



**Universidad del Azuay**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

***EVALUACION PSICOLÓGICA EN NIÑOS/AS DE 5 A 10 AÑOS  
VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL. ESTUDIO REALIZADO EN LA  
CORPORACIÓN MUJER A MUJER DURANTE EL PERÍODO ABRIL-  
OCTUBRE 2006.***

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autores**

**MA. AUGUSTA LÓPEZ OCHOA  
JANETH ALEXANDRA POMA QUITO**

**Director**

**DR. PATRICIO CABRERA**

**Cuenca, Ecuador**

**2007**

*AGRADECIMIENTO*

*A Dios*

*Por guiar cada uno de nuestros pasos.*

*A nuestras familias por  
la comprensión y el apoyo necesario sin el cual  
este trabajo no hubiese sido posible.*

*A la Dra. Rocío Salgado, directora ejecutiva de la  
CORPORACIÓN MUJER A MUJER y  
a todas nuestras compañeras,  
por permitirnos trabajar en esta institución  
durante todo este tiempo.*

*Al Dr. Patricio Cabrera por ser nuestro guía  
y maestro durante la realización de esta tesis.*

## *DEDICATORIA*

*A las personas más importantes y valiosas para mí:  
Mis padres, Leopoldo y Narcisa, que me dieron la vida y que han  
guiado cada uno de mis pasos, enseñándome que las cosas valiosas  
de la vida se consiguen siempre trabajando duro.  
Mis hermanas, Paola y Ericka, que han sido mis mejores amigas  
y que de una u otra manera han sido un ejemplo  
y un apoyo muy grande para mí.  
Mi esposo, Santiago, que siempre ha estado a mi lado,  
brindándome su confianza, su apoyo y su amor de manera incondicional.  
María Augusta*

*DEDICATORIA*

*Esta tesis va dedicada a todas las personas que han sido mi apoyo incondicional,  
a mi padre quien con amor y consejos supo llenar el vacío de su ausencia,  
a mi madre quien con su fortaleza me guío hacia el final de mi carrera,  
a mis hermanas, Esperanza, Silvia, Mónica, Verónica y Mayra,  
que son mi apoyo en cada momento,  
a mi abuelita quien con sus oraciones me ha llenado de bendiciones,  
a mi sobrino, Mateo, quien es mi mayor alegría,  
y a la persona que con su amor y paciencia ha sido mi apoyo en todo momento,  
Galo.  
Janeth Alexandra*



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| AGRADECIMIENTOS.....      | ii  |
| DEDICATORIA.....          | iii |
| DEDICATORIA.....          | iv  |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | v   |
| RESUMEN.....              | x   |
| ABSTRACT.....             | xi  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| Introducción..... | 1 |
|-------------------|---|

### INDICE

|                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CAPITULO #1: SEXUALIDAD INFANTIL.....</b>          | <b>3</b>     |
| 1.1 Niño ser sexuado.....                             | 3            |
| 1.2 Interferencias.....                               | 5            |
| 1.3 Exploración genital.....                          | 6            |
| 1.3.1 La masturbación.....                            | 7            |
| <br><b>CAPITULO #2: ABUSO SEXUAL INFANTIL.....</b>    | <br><b>9</b> |
| 2.1 ¿Qué es el abuso sexual infantil?.....            | 9            |
| 2.2 Tipos de Abuso Sexual.....                        | 10           |
| 2.3 Mitos acerca del Abuso Sexual Infantil.....       | 12           |
| 2.4 ¿Porque se produce el abuso sexual infantil?..... | 15           |
| 2.5 Situaciones de riesgo.....                        | 15           |
| 2.6 Indicadores.....                                  | 16           |
| 2.6.1 Indicadores Físicos.....                        | 16           |
| 2.6.2 Indicadores conductuales.....                   | 17           |
| 2.6.3 Indicadores sociales.....                       | 17           |
| 2.7.4 Indicadores sexuales.....                       | 18           |
| 2.7 Consecuencias.....                                | 18           |
| 2.7.1 Consecuencias a corto plazo.....                | 18           |
| 2.7.1.1 Consecuencias físicas.....                    | 19           |
| 2.7.1.2 Consecuencias conductuales.....               | 19           |

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.7.1.3 Consecuencias emocionales.....                                           | 19        |
| 2.7.1.4 Consecuencias sexuales.....                                              | 19        |
| 2.7.1.5 Consecuencias sociales.....                                              | 20        |
| 2.7.2 Consecuencias a largo plazo.....                                           | 20        |
| 2.7.2.1 Consecuencias físicas.....                                               | 20        |
| 2.7.2.2 Consecuencias conductuales.....                                          | 20        |
| 2.7.2.3 Consecuencias emocionales.....                                           | 20        |
| 2.7.2.4 Consecuencias sexuales.....                                              | 21        |
| 2.7.2.5 Consecuencias sociales.....                                              | 21        |
| <br><b>CAPITULO # 3: LA VICTIMA Y SU ENTORNO.....</b>                            | <br>22    |
| <b>3.1 Familias disfuncionales.....</b>                                          | <b>22</b> |
| 3.1.1 Dinámica familiar del abuso sexual.....                                    | 22        |
| 3.1.1.1 Estructura de poder: dominación-sumisión.....                            | 22        |
| 3.1.1.2 Confusión de roles.....                                                  | 23        |
| 3.1.1.3 Relación con el entorno.....                                             | 24        |
| 3.1.1.4 La sexualidad de la pareja parental.....                                 | 24        |
| 3.1.2 Dinámica social del abuso sexual infantil.....                             | 25        |
| 3.1.2.1 Pobreza y aislamiento.....                                               | 25        |
| <b>3.2 Características del agresor.....</b>                                      | <b>27</b> |
| <br><b>CAPITULO # 4: TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO.....</b>                 | <br>29    |
| <b>4.1 Estrés Traumático.....</b>                                                | <b>29</b> |
| <b>4.2 Qué es el trastorno por estrés postraumático?.....</b>                    | <b>30</b> |
| <b>4.3 ¿Cuál es la causa del trastorno por estrés postraumático?.....</b>        | <b>31</b> |
| <b>4.4 ¿Cuáles son los síntomas del trastorno por estrés postraumático?.....</b> | <b>32</b> |
| <b>4.5 Curso.....</b>                                                            | <b>33</b> |
| <b>4.6 ¿El trastorno por estrés postraumático también afecta a niños?.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>4.7 Otras características clínicas en los niños y niñas.....</b>              | <b>34</b> |
| <b>4.8 Criterios diagnósticos.....</b>                                           | <b>34</b> |
| <b>4.9 ¿Cómo se diagnostica el trastorno por estrés postraumático?.....</b>      | <b>36</b> |
| <b>4.10 Diagnóstico diferencial.....</b>                                         | <b>37</b> |
| 4.10.1 Ataque de pánico.....                                                     | 37        |
| 4.10.2 Depresión.....                                                            | 37        |

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.10.3 Ira y agresividad.....                                       | 37        |
| 4.10.4 Abuso de Drogas.....                                         | 37        |
| 4.10.5 Conductas extremas de miedo/evitación.....                   | 38        |
| <b>4.11 Prevención del trastorno por estrés postraumático.....</b>  | <b>38</b> |
| <br><b>CAPITULO #5: AGRESIVIDAD.....</b>                            | <b>40</b> |
| <b>5.1 Definición.....</b>                                          | <b>40</b> |
| 5.1.1 ¿Qué entendemos por "agresividad infantil"?.....              | 40        |
| <b>5.2 Teorías de la agresividad.....</b>                           | <b>41</b> |
| 5.2.1 Teoría Etiológica.....                                        | 41        |
| 5.2.2 Freud.....                                                    | 42        |
| 5.2.3 Bandura y la Teoría del Aprendizaje.....                      | 42        |
| 5.2.4 Teoría de Dollard y Millar.....                               | 43        |
| <b>5.3 Ira.....</b>                                                 | <b>43</b> |
| 5.3.1 EXPRESIÓN DE IRA.....                                         | 43        |
| 5.3.2 FACTORES.....                                                 | 43        |
| <b>5.4 Factores que favorecen la agresividad en los niños .....</b> | <b>44</b> |
| 5.4.1 Factores biológicos.....                                      | 44        |
| 5.4.2 Factores ambientales.....                                     | 47        |
| 5.4.3 Factores cognitivos y sociales.....                           | 48        |
| 5.4.4 Factores de personalidad.....                                 | 49        |
| <b>5.5 Consecuencias de la agresividad.....</b>                     | <b>50</b> |
| <b>5.6 ¿Cómo podemos tratar la conducta agresiva del niño?.....</b> | <b>50</b> |
| <br><b>CAPITULO #6: AUTOESTIMA Y DEPRESION.....</b>                 | <b>52</b> |
| <b>6.1 AUTOESTIMA.....</b>                                          | <b>52</b> |
| 6.1.1 Importancia de la autoestima.....                             | 52        |
| 6.1.2 Definición.....                                               | 53        |
| 6.1.3 Formación de la autoestima.....                               | 54        |
| 6.1.4 Componentes de la autoestima.....                             | 54        |
| 6.1.5 Tipos de autoestima.....                                      | 55        |
| 6.1.6 Factores que influyen en la formación de la autoestima.....   | 56        |
| 6.1.7 Expresión de la autoestima en los niños.....                  | 58        |
| <b>6.2 DEPRESION.....</b>                                           | <b>59</b> |

|                                                                                                                                                   |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6.2.1 Definición.....                                                                                                                             | 59     |
| 6.2.2 Depresión para el DSM-IV.....                                                                                                               | 60     |
| 6.2.3 Depresión infantil.....                                                                                                                     | 61     |
| 6.2.4 Factores que influyen en la depresión infantil.....                                                                                         | 62     |
| 6.2.5 Tipos de depresión.....                                                                                                                     | 63     |
| 6.2.6 Presencia de rasgos depresivos en los niños.....                                                                                            | 68     |
| <br><b>CAPITULO #7: PROCESO DE OBTENCION DE INFORMACIÓN.....</b>                                                                                  | <br>71 |
| 7.1 La entrevista.....                                                                                                                            | 71     |
| 7.2 Ámbito y preparación de la entrevista.....                                                                                                    | 71     |
| 7.3 Propósito de la entrevista.....                                                                                                               | 72     |
| 7.4 Elementos de ayuda para la entrevista: muñecos de trapo anatómicamente sexuados,<br>dibujos, materiales de juego, reactivos psicológicos..... | 72     |
| 7.5 Sentimientos infantiles.....                                                                                                                  | 74     |
| 7.6 El niño y su testimonio.....                                                                                                                  | 74     |
| 7.7 Diagnóstico del abuso sexual infantil.....                                                                                                    | 75     |
| 7.8 Metodología utilizada en el examen psíquico del niño víctima de abuso<br>sexual.....                                                          | 76     |
| 7.9 Valoración de la credibilidad del niño.....                                                                                                   | 76     |
| 7.10 Muñecos “anatómicamente” correctos.....                                                                                                      | 78     |
| 7.11 Uso de los dibujos de los niños.....                                                                                                         | 78     |
| <br><b>CAPITULO #8: RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b>                                                                                                 |        |
| 8.1 Resultados del trabajo práctico.....                                                                                                          | 80     |
| 8.1.1 Cuadro: Casos atendidos en el departamento de psicología: CORPORACIÓN<br>MUJER A MUJER.....                                                 | 80     |
| 8.2 Edad del niño/a víctima de abuso sexual.....                                                                                                  | 83     |
| 8.3 Sexo de la víctima.....                                                                                                                       | 84     |
| 8.4 Tipo de Abuso sexual.....                                                                                                                     | 85     |
| 8.5 Relación con el Agresor.....                                                                                                                  | 86     |
| 8.6 Trastorno de Estrés Postraumático.....                                                                                                        | 88     |
| 8.7 Depresión.....                                                                                                                                | 89     |
| 8.8 Baja Autoestima.....                                                                                                                          | 90     |
| 8.9 Agresividad.....                                                                                                                              | 91     |

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>8.10 Conclusiones.....</b> | <b>92</b> |
|-------------------------------|-----------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b> | <b>93</b> |
|--------------------------|-----------|

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| <b>ANEXOS.....</b> | <b>95</b> |
|--------------------|-----------|

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Historia clínica #1: N. N. Illescas..... | 95 |
|------------------------------------------|----|

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Historia clínica #2: N. N. Viñanzaca..... | 112 |
|-------------------------------------------|-----|

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Historia clínica #3: N. N. Yuquilima..... | 128 |
|-------------------------------------------|-----|

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Historia clínica #4: N. N. Meneses..... | 143 |
|-----------------------------------------|-----|

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Historia clínica #5: N. N. Macancela..... | 154 |
|-------------------------------------------|-----|

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Historia clínica #6: N. N. Alberca..... | 167 |
|-----------------------------------------|-----|

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| Historia clínica #7: N. N. Calderón..... | 182 |
|------------------------------------------|-----|

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| Historia clínica #8: N. N. González..... | 197 |
|------------------------------------------|-----|

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Historia clínica #9: N. N. Verdugo..... | 211 |
|-----------------------------------------|-----|

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Historia clínica #10: N. N. Wampio..... | 225 |
|-----------------------------------------|-----|

## **RESUMEN**

El Abuso Sexual Infantil es una realidad que convive con nosotros cotidianamente, son hechos usuales que no han recibido la atención adecuada por parte de los gobiernos y de los estados. Muchos son los niños y niñas afectados por este grave problema en nuestro país, ya sea dentro de su núcleo familiar o fuera de él. Como sociedad tenemos la obligación de hacer frente a esta realidad, comprometiéndonos y formándonos en un marco de protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, que salvaguarde su integridad emocional, física, psicológica y social.

El presente trabajo tiene como objetivo proporcionar algunos elementos técnicos necesarios de incorporar al momento de trabajar con la temática del Abuso Sexual Infantil en términos diagnósticos, terapéuticos y preventivos, orientándose principalmente a aquellos agentes sociales vinculados al trabajo con la infancia, como somos los psicólogos.

Su diseño lejos de pretender constituir un esquema rígido para su aplicación, conforma un grupo de contenidos y herramientas a tener en cuenta al momento de trabajar el tema del Abuso Sexual Infantil con los niños, niñas y adolescentes. Debido a esto, toda adaptación en su utilización no sólo es válida sino que deseable, si considera las características del grupo con el cual se pretende trabajar.

## **ABSTRACT**

The Infantile Sexual Abuse is a reality that with us to daily, they are usual made that they have not received the attention adapted by part of the governments and of the states. The children and girls affected by this serious problem in our country are many, already it will be within their familiar kernel or it would be of it. As society we have the obligation of making front to this reality, committing us and forming us in a protection framework of the Laws of the Children, Girls and Adolescent that safeguards their emotional, physical, psychological and social integrity.

This work has like objective to provide some necessary technical elements of incorporating into moment of working with the thematic of the Infantile Sexual Abuse in diagnostic, therapeutic and preventive terms, being guided mainly to those social agents linked to work with the infancy, like are the psychologists.

Its design far of intending to constitute a rigid plan for its application certifies a group of contents and tools to have in account to the moment of working the topic of the Infantile Sexual Abuse with the children, girls and adolescent. In fact, all adjustment in its utilization not only it is valid but that desirable, if considers the characteristics of the group with which is intended to work.

## INTRODUCCIÓN

Investigaciones realizadas por UNICEF en Latinoamérica y El Caribe nos demuestran que las formas más comunes de maltrato que reciben las niñas, niños y adolescentes son el acoso sexual y la violación, siendo la edad de mayor riesgo para el abuso sexual entre los 5 y 10 años. El 25% de las niñas víctimas de violación sufren como consecuencia un embarazo y un alto índice registra infecciones por enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Se cree que el 47% de las niñas que son víctimas de explotación sexual son además víctimas de abuso y violación.

La tasa de incidencia del abuso sexual refiere que las víctimas son más frecuentemente mujeres con un 59,9% que los hombres que alcanzan un 40,1%. En cuanto al abuso que se comete dentro de las familias, ósea incesto, las edades son más tempranas, siendo en este caso las niñas las más afectadas, además de aquellas personas que tienen alguna discapacidad física y psíquica.

Claramente el sexo que prevalece es el del agresor, el cual en un 90% son varones independientemente de su edad. Además, se debe tener muy claro que la gran mayoría de los casos de abuso sexual son perpetrados por alguna persona conocida o cercana de la víctima, comúnmente algún amigo de la familia, de sus padres, vecinos, profesores, o cualquier persona de su confianza.

El CEIME (Centro de estudios e investigación de la mujer del Ecuador), advierte que en sus investigaciones, el 80% de las violaciones contra las menores, fueron efectuadas por personas de su entorno, y casi un 70% de las personas violadas fueron menores entre 12 y 18 años.

En nuestra ciudad, el abuso sexual ha sido investigado como un problema de maltrato infantil mediante el trabajo de sistemas de redes, como el SIREPAM (Sistema Red de prevención y atención al niño maltratado), en donde, el 10% de casos registrados son de abuso sexual. En los últimos 5 años, del total de casos denunciados, el 76% son abusos a niñas, frente a un 24% que son varones.

Es inferior el número de casos de abusos sexual que son reportados, según investigaciones realizadas a nivel de Latinoamérica, entre un 12 y un 25% de los casos son denunciados cuando se trata de niñas, mientras que cuando son varones, este porcentaje es menor, ya que existe apenas un 10% de casos reportados.

Muchos motivos impulsan a que este tipo de problema se mantenga oculto, por ejemplo, uno de ellos es que ha sido abordado institucionalmente como una manera



de maltrato infantil, pero ninguna institución ha demostrado una preocupación específica por esta problemática, lo cual ha provocado que este problema se haga invisible, ocasionando así, que se de un tratamiento parcial, en el cual se trabaja tan solo con la víctima y con su núcleo familiar, sin tomar en cuenta la responsabilidad que tiene la sociedad, y tampoco ha planteado un programa de prevención para que este tipo de casos dejen de repetirse en nuestra sociedad.

Otro factor que dificulta la disminución de esta problemática, es la falta de apoyo y credibilidad que sienten los niños y niñas frente al abuso, además de la inadecuada prevención que no ha alcanzado los objetivos planteados.

Por otro lado, existen pocos procesos legales, psicológicos, sociales, etc., que sean sistémicos y permanentes y que involucren al sistema educativo en cuanto a la educación sexual integral, además de que consideren el desarrollo de habilidades de protección y de defensa asertiva frente al abuso sexual.

La experiencia de trabajo en la Corporación Mujer a Mujer en cuanto al abordaje en este tipo de problemática tanto en el área legal como psicológica, nos ha demostrado la gran necesidad del apoyo que necesitan las víctimas ya sea por parte de la familia como de la sociedad<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> CORPORACIÓN MUJER A MUJER. “Hablemos con las niñas y los niños. Guía teórico práctica sobre prevención y detección de víctimas de abuso sexual”. Gráficas G. Q. Cuenca Ecuador. 2006. Página 11.

## **CAPITULO #1**

### **SEXUALIDAD INFANTIL**

La psicología freudiana descarto la idea de que no existe sexualidad en la infancia y que el instinto sexual aparece sólo en la pubertad. Los impulsos sexuales se hallan ligados a las primeras necesidades orgánicas del niño.

A partir de la idea de que los niños y niñas no son adultos disminuidos, sino que son personas, con la especificidad propia de la rica etapa por la que atraviesan. Ocultar la sexualidad a los niños y niñas, a pretexto de no excitar el interés por ella o bajo la equivocada noción de retardar su instinto sexual, es fuente de daño y, en muchos casos, sólo expresa la desorientación de los adultos<sup>1</sup>.

Si nadie duda en teoría de la importancia de la edad infantil, en la práctica la desatención y el maltrato a la infancia son muy grandes. Una de las realidades más alarmantes es la del abuso sexual. Por ello es importante el conocimiento y orientación sobre la sexualidad infantil para mejoren el diálogo y la relación, en las familias, entre padres e hijos y, en los centros educativos, entre los maestros y los niños.

#### **1.1 Niño ser sexuado**

A pesar de las críticas valederas expuestas, el psicoanálisis ha hecho una importante contribución al trabajo en el área del abuso sexual al desarrollar una explicación sofisticada acerca de la naturaleza y los orígenes de la sexualidad. Por ejemplo el concepto de sexualidad infantil, por más que se tienda a confundir los temas que pueden significarse con “sexual”, combate significativamente la imagen romantizada de la inocencia infantil que de hecho al negarles el acceso al conocimiento sexual.

En líneas generales, el psicoanálisis sostiene que los niños y niñas son seres sexuados desde el comienzo de la vida, con deseos que se articulan sensualmente<sup>2</sup>. Los comportamientos observados, tales como el de succionar, se interpretan como la expresión de esos sentimientos sexuales internos de un modo que los hace estructuralmente análogos a los comportamientos adultos equivalentes, por más rudimentaria que sea su forma. Así se interpreta que los niños que succionan “intensa

o agresivamente” tienen sentimientos que reflejan estos actos, en este caso deseos oral-agresivos. Análogamente, el interés por las heces, el contenerse o hacerse es interpretada como una expresión de deseos de placer que se encuentra en la región anal. La famosa progresión freudiana opera de la siguiente manera: los niños tienen impulsos sexuales que se expresan a través de modos corporales característicos de los períodos tempranos del desarrollo; comienzan por la región oral (chupar, morder), se trasladan al área anal (defecar, ensuciarse) y luego a la región fálica (actividad masturbatoria), a continuación se supone que sigue el “período de latencia” durante el cual retroceden los deseos sexuales en tanto que el niño o la niña desarrollan sus habilidades sociales o cognitivas; esta fase llega al final con la pubertad.

Además del concepto general de que existe la sexualidad infantil y que está representada por diferentes modos de comportamiento, el psicoanálisis freudiano propone que existen algunas experiencias de desarrollo que surten un efecto crucialmente estructurante sobre la sexualidad y la mente en general. De tales experiencias la más importante y especialmente para el área del abuso sexual de niños y niñas, es la del complejo de Edipo. La idea de Freud es razonablemente sencilla en lo que concierne, al menos, al desarrollo del varón. La sexualidad consiste en un impulso central dirigido simplemente a obtener placer y que carece de objeto: ninguna persona o cosa en especial<sup>3</sup>. A través de la experiencia, el niño descubre algunos objetos aportan más placer que otros, la madre es el mejor de estos objetos, puesto que su actividad se centra alrededor del niño.

La presencia de manifestaciones y de deseos sexuales en los niños, desde la más temprana infancia, fue una de las más importantes polémicas levantadas por Sigmund Freud, el "Padre de psicoanálisis", hace casi un siglo.

El desarrollo de la sexualidad humana empieza con el contacto físico, cuando los bebés son sujetos y acariciados. Eso es necesario y natural que ocurra. No se debe privar al bebé de contactos corporales. Es necesario reconocer al niño como ser sexuado, en relación consigo mismo y con otros, para que se construya una identidad sexual propia. La sexualidad infantil es una de las puertas por la cual el niño desarrolla su personalidad y sus relaciones con la afectividad. Niños y niñas participan activamente de su sexualidad pero no por ello tienen el poder para seducir

a los adultos en contra de la voluntad de estos, que los niños que buscan afecto desean precisamente afecto, y “en realidad” no piden sexo. Aquellos niños y niñas que intentan sexualizar relaciones afectuosas lo hacen porque siguen una secuencia de experiencias particulares, en general, la de haber sido sexualmente abusados. Cualesquiera que sean las fantasías o los deseos que los niños y niñas puedan tener, son los adultos quienes deciden si serán objetos de encuentros sexuales, ya que ellos tienen poder sobre los niños y niñas, y pueden definir y manipular esos deseos según su elección.

Por lo tanto la sexualidad es una cosa natural en los seres humanos, una función como tantas otras, como comer, caminar, leer, estudiar, etc. Y como tal, debe ser un tema tratado con naturalidad, honestidad, cariño, y teniendo su propio espacio dentro del proceso educacional del niño y niña.

## **1.2 Interferencias**

Los caminos que llevan al conocimiento de su propio cuerpo, de sus sensaciones, etc., no siempre son los más adecuados para los niños y niñas. Hoy día, las interferencias en este proceso de aprendizaje hacen con que el niño esté, cada vez más temprano, expuesto a unas manifestaciones severas, y en muchos casos incomprensibles de la sexualidad. El culto a la belleza, al físico y la seducción, en los medios de comunicación, no distinguen la edad de su público. Hay un abuso de las manifestaciones sexuales, al cual los niños y las niñas están indiscriminadamente expuestos. Los contenidos sexuales pueden acelerar las manifestaciones de los niños y niñas en el tema de la sexualidad, considerando que ellos aprenden imitando lo que ven de sus padres, de la televisión, de bailes y ropas eróticas de moda, etc. Las malas influencias conceden nociones equivocadas y perjudiciales para niños y niñas.

De una forma general lo único que puede evitar estas malas interferencias es la familia. Son los adultos, los padres, que deben ejercer el papel de filtro de las informaciones. Es necesario crear y mantener un canal abierto de comunicación con los hijos, espacios de discusión y de intervención sobre lo que es correcto y lo que no, relacionados a todos los temas, y en especial a la sexualidad. Es conveniente "vigilar" de muy cerca el entorno y las actividades del niño y la niña, para orientarles

cuando sea necesario. En la medida de lo posible, no se debe perder ninguna oportunidad para entablar conversación sobre sus dudas, intereses, etc.

### **1.3 Exploración genital**

La teoría del Complejo de Edipo de Freud ha sido cuestionable, por la falta de universalidad del mismo. Dentro de esta se encuentran algunos estudios entre ellos está Rutter<sup>4</sup> (1983) es todavía la fuente más confiable de material de este tipo, aún cuando se basa en trabajos realizados en su mayor parte en los años 1950 y 1960. En síntesis los puntos demostrados en este estudio son los siguientes:

1. en el niño varón las erecciones penéales se producen desde el nacimiento, con una frecuencia de tres a once veces por día en los primeros meses, estas pueden ser al principio desagradables, y ciertamente tiene la calidad de reflejo, pero los niños de ambos sexos pronto comienzan a tocarse los genitales junto con otras partes del cuerpo. Gradualmente, la manipulación genital adquiere calidad erótica y se vuelve placentera; tirarse el pene en los varones es mucho más corriente que la estimulación de sus genitales en las niñas: se observan repuestas parecidas al orgasmo, tan tempranas como a los cinco meses, pero este se produce usualmente más tarde.
2. el interés genital aumenta en el período entre los dos y los cinco años. El estudio de Sears y otros (1957) de niños norteamericanos de clase media encontró que alrededor de la mitad se gratificaban mediante tocamientos o juegos genitales; las tasas eran menores en las niñas.
3. son comunes a la edad de cuatro años los juegos que involucran desvestirse o la exploración sexual, con una amplia variedad de actividad demostrada por los escolares. Rutter anota que son características las actividades exhibicionistas y voyeurísticas en niños y niñas; se produce la masturbación como parte de la sexualidad de niños y niñas.
4. en los niños y niñas la masturbación se incrementa un 10% a los siete años y hasta el 80% a los trece; el juego sexual se pone en manifiesto en alrededor de los varones de ocho años. Las tasas son mas bajas en las niñas, pero el rango del aumento es similar. Estos hallazgos son también apoyados por el estudio de Goldmam (1982) sobre el pensamiento sexual de los niños: si bien presentan en esta época más inhibiciones para hablar de la sexualidad, también presentan un creciente interés por el sexo y por conocerlo mejor.

5. el juego homosexual en los varones (que consiste mayormente en el copamiento recíproco de los genitales) y en las niñas presenta un incremento gradual durante la infancia, de un 25% a un 30% a los trece años.

La autoexploración es una experiencia fundamental para una sexualidad saludable. A partir de los 2 años de edad, e incluso antes, la exploración genital por parte de los niños en su propio cuerpo es totalmente normal<sup>5</sup>. Incluso la masturbación es algo que se puede detectar a la más temprana edad. Toda exploración genital esta asociada al descubrimiento del placer. Desde que descubren la zona genital los niños pasan a conocer sensaciones placenteras, y en muchos casos, empiezan a recurrir a ellas como alivio a su tensión, a la soledad, etc.

### **1.3.1 La masturbación.**

Es cierto que los niños y las niñas aprenden temprano las posibilidades placenteras de la masturbación. La masturbación es una forma de autoerotismo a través de la cual se obtiene placer sexual mediante la manipulación directa de los genitales, sea frotándolos o rozándolos con otra superficie como almohadas, la cama, el agua de la ducha, etc. La autoexploración es una experiencia fundamental para una sexualidad saludable. La actitud de los padres en estas situaciones debe ser la más relajada y natural posible. Nada de castigos ni regaños. Si algún padre castiga o regaña a su hijo por masturbarse, estará vinculando la sexualidad de su hijo o hija a lo malo, a lo prohibido, y a lo feo. El niño o la niña se sentirán culpados por practicar este hábito. La mejor forma de intervenir más que nada para que el niño no se haga daño y no expone su placer íntimo a los demás, es tratar de explicarle con un lenguaje claro, que ese placer es parte de su propia intimidad y que entonces debería ser hecha en un lugar seguro, privado, con las manos limpias, en un sitio limpio, y no en publico, ni delante de los demás.

La masturbación es muy común entre los niños y niñas. Los niños y niñas a menudo comienzan a masturbarse a los 18 meses de edad. Se estabiliza cuando los niños llegan a los 3 o 5 años y luego disminuye en frecuencia hasta la pubertad. Los niños se masturban por placer, para tranquilizarse, o simplemente para explorarse. Se masturban como parte de la curiosidad natural que sienten por su cuerpo.

Para reducir la masturbación en lugares públicos, hay que educar al niño explicándole que "está bien que hagas eso en tu cuarto o en el baño, pero no en lugares donde haya personas no conocidas". Y darle opciones, tratar de distraerlo sugiriéndole y llamando su atención para que haga otra cosa, si un niño o niña se masturba en la escuela, sería conveniente ponerse de acuerdo con la educadora y compartir con ella acciones para tratar esta conducta.

Es poco común y muy raro que los hábitos de masturbación de los niños puedan indicar problemas, en todo caso es necesario buscar ayuda de un pediatra si la conducta del niño o la niña está interfiriendo en las interacciones sociales, si el niño o la niña continúa y encima disfruta llamando la atención masturbándose en público, si los padres piensan que el niño o niña tiene alguna infección o irritación en los órganos genitales, o si la masturbación es constante<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> WWW. GUIA INFANTIL PSICOLÓGICA

<sup>2</sup> GLASER Danya, FROSH Stephen “Abuso Sexual de Niños” edit. Paidós Buenos Aires pag. 46

<sup>3</sup> GLASER Danya, FROSH Stephen “Abuso Sexual de Niños” edit. Paidós Buenos Aires pag. 46 - 47

<sup>4</sup> GLASER Danya, FROSH Stephen “Abuso Sexual de Niños” edit. Paidós Buenos Aires pag. 51-52

<sup>5</sup> ECHEBURUA Enrique, “Abuso Sexual en la Infancia” edit. Ariel Barcelona año 2000 pag. 16

<sup>6</sup> ECHEBURUA Enrique, “Abuso Sexual en la Infancia” edit. Ariel Barcelona año 2000 pag. 119



## **CAPITULO #2**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **2.1 ¿Qué es el abuso sexual infantil?**

Según la Alianza internacional Save the Children, la organización de derechos del niños y niñas más grande del mundo, con miembros en 29 países y programas operativos en más de 100<sup>1</sup>, es necesario acordar una definición universal de lo que verdaderamente es el abuso sexual infantil, para de esta manera plantear un método eficaz para el tratamiento de los niños víctimas de este tipo de abuso. Actualmente existen varias definiciones de abuso sexual, lo cual dificulta evaluar su incidencia, desarrollar programas de evaluación y tratamiento y elaborar políticas eficaces que protejan a los niños y niñas. Por este motivo Save the Children ofrece la siguiente definición general de abuso sexual infantil:

“...es la imposición de actos sexuales, o actos de matiz sexual, a un menor por parte de una o más personas...”

Se define el abuso sexual como la participación de niños y niñas dependientes o niños y niñas de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares. Es el contacto genital entre un/una menor de edad (18 años o menos) y un adulto que manipula, engaña o fuerza al niño/a a tener comportamientos sexuales que no están acorde a su edad. Se considera abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual a las que se somete un niño, niña o adolescente aún con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas o cualquier otro medio. Este abuso sexual infantil se da en una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a edad, madurez o poder, entre el agresor y la víctima y la utilización de menor como objeto sexual.

De esta manera, basándonos en el concepto anteriormente citado, el abuso sexual infantil implica un abuso de poder, en tanto que una persona mayor, más fuerte y con mayor grado de conocimiento, saca ventaja de una persona más joven, más pequeña y con limitado conocimiento, con el objetivo de satisfacer sus propios deseos y sentimientos.

En nuestro país, según el Código de Menores del Ecuador, se entiende por abuso sexual “todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un

niño, niña o adolescente aún con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas o cualquier otro medio”<sup>2</sup>.

Entendemos por Abuso Sexual Infantil cualquier conducta de tipo sexual que se realice con un niño o niña, incluyendo las siguientes situaciones:

- Tocamiento de genitales del niño por parte del abusador/a.
- Tocamiento de otras zonas del cuerpo del niño o niña por parte del abusador/a.
- Incitación por parte del abusador/a al tocamiento de sus propios genitales.
- Penetración vaginal o anal o intento de ella ya sea con sus propios genitales, con otras partes del cuerpo, por ejemplo con los dedos, o con otro tipo de objetos, por parte del abusador/a.
- Exposición de material pornográfico a un niño o niña.
- Contacto buco-genital entre el abusador/a y el niño/a.
- Exhibición de sus genitales por parte del abusador/a al niño o niña.
- Utilización del niño o niña en la elaboración de material pornográfico.

Estas situaciones se pueden dar ya sea en forma conjunta, sólo una de ellas o varias, además pueden ser efectuadas en un episodio único, en repetidas ocasiones o hasta en forma crónica por muchos años<sup>3</sup>.

## **2.2 Tipos de Abuso Sexual**

Según la nueva reforma del código de la Niñez y la Adolescencia, los tipos de abuso sexual son cinco<sup>4</sup>:

- o ESTUPRO: la cópula con una persona empleando la seducción y engaño para alcanzar su consentimiento.
- o ACOSO SEXUAL: quien solicitaré favores de naturaleza sexual, para sí o un tercero valiéndose de una situación de superioridad laboral, docente, religiosa.
- o VIOLACIÓN: acceso carnal con introducción total o parcial del miembro viril por vía oral, anal o vaginal u otros objetos, dedos y órganos distintos del miembro viril en una persona de uno u otro sexo.
- o PORNOGRAFIA INFANTIL: en la cual tipifica las conductas de producción, reproducción, publicación, comercialización de imágenes pornográficas, materiales visuales, audiovisuales, electrónicos en los que se utilice a personas menores de 18 años de edad.

- o **TURISMO SEXUAL, TRAFICO Y TRATA DE PERSONAS:** en el que se tipifica el organizar, ofrecer, promover o adquirir actividades turísticas que impliquen servicios de naturaleza sexual. En este caso agrava la pena si la víctima es menor de 18 años de edad.

No todos los abusos son iguales ni afectan a la integridad psicológica de la víctima de la misma manera. Por este motivo, se pueden clasificar bajo distintos parámetros.

- **SEGÚN EL AGRESOR:**

Si se toma en cuenta al agresor, en algunos casos el abuso sexual infantil puede ser cometido por familiares, ya sean estos padres, hermanos mayores, primos, abuelos, tíos, etc. esto es calificado como el incesto propiamente dicho; por otro lado los agresores pueden ser personas que mantienen una estrecha relación con la víctima, pudiendo ser estos profesores, entrenadores, vecinos, cuidadores, etc. En una menor parte el abuso es perpetrado por un extraño o desconocido por el niño.

La situación incestuosa generalmente suele desarrollarse de la siguiente manera: se comienza con caricias inofensivas, luego se pasa a la masturbación del agresor o de la víctima, luego el contacto buco-genital, y en algunos casos se llega a la relación coito vagina o anal. Al no existir huellas identificables fácilmente, comúnmente los abusos pueden quedar más fácilmente impunes.

Aunque apenas el 20% de los casos denunciados de incesto<sup>5</sup> se refieren a los contactos padre-hija, este tipo de incesto es el más traumático por lo que suponen una disolución de los vínculos familiares más básicos. Los casos de incesto entre padrastro e hija abarcan un 15 a 20% de los casos, y el 65% restante de los casos implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos o demás familiares que viven en el mismo lugar. Por otro lado, el incesto entre madre e hijo es mucho menos frecuente y esta limitado a aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja estable, tiene una adicción al alcohol o consume algún tipo de droga o talvez cuenta con un historial de abusos sexuales en la infancia.

En otros casos, cuando los agresores son desconocidos, el abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo pueden estar ligados a situaciones de violencia o amenazas en un 10 o 15% de los casos.

- **SEGÚN EL ACTO ABUSIVO:**

En cuanto al acto abusivo propiamente dicho, este puede ser perpetrado con o sin contacto físico.

- o Con contacto físico: penetración, masturbación usando como objeto al niño, intento de penetración, estimulación del área vaginal o rectal del menor por el pene, dedo, lengua o cualquier otra parte del cuerpo del abusador, o por un objeto usado por el perpetrador; además incluye cualquier tipo de contacto genital o anal por parte de la víctima hacia el agresor o viceversa, entre estas formas tenemos fellatio, masturbación e intromisión de cualquier tipo. Además el contacto de los pechos de la víctima si no se da con su consentimiento también entra en esta categoría. Cuando la penetración se da a lugar con niños muy pequeños suele ser más traumática por la desproporción anatómica entre los genitales del adulto y del menor, y además, producir lesiones en los genitales o en el ano de la víctima: erosiones, heridas, desgarros himenales, etc.
- o Sin contacto físico: la definición de abuso sexual infantil engloba también algunas conductas o comportamientos sexuales, en los cuales no se presenta contacto físico alguno entre el adulto y el menor. Entre este tipo de abuso podemos ver ciertas conductas como por ejemplo cuando un adulto que duerme en la misma cama que un menor experimenta algún tipo de estimulación sexual; otro tipo son las miradas seductoras al menor por parte de los padres u otras personas que tiene una diferencia de poder sobre el menor; el permitir u obligar al menor a ver películas o material pornográfico; inducir al niño/a a tener relaciones sexuales con otras personas; obligar al niño a ser víctima del exhibicionismo o voyeurismo, exhibicionismo, masturbación delante del niño, observación del niño desnudo, relato de historias sexuales, etc.

### **2.3 Mitos acerca del Abuso Sexual Infantil.**

En nuestra sociedad existen muchos obstáculos que contribuyen para que el desconocimiento del abuso sexual infantil se perpetúe. Entre los factores más importantes y que más influyen en esta problemática están los mitos o creencias erróneas que tienen las personas. Existen gran cantidad de estos mitos, y a continuación se citarán algunos de los más comunes.

- MITO: el abuso sexual infantil es raro.
  - o REALIDAD: Las varias investigaciones realizadas por diferentes organizaciones que se preocupan por salvaguardar el bienestar físico,

psicológico, biológico y emocional de los niños y niñas indican que al menos uno de cada cinco menores es víctima de abuso por parte de un familiar de confianza antes de los 18 años de edad. Según el “Manual de Formación para Profesionales contra el Abuso Sexual Infantil” redactado por la Organización Save the Children, en su página de Internet [www.savethechildren.es](http://www.savethechildren.es), la frecuencia con que se producen los abusos es de un 23% de las mujeres y un 15% de los hombres que han sido víctimas de abuso antes de cumplir los 18 años. De este porcentaje el 44,2% de los abusos se ha cometido de forma reiterada<sup>6</sup>, además aproximadamente el 50% de estos abusos es de carácter incestuoso.

- MITO: el abuso sexual infantil ocurre en familias de bajo nivel sociocultural o aisladas.
  - o REALIDAD: este tipo de abuso ocurre en todo tipo de familias, sin que exista diferenciación de los estratos socio-culturales o económicos. En épocas anteriores se tenía la idea errónea de que este problema se da solamente en familias con una excepcional degeneración, sin embargo, recientemente, esta visión ha ido cambiando.
- MITO: los agresores son social y sexualmente desviados.
  - o REALIDAD: cualquier persona puede convertirse un agresor sexual. No existe un denominador común para conformar un perfil de personalidad característico o patológico del victimario. Un factor común entre este tipo de individuos son las características emocionales, el interés sexual hacia los niños, niñas o adolescentes, más que socioculturales, económicas o raciales. No existe ningún reactivo psicológico que pueda detectar si alguien ha tenido o no una experiencia sexual con un niño. En la antigüedad el agresor era visto como un degenerado físico y moral, psicópata, débil mental, etc., pero estos conceptos gracias a la evidencia empírica se han ido desvaneciendo, ya que gracias a diversas investigaciones realizadas se ha demostrado que estos estereotipos son falsos, y además se concluyó que solamente una minoría de los ofensores sexuales eran psicóticos, seniles o retrasados mentales, y solo de un 25 a 33% de los agresores encarcelados tienen un interés primordial y relativamente persistente de tipo sexual hacia los niños (pedofilia)<sup>7</sup>.  
El estereotipo de que los agresores sexuales son vistos como hombres viejos frustrados sexualmente y que rondan los parques públicos o los patios

escolares buscando atraer a algún escolar, ha sido destruido gracias a los estudios realizados. De hecho, la mayoría de los asaltos sexuales ocurren dentro del núcleo familiar o en el grupo de amigos cercanos a la familia de la víctima. Una persona que se involucra sexualmente con un niño puede hacerlo movido por factores muy diferentes entre uno y otro agresor. En algunos se debe a que buscan una gratificación sexual, otros, en cambio, tienen una necesidad de acercamiento o una necesidad de agresión.

- MITO: el abuso sexual infantil es una reacción a la privación sexual.
  - o REALIDAD: la mayoría de los agresores mantiene una vida sexual activa, aunque en algunas ocasiones son incapaces de conducirse normalmente con mujeres adultas. El mantener relaciones sexuales con niños puede servirles como medio de expresión de sus sentimientos inconscientes de hostilidad, resentimiento y reivindicación, y utilizan al niño ya que este por su edad y por su inexperiencia e inmadurez psicofísica, no lo cuestionará en su rendimiento.
- MITO: los niños, especialmente las adolescentes mujeres, son seductores, y por ello parcialmente responsables de ser abusados.
  - o REALIDAD: muchos niños, debido a la edad en la que se encuentran, muestran sus sentimientos e impulsos sexuales a personas con quienes están emocionalmente ligados de manera inocente y exploratoria. Esta conducta forma parte del desarrollo psico-sexual infantil. Aproximadamente a los 3 años de edad, empieza en el niño la preocupación por los genitales y por las diferencias y los roles sexuales, por lo tanto, es muy común que en esta edad se de la exploración de sus propios genitales y la curiosidad sexual. Algunos niños animan activamente a los adultos a tener un acercamiento de tipo sexual; generalmente tienen relaciones afectivas muy pobres y obtienen, de este modo, atención y afectos que no consiguen de otra manera. Otros niños colaboran con el agresor de manera pasiva al aceptar su acercamiento, por lo general estos niños son muy vulnerables y tienen problemas para relacionarse con otros niños, son solitarios y su autoestima suele ser baja. En el momento de juzgamiento del agresor, en muchas ocasiones se utiliza como un argumento atenuante este hecho de que el menor ha sido copartícipe de la relación sexual y no víctima. Esta conducta lleva a la víctima a una victimización adicional. A pesar de esto es siempre ciento por ciento la

responsabilidad del adulto ejercer un control adecuado sobre estas situaciones y no dejar actuar sus propios impulsos.

A un niño, niña o adolescente no se le puede equiparar con un adulto ni tratarlo por igual, ya que a diferencia

## **2.4 ¿Porque se produce el abuso sexual infantil?**

La formación de una teoría completa del abuso sexual de niños y niñas es un asunto complejo porque incluye elementos relacionados con amplios procesos sociales así, como también relaciones personales íntimas.

Las estructuras sociales que inciden en la existencia del abuso sexual infantil están relacionadas a elementos de poder que determinan jerarquías sociales, en donde niños y niñas son el grupo más vulnerable. Es un fenómeno social vinculado a las actitudes y las prácticas generales hacia los niños y niñas y también los modos como las relaciones sexuales se hallan organizadas y reguladas en una determinada sociedad<sup>8</sup>.

El abuso sexual debe entenderse como toda conducta sexual mantenida en relaciones de desigualdad –ya sea por razones de edad, género, condiciones físicas, mentales, etc.- Es una relación de dominio, en la que el niño o la niña son utilizados como objetos sexuales para la estimulación sexual de la otra persona.

El rol fundamental que juega la ideología patriarcal en la génesis del abuso sexual implica que los hombres están investidos de un poder casi absoluto sobre la mujer y los niños y niñas en la sociedad y sobre todo en la familia, de manera implícita, hasta sus cuerpos le pertenecen. La concepción patriarcal de la familia juega un rol fundamental en el aprendizaje de la obediencia y la sumisión a la autoridad del hombre.

Desde temprana edad, los niños están habituados a considerar la sumisión de los niños/as y de las mujeres, hacia el hombre como algo normal. El poder de los hombres es algo incuestionable porque en la cultura dominante es a ellos a quienes se atribuye la fuerza, la autoridad, la protección y la competencia.

Las concepciones patriarcales se traducen en el hecho de que la mayoría de las personas que abusan a los niños/as, son hombres; casi todos convencidos profundamente de sus derechos sobre los miembros de su familia.

## **2.5 Situaciones de riesgo.**

Las situaciones o factores de riesgo son circunstancias de diverso tipo que favorecen a que el menor sea víctima de abuso sexual. El hecho de que un niño se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales.

Por otro lado el hecho de ser mujer es una de las circunstancias que por tradición se ha considerado como de alto riesgo. Las diferentes investigaciones coinciden en señalar la mayor incidencia de abusos sexuales a niñas, en especial en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Este hecho puede deberse en especial al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales.

Las edades de mayor riesgo son las comprendidas entre los seis y siete años, por un lado, y los diez y doce por otro. La mayoría de abusos sexuales a menores se dan en la etapa de pre-pubertad; en esta etapa empiezan a aparecer las muestras de desarrollo sexual, pero a pesar de esto los menores siguen siendo niños y pueden ser fácilmente dominados.

Los niños con mayor riesgo de convertirse en víctima de abuso sexual son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como aquellos que aún no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas; además son sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, ya que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objetos.

Los niños que son víctimas de malos tratos son más fácilmente susceptibles de convertirse en objeto de abusos sexuales. La negligencia como padres, así como el abandono y el rechazo físico y emocional del niño por parte de sus cuidadores, favorecen que éstos sean manipulados más fácilmente con ofrecimientos interesados de afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto.

La ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la madre, el trabajo de ésta fuera del hogar y los problemas de la pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios) constituyen factores de riesgos que aumentan las posibilidades de victimización.

Son además familias de alto riesgo las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas.

## **2.6 Indicadores.**

### **2.6.1 Indicadores Físicos:**



- o Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- o Cerviz o vulva edematizada o roja.
- o Semen en la boca, en los genitales o en la ropa.
- o Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.
- o Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos.
- o Dificultad para andar y sentarse.
- o Enuresis o encopresis.
- o Dolor al orinar.
- o Embarazo especialmente en la adolescencia.

#### 2.6.2 Indicadores conductuales:

- o Comportamiento regresivo en niños pequeños, por ejemplo mojan la cama, se chupan el dedo, etc.
- o Miedos repentinos o fobias, por ejemplo a la oscuridad, a los hombres, etc.
- o Cambios en el rendimiento escolar.
- o Cambios notorios en la personalidad, por ejemplo depresión, ira, hostilidad, agresión.
- o Ideas o intentos suicidas.
- o Abuso de drogas o alcohol.
- o Fugas del hogar.
- o Conductas auto destructivas.
- o Trastornos del sueño.
- o Mentiras.
- o Excesiva sumisión frente al adulto.
- o Quejas somáticas.
- o Conductas auto agresivas.
- o Anorexia-bulimia.
- o Pérdida de apetito.
- o Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.
- o Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.
- o Resistencia a desnudarse y bañarse.
- o Tendencia al secretismo.

#### 2.6.3 Indicadores sociales:

- o Retraimiento social.
- o Miedo a estar solo.

- o Sumisión frente a figuras de poder.
- o Desconfianza.
- o Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.

#### 2.6.4 Indicadores sexuales:

- o Conocimiento sexual precoz.
- o Intentos repetidos de desnudar los genitales del otro.
- o Simulación del acto sexual con compañeros.
- o Coerción sexual hacia otros niños/as.
- o Promiscuidad sexual persistente.
- o Excesiva inhibición sexual.
- o Masturbación compulsiva.
- o Amenazas sexuales explícitas.
- o Voyeurismo-exhibicionismo.
- o Rechazo a las caricias, a los besos y al contacto físico.
- o Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.
- o Confusión sobre la orientación sexual.

## 2.7 Consecuencias.

### 2.7.1 Consecuencias a corto plazo.

La mayoría de los niños que han sufrido abuso sexual se muestran afectados por la experiencia y su malestar suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado. Se consideran efectos a corto plazo aquellos que se presentan en seguida del abuso hasta aquellos que se dan dos años después del ataque, luego de este tiempo las consecuencias son consideradas como a largo plazo. Apenas de un 20-30%<sup>9</sup> de la víctimas se presentan estables emocionalmente luego de sufrida la agresión. Entre el 17 y el 40% sufren cuadros clínicos establecidos y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo.

El alcance de las consecuencias depende en gran parte del grado de culpabilización y de victimización del niño por parte de sus padres, así también como por las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. Por lo general las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, y los niños, fracaso escolar y dificultades específicas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

De acuerdo a la edad, los niños en etapa preescolar pueden utilizar como mecanismos de salida estrategias de negación y disociación. Los niños en etapa escolar presentan más frecuentemente sentimientos de culpa y de vergüenza ante el hecho de abuso. En la adolescencia las consecuencias del abuso sexual se ven agravadas, ya que el abuso puede consistir en un coito anal o vaginal, además existe un mayor riesgo de embarazo y porque en esta etapa se toma conciencia real del alcance de la relación incestuosa.

Gracias a varias investigaciones realizadas por diferentes profesionales como López en 1992 y Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor en 1993, se ha logrado obtener un grupo de consecuencias a corto plazo comunes presentes en aquellas víctimas de abuso sexual, de acuerdo a la etapa evolutiva en que se presenta por ejemplo en la infancia o en la adolescencia.

#### 2.7.1.1 Consecuencias físicas:

- o Problemas de sueño: como pesadillas, despertares nocturnos, falta de sueño, etc.
- o Cambios en los hábitos de comida.
- o Pérdida de control de esfínteres.

#### 2.7.1.2 Consecuencias conductuales:

- o Consumo de drogas o alcohol.
- o Huidas del hogar.
- o Conductas autolesivas o suicidas.
- o Hiperactividad.
- o Bajo rendimiento académico.

#### 2.7.1.3 Consecuencias emocionales:

- o Miedo generalizado.
- o Hostilidad y agresividad.
- o Culpa y vergüenza.
- o Depresión.
- o Ansiedad.
- o Baja autoestima y sentimientos de estigmatización.
- o Rechazo del propio cuerpo.
- o Desconfianza y rencor hacia los adultos.
- o Trastorno de estrés postraumático.

#### 2.7.1.4 Consecuencias sexuales:

- o Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad.
- o Masturbación compulsiva.
- o Excesiva curiosidad sexual.
- o Conductas exhibicionistas.
- o Problemas de identidad sexual.

#### 2.7.1.5 Consecuencias sociales:

- o Déficit en habilidades sociales.
- o Retraimiento social.
- o Conductas antisociales.

### 2.7.2 Consecuencias a largo plazo.

Las consecuencias a largo plazo son menos frecuentes y menos claros que las secuelas iniciales, sin embargo, la victimización infantil constituye un factor de riesgo muy importante en el desarrollo psicopatológico en la edad adulta. De esta manera en aquellas personas que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia luego de pasado el tiempo presentan complicaciones clínicas como síntomas disociativos como amnesia psicógena, este tipo de problema es más frecuente cuanto más pequeño fue el niño en el inicio del abuso. Además de lo anteriormente dicho, se presenta comúnmente un trastorno de estrés postraumático en las víctimas, acompañado de ansiedad, miedos, depresión e inadaptación.

De esta manera también existen un grupo de consecuencias a largo plazo comunes en las víctimas de abuso sexual.

#### 2.7.2.1 Consecuencias físicas:

- o Dolores crónicos generales.
- o Hipocondría y trastornos de somatización.
- o Alteraciones del sueño.
- o Problemas gastrointestinales.
- o Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.

#### 2.7.2.2 Consecuencias conductuales:

- o Intentos de suicidio.
- o Consumo de drogas y alcohol.
- o Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).

#### 2.7.2.3 Consecuencias emocionales:

- o Depresión.

- o Ansiedad.
  - o Baja autoestima.
  - o Estrés postraumático.
  - o Trastornos de personalidad.
  - o Desconfianza y miedo de los hombres.
  - o Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
- 2.7.2.4 Consecuencias sexuales:
- o Fobias o aversiones sexuales.
  - o Falta de satisfacción sexual.
  - o Alteraciones en la motivación sexual. ´
  - o Trastorno de la activación sexual y del orgasmo.
  - o Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
  - o Prostitución.
  - o Promiscuidad sexual.
- 2.7.2.5 Consecuencias sociales:
- o Problemas en las relaciones interpersonales.
  - o Aislamiento.
  - o Dificultades en la educación de los hijos.

---

<sup>1</sup> WWW.SAVE THE CHILDREN.NET “Política de Save the Children: Protección de menores contra la explotación y el abuso sexual”. Londres, Inglaterra. Agosto, 2003. Pág. 5.

<sup>2</sup> LEYES DE FAMILIA. “Código de la Niñez y Adolescencia”. EDIMPRES S. A. Quito, Ecuador 2003. Página 38.

<sup>3</sup> ARREDONDO, Valeria. “Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil”. PAICABI. Santiago de Chile. Página 5.

<sup>4</sup> CORPORACION MUJER A MUJER “Hablemos con las niñas y los niños. Guía teórico práctica sobre prevención y detección de víctimas de abuso sexual”. Gráficas G. Q. Cuenca Ecuador. 2006. Página 37.

<sup>5</sup> ECHEBURUA, Enrique. “Violencia con niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. Pág. 85

<sup>6</sup> SAVE THE CHILDREN. “Manual de Formación para Profesionales contra el Abuso Sexual Infantil”. [www.savethechildren.es](http://www.savethechildren.es). España.

<sup>7</sup> BERLINERBLAU, Virginia. “Violencia Familiar y Abuso Sexual: Abuso Sexual Infantil”. Editorial Universidad, 1998. página 6.

<sup>8</sup> CORPORACION MUJER A MUJER “Hablemos con las niñas y los niños. Guía teórico práctica sobre prevención y detección de víctimas de abuso sexual”. Gráficas G. Q. Cuenca Ecuador. 2006. Página 29

<sup>9</sup> ECHEBURUA, Enrique. “Violencia con niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. Pág. 93

### **CAPITULO # 3**

#### **LA VICTIMA Y SU ENTORNO**

Este tipo de victimización sexual infantil ocurre frecuentemente en el entorno de la víctima y en los horarios en los que habitualmente realiza sus actividades por lo que, según estudios, el 88.6 % de las veces se trata de personas que conocen al menor y se aprovechan de la confianza de la familia.

La figura que prevalece con mayor porcentaje en el abuso sexual en la infancia es el padrastro, en un 50 % de los casos analizados, dato que rompe con el viejo mito de que sólo hay que cuidarse de personas desconocidas.

El abuso sexual infantil está estrechamente vinculado a otras formas de violencia familiar, incluso al maltrato psicológico, así como al consumo de alcohol y otras drogas, aunque estas últimas casi nunca se declaran por su carácter ilegal.

“Es a los 10 años cuando el riesgo es mayor porque el niño tiene la apariencia física del adulto, pero no todos los recursos físicos ni psicológicos para defenderse, mientras los mayores constituyen importantes figuras de poder”<sup>1</sup>.

Los resultados demuestran que la población infantil es más victimizada sexualmente por personas mayores de 35 años.

### **3.1 Familias disfuncionales**

#### **3.1.1 Dinámica familiar del abuso sexual**

##### **3.1.1.1 Estructura de poder: dominación-sumisión.**

La negligencia, el maltrato y abuso sexual se observan sobre todo en familias a múltiples problemas (o multi-problemáticas)<sup>2</sup>. Estas familias viven en un estado de crisis recurrente (Guay, 1999), en el cual la violencia comportamental es el recurso extremo empleado para huir del sufrimiento, para evitar la toma de conciencia de las emociones ligadas a traumatismos del pasado. Las familias abusivas, incapaces de manejar, orientan sus esfuerzos en mantener un estilo de interacción y de lazos

parentales y conyugales disfuncionales. Se trata de familias donde no hay ganador: con frecuencia los miembros de la familia juegan todos a perder. Las crisis recurrentes, en vez de provocar el cambio refuerzan el estilo de funcionamiento familiar. Los padres abusivos consideran que es necesario utilizar la fuerza para hacerse obedecer y para resolver los conflictos.

Ciertas familias incestuosas pertenecen también a esta categoría de familia a problemas múltiples. Sin embargo, la mayor parte de esas familias han sido descritas como disfuncionales pues no es posible establecer una tipología bien definida. Existen por supuesto ciertos rasgos comunes como por ejemplo un desequilibrio en la estructura de poder de la pareja.

El abuso sexual se observa con frecuencia en estructuras familiares rígidas, patriarcales<sup>3</sup>. En muchos casos, el padre ocupa una posición dominante, -despótica, según nuestra experiencia-, ejercida mediante la fuerza y la coerción. Algunos padres utilizan la violencia para reforzar su poder y su control sobre la familia (Weinberg, 1955), pero, en general, el adulto utiliza más bien la “presión” psicológica, social o económica para alcanzar sus propósitos (seducción, valorización del niño, regalos, recompensas diversas, chantaje.)

Otras veces se trata del modelo inverso, es decir, de una madre dominante y de un padre pasivo, quien no se siente seguro fuera de una relación incestuosa. El padre erotiza la relación con sus hijas, mezclando a la vez la ternura y la seducción. Se trata en esos casos de estructuras familiares donde predomina el aglutinamiento, con fronteras intergeneracionales demasiados laxas.

#### **3.1.1.2 Confusión de roles.**

En las familias incestuosas no es nada raro observar una confusión (o una inversión) de roles, ya sea cuando la madre delega sus roles maritales y domésticos a sus hijas mayores o cuando el padre se muestra afectuoso, y asume la atención y los cuidados domésticos. La relación incestuosa puede convertirse en la única fuente de intimidad, de ternura y de afección para el niño.

### **3.1.1.3 Relación con el entorno**

El aislamiento social de ciertas familias, incapaces de establecer relaciones sociales gratificantes con el entorno, ha sido descrito como un factor de riesgo del “incesto” (Weinberg, 1955). Se trata de familias centradas sobre sí mismas, cerradas, que perciben el mundo exterior como hostil.

La promiscuidad y el aglutinamiento familiar favorecen la eclosión del incesto. La paradoja de esa situación es el contraste entre la rigidez de la fronteras familia/entorno social y la delincuencia de las fronteras intergeneracionales. Summit y Kriso (1978) han descrito ciertas formas de incesto en los “entornos rurales” en los cuales las relaciones incestuosas entre hermanos y entre generaciones son socialmente toleradas.

La promiscuidad familiar se presta a la interpretación incorrecta de ciertas actitudes infantiles consideradas como “maniobras de seducción” por algunos adultos. Esta interpretación corresponde a una distorsión afectivo-cognitiva del adulto, por supuesto también presente en otros contextos socio-económicos. En realidad, se trata de actitudes asumidas por los niños y las niñas en pleno desarrollo, abocados a la búsqueda de consolidar su identidad sexual, que juegan a “mostrarse adultos”, sin que ello signifique la existencia de un “deseo sexual real” (Szaniecki, 1995).

### **3.1.1.4 La sexualidad de la pareja parental**

Los problemas sexuales de la pareja parental son frecuentes entre este tipo de familias. La madre rechaza las relaciones íntimas pretextando estar “indispuesta”, e invocando razones como malestar o enfermedad física, cansancio o depresión. La relación conyugal no satisface las necesidades de dependencia de ambos padres, quienes, en general, no han sido suficientemente investidos afectivamente durante su infancia.

En algunos casos, la esposa -o concubina- se ausenta del hogar por causa de trabajo, precisamente durante los períodos más álgidos de la vida conyugal. La frustración sexual, resultante de esa situación, puede convertirse entonces en factor desencadenante del incesto, pues los padres se vuelcan hacia los hijos e hijas en vez de buscar gratificaciones exteriores a la pareja.



### **3.1.2 Dinámica social del abuso sexual infantil**

Hasta aquí hemos expuesto los principios de una prevención del abuso sexual infantil teniendo en cuenta el sistema familiar y la situación individual. Existe sin embargo una dimensión social que interviene en éste campo.

A nuestro parecer, existe actualmente una serie acumulativa de riesgos de violencia familiar y del abuso sexual infantil. Se de un malestar mucho más profundo de la familia y de la sociedad en general. Los niños constituyen las principales víctimas de una cierta degradación del entorno social. La banalización del divorcio y las “luchas” mortíferas que conlleva casi siempre, el desempleo, la pobreza, la marginalidad, la promiscuidad, y tantas otras lacras actuales y pasadas, como la corrupción y el uso de drogas, generan inestabilidad en el grupo familiar.

La sociedad actual está marcada por el ansia de consumo y por la búsqueda inmediata y fácil de placer, por la precariedad del empleo y la inestabilidad conyugal<sup>4</sup>. El sentido de la existencia, de su apertura trascendente, así como los valores de solidaridad, de responsabilidad o de compromiso, se han vuelto opacos, cuestionables, olvidados. A falta de un proyecto existencial sólido.

La familia está amenazada por la ideología de la libertad y la permisividad sexual, por la banalización del divorcio, la expansión del concubinaje, el aumento de la maternidad en adolescentes solteras; la promiscuidad, la ausencia de los padres, las migraciones.

A nivel internacional, la división entre países pobres y países ricos favorece actualmente el comercio sexual infantil el cual se traduce mediante el turismo sexual del cual son victimas miles de niños del Tercer Mundo, sobre todo en Asia y en ciertos países latino-americanos. La prostitución infantil en gran escala, pedofilia y pornografía infantil, han sentado sus reales sobre las necesidades económicas y sobre el sufrimiento de los pobres.

#### **3.1.2.1 Pobreza y aislamiento**

En el mundo contemporáneo el abuso infantil se encuentra presente tanto en países industrializados, en vías de desarrollo como países pobres. El hecho de que el abuso

infantil es más reportado en los países industrializados, no significa que sea menor en los países en vías de desarrollo o del llamado Tercer Mundo. Si bien las estadísticas respecto a los países ricos de la tierra son mayores, es debido a que la legislación nacional es mucho más elaborada y estricta y existe una mayor vigilancia sobre los Derechos del niño, lo que existe pobremente en los países más pobres. Entre más pobre el país, menor es el control y la educación social y de la sexualidad del individuo. A ello se suman realidades actuales y patéticas como el tráfico infantil, la prostitución infantil y el turismo sexual.

Expertos en la materia aseguran que los países de América, tiene gran afluencia de pornógrafos que escogen a los países donde la pobreza hace más vulnerables a los menores, generando mayor demanda. El turista sexual infantil puede ser el homosexual o heterosexual, pero en general provienen de países ricos y cuentan con altos ingresos.

Los abusadores infantiles ven a las niñas y los niños como productos factibles de ser comprados y prefieren los lugares de destino que consideran exóticos y pobres. Además lo que motiva a los agresores sexuales a ir a países pobres de América Latina es la idea de que están libres de enfermedades, sin saber que cada vez son mas los niños que mueren de SIDA en los países pobres, mientras ese mal afecta a niñas de 13 años de edad en promedio.

Entre las principales causas se pueden mencionar<sup>5</sup>:

- Pobreza en la educación de la sexualidad de un conglomerado social.
- Falta de atención a la integridad de la familia que se hace víctima de la violencia intrafamiliar, el abandono, la pobreza y otros.
- La soledad infantil, producto directo de una crisis social generalizada, especialmente en Occidente, por existir mayor índice de pobreza.
- Una pobre legislación nacional que garantice los derechos del niño.
- Conflictos armados que involucran a los niños directamente como víctimas y como victimarios.
- Una falta de consenso internacional en cuanto a la materia del abuso infantil o desconocimiento de las leyes internacionales y su aplicación en el plano nacional.

- Un pobre reflejo del significado de los derechos del niño dentro de los medios de comunicación social, muchos de los cuales promueven consciente o inconscientemente una cultura del abuso infantil por medio de mensajes irresponsables.

### **3.2 Características del agresor**

Si bien no puede hacerse un perfil del abusador, la experiencia diaria de los especialistas indica que no se trata de pedófilos, o sea, no sienten placer sexual única y exclusivamente con los niños, y pocas veces se ve inmiscuida una mujer en este delito<sup>6</sup>.

Alguien que se abusa de una relación siempre y naturalmente asimétrica. Por razones de etapas evolutivas, una criatura siempre es más vulnerable que un adulto. Esa vulnerabilidad natural se acrecienta a partir de que en la mayor parte de los casos el abusador es una persona que tiene poder sobre el niño o la niña, porque es el padre biológico, o la madre biológica, o el compañero de la madre, o el maestro de escuela. Toda esa gente establece vínculos con los niños y niñas que le facilitan llegar al abuso sexual, sin que la víctima pueda reaccionar por mucho tiempo.

Existe gran cantidad de abusadores que, aun sin instrucción alguna, saben cómo actuar sin dejar huellas de ningún tipo. Abusaban sin dejar lesiones físicas, con una precisión en la mecánica del abuso que uno ni puede imaginar. Por otra parte, también existe los de saco y corbata por cuya "honradez", casi nadie puede creer que un abusador ha hecho lo que ha hecho. Y sin embargo lo hizo.

Los abusadores se caracterizan por ser extremadamente protector, víctima del abuso sexual en la infancia, con dificultades en la relación de pareja, aislado socialmente, abuso de drogas o alcohol, frecuentemente ausente del hogar, con baja autoestima o problemas psicopatológicos<sup>7</sup>.

- 
- <sup>1</sup> RONDON Iliana. AQUILINO Santiago "Rasgos del Abuso Sexual", Edit. La Habana Cuba pag. 26
- <sup>2</sup> BESTEN, B.- "Abusos sexuales en niños".- Editorial Herder.- Barcelona - España.- 1997. pag. 35-36
- <sup>3</sup> CAROZZO CAMPOS, J.- "Violencia y conciliación en la ayuda familiar y escolar". Editorial Laymar. Lima - Perú. 2001.
- <sup>4</sup> CASTAÑEDA, F.- "La Violencia y el abuso sexual en menores".- Editorial Solidaridad y Desarrollo.- Lima - Perú.- 1997.
- <sup>5</sup> DELGADO A. GARATE J. "Maltrato en el niño". En: Grandes síndromes en pediatría, universidad del país vasco, Bilbao, 1996.
- <sup>6</sup> SANMARTÍN José, "Violencia Infantil" Editorial: Ariel, S.A. Barcelona, 1999. pag. 23
- <sup>7</sup> SANMARTÍN José, "Violencia Infantil" Editorial: Ariel, S.A. Barcelona, 1999. pag. 25

## **CAPITULO # 4**

### **TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO**

El Trauma es una realidad permanentemente presente a lo largo de la historia de la humanidad. Y aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace ya más de un siglo, han caído más de una vez en el olvido. Recién en las últimas dos décadas, sustentado en los movimientos pacifistas y en los movimientos contra la violencia doméstica y sexual, ha crecido el interés en el estudio del Trauma Psicológico, sus consecuencias y tratamiento.

Es que el estudio del Trauma lleva a incursionar en terrenos ríspidos, que tocan directamente aspectos centrales, tanto del poder político, como de las ideologías que recorren la sociedad. Desde los casos de torturas, secuestros, toma de rehenes, veteranos de guerra, hasta las más "íntimas" situaciones del abuso sexual y la violencia doméstica, las manifestaciones del Trauma recorren horizontal y verticalmente a la sociedad<sup>1</sup>.

Relativamente recién, en el año 1980, se establece el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) en el DSM-III. A partir de aquel momento ha ido creciendo exponencialmente el interés en este trastorno, materializado en cientos de publicaciones científicas, investigaciones, creación de asociaciones, desarrollo de nuevos abordajes terapéuticos, etc.

#### **4.1 Estrés Traumático**

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de Estrés. Desde aquel momento hasta la fecha, la concepción acerca del mismo ha ido evolucionando. Hoy, podemos definir el estrés como "los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto."<sup>2</sup>

## **4.2 Qué es el trastorno por estrés postraumático?**

El trastorno por estrés postraumático (su sigla en inglés es PTSD) es un trastorno debilitante que 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 TEPT se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica. El TEPT en los niños generalmente se transforma en un trastorno crónico.

El TPET ha sido clasificado como un trastorno de ansiedad, junto a las fobias, al trastorno por pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, etc. Sin duda que comparte con todos ellos el denominador común de la ansiedad como síntoma predominante.

Por otro lado, también es conceptualizado como un trastorno de la memoria. Las investigaciones sobre la naturaleza de los recuerdos traumáticos, indican que el trauma interfiere en los procesos involucrados en la memoria explícita. Durante la exposición al hecho traumático, el área de Wernicke y Broca (aquella relacionada con la codificación de la experiencia en palabras) prácticamente colapsan, reduciendo su actividad notablemente, según lo revelan los estudios de diagnóstico por imágenes. Simultáneamente, aumenta la actividad en el área del hipocampo, área esta que está relacionada con la memoria emocional. Por lo tanto, el hecho traumático queda archivado en la memoria Implícita, y sólo deficientemente en la memoria Explícita o Narrativa. Por esto el trauma es llamado también el terror sin palabras. Quien sufre de un trastorno por estrés post traumático parece haber quedado congelado en el tiempo, fijado al hecho traumático y parece condenado a la dialéctica de, por un lado, revivirlo permanentemente (en un aparente intento de procesarlo o archivarlo) y por otro a evitarlo, olvidarlo, y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento. Pero dichos síntomas parecen tener una función adaptativa: por un lado, proteger al individuo de la exposición al hecho traumático, y por otro lado, un intento frustrado de integrar la memoria emocional con la memoria verbal.

La memoria Explícita no recuerda, sino que revive, fallando en reconocer que el hecho pertenece al pasado. Sólo la integración de los recuerdos en la memoria Narrativa, permite la desaparición de los síntomas.

De acuerdo con Selye, esto provoca en el individuo dos tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida<sup>3</sup>. Consecuentemente, el organismo se prepara para luchar o huir. Es así a que se produce un aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, gluco-corticoides, etc.

Ahora bien, cuando el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de “acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.” (DSM-IV, 1994) y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas: <sup>4</sup>

1. Uno de reexperimentación del hecho traumático
2. Tres de evitación y de embotamiento psíquico
3. Dos de hiper-activación (hyperarousal)

#### **4.3 ¿Cuál es la causa del trastorno por estrés postraumático?**

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 presenció.

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
- Abuso sexual
- Maltrato emocional
- Abandono

#### **4.4 ¿Cuáles son los síntomas del trastorno por estrés postraumático?**

Los siguientes son los síntomas más comunes del TEPT. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente.

Los niños y adolescentes que padecen TEPT 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)

#### **4.5 Curso**

El TEPT es de aparición brusca, pudiendo producirse dicha aparición hasta años después de producido el hecho traumático. El TPET es un diagnóstico relativamente fácil de hacer cuando el paciente refiere la existencia del hecho traumático. En cambio, cuando los síntomas son de aparición tardía, en muchas oportunidades no es evidente para el paciente la vinculación entre la experiencia traumática y sus síntomas, por lo que el clínico debería investigar siempre la existencia de tales experiencias. La historia de traumas del paciente es un elemento importante en el diagnóstico diferencial y nunca debería ser omitida. A menudo, otro de los obstáculos que encuentra el clínico, es que frecuentemente el paciente evita hacer referencia al hecho traumático para evitar el sufrimiento.

Aproximadamente la mitad de los casos que presentan esta sintomatología, suele resolverse espontáneamente en el lapso de los tres primeros meses. El resto, requieren de atención psicoterapéutica para su resolución. Obvio es decir que cuanto más temprana la intervención, más rápida su resolución. Si la intervención se demora mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc. por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa.<sup>5</sup>

#### **4.6 ¿El trastorno por estrés postraumático también afecta a niños?**

Las experiencias traumáticas no son comunes en las vidas de la mayoría de los niños. No obstante, anualmente se diagnostica TEPT a unos 3.000.000 de niños, por diferentes causas: abuso sexual, desastres naturales, accidentes de tránsito, violencia, etc.

Los niños portadores de TEPT presentan múltiples patrones de hiper-activación con alteraciones del sueño; irritabilidad o ataques de ira, lo que lleva a dificultades de relaciones con la familia y con sus pares; dificultades en la concentración con las fallas académicas asociadas y estados de hiper-vigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

#### **4.7 Otras características clínicas en los niños y niñas**

En adición a la tríada clásica de manifestaciones del TEPT, los niños víctimas de traumas presentan habitualmente una serie de manifestaciones como lo son conductas regresivas (pérdidas de habilidades ya adquiridas, problemas esfinterianos, etc.,) ansiedad, síntomas depresivos, miedos, quejas somáticas y problemas conductuales

También es necesario tener presente que la sintomatología del menor junto con ser parte del TEPT, puede además surgir de todas las adaptaciones y modificaciones que ocurren con posterioridad al suceso; de esta forma los niños se ven expuestos a cambios o situaciones estresantes que podríamos llamar secundarias. Ejemplo de esto son el niño víctima de abuso que debe cambiarse de casa y entorno familiar con la consiguiente pérdida del soporte familiar, el menor que pierde a sus padres en un accidente o aquél que sufre amputaciones o pérdida de funciones.<sup>6</sup>

#### **4.8 Criterios diagnósticos**

Los criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno Por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR, son los siguientes:

El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ej. guerras, atentados o catástrofes)
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar
- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flash-backs)
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas: <sup>7</sup>

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva (por ej. incapacidad para tener sentimientos de

amor)

- Sensación de un futuro desolador (por ej. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal)

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones duran más de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.<sup>8</sup>

#### **4.9 ¿Cómo se diagnostica el trastorno por estrés postraumático?**

No todos los niños y niñas que experimentan un traumatismo desarrollan TEPT. El TEPT se diagnostica sólo si los síntomas continúan durante más de un mes y tienen un efecto negativo sobre la vida del niño/a y el nivel de funcionamiento. En el caso de quienes sufren TEPT, los síntomas se inician unos tres meses después del suceso traumático, aunque pueden manifestarse también muchos meses después, e incluso años más tarde.

El TEPT puede producirse a cualquier edad, incluso en la infancia, y muchas veces va acompañado de otras manifestaciones, como:

- Depresión
- Abuso de sustancias
- Ansiedad

La duración del trastorno varía. Algunas personas se recuperan en el curso de seis meses; otras padecen los síntomas durante mucho más tiempo.

Un psiquiatra infantil u otro profesional de la salud mental calificado normalmente diagnostica el PTSD en niños y adolescentes a partir de una evaluación psiquiátrica completa. Los padres que advierten síntomas de PTSD en sus niños o hijos adolescentes pueden ayudar procurando una evaluación precoz. El tratamiento temprano puede disminuir los problemas futuros.

#### **4.10 Diagnóstico diferencial**

Entre los TRASTORNOS más comúnmente asociados al TEPT se destacan los siguientes:

##### **4.10.1 ATAQUES DE PÁNICO**

Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático.

Estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.

##### **4.10.2 DEPRESIÓN**

Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes.

Estudios recientes muestran, por ejemplo, que aproximadamente el 50% de las víctimas de violación muestran ideas recurrentes de suicidio.

##### **4.10.3 IRA Y AGRESIVIDAD**

Se tratan de reacciones comunes y, hasta cierto punto lógicas, entre las víctimas de un trauma. Sin embargo cuando alcanzan límites desproporcionados interfiere de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento diario del sujeto.

##### **4.10.4 ABUSO DE DROGAS**

Es frecuente el recurso a drogas como el alcohol para tratar de huir/esconder el dolor asociado. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.

#### 4.10.5 CONDUCTAS EXTREMAS DE MIEDO / EVITACIÓN

La huida/evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos, no obstante, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto.

Estos y otros síntomas, en la mayoría de los casos, disminuyen de manera significativa durante el tratamiento, sin embargo en ocasiones, y dada su gravedad, pueden requerir intervenciones adicionales específicas.

#### 4.11 Prevención del trastorno por estrés postraumático:

Las medidas preventivas para reducir la incidencia o disminuir las posibilidades de las experiencias traumáticas en los niños incluyen, entre otras, las siguientes:

- Enseñar al niño que está bien decirle NO a alguien que intenta tocar su cuerpo o acercarse de cualquier manera que lo haga sentir incómodo.
- Enseñar al niño que está bien contarle de inmediato a un adulto de su confianza que alguien lo ha hecho sentir incómodo.
- Brindar el apoyo y los consejos adecuados a los niños y los adolescentes que hayan experimentado o presenciado un suceso traumático.
- Fomentar los programas de prevención en la comunidad o en el sistema escolar de la zona.<sup>9</sup>

---

<sup>1</sup>PUGET Janine, BERENSTEIN Isidoro “Violencia en el Hogar”, Editorial Paidós 2001 pag. 68

<sup>2</sup> American Psychiatric Committee on Nomenclature and Statistics: DSM III-R Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987, pag. 55

<sup>3</sup> CAZABAT, Eduardo y COSTA, E: “Stress, la sal de la vida” Editorial Cámara Bs. As. Sociedad Argentina de Medicina. 2000, pág. 117-125

<sup>4</sup> American Psychiatric Committee on Nomenclature and Statistics: DSM IV. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994, pag. 1198

<sup>5</sup> MILGRAM N. “Los niños y el estrés”. Editorial: Ollendick Barcelona 1993. pag. 83

<sup>6</sup> MONTT M, HERMOSILLA W. “Trastorno de estrés post-traumático en niños”. Editorial Barcelona 2001. pag. 20

<sup>7</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition (DSM-IV TR). American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000.

<sup>8</sup> KAPLAN W. and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003. pag 58

<sup>9</sup> MONTT M, HERMOSILLA W. “Trastorno de estrés post-traumático en niños”. Editorial Barcelona 2001. pag. 20

## **CAPITULO #5**

### **AGRESIVIDAD**

Es una manifestación externa de hostilidad, odio o furor que está dirigida contra sí mismo como contra los demás. Los impulsos crueles y agresivos son perversiones y van unidos al placer y la satisfacción. La palabra agresividad proviene Del latín *agressio*, ataque: actitud de atacar.

Es necesario reconocer que tenemos una tendencia innata hacia la violencia pero que ésta también es influenciada por el medio ambiente potenciándose más.

#### **5.1 Definición**

La agresividad es un estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y o psicológicamente a alguien. La Agresividad es un factor del comportamiento normal puesto en acción ante determinados estados para responder a necesidades vitales, que protegen la supervivencia de la persona y de la especie, sin que sea necesaria la destrucción del adversario.<sup>1</sup>

##### **5.1.1 ¿Qué entendemos por "agresividad infantil"?**

Hablamos de agresividad cuando provocamos daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico. En el caso de los niños la agresividad se presenta generalmente en forma directa ya sea en forma de acto violento físico (patadas, empujones,...) como verbal (insultos, palabrotas,...). Pero también podemos encontrar agresividad indirecta o desplazada, según la cual el niño agrede contra los objetos de la persona que ha sido el origen del conflicto, o agresividad contenida según la cual el niño gesticula, grita o produce expresiones faciales de frustración.

Independientemente del tipo de conducta agresiva que manifieste un niño el denominador común es un estímulo que resulta nocivo o aversivo frente al cual la víctima se quejará, escapará, evitará o bien se defenderá.

Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia pero algunos niños persisten en su conducta agresiva y en su incapacidad para dominar su mal genio. Este tipo de niños hace que sus padres y maestros sufran siendo frecuentemente niños frustrados que viven el rechazo de sus compañeros no pudiendo evitar su conducta.<sup>2</sup>

## **5.2 Teorías de la agresividad**

- Teorías activas: Teoría psicoanalítica. Teoría etológica (interna, motivacional e innata)
- Teoría reactivas: (reacción frente a un estímulo del medio ambiente). Teoría de Dolland y la teoría de Bandura del aprendizaje.

### **5.2.1 Teoría Etiológica.**

Estudia el comportamiento de los animales en su medio ambiente natural, mediante la observación.

Territorio, preservación y mantenimiento del territorio.

Jerarquía (el macho marca con gestos agresivos quien es el que manda en el grupo, también organiza la vida de ese grupo de animales, dando prioridades)

Selección, selecciona los diferentes miembros de la especie. Los más fuertes y los más preparados son los que sobreviven.

Control de la agresividad. Existe un control de la agresividad que es diferente a la del hombre. Los machos se pelean pero raramente llegan a matarse, el macho que pierde se muestra como perdedor, en lo que se llama el ritual de apaciguamiento, en el caso de los lobos, el macho perdedor se tiende en el suelo y le muestra al otro el cuello, dejando su yugular al descubierto y dejando su vida a merced del macho dominante.

¿QUÉ PASÓ CON ESTOS COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS EN EL SER HUMANO? Esta pregunta se la realizó un etólogo llamado Alonso.

- También los hombres luchamos, en forma de competitividad, por acceder a los productos básicos de supervivencia.



- El ser humano tiene miedo a los extraños, y sobre todo a miembros de otras razas, mostrándose agresivos con estos (gitanos, negros etc.)
- El ser humano también suele proteger a sus hijos.

NIKO TINBERGEN (ETÓLOGO) ESTUDIÓ LA CONDUCTA HUMANA EN COMPARACIÓN CON LA ANIMAL Y DIJO:

El hombre dentro de la escala evolutiva ha superado su propia escala genética y ya casi no respondemos a los estímulos agresivos. Aunque si existen entre nosotros las conductas de apaciguamiento, tanto en los animales como en los seres humanos se da más muestra de agresividad en los machos.

### **5.2.2 FREUD**

- El creía que la agresividad era innata en el ser humano. Sobretudo lo desarrolló en su teoría del Eros y el Thanatos.
- Einstein contemporáneo de Freud creía que el ser humano tenía dentro de sí un instinto de odio y destrucción.
- La teoría psicoanalítica ha dado pie a expresar cierta conducta agresiva, sería bueno que pudiéramos expresar esta agresividad de otra forma y canalizarla, es bueno dejar que salga esta agresividad, no es bueno cortarla, sino que se canalice hacia otros objetos.

### **5.2.3 BANDURA Y LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE**

- Ciertos comportamientos agresivos están recompensados socialmente. Lo que consideramos conducta agresiva está reglado socialmente, no es lo mismo ver a una persona con un cuchillo en la carnicería que fuera en la calle.
- En algunas culturas o religiones es considerado una agresión que te miren directamente a los ojos.
- Si sólo nos fundamentamos en el aprendizaje de la agresividad social, indicará que en ciertas culturas, esta muestra de agresividad está justificada socialmente, pero lo importante es ver la intención. Esta es una crítica de Berkowitz a Bandura y su aprendizaje social.

#### **5.2.4 TEORÍA DE DOLLARD Y MILLER INTENTARON INTEGRAR CONDUCTA Y PSICOANÁLISIS.**

- Las frustraciones generan agresividad. Aquello que te evita tener aquello que deseas puede desencadenar en agresividad. Esta agresividad puede ser directa hacia la persona que te genera la frustración ya sea mediante la agresión física o verbal o indirecta desplazando la agresión a una tercera persona o a un objeto.
- En EEUU vieron que cuando aumentaba el precio del algodón aumentaban las agresiones contra la raza negra.

**5.3 IRA:** Emoción con fuertes sentimientos de desagrado, desencadenados por males reales o imaginarios.

##### **5.3.1 EXPRESIÓN DE IRA (Averill, 1979)**

- A. Agresión directa e indirecta
- B. Agresión desplazada
- C. Respuestas no agresivas

##### **5.3.2 FACTORES** que influyen en la expresión de la agresión

**a.** Biológicos

**b.** Psicológicos o ambientales

##### **A. AGRESIÓN DIRECTA E INDIRECTA**

1. Agresión o castigo verbal *simbólico* dirigido hacia el ofensor (simbólico: "lo que me gustaría hacerte es...")
2. Negación o retiro de algún beneficio del cual el ofensor goza
3. Agresión o castigo físico contra el ofensor
4. Agresión, daño o lesión de algo o alguien importante para el ofensor

##### **B. AGRESIÓN DESPLAZADA**

1. Decirle algo a una tercera persona con el fin de vengarse o castigar al ofensor

2. Agresión física, verbal u otro tipo a una persona que no está relacionada con la incitación
3. Atacar a un objeto (no humano o animal) no vinculado con la incitación

#### **C. RESPUESTAS NO AGRESIVAS**

1. Discutir el incidente con el ofensor, sin exhibir5 hostilidad
2. Hablar del tema con terceras personas neutras, no implicadas, sin intención de dañar al instigador o hacer que quede mal
3. Ocuparse de actividades calmantes (pasear, gimnasia...)
4. Distraerse en acciones opuestas a la expresión de la ira (portarse mucho más amigable con el instigador)

### **5.4 Factores que favorecen la agresividad en los niños**

Uno de los factores que influyen en la emisión de la conducta agresiva es el factor sociocultural del individuo, ya que es el responsable de los modelos a que haya sido expuesto, así como de los procesos de reforzamientos que haya sido sometido. Si en el abundan modelos agresivos, la adquisición de estos modelos desadaptados será muy fácil.

La familia es, durante la infancia, uno de los elementos más importantes del ámbito sociocultural del niño. Las interacciones entre padres e hijos van moldeando la conducta agresiva mediante las consecuencias reforzantes inherentes a su conducta.<sup>3</sup>

El niño probablemente, generalice lo que aprende acerca de la utilidad y beneficios de la agresión a otras situaciones, En estas circunstancias, el pone a prueba las consecuencias de su conducta agresiva. Las familias que permiten el control de las conductas mediante el dolor, tienen una alta probabilidad de producir niños que muestren altas tasas de respuestas nocivas. La conducta agresiva del niño acaba con gran parte de la estimulación aversiva que recibe.

Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, es responsable de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se le someta.

Se ha demostrado que una combinación de disciplinas relajadas y pocos exigentes con actitudes hostiles por parte de ambos padres fomenta el comportamiento agresivo

en los hijos. El padre poco exigente es aquel que hace siempre lo que el niño quiere, accede a sus demandas, le permite una gran cantidad de libertad, y en casos extremos le descuida y le abandona.

El padre que tiene actitudes hostiles, principalmente no acepta al niño y lo desaprueba, no suele darle afecto, comprensión o explicación y tiende a utilizar con frecuencia el castigo físico, al tiempo que no da razones cuando ejerce su autoridad. Incluso puede utilizar otras modalidades de agresión como la que ocurre cuando insultamos al niño por no hacer adecuadamente las cosas, o cuando lo comparamos con el amigo o con el hermano, etc. Tras un largo periodo de tiempo, esta combinación produce niños rebeldes, irresponsables y agresivos.

Otro factor familiar influyente es la incongruencia en el comportamiento de los padres. Incongruencia en el comportamiento de los padres se da cuando los padres desaprueban la agresión y, cuando esta ocurre, la castigan con su propia agresión física o amenaza al niño. Los padres que desaprueban la agresión y que la detienen, pero con medios diferentes al castigo físico, tienen menos probabilidad de fomentar acciones agresivas posteriores.

Es decir una atmósfera tolerante en la que el niño sabe que la agresión es una estrategia poco apropiada para salirse con la suya, en la que ese le reprime con mano firme pero suave y es capaz de establecer límites que no se puede en absoluto traspasar, proporciona el mejor antídoto a largo plazo para un estilo agresivo de vida. Enseñarle al niño medios alternativos acabará también con la necesidad de recurrir a peleas.

La inconsistencia en el comportamiento de los padres no solo puede darse a nivel de comportamientos e instrucciones, sino también a nivel del mismo comportamiento. En este sentido puede ocurrir, que respecto del comportamiento agresivo del niño, los padres unas veces los castiguen por pegar a otro y otras veces le ignoren, por lo que no le dan pautas consistentes. Incluso a veces puede ocurrir que los padres entre sí no sean consistentes, lo que ocurre cuando el padre regaña al niño pero no lo hace la madre.

De este modo, el niño experimenta una sensación de incoherencia acerca de lo que debe hacer y de lo que no debe hacer. Se ofrece incoherencia al niño, también cuando se le entrena en un proceso de discriminación en el sentido de que los padres castiguen consistentemente la agresión dirigida hacia ellos pero a la vez refuercen positivamente la conducta agresiva de sus hijos hacia personas ajenas a su hogar.

Las relaciones deterioradas entre los propios padres provocan tensiones que pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

Otro factor reside en las restricciones inmediatas que los padres imponen a su hijo. Restricciones no razonables y excesivos "haz y no hagas" provocan una atmósfera opresiva que induce al niño a comportarse agresivamente. Por último, en el ámbito familiar, puede fomentarse la agresividad con expresiones que la fomenten. Estas son expresiones del tipo "pero ¿pero no puede ser más hombre?".

El ambiente más amplio en que el niño vive también puede actuar como un poderoso reforzador de la conducta agresiva. El niño puede residir en un barrio donde la agresividad es vista como un atributo muypreciado. En tal ambiente el niño es apreciado cuando se le conoce como un luchador conocido y muy afortunado. Los agresores afortunados son modelos a quienes imitarán los compañeros.

Además de los factores socioculturales también influyen factores orgánicos en el comportamiento agresivo. En este sentido factores hormonales y mecanismos cerebrales influyen en la conducta agresiva. Estos mecanismos son activados y producen los cambios corporales cuando el individuo experimenta emociones como rabia, excitación miedo. Por tanto, factores físicos tales como una lesión cerebral o una disfunción también pueden provocar comportamientos agresivos.

#### **5.4.1 Factores biológicos**

Las teorías del comportamiento agresivo, a veces llamados “instintos agresivos”, que sostienen que la agresividad es innata, es decir que se nace con ella, son llamadas “teorías activas”.

Ha sido realmente difícil encontrar pruebas fehacientes que apoyen esta, a pesar de que la noción no ha sido abandonada.

Los factores biológicos influyen en la expresión de la agresividad

- Lobotomía (incisión en el lóbulo frontal) reduce la agresividad y otras funciones.
- XYY: Varones con este cromosoma, demostraron mayor número de delitos y menor inteligencia social para esconder los delitos
- Factores hormonales: relacionados con los estados agresivos, por ejemplo la mujer durante el síndrome pre-menstrual está más irritable y agresiva.

Teoría Bioquímica o Genética: el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeñan un papel decisivo las hormonas. Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión.

Lo que parece quedar claro de todo lo anterior es que, aunque la agresividad está constitucionalmente determinada y aunque hay aspectos evolutivos ligados a la violencia, los factores biológicos no son suficientes para poder explicarla, puesto que la agresión es una forma de interacción aprendida.<sup>4</sup>

#### **5.4.2 Factores ambientales**

Como las personas son excelentes aprendices, las experiencias influyen en casi toda la conducta humana, esto hace que la teoría más común explique la agresividad como consecuencia de factores ambientales o sociales.

A través de la observación enseñamos a los individuos lo que hay que hacer.

La experiencia aprendida es determinante en el comportamiento agresivo en los seres humanos. Los niños aprenden que una actitud agresiva les permite tener control sobre algunos recursos como por ejemplo los juguetes o la atención de los padres. Los niños también aprenden a ser agresivos, observando a otros comportarse agresivamente. Los niños cuyos padres usan la fuerza física para disciplinarlos, tienden a usar la agresión física cuando interactúan con otros y los padres que abusan a sus hijos, generalmente fueron niños abusados.

Una de las primeras teorías que relacionó el comportamiento agresivo a factores sociales fue la del sociólogo francés Gabriel Tarde.

Uno de los factores influyentes en la aparición de la conducta agresiva es el factor socio-cultural del individuo. Uno de los elementos más importantes dentro de este ámbito es la familia. Dentro de la familia, además de los modelos reforzados, son responsables de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que es sometido el niño. Se ha demostrado que tanto un padre poco exigente como otro con actitudes hostiles y que desaprueba constantemente al niño, fomentan igualmente el comportamiento agresivo.

Otro factor influyente en la agresividad en los niños es la incongruencia en el comportamiento de los padres. Esta incongruencia se da cuando los padres desaprueban la agresión castigándola con su propia agresión física o amenazante hacia el niño. Así mismo se da incongruencia cuando una misma conducta unas veces es castigada y otras ignorada, o bien cuando el padre regaña al niño pero la madre no lo hace (lo protege).<sup>5</sup>

Las relaciones deterioradas entre los propios padres provocan tensiones que pueden inducir al comportamiento agresivo de los niños/as.

#### **5.4.3 Factores cognitivos y sociales**

Otros factores implicados en el desarrollo de la agresividad son los cognitivos y los sociales, desde cuyas vertientes se entiende la conducta agresiva como el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información, lo cual hace que tengan dificultades para pensar y actuar ante los problemas interpersonales y les dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Estos déficit socio-cognitivos pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas, estableciéndose así un círculo vicioso difícil de romper.

Cuando un niño agresivo es rechazado y sufre repetidos fracasos en sus relaciones sociales, crece con la convicción de que el mundo es hostil y está contra él, aunque esto no le impide que se autovalore positivamente. Sin embargo, para orientar su necesidad de relaciones sociales y manejar positivamente su autoestima busca el apoyo social de aquellos con los que se siente respaldado, que son los que comparten

con él sus estatus de rechazados, creándose así pequeños grupos desestabilizadores dentro del grupo.

Según A. Bandura, el niño aprende los comportamientos agresivos por imitación de: modelos agresivos, mediante un aprendizaje vicario, (identificación especial de las figuras paternas). También se debe al exceso de castigo físico.

Se manifiesta expresando la impotencia de agresión externa: Rabietas como forma análoga de oposición a la autoridad materna y en relación a veces con la adquisición de hábitos, á partir de los 4 años las razones mas frecuentes de excitación son las dificultades propias de la relación social.

Paletas: Descarga afectiva-motriz directa de los momentos caóticos que vive el niño pequeño, en cuyo caso tendría a desaparecer; como síntoma cuando el niño disponga de otros medios de descargas como el lenguaje.

#### **5.4.4 Factores de personalidad**

Tampoco se debe olvidar la influencia que tienen los factores de personalidad en el desarrollo de la agresividad, puesto que el niño agresor suele mostrar una tendencia significativa hacia el psicoticismo. Le gusta el riesgo y el peligro y posee una alta extraversión que se traduce en el gusto por los contactos sociales, aunque en ellos habitualmente tiende a ser agresivo, se enfada fácilmente y sus sentimientos son variables. Todo lo anterior hace que este tipo de niño/a tienda a tener "trastornos de conducta" que le lleven a meterse en problemas con sus iguales e incluso con adultos.

Ciertos factores de la personalidad de los individuos nos hacen más propensos a la expresión agresividad.

- Personalidades agresivas y emocionalmente reactivas con poca tolerancia  
Condiciones sociales estresantes (barrios pobres, marginados, desarraigo, opresión, minorías étnicas, etc.)
- Controles sociales debilitadas: ante la falta de relación con los vecinos o de la sociedad, que no te conocen comporta una mayor expresión de la agresividad (es muy difícil controlar a todo el mundo, mucha gente y poca policía etc.)



- Subculturas específicas (legionarios, skins heads, etc.)
- Guerras: en algunos estudios se ha visto que el número de homicidios aumentan después de las guerras. Ejemplo contradictorio en EEUU, no aumentan tras la segunda guerra mundial y aumentó tras la del Vietnam.
- Disponibilidad total de las armas de fuego (EEUU)

## **5.5 Consecuencias de la agresividad**

Los niños agresivos en general no saben enfrentar adecuadamente situaciones complicadas o problemáticas, actúan agresivamente porque es la única forma que conocen para resolver sus problemas, nadie les ha enseñado otra manera de actuar y responder, de corregir el problema en la primera infancia, éste se afianzará en años posteriores trayendo problemas mayores como:

- Fracaso escolar
- Conductas antisociales
- Falta de habilidad para socializar e integrarse a su ambiente.

## **5.6 ¿Cómo podemos tratar la conducta agresiva del niño?**

Cuando tratamos la conducta agresiva de un niño en psicoterapia es muy importante que haya una fuerte relación con todos los adultos que forman el ambiente del niño o niña porque debemos incidir en ese ambiente para cambiar la conducta. Evidentemente el objetivo final es siempre reducir o eliminar la conducta agresiva en todas las situaciones que se produzca pero para lograrlo es necesario que el niño aprenda otro tipo de conductas alternativas a la agresión. El tratamiento tendrá siempre dos objetivos a alcanzar, por un lado la eliminación de la conducta agresiva y por otro la potenciación junto con el aprendizaje de la conducta asertiva o socialmente hábil. Son varios los procedimientos con que contamos para ambos objetivos.Cuál o cuáles elegir para un niño concreto dependerá del resultado de la evaluación y del tipo de problema por el cual esté atravesando el niño o niña.<sup>6</sup>

- 
- 1 BERKOWITZ, KAPLAN, SADOLK, “la agresividad en los niños/as”, Editorial Paidós 1999, Pág. 5
  - 2 GOÑI, A.: “Niños agresivos”, Editorial Ariel 1999 Barcelona, Pág. 27
  - 3 FERNÁNDEZ Rocío: “La violencia en la educación”, Editorial Ariel Buenos Aires 1998, Pág. 22
  - 4 MARCOTE NÚÑEZ Elena: “La biología de la agresividad”, Editorial Lexus 1999, Pág. 68
  - 5 GOÑI, A.: “Niños agresivos”, Editorial Ariel 1999 Barcelona, Pág. 30
  - 6 UMBERT Gloria Marsellach - Psicólogo “Agresividad Infantil”, Editorial Barcelona: Ariel. Pág. 27 - 42.

## **CAPITULO #6**

### **AUTOESTIMA Y DEPRESION**

Como ya se ha mencionado a lo largo de los capítulos anteriores, el abuso sexual produce efectos graves en la víctima y en su familia. Estos efectos pueden destruir la autoestima del niño o niña, pueden conducir a las víctimas hacia el consumo de drogas o alcohol, 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.

Este capítulo se centra en las alteraciones a nivel de la autoestima y por lo tanto en la depresión que se hace presente en las víctimas de abuso sexual infantil.

#### **6.1 AUTOESTIMA**

##### **6.1.1 Importancia de la autoestima.**

El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismo afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor o el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismo. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso.

También es la clave para comprendernos y comprender a los demás. Aparte de los problemas de origen biológico, no se conoce una sola dificultad psicológica, desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación infantil, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos, que no sea atribuible a una estima deficiente. De todos los juicios a que nos sometemos, ninguno es tan importante como el nuestro propio. La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena.

### **6.1.2 Definición.**

La autoestima es la conciencia de propia valía, la asunción de lo que somos, con determinados aspectos buenos y otros mejorables, y la sensación gratificantes de querernos y aceptarnos.

Existen diversas definiciones de autoestima:

- Es como las personas se ven a sí mismas y su habilidad para desarrollar diversas tareas.
- La diferencia entre el ser “ideal” y el “real”.
- La suma de juicios que una persona tiene de sí misma, a partir de datos objetivos, datos subjetivos, experiencias vitales y expectativas.

Todas estas definiciones coinciden en que la autoestima es un juicio de valor acompañado de un sentimiento que se compone de conocerse a si mismo (auto-imagen), aceptarse o rechazarse, quererse o no (autovaloración) y la evaluación de los demás.

De esta manera una definición completa sería que la autoestima es la conciencia de la propia valía y asunción de la propia responsabilidad hacia nosotros mismos y hacia nuestras relaciones<sup>1</sup>.

La autoestima es el sentimiento de aceptación a uno mismo, derivado del auto-conocimiento, la reflexión y el análisis del ser y el quehacer individual. Autoestima es el afecto y el respeto que uno mismo se tiene, ante sus cualidades y defectos, es así la aceptación de uno mismo, es el poder de aceptarse tal cual es, sintiéndose seguro con el medio en que se vive y de las elecciones que se toma sin importar las críticas destructivas provenientes de los demás. De esta manera, la autoestima es una necesidad psicológica básica que se debe cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad.

Es una necesidad psicológica, porque nos ayuda a seguir adelante con nuestros planes y proyectos, hace crecer nuestra imagen interna, nos da fuerza, mantiene la motivación antes los fracasos y nos ayuda a fijar metas y aspiraciones posteriores.

La autoestima es un deber personal, es una obligación radical, básica, igual que respirar, alimentarnos bien y dormir lo suficiente. Es el deber que tenemos de conocernos, aceptarnos y querernos tal cual somos.

### **6.1.3 Formación de la autoestima.**

La autoestima resulta de la interrelación entre el temperamento del niño (genéticamente determinado) y el ambiente en el que éste se desenvuelve. Se va construyendo a través de un proceso de asimilación e interiorización desde el nacimiento, y puede modificarse a lo largo de la vida. La autoestima viene dada por la imagen que los otros nos ofrecen de nosotros mismos y de la autovaloración que nosotros tengamos. La autoestima, generalmente, se marca en la etapa que va desde el nacimiento hasta la pubertad, porque es en este período cuando somos más vulnerables y maleables.

En la conformación de la autoestima, influyen factores de diversos tipos:

- Personales: imagen corporal, habilidades físicas e intelectuales, etc.
- Personas significativas: padres, hermanos, profesores, amigos, pareja, figuras de apego, etc.
- Factores sociales: valores, cultura, creencias, costumbres, etc.

Por este motivo, el desarrollo de la autoestima esta estrechamente ligado a los valores de la sociedad en la que nos desenvolvemos.

### **6.1.4 Componentes de la autoestima.**

Al hablar de autoestima debemos referirnos a dos dimensiones principales que la componen<sup>2</sup>: el concepto propio y el amor propio.

1. Concepto propio: es la idea que tenemos acerca de quienes somos o cual va a ser nuestra identidad, la fabricamos mediante la conducta que desarrollamos; pero además sobre ella incide la valoración que también hacen los demás sobre nosotros, los otros actúan como observadores o receptores de los efectos y consecuencias de nuestra acción. De esta manera acumulamos os tipos de valoración: la propia y la ajena. Ambas son subjetivas y, por lo tanto, relativas, pero al mismo tiempo son necesarias e importantes para nuestro crecimiento. En muchas ocasiones los observadores son mucho más benévolos que nosotros mismos, en cuanto a la crítica a nuestras acciones, y en otros momentos, sus juicios se encuentran distorsionados.
2. Amor propio: este es el significado más directo de la autoestima, es el querer a sí mismo. Para poder amar a otros es necesario amarse primero a uno mismo, sentir aprecio y orgullo por ser como somos y contener valores, cualidades y capacidades que hemos desarrollado. El amor propio es un sentimiento legítimo

que nos motiva a fijarnos objetivos y metas, así como a procurar ser eficaces en la resolución de nuestros problemas y a establecer alianzas y vínculos sociales sanos.

Paralelamente, podemos acotar que para que un niño tenga una buena autoestima es necesario que se presenten cuatro condiciones que son las siguientes:

1. seguridad y singularidad: el niño o niña se siente seguro y puede actuar con libertad en la forma que le parezca más oportuna y efectiva; un niño se siente seguro si a su vez se considera especial en el sentido de ser único e importante. Para que esta condición se cumpla es necesario que sea aceptado, valorado y querido por ser como es. Esto no se cumple en ambientes donde el niño percibe que se le está juzgando continuamente y donde se siente amenazado por experiencias de fracaso, rechazo o indiferencia.
2. sentido de competencia: el niño debe sentirse capacitado para hacer frente a las distintas situaciones que ocurren durante su desarrollo. Debe sentirse en la capacidad de ejercer alguna influencia sobre lo que sucede en la vida. Para esto, se le debe dar una oportunidad de elegir, de acertar y sobre todo de equivocarse. Además debe proporcionársele el estímulo necesario para aceptar responsabilidades y asumir las consecuencias de sus actos.
3. sentido de pertenencia: es la sensación de sentirse aceptado por parte de su grupo; el niño se reconoce vinculado y formando parte de y con otros.
4. sentido de motivación y finalidad: la motivación es el impulso que sentimos a actuar de forma lógica y razonable para alcanzar objetivos específicos. La motivación del niño puede ser dirigida por el adulto hacia actividades que favorezcan su desarrollo personal, de acuerdo a sus capacidades. Es necesario que estos objetivos sean atractivos y al mismo tiempo realistas, para que de esta manera se vayan logrando paulatinamente, y en caso de fracaso puedan ser tomados más como un desafío personal que como una barrera insuperable.

#### **6.1.5 Tipos de autoestima.**

Existen dos tipos de autoestima, una autoestima alta y una baja.

Se considera que una persona tiene alta autoestima cuando tiene una percepción saludable de si misma. Alguien que acepta de modo realista sus defectos pero sin

tomar una postura excesivamente crítica. Hablamos de que una persona tiene una autoestima alta cuando cumple con las siguientes características:

- se acepta tal como es, valorando sus virtudes y defectos, tanto en lo físico como en la manera de ser.
- Es capaz de valerse por sí mismo en las diferentes situaciones del diario vivir, trata de resolver solo sus problemas, sin necesidad de que otras personas lo hagan por él, sabe buscar la solución a cualquier situación difícil que se presente.
- Esta en la capacidad de dar y recibir afecto.
- Valora a los demás, los respeta y es tolerante con sus propios errores y con los de los demás.

Por otro lado, tener una autoestima baja, es una muestra de que no hemos aprendido a valorarnos y dejamos que los comentarios de las demás personas nos molesten y nos hagan sentir menos. Una persona llega a tener una autoestima baja después de haber sido afectada por un grupo de factores, entre los cuales podemos mencionar:

- La exposición continúa a expresiones negativas como calificativos, insultos, etc.
- Presencia de expresiones de rechazo de familiares y amigos.
- Amenazas violentas, castigos verbales o físicos.

Una persona con baja autoestima demuestra a menudo una actitud positiva ficticia en un intento desesperado por demostrar a ella misma y a los demás que es una persona adaptada. Esta persona no sabe hallar aspectos de si misma de los que sentirse orgullosa<sup>3</sup>.

El niño que es víctima de abuso sexual prolongado, generalmente desarrolla una pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad<sup>4</sup>. El niño puede volverse muy retraído, perder la confianza en todos los adultos y puede llegar a considerar el suicidio como una salida para su problema.

#### **6.1.6 Factores que influyen en la formación de la autoestima.**

Ya que una buena autoestima es considerada la clave para la formación personal, el aprendizaje, las relaciones satisfactorias, la autorrealización y la felicidad de los

individuos, es necesario tener en cuenta muchos factores que son la base para la formación de una alta o baja autoestima.

- **Afecto:** el desarrollo de la autoestima depende del tipo de relaciones que se establecen a lo largo de la existencia de la persona, para esto es importante que el individuo encuentre un clima de afecto y amor, tanto en el hogar como en el ambiente en el que le toque desenvolverse a lo largo de su vida. Los hogares con autoestima elevada, se caracterizan por un ambiente de franqueza, confianza y respeto hacia todos y cada uno de sus miembros.
- **Confianza:** esta es la base para la seguridad de toda persona. La confianza se va construyendo de diversas maneras: evitando los mensajes mezclados que consisten en una contradicción del lenguaje corporal con el verbal, ya que al suceder esto genera confusión, inseguridad y desconfianza; además es necesario evitar los mensajes suaves para cubrir sentimientos fuertes. La confianza fomenta el amor y el respeto, dando a la persona la seguridad para enfrentar a los demás en forma abierta y sincera.
- **No enjuiciamiento:** para educar al otro no se debe ser juez, el hecho de ser juzgado constantemente y en exceso crea una persona extremadamente autocrítica, insegura y descontenta consigo misma, los juicios negativos llevan a dudar de las habilidades o capacidades y por ende influir directamente en el desarrollo de una baja autoestima.
- **Necesidad de sentirse apreciado:** los seres humanos necesitan sentirse aceptados tal cual son, sentirse valorados, queridos como seres únicos y especiales, esto ayuda a que la persona se conozca y quiera a sí misma. Cada vez que hacemos sentir pequeña a una persona menoscabamos su seguridad y autoestima, al darle a la persona reconocimiento pleno, favoreciendo su sentido del éxito y de confianza en sí mismo.
- **Respeto por los sentimientos y opiniones del otro:** el desarrollo adecuado de la autoestima se ve afectado al no respetarse la validez de los sentimientos. Frente a los sentimientos de una persona lo importante es la empatía y comprensión, de lo contrario se obtendrán emociones fingidas o reprimidas, la actitud adecuada frente al sentir ajeno, consiste en escuchar con respeto para poder orientar ante la real dimensión del asunto. Cuando una persona tiene problemas para aceptar a los demás, esto es un índice de inseguridad y de que su autoestima es baja. El



individuo que carece de un sentido fuerte de valor persona, se siente amenazado por las diferencias, anhela que los demás piensen como él, lo cual puede deberse a la necesidad de apoyo externo para reafirmar su imagen, ya que toda persona que respeta los sentimientos y diferencias individuales, no trata de imponer sus percepciones a los otros.

- La empatía: para que se desarrolle la seguridad de una persona es muy importante que esta se sienta comprendida. Una forma de comprensión es la empatía, que consiste en penetrar en el mundo del otro, ponerse en su lugar, comprendiendo sus sentimientos, la persona empática no está para coincidir ni discrepar, sino para comprender sin juicios, no trata de modificar los sentimientos del otro, sino que comprenderlos, empatía consiste en oír con afecto y sin cuestionamiento.
- Concepto de sí mismo: las personas con buena autoestima tienen un alto concepto de sí mismo, son optimistas frente a su futuro, tienen confianza en su habilidad general. Son queridos por los otros, son corteses y honestos con los demás. Se diría que tienden a sobresalir en su excelencia como individuos.
- Ambientes social: es importante en cuanto la autoestima está determinada por la opinión que sienten que tienen los demás de él; el concepto de sí mismo ya viene moldeado por las experiencias familiares, si la persona es valorada en el ámbito social, aumentará su autoestima positiva y desarrollará su propia identidad.

La autoestima se va construyendo diariamente a través de nuestras experiencias y de las relaciones con las personas que nos rodean. Si con frecuencia nos estimulan, si nos destacan más lo positivo que lo negativo, si nos motivan a superarnos, desarrollaremos una autoestima positiva.

#### **6.1.7 Expresión de la autoestima en los niños.**

Cuando un niño tiene una buena autoestima, se sabe valioso y competente. Entiende que aprender es importante, con lo cual no se siente disminuido cuando necesita ayuda. Es responsable, se comunica bien y es capaz de relacionarse adecuadamente con otros.

Por otro lado, un niño con baja autoestima no confía en sí mismo y por lo tanto tampoco en los demás. Suele ser tímido, hipercrítico, poco creativo y en ocasiones puede desarrollar conductas agresivas, de riesgo y desafiantes. Esto provoca rechazo en los demás, lo que a su vez repercute en su autovaloración.

| <b>Autoestima Alta</b>                                                         | <b>Autoestima Baja</b>                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tiene ganas de intentar algo nuevo, de aprender, de probar nuevas actividades. | Rehuye el intentar actividades intelectuales, deportivas o sociales por miedo al fracaso. |
| Es responsable de sus propios actos.                                           | Engaña, miente, culpa a otros.                                                            |
| Se hace responsable de otras personas, tiene conductas pro-sociales.           | Tiene conductas regresivas y comportamientos no sociales.                                 |
| Confía en sí mismo y en su propia capacidad para influir sobre los eventos.    | No confía en sí mismo. Cree no tener la capacidad de control sobre los eventos.           |
| Manifiesta una actitud cooperadora.                                            | Es agresivo, tímido o violento.                                                           |
| Es autocrítico y aprende de los errores.                                       | Manifiesta una negación frecuente y tiene a frustrarse fácilmente.                        |

## 6.2 DEPRESION

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero este es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

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

### 6.2.1 Definición.

Depresión proviene del latín *depressio*, que quiere decir hundimiento. Es una modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, seguido de un desentendimiento de toda actividad.

En la actualidad el término depresión es usado de un modo muy débil y se lo usa para designar de manera corriente a patologías muy diversas que tienen que ver con el estado de ánimo del ser humano.

La depresión es un trastorno afectivo que varía entre bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta un síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

### **6.2.2 Depresión para el DSM-IV.**

En la sección de los trastornos del estado de ánimo se incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección está dividida en tres partes. La primera describe los episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, por ejemplo al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos

bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

### **6.2.3 Depresión infantil.**

En los últimos años, se han intensificado los estudios y el interés de los especialistas en el tema de las depresiones infantiles. En efecto, todo lo que se sabía de la depresión provenía de los estudios realizados sobre los adultos. La mayoría de los autores modernos, están de acuerdo en que las reacciones depresivas en la infancia no pueden ser equiparadas a la depresión o melancolía presente en el adulto<sup>5</sup>.

La depresión infantil viene acompañada de síntomas psicosomáticos, relacionados directamente con la esfera de la afectividad, de esta manera en aquellos niños que se presentan rasgos de depresión infantil, se pueden observar trastornos como la enuresis, la onicofagia, las manipulaciones genitales compulsivas, algunos miedos nocturnos recurrentes y crisis de llanto o gritos. En algunas ocasiones, las reacciones depresivas se manifiestan a través de ideas de muerte y suicidio, sentimientos persistentes de inferioridad, auto-reproches constantes e incluso agresividad hacia sí mismos.

Los niños depresivos generalmente muestran tendencia al aislamiento, problemas de sociabilidad, escolaridad y aprendizaje, mientras que las niñas son más bien tranquilas e inhibidas, con tendencia a la abstracción.

En todos los casos, lo más notable es la persistencia de una imagen negativa de sí mismo. En la mayoría de los niños que presentan una crisis aguda destaca una

adaptación buena y normal, la cual se vuelve conflictiva por un acontecimiento traumático, que en este caso se da por el abuso del cual fueron víctimas.

El mayor o menor impacto emocional va a estar, a su vez, agravado o aliviado por una serie de factores mediadores, que van a ser responsables, en buena medida, de las diferencias individuales que se observan en las distintas víctimas en relación con las secuencias del suceso<sup>6</sup>

#### **6.2.4 Factores que influyen en la depresión infantil.**

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo, autoestima y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo. Sin embargo, si dicho estado se prolonga en el tiempo o sus síntomas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento adecuado. Por este motivo es necesario tomar en cuenta todos aquellos factores que se encuentran presentes en la depresión infantil en este caso.

- Factores conductuales: ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- Factores cognitivos: existencia de juicios negativos, experiencias de fracasos, modelos depresivos, indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas.
- Factores psico-dinámicos: relación con la pérdida de la autoestima y del objeto amado.
- Factores biológicos: disfunción del sistema neuro-endocrino, aumento de los niveles de cortisol y disminución de la hormona del crecimiento; disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral) y por efecto de la herencia, en el caso de los padres depresivos.

Todos estos factores combinados, en el caso de la Depresión Infantil suponen una gran vulnerabilidad. La interacción compleja de todos ellos sirve de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se de

una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

### **6.2.5 Tipos de depresión<sup>7</sup>.**

Al igual que otras enfermedades, existen vario tipos de depresión: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar. En cada uno de estos tres tipos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

- Trastorno Depresivo Mayor: este se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana, produciendo en el individuo incapacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

No todas las personas experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de los síntomas.

#### Criterios para el episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, según refiere el propio sujeto u observan los demás.
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, que pueden ser delirantes, casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día, ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena.

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

- Distimia: es un estado de ánimo depresivo de larga duración, al menos dos años continuados, acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor. Es un tipo de depresión menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

#### Criterios para la Distimia:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestando por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos un año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito.
2. insomnio o hipersomnia.
3. falta de energía o fatiga.
4. baja autoestima.

5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

6. sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Nota: antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente. Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

- Trastorno Bipolar: se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. En la fase depresiva pueden aparecer varios de los síntomas del trastorno depresivo; en la maníaca, la persona puede ser hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía afecta a la manera de pensar y de comportarse con los demás, pudiendo llevar a la persona a situaciones embarazosas como tener proyectos grandiosos o tomar decisiones de negocios descabelladas, metiéndose en graves problemas. Si la manía no se trata puede convertirse en un estado psicótico.



Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio maniaco único:

A. Presencia de un único episodio maniaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

B. El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar si:*

Mixto: si los síntomas cumplen los criterio para un episodio mixto.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco, mixto o depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Con síntomas catatónicos.

De inicio en el período posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio maniaco, mixto o depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno bipolar I o los rasgos del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total.

Con síntomas catatónicos.

De inicio en el posparto.

Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco:

A. Actualmente o el más reciente es un episodio hipomaníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maniaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterio A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

*Especificar si:*

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica).

Con patrón estacional.

Con ciclos rápidos.

Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio más reciente maniaco:

A. Actualmente o el más reciente es un episodio maniaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterio A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio maníaco, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Con síntomas catatónicos.

De inicio en el periodo posparto.

Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio más reciente mixto:

A. Actualmente o el más reciente es un episodio mixto.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio mixto, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas.

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Con síntomas catatónicos.

De inicio en el período posparto.

Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo:

A. Actualmente o el más reciente en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas.

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Crónico.

Con síntomas catatónicos.

Con síntomas melancólicos.

Con síntomas atípicos.

De inicio en el período posparto.

Criterios para el trastorno Bipolar I, episodio más reciente no especificado:

A. Actualmente o en el episodio más reciente se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterio A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológico de una sustancia ni a una enfermedad médica.

**6.2.6 Presencia de rasgos depresivos en los niños.**

Aquellos niños que experimentan depresión presentan características específicas dependiendo de la edad en que se encuentran. Diferentes investigadores han elaborado un cuadro de los síntomas que padecen estos niños de acuerdo a la edad en la que se encuentran.

- Niños menores de 7 años:
  - o Llanto inmotivado
  - o Quejas somáticas
  - o Irritabilidad
  - o Detenciones del desarrollo
  - o Fobia escolar
  - o Encopresis
- Niños de 7 años a la edad puberal:
  - o Quejas somáticas

- o Agitación psico-motriz y ansiedad
- o Agresividad
- o Apatía y tristeza. Sensación de aburrimiento
- o Falta de concentración
- o Bajo rendimiento escolar. Problemas importantes de desadaptación escolar
- o Fobia escolar
- o Trastornos de eliminación
- o Trastornos del sueño. Cambios en los hábitos de sueño
- o Asteria y fatiga o pérdida de la energía
- o Anorexia
- o Alteraciones en la esfera sexual: hiper-sexualidad
- o Indecisión
- o Ideas o conductas obsesivas
- o Ideas de muerte recurrentes, no necesariamente ideas de suicidio
- o Preguntas angustiadas acerca del “más allá”
- Adolescencia:
  - o Mismos síntomas que en la edad pre-puberal
  - o Conducta negativista o claramente antisocial
  - o Hurtos
  - o Agresividad
  - o Consumo de alcohol y drogas
  - o Deseos de huir de casa
  - o Sentimiento de no ser comprendido o aprobado
  - o Malhumor e irritabilidad
  - o Desgano para cooperar en actividades familiares o sociales
  - o Tendencia a recluirse en la propia habitación
  - o Desinterés por el aseo personal
  - o Dificultades escolares
  - o Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas
  - o Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría
  - o Desinterés por cosas que antes le atraían

- 
- <sup>1</sup> FAMILIA Y SALUD. “Autoestima en la infancia”. [www.familiaysalud.com](http://www.familiaysalud.com)
- <sup>2</sup> MASSÓ, Francisco. “Autoestima”. Página 50. Internet.
- <sup>3</sup> POPE, Alice W, McHALE, Usan, CRAIGHEAD, Edward. “Mejora de la Autoestima”. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España, 1988. pagina 14.
- <sup>4</sup> AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. “El abuso sexual a los niños No. 9”. [www.psychiatry.com](http://www.psychiatry.com)
- <sup>5</sup> “Pedagogía y Psicología infantil”. Editorial Cultural S. A. Madrid, España. 2002. tomo 2, página 96.
- <sup>6</sup> ECHEBURUA Enrique, GUERRICAECHEVERRIA Cristina.
- <sup>7</sup> LOPEZ, Juan J. “DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. Editorial Masson. Barcelona, España. 2002. página 389-438.

## **CAPITULO #7**

### **PROCESO DE OBTENCION DE INFORMACIÓN**

El abuso sexual infantil, a diferencia de otras formas de abuso, con frecuencia no deja marcas físicas de fácil observación. Así pues, aunque el examen médico pueda brindar información importante, el relato del niño sobre lo ocurrido tiene un significado especial y relevante.

#### **7.1 La entrevista.**

Desde el punto de vista del niño/niña víctima de abuso sexual, la entrevista definitoria constituye su primera oportunidad para hablar a los adultos acerca de lo que le sucedió o que le esta sucediendo. Para que el niño/niña se sienta aliviado y perciba un aire de confianza durante la entrevista es necesario que los adultos que estén prestos a escucharle lo hagan sin espíritu crítico y con calma, en especial cuando el niño/niña esté listo para describir sus experiencias, las cuales pueden avergonzarle y en ocasiones desear mantenerlas en secreto. Un factor central en el que se debe trabajar durante la entrevista inicial y durante todo el proceso es brindarle la seguridad a la víctima de que el/ella no es ni fue responsable de la actividad sexual en la que se vio involucrada.

Al mismo tiempo, la entrevista inicial tiene como objetivo permitir a la victima decir todo lo que le sea posible acerca de la identidad del abusador o abusadores, además de los detalles de la naturaleza del abuso, los lugares y las circunstancias donde se llevo a cabo el abuso y la frecuencia con que se cometió. A pesar de que en algunas ocasiones el relato de la niña no es tomado con veracidad para los trámites legales, este debe ser tomado en cuenta sin dejar de lado la posible presencia de alegaciones falsas, ya sea por parte de la victima o de sus familiares. Independientemente de los resultados que se obtengan en el trámite legal, los contenidos que se obtengan durante la entrevista serán parte importante del documento de información necesario para solicitar la protección de la niña.

#### **7.2 Ámbito y preparación de la entrevista**

La entrevista, idealmente, debería llevarse a cabo en una habitación tranquila y confortable, en donde no existan interrupciones, con facilidades para el dialogo, la aplicación de reactivos y la grabación si el caso lo amerita y se cuenta con el

consentimiento del niño y de sus responsables. La entrevista psicológica no debe llevarse a cabo en el espacio de comisaría, ya que esto podría ser asociado por el niño como si él fuese el culpable del hecho de abuso, más aún porque el sentimiento de culpabilidad se encuentra a menudo presente en la mente del niño víctima.

Durante la entrevista pueden estar presentes, a más del niño, una persona de su confianza, mientras se logra una buen rapport con la víctima la presencia de esta tercera persona puede ser de suma ayuda para la obtención de la información, pero con el paso de las sesiones es preferible que el niño se encuentre solo con el entrevistador para de esta manera realizar un trabajo más confiable y eficaz.

La revelación completa del hecho por parte del niño constituye el punto de partida de la intervención terapéutica y por lo tanto se le debe escuchar sin trabas ni impedimentos. Generalmente el abuso sexual de niños es una experiencia que ha durado ya un tiempo considerable, ya que no ha sido descubierto debido a la falta de lesiones físicas visibles o al temor del niño/a de revelar la agresión de la cual es víctima. La intervención psicológica en estos casos esta encaminada no solo a prestar una ayuda momentánea y no planificada, sino más bien tiene como objetivo prestar un servicio a la víctima y a su familia a largo plazo.

En la entrevista inicial del proceso terapéutico se procura reunir toda la información necesaria acerca de la familia del niño/a, el desarrollo del mismo, y principalmente información del hecho de violencia ocurrido en contra de él.

### **7.3 Propósito de la entrevista.**

Es muy importante conocer cuanto sabe el niño/a acerca del porque se encuentra asistiendo a la entrevista. Por lo general, los niños de mayor edad están consientes de la razón por la cual están ahí, mientras que en los niños menores esto varía.

### **7.4 Elementos de ayuda para la entrevista: muñecos de trapo anatómicamente sexuados, dibujos, materiales de juego, reactivos psicológicos.**

Además de contar con una habitación libre de interrupciones y distracciones, es de gran ayuda para el trabajo con niños la utilización de ciertos elementos que se encuentren al alcance el niño y que pongan al entrevistador a su mismo nivel de cierto modo, lo cual mejoraría el nivel de confianza entre el entrevistador y el niño. Entre los elementos con los que deberíamos contar tenemos los siguientes:

- Una mesa baja

- Sillas para niño confortables
- Hojas para dibujar
- Pinturas, crayones, marcadores
- Plastilina
- Juguetes como casas de muñecas
- Carros
- Muñecos/as de trapo anatómicamente sexuados

Se puede contar con varias muñecas, ya que en el momento del juego proyectivo los niños dan diferentes roles a los muñecos, estos pueden ser su familia, sus padres, sus amigos, el agresor o si mismo. Además la utilización de los muñecos es de suma ayuda en el momento en que el niño debe identificar su genitales, los cuales son privados, y en ocasiones considerados un tabú; también es muy importante al momento de que el niño señale la parte de su cuerpo que fue violentada, ya que de esta manera se establece entre el entrevistador y el niño un modo de comunicación cómodo y preciso. El uso de las muñecas también sirve para que el niño se entere de que los adultos no se sorprenderán en el momento en que él/ella nombre las partes de su cuerpo de manera explícita. Al usar los muñecos/as se le permite al niño/a participar activamente en la entrevista, en lugar de ser un receptor pasivo de las preguntas que necesariamente se le hacen<sup>1</sup>.

Iniciar con un período de libre juego con las muñecas permite al entrevistador observar el juego espontáneo del niño. El juego con las muñecas funciona como un esquema de diagnóstico del abuso sexual, ya que algunos niños no abusados manifiestan gran desconfianza para proceder a desnudar los muñecos, aun cuando se les dé permiso explícito y se los aliente a ello; otros niños se detienen al llegar a la ropa interior de la muñeca. Un niño abusado es más susceptible de tratar con especial rudeza al muñeco adulto, desviste a las muñecas rápidamente y sin inhibiciones y representar la actividad sexual explícita entre las muñecas o insertas sus dedos en las aberturas vaginales o anales<sup>2</sup>. El juego sexual explícito del niño con los muñecos sugiere una experiencia aprendida ya sea esta por observación o por un verdadero involucramiento en una conducta sexual adulta.

En algunas ocasiones, al trabajar con niños de mayor edad, estos pueden resistirse a jugar con los muñecos y pueden preferir ilustrar sus relatos con dibujos.



### **7.5 Sentimientos infantiles.**

Probablemente los adultos sientan indignación en pro del niño e ira en contra del abusador, sin embargo los sentimientos del niño pueden ser distintos. Algunos obtienen un disfrute físico del abuso o de alguna de sus secuencias, en cambio para otros ha sido una experiencia muy traumática y aversiva. Por este motivo se le debe abordar al niño directamente preguntándole “¿Cómo lo sentiste?”. Sin dudas el niño comunicara el dolor y la molestia física que sintió. En ningún momento se le debe calificar al tocamiento como “malo”, ya que esto puede provocar que el niño se sienta confundido y culpable de lo sucedido. A más del dolor físico del niño, se debe indagar acerca del nivel de excitación que sintió el niño en el momento del abuso.

A muchos de los niños abusados se les comunica, bajo amenazas o castigos físicos en algunos casos, que no deben hablar del abuso.

### **7.6 El niño y su testimonio.**

Basándonos en las diferentes investigaciones científicas y en la evidencia empírica que nos deja el trabajo con niños víctimas de abuso sexual infantil, podemos acotar que los niños/as poseen una gran habilidad para brindar testimonio de manera acertada, en el sentido de que si les alienta a contar su propia historia con sus propias palabras y sus términos pueden dar testimonios altamente precisos de cosas que han presenciado o experimentado, en especial si no significativos o emocionalmente importantes para ellos.

Es importante e incluso necesario tomar muy en cuenta la descripción de los detalles dados por el niño para de esta manera obtener una historia veraz que no varíe cada vez que se relate nuevamente. Los niños pequeños pueden hacer uso de un pensamiento lógico acerca de acontecimientos simples que son importantes en sus vidas y sus relatos acerca de tales hechos suelen ser muy precisos y bien estructurados. Para los niños es muy fácil recordar acertadamente hechos rutinarios o simples que ellos han experimentado tales como paseos, fiestas, etc., así como acontecimientos recientes y hechos únicos e importantes para ellos.

Por otro lado los hechos complejos presentan cierto grado de dificultad para los menores. Cuando estos hechos complejos son separados en simples y manejables los relatos de los niños mejoran significativamente.

Para los niños les representa dificultad el especificar el tiempo de los acontecimientos y algunas características de las personas tales como la edad, la

altura, el peso, etc. En algunas ocasiones los niños pueden ser motivados inconscientemente a dar un falso testimonio de abuso ya que pueden ser confundidos por el uso de preguntas sugestivas o tendenciosas. Por ejemplo, el uso de preguntas directas y dirigidas, puede producir errores en los informes de los niños; pero se debe tener en cuenta que es más fácil conducir erróneamente al niño acerca de algunos tipos de información, mientras que otros no lo son. De esta manera, a un niño menor es fácil confundirlo en cuanto a detalles sencillos como el color de los zapatos, el tipo de ropa o el color del cabello de una persona, mientras que es muy difícil que un niño olvide detalles acerca de hechos que le son personalmente significativos como si fue golpeado, desvestido, tocado, etc. Por este motivo una entrevista mal conducida es una causa principal para la presentación de las falsas denuncias.

Es indispensable ajustarse al lenguaje del niño y adaptarse a él según su nivel de maduración y desarrollo cognitivo para de esta manera facilitar la comunicación del niño hacia el entrevistador. De esta manera, los niños pequeños responderán solamente la parte de la pregunta que ellos entienden, llegando a ignorar aquellas partes que son importantes para el interés terapéutico. Por este motivo, para trabajar con los niños es conveniente usar frases y palabras cortas, y a su vez especificar el significado de las palabras empleadas.

### **7.7 Diagnóstico del abuso sexual infantil.**

El diagnóstico del abuso sexual infantil esta basado especialmente en la habilidad que tenga el entrevistador para facilitar la comunicación del niño, ya que por lo general el menor es reacio a hablar acerca de la situación abusiva, por diferentes razones, por ejemplo:

- El niño es económica o emocionalmente dependiente del abusador.
- Al abusador amenazó al niño o a sus padres.
- El niño se culpa a si mismo o tiene vergüenza por lo ocurrido.
- El niño teme que no le crean, debido a que el abusador es una persona respetable y creíble o porque no tiene pruebas.
- Al niño se le enseñó que los temas de índole sexual nunca se discuten.
- El niño no cuenta con las palabras para explicar lo que pasó, y por este motivo los adultos que se encuentran en su entorno no pueden comprenderlo.

- El niño aparta totalmente el incidente de su memoria, haciendo uso del mecanismo de defensa de la anulación.<sup>3</sup>

Para que se de una buena comunicación es importante tener en cuenta algunas consideraciones, debido a que en estos casos el niño necesita satisfacer algunas particularidades y necesidades de índole emocional:

- Se debe evitar entrevistar múltiples y muy prolongadas.
- Se debe entrevistar al niño con un encuadre apropiado a sus necesidades y a su personalidad para hacerle sentir confortable y en confianza.
- Proveerle de privacidad.
- Entrevistar al niño solo, si es posible.

### **7.8 Metodología utilizada en el examen psíquico del niño víctima de abuso sexual.**

- Entrevista clínica individual.

Esta entrevista esta diseñada para maximizar el monto de información precisa obtenida del niño, mediante la rememoración libre del niño y sin inducirlo.

Dentro de esta entrevista se puede iniciar con preguntas semi-dirigidas, y a medida que la entrevista progresa, se pueden ir realizando preguntas más directas para de esta manera expandir o clarificar ciertas áreas que se consideren necesarias.

Además se debe brindar especial atención a ciertos indicadores que sustenten la credibilidad y verosimilitud del relato del niño como

- Datos biográficos.
- Historia del abuso.
- Observación de la conducta.
- Aplicación de reactivos psicológicos.

### **7.9 Valoración de la credibilidad del niño.**

En la evaluación del testimonio del niño victima del abuso sexual deben brindarse especial atención a ciertos criterios determinados y afirmativos, es decir que su presencia sustentan la credibilidad del niño al valorar la verosimilitud del relato:

- Conocimiento sexual inapropiado para su edad: el niño describe actos o experiencias a las cuales normalmente no habría estado expuesto.
- Relato de abuso sexual consistente en el tiempo: se deben tomar las palabras exactas del niño y confrontar sus anteriores declaraciones con lo que relata en la

actualidad; generalmente los niños pequeños varían los detalles, pero la descripción general del evento central permanece sin cambios.

- Descripción detallada: la declaración debe ser rica en detalles sobre personas, lugares, tiempos y eventos específicos. La simple repetición no contribuye a la presencia de este criterio.
- Relato característico del abuso: el niño describe circunstancias típicas y característica de una situación de abuso sexual.
- Informe del niño o niña relatando actividad sexual progresiva.
- Descripción del abuso relatando presión o coerción: presencia de fuerza, amenaza, seducción, o presión para asegurar la cooperación y el secreto de la víctima.
- Estructura lógica: la declaración debe tener sentido al ser tomada como un todo.
- Producción inestructurada: la declaración debe ser desorganizada, espontánea, no sistematizada, fluida. Deben encontrarse disgresiones espontáneas y variaciones, sin embargo es necesario que la declaración sea lógica.
- Afectos congruentes con el material explicitado: presencia de ansiedad o de angustia durante el relato.
- Retracción o elementos conflictivos en la revelación del niño o niña: se observa que el niño omite información por vergüenza, culpa, sentimientos ambivalentes hacia el abusador, etc. El menor puede retractarse si no obtiene apoyo familiar.
- Experiencia subjetiva: el niño describe sentimientos o pensamientos experimentados en el momento del incidente.
- Atribuciones al estado mental del acusado: el niño hace referencia a los sentimientos o pensamientos del supuesto perpetrador durante el incidente.
- Proferir dudas acerca del propio testimonio: el niño expresa la preocupación de que alguna parte de su testimonio no será creído.
- Auto-reproche: el niño describe algunos aspectos de su conducta en el incidente sexual como equivocado o inapropiado.
- Disculpar al acusado: el niño se excusa o es reticente en culpar al imputado. La minimización de la seriedad de los hechos o la falta de agregados en las declaraciones cuando esto es posible también califica para este criterio.

En los casos en que el relato está ausente o es pobre, debemos tener en cuenta varias posibilidades tales como:

- Limitaciones emocionales-cognitivas del niño o niña: pueden haber características del niño o de la situación que pueden haber interferido con la obtención adecuada del niño o niña.
- La posibilidad de falsas denuncias: se debe revisar las fuentes de las denuncias, en particular si proviene de uno de los padres y es realizada en el contexto de una disputa por la custodia o régimen de visitas. Es importante considerar interpretaciones erróneas de dichos o actitudes del niño por parte de los adultos.

#### **7.10 Muñecos “anatómicamente” correctos.**

El uso de los muñecos “anatómicamente correctos” es ciertamente un tema controvertido. Este material puede ser útil para facilitar el obtener información y descubrir terminología de partes anatómicas y permitir al niño que no puede hablar o dibujar que pasó. Es importante no utilizar los muñecos como modo de entrenar, dirigir o instruir al niño y también los muñecos no deben ser usados como un atajo para una evaluación más comprensiva del niño y de la familia del niño. Además los hallazgos no deben ser analizados aisladamente ya que por sí mismas no proveen respuestas confiables o prueba definitivamente si ocurrió o no el abuso.

#### **7.11 Uso de los dibujos de los niños.**

Los dibujos de los niños pueden ser muy útiles al asesorar sobre Abuso Sexual Infantil, ya que nos ayudan a obtener información acerca de las relaciones de familia, de pareja, etc. Los niños son capaces de dibujar y describir donde está el imputado.

Lo útil de la asociación de los dibujos radica en los efectos que genera la información que ponen al descubierto. Hay algunos hallazgos en los dibujos son sugerentes de abuso sexual en general: el dibujo de los genitales o la alternativa de evitar cualquier carácter sexual en conjunto. Es necesario aclarar que estos dibujos son usados como una herramienta, como parte de la evaluación, no pueden ser mirados aisladamente para decidir si el abuso ha ocurrido o no.

---

<sup>1</sup> FROSH, Stephen. GLASER, Tanya. “Abuso sexual de niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, página 112.

<sup>2</sup> FROSH, Stephen. GLASER, Tanya. “Abuso sexual de niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, página 113.

<sup>3</sup> VIAR y LAMBERTI. Violencia Familiar y Abuso Sexual”. Editorial Universidad, 1998, página 12.

**CAPITULO # 8**  
**RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

**RESULTADOS DEL TRABAJO PRÁCTICO**

| <b>CASOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</b> |                  |             |             |                      |                                 |                   |                                     |                  |                    |                        |
|---------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------|----------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------|
| <b>CORPORACION MUJER A MUJER</b>                        |                  |             |             |                      |                                 |                   |                                     |                  |                    |                        |
| <b>ABRIL - OCTUBRE 2006</b>                             |                  |             |             |                      |                                 |                   |                                     |                  |                    |                        |
| <b>#</b>                                                | <b>NOMBRE</b>    | <b>EDAD</b> | <b>SEXO</b> | <b>TIPO DE ABUSO</b> | <b>RELACION CON EL ABUSADOR</b> | <b># SESIONES</b> | <b>TEST DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b> | <b>DEPRESION</b> | <b>AGRESIVIDAD</b> | <b>BAJA AUTOESTIMA</b> |
| 1                                                       | N. N. Campoverde | 9           | F           | Violación            | Desconocido                     | 7                 | X                                   | X                | X                  | X                      |
| 2                                                       | N. N. Pillco     | 9           | F           | Violación            | Desconocido                     | 4                 | X                                   | X                | X                  | X                      |
| 3                                                       | N. N. Bravo      | 10          | F           | Acoso sexual         | Tío                             | 5                 | X                                   | X                | X                  | X                      |
| 4                                                       | N. N. Sagui      | 10          | F           | Violación            | Vecino                          | 6                 |                                     | X                | X                  | X                      |
| 5                                                       | N. N. Corte      | 8           | F           | Violación            | Tío                             | 7                 | X                                   |                  | X                  | X                      |
| 6                                                       | N. N. Barragán   | 8           | F           | Intento de Violación | Amigo                           | 4                 |                                     |                  | X                  | X                      |
| 7                                                       | N. N. Meneses    | 8           | F           | Violación            | Abuelo                          | 6                 | X                                   | X                | X                  |                        |

|    |                 |    |   |                      |             |    |   |   |   |   |
|----|-----------------|----|---|----------------------|-------------|----|---|---|---|---|
| 8  | N. N. Narváez   | 8  | F | Acoso Sexual         | Padrastro   | 5  | X | X | X |   |
| 9  | N. N. Álvarez   | 7  | F | Intento de violación | Primo       | 5  | X | X | X |   |
| 10 | N. N. Verdugo   | 6  | M | Intento de Violación | Desconocido | 4  | X |   | X |   |
| 11 | N. N. Calderón  | 5  | M | Violación            | Primo       | 4  | X |   | X |   |
| 12 | N. N. Flores    | 10 | F | Violación            | Amigo       | 4  |   |   | X |   |
| 13 | N. N. Oyervide  | 7  | F | Intento de violación | Amigo       | 4  |   |   | X |   |
| 14 | N. N. Wampio    | 10 | F | Acoso sexual         | Padrastro   | 5  | X | X |   | X |
| 15 | N. N. Viñanzaca | 5  | F | Intento de Violación | Primo       | 4  | X | X |   | X |
| 16 | N. N. Naula     | 5  | M | Intento de violación | Primo       | 4  | X | X |   | X |
| 17 | N. N. González  | 8  | M | Violación            | Primo       | 4  | X | X |   | X |
| 18 | N. N. Alberca   | 9  | F | Violación            | Tío         | 4  | X | X |   | X |
| 19 | N. N. Yuquilima | 5  | F | Intento de Violación | Vecino      | 4  | X | X |   | X |
| 20 | N. N. Peñafiel  | 6  | F | Intento de violación | Vecino      | 6  | X | X |   | X |
| 21 | N. N. Illescas  | 5  | F | Violación            | Vecino      | 10 | X | X |   | X |
| 22 | N. N. Calderón  | 6  | M | Violación            | Vecino      | 4  | X | X |   | X |
| 23 | N. N. Marcatoma | 5  | F | Acoso sexual         | Abuelo      | 6  |   | X |   | X |



|    |                 |    |   |                      |            |   |   |   |  |   |
|----|-----------------|----|---|----------------------|------------|---|---|---|--|---|
| 24 | N. N. Caguana   | 10 | F | Violación            | Amigo      | 4 |   | X |  | X |
| 25 | N. N. Juela     | 9  | F | Intento de violación | Primo      | 6 |   | X |  | X |
| 26 | N. N. Macancela | 5  | F | Acoso sexual         | hermano    | 5 | X |   |  | X |
| 27 | N. N. Pérez     | 8  | F | Violación            | Primo      | 6 | X |   |  | X |
| 28 | N. N. Mosquera  | 8  | F | Violación            | Amigo      | 4 |   |   |  | X |
| 29 | N. N. Molina    | 7  | F | Violación            | hermano    | 5 | X | X |  |   |
| 30 | N. N. Carrión   | 5  | F | Intento de Violación | Padraastro | 5 | X |   |  |   |

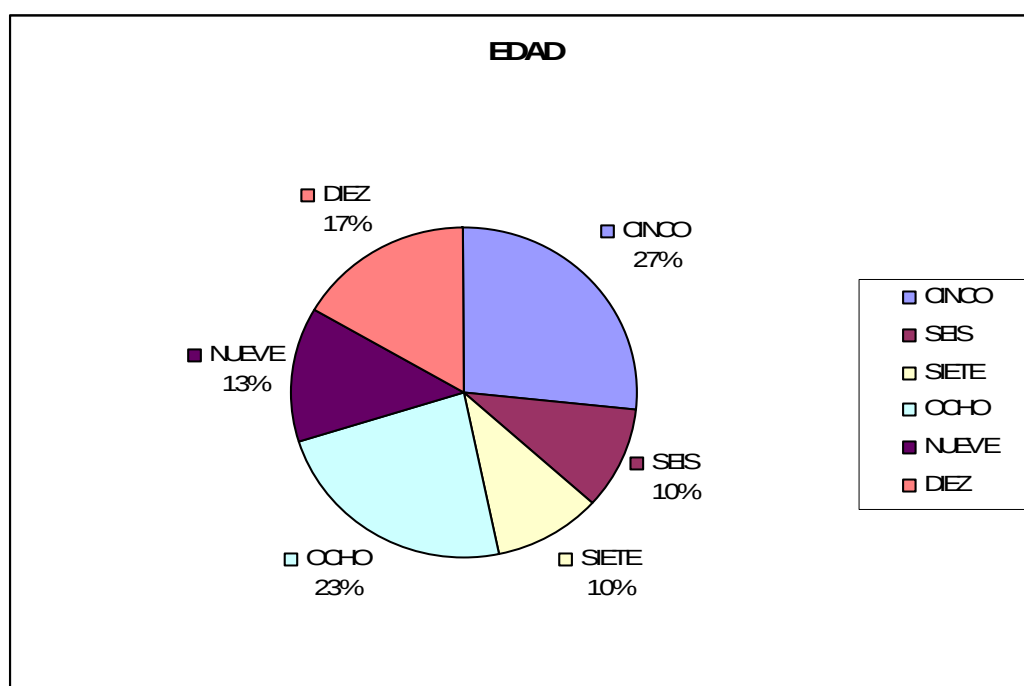
## EDAD DEL NIÑO/A VICTIMA DE ABUSO SEXUAL

A través de la investigación realizada durante el trabajo con los 30 niños víctimas de abuso sexual en el Departamento de Psicología de la Corporación Mujer a Mujer, se encontró que el 26.66% de los niños/as tienen 5 años de edad, el 10% tienen 6 y 7 años respectivamente, un 23.34% cuentan con 8 años, el 13.34% tiene 9 años y un 16.66% tienen 10 años.

De esta manera se puede obtener como resultado que el grupo de mayor riesgo dentro de esta investigación son aquellos niños que cuentan con 5 años de edad, pero no por esto los otros rangos de edad quedan libres de sufrir abuso sexual, lo cual demuestra que no existe edad libre de riesgo.

CUADRO #1: EDAD DEL NIÑO/NIÑA VICTIMA DE ABUSO SEXUAL

| EDAD  |            |         |
|-------|------------|---------|
| RANGO | FRECUENCIA | %       |
| 5     | 8          | 26.66%  |
| 6     | 3          | 10.00%  |
| 7     | 3          | 10.00%  |
| 8     | 7          | 23.34%  |
| 9     | 4          | 13.34%  |
| 10    | 5          | 16.66%  |
| TOTAL | 30         | 100.00% |

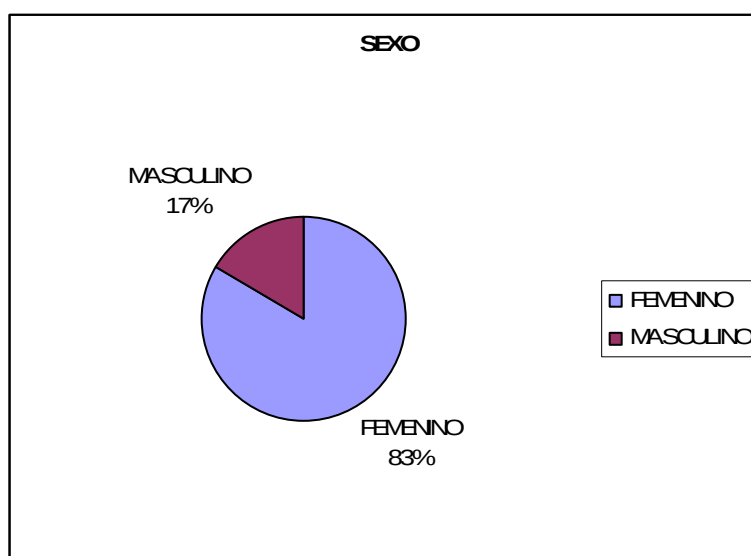


## SEXO DE LA VÍCTIMA

De acuerdo al sexo de la víctima se obtuvo un 83% de víctimas de sexo femenino, contra un 17% de víctimas de sexo masculino. Estos porcentajes demuestran una vez más que la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil son mujeres, pero también existe una gran cantidad de víctimas masculinas, quienes en muchas ocasiones no denuncian el caso ni buscan ayuda por temor a los comentarios de la sociedad y a la falta de información acerca de la ayuda que se les puede brindar.

CUADRO #2: SEXO DE LA VICTIMA DE ABUSO SEXUAL

| SEXO      |            |         |
|-----------|------------|---------|
| RANGO     | FRECUENCIA | %       |
| FEMENINO  | 25         | 83.00%  |
| MASCULINO | 5          | 17.00%  |
| TOTAL     | 30         | 100.00% |

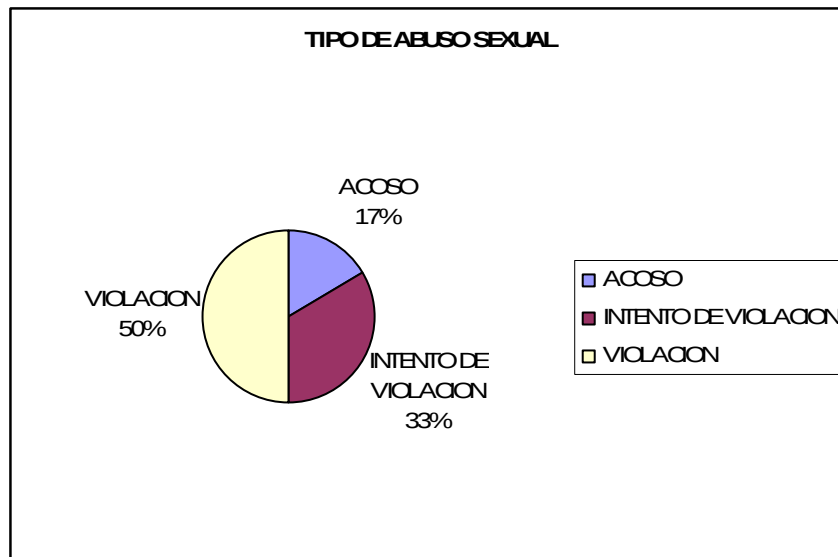


### TIPO DE ABUSO SEXUAL

Según el tipo de abuso sexual podemos comprobar que en una gran mayoría de los casos, representada por un 50% se comete una violación, ya sea esta con penetración o sin ella. Por otra parte se evidencia un 17% de casos de acoso sexual, y un 33% correspondiente a casos de intentos de violación, en los cuales no se llegó a consumir el acto abusivo propiamente dicho.

CUADRO #3: TIPO DE ABUSO SEXUAL

| TIPO DE ABUSO SEXUAL |            |         |
|----------------------|------------|---------|
| RANGO                | FRECUENCIA | %       |
| ACOSO                | 5          | 17.00%  |
| INTENTO DE VIOLACION | 10         | 33.00%  |
| VIOLACION            | 15         | 50.00%  |
| TOTAL                | 30         | 100.00% |



## RELACION CON EL AGRESOR

En cuanto a la relación con el abusador encontramos que en un 57% de los casos el agresor es un miembro de la familia de la víctima, ya sea este un abuelo (7%), un hermano (7%), un padrastro (10%), un primo (23%) o un tío (10%), es decir, una persona cercana al entorno del niño/a que tiene entrada fácil al sistema familiar y que por el grado de cercanía no harían pensar en una posible situación de abuso.

Por otro lado con un 16.50% encontramos como agresor a una persona cercana al entorno familiar pero que no es miembro de esta, es decir, un amigo de la víctima o de su familia o a un vecino respectivamente, los cuales gozan de disponibilidad de entrar al sistema familiar sin levantar ninguna sospecha.

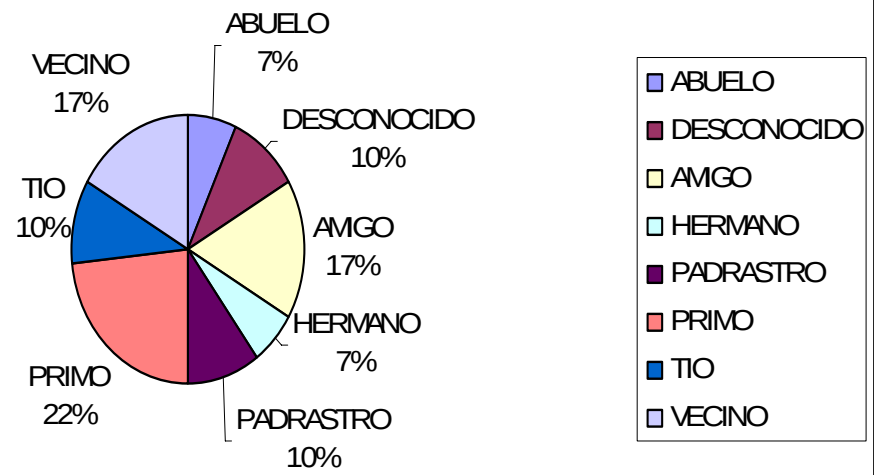
Finalmente, tan sólo un 10% corresponde a un agresor desconocido por la víctima y por su familia.

Estas estadísticas nos demuestran que el abuso sexual se realiza en mayor porcentaje por personas dentro del sistema familiar o que tienen un nivel de cercanía con la víctima, por lo que no se sospecha de ellos ni de la probabilidad de que realicen un acto de abuso, y por otro lado se evidencia que en menor cantidad los abusos son perpetrados por desconocidos.

CUADRO #4: RELACION CON EL AGRESOR

| RELACION CON EL AGRESOR |            |         |
|-------------------------|------------|---------|
| RANGO                   | FRECUENCIA | %       |
| ABUELO                  | 2          | 7.00%   |
| DESCONOCIDO             | 3          | 10.00%  |
| AMIGO                   | 5          | 17%     |
| HERMANO                 | 2          | 7.00%   |
| PADRASTRO               | 3          | 10.00%  |
| PRIMO                   | 7          | 22.00%  |
| TIO                     | 3          | 10.00%  |
| VECINO                  | 5          | 17%     |
| TOTAL                   | 30         | 100.00% |

### RELACION CON EL AGRESOR



## TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según el trabajo realizado un 73% de los niños/as presentan rasgos de Estrés Postraumático en contra de un 27% que no los presentan. Esto nos demuestra que el Estrés Postraumático puede ser considerado como una consecuencia presente en las víctimas de abuso sexual.

CUADRO #5: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

| TRASTORNO DE ESTRÉS<br>POSTRAUMATICO |            |         |
|--------------------------------------|------------|---------|
| RANGO                                | FRECUENCIA | %       |
| SI                                   | 22         | 73.00%  |
| NO                                   | 8          | 27.00%  |
| TOTAL                                | 30         | 100.00% |

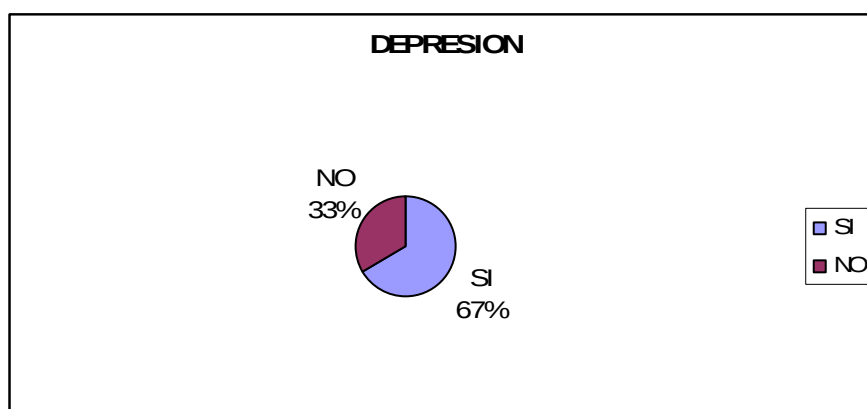


## DEPRESIÓN

De acuerdo a las estadísticas obtenidas, un 67% de las víctimas de abuso sexual infantil presentan Depresión como una consecuencia del abuso sexual del que fueron víctimas, mientras que en un 33% no se evidencia esta consecuencia.

CUADRO #6: DEPRESIÓN

| DEPRESION |            |         |
|-----------|------------|---------|
| RANGO     | FRECUENCIA | %       |
| SI        | 20         | 67.00%  |
| NO        | 10         | 33.00%  |
|           | 30         | 100.00% |



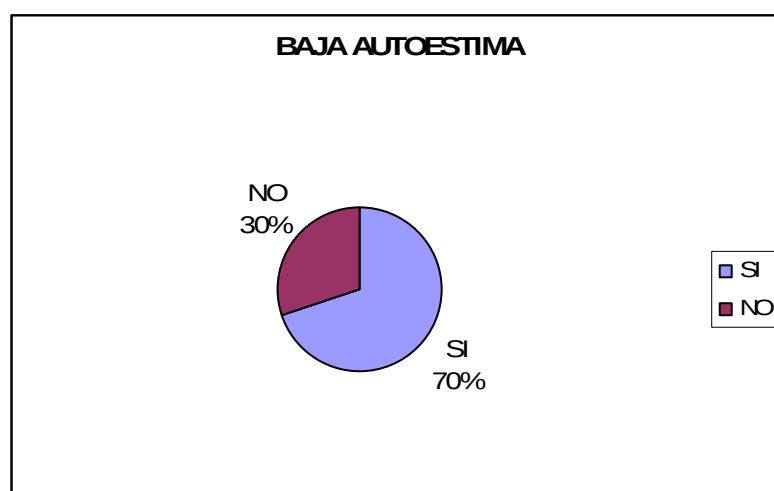


## BAJA AUTOESTIMA

Al referirnos al estado de la autoestima del niño/a víctima de abuso sexual, podemos notar que un 70% presenta una baja en su autoestima y por lo tanto presenta una débil percepción de sí mismo y muy poca autovaloración.

CUADRO #7: BAJA AUTOESTIMA

| BAJA AUTOESTIMA |            |         |
|-----------------|------------|---------|
| RANGO           | FRECUENCIA | %       |
| SI              | 21         | 70.00%  |
| NO              | 9          | 30.00%  |
| TOTAL           | 30         | 100.00% |

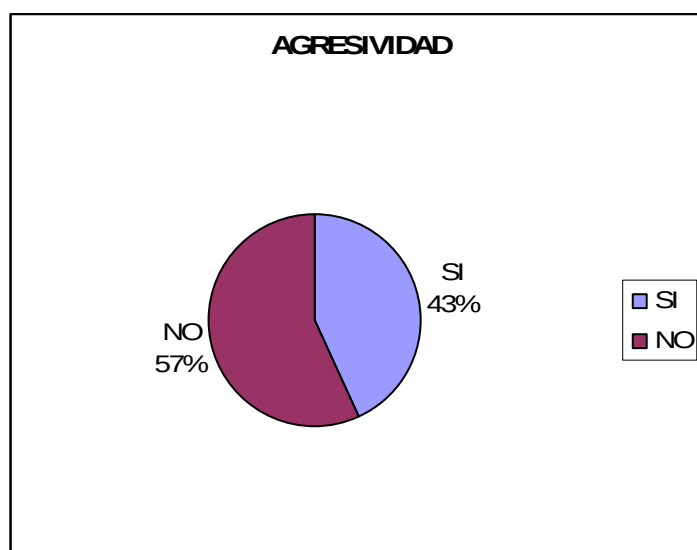


## AGRESIVIDAD

En cuanto a esta variable, el porcentaje de niños que presentan agresividad es menor a aquellos que no la presentan.

CUADRO #8: AGRESIVIDAD

| AGRESIVIDAD |            |         |
|-------------|------------|---------|
| RANGO       | FRECUENCIA | %       |
| SI          | 13         | 43.00%  |
| NO          | 17         | 57.00%  |
|             | 30         | 100.00% |



## **CONCLUSIONES**

- El Abuso sexual infantil no discrimina a nadie, no importa clase social, raza o idioma es necesario que nos informemos para combatirlo.
- El abuso sexual infantil se da con y sin violencia física o psicológica.
- La realización de este trabajo permitirá a otros estudiantes de la Universidad del Azuay conocer acerca de la problemática del abuso sexual infantil de una manera sencilla ya que es un trabajo claro y fácil en cuanto a su comprensión.
- Este trabajo es una herramienta de trabajo clínico la misma que nos servirá para la evaluación y la detección de abuso sexual infantil.

## BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. "El abuso sexual a los niños No. 9". [www.psychiatry.com](http://www.psychiatry.com)
2. ALVEAR, Nancy. GRANIZO, Andrea. "Programa de educación a la sexualidad para niños de 6 años". Cuenca, Ecuador 2003.
3. American Psychiatric Committee on Nomenclature and Statistics: DSM III-R Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
4. ARREDONDO, Valeria. "Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil". PAICABI. Santiago de Chile.
5. BARON, Robert. "Psicología". México 1996.
6. BERKOWITZ, KAPLAN, SADOLK, "la agresividad en los niños/as", Editorial Paidós 1999,
7. BERLINERBLAU, Virginia. "Violencia Familiar y Abuso Sexual: Abuso Sexual Infantil". Editorial Universidad, 1998.
8. BESTEN, B.- "Abusos sexuales en niños".- Editorial Herder.- Barcelona - España.- 1997
9. CAROZZO CAMPOS, J.- "Violencia y conciliación en la ayuda familiar y escolar". Editorial Laymar. Lima - Perú. 2001.
10. CASTAÑEDA, F.- "La Violencia y el abuso sexual en menores".- Editorial Solidaridad y Desarrollo.- Lima - Perú.
11. CASULLO, Ma. Martina. "Riesgo suicida, soledad, aislamiento y apoyo social". Buenos Aires, Argentina 2002.
12. CAZABAT, Eduardo y COSTA, E: "Stress, la sal de la vida" Editorial Cámara Bs. As. Sociedad Argentina de Medicina. 2000
13. CORPORACION MUJER A MUJER "Hablemos con las niñas y los niños. Guía teórico práctica sobre prevención y detección de víctimas de abuso sexual". Gráficas G. Q. Cuenca Ecuador. 2006.
14. DELGADO A. GARATE J. "Maltrato en el niño". En: Grandes síndromes en pediatría, universidad del país vasco, Bilbao.
15. ECHEBURUA, Enrique. DE CORRAL, Paz (1998) "Manual de violencia familiar". Madrid, Siglo XXI Editores.
16. ECHEBURUA, Enrique. GUERRICAECHVARRÍA, Cristina. "Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores". Barcelona, Ariel. 2000.
17. ECHEBURUA, Enrique. "Violencia con niños". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
18. FAMILIA Y SALUD. "Autoestima en la infancia". [www.familiaysalud.com](http://www.familiaysalud.com)
19. FERNÁNDEZ Rocío: "La violencia en la educación", Editorial Ariel Buenos Aires 1998,
20. GALDOS, Silvia. "Mi cuerpo es mi territorio. Pautas de prevención del abuso sexual hacia niños y niñas". Silva 1995.
21. GLASER, Janya. FROSH, Stephen (s.a.) "Abuso sexual de niños". Paidós. Buenos Aires
22. GOÑI, A.: "Niños agresivos", Editorial Ariel 1999 Barcelona,
23. KAPLAN W. and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.
24. LEYES DE FAMILIA. "Código de la Niñez y Adolescencia". EDIMPRES S. A. Quito, Ecuador 2003.
25. MARCOTE NÚÑEZ Elena: "La biología de la agresividad", Editorial Lexus 1999,

26. MASSÓ, Francisco. "Autoestima". Página 50. Internet
27. MILGRAM N. "Los niños y el estrés". Editorial: Ollendick Barcelona 1993.
28. MONTT M, HERMOSILLA W. "Trastorno de estrés post-traumático en niños". Editorial Barcelona 2001.
29. NIETO, Tania. SAQUICELA, Alexandra. "Maltrato físico y emocional al menor en el hogar y sus repercusiones psicológicas". Cuenca, Ecuador 2004.
30. PAULUZZI, Liliana. "Violencia familiar. Comprender y Prevenir". Rosario 1999.
31. "Pedagogía y Psicología infantil". Editorial Cultural S. A. Madrid, España. 2002. tomo 2
32. POPE, Alice W, McHALE, Usan, CRAIGHEAD, Edward. "Mejora de la Autoestima". Editorial Martínez Roca. Barcelona, España, 1988.
33. PUGET Janine. BERENSTEIN Isidoro "Violencia en el Hogar", Editorial Paidós 2001
34. RIAK, Jordan. "Hablando claramente del maltrato físico a los niños".
35. ROA, Angélica, REHNFEELAT, Margarita. "Manual de intervención en caso de abuso sexual". Asunción, 1998.
36. RONDON Iliana. AQUILINO Santiago "Rasgos del Abuso Sexual", Edit. La Habana Cuba
37. SANMARTÍN José, "Violencia Infantil" Editorial: Ariel, S.A. Barcelona, 1999.
38. SAVE THE CHILDREN. "Manual de Formación para Profesionales contra el Abuso Sexual Infantil".
39. UMBERT Gloria Marsellach - Psicólogo "Agresividad Infantil", Editorial Barcelona: Ariel
40. VIAR y LAMBERTI. "Violencia Familiar y Abuso Sexual". Editorial Universidad, 1998.
41. WWW.GUIAINFANTIL.COM. 2001-2005
42. WWW.SAVETHECHILDREN.NET "Política de Save the Children: Protección de menores contra la explotación y el abuso sexual". Londres, Inglaterra. Agosto, 2003.

**ANEXOS**

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA #: 1**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                              |                   |            |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Illescas               |                   |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 22 de enero de 2001          | Edad:             | 5 años     |
| Sexo:                         | Femenino                     | Ocupación:        | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria                     | Religión:         | Católica   |
| Dirección:                    | La Mar y Av. De las Américas |                   |            |
| Informante:                   | Niña/madre                   | Responsable:      | Mamá       |
| Fecha de inicio:              | 4 de abril 2006              |                   |            |
| Tipo de Abuso:                | violación                    | Edad del agresor: | 16 años    |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Amigo                        |                   |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Paciente acude a consulta derivada por la PROCURADORA I DE ADOLESCENTES INFRACTORES DEL DISTRITO DEL AZUAY, para que se le realice un peritaje psicológico por ser víctima de abuso sexual.

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

N. N. es la primera de tres hijos de N. N., quien la procreó cuando tenía 16 años de edad, la señora manifiesta haber tenido un embarazo y parto normal, sin complicaciones, además refiere que la niña inició el habla, la deambulación y lacto aproximadamente hasta el año cinco meses.

La niña es hija de un compromiso anterior de la señora, del cual se encuentra separada ya hace varios años debido al constante maltrato físico y psicológico que recibía por parte de su conviviente, además de que este señor bebía mucho y la

agredía cuando estaba en este estado. La niña refiere que no recuerda mucho a su papá, pero que si sabe que agredía a su mamá.

La niña ingresa a la escuela “12 de Abril” a los 5 años de edad, teniendo siempre buenas calificaciones y buenas relaciones con sus compañeras, pero después de sucedidos los hechos la niña empieza a bajar sus notas y no tener relaciones placenteras con las compañeras porque manifiesta que “ellas no me comprenden”.

En la actualidad la niña vive con su madre, la pareja de esta a la cual la llama “papá” y con quien tiene muy buena relación, y con sus dos hermanos uno de 4 años y una de 4 meses.

### ***ANAMNESIS:***

La niña es hija de madre adolescente, quien la tuvo a los 16 años, no vive con su padre biológico porque este maltrataba mucho a la mamá y además tomaba mucho, razón por la cual se separaron hace ya muchos años y desde entonces la niña no ha vuelto a saber de él.

El problema de la niña se inicia en el año 2004, en el mes de febrero aproximadamente, fecha desde la cual es víctima de abuso sexual por parte de un amigo de 16 años (J. D.) que vive en el mismo edificio en que vive su abuela materna, además del abuso sexual al que era sometida, el sujeto la golpeaba y la halaba del brazo y del cabello.

Después de que sucedió el abuso, la niña se lo contó a una hermana de su mamá, quien le reclamó al sujeto, pero las agresiones no pararon. N. N. nunca le comento esto a su madre porque ella tiene el carácter muy fuerte y es “brava” y le daba miedo de contárselo, así es que se lo contó a una amiga de la escuela, la cual le contó a la mamá. Cuando la familia se enteró fueron a buscar al sujeto y lo agredieron físicamente, a lo que él no respondió de ninguna manera.

Paciente refiere que ha venido a consulta psicológica porque quiere que le ayuden a olvidarse del abuso sexual del cual fue víctima, lo cual le causa mucha tristeza, llanto, disminución de notas en la escuela, desinterés en actividades que antes realizaba, comportamiento agresivo y aislamiento.

En la actualidad, la niña dice que no lo ha vuelto a ver porque ya no esta en la casa de sus papás, parece que se ha ido donde su abuelita. La niña ahora presenta problemas en el sueño, duerme hasta la una o dos de la mañana, momento en el que



se despierta sobresaltada (despertar frecuente), además refiere que tiene mucho dolor de cabeza cada vez que debe hablar o pensar en lo que le sucedió (somatización).

La niña ha dejado de llevarse con el hermano de J. D., porque dice que “todo los hombre son malos, menos los de su familia, porque esos son su sangre y no van a dañarme”.

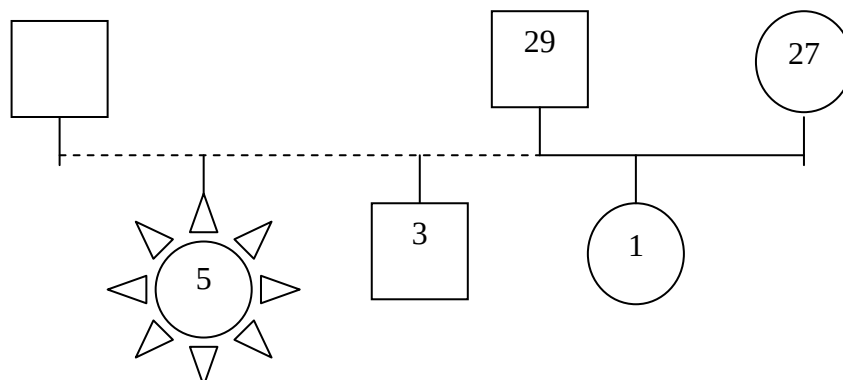
### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

N. N. relata que “la primera vez que me pego fue en el baño de la casa de mi abuelita, yo entraba al baño cuando J. D., me empujó y comenzó a golpear me, halarme del cabello, ha bofetearme en la cara, logre escapar, en otra vez en la casa de mi mamá con el pretexto de ver la palanca de video juegos, J. D. entro al cuarto, me empujó sobre la cama, allí se subió encima de mí y comenzó a moverse repetidas veces, quiso bajarme la ropa interior, pero no pudo, luego se bajo el pantalón, sacó su pene y lo puso en mi boca, le salió algo que me dio asco; las otras veces me golpeaba en la cara, me halaba del brazo y del cabello, me amenazaba si le contaba a mi mamá”.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

N. N. se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada; se muestra colaboradora durante las entrevistas, su lenguaje es normal, no presenta alteración en el estado de conciencia, mantiene normalmente su atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, se muestra afectivamente deprimida, su pensamiento y expresión son normales, el juicio va acorde con su edad, orientada en espacio, tiempo y lugar.

### ***FAMILIOGRAMA***



**RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                | <b>Objetivo</b>                                                                            | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abril-4-2006               | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña.                 | La niña presenta tranquilidad, confianza, la niña describe lo que ha pasado y manifiesta: “J. D. me coge el brazo y hala del pelo, me obliga a que le bese, peor no me dejo, me tumba en la cama y me baja el calzón y cuando me quiere dar la vue lta yo me subo el calzón, luego él se baja el pantalón y mete el pene en mi boca y le sale una cosa fea, no había ninguna persona en la casa, para que me defienda”. |
| Abril-6-2006               | <b>Test del dibujo libre</b>               | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual. | Esto es lo que relata: “ella esta muy contenta con su familia, aunque una vez estaba muy triste, porque sintió en su corazón un dolor muy grande, porque un chico llamado J. D. la tocó haciendo daño, no le pudo contar a su madre porque le tenía miedo de que le pegue, por eso se siente triste”.                                                                                                                   |
| Abril-6-2006               | <b>HTP</b>                                 | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                  | Indica que tiene pérdida del sentido de seguridad, incapacidad para confiar, ansiedad, miedo, baja autoestima, depresión, agresión, enojo.                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|               |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abril-11-06   | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | Existe un buen apoyo por parte de la familia de la niña, lo cual permite dar un pronóstico favorable para su recuperación ya que necesita mucho apoyo actualmente.                                                                           |
| Abril-18-2006 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual.             | Esta escala arroja como resultado la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático, con la presencia de conductas de reexperimentación del suceso, además de evitación y aumento de la activación, acompañado de manifestaciones somáticas. |
| Abril-18-06   | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual                        | Depresión Extrema<br>42 puntos                                                                                                                                                                                                               |

### ***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático, acompañados por rasgos depresivos y baja autoestima a causa de haber sido víctima de abuso sexual.

Paciente presenta rasgos de personalidad evitativa, acompañada del mecanismo de racionalización.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 2**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                                              |                   |            |
|-------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Viñanzaca                              |                   |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | Cuenca, 22 de julio del 2001                 | Edad:             | 5 años     |
| Sexo:                         | Femenino                                     | Ocupación:        | Estudiante |
| Instrucción:                  | 6to. Básica/Escuela Manuel M. Palacios Bravo | Religión:         | Católica   |
| Dirección:                    | Ricaurte – La Dolorosa                       |                   |            |
| Informante:                   | niña-madre                                   | Responsable:      | Mamá       |
| Fecha de inicio:              | 2 de mayo de 2006                            |                   |            |
| Tipo de Abuso:                | Intento de violación                         | Edad del agresor: | 14 años    |
| Lazo afectivo con el Agresor: | Primo                                        |                   |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Paciente acude a consulta derivada por la PROCURADORA I DE ADOLESCENTES INFRACTORES DEL DISTRITO DEL AZUAY, para que se le realice un examen psicológico.

##### ***PSICOBIOGRAFÍA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

N. N. es la última de cuatro hijos. La madre manifiesta que no tuvo ningún problema durante el embarazo, pero que tampoco recibió los controles necesarios, ni la alimentación adecuada, a pesar de esto tanto el embarazo como el parto fue normal, atendido por empírico. La niña se quedó a los dos días de nacida sin su padre, ya que este emigro hacia los Estados Unidos.

Acerca del desarrollo de N. N., la madre refirió que la niña caminó a los 9 meses, hablo a los 2 años, dejo el pañal al año y medio y le dio de lactar hasta el año ocho meses. La niña no presentó ninguna enfermedad grave durante su infancia.

N. N. ingresa a la escuela Manuel María Palacios Bravo a los 5 años, refiere mantener buenas relaciones con sus compañeras, su promedio anterior era de 15/20, además refiere que es muy poco colaboradora en clase, su profesor es bravo cuando no cumplen con las tareas; a N. N. le gusta jugar pelota y basket durante el recreo, aunque dice que prefiere quedarse en su aula antes que salir al patio a jugar.

La niña mantiene una buena relación con sus hermanos y con su mamá, aunque en ocasiones tiene rabia.

La niña es la ultima hija de un matrimonio disfuncional en el cual el padre se encuentra ausente desde hace 5 años en los Estados Unidos hacia donde viajó a los dos días de haber nacido N. N., la madre refiere que desde hace algún tiempo ya no sabe nada de su esposo y que por lo tanto ellos se encuentran separados, a pesar de esto, la señora no ha pensado en formar un nuevo hogar porque no quiere que esto interfiera en su relación con sus hijos.

La niña vive en una casa ubicada en el sector de La Dolorosa, en la parroquia de Ricaurte, refiere que este lugar se encuentra ubicado en el campo en una quebrada, lejos del camino principal. En esta casa habitan la niña con sus tres hermanos mayores y su mamá. La señora se dedica a los quehaceres domésticos y al trabajo en el campo, con lo cual puede mantener a su familia.

Tanto la madre como la niña refieren que mantiene una buena relación con toda su familia, en especial con su hermana, con la cual tiene buena comunicación y a la cual le cuenta sus secretos.

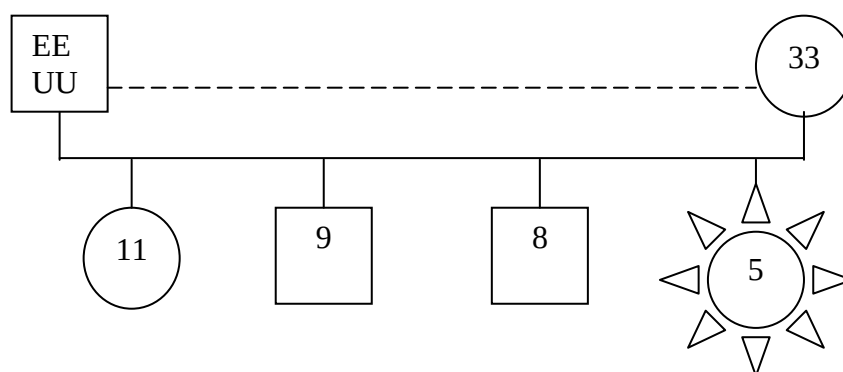
### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

Paciente refiere que “mi primo que tiene 14 años y se llama N. N. Pachar, intentó violarme. Yo vine de la escuela el día miércoles 15 de febrero de este año a la 1h30. Llegué a mi casa, me cambié, fui a comer, yo estaba en el dormitorio, y mi primo entro por la ventana y me tapo la boca, me cogió las manos y me bajo el pantalón y me intento violar. Él también se bajo el pantalón, me echó en la cama y se echó encima de mí, yo estaba sin calzonario y sin pantalón. Me abrió las piernas y se echó encima de mí, no sentí nada, le vi el pene, él se cogió con la mano y me puso en la vagina, no me metió, se movió poquito, no le salió nada, no entró. Me siento mal ahora, me da rabia con mi primo, yo quiero mandarle a la cárcel porque si se merece, quiero pegarle”.

### **ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:**

La niña se encuentra vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada; es una niño poco colaboradora y poco comunicativa, se muestra mas bien como distante y evasiva; su lenguaje es el correcto para su edad; no presenta alteración en el estado de conciencia; mantiene su atención en la entrevista; su afectividad se encuentra deprimida; su juicio se encuentra de acuerdo a su edad; orientada en espacio, tiempo y lugar.

### **FAMILIOGRAMA**



### **RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| Fecha de aplicación | Test                                       | Objetivo                                                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2-mayo-2006         | <b>Técnica lúdica del juego proyectivo</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña. | La niña se presenta intranquila, tímida, recelosa de manifestar información mediante el juego, luego de un momento la niña describe con los muñecos lo que le ha pasado y comenta: “yo vine de la escuela el día miércoles 15 de febrero a la 1h30, yo vine a mi casa, me cambie el uniforme y fui a comer. Yo estaba en el dormitorio y mi primo N. N. Pachar entró por la ventana, yo |

|             |                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                              |                                                                                                   | <p>me asuste, él me tapó la boca, me cogió las manos y me bajó el pantalón, el también se bajo el pantalón, me botó en la cama, me abrió las piernas y se echó encima mío, yo estaba sin calzonario y sin pantalón. El estaba sin pantalón, le vi el pene, él se cogió con la mano y me puso en la vagina, no me metió..., se movió poquito, no le salió nada, no entró. Ahora me siento mal, me da rabia con mi primo, yo quiero mandarle a la cárcel, porque se lo merece, le quiero pegar duro”. La niña expreso su rabia mediante los muñecos golpeándole al que representaba a N. N. Pachar.</p> |
| 9-mayo-2006 | <b>Test del dibujo libre</b> | <p>Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual.</p> | <p>Manifestaciones de ira y baja autoestima, sentimientos de culpa y temor a ser castigada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9-mayo-2006 | <b>HTP</b>                   | <p>Manifestaciones de rasgos de abuso sexual</p>                                                  | <p>La presenta la sensación de pertenecer a una familiar restrictiva, muy poco accesible, la cual no le brinda el apoyo necesario para sobrellevar este problema. Para controlar esta sensación en ocasiones se apoya en la fantasía, además presenta</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|              |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                                                             |                                                                                                 | rasgos de depresión, inseguridad e inadecuación. Existe una gran preocupación por la sexualidad.                                                                                                                   |
| 16-mayo-2006 | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | Existe poca colaboración de la familia en la solución de este problema, la niña ve esta situación como la causa de los problemas de sus padres. Poco apoyo emocional.                                              |
| 23-mayo-2006 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual.             | La niña presenta rasgos de estrés postraumático lo cual se evidencia en su conducta evitativa, en su reexperimentación y en el aumento de la activación, acompañado además de reacciones somáticas de la ansiedad. |
| 23-mayo-2006 | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual                        | Depresión moderada<br>24 puntos                                                                                                                                                                                    |

### ***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La niña presenta rasgos de estrés postraumático, acompañados de rasgos depresivos y baja autoestima debido a ser víctima de abuso sexual.



## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 3**

##### ***DATOS INFORMATIVOS:***

|                               |                         |                   |            |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Yuquilima         |                   |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 28 de diciembre de 2001 | Edad:             | 5 años     |
| Sexo:                         | Femenino                | Ocupación:        | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria: 6to de básica | Religión:         | Católica   |
| Dirección:                    | El tablón               |                   |            |
| Informante:                   | niña/madre              | Responsable:      | Madre      |
| Fecha de inicio:              |                         |                   |            |
| Tipo de abuso:                | Intento de violación    | Edad del agresor: | 28 años    |
| Lazo afectivo con el agresor: | Vecino                  |                   |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Paciente es traída por su madre para que reciba ayuda psicológica debido a que esta muy triste y asustada desde que ocurrió este hecho.

N. N. refiere sentirse muy triste, asustada con temor a salir sola de la casa, desde que este hombre trato de violarla.

##### ***ANAMNESIS:***

N. N. es la tercera de cuatro hermanos y la última del primer matrimonio. Su familia esta conformada por su mamá, su padrastro y sus tres hermanos: Gladis de 12 años, Israel de 11 y Katherine de 2 años.

La niña refiere no conocer a su padre, lo cual le causa mucha tristeza y por eso desearía conocerlo.

El actual conviviente de su madre es el papá de su última hermana y N. N. refiere llevarse muy bien con él.

No se cuenta con más datos de la niña debido a la poca colaboración de la madre durante las entrevistas.

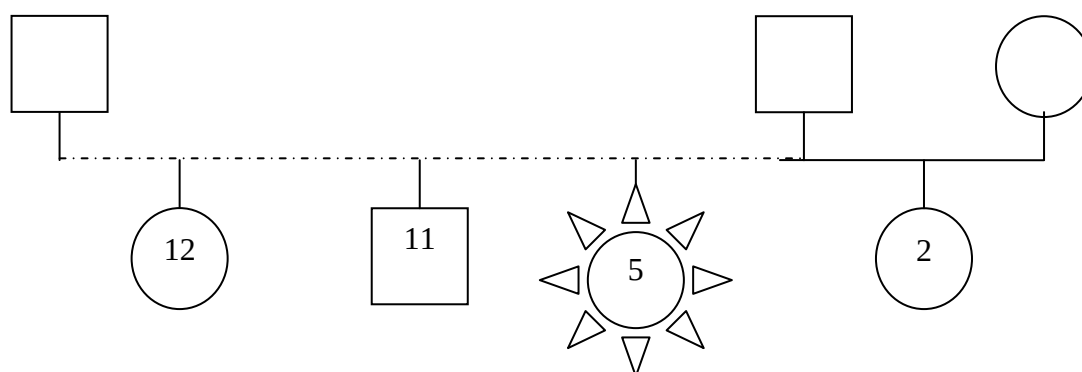
### ***HISTORIA DE ABUSO:***

La niña manifiesta que “un día yo me estaba yendo a mi casa después de la escuela, iba caminando por una callecita de piedras por donde se va a mi casa, entonces un el N. N. que vive por mi casa, se me acerco y yo me asuste, pero el me dijo que no me asuste porque no me iba a hacer nada sino que solo quería acompañarme porque era peligroso que yo ande solita. Yo camine con él y cuando estábamos cerca de una casa vieja el me dijo que tenía unos caramelos ahí adentro y que me iba a dar unito a mí pero tenía que acompañarle a coger, como no quise me amarcó y me llevó adentro. Me tiro en la cama y yo llore mucho y le dije que no me haga nada y el decía que no tengo que tener miedo, como no me hacía caso y me agarraba muy duro del brazo en la cama, yo le dije que no me haga nada porque sufría del corazón y que me podía morir. Entonces creo que él se asustó y me dejó ir. Ya no quiero salir de mi casa solita porque me da mucho miedo de que él aparezca otra vez y como ya debe saber que no tengo nada en el corazón esta vez si me va a violar”.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

La niña se encuentra vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada, es una niña poco colaboradora y poco comunicativa, no quiere conversar acerca del hecho y más bien prefiere escribirlo o relatarlo de otra manera que no incluya la verbalización. Se muestra distante y evasiva, su lenguaje es correcto para su edad, su conciencia no esta alterada, mantiene su atención en la entrevista, su afectividad se encuentra deprimida, lo cual se expresa con deseos de llorar, su juicio esta de acuerdo a su edad, orientada en espacio, tiempo y lugar.

## FAMILIOGRAMA



## RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:

| Fecha de aplicación | Test                                       | Objetivo                                                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11-agosto-2006      | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña. | La niña es muy poco comunicativa por lo cual es muy difícil que cuente verbalmente que fue lo que pasó, por este motivo se le entrega los juguetes sexuales y ella nos comenta “La niña manifiesta que “un día yo me estaba yendo a mi casa después de la escuela, iba caminando por una callecita de piedras por donde se va a mi casa, entonces un el N. N. que vive por mi casa, se me acerco y yo me asuste, pero el me dijo que no me asuste porque no me iba a hacer nada sino que solo quería acompañarme porque era peligroso que yo ande solita. Yo camine con él y cuando estábamos cerca de una casa |

|                |                              |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                              |                                                                                            | <p>vieja el me dijo que tenía unos caramelos ahí adentro y que me iba a dar unito a mí pero tenía que acompañarle a coger, como no quise me amarcó y me llevó adentro. Me tiro en la cama y yo llore mucho y le dije que no me haga nada y el decía que no tengo que tener miedo, como no me hacía caso y me agarraba muy duro del brazo en la cama, yo le dije que no me haga nada porque sufría del corazón y que me podía morir. Entonces creo que él se asustó y me dejó ir. Ya no quiero salir de mi casa solita porque me da mucho miedo de que él aparezca otra vez y como ya debe saber que no tengo nada en el corazón esta vez si me va a violar”.</p> |
| 18-agosto-2006 | <b>Test del dibujo libre</b> | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual. | No presenta manifestaciones de ira por lo cual se concluye que no existen problemas de agresividad, más bien se encuentra tranquila porque siente que tiene el apoyo de su familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 18-agosto-2006 | <b>HTP</b>                   | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                  | Presencia de ambiente restrictivo, falta de apoyo y afecto en el hogar, presencia de preocupación sexual, tensión y ansiedad. Rasgos de ansiedad y dependencia hacia una figura de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                   |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                                                             |                                                                                                 | amparo debido a sentimientos de inseguridad.                                                                                                                                                                         |
| 25-agosto-2006    | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | Buena relación con la familia, apoyo emocional para la niña y por lo tanto un buen pronóstico para su recuperación.                                                                                                  |
| 1-septiembre-2006 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual.             | Presencia de rasgos de estrés postraumático: presenta reexperimentación del evento, además de evitación de situaciones que lo recuerden y aumento de la activación, acompañado además de algunos síntomas somáticos. |
| 1-septiembre-2006 | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual                        | Depresión moderada<br>24 puntos                                                                                                                                                                                      |

#### *APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:*

La niña presenta rasgos de estrés postraumático, acompañados de sentimientos de depresión y baja autoestima debido a que fue víctima de un intento de violación.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 4**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                            |                  |            |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Meneses              |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | Loreto, 18 de mayo de 1998 | Edad:            | 8 años     |
| Sexo:                         | Femenino                   | Ocupación:       | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria                   | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | Yaruqui y Yanahurco        |                  |            |
| Informante:                   | niña/madre                 | Responsable:     | Madre.     |
| Fecha de inicio:              | 13 de septiembre de 2006   |                  |            |
| Tipo de abuso:                | violación                  | Edad del Agresor | 56 años    |
| Lazo afectivo con el Agresor: | Abuelo                     |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Paciente acude a consulta psicológica traída por su madre, porque es una persona agresiva, se altera con facilidad. La paciente dice que su madre la trajo a consulta porque esta mal de la mente, no se acuerda de nada, o se acuerda poco. Además la madre dice que ella se escapó de la casa la semana pasada con un amigo y le castigo por eso. Paciente refiere que fue abusada sexualmente por su abuelo paterno cuando tenía 7 años cuando vivían en el Oriente, paciente dice que esto ocurrió una sola vez, porque el papá le descubrió y mandó preso al abuelo.

##### ***PSICOBIOGRAFÍA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

La niña es la segunda de tres hermanos, son oriundos de Loreto provincia de Orellana. Vinieron a Cuenca hace aproximadamente un año debido a que la vida allá era mas dura y no tenían a veces para comer. No se obtiene mucha información acerca del desarrollo de la niña debido que la madre no cuenta con estos datos.

Actualmente se encuentra en la escuela en esta ciudad y dice tener buenas calificaciones y buenas relaciones con los compañeros y profesores.

### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

Paciente refiere que cuando tenía 7 años fue abusada sexualmente por su abuelo paterno, cuando ellos vivían en el oriente, pero que fue sorprendido por su padre, el cual mandó preso al abuelo, y por eso nunca más ocurrió.

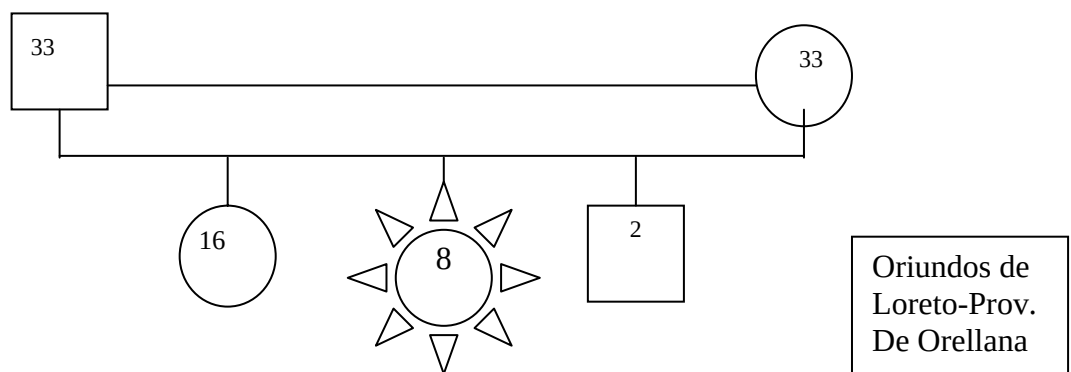
Cuando el papá se enteró de lo ocurrido llevó le pego al abuelo y en seguida le llevó a la policía, luego regreso con unas personas y la llevaron a ella para que diera su declaración. Luego que de que declarara apresaron a su abuelo y actualmente se encuentra preso en el Oriente. La paciente refiere que quiere que su abuelo se quede preso ahí, pero que no siente nada por él. Dice que él antes era muy bueno con ella y que no sabe porque esta vez le hizo daño.

La niña y su familia vivían en Loreto, en la provincia de Orellana. Ella dice que la vida allá era muy dura, que incluso había días en que no tenían que comer. Por este motivo decidieron venir a vivir a Cuenca, tiempo en el cual ella ingresó a estudiar en la escuela. Su hermana mayor vino a Cuenca hace un año porque una tía le ofreció ponerle a estudiar aquí.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

Paciente se encuentra vestida de acuerdo a sexo y a edad, limpia, arreglada de acuerdo a sus posibilidades. Al inicio se muestra un poco tímida, callada, pero luego empieza a sentirse más tranquila y comunicativa. Mantiene su mano a nivel del ojo izquierdo durante toda la entrevista, a manera de cubrirse el rostro. Cuando se le pregunta acerca de la violación, se pone a llorar pero se calma en seguida. Al aplicarle el HTP, se muestra un poco intranquila y realiza los dibujos los más rápido posibles y los hace muy sencillos.

### ***FAMILIOGRAMA***



**RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                | <b>Objetivo</b>                                                                            | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13-septiembre-2006         | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña.                 | Al realizar el trabajo de juego con los muñecos anatómicamente sexuados la niña nos comento que “cuando yo estaba en Loreto, un día yo estaba en mi cuarto y en eso entró mi abuelito y me botó en la cama y me violó, se sacó su pene del pantalón y me lo metió. En ese momento mi papi entró y lo encima de mí, lo agarró de la ropa y lo boto por lejos, entonces llamó a la policía y se lo llevaron, luego me llevaron a mí para que les contara lo que me hizo. Ahora esta preso allá, me da pena pero no se porque se porto así conmigo si siempre había sido bueno”. |
| 19-septiembre-2006         | <b>Test del dibujo libre</b>               | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual. | Presencia de culpa e ira y temor al castigo debido al abuso sexual, además de presencia de conductas agresivas hacia sí y su familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 19-septiembre-2006         | <b>HTP</b>                                 | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                  | Los resultados del test nos muestran un posible ambiente familiar restrictivo y tenso en donde se desenvuelve la paciente, acompañado además de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



|                    |                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                                                                             |                                                                                     | <p>una falta de afecto y comprensión. La paciente se muestra aislada, inaccesible e insegura, con tendencia a la regresión y poco contacto con la realidad.</p> <p>Además se experimenta una posible confusión de género porque fue dibujada primero una figura del sexo femenino. Existen además preocupaciones en lo referido a la sexualidad.</p> |
| 26-septiembre-2006 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual. | La niña presenta rasgos de trastorno de estrés traumático debido a que fue víctima de abuso sexual. Presenta reexperimentación, evitación y aumento de la activación. El estado de estos rasgos es crónico debido a es mayor de tres meses.                                                                                                          |
| 4-octubre-2006     | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual            | Depresión leve<br>12 puntos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### ***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La niña presenta rasgos de trastorno por estrés postraumático, acompañado de rasgos de depresión y agresividad.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 5**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                      |                  |            |
|-------------------------------|----------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Macancela      |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 30 de agosto de 2001 | Edad:            | 5 años     |
| Sexo:                         | Femenino             | Ocupación:       | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria             | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | Cdla. Católica       |                  |            |
| Informante:                   | Niña/madre           | Responsable:     | Mamá       |
| Fecha de inicio:              | 19 de abril de 2006  |                  |            |
| Tipo de Abuso:                | Acoso Sexual         | Edad del Agresor | 14 años    |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Hermano              |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

La menor es traída por su madre al enterarse que esta siendo víctima de acoso por parte de su hermano mayor.

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

La niña es la segunda niña de tres hermanos. La señora manifiesta que tuvo un embarazo complicado debido a que no se alimentaba bien y pasaba enferma frecuentemente. El parto fue normal, pero la niña nació enferma, no recuerda que es lo que tenía pero al parecer iba a morir. La niña lacto hasta aproximadamente un año, camino al año 2 meses, hablo al año y dejo los pañales a los dos años. Nunca presentó ninguna enfermedad de importancia.

Actualmente la niña se encuentra en el jardín, en donde dice sentirse bien y ser una buena alumna, ser muy juguetona.

### ***ANAMNESIS:***

La niña acude a consulta en compañía de su madre quien manifiesta que su hija ha cambiado notoriamente su comportamiento, a raíz de que fue víctima de acoso sexual por parte de su hermano mayor. Últimamente se porta agresiva con sus compañeros y con su maestra, tiene explosiones de ira y lastima a sus compañeros y a sí misma.

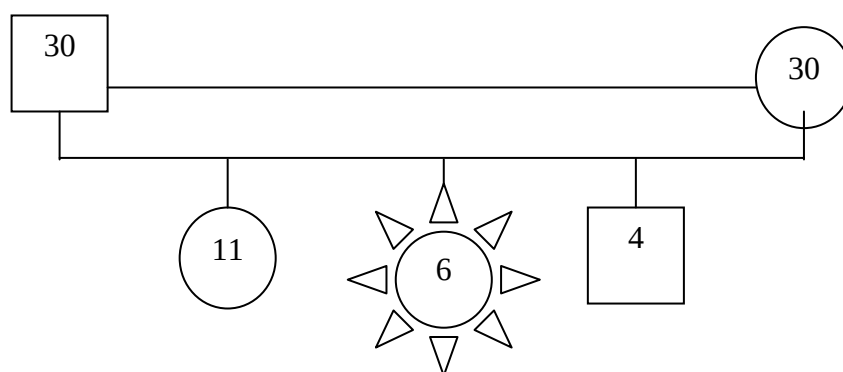
### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

La niña manifiesta que desde que desde hace unos meses su hermano “me molesta, me dice cosas raras, yo creo que no esta bien que él me diga eso porque es mi hermano. Él dice que me quiere, que soy muy bonita y que quisiera que hagamos el amor, además intenta darme besos. El otro día me agarró y me dio un beso grandote en la boca yo quería hacerme a un lado pero el no me dejaba y más me halaba hacia él, me empezó a dar besos en el cuello. El otro día, cuando estábamos solos donde mi tía, porque mis papis se fueron a trabajar, él me llevó arriba al cuarto y me botó en la cama, empezó a bajarse el pantalón y yo salí corriendo y no me pudo hacer nada. Siempre que estamos solitos me dice que yo soy linda y que quiere que yo sea la mujer de él, ¿eso esta bien? No cierto que el es mi ñaño y que me tiene que cuidar y no estar diciéndome esas cosas feas, ahora yo le tengo mucho miedo, yo le quiero mucho y no quiero que le pase nada”.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

La niña se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada; se muestra un poco tímida a la hora de la entrevista, pero enseguida se abre a la conversación y manifiesta todo lo que le esta pasando, su lenguaje es apropiado para su edad, no presenta alteración en el estado de conciencia, mantiene normalmente su atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, su pensamiento y expresión son normales, el juicio va acorde con su edad, orientada en espacio y tiempo.

### ***FAMILIOGRAMA***



**RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                                                 | <b>Objetivo</b>                                                                            | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19-abril-2006              | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b>                                  | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña.                 | La niña se presenta empática y colaboradora durante el juego, además manifiesta que se siente mal porque su hermano se esta portando mal con ella y eso hace que ella se ponga triste.      |
| 26-abril-2006              | <b>Test del dibujo libre</b>                                                | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual. | Presencia de sentimientos de ira y culpa, baja autoestima y temor por lo que le pueda pasar a su hermano y a ella.                                                                          |
| 26-abril-2006              | <b>HTP</b>                                                                  | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                  | La niña presenta sentimientos de inseguridad, aislamiento acompañado de rasgos depresivos. Presenta una perturbación generalizada. Preocupación por la esfera sexual.                       |
| 4-mayo-2006                | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas victimas de abuso sexual.        | Presencia de trastorno de estrés postraumático con evidencia de conductas evitativas, reexperimentación y aumento de la activación, acompañado de manifestaciones somáticas de la ansiedad. |

|                 |                                      |                                                                                      |                     |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 4-mayo-<br>2006 | <b>Test de depresión<br/>de Beck</b> | Medir el grado de<br>depresión que<br>presenta el menor<br>debido al abuso<br>sexual | Normal<br>7 puntos. |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático acompañado de baja autoestima.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 6**

##### ***DATOS DE FILIACION***

|                              |                     |                  |            |
|------------------------------|---------------------|------------------|------------|
| Nombre:                      | N. N. Alberca       |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:       | 15 de marzo de 1997 | Edad:            | 9 años     |
| Sexo                         | Femenino            | Ocupación:       | Estudiante |
| Instrucción:                 | Primaria            | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                   | 9 de Octubre        | Teléfono:        |            |
| Informante:                  | Niña /mamá          | Responsable:     | madre      |
| Tipo de abuso Sexual         | Violación           | Edad del agresor | 19 años    |
| Lazo afectivo con el agresor | Tío                 |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA***

Niña acude a consulta para recibir apoyo psicológico debido a que fue víctima de abuso sexual.

##### ***PSICOBIOGRAFIA***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

La madre refiere que el embarazo y el parto fue normal que la niña tuvo un buen desarrollo al igual que el resto de sus hijos, ingreso a la escuela a los 5 años de edad manteniendo siempre buenas relaciones con sus compañeras y maestras, y manteniendo buenas calificaciones pero hace un año comenzó con problemas mentales actualmente toma medicación psiquiátrica en la mañana y en la noche, pero no recuerda los nombres de los medicamentos. Últimamente no ha tomado porque no le dejan dormir, además tiene pesadillas.

Debido a que ha dejado de tomar sus medicamentos, la otra noche sintió que le halaban los pies y no podía hablar para pedir ayuda. En otra ocasión, cuando estaba

estudiando y estaba ya durmiéndose le vio a una chica rubia que estaba sentada moviendo los pies y se esfumó por el techo, “yo quería correr pero no podía”. Esa fue la primera vez que la vio. Además de esta mujer, dice haber visto a su abuelito y a su tía que ya han muerto.

Últimamente ha soñado solo con sangre, soñó que el amigo de su hermana ha muerto, lo vio en su caja.

Otra vez en su casa escuchó a unos perritos que aullaban como un “alma”, pero su hermana no escuchaba nada, cuando los vio se hicieron humo, le contó a su mamá y ella le dijo que es solo su imaginación.

Manifiesta que a su psiquiatra no le ha contado todo lo que le pasó porque siente miedo.

Dice que si ha sacado su ira golpeándole a las muñecas, a las almohadas, etc., pero su mamá le dice que esta loca cada vez que la ve haciendo esto.

Siente la presencia de alguien que la sigue a cualquier lugar que va.

Su mamá continuamente le esta diciendo que esta loca y su padrastro le dice que inventa todo porque es una ociosa y no quiere hacer las cosas.

En algunas ocasiones se ha golpeado la cabeza en la pared, porque sentía rabia y era la única manera de sacarla, ese rato no sentía nada de dolor, pero luego se vio con la cara hinchada y le dolía.

## ***ANAMNESIS***

La niña presenta alucinaciones visuales, auditivas. Es una paciente psiquiátrica y actualmente se encuentra tomando medicamentos.

## ***HISTORIA DEL ABUSO***

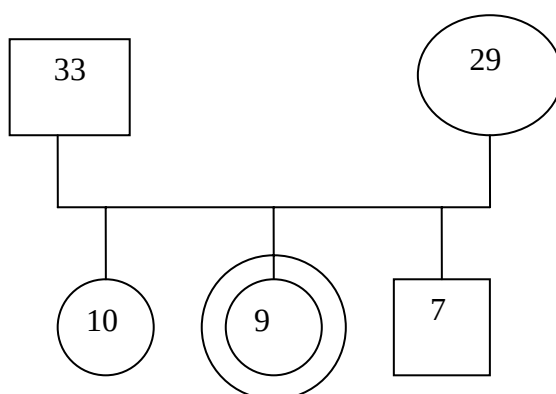
Ella tenía 6-7 años cuando su tío Braulio empezó a tocarle. La primera vez, ella no sabía que es lo que el estaba haciendo. Empezó a tocarle y le dijo que no le diga nada a nadie, ella se dejó pero no quería, entonces le decía a la mamá que él le llevaba a comprar, pero en cambio él le llevó al monte, “yo me fui más allá pero él me dijo que regrese donde él porque allí habían borrachos, una vez ahí me dijo que me baje el pantalón, como yo no quise el me lo bajo, cuando llegamos a casa me ardía la vagina, no dije nada porque él quería matarle a mi mamá o a mi ñaña. Cuando era mas

chiquita tenía miedo, me asustaba, me escondía, me amenazaba, por miedo no le dije nada a mamá”.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA***

La niña se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada; se muestra poco colaboradora durante las entrevistas, su lenguaje es normal, no presenta alteración en el estado de conciencia, mantiene normalmente su atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, se muestra afectivamente deprimida, su pensamiento y expresión son normales, el juicio va acorde con su edad, orientada en espacio, tiempo y lugar.

### ***FAMILIOGRAMA***



### ***RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:***

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                | <b>objetivo</b>                                                            | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22-06-06                   | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña. | La niña manifiesta que desde que tenía 6-7 años su tío le ha hecho cosas muy feas que ha ella le dolía mucho y que en un principio no le decía a su madre porque le daba mucha vergüenza y además tenía mucho miedo de |



|                 |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                                                             |                                                                                                 | que el matara a mi mami.                                                                                                                                                                                                                |
| 22-06-06        | <b>Test del dibujo libre</b>                                                | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual.      | La niña demuestra ansiedad, miedo y desesperación, en busca de ayuda                                                                                                                                                                    |
| 29-06-06        | <b>HTP</b>                                                                  | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                       | El ambiente de la niña se e ocasiones se torno restrictivo, con mucha tensión, presenta estrés, inseguridad, rigidez, aislamiento, impotencia, traumas, dependencia, inmadurez, preocupación por el futuro, falta de afecto en el hogar |
| <b>06-07-06</b> | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | El ambiente familiar en el que se desenvuelve la niña no es adecuado existe muy poco acercamiento con los padres, en especial con el padre, falta de comprensión y afecto por parte de los padres.                                      |
| 13-07-06        | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual.             | Conducta evitativa, experimentación constante del suceso, problemas de sueño, irritabilidad.                                                                                                                                            |

|          |                                  |                                                                          |                        |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 20-07-06 | <b>Test de depresión de Beck</b> | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual | Depresión<br>17 puntos |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|

***APROXIMACION DIAGNOSTICA:***

Trastorno por Estrés post Traumático, Depresión, Baja Autoestima, a causa del Abuso Sexual del cual ha sido victima por 3 años.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 7**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                    |                  |            |
|-------------------------------|--------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Calderón     |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 16 de febrero 2000 | Edad:            | 6 años     |
| Sexo:                         | Masculino          | Ocupación:       | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria           | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | El Vecino          |                  |            |
| Informante:                   | Madre/niño         | Responsable:     | Madre      |
| Fecha de inicio:              |                    |                  |            |
| Tipo de Abuso:                | Violación          | Edad del Agresor | 36 años    |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Vecino             |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Violación

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

El niño es el tercero de 5 hermanos, su madre refiere que el embarazo y parto fue normal que no hubo ningún tipo de problema, que no recuerdo con claridad el desarrollo del niño, pero manifiesta que todo fue normal.

El niño ingresa a la escuela a la edad de 5 años mantenido buenas relaciones con sus compañeros y maestras.

El niño mantiene buenas relaciones con sus hermanos y madre. Su padre falleció hace más de un año hecho que entristeció mucho al niño y que hasta la fecha no ha podido olvidar.

### ***ANAMNESIS:***

Niño asiste a consulto psicológica en compañía de su madre, quien manifiesta que su hijo a sido violado por un persona del vecindario, refiere además que aunque el agresor está preso y lo van a juzgar, no sabe como va a recuperarse el niño, ya que se siente muy mal.

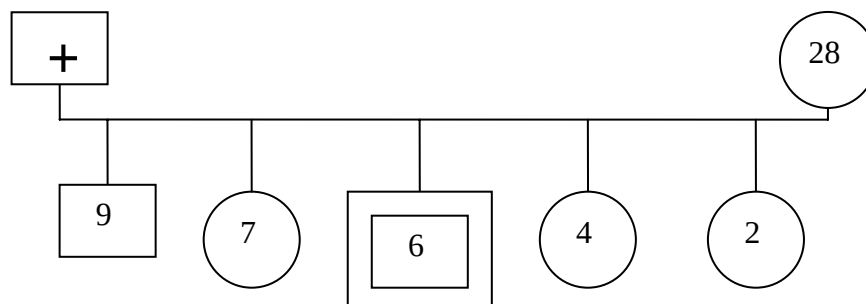
### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

Madre “yo me encontraba lavando la ropa dentro de la casa, mientras mi hijo estaba jugando en la calle con otros niños que viven cerca y de repente oí un grito espantoso y salí corriendo a ver a mi hijo, cuando salí vi a mi hijo con su pantaloncito bajado y con sangre, yo me asusté mucho y mi vecino comentaron que solo un vecino se acerco a mi hijo y luego que el niño grito y luego salio corriendo, entonces unos vecinos lo siguieron y llamaron a la policía, me pidieron que llevara a mi hijo a un medico para unos exámenes, y luego de eso me avisaron que mi hijo fue violado que presentaba desgarro a nivel del ano”

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

El niño se presenta vestido de acuerdo a sexo y edad, aseado; se muestra muy temeroso a la hora de la entrevista, no quiere hablar, no presenta alteración en el estado de conciencia, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, su pensamiento es normal, el juicio va acorde con su edad, orientado en espacio y tiempo.

### ***FAMILIOGRAMA***



**RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                | <b>objetivo</b>                                                                                 | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05-07-06                   | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña.                      | El niño relata que “yo estaba jugando con mi amiguitos que viven cerca de mi casa, me aleje un momento de ello para ir a traer la pelota que se fue muy abajo, se me acercó un vecino me ofreció plata y después me bajo el pantalón y le provocó un dolor muy fuerte en mi rabito” |
| 05-07-06                   | <b>Test del dibujo libre</b>               | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad y miedo a causa de abuso sexual.                       | El niño manifiesta que en su dibujo está un niño que es muy feliz y solo quiere jugar con sus amiguitos.                                                                                                                                                                            |
| 12-07-06                   | <b>HTP</b>                                 | Manifestación de rasgos de abuso sexual                                                         | En ocasiones el ambiente se presenta restrictivo, sentimientos de inseguridad, preocupación sexual, ansiedad, temor, además presenta agresividad.                                                                                                                                   |
| 19-07-06                   | <b>Test de la Familia.</b>                 | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | El niño presenta buenas relaciones familiares tanto con sus hermanos como con su madre, aunque manifiesta “extraño mucho a mi padre sabíamos jugar pelota”, con tendencia al aislamiento.                                                                                           |

|          |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26-07-06 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | El niño presenta problemas en el momento de conciliar el sueño y se presenta temeroso a la hora de dormir ya que tiene pesadillas frecuentes, incapacidad para concentrarse en el aula de clases, aislamiento social, desconfianza. |
| 02-08-06 | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual                        | Depresión leve<br>12 puntos                                                                                                                                                                                                         |

### ***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático, depresión leve y Baja Autoestima.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 8**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                     |                  |            |
|-------------------------------|---------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. González      |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 02 de junio de 1996 | Edad:            | 8 años     |
| Sexo:                         | Femenino            | Ocupación:       | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria            | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | San Miguel          |                  |            |
| Informante:                   | Madrina/madre       | Responsable:     | Madrina    |
| Fecha de inicio:              | 15 de agosto 2006   |                  |            |
| Tipo de Abuso:                | Violación           | Edad del Agresor | 23 años    |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Primo               |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Intento de violación.

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

La niña es la ultima de hija de 6 hermanos, su madrina refiere que el embarazo y parto fueron normales de lo que ella sabe, además manifiesta que la niña como todas la criaturas a iniciado el habla y a caminado a los 10 meses de edad, refiere no saber con exactitud, ya que hasta hace algunos meses ha tomada contacto con la familia de la niña pues viven muy alejados de la ciudad, son una familia de escasos recursos económico, por lo que ignoran muchas cosas, y por el momento yo me voy hacer responsable de mi ahijada

***ANAMNESIS:***

La niña refiere que su hermano en varias ocasiones su hermano a intentado violarle y que su mama no hace nada al respecto porque le tiene miedo ya que es un hombre muy agresivo que en repetidas ocasiones agrede física y psicológicamente a su madre y a todos sus familiares y en una ocasión le provocó un aborto, por ello decidió contarle a su madrina ya que ahora el primo logro su propósito, en una visita a la ciudad le contó todo a su madrina quién al enterarse de lo sucedido, pide la madre que haga una denuncia en contra de su hijo pero refiere que la madre se niega rotundamente, al ver esto la señora manifiesta que decide que la niña se quede en su casa y que ella hará todo lo que sea posible para que el abusador vaya a la cárcel.

***HISTORIA DEL ABUSO:***

El día domingo 14 de agosto mientras estaba lavando los platos mi primo Miguel entro en la casa y pregunto por mi hermano menor a lo que contesté que no sabía, ya que mi hermano estaba muy bravo, al ver que yo no le decía nada me apretó fuerte y me dijo “ahora si vas a ver lo que es bueno”, cogió un cuchillo y me rasgo la falda y no me pudo hacer nada porque estaba con un short que estaba muy apretado me amarre con un hilo, yo grite mucho pidiendo que alguien me ayude y me pego en la boca diciendo que me calle, que haga silencio, logró abrirme el short y me dolió mucho, entonces le mordí la mano y salí corriendo por la carretera avisarle a mi mami.

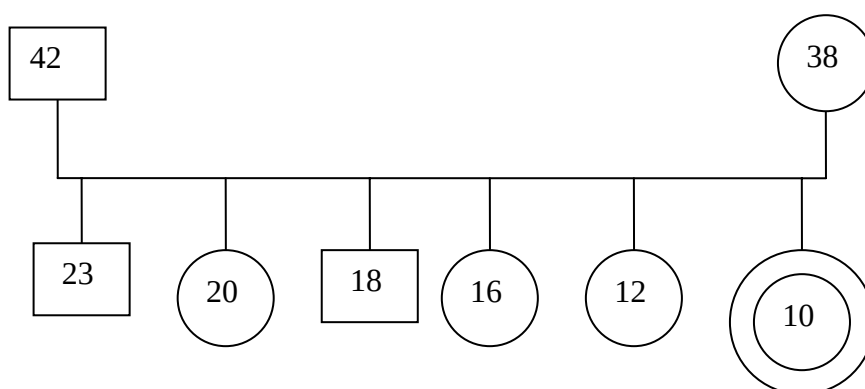
Esta no es la primera vez que pasa, un día cuando estaba viendo televisión también intento hacer lo mismo pero llegaron mis hermanos y no me hizo nada.

***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

La niña se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada; se muestra muy temerosa a la hora de la entrevista, su lenguaje es apropiado para su edad, no presenta alteración en el estado de conciencia, mantiene su atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, su pensamiento y expresión son normales, el juicio va acorde con su edad, orientada en espacio y tiempo.



## FAMILIOGRAMA



## RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:

| Fecha de aplicación | Test                                       | objetivo                                                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-08-06            | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña. | La niña se presenta confiada y colaboradora durante el juego, además manifiesta sentirse muy triste porque no le gusta estar lejos de su casa y de su familia, refiere “que su madrina es muy buena y que le va ayudar a mandarle a su primo a la cárcel por lo que me hizo y después voy ha regresar a mi casa porque ya no hay quien le moleste y voy a ser feliz” |
| 23-08-06            | <b>Test del dibujo libre</b>               | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo, a causa de abuso sexual.  | La niña manifiesta que no le gusta mucho dibujar pero que le gustaría hacer una linda casita en donde viva toda su familia y su madrina también para que sean muy felices, pero tiene miedo de su primo.                                                                                                                                                             |

|          |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30-08-06 | <b>HTP</b>                                                                  | Manifestación de rasgos de abuso sexual                                                         | La niña presenta énfasis y satisfacción por la fantasía, sentimientos de inadecuación en el ambiente familiar, necesidad de protección, problema con la identidad sexual, rigidez, tensión. |
| 06-09-06 | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | Ambiente familiar restrictivo y disfuncional, en algunas ocasiones la niña tiende al aislamiento, se evidencian malas relaciones familiares tanto con los padres como con los hermanos.     |
| 13-09-06 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso sexual.             | La niña presenta evitación, reexperimentación del suceso, ansiedad, llanto fácil y problemas para conciliar el sueño con pesadillas muy frecuentes sobre el hecho.                          |
| 20-09-06 | <b>Test de depresión de Beck</b>                                            | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual                        | Depresión                                                                                                                                                                                   |

### ***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático, depresión y Baja Autoestima.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 9**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                         |                  |            |
|-------------------------------|-------------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Verdugo           |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 05 abril de 2000        | Edad:            | 6 años     |
| Sexo:                         | Masculino               | Ocupación:       | Estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria                | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | Sector Nueve de Octubre |                  |            |
| Informante:                   | Madre/niño              | Responsable:     | Madre      |
| Fecha de inicio:              |                         |                  |            |
| Tipo de Abuso:                | Intento de Violación    | Edad del Agresor | 6 años     |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Ninguno                 |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

Abuso Sexual.

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

El niño es el menor de tres hermanos, su madre refiere que el embarazo y parto fueron normales sin ningún tipo de problema, comienza la deambulación a los 6 meses de edad, el habla a los 8 meses, camina al 1 año 2 meses, al igual que sus hermanos mayores.

El niño ingresa a la escuela a los 5 años de edad manteniendo buenas relaciones con sus compañeros y sus maestra, en el presente año lectivo comienza con problemas a nivel académico con resistencia a ir a la escuela, por lo que en varias ocasiones su madre a tenido que obligarle a ir y en ocasiones pegarle para que asiste a clases ya

que un desconocido a la salida de la escuela le molesta y le ha manoseado sus genitales también a intentado a la fuerza bajarle los pantalones.

Mantiene buenas relaciones familiares tanto con sus padres como con sus hermanos.

### ***ANAMNESIS:***

La madre del niño acude a consulta desesperada por el comportamiento de su hijo manifiesta que últimamente el niño, pues no quiere dormir solo, no quiere comer, presenta fiebre por no ir a la escuela, todo esto a provocado la preocupación de sus familiares, quienes no saben que hacer puesto que el agresor es su compañero de clases de sus misma edad y no puedo realizar una denuncia ni trámites legales en contra de un niño.

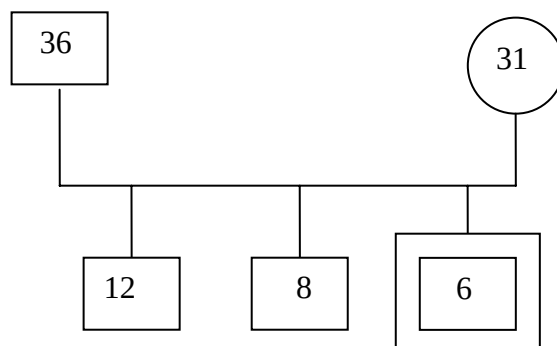
### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

La madre del niño manifiesta que su hijo le contó que un desconocido después de clases siempre le llamaba y le daba dulces hasta que después de hacerse amigo le empezó a manosear y en esta ocasión a la fuerza intentó bajarle los pantalones, entonces el grito y este seño desapareció..

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

El niño al momento de la entrevista se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseado; se muestra muy temeroso, con llanto fácil, su lenguaje es escaso, no presenta alteración en el estado de conciencia, no mantiene atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, su pensamiento es normal, el juicio va acorde con su edad, orientado en espacio y tiempo.

### ***FAMILIOGRAMA***



### **RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:**

| <b>Fecha de aplicación</b> | <b>Test</b>                                                                 | <b>objetivo</b>                                                                                 | <b>Resultados</b>                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01-09-06                   | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b>                                  | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña.                      | Durante el juego proyectivo el niño manifiesta que un desconocido después de clases le toca sus genitales y le insulta muy feo y le quiso bajar los pantalones.                                                      |
| 01-09-06                   | <b>Test del dibujo libre</b>                                                | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad y miedo, a causa de abuso sexual.                      | No se manifiesta mientras realiza dibujos con pintura negra y roja, que se semejan a machas de sangre.                                                                                                               |
| 08-09-06                   | <b>HTP</b>                                                                  | Manifestación de rasgos de abuso sexual                                                         | El niño se muestra con gran preocupación por la sexualidad, ansiedad, tristeza, aislamiento, regresión, preocupación ambiental, hostilidad, agresión oral, depresión,                                                |
| 15-09-06                   | <b>Test de la Familia.</b>                                                  | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | El niño presenta buenas relaciones familiares, tanto con sus padres como con sus hermanos, el ambiente familiar se muestra seguro y acogedor.                                                                        |
| 22-09-06                   | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</b> | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | Presenta ansiedad extrema al entrar en contacto con personas y lugares que le recuerden el trauma, dificultad para respirar, sudoración cada vez que recuerda el hecho, problemas de sueño con pesadillas, problemas |

|          |                                  |                                                                          |                                                                                                          |
|----------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                  |                                                                          | alimentitos, pérdida del interés por el juego y otras actividades que antes la realizaba con normalidad. |
| 29-09-06 | <b>Test de depresión de Beck</b> | Medir el grado de depresión que presenta el menor debido al abuso sexual | Depresión leve<br>15 puntos                                                                              |

***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático, agresividad y rasgos depresivos.

## **FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

### **ABUSO SEXUAL INFANTIL**

#### **HISTORIA CLÍNICA # 10**

##### ***DATOS DE FILIACIÓN:***

|                               |                      |                  |            |
|-------------------------------|----------------------|------------------|------------|
| Nombre:                       | N. N. Wampio         |                  |            |
| Lugar y Fecha de Nac.:        | 22 de julio de 1996  | Edad:            | 10 años    |
| Sexo:                         | Femenino             | Ocupación:       | estudiante |
| Instrucción:                  | Primaria             | Religión:        | Católica   |
| Dirección:                    | San Antonio de Gapal |                  |            |
| Informante:                   | Niña/madre           | Responsable:     | Mamá       |
| Fecha de inicio:              | 01 de agosto 2006    |                  |            |
| Tipo de Abuso:                | Acoso Sexual         | Edad del Agresor | 31 años    |
| Lazo Afectivo con el Agresor: | Padrastro            |                  |            |

##### ***MOTIVO DE CONSULTA:***

La menor es acosada sexualmente por su padrastro.

##### ***PSICOBIOGRAFIA:***

(Antecedentes biológicos y socioculturales)

La niña única hija del primer matrimonio de su madre, quien procreo a la niña cuando tenía 21 años de edad, la señora manifiesta que su embarazo y parto fueron normales, sin ningún tipo de complicaciones, además refiere que la niña inicio el habla a los 10 meses, la deambulación a los 5 meses y lacto aproximadamente hasta el año de edad, además manifiesta que el padre de la niña murió hace 4 años hecho que entristeció mucho a la niña y la llenó de temores y que aproximadamente hace 2 años contrajo nuevas nupcias y procreó una niña que actualmente tienen 1 años de edad.

La niña inicio su actividad escolar a los 5 años de edad en la Escuela Fe y Alegría, obteniendo calificaciones aceptables y manteniendo buenas relaciones con sus compañeras y maestras; sus maestras y madre aseguran que la conducta de la niña ha cambiado y que sus calificaciones están notablemente afectadas y constantemente pelea con sus compañeras y hermano.

### ***ANAMNESIS:***

La niña acude a consulta en compañía de su madre quien manifiesta que su hija a cambiado notoriamente su comportamiento, que últimamente esta muy agresiva con ella y que en la escuela la maestra le recomendó hablar con la psicóloga de del plantel, quien después de algunas entrevistas con mi hija había hablado con la directora y está me llamó para informarme que la psicóloga sospecha que mi hija esta siendo abusada sexualmente, refiere que la directora del plantel le informo que tenía que poner una denuncia con las abogadas de la Corporación Mujer a Mujer, además manifiesta que tuvo miedo de poner la denuncia es por ello que no se acercó de manera inmediata, por lo que un esta ocasión es acompañada por la psicóloga del plantel y me quieren obligar a poner una denuncia ya que dicen que mi hija esta siendo abusada sexualmente y que aquí van hacer las investigaciones del caso; la madre además refiere que no puede creer que su hija haya inventado estas cosas que no tiene idea de que pueda estar ocurriendo con ella y que las profesoras no le pueden creer a una niña, “solo quiero que todo esto se aclare y que mi hija deje de ser tan malcriada”

### ***HISTORIA DEL ABUSO:***

La niña manifiesta que desde que ella tiene 8 años su padrastro se mete en su cuarto y que levanta las cobijas, le toca sus piernas y su cuerpo manifiesta “el dice que me quiere mucho pero a mi no me gusta eso y además a mi hermana NN no le hace lo mismo, yo ya no quiero que el haga eso, no me gusta, refiere también que en muchas ocasiones le ha contado lo sucedido a su madre, pero que ella no le cree, incluso me obliga a que mi padrastro me lleve y me recoja de la escuela a pesar de que yo le he dicho que no me gusta, cuando vamos a la casa de la escuela me cuenta cosas feas y además dice que le gustaría mucho que yo le hiciera esas cosas feas; una vez intento bajarme el interior pero llego mi abuelita y desde ahí le dije a mi mami que a mi me gustaría pasar con mi abuelita todo el tiempo y eso si me dejo, y ahora yo quiero

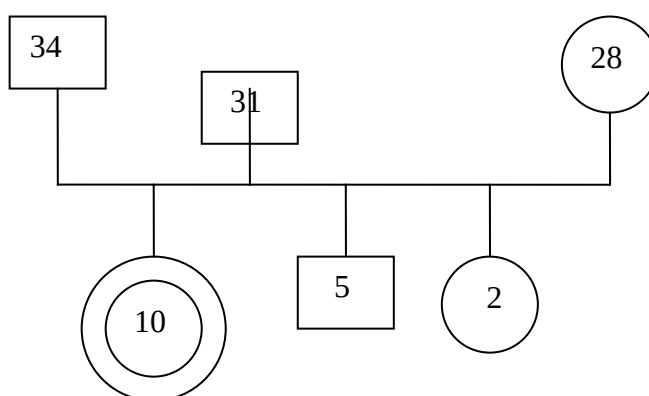


vivir con mi abuelita yo no quiero irme a la casa de mi mami porque mi padrastro es malo”.

### ***ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA:***

La niña se presenta vestida de acuerdo a sexo y edad, aseada y arreglada; se muestra un poco tímida a la hora de la entrevista, su lenguaje es apropiado para su edad, no presenta alteración en el estado de conciencia, mantiene normalmente su atención, tiene buena conducta motora, su comportamiento es normal, su pensamiento y expresión son normales, el juicio va acorde con su edad, orientada en espacio y tiempo.

### ***FAMILIOGRAMA***



### ***RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS:***

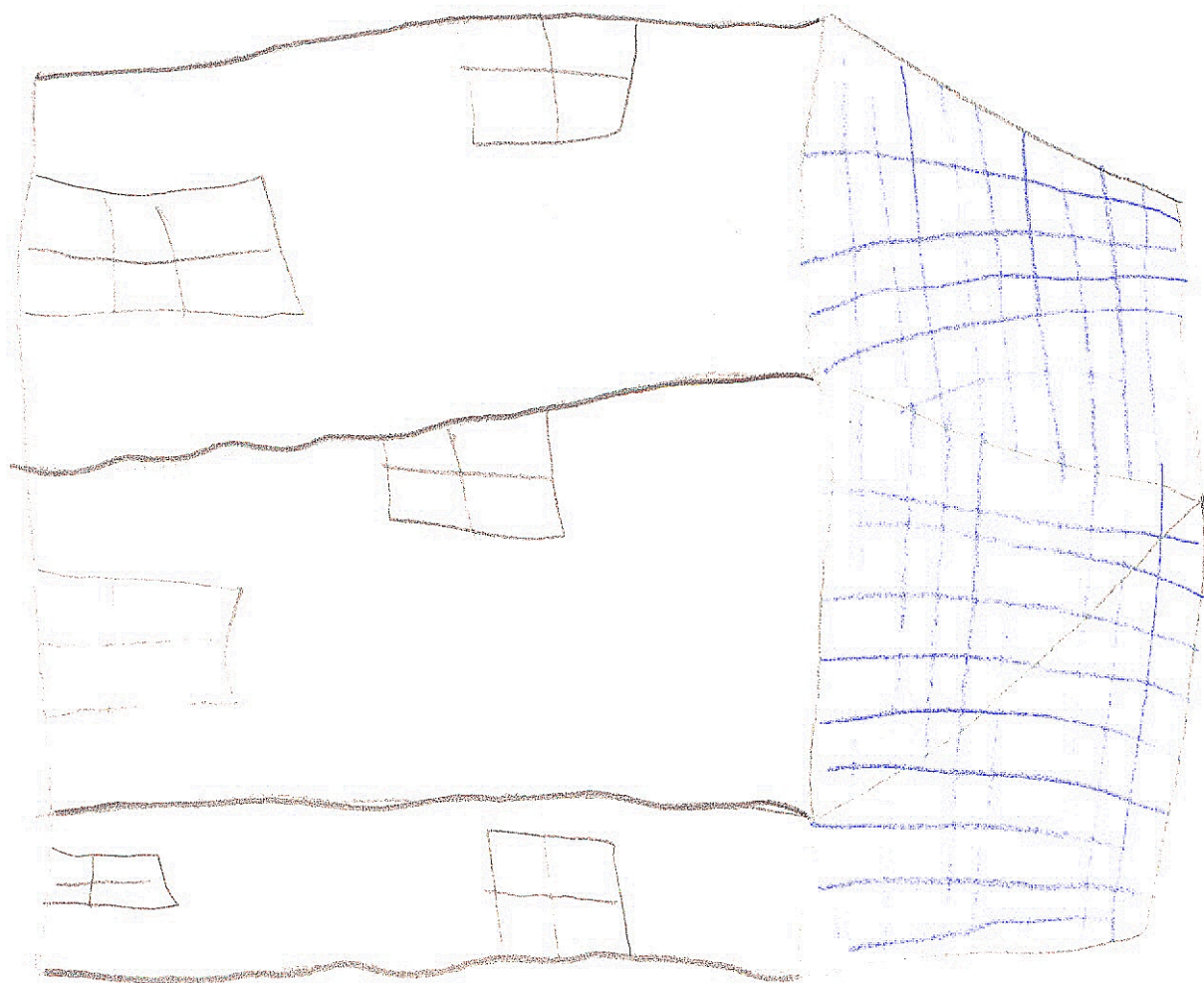
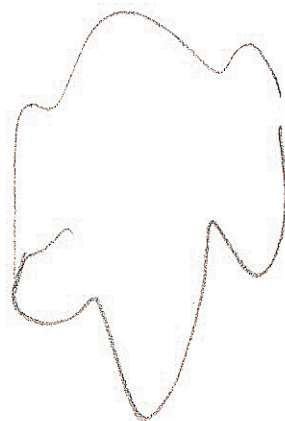
| Fecha de aplicación | Test                                       | Objetivo                                                                   | Resultados                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01-08-06            | <b>Técnica lúdica de juego proyectivo.</b> | Obtención de información a cerca del abuso efectuado en contra de la niña. | La niña se presenta confiada y colaboradora durante el juego, además manifiesta que se siente muy triste porque no le gusta lo que su padrastro le hace, refiere “quisiera tener un padre como el de mi amiga que le quiere mucho |

|          |                                                        |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                        |                                                                                                 | y que no le hace cosas feas”, manifiesta que ella y su hermano vivían muy bien hasta que su madre se volvió a casar.                                                                                                                                                                          |
| 01-08-06 | <b>Test del dibujo libre</b>                           | Manifestación de rasgos de ira, ansiedad, miedo y otras conductas a causa de abuso sexual.      | La niña relata que su dibujo no le gusta está muy feo porque la niña del dibujo esta triste y llora mucho a lo mejo le hicieron algo muy feo, porque no tiene papá y si lo tuviera, el la cuidaría.                                                                                           |
| 08-08-06 | <b>HTP</b>                                             | Manifestaciones de rasgos de abuso sexual                                                       | La niña muestra falta de afecto en el hogar, exhibicionista, aislamiento, evasión, suspicacia, ansiedad, rigidez, regresión, conflicto en la identificación de género, dependencia, falla en los mecanismos de defensa, traumas, miedo, baja autoestima, agresión.                            |
| 15-08-06 | <b>Test de la Familia.</b>                             | Medir relaciones familiares en relación al incesto y ambiente en el que el menor se desenvuelve | En varias ocasiones el ambiente familiar se presenta restrictivo y no apto para una convivencia sana no existe buenas relaciones ni con la madre, con el padrastro tampoco existe buena relación, pero existe apego con lo hermanos y primos a los que ve como amigos y compañeros de juegos. |
| 22-08-06 | <b>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de</b> | Determinar los rasgos del TEPT presentes en niños y niñas víctimas de abuso                     | Conducta evitativa, reexperimentación del suceso, problemas de sueño, problemas en la alimentación.                                                                                                                                                                                           |

|          |                                      |                                                                                      |                        |
|----------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|          | <b>Estrés<br/>Postraumático</b>      | sexual.                                                                              |                        |
| 29-08-06 | <b>Test de depresión<br/>de Beck</b> | Medir el grado de<br>depresión que<br>presenta el menor<br>debido al abuso<br>sexual | Depresión<br>18 puntos |

***APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:***

La paciente presenta rasgos característicos de trastorno por estrés post-traumático, depresión y baja autoestima.



La casa

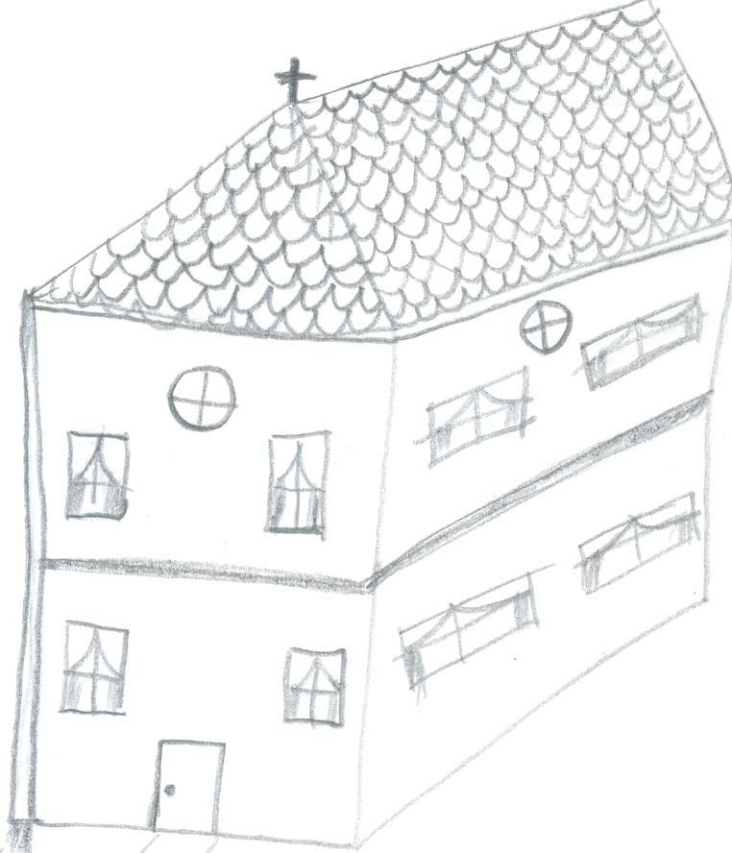


Dayana  
Dayana 5 5





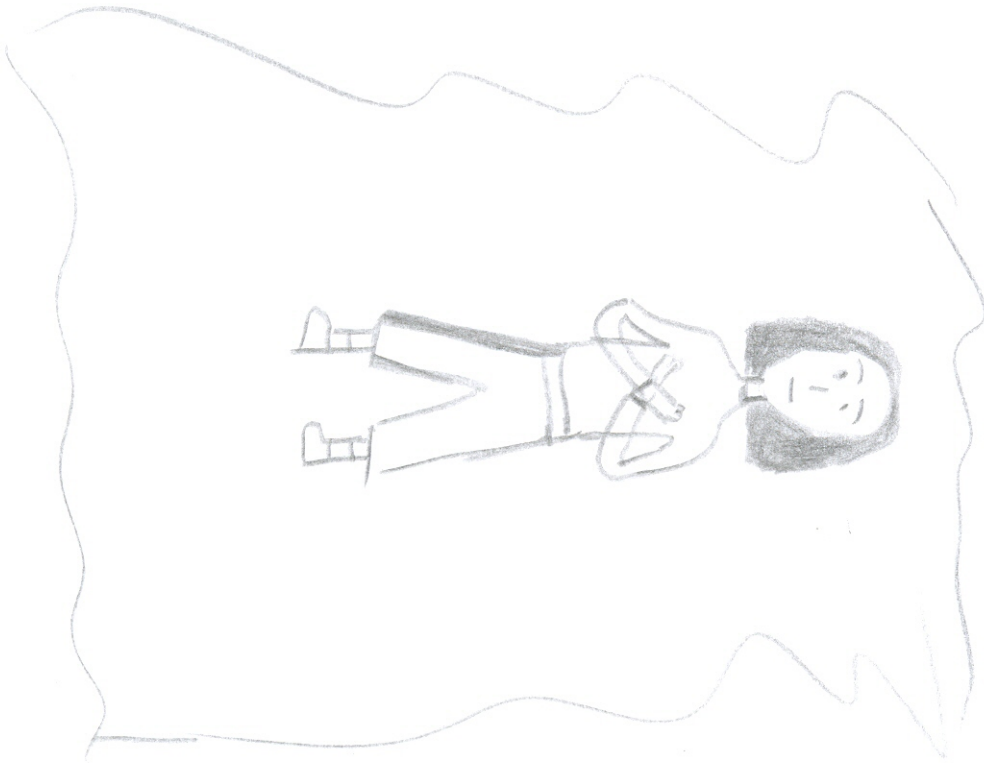




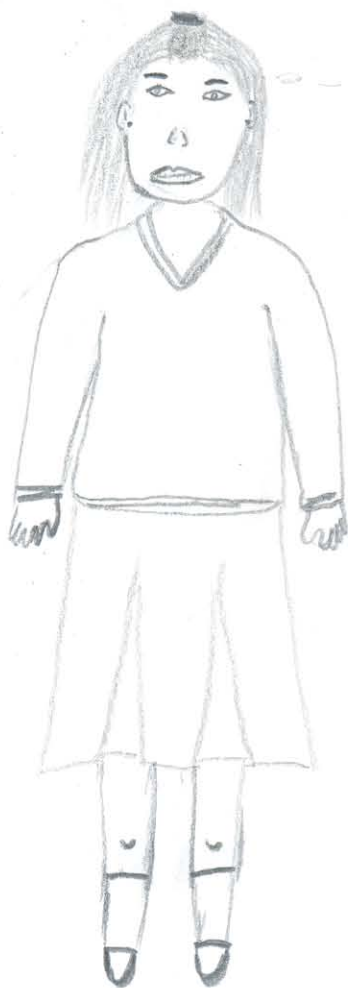




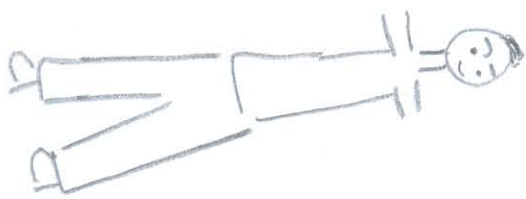
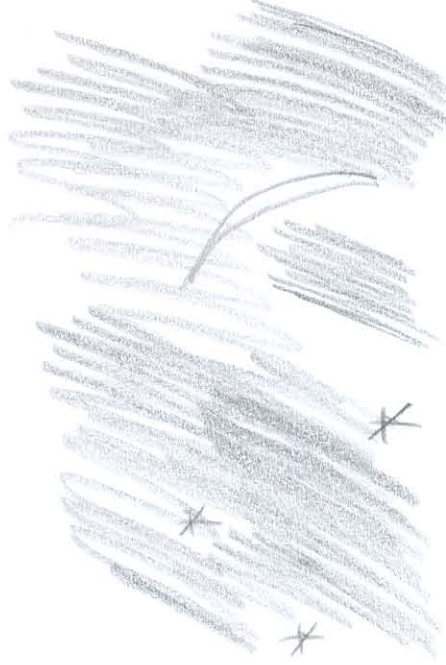
Me Siento Solo  
y  
Triste



Amelia







# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: N.N. Wampio  
 EDAD: 10 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: 22 - Agosto - 06

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Acoso Sexual

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? 1 año  
 ¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>2</u> |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>3</u> |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparezcan como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                               | <u>1</u> |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?   | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>2</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
 (Rango 0-15)

10

## EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>1</u> |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>1</u> |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>1</u> |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>1</u> |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>0</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)

8

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3231211

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

29



## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

|                                                                                     |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ✦ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.                           | 1 |
| ✦ Dolores de cabeza.                                                                | 1 |
| ✦ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).                           | 1 |
| ✦ Dolor o malestar en el pecho.                                                     | 0 |
| ✦ Sudoración.                                                                       | 1 |
| ✦ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.                                     | 0 |
| ✦ Náuseas o malestar abdominal.                                                     | 0 |
| ✦ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad.                      | 0 |
| ✦ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias).                             | 0 |
| ✦ Sofocos y escalofríos.                                                            | 1 |
| ✦ Temblores o estremecimientos.                                                     | 0 |
| ✦ Miedo a morir.                                                                    | 0 |
| ✦ Miedo a volverse loco o a perder el control.                                      | 0 |
| Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-33) | 5 |

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SI



Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico ( $\geq 3$  meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO



Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | 29                  |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | 10                  |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 6              | 8                   |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | 11                  |

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE N. N. Wampio EDAD 10 FECHA 29-Agosto-06.

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      1    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     0    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      1    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     0    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      1    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     0    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     0    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     0    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      2    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.



11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☒ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
☒ 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
☒ 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
☒ 2 Me canso sin hacer casi nada.  
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☒ 3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

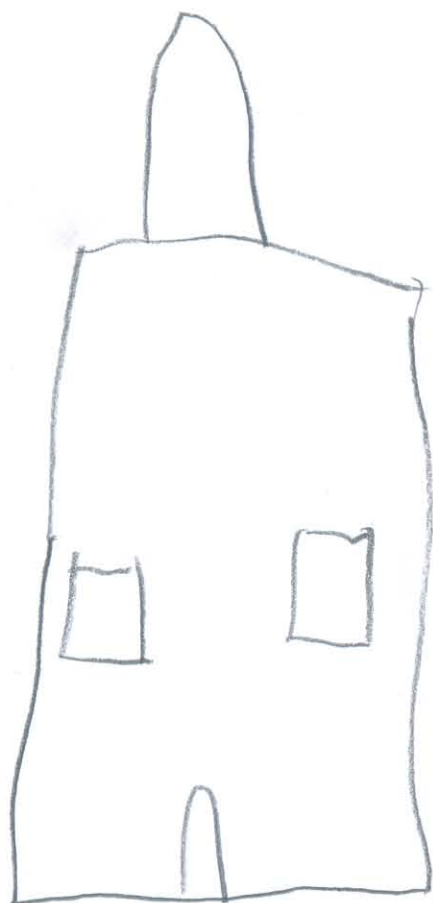
PUNTUACION TOTAL: 18

NIVEL DE DEPRESION \_\_\_\_\_

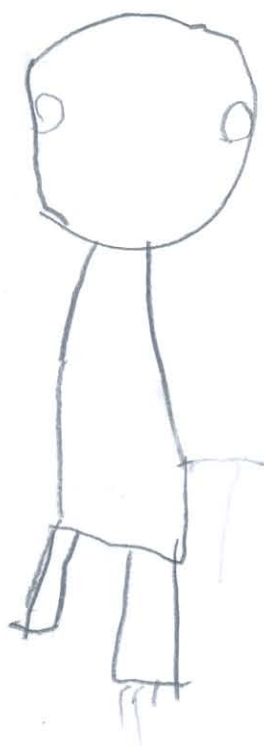
EXAMINADOR \_\_\_\_\_



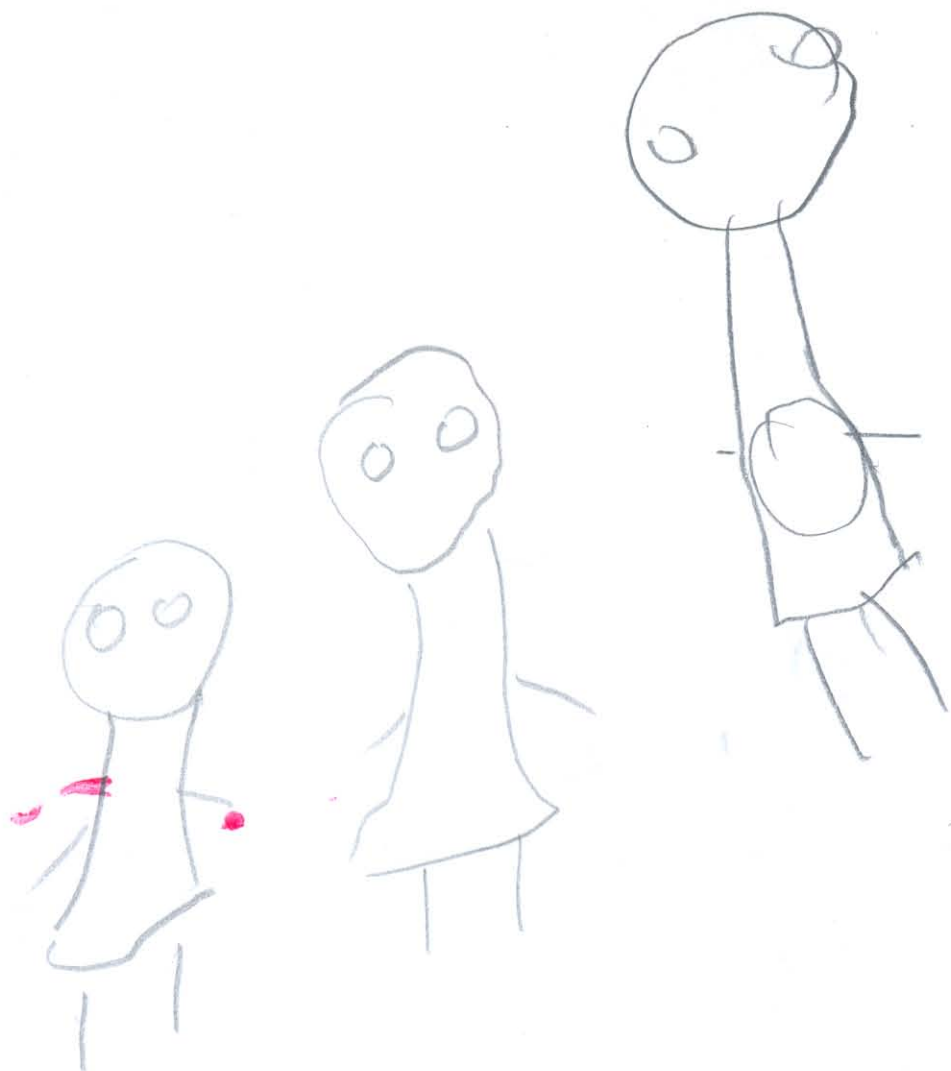
575











# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: M. N. Verdugo  
 EDAD: 6 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: 22 Septiembre -06

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>2</u>  |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>3</u>  |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                                | <u>2</u>  |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?   | <u>3</u>  |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>3</u>  |
| PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:<br>(Rango 0-15)                                                                                  | <u>13</u> |

## EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>1</u>  |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>2</u>  |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>2</u>  |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>3</u>  |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>3</u>  |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>2</u>  |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>0</u>  |
| PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)                                                                                                                       | <u>13</u> |

6-7

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3

2

3

2

2

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

12

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

38

dergu



## ESCALA COMPLEMENTARIA

*Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.*

- ✧ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo. 1
- ✧ Dolores de cabeza. 1
- ✧ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). 1
- ✧ Dolor o malestar en el pecho. 2
- ✧ Sudoración. 2
- ✧ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo. 1
- ✧ Náuseas o malestar abdominal. 1
- ✧ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad. 1
- ✧ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias). 0
- ✧ Sofocos y escalofríos. 2
- ✧ Temblores o estremecimientos. 2
- ✧ Miedo a morir. 0
- ✧ Miedo a volverse loco o a perder el control. 1

*Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39)*

15

### Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ



Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO



Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | 38                  |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | 13                  |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 6              | 13                  |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | 12                  |

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE N. N. Verdugo EDAD 6 FECHA 29 - Septiembre - 06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

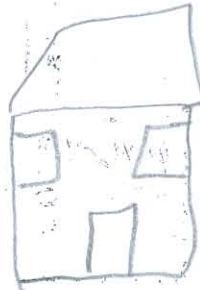
1.     0    No me siento triste.  
      ①    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      ①    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ①    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      ①    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     ①    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      ①    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     ①    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     ①    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ①    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      ②    Ahora lloro todo el tiempo  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

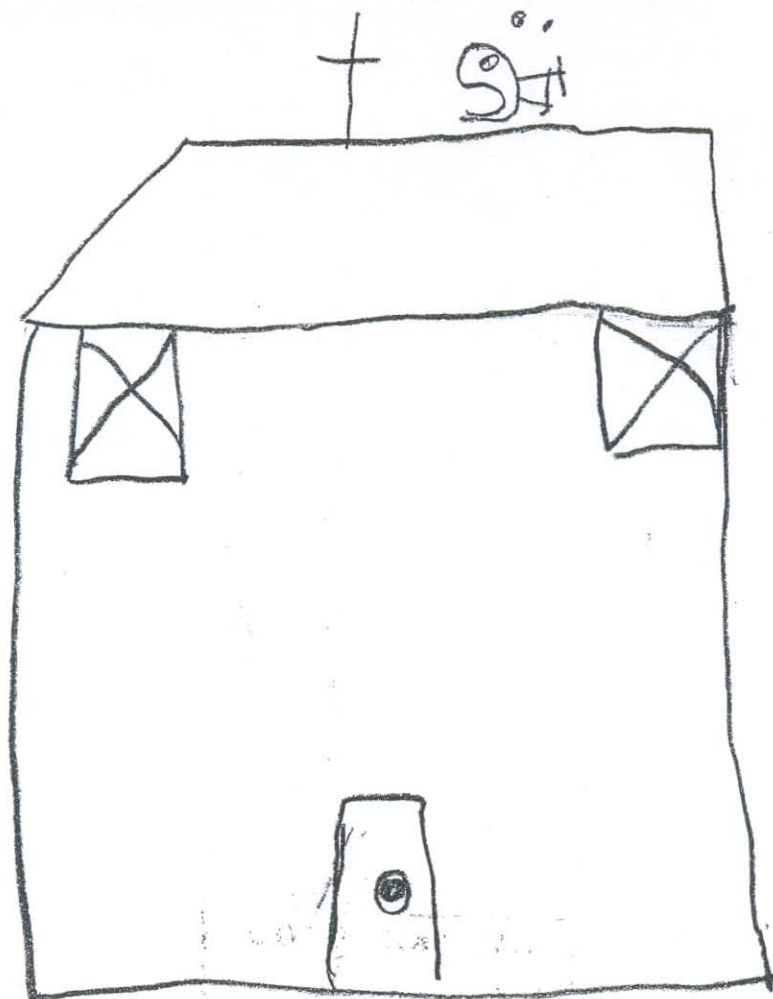
11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
☒ 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
☒ 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
☒ 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. ☒ 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
2 Me canso sin hacer casi nada.  
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
☒ 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 15

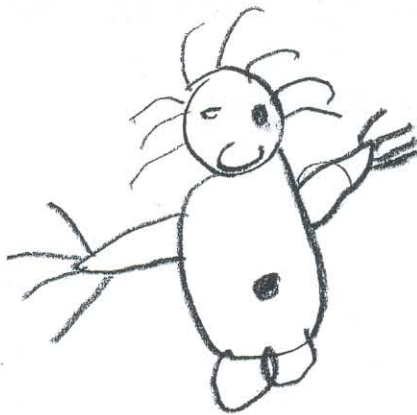
NIVEL DE DEPRESION \_\_\_\_\_

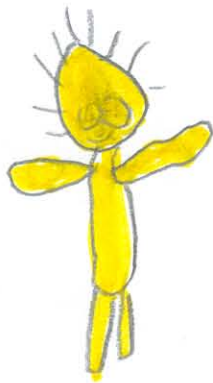
EXAMINADOR \_\_\_\_\_













# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: N. N. González  
 EDAD: 8 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: 13- Septiembre -06

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Violación

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? 1 mes

¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>2</u> |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                                | <u>2</u> |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?   | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>2</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
 (Rango 0-15)

10

## EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>1</u> |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>2</u> |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>1</u> |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>1</u> |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>1</u> |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>0</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)

8

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

2

1

2

2

2

9

27

## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso:

- ✦ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo. 1
- ✦ Dolores de cabeza. 1
- ✦ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). 1
- ✦ Dolor o malestar en el pecho. 1
- ✦ Sudoración. 2
- ✦ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo. 1
- ✦ Náuseas o malestar abdominal. 1
- ✦ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad. 1
- ✦ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias). 0
- ✦ Sofocos y escalofríos. 1
- ✦ Temblores o estremecimientos. 1
- ✦ Miedo a morir. 0
- ✦ Miedo a volverse loco o a perder el control. 0

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39) 11

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | <u>27</u>           |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | <u>10</u>           |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 6              | <u>8</u>            |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | <u>9</u>            |

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE N. N. González EDAD 8 FECHA 20-septiembre-06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.
  - 0 No me siento triste.
  - ☒ 1 Me siento triste.
  - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
  - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.
  - 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
  - ☒ 1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
  - 2 Siento que no tengo nada que esperar.
  - 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
  - ☒ 0 No creo que sea un fracasado(a).
  - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
  - 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - ☒ 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
  - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
  - 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.
  - ☒ 0 No me siento especialmente culpable.
  - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
  - 3 Me siento culpable siempre.
6.
  - ☒ 0 No creo que esté siendo castigado(a).
  - 1 Creo que puedo ser castigado(a).
  - 2 Espero ser castigado(a).
  - 3 Creo que estoy siendo castigado(a).
7.
  - ☒ 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
  - 1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
  - 2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
  - 3 Me odio.
8.
  - ☒ 0 No creo ser peor que los demás.
  - 1 Me critico por mis debilidades y errores.
  - 2 Me culpo siempre por mis errores.
  - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.
  - ☒ 0 No pienso matarme.
  - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - 2 Me gustaría matarme.
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
  - 0 No lloro más que de costumbre.
  - 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
  - ☒ 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

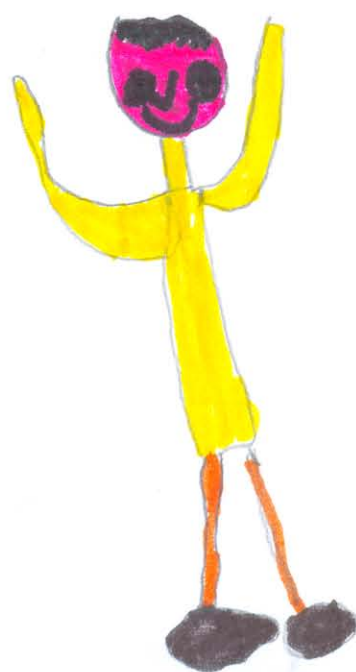


11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☒ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. ☒ 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
☒ 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
☒ 2 Me canso sin hacer casi nada.  
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☒ 3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 15

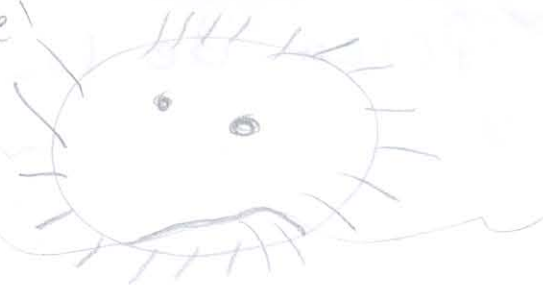
NIVEL DE DEPRESION \_\_\_\_\_

EXAMINADOR \_\_\_\_\_

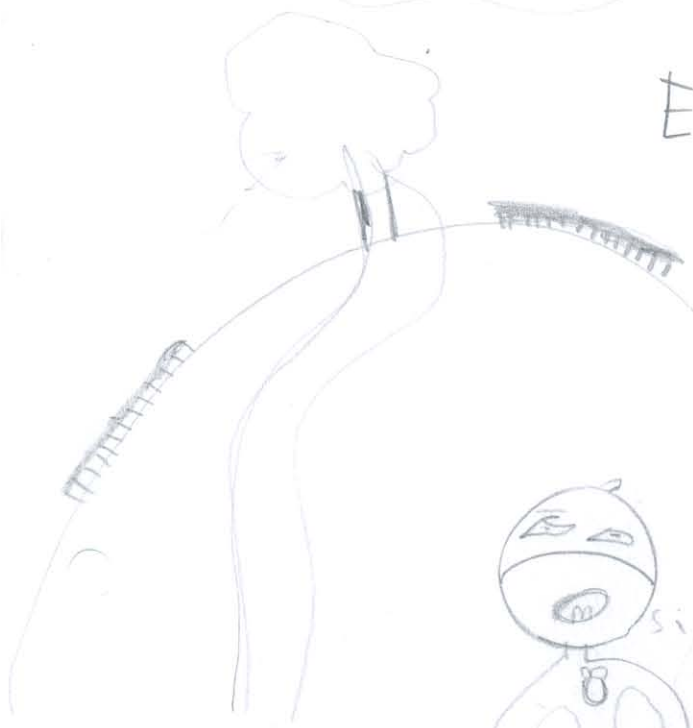


Luna 26/06/06

Titulo: Pelea de los Powrs Ranlles con el  
espíritu de merrie



El día viernes



si merrie



claro en  
equipo  
como  
dice  
colk

Guaysor deslendar

Guai sor combine  
tenemos que  
trabajar en equipo



no dejen esta es  
mi pelea



nopodra ganar  
por que tengo  
poder muchos



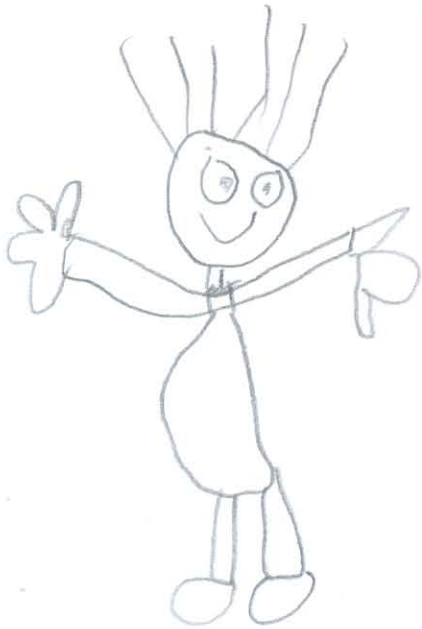
corro hiso  
eso hay  
que llorar  
a los guai  
sor haora  
colk

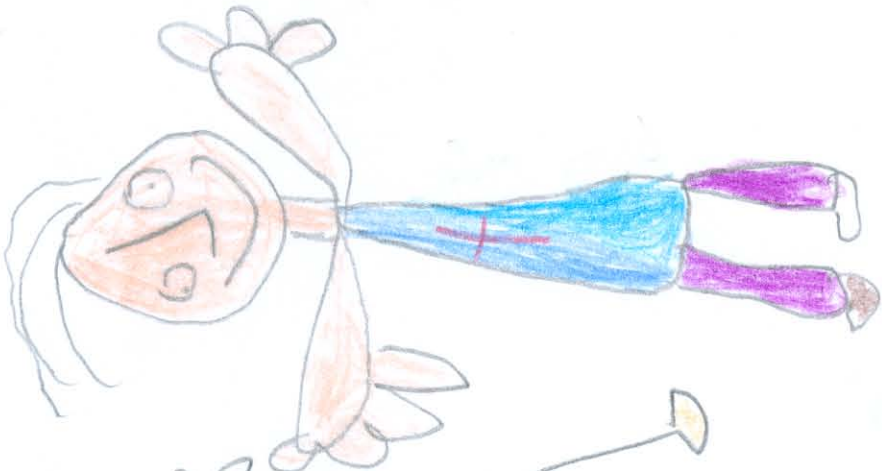
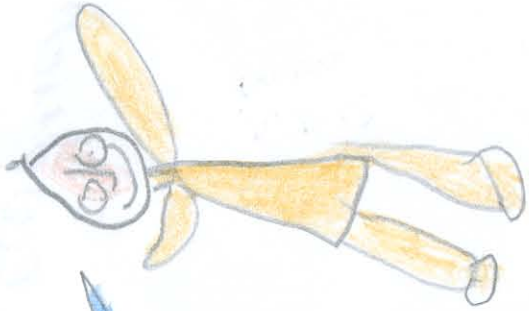






David Octosa (parieta)  
Gaños





# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: N. N. Calderón  
 EDAD: 6 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: 20-Julio-06

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: violación  
 ¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? 2 días  
 ¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>2</u> |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                                | <u>2</u> |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?   | <u>1</u> |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>2</u> |
| PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:<br>(Rango 0-15)                                                                                  | <u>9</u> |

## EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>0</u> |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>1</u> |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>2</u> |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>1</u> |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>0</u> |
| PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)                                                                                                                       | <u>8</u> |

# AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3

2

2

1

2

10

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

27



## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso:

- \* Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo. 2
- \* Dolores de cabeza. 0
- \* Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). 1
- \* Dolor o malestar en el pecho. 1
- \* Sudoración. 2
- \* Mareos, sensación de inestabilidad o-desmayo. 0
- \* Náuseas o malestar abdominal. 1
- \* Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de realidad. 0
- \* Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestésias). 0
- \* Sofocos y escalofríos. 1
- \* Temblores o estremecimientos. 1
- \* Miedo a morir. 0
- \* Miedo a volverse loco o a perder el control. 0

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39) 9

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ



Agudo (1-3 meses)

☐

Crónico (> 3 meses)

☐

Con inicio demorado

☐

NO

☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | <u>27</u>           |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | <u>9</u>            |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 8              | <u>8</u>            |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | <u>10</u>           |

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE N. N. Calderón EDAD 6 FECHA 02-Agosto-06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      ①    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      ①    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     0    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      ①    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     ①    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      ①    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     0    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      ②    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     ①    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ①    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      ②    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. ☐ 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
☒ 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☐ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
☐ 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. ☒ 0 No he perdido el interés por otras personas.  
☐ 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
☐ 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
☐ 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
☐ 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
☐ 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
☐ 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
☐ 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
☐ 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
☐ 3 Creo que me veo feo(a).
15. ☐ 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
☐ 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
☐ 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. ☐ 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
☒ 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
☐ 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
☐ 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. ☒ 0 No me canso más que de costumbre.  
☐ 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
☐ 2 Me canso sin hacer casi nada.  
☐ 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. ☐ 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
☒ 1 Mi apetito no es taan bueno como solía ser.  
☐ 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☐ 3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
☐ 1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
☐ 2 He rebajado más de cinco kilos.  
☐ 3 He rebajado más der siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
☐ 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
☐ 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
☐ 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
☐ 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
☐ 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
☐ 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

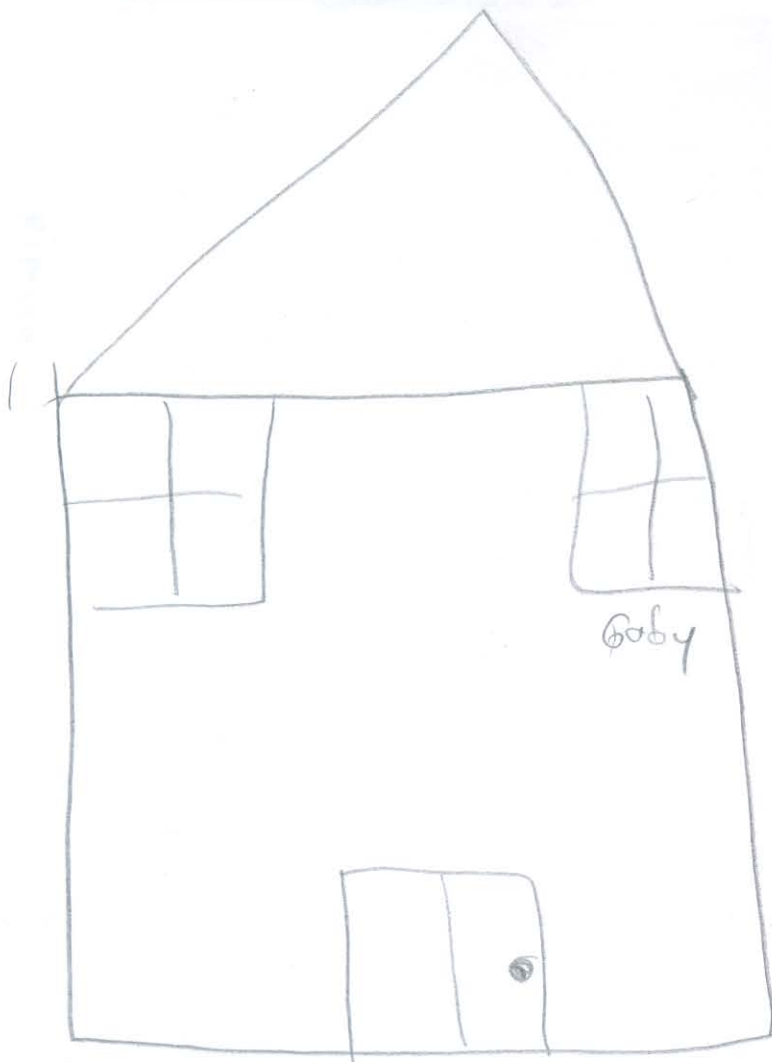
PUNTUACION TOTAL: 12

NIVEL DE DEPRESION \_\_\_\_\_

EXAMINADOR \_\_\_\_\_







Viva Gaby - abuelo  
Falta Papá y mamá  
Este trieta - frío.



12 años

A lado d' mi casa.  
fio.

Hay más árboles.  
bastantes ramas rotas  
faltan hermanos.  
trista.



15 años

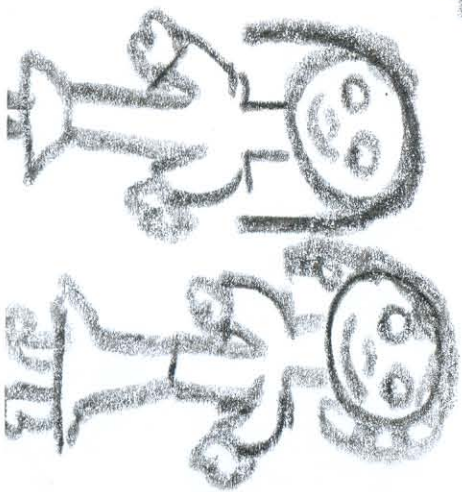
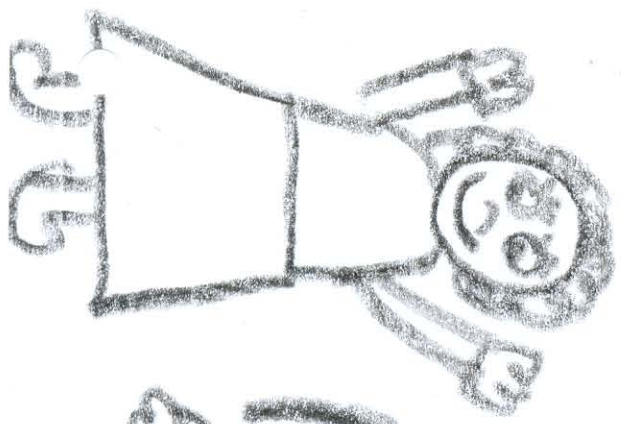
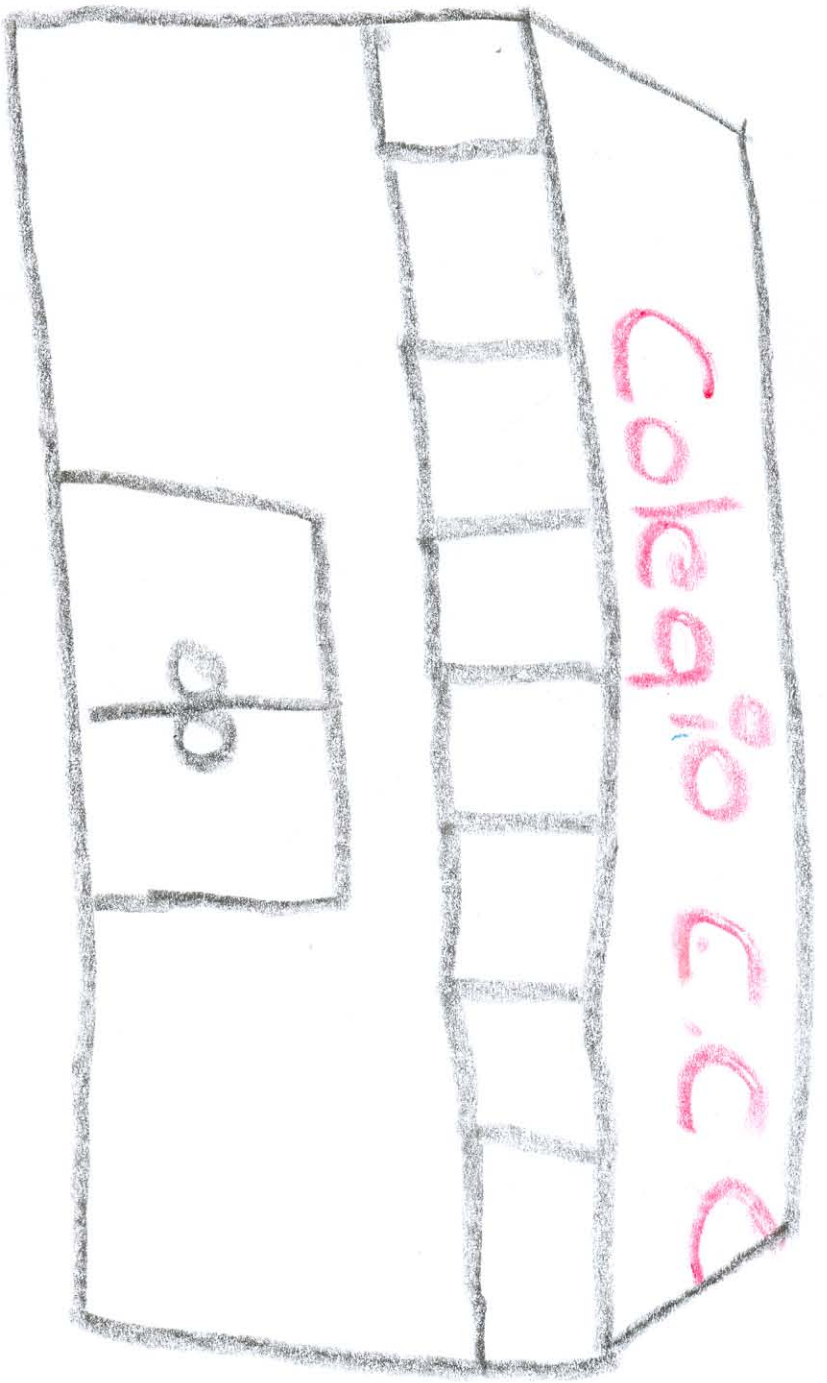
Karica / Tiera amigos.

Triste

Faltan sus papas,  
hermanos (2)

Quiera tener a su familia  
unida.

Esforzarse el amor de sus  
papas.



# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: N. N. Alberca  
 EDAD: 9 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: 13-Julio-06

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Violación

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? 3 años.

¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>3</u> |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>3</u> |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                                | <u>1</u> |
| 4. ¿Sufrir un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?  | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>2</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
 (Rango 0-15)

11

## EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>1</u> |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>1</u> |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>2</u> |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>1</u> |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>0</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)

9



AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3  
3  
3  
1  
1  
11  
31

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

Piñero

## ESCALA COMPLEMENTARIA

*Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.*

|                                                                                            |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ✦ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.                                  | <u>1</u> |
| ✦ Dolores de cabeza.                                                                       | <u>0</u> |
| ✦ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).                                  | <u>0</u> |
| ✦ Dolor o malestar en el pecho.                                                            | <u>0</u> |
| ✦ Sudoración.                                                                              | <u>3</u> |
| ✦ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.                                            | <u>0</u> |
| ✦ Náuseas o malestar abdominal.                                                            | <u>0</u> |
| ✦ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad.                             | <u>0</u> |
| ✦ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestésias).                                  | <u>0</u> |
| ✦ Sofocos y escalofríos.                                                                   | <u>1</u> |
| ✦ Temblores o estremecimientos.                                                            | <u>0</u> |
| ✦ Miedo a morir.                                                                           | <u>0</u> |
| ✦ Miedo a volverse loco o a perder el control.                                             | <u>0</u> |
| <i>Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39)</i> | <u>5</u> |

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | <u>31</u>           |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | <u>11</u>           |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 8              | <u>9</u>            |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | <u>11</u>           |



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE N. N. Alberca EDAD 9 años FECHA 20-Julio-06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
       1    Me siento triste.  
       2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
       3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
       1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
       2    Siento que no tengo nada que esperar.  
       3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     0    No creo que sea un fracasado(a).  
       1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
       2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
       3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
       1    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
       2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
       3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     0    No me siento especialmente culpable.  
       1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
       2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
       3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
       1    Creo que puedo ser castigado(a).  
       2    Espero ser castigado(a).  
       3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     0    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
       1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
       2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
       3    Me odio.
8.     0    No creo ser peor que los demás.  
       1    Me critico por mis debilidades y errores.  
       2    Me culpo siempre por mis errores.  
       3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     0    No pienso matarme.  
       1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
       2    Me gustaría matarme.  
       3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
       1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
       2    Ahora lloro todo el tiempo.  
       3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.  
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
 3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
 2 Me canso sin hacer casi nada.  
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
 1 Mi apetito no es taan bueno como solía ser.  
 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
 1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
 2 He rebajado más de cinco kilos.  
 3 He rebajado más der siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

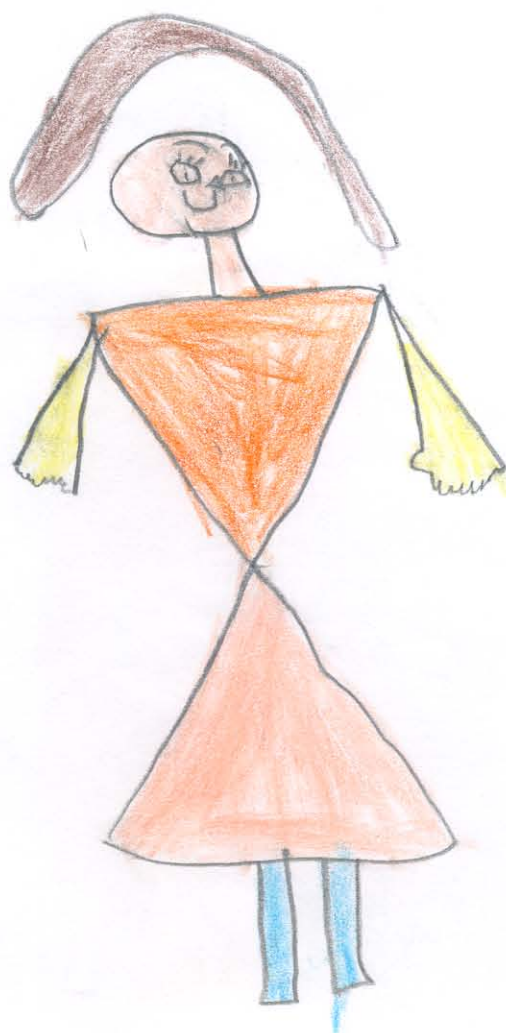
PUNTUACION TOTAL: 14

NIVEL DE DEPRESION \_\_\_\_\_

EXAMINADOR \_\_\_\_\_









## ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: V.V. Hazaucela

Nº: \_\_\_\_\_

EDAD: 5 años

FECHA: \_\_\_\_\_

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA
- 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO
- 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
- 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Acoso Sexual

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

### REEXPERIMENTACIÓN

- 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? 1
- 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? 2
- 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? 2
- 4. ¿Sufrir un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 0
- 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 2

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: 7  
(Rango 0-15)

### EVITACIÓN

- 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? 2
- 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? 2
- 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? 0
- 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? 2
- 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? 0
- 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? 3
- 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? 1

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: 10  
(Rango 0-15)

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

12211

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

7

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

24

## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso:

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ❖ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.                           | 0  |
| ❖ Dolores de cabeza.                                                                | 1  |
| ❖ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).                           | 1  |
| ❖ Dolor o malestar en el pecho.                                                     | 0  |
| ❖ Sudoración.                                                                       | 2  |
| ❖ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.                                     | 1  |
| ❖ Náuseas o malestar abdominal.                                                     | 0  |
| ❖ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de realidad.                        | 0  |
| ❖ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias).                             | 2  |
| ❖ Sofocos y escalofríos.                                                            | 3  |
| ❖ Temblores o estremecimientos.                                                     | 2  |
| ❖ Miedo a morir.                                                                    | 0  |
| ❖ Miedo a volverse loco o a perder el control.                                      | 0  |
| Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39) | 12 |

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | 24                  |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | 7                   |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 8              | 10                  |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | 7                   |



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE W.D. Hazauceda

EDAD 5 años

FECHA \_\_\_\_\_

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      ①    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     ②    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ①    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que ~~he~~ fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     ②    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      1    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     ①    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      ①    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     ①    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     0    No creo ser peor que los demás.  
      ②    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ①    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      ①    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      2    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

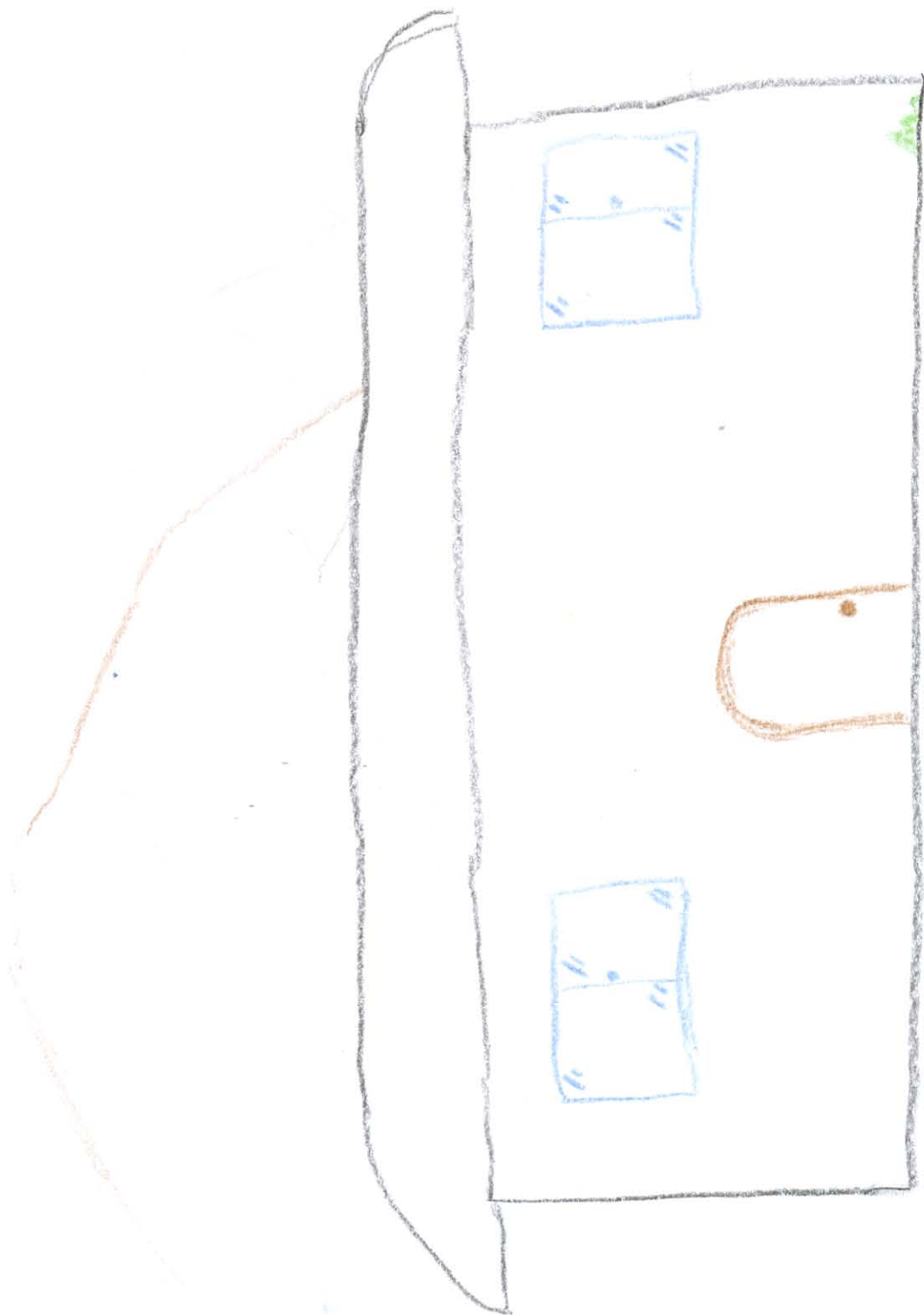
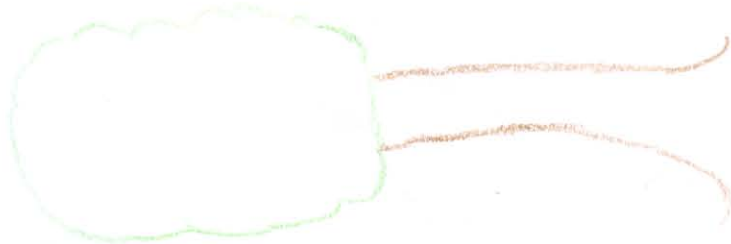
11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
 ① Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. ① No he perdido el interés por otras personas.  
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ① Tomo decisiones casi como siempre.  
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ① No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
 3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
 ① Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
 ① No duermo tan bien como solía hacerlo.  
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. ① No me canso más que de costumbre.  
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
 2 Me canso sin hacer casi nada.  
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. ① Mi apetito no es peor que de costumbre.  
 1 Mi apetito no es taan bueno como solía ser.  
 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
 3 Ya no tengo apetito.
19. ① No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
 1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
 2 He rebajado más de cinco kilos.  
 3 He rebajado más der siete kilos y medio.
20. ① No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ① No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

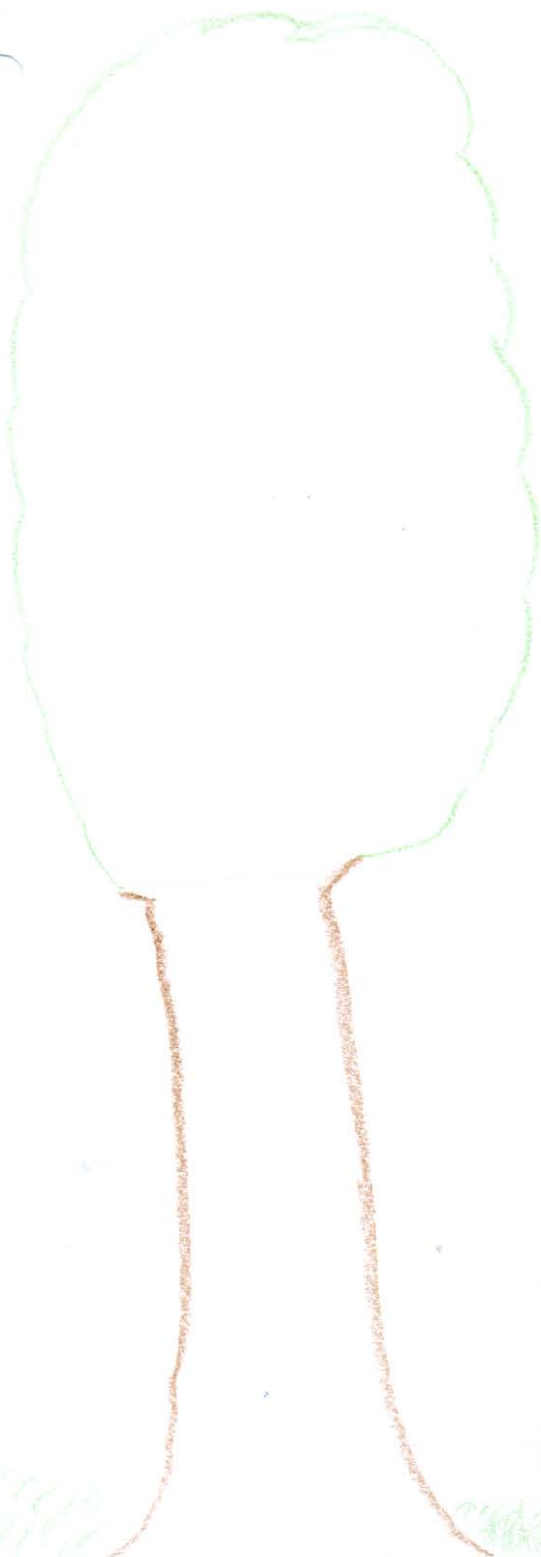
PUNTUACION TOTAL: 7

NIVEL DE DEPRESION Porucel

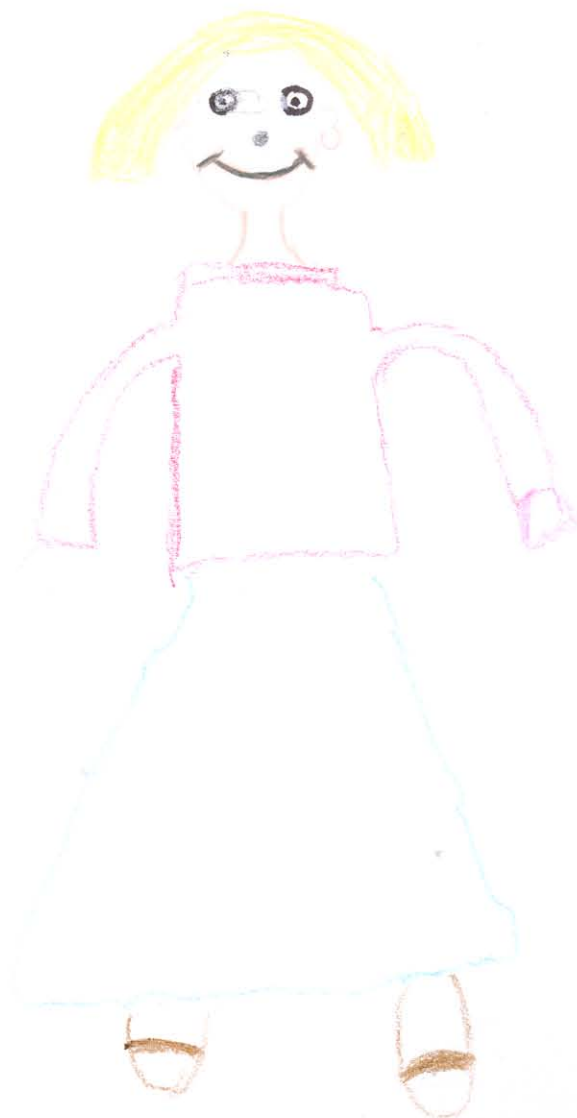
EXAMINADOR \_\_\_\_\_

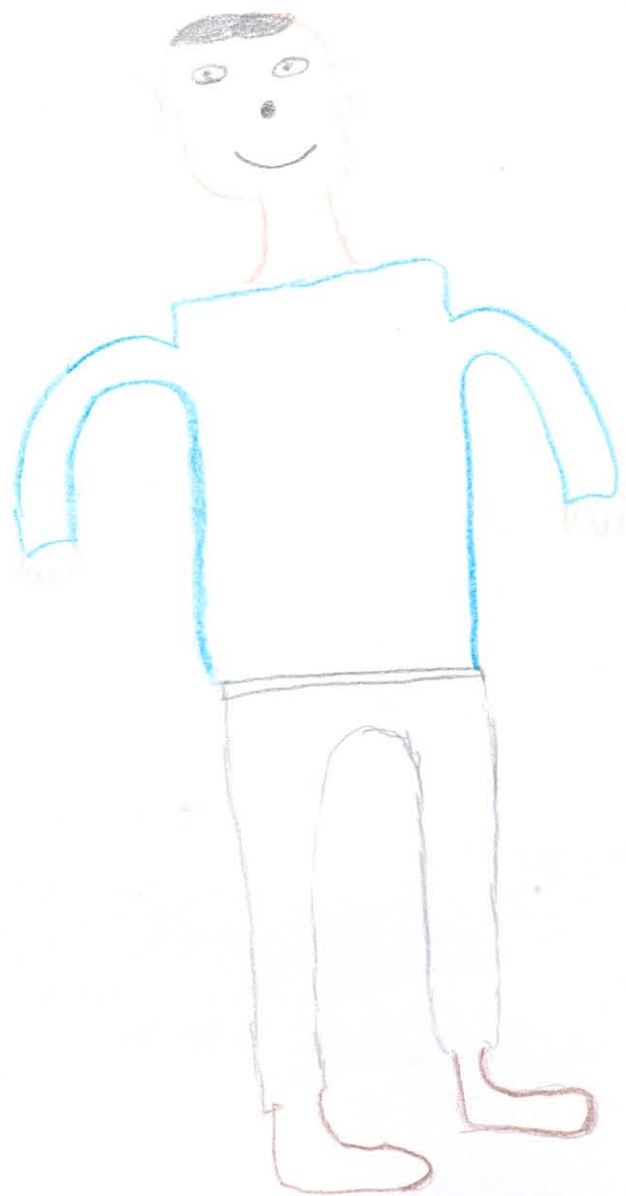












# INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE P.D. Meunese EDAD 8 años FECHA \_\_\_\_\_

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      ①    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     ②    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ②    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      ①    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     ②    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      ①    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     ①    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     0    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      ②    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ②    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      ②    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      2    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.



11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☒ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. ☒ 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
☒ 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
☒ 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
2 Me canso sin hacer casi nada.  
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
☒ 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 12

NIVEL DE DEPRESION Depresion leve

EXAMINADOR \_\_\_\_\_



El hombre



La mujer





# La Familia



Juan:

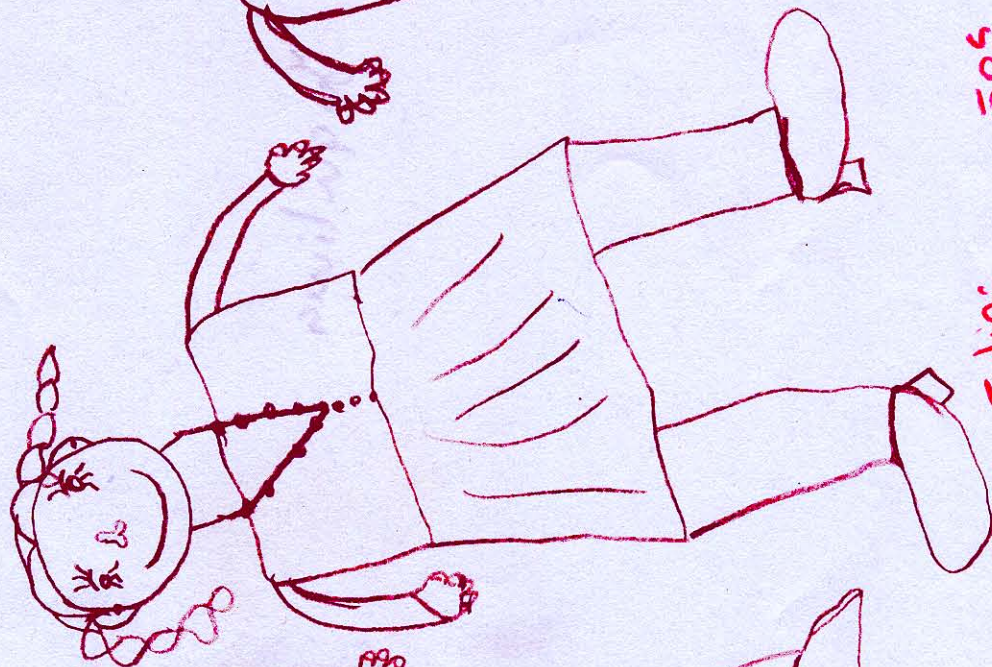
edad: 23 años

Alexandra: edad: 9 años



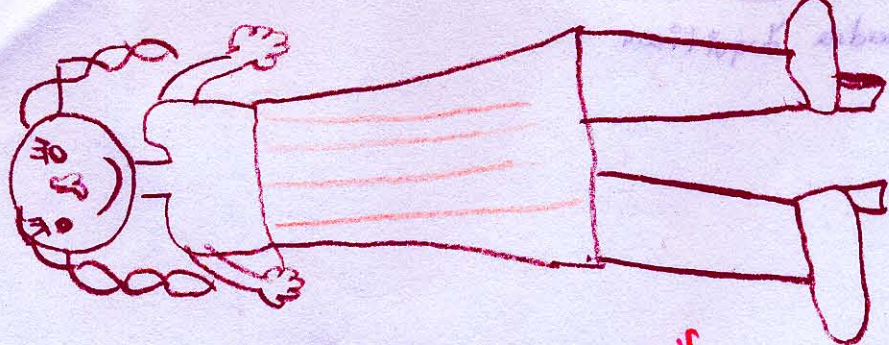
Isdrad:

edad: 11 años



Julia:

edad: 34 años



Rosa:

edad: 30 años



## ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: V.P. Yugo Puma  
 EDAD: 5 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA  
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO  
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE  
 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Intento de violación

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? 7 de agosto 2006

¿Desde cuando experimenta el malestar? 7 de agosto 2006

### REEXPERIMENTACIÓN

- |                                                                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?                                 | <u>3</u> |
| 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?                                                                                 | <u>2</u> |
| 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparezcan como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?                               | <u>1</u> |
| 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?   | <u>2</u> |
| 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? | <u>3</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
 (Rango 0-15)

11

### EVITACIÓN

- |                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?                                                 | <u>3</u> |
| 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?                                                                 | <u>3</u> |
| 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?                                                                                        | <u>1</u> |
| 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?                                                      | <u>1</u> |
| 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?                                                                                   | <u>1</u> |
| 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?                                                                                   | <u>1</u> |
| 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? | <u>2</u> |

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-15)

10

61

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

31222

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

10

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

31



## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ✦ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.                           | <u>1</u>  |
| ✦ Dolores de cabeza.                                                                | <u>2</u>  |
| ✦ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).                           | <u>1</u>  |
| ✦ Dolor o malestar en el pecho.                                                     | <u>0</u>  |
| ✦ Sudoración.                                                                       | <u>2</u>  |
| ✦ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.                                     | <u>0</u>  |
| ✦ Náuseas o malestar abdominal.                                                     | <u>0</u>  |
| ✦ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad.                      | <u>1</u>  |
| ✦ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias).                             | <u>1</u>  |
| ✦ Sofocos y escalofríos.                                                            | <u>2</u>  |
| ✦ Temblores o estremecimientos.                                                     | <u>2</u>  |
| ✦ Miedo a morir.                                                                    | <u>1</u>  |
| ✦ Miedo a volverse loco o a perder el control.                                      | <u>0</u>  |
| Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39) | <u>13</u> |

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SI ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | <u>31</u>           |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | <u>11</u>           |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 8              | <u>10</u>           |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | <u>10</u>           |



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE D. V. Joaquín Perea EDAD 5 años FECHA \_\_\_\_\_

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      1    Me siento triste.  
      ②    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     ①    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      3    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ①    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      ①    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     0    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      ②    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      1    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      ③    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     ①    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      2    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     ①    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      3    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ①    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      ②    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☒ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. ☒ 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. ☒ 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
☒ 3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
☒ 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
☒ 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
☒ 2 Me canso sin hacer casi nada.  
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☒ 3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 24

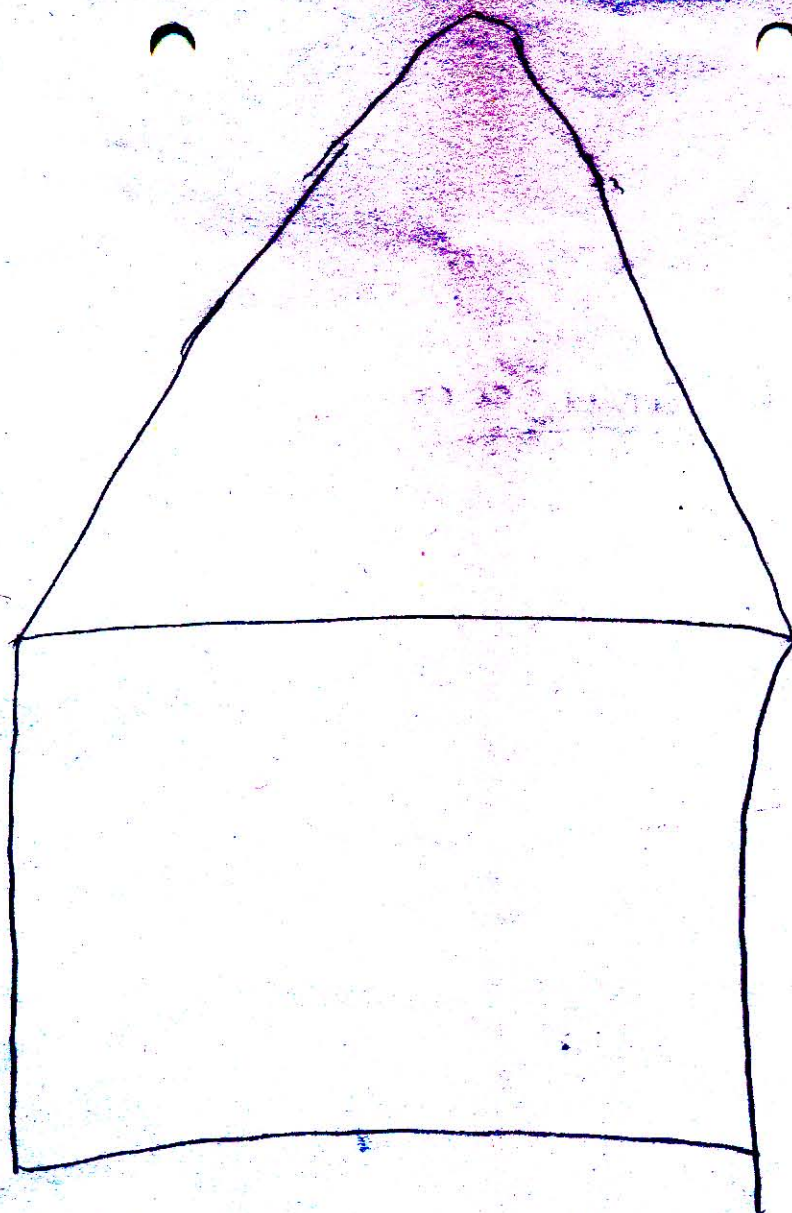
NIVEL DE DEPRESION Depresión Moderada

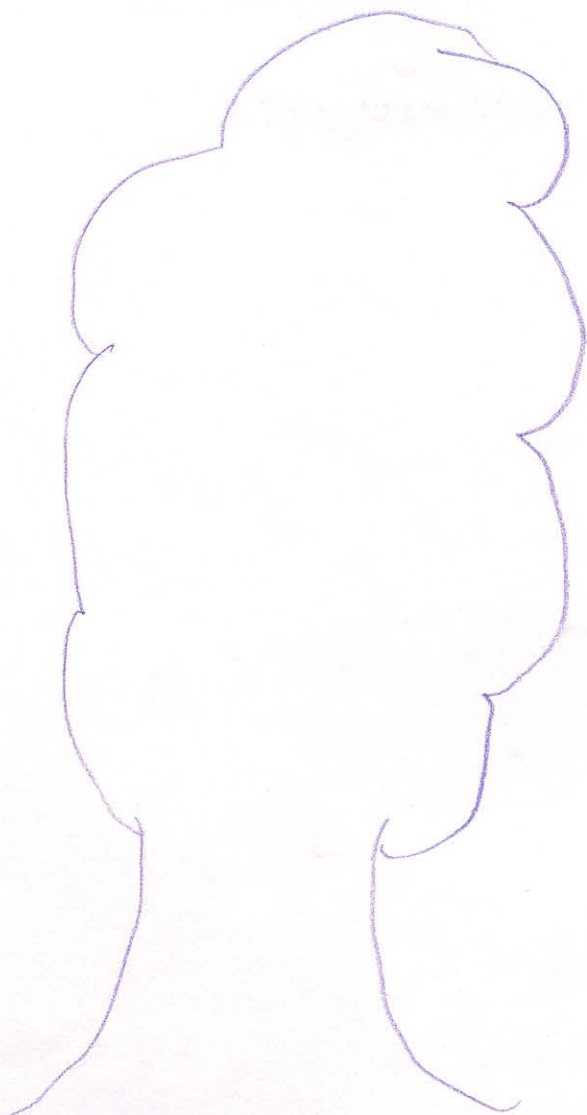
EXAMINADOR \_\_\_\_\_

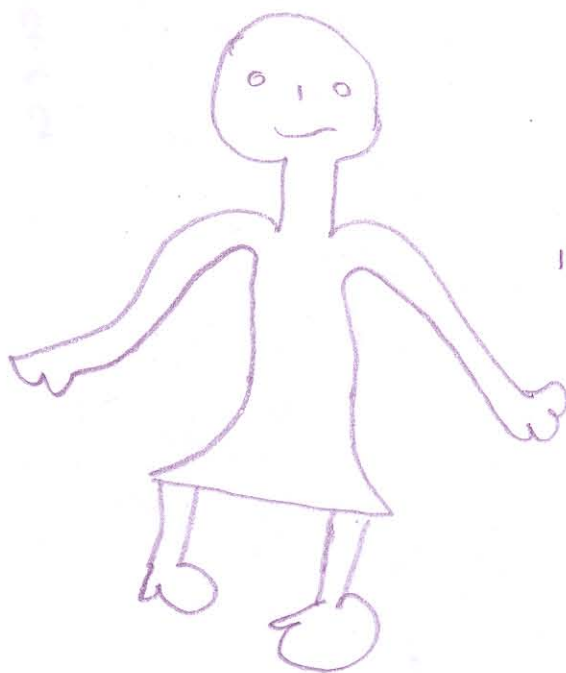






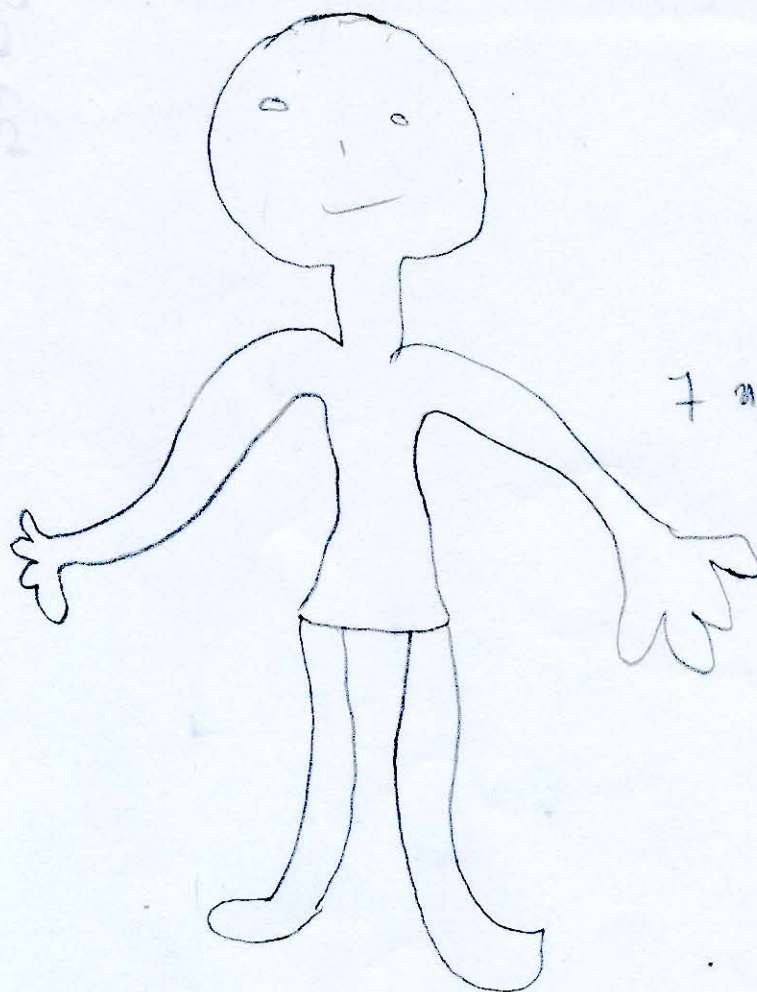






10 años





7 años





# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: U.D. Vázquez  
 EDAD: 5 años

Nº: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA
- 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO
- 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
- 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: Intento de violación

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando experimenta el malestar? \_\_\_\_\_

## REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? 2
  2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? 2
  3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? 1
  4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 2
  5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 2
- PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: 9  
 (Rango 0-15)

## EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? 2
  2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? 1
  3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? 0
  4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? 2
  5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? 2
  6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? 3
  7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? 3
- PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: 13  
 (Rango 0-15)

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3

2

2

3

3

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)

13

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

35

## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

- ✧ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo. x 0
- ✧ Dolores de cabeza. ✓ 3
- ✧ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). x 0
- ✧ Dolor o malestar en el pecho. x 0
- ✧ Sudoración. ✓ 3
- ✧ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo. ✓ 2
- ✧ Náuseas o malestar abdominal. ✓ 2
- ✧ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad. x 1
- ✧ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias). x 2
- ✧ Sofocos y escalofríos. ✓ 3
- ✧ Temblores o estremecimientos. ✓ 2
- ✧ Miedo a morir. x 0
- ✧ Miedo a volverse loco o a perder el control. ✓ 1

Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39)

19

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | 35                  |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | 9                   |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 6              | 13                  |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | 13                  |



## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE D. D. Viguera EDAD 5 años FECHA \_\_\_\_\_

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0 No me siento triste.  
      ① Me siento triste.  
      2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      ② Siento que no tengo nada que esperar.  
      3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ① No creo que sea un fracasado(a).  
      1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3 Creo que soy un fracasado absoluto como persona.
4.     0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      ① No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     0 No me siento especialmente culpable.  
      ① Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2 Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3 Me siento culpable siempre.
6.     0 No creo que esté siendo castigado(a).  
      ① Creo que puedo ser castigado(a).  
      2 Espero ser castigado(a).  
      3 Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1 Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      ② Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3 Me odio.
8.     ① No creo ser peor que los demás.  
      1 Me critico por mis debilidades y errores.  
      2 Me culpo siempre por mis errores.  
      3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     ① No pienso matarme.  
      1 Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      2 Me gustaría matarme.  
      3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0 No lloro más que de costumbre.  
      ① Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      2 Ahora lloro todo el tiempo.  
      3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
☒ 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.  
☒ 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
☒ 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. ☒ 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
☒ 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
☒ 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
2 Me canso sin hacer casi nada.  
☒ 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☒ 3 Ya no tengo apetito.
19. ☒ 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. ☒ 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

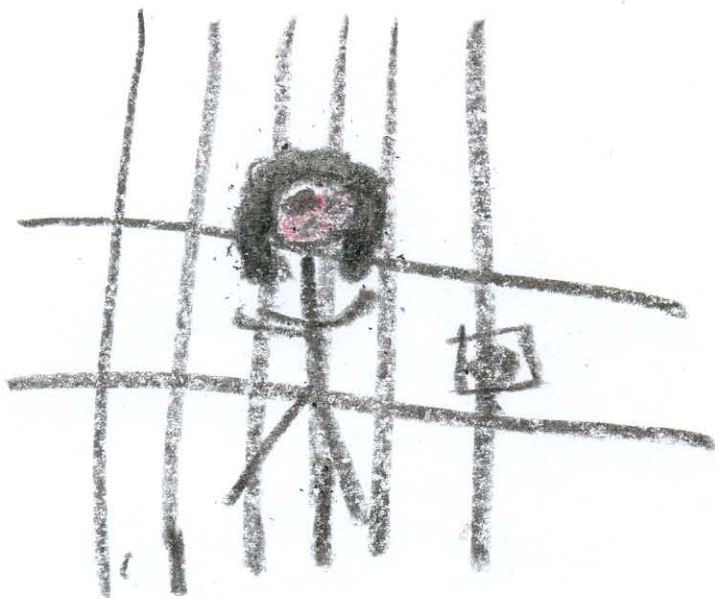
PUNTUACION TOTAL: 24

NIVEL DE DEPRESION Depresión Moderada

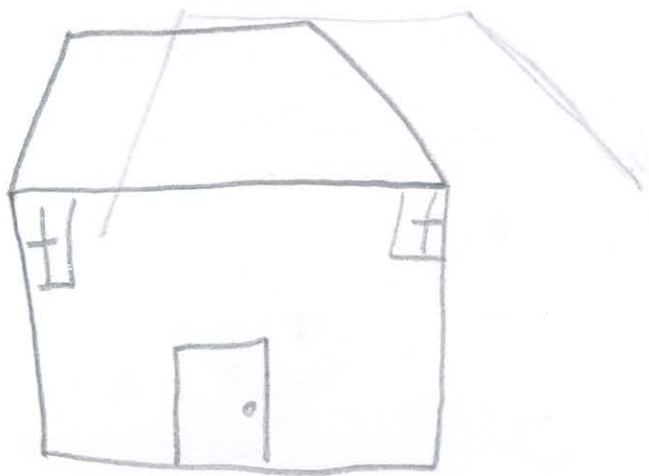
EXAMINADOR \_\_\_\_\_



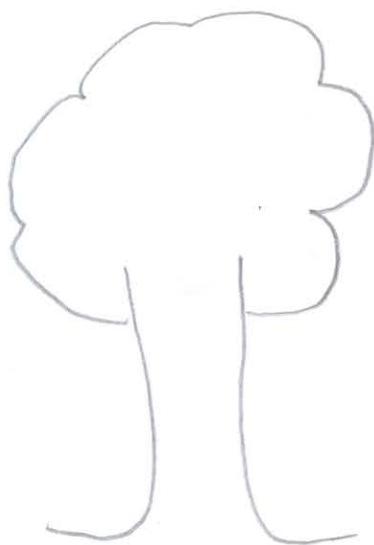
ANTES

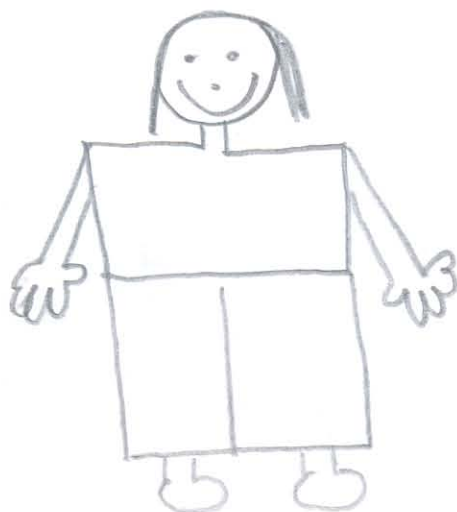


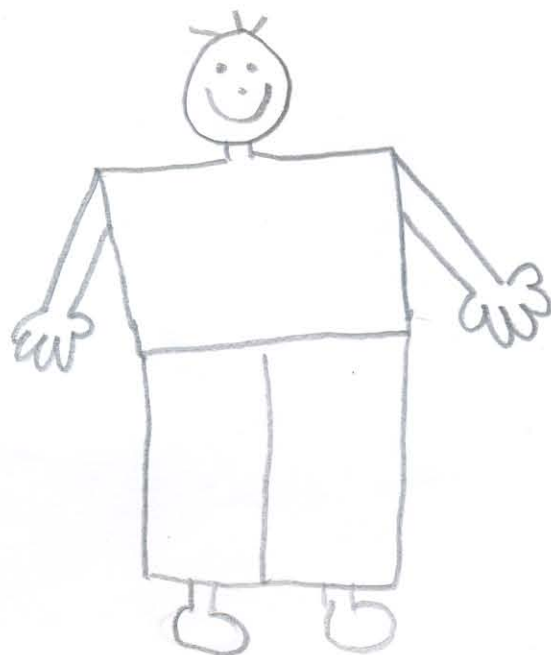
JUSTICIA



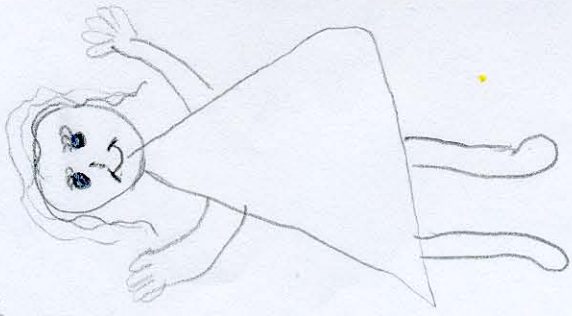








S  
Liseit



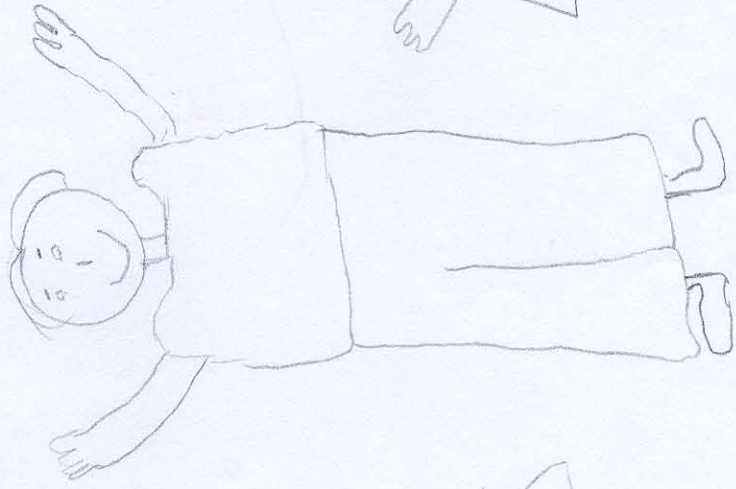
h  
nosser



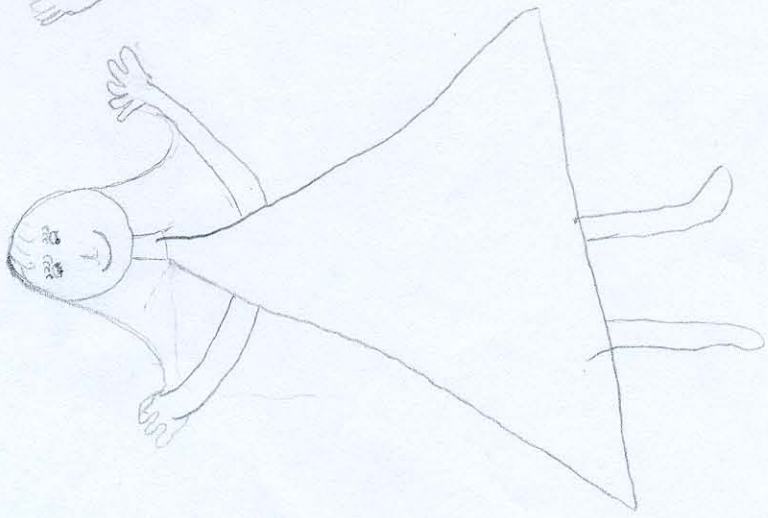
Lane



Papá



Hamá



136144 T/15000000  
70 - 0000 - 00

Page

# ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOMBRE: Belen Illasquez

Nº:

EDAD: 5 años

FECHA: abril-18-2006

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA
- 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO
- 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE
- 3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: violación

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? desde el 2003

¿Desde cuando experimenta el malestar? desde ese momento

## REEXPERIMENTACIÓN

- 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? 3
- 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? 3
- 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? 3
- 4. ¿Sufrir un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 3
- 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 2
- PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: 14  
(Rango 0-15)

## EVITACIÓN

- 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? 3
- 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? 3
- 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? 0
- 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? 2
- 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? 1
- 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? 0
- 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? 0
- PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: 9  
(Rango 0-15)



# AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? 3
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira? 2
3. ¿Tiene dificultades de concentración? 1
4. ¿Esta usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? 3
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? 3

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15) 12

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51) 35

## ESCALA COMPLEMENTARIA

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ❖ Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.                           | <u>1</u>  |
| ❖ Dolores de cabeza.                                                                | <u>2</u>  |
| ❖ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).                           | <u>2</u>  |
| ❖ Dolor o malestar en el pecho.                                                     | <u>0</u>  |
| ❖ Sudoración.                                                                       | <u>1</u>  |
| ❖ Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.                                     | <u>2</u>  |
| ❖ Náuseas o malestar abdominal.                                                     | <u>3</u>  |
| ❖ Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad.                      | <u>1</u>  |
| ❖ Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias).                             | <u>3</u>  |
| ❖ Sofocos y escalofríos.                                                            | <u>3</u>  |
| ❖ Temblores o estremecimientos.                                                     | <u>1</u>  |
| ❖ Miedo a morir.                                                                    | <u>3</u>  |
| ❖ Miedo a volverse loco o a perder el control.                                      | <u>3</u>  |
| Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39) | <u>25</u> |

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

SÍ ☒

Agudo (1-3 meses) ☐

Crónico (> 3 meses) ☐

Con inicio demorado ☐

NO ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático.

|                                          | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|------------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)            | 15             | <u>35</u>           |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                      |                |                     |
| Reexperimentación<br>(Rango 0-15)        | 5              | <u>15</u>           |
| Evitación<br>(Rango 0-21)                | 6              | <u>9</u>            |
| Aumento de la activación<br>(Rango 0-15) | 4              | <u>12</u>           |

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE D.V. Illescu EDAD 5 años FECHA \_\_\_\_\_

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.     0    No me siento triste.  
      1    Me siento triste.  
      2    Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.  
      ③    Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2.     0    No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.  
      1    Me siento desanimado(a) respecto al futuro.  
      2    Siento que no tengo nada que esperar.  
      ③    Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.     ①    No creo que sea un fracasado(a).  
      1    Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      2    Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      3    Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.     0    Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      1    No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.  
      ②    Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.  
      3    Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5.     ①    No me siento especialmente culpable.  
      1    Me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      2    Me siento bastante culpable casi siempre.  
      3    Me siento culpable siempre.
6.     0    No creo que esté siendo castigado(a).  
      ①    Creo que puedo ser castigado(a).  
      2    Espero ser castigado(a).  
      3    Creo que estoy siendo castigado(a).
7.     0    No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).  
      1    Me he decepcionado a mí mismo(a).  
      ②    Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).  
      3    Me odio.
8.     0    No creo ser peor que los demás.  
      1    Me critico por mis debilidades y errores.  
      2    Me culpo siempre por mis errores.  
      ③    Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.     0    No pienso matarme.  
      1    Pienso en matarme, pero no lo haría.  
      ②    Me gustaría matarme.  
      3    Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.    0    No lloro más que de costumbre.  
      1    Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.  
      ②    Ahora lloro todo el tiempo.  
      3    Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.



11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.  
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.  
2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.  
☒ 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.  
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.  
☒ 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.  
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.  
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.  
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.  
☒ 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.  
☒ 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).  
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
☒ 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.  
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.  
☒ 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.  
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.  
2 Me canso sin hacer casi nada.  
☒ 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.  
☒ 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
☒ 1 He rebajado más de dos kilos y medio.  
2 He rebajado más de cinco kilos.  
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
☒ 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.  
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.  
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. ☒ 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.  
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 42

NIVEL DE DEPRESION Depresión extrema

EXAMINADOR \_\_\_\_\_

# **Universidad del Azuay**

## **DISEÑO DE TESIS**

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORES:**

**MA. AUGUSTA LÓPEZ OCHOA**

**JANETH ALEXANDRA POMA QUITO**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. PATRICIO CABRERA**

**CUENCA, JULIO DE 2006**

### **1. TEMA:**

EVALUACION PSICOLÓGICA EN NIÑOS/AS DE 5 A 10 AÑOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL. (ESTUDIO A REALIZARSE EN LA CORPORACIÓN MUJER A MUJER DURANTE EL PERÍODO ABRIL-OCTUBRE 2006)

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Vivimos en una sociedad inmersa en la violencia; vemos actos violentos en todo lugar y a toda hora; existen muchos tipos de violencia y son dirigidos hacia todo tipo de personas, pero talvez el más aberrante es el abuso sexual infantil.

Hablar del abuso sexual de niños/as, es un asunto complejo, porque incluye elementos relacionados con amplios procesos sociales así como también relaciones personales íntimas. Hasta cierto punto el abuso sexual infantil es un fenómeno social vinculado a las actitudes y las prácticas

generales hacia los niños/as y también los modos como las relaciones sexuales, se hallan organizadas y reguladas en una determinada sociedad.

En la actualidad observamos que el abuso sexual infantil se ha ido incrementando y que, no hacemos nada por prevenirlo, menos para solucionarlo. La violación es un acto de violencia más que un acto meramente sexual, en el cual el sexo es empleado como arma de ataque.

La violación consiste en forzar a otra persona, en este caso al niño, a participar en una actividad sexual contra su voluntad. Una gran mayoría de las violaciones tiene como agresor a una persona conocida o alguien relacionado con la víctima, esta puede ser un amigo o un familiar cercano.

No se considera como violación solamente el acto en el cual existe penetración, también son tipos de agresión sexual el coito anal, oral, la penetración digital, las caricias íntimas, las proposiciones verbales explícitas y el obligar al niño a observar escenas de sexo muy fuertes para su edad. Es muy común que además de presentarse la conducta sexual, se observen otras características en la víctima como golpes, cortes, quemaduras, etc.

Algunas definiciones de abuso sexual visibilizan las asimetrías de poder dadas por la edad sólo si se dan entre un niño y un adulto, o si el abusador no es un adulto pero mantiene una diferencia de al menos 5 o seis años con la víctima: “En los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimular sexualmente: él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor”<sup>1</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

Determinar las consecuencias psicológicas presentes en niños/as de 5 a 10 años víctimas de abuso sexual que acuden a la Corporación Mujer a Mujer, durante el período abril- octubre 2006.

#### **Objetivos específicos:**

1. Recopilar información bibliográfica acerca del abuso sexual infantil.

---

<sup>1</sup> ECHEBURUA Enrique, GUERRICAECHEVERRIA Cristina. “Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores”. Edito Ariel, S.A., Barcelona, 2000, pagina 11

2. Diagnosticar la presencia de abuso sexual a través de la aplicación de diferentes reactivos psicológicos y el juego proyectivo.
3. Realizar un cuadro estadístico acerca de la incidencia del abuso sexual infantil.

#### **4. MARCO TEÓRICO**

Se define el abuso sexual como la participación de niños dependientes o niños de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares<sup>2</sup>. Constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual a las que se somete un niño, niña o adolescente aún con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas o cualquier otro medio. Este abuso sexual infantil se da en una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a edad, madurez o poder, entre el agresor y la víctima y la utilización de menor como objeto sexual.

Dentro de esta concepción de abuso sexual, destacamos las siguientes categorías:

- ❖ Abuso sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico, realizado sin violencia e intimidación y sin consentimiento. Pude incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- ❖ Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- ❖ Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.
- ❖ Explotación sexual infantil: una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equipar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

El hecho de que muchas víctimas infantiles no reporten sus experiencias a nadie, aún a sus padres, es una poderosa evidencia de que este hecho está rodeado por el conflicto. Es impresionante ver cómo los niños perciben con exactitud las experiencias sexuales como sexuales y las reconocen espontáneamente. Obviamente, no comprenden “lo sexual” en el sentido en que lo comprenden los adultos. Pero se dan cuenta de que la actividad es diferente, tabú, involucra sensaciones viscerales, debe hacerse a escondidas y no ser mencionada.

---

<sup>2</sup> GLASER, Danya, FROSH, Stephen. “Abuso sexual de niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires, página 19.

Las sensaciones de los niños en el momento del abuso no son expresión de pasiones sexuales o deseos del tipo que tienen los adultos. En general, son parte de una confusa inundación de sentimientos, generalmente empequeñecidos por el sobrecogedor sentimiento de culpabilidad, de estar desvalido o sentir ira o miedo. De hecho, el placer que puedan sentir intensifica lo negativo de la experiencia. Aumenta la confusión del niño y el desborde de sus emociones.

El abuso sexual infantil deja en el niño una ola de secuelas psicológicas, las cuales pueden aparecer ya sea a corto, mediano o largo plazo, pero que independientemente de esto provoca graves problemas en el desarrollo normal del niño. Según la Teoría de las Dinámicas Traumagénicas, el abuso sexual infantil presenta secuelas dentro de cuatro grandes áreas del niño, estas son: sexualidad, confianza, autoestima y autoeficacia y autonomía.

Dentro de estas cuatro áreas encontramos las consecuencias que son objeto de nuestro estudio, estas son la depresión, el trastorno por estrés postraumático, la baja autoestima y la agresividad.

Encontramos que la depresión se encuentra dentro del grupo de traición de la confianza, y entre las manifestaciones conductuales de esta secuela encontramos el aferramiento del niño, la vulnerabilidad a la victimización y el aislamiento. Por otro lado encontramos el trastorno de estrés postraumático dentro del área de la sexualidad traumática, la cual no le permite un correcto desarrollo de su vida sexual. Entre las manifestaciones de la baja autoestima tenemos los sentimientos de culpa, la vergüenza y la sensación de ser diferente a los demás que experimenta el niño. Y por último la agresividad se encuentra ubicada dentro del área de autoeficacia y autonomía, en la cual podemos encontrar desde problemas de conducta hasta incursiones en la delincuencia.

El Abuso Sexual Infantil es considerado como un fenómeno mundial, que aparece independientemente del régimen social, las condiciones socioeconómicas o de otro tipo. Según las estadísticas manejadas en diferentes instituciones de nuestro país como el INNFA, el SIREPAM, la DINAPEN, tres de cada diez niños, niñas y adolescentes sufren abuso sexual y más de cinco mil son utilizados para el comercio sexual. Muchos de estos niños, niñas y adolescentes guardan silencio frente al episodio de abuso y por lo general, el abusador es alguien cercano.

Es mínimo el número de casos de abuso sexual que son reportados, según investigaciones a nivel latinoamericano, sólo un 12 a 25% de casos se denuncian, cuando se trata de niñas, cuando son varones, este porcentaje disminuye, se considera que existe apenas un 10% de casos reportados.

La experiencia de trabajo de la Corporación Mujer a Mujer en el tratamiento del tema desde lo legal y psicológico nos ha demostrado la importancia del apoyo a los/las niños/niñas que han sido víctimas de abuso sexual.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños que son víctimas de abuso sexual además de presentar daños físicos, presentan problemas psicológicos, emocionales, y comportamentales, tales como Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión, Agresividad, Baja Autoestima, entre otros, los cuales se presentan a lo largo de su vida, y repercuten en sus diferentes aspectos de desarrollo y en su posterior desenvolvimiento.

## 6. VARIABLES E INDICADORES

| VARIABLE     | DEFINICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DIMENSIONES                                                                                           | INDICADORES                                              |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Edad         | Tiempo transcurrido hasta la fecha de los niños del grupo de estudio.                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                       | 5 a 10 años                                              |
| Sexo         | Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras entre las diferentes especies.                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                       | Masculino<br>Femenino                                    |
| Abuso sexual | Se define el abuso el abuso sexual como la participación de niños dependientes o niños de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares <sup>3</sup> . | Violación<br><br>Acoso sexual<br><br>Estupro<br><br>Pornografía infantil<br><br>Prostitución infantil | Si<br>No<br><br>Si<br>No<br><br>Si<br>No<br><br>Si<br>No |
| Agresor      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Familiar<br><br>Conocido                                                                              | Si<br>No<br><br>Si<br>No                                 |

<sup>3</sup> GLASER, Danya, FROSH, Stephen. "Abuso sexual de niños". Editorial Paidós. Buenos Aires, página 19.



|  |                                                                         |  |    |
|--|-------------------------------------------------------------------------|--|----|
|  | el desarrollo emocional, social e intencional de un niño <sup>5</sup> . |  | No |
|--|-------------------------------------------------------------------------|--|----|

## 7. ESQUEMA DE CONTENIDOS TENTATIVO

### INTRODUCCION

#### CAPITULO #1

##### 1. SEXUALIDAD INFANTIL

- 1.1 Niño ser sexuado
- 1.2 Interferencias
- 1.3 Exploración genital

#### CAPITULO #2

##### 2. ABUSO SEXUAL INFANTIL

- 2.1 ¿Que es el abuso sexual infantil?
- 2.2 Tipos de abuso sexual infantil.
- 2.3 ¿Porque se produce el abuso sexual infantil?
- 2.4 Mitos sobre el abuso sexual infantil
- 2.5 Creencias sociales del abuso sexual
- 2.6 Factores de riesgo
- 2.7 Indicadores.
  - a. Físicos
  - b. Conductuales
  - c. Emocionales
  - d. Sexuales
  - e. Sociales
- 2.8 Consecuencias
  - a. Corto plazo
  - b. Largo plazo

#### CAPITULO #3

##### 3. LA VICTIMA Y SU ENTORNO

---

<sup>5</sup> “Enciclopedia de psicología”. Editorial Océano S. A. Barcelona, España. 2000. tomo 4.



- 3.1 Familias disfuncionales
- 3.2 Pobreza y aislamiento
- 3.3 Características del agresor

## **CAPITULO #4**

- 4. TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO
- 4.1 Qué es el trastorno por estrés postraumático?
- 4.2 Criterios diagnósticos
- 4.3 Diagnóstico diferencial
- 4.4 Trastorno por estrés postraumático y abuso sexual

## **CAPITULO #5**

- 5. AGRESIVIDAD
- 5.1 Definición
- 5.2 Teorías de la agresividad
- 5.3 Factores que favorecen la agresividad en los niños
  - 5. 3.1 Factores biológicos
  - 5. 3.2 Factores ambientales
  - 5. 3.3 Factores cognitivos y sociales
  - 5. 3.4 Factores de personalidad
- 5.4 Consecuencias de la agresividad

## **CAPITULO #6**

- 6. AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN
- 6.1 Definición
- 6.2 Componentes del autoestima y la depresión
- 6.3 Tipos de autoestima y depresión
- 6.4 Factores que influyen en la autoestima
- 6.5 Factores que influyen en la depresión
- 6.6 Expresión de la autoestima en los niños
- 6.7 Presencia de rasgos depresivos en los niños

6.8 Importancia de la autoestima

6.9 Consecuencias psicológicas a largo plazo

## **CAPITULO #7**

### **7. PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **7.1 La entrevista**

##### **7.1.1 Introducción**

##### **7.1.2 Juegos libres**

##### **7.1.3 Sentimientos infantiles**

#### **7.2 Detección del abuso sexual infantil**

##### **7.2.1 Utilización de reactivos.**

##### **7.2.2 Historia clínica**

##### **7.2.3 HTP**

##### **7.2.4 Test de la familia**

##### **7.2.5 Test de trastorno por stres post-traumático**

##### **7.2.6 Test de Sacks**

##### **7.2.7 Test de autoestima**

## **CAPITULO #8**

### **8. RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

#### **8.1 Cuadros Estadísticos.**

## **ANEXOS**

### **1. Historia clínica**

### **2. HTP**

### **3. Test de la familia**

### **4. Cuestionario de Ansiedad Infantil**

### **5. Cuestionario de Depresión Infantil**

### **6. Cuestionario de evaluación del Autoestima en la Educación Primaria**

### **7. Juego proyectivo**

### **8. Trabajo realizado con cada niño**

## 8. METODOLOGIA DE TRABAJO

7.1.1 TIPO DE ESTUDIO: el tipo de estudio es descriptivo-analítico de casos.

7.1.2 MUESTRA: se trabajará con 30 niños/as entre 5 y 10 años que asistan al departamento de psicología de la Corporación Mujer a Mujer durante el período abril-octubre de 2006.

Criterios de inclusión para los casos:

- Niños con edades comprendidas entre los 5 y 10 años de edad que presenten rasgos de abuso sexual infantil.

Criterios de exclusión para los casos:

- Niños de 5 a 10 años que no presenten rasgos de abuso sexual infantil.
- Niños que estén recibiendo tratamiento psicológico.

### 7.1.3 METODOLOGÍA DE TRABAJO Y TÉCNICAS:

| OBJETIVOS                                                                                                                                                                                  | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TIEMPO             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Determinar las consecuencias psicológicas presentes en niños/as de 5 a 10 años víctimas de abuso sexual que acuden a la Corporación Mujer a Mujer, durante el período abril-julio 2006. | <p>1. Se trabajará con todos los niños que asistan a la consulta psicológica en la Corporación Mujer a Mujer desde abril a julio del 2006 y que presenten rasgos de abuso sexual y que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión antes expuestos.</p> <p>2. <b>Primera sesión:</b> se obtendrán los datos necesarios a través de la entrevista directa con los padres de familia.</p> <p>3. <b>Segunda sesión:</b> Para</p> | Abril-Octubre 2006 |

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                                                      | <p>diagnosticar la presencia de abuso sexual en los niños, se iniciará con el juego diagnóstico, para luego proceder a aplicar el HTP y el Test de la familia.</p> <p>4. <b>Tercera Sesión:</b> Para el diagnóstico de las diferentes consecuencias psicológicas presentes en el niño se procederá a aplicar los siguientes reactivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Cuestionario de Ansiedad Infantil</li> <li>o Cuestionario de Depresión Infantil</li> </ul> <p>5. <b>Cuarta sesión:</b> aplicación del Cuestionario de Evaluación del Autoestima en la Educación Primaria.</p> |                       |
| 2. Recopilar información bibliográfica acerca del abuso sexual infantil.             | 2. acudir a la biblioteca de la Universidad de Azuay, bibliotecas de la Ciudad de Cuenca, prensa escrita y artículos de Internet, con el fin de recopilar la mayor información posible, para la elaboración de nuestro trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Abril 2006            |
| 3. Diagnosticar la presencia de abuso sexual a través de la aplicación de diferentes | 3. aplicar, los siguientes reactivos Psicológicos a los niños/as que presentes rasgos de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Abril-Septiembre 2006 |

|                                                                                    |                                                                                                                                                                           |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| reactivos psicológicos y el juego proyectivo.                                      | abuso sexual: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Juego proyectivo</li> <li>o HTP</li> <li>o Test de la Familia</li> </ul>                                           |              |
| 4. Recopilar datos estadísticos acerca de la incidencia del abuso sexual infantil. | Recopilación de la información obtenida en el trabajo con los niños que asisten a la Corporación Mujer a Mujer y realización de las tablas estadísticas correspondientes. | Octubre 2006 |

## 9. RECURSOS

❖ **HUMANOS:** para la realización de esta tesis se contará con el trabajo investigativo de las alumnas Janeth Alexandra Poma Quito y María Augusta López Ochoa, además del apoyo institucional de la CORPORACIÓN MUJER A MUJER, bajo la responsabilidad de la Lcda. Sonia Niveló, psicóloga del centro, quien se encuentra a cargo del proyecto “Hablemos de violencia sexual con niños y niñas” y los niños/as que asistan a consulta psicológica a la COMAM. Como director de tesis se contará con la dirección del Dr. Patricio Cabrera.

❖ **MATERIALES:**

- o Reactivos psicológicos:
- o HISTORIA CLINICA
- o HTP
- o Test de la Familia
- o Cuestionario de Ansiedad Infantil
- o Cuestionario de Depresión Infantil
- o Cuestionario de evaluación del Autoestima en la Educación Primaria
- o Copias de cada test e historia clínica.
- o Material bibliográfico.
- o Material de escritorio:
  - Lápices
  - Esferos

- Hojas
- Borradores
- Pinturas
- o Muñecos anatómicamente sexuados
- o Material didáctico
- o Otros.

❖ **ECONÓMICOS:**

| CANTIDAD | MATERIAL                                                                       | COSTO UNIT. | COSTO TOTAL |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| 4 meses  | Transporte (gasolina, parqueadero, bus, etc.)                                  | \$80,00     | \$320,00    |
| 8        | Material bibliográfico                                                         | \$20,00     | \$160,00    |
|          | Material didáctico (mesas, sillas, títeres, pinturas, crayones, papeles, etc.) | \$100,00    | \$100,00    |
| 8        | Reactivos psicológicos (copias).                                               | \$50,00     | \$50,00     |
| 1        | Viáticos                                                                       | \$100,00    | \$100,00    |
| 1        | Hojas papel bond (500 unid)                                                    | \$4,00      | \$4,00      |
| 4        | Impresión de tesis.                                                            | \$50,00     | \$200,00    |
| 4        | Empastado de tesis.                                                            | \$15,00     | \$60,00     |
|          | Otros                                                                          | \$50,00     | \$50,00     |
|          |                                                                                | TOTAL       | \$1044,00   |

FINANCIAMIENTO: El presente trabajo será autofinanciado por las alumnas Janeth Poma y M<sup>a</sup> Augusta López, autoras del mismo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. ALVEAR, Nancy. GRANIZO, Andrea. “Programa de educación a la sexualidad para niños de 6 años”. Cuenca, Ecuador 2003.
2. BARON, Robert. “Psicología”. México 1996.
3. CASULLO, Ma. Martina. “Riesgo suicida, soledad, aislamiento y apoyo social”. Buenos Aires, Argentina 2002.
4. ECHEBURUA, Enrique. DE CORRAL, Paz (1998) “Manual de violencia familiar”. Madrid, Siglo XXI Editores.
5. ECHEBURUA, Enrique. GUERRICAECHEVARRÍA, Cristina. “Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores”. Barcelona, Ariel. 2000.
6. GALDOS, Silvia. “Mi cuerpo es mi territorio. Pautas de prevención del abuso sexual hacia niños y niñas”. Silva 1995.
7. GLASER, Janya. FROSH, Stephen (s.a.) “Abuso sexual de niños”. Paidós. Buenos Aires
8. GUIAINFANTIL.COM. 2001-2005
9. NIETO, Tania. SAQUICELA, Alexandra. “Maltrato físico y emocional al menor en el hogar y sus repercusiones psicológicas”. Cuenca, Ecuador 2004.
10. PAULUZZI, Liliana. “Violencia familiar. Comprender y Prevenir”. Rosario 1999.
11. RIAK, Jordan. “Hablando claramente del maltrato físico a los niños”.
12. ROA, Angélica, REHNFELET, Margarita. “Manual de intervención en caso de abuso sexual”. Asunción, 1998.

## **CONCLUSIONES**

- El Abuso sexual infantil no discrimina a nadie, no importa clase social, raza o idioma es necesario que nos informemos para combatirlo.
- El abuso sexual infantil se da con y sin violencia física o psicológica.
- La realización de este trabajo permitirá a otros estudiantes de la Universidad del Azuay conocer acerca de la problemática del abuso sexual infantil de una manera sencilla ya que es un trabajo claro y fácil en cuanto a su comprensión.
- Este trabajo es una herramienta de trabajo clínico la misma que nos servirá para la evaluación y la detección de abuso sexual infantil.

PSC. SONIA NIVELLO CABRERA

## **CERTIFICO**

Que las Srtas. M<sup>a</sup> Augusta López Ochoa con cedula de identidad 0103873139 y Janeth Alexandra Poma Quito con cedula de identidad 0104262621, laboran en esta institución en calidad de asistentes del Departamento de Psicología y cuentan con el apoyo institucional para la realización de su tesis de grado cuyo titulo es “Evaluación Psicológica a niños/as de 5 a 10 años victimas de abuso sexual. Estudio a realizarse en la CORPORACION MUJER A MUJER durante el periodo abril – octubre 2006”.



Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad y autorizo a las interesadas hacer uso del presente documento como creyeran conveniente.

PSC. SONIA NIVelo CABRERA  
**SUB-DIRECTORA EJECUTIVA**  
**CORPORACION MUJER A MUJER**