siente sin ofender a los demás, buscando siempre el respeto de los derechos propios y de los otros.

-Es decir lo que se cree, lo que se piensa y lo que opina sin dañar lo derechos a los demás es decir sin ofenderlos.

¡Conozcamos nuestros derechos!

Enseñar los derechos de las niñas de acuerdo a la asamblea de las naciones unidas. –Prevenir la violación de sus derechos.

-Explicar cada uno de los derechos

- Dividir el salón en tres grupos, pedir a cada grupo que ilustre los siguientes derechos.

- grupo 1: Derechos de supervivencia
- grupo 2: Derechos de desarrollo
- grupo 3: Derechos de protección

Introducir el concepto de abuso relacionándolo con "quitarnos nuestros derechos".

Hablarles sobre el derecho a ser respetados y respetadas. Explicarle que todos tenemos derechos a ser respetadas independientemente de la edad.

Escribir situaciones en las cuales han defendido sus derechos y han sentido satisfacción y orgullo. Solicitar voluntarias para hacer un drama sobre los derechos y el respeto hacia sí mismo y los demás.

ANEXO No. 11

MÓDULO ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES Y MANEJO DE LAS SITUACIONES**SESIÓN 9**

La mayoría de los casos los comportamientos asertivos incluyen:

1. Contacto visual 2. Expresión facial 3. Gestos y postura corporal 4. Tono de voz 5. Tiempo 6. Contenido

Estos aspectos de la asertividad se definen de esta manera:

1. *Contacto visual*: El contacto visual es sumamente relevante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia del contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como "no saber lo que dice" "se siente intranquilo".
2. *Tono de voz*: Si el tono de voz es bajo el mensaje asertivo puede perderse. Da la impresión de inseguridad o temor. Por consiguiente, una información que se transmite en un tono de voz demasiado alto puede distraer al receptor y ponerse a la defensiva.
3. *Postura*: Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida. Ni demasiado relajado (con lo que podría parecer poco respetuoso o no serio).
4. *Expresión facial*: se puede diluir el mensaje asertivo de una persona cuando la expresión de su rostro no sea congruente con lo que éste diciendo.
5. *Tiempo*: el objetivo es entrenar a los niños y niñas a dirigir sus peticiones en el momento adecuado para ser más asertivos
6. *Contenido*: el contenido ideal de una afirmación asertiva es preciso, descriptivo y directo.

ACTIVIDAD

- Dramatización de situaciones específicas en las que debemos presentar habilidades sociales tales como: contacto visual, postura, gestos adecuado, y decir las cosas en el momento adecuado, sin violar los derechos de las demás y de si mismo y sin que se sienta que el mensaje sea agresivo

ANEXO No. 12

MÓDULO ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES Y MANEJO DE LAS SITUACIONES**SESIÓN 10****AUTOESTIMA**

En términos sencillos podemos decir que la autoestima es la discrepancia que existe entre lo que pensamos que somos y lo que nos gustaría ser, es decir, es como valoramos lo que pensamos que somos.

En el ámbito infantil o juvenil, para hacer más manejable el concepto de autoestima, podemos hablar de cinco áreas: área social (sentimientos del niño o adolescente sobre las relaciones con sus amigos), área académica (qué piensa de su faceta como estudiante), familiar (cómo se siente como parte integrante de su familia), imagen corporal (cómo ve su aspecto físico o sus capacidades físicas) y autoestima global (valoración general que hace de sí mismo).

ACTIVIDAD

¿Qué entiendes por confianza?

¿Cómo formamos nuestra autoestima?

En la familia _____
En la escuela _____

Con nuestros amigos _____
Se les pide a las niñas participantes que completen una lista que señala "Mis cualidades positivas" hacer tarea en casa y leerla el día y la noche.

ANEXO No. 13

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

SESIÓN 11 A 13

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Definición de conflicto:

- El conflicto ocurre cuando dos o más valores, perspectivas u opiniones son contradictorias por naturaleza o no pueden ser reconciliadas.
- El seguimiento de objetivos incompatibles por diferentes personas o grupos.

El conflicto incluye:

- Aquel que existe dentro de nosotros o nosotras cuando no vivimos de acuerdo a nuestros valores.
- Cuando nuestros valores y perspectivas son amenazados.
- Procesos de cambio social violentos o no-violentos.
- Relaciones interpersonales.
- Posiciones diferentes en grupos que tratan de trabajar juntos.
- Inhabilidad de llegar a un entendido entre dos partes que están debatiendo un asunto.
- Grupos que tratan de imponer su criterio sobre otro u otros.

La verdad sobre el conflicto:

- El conflicto es inevitable.
- El conflicto se desarrolla porque estamos trabajando con las vidas de las gentes, sus trabajos, sus hijos e hijas, su orgullo, auto-concepto, ego, y su sentido de propósito y misión.
- Existen indicadores de conflicto que pueden ser reconocidos en las personas o en los grupos.

- Hay estrategias disponibles para la resolución de conflictos y está probado que trabajan.
- Aunque inevitable el conflicto puede ser minimizado, re-canalizado y/o resuelto.

Las razones principales del conflicto:

- Comunicación pobre
- La búsqueda de poder
- Liderato débil
- Falta de apertura
- Cambios en la estructura organizacional
- Desconfianza entre la gente

ACTIVIDAD

Explicar todo lo relacionado a los conflictos

Formato de resolver problemas prácticos, que pueden emplearse:

- Identificación del problema
- Formulación de metas
- Genera tantas soluciones alternativas como puedas
- Retrocede y evalúa cada solución alternativa
- Toma decisiones

La principal forma en que la terapia lleve acabo las metas en la etapa final de la terapia es a través de las tareas, una vez que las participantes acepten la posibilidad y deseo de cambiar, y poner en práctica lo aprendido.

SESIÓN 14 CIERRE

SESIÓN 15 ENTREVISTA FINAL Y APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE DEPRESIÓN DE BECK

ENTREVISTA

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____

NIVEL EDUCATIVO

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Universidad completa

Universidad incompleta

Vocacional

ESTADO CIVIL

Soltera

Casada

Divorciada

Separada

Unida

Viuda

RAZA

Negra

Blanca

Latina

Otra _____

RELIGIÓN

Católica

Evangélica

Protestante

Otra _____

Nacionalidad: _____

Ocupación: _____

Corregimiento donde reside: _____

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR

Menos de B/. 100.00

B/.101.00 – B/. 200.00

B/. 201.00 – B/. 300

B/. 301.00 – B/. 400.00

B/. 401.00 – B/. 500

Más de B/. 501.00

DATOS FAMILIARES

1. ¿Cómo era la comunicación en su familia?

Directa

Confusa

Indirecta

Otra

Explique: _____

2. ¿Qué tipo(s) de sentimiento(s) se podían expresar abiertamente en su familia?

Tristeza

Enojo

Alegría

Temor

Otro(s)

Explique _____

3. ¿ Se podía hablar de sexualidad en su familia?

Si

No

4. ¿ Se podía hablar del incesto en su familia?

Si

No

5. ¿ Presenció violencia doméstica en su hogar durante la niñez o adolescencia?

Si No

6. ¿ Qué tipos de violencia presenció en su familia?

Física Emocional Sexual Económica

Explique: _____

7. ¿ Quién era la persona agresora?

Papá Mamá Abuelo(a)

Tío(a) Hermano(a) Otro

8. ¿ Cómo es su relación actual con su familia de origen?

Buena Regular Mala Inexistente

Explique: _____

9. ¿ Cuenta con apoyo familia o de amistades para incorporarse al grupo terapéutico?

Si No

Explique: _____

10. ¿ Cómo es su relación con su pareja actual?

Buena Regular

Mala Problemática

Explique: _____

11. ¿ Recibe maltrato en su relación de pareja actual?

Si No

RELACIÓN INCESTUOSA

12. ¿ Qué edad tenía Ud. cuando se inició el incesto?

13. ¿ A qué edad terminó?

14. ¿ Quién abuso de usted?

15. ¿ Cuánto tiempo duró la relación incestuosa?

16. ¿ Vivía Ud. con el ofensor(a) cuando se dio el incesto?

Si No

De ser negativa la respuesta:

¿ Dónde vivía él? _____

¿Dónde vivía Ud.? _____

17. ¿ Dónde ocurrió el abuso? (lugar) _____

18. ¿ Algún miembro de la familia tuvo conocimiento del incesto?

Si Quién (es)? _____

No

19. ¿ Cuáles fueron sus reacciones?

Impacto-Shock

Negación

Rabia-Enojo

Ansiedad

Mantener el control de sus sentimientos, pensamientos
Y acciones

Miedo de dormir en la noche

Miedo de salir

Pesadillas

Aumento de la irritabilidad

Cambio de temperamento (altos – bajos)

Rehusar discutir el hecho

Siente que el incesto controla su vida

Siente que sus miedos no son normales

Llorar

Otro

Explicar: _____

20. ¿ Ha discutido el abuso con alguien fuera de su familia anteriormente?

Si ¿ Quién(es)? _____

No

21. ¿ Qué reacción tuvo el abusador al ser descubierto?

22. ¿ Qué sucedió para que se detuviera el abuso?

23. ¿ Alguien más en su familia ha sido víctima de incesto?

Si ¿ Quién (es)? _____

No

24. ¿ En qué forma fue abusada?

Manoseos

Besos que la incomodaban

Caricias que le hacían sentirse incómoda

Caricias en los genitales

Penetración

Otros

Especifique: _____

25. ¿ Cuáles fueron sus reacciones inmediatas frente al incesto?

Impacto

Negación

Enojo / Rabia

Depresión

Ansiedad

Miedo de dormir en la noche

Miedo de salir

Pesadilla

Llorar

Cambio de temperamento

Otras: _____

26. ¿ Sentimientos que tenía hacia el ofensor?

Ira

Rabia

Dolor

Temor

Placer

Confusión

Vergüenza

Otro

Explique: _____

27. ¿Deseos más fuertes después del incesto?

Callar

Ocultar lo sucedido

Gritar

Hablar

Estallar

Llorar

Otro

Explique: _____

28. ¿Mecanismos utilizados por el ofensor para obligarla?

Culparla

Amenaza de muerte

Amenaza de dejarla sin comer

Amenaza de dejarla de querer

Amenaza con irse de la casa

Amenaza de acusarla de mentirosa

La familia se desintegraría

Le pegaría o castigaría

Otro

Explique: _____

29. ¿ Requirió algún tipo de tratamiento como resultado del incesto?

Si No

Explique: _____

30. ¿ Es víctima de abuso sexual en este momento?

Si No

Explique: _____

31. ¿ Ha pensado alguna vez seriamente en acabar con su vida?

Si No

¿ Cuándo? _____

¿ Cómo? _____

32. ¿ Está pensando hacerlo ahora?

Si

No

Explique: _____

33. ¿ Cómo se siente al haber hablado de lo que le ocurrió?

34. ¿ Qué cosas ha hecho o está haciendo para ayudarse a sí misma?

35. ¿ Cómo se siente ante la idea de entrar en un grupo de sobrevivientes de incesto?

36. ¿ En qué aspectos de su vida actual esperaría que este grupo la ayudara?

Entrevista para Niños

Ficha de Identificación:

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Escuela: _____

Grado que cursa: _____ Domicilio: _____

Acompañante: _____

Nombre de la Madre: _____ Escolaridad: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Escolaridad: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Raza: _____ Religión: _____

Teléfono: _____ Referido por: _____

Fecha de entrevista: _____ Fecha de Informe: _____

Motivo de Consulta: _____

Genograma

Calidad de Relación fraterna y Paterno Filial

Madre	Hijo	Padre	Hijo	Niño/ Hermano
___ Apoyo ___ Dominio	___ Rivalidad	___ Rivalidad	___ Apoyo	___ Rivalidad
___ Seducción	___ Sobreprotección	___ Dependencia	___ Dominio	___ sobreprotección
___ Hostilidad	___ Dependencia	___ Dominio	___ Seducción	___ Dependencia
___ Ambivalente	___ Abandono	___ Otros	___ Hostilidad	___ Abandono
	___ Lo Ignora		___ ambivalente	___ Lo Ignora

1. Métodos de Disciplina Utilizado por los Padres: _____

2. Quienes dan las órdenes? _____

3. Son Varias las personas que ponen limites _____

4. Son congruentes entre ellas _____

Actitud del Niño Frente a la escuela

_____ Aceptación

_____ Rechazo

_____ Cooperador

_____ No Cooperador

_____ Puntual

_____ No Cumple con Tareas

_____ Muestra Interés

_____ Desinteresado

_____ Se Prepara

_____ No se Prepara para Clases

___ Miente a la Maestra Y Padres ___ Se ausenta cuando hay Pruebas

Rendimiento Académico :

Kinder _____, 1 Grado _____, II Grado _____, III Grado _____

Otros Grados _____

Tipo de Juego del Niño

___ Solitario _____ Interactua con otros Niños

___ Sólo con adultos _____ Es agresivo
___ Competitivo _____ Deja violar sus derechos

___ No Sabe de reglas y normas _____ Sigue Instrucciones

Lateralidad: _____ Izquierdo _____ Derecho

Pre -escolares:

1. El sol de día y de noche salen las _____
2. El perro corre y los pájaros _____, los peces _____
3. Partes del Cuerpo
4. Colores

ANAMNESIS SOMATICA DEL NIÑO

1. Embarazo: Planificado? _____
2. Edad de la madre cuando embarazo _____
3. Periodo de Embarazo? _____
4. _____
5. Parto? _____

6. Primeros Meses? _____
7. Caminó a los cuantos meses _____
8. Primeras palabras _____
9. Control de esfínteres heces _____ Orina? _____
10. Alimentación en la infancia _____
11. Enfermedades _____
12. Accidentes _____
13. Golpes en la cabeza _____
14. Hospitalización _____ Cirugías? _____
15. Intoxicaciones _____
16. Convulsiones _____
17. Enfermedades Hereditarias _____

ESTADO ACTUAL DEL NIÑO

Aprendizaje

____ Lectura

____ Cálculo

____ Expresión escrita

Habilidades Motoras:

____ Desarrollo de la coordinación

____ Movimiento estereotipados

____ Se viste sólo

Habilidades de Comunicación

____ Lenguaje expresivo

____ Lenguaje receptivo

____ Trastorno Fonológico

____ Tartamudeo

Atención y comportamiento conductual (Control de Impulsos)

- Inatención Piromanía
- Comportamiento perturbador Impulsivo
- Contesta antes de que le pregunten No mide consecuencias
- Juego Patológico Se come las uñas
- Trastorno explosivo intermitente No copia las tareas
- No Roba Miente a menudo
- Parece impulsado por un motor
- No termina las tareas sin supervisión

Estados de ánimo del niño:

- Rasgos depresivos autoestima agresiva
- Apariencia de tristeza Grandiosidad
- Sentimientos de Vacío Llanto frecuente
- Desinterés Falto de Placer
- Pérdida de Peso Negativismo extremo
- Dificultades en el sueño
- Aprensión Fobia Social
- Presencia de Miedo Pensamientos e imágenes recurrentes
- Pavor o terror Sueños de eventos traumáticos
- Evitación de lugares Inquietud o impaciencia
- Fobia a cosas específicas Fatiga
- Irritabilidad Pérdida del Sueño

Ingestión alimentaria

___ Come Bien

___ Pica

___ Rumiación (Regurgitación y nueva masticación del alimento)

___ Trastorno de la Ingestión Alimentaria

Presencia de Tics.

___ Tics motores simples (Parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros hacer muecas o toser) otros _____

___ Tics vocales complejos : ___ Coprolalia, ___ Palilalia,
___ Ecolalia

Trastornos de eliminación

___ Encopresis

___ Enuresis

Sueño:

A que hora duerme? _____

___ Pesadillas

___ Insomnio primario

___ Terrores nocturnos

___ Hipersomnio primario

___ Sonambulismo

Examen Mental

❖ Aspecto general _____

- ❖ Actividad Motora _____

- ❖ Expresión del Rostro _____

- ❖ Mímica _____

- ❖ Maneras de aceptar la entrevista _____

- ❖ Expresiones afectivas _____

- ❖ Manifestaciones de Ansiedad _____

- ❖ Orientación espacial _____

- ❖ Orientación Temporal _____

- ❖ Contenido del pensamiento _____

- ❖ Organización del lenguaje _____

Diagnostico

Eje I (Trastornos Clinicos)....._____

Eje II (Trastornos de personalidad Y R. M.) ..._____

Eje IV (Trastornos Psicosociales y Ambientales)_____

Eje V (Evaluación de la actividad global)