UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MAESTRÍA DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

"Diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual"

Informe final del trabajo de investigación, previo la obtención del título de Magíster en Psicoterapia Integrativa

AUTORA: Psi. Cli. Johanna Cristina Luzuriaga Mera

DIRECTOR: Dr. Lucio Balarezo Chiriboga

Promoción: 2.008-2.010

Quito- 2.013

AGRADECIMIENTO

Este sueño que se cristaliza no hubiera sido posible sin el apoyo de las personas que han recorrido conmigo este camino…

Mi mayor agradecimiento a Dios y mi abuelita que desde el cielo me cuidan y guían.

A mi esposo, que con su amor me ha apoyado durante este recorrido y se ha convertido en el pilar fundamental de mi vida.
A mis hijos hermosos, que con su cariño y ocurrencias me alegran la vida y son mi razón de vivir.

A mi mami, hermana y padre que con su cariño y ternura me desmuestran su apoyo incondicional.

A mis amigas del alma que sin importar en que momento llegaron a mi vida están presentes ahora y me entregan su amistad como un tesoro invaluable.

A mi tutor y maestro, Dr. Balarezo, quien me ha guiado e inspirado para amar esta profesión.

A todos y cada uno. Mil gracias!!!

DEDICATORIA

A todas las adolescentes víctimas quienes me permitieron acompañarlas en el proceso de recuperación emocional y sirvieron de inspiración para el presente trabajo.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 14 de Julio de 2013

Yo Psi. Cli. JOHANNA CRISTINA LUZURIAGA MERA, autora, de la investigación, con cédula de ciudadanía No. 171764090-6, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Postgrado titulado:

"*Diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual*", es original y de mi autoría; de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

FIRMA

C.C. 171764090-6

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Psi. Cli. JOHANNA CRISTINA LUZURIGA MERA en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre "*Diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual*", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hace uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 13 de Julio de 2.013

Firma

C.C. 171764090-6

RESUMEN DOCUMENTAL

Tesis sobre **Intevención psicoterapéutica** en adolescentes víctimas de violencia sexual**.** El **objetivo** fundamental es proponer estrategias psicoterapéuticas que favorezcan su proceso de recuperación emocional. El **problema identificado** es la inexistencia de protocolos que guién el accionar terapéutico. El supuesto teórico es que desde el modelo es factible diseñar un protocolo de intervención psicoterapéutica en adolescentes víctimas de violencia sexual. Los **antecedentes teóricos** son modelo focalizado en la personalidad, adolescencia, violencia, protocolos y el diseño del protocolo de intervención psicoterapéutica. Se han aplicado los métodos cualitativo, inductivo y deductivo. La **metodología** contempla la fase preparatoria, informativa, analítica y ejecución. La **conclusión general** se refiere a que el Protocolo permite sistematizar el accionar terapéutico en función de los rasgos de personalidad de los adolescentes para para que estos actúen como elementos potenciadores en el proceso de recuperación. Con la **recomendación** que lo ejecute quien tenga formación en Psicoterapia Integrativa para que realice un mejor abordaje teniendo en cuenta las premisas del Modelo.

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

SECUNDARIA: INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

DESCRIPTORES:

ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL –INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD- 10 a 19 años

DOCUMENTARY SUMMARY

Theses on interventional psychotherapy in adolescent victims of sexual violence. The main objective is to propose psychotherapeutic strategies that foster their emotional recovery process. The problem identified is the lack of protocols to guide the therapeutic actions. The theoretical assumption is that since the model is feasible to design a protocol for psychotherapeutic intervention in adolescent victims of sexual violence. The theoretical background is focused on the Personality Model, adolescence, violence, protocols and protocol design of psychotherapeutic intervention. Have been applied qualitative methods, inductive and deductive. The methodology includes the preparatory phase, informative, analytical and execution. The general conclusion concerns the Protocol allows systematizing therapeutic actions depending on the personality traits of adolescents so that they act as enhancer elements in the recovery process. With the recommendation to run it who have training in Integrative Psychotherapy to perform a better approach taking into account the assumptions of the model.

THEME CATEGORIES:

PRIMARY: INTEGRATIVE MODEL FOCUSED ON THE PERSONALITY

SECONDARY: PSYCHOTHERAPY INTERVENTION

DESCRIPTORS:

ADOLESCENT VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE INTERVENTION FOCUSED PSYCHOTHERAPEUTIC PERSONALITY-10 to 19 years

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES

Agradecimiento …… II

Dedicatoria …… III

Declaratoria de Originalidad …… IV

Autorización de la Autoría…… V

Resumen documental …… VI

Resumen documental inglés…… VII

Tabla de contenidos…… VIII

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

INTRODUCCIÓN…… 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…… 2

Preguntas …… 3

Objetivos …… 3

1. General…… 3
2. Especifico…… 3

Justificación e importancia…… 4

MARCO TEÓRICO

I MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

Generalidades del Integracionismo…… 7

Bases filosóficas…… 11

Bases epistemológicas…… 12

Bases teóricas…… 13

Bases metodológicas…… 18

II ADOLESCENCIA

GENERALIDADES…… 23

DESARROLLO FÍSICO …… 25

DESARROLLO COGNITIVO …… 26

DESARROLLO PSICOLÓGICO …… 27

III LA VIOLENCIA
Violencia sexual ……..…… 43
Delitos sexuales según el código penal ecuatoriano ……..… 45

IV PROTOCOLOS
Generalidades ……..……... 49
Criterios para elaborar protocolos ……..……. 49
Protocolos de atención ……..……..…..…. 51
Protocolo de tratamiento ……..…….. 51

MARCO METODOLÓGICO
Supuesto teórico ……..…… 54
Tipo de Investigación…….. 54
Tecnicas de Investigación…… 55

RESULTADOS
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL…57
Análisis y discusión de resultados…… 105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 107

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tangibles ……..……. 114
Virtuales …… 115

ANEXOS
Plan Aprobado..…… 117

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un evento, por decir lo menos, "traumático" para quien, por azares de la vida, lamentablemente lo ha vivido. El sufrimiento que ocasiona es considerado una violación a los derechos humanos de las víctimas que sufren este hecho devastador que deja huellas nefastas físicas y emocionales, ya que vulnera la dignidad, integridad y libertad de quien lo experimenta. Las consecuencias a largo plazo que las víctimas de violencia sexual experimentan podrían afectar el normal desempeño como ente activo de la sociedad y como sujeto en pleno goce de sus derechos.

Las estadísticas cada día se tornan más alarmantes y los esfuerzos por incentivar campañas de promoción de la salud y prevención primaria en respeto a los derechos de los grupos más vulnerables como niños, niñas y adolescentes; han ocasionado que se incrementen las denuncias por estos delitos antes que se disminuyan el comentimiento de los mismos.

Es por ello que en el afán de abordar integralmente este grave problema de salud pública varios paises han aportado con la creación de protocolos de atención a las víctimas de violencia sexual. Nuestro país no es la excepción, en el 2.008 el Ministerio Público diseñó el "Protocolo para el manejo de violencia sexual". La estructura de este protocolo está diseñada para realizar el primer acercamiento con una perspectiva interdisciplinaria donde se realiza una valoración médica, de trabajo social y psicológica, ésta última no necesaria y exclusivamente la tiene que hacer una profesional con formación en psicología sino personal capacitado en abordar este tipo de casos y que tiene como objetivo a más de brindar contención emocional, recoger información médico- legal que servirá si el caso se llega a judicializar.

El presente trabajo en el primer capítulo sistematiza las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas que sustentan al Modelo integrativo focalizado en la personalidad. El segundo capítulo describe el desarrollo físico, cognitivo y psicológico que caracteriza al período de la Adolescencia. El tercer capítulo reseña la dinámica de la Violencia sexual y la tipificación de los delitos sexuales según el código penal ecuatoriano. El cuarto capítulo incluye la clasificación y elaboración de Protocolos. Y el quinto capítulo contiene el diseño del Protocolo el cual pretende sistematizar estrategias de intervención que puedan orientar al psicoterapeuta integrativo a seguir ciertos lineamientos básicos para favorecer el proceso de recuperación emocional de adolescentes víctimas de violencia sexual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS en el año 2.002 estima que un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales. En el Ecuador las estadísticas revelan que 1 de 4 niñas y adolescentes fueron violentados sexualmente y que el grupo más vulnerable con un 36,35% oscila entre los 12 y 17 años de edad. El INEC reportó en el 2.012 que los resultados de la encuesta nacional sobre violencia de género que por primera vez se realizó en el país en 18 mil 800 hogares urbanos y rurales, se identificó que 1 de cada 10 mujeres han sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años.

La violencia sexual es un importante problema de salud pública que afecta a los colectivos más vulnerables de la sociedad y repercute, a su vez, en el bienestar de las familias y de la sociedad. Ésta, presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el agresor puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la/el adolescente toma conciencia del evento traumático. No por ello son infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas antisociales e incluso intentos de suicidio. Y los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual - disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute-, especialmente, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones), volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas. (Mas, B. y Carrasco, M.A. 2005). Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.) Finkelhor, D. (1999).

En nuestro medio aún, el sistema de asistencia integral a la víctima de violencia sexual es difuso y poco efectivo, se presentan muchas denuncias que no reciben una atención adecuada y la mayoría de casos por lo general no se llegan a judicializar, por lo que el impacto psicológico y emocional al que están expuestas las adolescentes y sus familias es devastador.

Mi experiencia al trabajar con adolescentes víctimas de violencia sexual en el Programa de Protección a Víctimas y Testigos en la Fiscalía de Pichincha me permitió evidenciar el sufrimiento al cual estaban expuestas las víctimas y sus familias, así como también la necesidad de elaborar mejores herramientas que favorezcan el abordaje psicoterapéutico y permitan su recuperación emocional.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿La intervención psicoterapéutica focalizada en la personalidad es útil en el abordaje de víctimas de violencia sexual?
- ¿Las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad permitirán diseñar el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica en adolescentes víctimas de violencia sexual?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

GENERAL

- Elaborar y formalizar un protocolo de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad.

ESPECÍFICOS

- Diseñar un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.
- Incorporar las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo focalizado en la personalidad al Protocolo de Intervención Psicoterapéutica.
- Proponer estrategias psicoterapéuticas para el abordaje con las adolescentes víctimas de violencia sexual que favorezcan su proceso de recuperación emocional.

JUSTIFICACIÓN

El término Protocolo procede del latín "protocollum" que a su vez procede del griego protos, primero y kollom, pegar. En su significado original, "protocollum" era la primera hoja de un escrito. La primera hoja en la que se marcan unas determinadas instrucciones. (http://www.protocolo.org/gest_web/proto_Seccion.pl?rfID=185&arefid=23).

El concepto de Protocolo según la Real Academia Española hace relación a un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica. El desarrollo de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos como base para la toma de una parte importante de las decisiones terapéuticas tiene ya varias décadas, en los últimos años se está asistiendo al impulso de los ensayos clínicos, su análisis y difusión promovido por la corriente de la Medicina Basada en la Evidencia.

Si bien en torno a esta corriente existe discusión y controversia, una manera de conciliar este accionar podría tener mayor sentido al afirmar que tanto la experiencia clínica y las mejores evidencias disponibles, se deben integrar en la atención a los pacientes. Cuando hay incertidumbre, la mejor evidencia científica disponible debe ser aplicada, decisión que no garantiza el éxito, pero disminuye el margen de error.

En el ámbito de la Psicología, durante las últimas tres décadas, la protocolización ha proliferado probado su eficacia en ensayos clínicos. Los protocolos de intervención están basados en la mejor evidencia disponible sobre un tema en particular, ayudando al profesional en su toma de decisiones en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, como señala Muir (1997), la toma de decisiones no solo depende de la evidencia, sino también de los recursos disponibles y, además, del juicio ético que debe estar presente en todo acto médico o psicológico.

La presente investigación es factible puesto que existe una vasta bibliografía a través de textos, revistas, artículos, así como el contacto con expertos en la temática que enriquecerán la estructuración teórica del Protocolo.

La trascendencia de abordar esta temática radica en el aporte científico que desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad se puede generar para intevenir psicoterapéuticamente con adolescentes víctimas de violencia sexual.
Las repercusiones de la violencia sexual que experimentan las/los adolescentes en la actualidad, requiere atención desde todas las aristas necesarias para poder realizar un abordaje integral por lo que la intervención psicoterapéutica desempeña un rol muy

importante en el proceso de sanación; al haberse convertido esto en un problema de salud pública, el impacto social que la presente investigación intenta generar esta en función de favorecer la recuperación emocional de los adolescentes víctimas de violencia sexual para que puedan reinsertarse de manera más saludable y con mejores herramientas a la sociedad.

Una vez citados los antecedentes y al no existir propuestas de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad se propone el diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutico en adolescentes víctimas de violencia sexual que tendrá como objetivo dotar a las adolescentes de mejores estrategias de afrontamiento para favorecer el proceso de recuperación emocional.

MARCO TEÓRICO

I

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

1. GENERALIDADES DEL INTEGRACIONISMO

Los esfuerzos para la búsqueda de acercamientos y puntos comunes entre las corrientes psicoterapéuticas es una propuesta desde la tercera década del siglo anterior, donde los psicoterapeutas buscan aproximaciones, convergencias y similitudes entre las diferentes teorías psicológicas y propuestas psicoterapéuticas.

El primer esfuerzo constituye la búsqueda de relaciones entre corrientes, siendo en muchos casos inclusive opuestas desde su perspectiva epistemológica y filosófica. *French*, en 1.933 durante la Convención de la Asociación Psicológica Norteamericana, intenta establecer nexos entre el psicoanálisis y la teoría pavloviana y publica una año después su obra "Interrelaciones entre el psicoanálisis y el trabajo experimental de Pavlov". *Dollar y Miller*, en 1.950, publican la obra "Personalidad y psicoterapia" en la que se evidencia el interes por desarrollar una teoría que asocie el psicoanálisis con el conductismo mediante los vínculos entre la regresión, represión y desplazamiento con la teoría del aprendizaje. *Wachtel*, en su obra "Accion and insight" en 1.987, propone la convergencia de los procedimentos clínicos del conductismo y psicoanálisis para favorecer la eficacia de la terapia psicoterapéutica. Golfried y Norcross, desde 1.980 activan el movimiento hacia la integración mediante la obra "El manuel de integración en psicoterapia".

Un segundo grupo hace énfasis en los factores comunes que intervienen en el proceso psicoterapeútico. *Rosenzweig* en 1.936 publica un artículo de los tres factores comunes entre las corrientes que influyen en la eficacia en el tratamiento:

- La personalidad del terapeuta relacionado con la capacidad de transmitir esperanza.
- Las interpretaciones del terapeuta favorecen la comprensión y proporcionan alternativas nuevas a los problemas del paciente.
- Los efectos sinérgicos que provoca el trabajo en una zona específica sobre las demás áreas.

Frank, en 1.961 en su libro "Salud y persuasión" analiza algunos caracteres similares entre las psicoterapias y en las diferentes áreas de influencia personal:

- El papel esencial que juega la confianza del paciente en la competencia del terapeuta.

- Los entornos psicoterapéuticos son asociados como espacios de curación, generando per se, una expectativa de alivio.
- Los mitos sobre salud y enfermedad son compartidos culturalmente por el paciente y terapeuta.
- La teoría que sustenta la técnica y los procedimientos.
- Posteriormente agrega temas relacionados a la nueva información, las posibilidades de aprendizaje, la activación emocional, las sensaciones de dominio o autoeficacia y las posibilidades de verificar los cambios y logros de la terapia.

Harper, en 1.966, establece las siguientes carácterísticas comunes de los enfoques psicoterapéuticos:

- Persona en condición de paciente
- Persona en condición de terapeuta
- Recolección de información
- Establecimiento de una relación positiva
- Utilización de técnicas específicas como verbales
- Considerar la psicoterapia como un proceso

Una tercera propuesta es la integración en el campo práctico. *Lazarus* desarrolla el eclecticismo técnico en su obra, en 1.967 "Terapia conductual multimodal", involucrando la conducta, afecto, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales y drogas en su esquema de tratamiento. *Bandura,* en 1.980, desarrolla el modelo del determinismo recíproco incluyendo en su teoría elementos ambientales, congnitivos y conductuales. *Beutler,* en 1.986, propone una "Psicoterapia ecléctica sistemática", práctica que es utilizada por muchos psicoterapeutas de una determinada corriente, que utilizan en sus intervenciones procedimientos de otros enfoques, los cuales no siempre son aceptados abiertamente.

Finalmente, otros dirigen su atención a los aspectos teóricos que sustentan el ejercicio terapéutico. Este nivel busca establecer un campo de comprensión del fenómeno psicológico y psicoterapéutico a la luz de una nueva teoría basada en supuestos que han demostrado su validez y consistencia. *Golfried,* 1.980, propone que un análisis comparativo entre las escuelas debe generar un nivel de abstracción que relacione la técnica y la explicación teórica de la efectividad de la misma. *Prochaska y DiClemente,* 1.986, propone el cambio terapéutico a través de su "enfoque transteórico". *Fernández Alvarez,* 1.992, pionero del movimiento de integración latinoamericano, expone su teoría

"Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia Integrativa". *Opazo,* 1.992, publica "Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo" y Balarezo, 2.007, nuestro principal referente del movimiento integrativo en el Ecuador desarrolla el" Modelo integrativo focalizado en la personalidad". Y *Dubourdieu* incorpora el movimiento integrativo de la PNIE.

LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Eysenk, 1.952, con su artículo "Los efectos de la psicoterapia: una evaluación" donde cuestiona severamente los resultados de la psicoterapia, influencia e impulsa la investigación en el campo psicoterapéutico. Así *Garfield y Bergin,* 1.986, establece una reseña de los trabajos de Lambert, Shapiro y Bergin, así como de Orlinsky y Howard, sobre la confrontación de resultados entre los diferentes modelos psicoterapéuticos, concluye:

1. La psicoterapia permite lograr resultado superiores a la remisión espontánea de los trastornos.
2. La psicoterapia es más eficaz que el uso de placebos.
3. Los resultados de la psicoterapia parecen ser duraderos.
4. No es posible establecer diferencias significativas de éxito entre diferentes procedimientos terapéuticos para el tratamiento de trastornos equivalentes.

Luborsky, 1.975, concluye con el veredicto del pájaro dodo. *Beutler,* 1.991, avala el trabajo de Luborsky afirmando que no se puede verificar empíricamente la superioridad de un enfoque frente a otro. *Grawe, Gaspar y Anbuhl,* 1.990, atribuyen un alto valor a los factores inespecíficos en el abordaje de los trastornos.

Wallerstein, 1.989, publica los resultados de una investigación iniciada en la década de los 50 en una institución psicoanalítica de Kansas, donde uno de los objetivos fue examinar los efectos comparativos entre procedimientos fundamentalmente analíticos y procedimientos que emplean técnicas de apoyo psicoanalíticamente orientadas. Los resultados que obtuvieron fueron:

- No se verificó la relación entre cambios terapéuticos y resolución de conflictos.
- No existe evedencia cierta de que resolver un conflicto interno para llevarlo a lo consciente genere un cambio conductual o alivio sintomático.
- Los cambios obtenidos con técnicas de apoyo producían resultado tan durables como los logrados con técnicas analíticas.

- Parece ser que las estrategias de apoyo operan de manera que se sostienen en el tiempo pese a que en las prerrogativas psicoanáliticas no bastarían para generar un cambio sustancial.
- Los tratamientos analíticos eran más directivos que lo esperado y los de apoyo más dinámicos de los esperado.

A partir de los resultados de esta investigación, Wallerstein obtuvo las siguientes conclusiones:

- Los resultados de ambos procedimentos tienden a mostrar más convergencias que divergencias.
- Todos los tratamientos emplearon mayor número de elementos de apoyo que lo esperado.
- Los elementos de paoyo necesitan mayor especificación.
- Al examinar los resultados obtenidos por un paciente no es posible inferir el tipo de terapia utilizada.

Actualmente la investigación se centra en los estudios de Beutler, Moreira y Penela, 2.004, que propone dos direcciones básicas sobre los estudios en psicoterapia. La primera referente a la efectividad de la psicoterapia recalcando el rol fundamental de los factores comunes y las variables intervinientes en el proceso psicoterapéutico y la segunda vinculada a la búsqueda de eficacia donde se preocupa por estudiar los modelos terapéuticos y las técnicas empleadas, resaltando su interés en los factores específicos del tratamiento. (Balarezo, 2.009)

DEFINICIÓN DE LO INTEGRATIVO

“Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados**”** (Balarezo, 2.003). Por lo tanto, en el enfoque integrativo focalizado en personalidad, “la psicoterapia hace referencia al proceso de integrar en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales” (Balarezo, 2.003). Además centraliza el trabajo sobre la personalidad y prioriza los fenómenos de relación sobre la técnica durante el proceso psicoterapéutico, esto debido a la idiosincracia y características culturales de los pacientes de nuestro medio.

2. BASES FILOSÓFICAS

2.1. El humanismo en el Modelo Integrativo

La psicoterapia y el asesoramiento por su misma naturaleza de ayuda y servicio se ubica en un marco filosófico humanista que prevalece sobre el enfoque objetivista, materialista y pragmático de la actualidad que le coloca al sujeto en una condición pasiva, reactiva y utilitarista. (Balarezo, 2.009)

Los prinicipios básicos según Bugental, 1.964, son:

1. El ser humano es más que la suma de sus componentes.
2. La existencia se consuma en el seno de las relaciones humanas.
3. El hombre vive más o menos asequible a su forma consciente, esa es la base para la comprensión de la experiencia humana.
4. Desde lo consciente disponible, el ser humano está en situación de elegir y decidir; no es pasivo espectador de su existencia sino que la recrea.
5. La persona vive orientada hacia una meta, objetivos y valors que son la base de su identidad y en general tiende a la tranquilidad y la excitación.

El humanismo aprecia la credibilidad sobre su autodirección, la libertad, la elección, la decisión, la responsabilidad y la experiencia subjetiva, en contraposición a las nociones de monocausalidad, policausaloidad, naturaleza estrictamente biológica, psicológica o social. En el contexto psicoterapéutico, el humanismo parte de algunas premisas que se señalan a continuación:

- La confianza básica en el ser humano que es capaz de autodirigirse y autocontrolarse en la mayoría de circunstancias.
- La relación simétrica que se establece entre psicoterapeuta y paciente.
- Al asumir una postura no directiva el psicoterapeuta no aconseja, no dirime las decisiones, ni provoca una acción externa sobre el paciente. Maneja con habilidad determinadas técnicas de comunicación y otros medios terapéuticos para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.
- El contacto psicológico positivo que establecer el psicoterapeuta con el paciente durante el proceso es favorable para su éxito.
- La presencia de condiciones de congruencia e integración en el terapeuta y las de incongruencia del paciente, se relacionan con la experiencia externa y la subjetividad del sujeto.

- La consideración de la relación de ayuda como un proceso en el que van presentándose etapas hasta lograr el objetivo de asesoramiento o psicoterapia. (Balarezo, 2.009)

3. BASES EPISTEMOLÓGICAS

3.1. El constructivismo en el Modelo Integrativo

"El término constructivismo se emplea para denominar un conjunto de ideas acerca de la producción del conocimiento y su construcción por grupo o individuos". (Larrochele y Bednarz, 1.998)

El punto común de las actuales elaboraciones constructivistas está dado por la afirmación de que el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad pre-existente, sino efecto de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y re-interpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes. Lo que significa que accedemos a la realidad mediante los modelos que construimos para explicarla, los cuales son susceptibles de ser mejorados o cambiados.

El constructivismo acoge aportes e influencias de los distintos campos del conocimiento y de distintas ciencias como la filosofía, física, biología, cibernética y la propia filosofía de la ciencia.

Existen dos posturas que arroja el constructivismo y se hace necesaria adoptar una de ellas, como premisa básica en el quehacer psicoterapéutico. El constructivismo radical afirma que es imposible acceder al conocimiento de la realidad, las ideas acerca de la realidad solo se pueden comparar con las ideas más no con lo que éstas "representan". El constructivismo moderado sostiene que la realidad es más que un simple reflejo de la mente del que percibe. La verdad es tanto construida como descubierta. El sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente contruye lo percibido.

El modelo de psicoterapia integrativa focalizado en la personalidad, toma como base epistemológica el constructivismo moderado, validado en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran el psiquismo. Desde esta posición podemos entrar en contacto con el paciente de manera

más directa, cálida y cercana a la propia realidad. Así como también, nos amplía la perspectiva para abordar la problemática desde la percepción del ser humano como una parte y un todo en constante interacción e intervenir con una diversidad de estrategias psicoterapéuticas provenientes de diversos enfoques, que al personalizarlos nos permitirán obtener mejores resultados que tengan como objetivo favorecer el bienestar humano. (Balarezo, 2.009)

4. BASES TEÓRICAS

Siendo una propuesta personalística el Modelo asume como elemento básico de la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico, a la personalidad.

4.1. La personalidad

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. (Balarezo, 2.009)

4.2. Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo

En la estructura de la personalidad influyen los factores bio-psico-socioculturales.

Influencias biológicas en los estilos de personalidad

En las *personalidades afectivas* predominan los mecanismos cerebrales vinculados con la extraversión y la amabilidad, con un predominio del funcionamiento neuropsicológico de las funciones hipocámpicas, el sistema límbico y la sustancia reticular, con una estructura bioquímica y endócrina dependiente de estos sistemas sobre todo los mecanismos vinculados con la serotonina. La heredabilidad es alta de las características de personalidad afectivas y con relación al género se presenta mayormente en mujeres.

En las *personalidades cognitivas* predominan los mecanismos de introversión, apertura a la experiencia, consciencialismo, prevalencia del funcionamiento de las regiones frontales y actividad bioquímica y hormonal caracterizada por excesiva reactividad del sistema límbico y el simpático aceleración de la transmisión sináptica. Con respecto al género, son los varones quienes predominan en este tipo de personalidad.

Las *personalidades comportamentales* están mas asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En estudios realizados se concluyen algunas predisposiciones genéticas en los rasgos de personalidad comportamental y con relación al género predominan las mujeres con trastorno inestable y los hombres con trastorno disocial de personalidad.

Las *personlidades con déficit relacional* presentan predominio de la estructura introvertida, inhibiciones mayores en sus regiones frontales, déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, dominancia del sistema parasimpático con desequilibrios del sistema adrenérgico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral. Con respecto al género se puede afirmar que la personalidad esquizoide es más común en hombres, mientrás que la dependiente en mujeres y la evitativa presenta frecuencia en ambos géneros. (Balarezo, 2.009)

Factores socio – culturales de la personalidad

El ser humano es sociable por naturaleza por lo que este hecho le lleva a pertenecer a distintos grupos como la familia, escuela, grupo religioso, grupos culturales y la sociedad misma. Estos sistemas organizan estructuras y procesos singulares que por su dinámica particular, formalizan influencias de aprendizaje para las personas. Cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en función de la influencia de varios factores como:

Factores ambientales: son aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve. Estos contextos se influyen entre sí, de modo que, todo el conjunto repercute en el niño que se está formando, provocando en él algunos afectos específicos. También la cultura termina generando conductas que nos diferencian de otras expresándose en valores, costumbres, comportamientos cotidianos.

Condiciones socio – económicas: Implican la estructura socio-económica de un país o región y un determinado nivel de vida individual que afecta sus condiciones psicológicas.

La socialización: es el proceso de adaptarse o formarse para un medio social específico y algunos métodos por los cuales los adultos aprenden a adaptar sus pautas de conducta cuando se enfrentan a nuevas situaciones, son:

- Cambio de actitudes.- las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia en la conducta, provocando respuestas hacia determinados grupos o personas. El descubrimiento de que las conductas siguen a las actitudes y viceversa, emergen de la suposición, de que los individuos desean preservar la consistencia lógica en sus puntos de vista sobre ellos mismos y sobre su entorno. Por ello las teorías sobre la "consistencia cognitiva" sostiene que los individuos prefieren pensar que sus acciones son coherentes con sus creencias y que si se perciben inconsistencia entre ambas "disonancia cognitiva" tratan de reducirla, modificando las creencias antes que las acciones. El cambio de actitudes representa los esfuerzos que el individuo realiza para que sus ideas sobre ese grupo coincidan con el modo en que se ha comportado con sus miembros.
- Afiliación social, poder, influencia: hace referencia a los factores que determinan con quién y de qué modo se relacionan los individuos, al intentar ejercer una influencia sobre los demás o ser a su vez influidos por otros. Por ejemplo, si las personas no están seguras de cómo se sentirán o cómo responderán en una situación nueva o indeseable, buscarán la compañía de otras que puedan aportarles esa información.
- Estructura y dinámica de grupos: tiene relación con la influencia mutua entre el individuo y el grupo.
- El aprendizaje: Bandura cree que la conducta humana puede ser explicada por un determinismo recíproco que implica factores conductuales, cognoscitivos y ambientales. Los tipos de aprendizaje son condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje social, aprendizaje vicario y aprendizaje por observación y modelado.

Influencias sociales temprans en los estilos de personalidad

Las experiencias tempranas influyen en la estructura de la personalidad en base a la influencia que reciben del entorno.

En las *personalidades afectivas de tipo histriónica*: es factible observar sobre – estimulación y/o diversidad de estimulación en etapas tempranas, utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario de uno de los padres o ambos, dificultad en la resolución de los celos fraternos, condiciones físicas y psíquicas atractivas, carencia de figura parental. En las de *tipo ciclotímico* puede existir además, un

patrón depresivo en el que se aprecian situaciones de pérdida emocional temprana, dificultades en el entrenaiento de indefensión, aliento de actitudes sociales extremas.

En las personalidadades *cognitivas de tipo paranoide* se presume sobrevaloración excesiva sobre sus capacidades y logros reales o ficticios, sometimiento a fuertes antagonismos, discrepancias y divergencias con las figuras parentales, grandes demandas acerca del cumplimiento exitoso de tareas, manejos tempranos contradictorios o intransigentes, desaprobaciones de las figuras paternas, condiciones intelectuales o personales favorecidas. En el *tipo anancástico* se considera un exceso de control parental con probables castigos, culpabilidad generada por deficiencias, privaciones y carencias, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de la responsabilidad.

En las *personalidades comportamentales de tipo inestable* se advierte notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en la relación competitiva con sus hermanos, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas. En el tipo de *trastorno disocial* se observan modelos parentales dificitarios que no generan normas, conciencia de valores subdesarrollados en su entorno, ausencia de cariños en sus relaciones tempranas, marginamiento social.

En las *personalidades con déficit relacional de tipo esquizoide* son apreciables pobreza estimulativa, en los estadios tempranos de vinculación sensorial, relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas. En el *tipo evitativo* son frecuentes, el rechazo y desprecio familiares, tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres y rechazo y alienación de los pares y compañeros. En el *tipo dependiente* es ostensible el excesivo apego parental y sobreprotección por alguna situación especial de orden físico o psíquico. En el *trastorno esquizotípico* se aprecian, pobre estimulación temprana de expresiones afectivas, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo. (Balarezo, 2.009)

4.3. Tipología de la personalidad desde el Modelo Integrativo

Tomando en cuenta la individualidad del sujeto en su actividad psíquica, existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda.

De este modo el modelo integrativo toma como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales.

Dado que estos componentes son generales para todos los sujetos, dichas características están presentes en todas las personalidades, remarcando el hecho de que el predominio de una condición, no marca una perspectiva excluyente de los otros factores. Pero la apreciación biopsicosocial del modelo, presente en el análisis del origen de estos procesos, señala a su vez, requisitos de primacía en cada sujeto, sea por predominio o déficit, permitiendo establecer grupos generales de afinidad en su expresión.

Por lo que se encuentra adecuada la agrupación en los siguientes tipos:

PERSONALIDAD CON PREDOMINIO DE RASGOS AFECTIVOS

- Histriónica
- Ciclotímica

Tienen como características fundamentales expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos.

PERSONALIDAD CON PREDOMINIO DE RASGOS COGNITIVOS

- Anancástica
- Paranoide

En los cognitivos prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Igualmente los contactos sociales se enmarcan en estas características. Son adherentes en sus cogniciones, afectos y comportamientos, denotando propensión a mantenerse en ellos.

PERSONALIDAD CON PREDOMINIO DE RASGOS COMPORTAMENTALES

- Impulsivo
- Trastorno disocial de la personalidad

Esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cogntivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones.

PERSONALIDAD CON PREDOMINIO DE RASGOS CON DÉFICIT RELACIONAL

- Esquizoides
- Dependientes
- Evitativos
- Trastorno esquizotípico de la personalidad

En este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal y al retraimiento social con dificutad de expresión afectiva externa. La conducta suele ser mediata y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo. (Balarezo, 2.009)

5. BASES METODOLÓGICAS

El Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad se desenvuelve en dos terrenos, diversos pero complementarios:

La *psicoterapia* como un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobretodo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta. (Balarezo, 2.003)

El *asesoramiento* como una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos. (Balarezo, 2.010)

5.1. ETAPAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PRIMERA ETAPA

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

Paciente

- Búsqueda de ayuda o demanda de supresión de síntomas
- Complacencia a familiares y allegados

- Remisión de otros profesionales
- Exigencia de status
- Curiosidad

Terapeuta

- Vocación de ayuda
- Adquisición de experiencia
- Fenómenos contratransferenciales
- Factores económicos
- Obligación institucional

Procedencia de la demanda

- Paciente
- Profesional
- Familiar
- Institucional
- Otros

Tipo de demanda

- Implícita
- Explícita

SEGUNDA ETAPA

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno: el instrumento básico para la recolección de información se regista en la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica "FIEPs" que contiene:

1. Análisis de las expectativas
2. Datos informativos
3. Demanda y sus antecedentes
4. Biografía psicológica personal y familiar
5. Resultado de reactivos psicológicos
6. Diagnóstico descriptivo del problema o trastorno
7. Diagnóstico descriptivo de la personalidad
8. Criterios pronósticos

9. Recomendaciones

Estrategias de la primera entrevista y establecimiento de la relación terapéutica

- Establecimiento del rapport
- Aproximación diagnóstica
- Confesión y desinhibición emocional
- Estrategias de apoyo
- Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica

TERCERA ETAPA

Planificación del proceso

Los componentes del plan terapéutico son:

- Formulación dinámica del problema o trastorno
- Formulación dinámica de la personalidad
- Señalamiento de objetivos
- Señalamiento de técnicas

CUARTA ETAPA

Ejecución y aplicación técnica

Las estrategias anotadas en la planificación se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de cada consultante. Esta condición de flexibilidad técnica la practicamos tanto en los recursos sintomáticos como en los relacionados con la personalidad.

QUINTA ETAPA

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

La eficacia de trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos para conseguir la mayor objetividad posible, empleando las siguientes fuentes:

- Criterio del terapeuta
- Criterio del paciente
- Apreciación de los familiares y otras personas
- Utilización de reactivos y registros psicológicos
- Mediciones fisiológicas (Balarezo, 2.010)

II

ADOLESCENCIA

1. GENERALIDADES

Tras el desarrollo paso a paso de la infancia, los cambios en la adolescencia surgen como una tormenta repentina. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto, aunque sus emociones y sus capacidades intelectuales no se encuentran al mismo nivel de madurez. Se ve diferente. Su vida se ve afectada por un nuevo ritmo que perdurará en las siguientes décadas. Los adolescentes son poco a poco absorbidos por las preocupaciones adultas.

Este proceso se inicia en la pubescencia y en esta etapa de rápido crecimiento maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios -desarrollo de los senos, vello corporal y facial; y, cambios en la voz- que no están directamente relacionados con la reproducción. Tras dos años esta etapa finaliza en la pubertad, cuando el individuo es sexualmente maduro y capaz de reproducirse. Aunque la edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y 14 para el varón, existe un muy amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales. El final de la adolescencia es todavía más difícil de determinar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como la independencia, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso al ejército, casarse o, como define un padre la edad adulta, "no pedir dinero en casa nunca más". (Papalia, 2.001)

La adolescencia, como período del desarrollo del ser humano abarca por lo general el período comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997), por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1.946).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2.005) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, sicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años.

Este período, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y según Coon (1998) está determinado por cuatro factores:

1. La dinámica familiar.
2. La experiencia escolar.
3. El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites.
4. Las condiciones económicas y políticas del momento.

Como tema de investigación toma importancia a finales del siglo XIX, partiendo de los trabajos de Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991). Varios autores como Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980) otorgaron importancia a los cambios psicológicos presentados en esta periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentada a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

Etapas de la Adolescencia

Adolescencia temprana: Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan "crisis de entrada en la adolescencia"; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Adolescencia intermedia: Inicia entre los 14 y 15 años. En este período se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfaccion es al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes integra

grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Adolescencia tardía: Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sstema social familiar, para contribuir a la economía, aún cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997;Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

2. DESARROLLO FÍSICO

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

4.1. Cambios fisiológicos

La menarquia, el primer período menstrual, indica la madurez sexual de la mujer, aunque a menudo las chicas no sean fértiles en los primeros ciclos. Ante la menstruación, algunas chicas expresan alegría y excitación o aceptan la llegada de los períodos menstruales sin ningún tipo de problema, otras reaccionan con temor, turbación o miedo. La señal fisiológica equivalente para los varones es la presencia de esperma en la orina, que aparece aproximadamente en uno de cada cuatro varones de 15 años, no es tan fácilmente observable. Los dolescentes son muy conscientes de su apariencia física. Los varones quieren ser altos y con anchas espaldas, mientras que las mujeres prefieren ser delgadas, pero con buen busto. Destaca el valor que los adolescentes conceden a una buena apariencia. Los adultos que se consideran atractivos en su adolescencia tienen mayor

confianza en si mismos y son más felices que los que no se sintieron atractivos, y estas diferencias no desaparecen hasta mediados de los cuarenta. Madurar con retraso tiene importantes efectos en los varones, en las mujeres los efectos de la maduración adelantada o retardada son menos claros." (Papalia, 2.001).

5. DESARROLLO COGNITIVO

Desde el punto de vista cognitivo, Benjamin Lahey (1999) nos dice que la mayoría de los adolescentes adquiere el razonamiento con operaciones formales, cosa que es definida como Papalia (2005) como "la ultima etapa del desarrollo cognoscitivo de Piaget, (y) se caracteriza por la capacidad para pensar de manera abstracta" lo que le da la capacidad de razonar en indefinido, en el cual se dice que adicionalmente experimenta una forma de egocentrismo adolescente. En la misma etapa según Papalia (2005) se empieza a dar el razonamiento hipotético deductivo, cuyo se define como "la capacidad que Piaget creía que acompaña a la etapa de las operaciones formales para desarrollar, considerar y probar hipótesis".

5.1. La moralidad en el adolescente

Según los estudios y teorías de Jean Piaget y Lawrence Kohlberg, la manera en que los niños piensan acerca de los aspectos morales depende tanto de su nivel de desarrollo intelectual como de su carácter y educación.

Definiendo el "desarrollo moral" como el desarrollo de un sentido individual de la justicia, Kohlberg (1.968) ha centrado sus estudios más en las ideas que se tienen sobre la moralidad que en la manera de actuar.

Carol Gilligan (1.982) ha centrado su atención en el desarrollo moral de las mujeres, que parecen destacar más la habilidad para desempeñar un rol, sostiene que las mujeres definen la moralidad como la capacidad de situarse en el punto de vista de otra persona y como la inclinación a sacrificarse para asegurar el bienestar de otro. Su investigación muestra que las mujeres consideran la moralidad no en términos abstractos, como justicia y honradez, sino como la responsabilidad de cuidar a alguna o algunas otras personas." (Papalia, 2.001).

6. DESARROLLO PSICOLÓGICO

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que lafunción que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen et. al., (1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

6.1. Búsqueda de la identidad

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980). Macmurray (1953), consideró, el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial.

Por lo cual es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el

terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea (Marcia, 1993).

Factores étnicos en formación de la identidad:

El desarrollo de la identidad resulta especialmente complicado para los jóvenes procedentes de grupos minoritarios. Una investigación que utilizó las medidas del nivel de identidad de Marcia (1966), demuestra que una proporción mayor de adolescentes de grupo minoritarios con respecto a los jóvenes de raza blanca se halla en el nivel de "exclusión". Una síntesis de la literatura existente sobre el tema concluye que el color de la piel, las diferencias del lenguaje, los rasgos físicos y estereotipos sociales son de gran importancia en la formación del auto concepto, y que los adultos pueden ayudar a los jóvenes a tener un concepto positivo de sí mismo algunos pasos para estimular la formación saludable de la identidad entre los niños de grupos minoritarios incluyen animarlos a permanecer en la escuela, cuidar de su salud física y mental, proporcionar los sistemas de ayuda social como las redes de apoyo y centros religiosos, fortaleciendo así su herencia cultural.

No existe propiamente una peculiar psicología dinámica de la adolescencia; sin embargo; no se deben ignorar ciertas cualidades evolutivas que caracteriza la motivación del adolescente de un modo relativamente propio y constante. La adolescencia se hace cada vez más consciente de las relaciones que existe entre ellas y la sociedad, de tal modo que sus motivaciones se transforman progresivamente, de egocéntricas que eran casi totalmente en la fase precedente, en socio-céntricas tal como aparecen en la fase evolutiva.

La necesidad del contacto psicosocial presenta características peculiares en la adolescencia, que se puede resumir como sigue:

Creciente contacto con la sociedad:

El joven pasa gran parte de la jornada fuera de la propia familia; en la escuela y en el ambiente de trabajo tiene la posibilidad de establecer interacciones sociales con sus coetáneos y con los demás cada vez más extensas y duraderas.

Creciente adhesión a las ideologías corrientes:

La adquisición de poderes mentales más vastos, el acceso al pensamiento formal y a todas las operaciones que comporta, además de facilitar la compresión del ambiente, suscita en el adolescente el deseo de elaborar teorías, de participar activamente en las ideas de los hombres con que vive y las corrientes de pensamiento cultural de los contextos sociales en que está inserto.

Creciente comportamiento de los demás:

Dependiendo siempre de la maduración intelectual, y también emocional y social el adolescente se hace más idóneo para ponerse en sintonía con los demás, para dialogar con sus coetáneos y con los adultos, para descubrir el significado de sus actividades, para colaborar en el plano de las ideas.

Creciente emancipación de la familia:

A medida que las experiencias sociales del adolescente se extienden y se amplían los contactos con las personas, se separa emocionalmente de su propia familia, parcialmente de los padres. Los cambios condicionados por la pubertad tienen una incidencia fundamental en el proceso de emancipación de la familia por parte del adolescente.

Creciente adaptación heterosexual:

La vida escolar y de grupo facilita la adaptación heterosexual del adolescente. Las investigaciones llevadas a cabo en este sentido revelan un progresivo acercamiento de los sexos en la edad de la adolescencia, según modalidades condicionadas de modo diverso por la madurez personal y por el ambiente sociocultural.

La categoría de las necesidades psicológicas, especialmente la de la conservación existencial y la de la integración universal, hallan en el período de la adolescencia su afirmación más decidida. La necesidad psicosocial es presentada como uno de los tipos de interacción que necesita la unidad vital "yo y el mundo" u "organismo y ambiente".

Identidad frente a la confusión de la identidad

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de "quién soy" se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de

identidad del joven comienza donde, donde termina el proceso de identificación. La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. Eriksson concluyó que uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta. Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar una identidad ocupacional se hallaran en riesgo de padecer situaciones perturbadoras como un embarazo o el crimen. Erickson considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar para llegar a la edad adulta (después de los 30 años). Sin embargo es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fé o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.

6.2. La rebeldía

“Aunque la adolescencia en la última década ha dejado de tener un sentido de absoluto conflicto, impulsos incontrolados e inevitable estrés, no puede dudarse de que el conflicto sea, con frecuencia, un proceso característico del desarrollo del adolescente, que da cuenta de esta transición (Jackson y colaboradores, 1996; Zani, 1993). Ya en los años 60 se comenzó a debatir esta idea, aportándose evidencia de relaciones positivas entre los adolescentes y sus padres (Dovan y Adelson, 1966; Offer, 1969; Rutter y colaboradores, 1976). Se hace evidente que para muchos jóvenes la adolescencia no es un período particularmente turbulento: que las relaciones con los padres son más una muestra de armonía que de conflicto; que muchos se identifican con sus padres y los aprecian (Steinberg y colaboradores, 1989).

Esto no significa que el conflicto se haya eliminado de la escena familiar ni que el adolescente proceda tranquilamente sin problemas en su transcurso hacia la edad adulta. En realidad, el conflicto se entiende como una consecuencia asociada a determinadas circunstancias como la búsqueda del adolescente de una mayor libertad para tomar sus propias decisiones junto con la percepción de que esa libertad está amenazada por los padres."Alonso, M. (2005). RELACIONES FAMILIARES Y AJUSTE EN LA ADOLESCENCIA. Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

"Stanley May (1916), sostuvo que los cambios fisiológicos de la adolescencia, necesariamente deberían llevar a reacciones psicológicas de los adolescentes y que estos años debían ser un período de agitación y tensión. Sin embargo, para la mayoría de los jóvenes la adolescencia es sólo una más de las transiciones de la vida, no más agitada que las otras (Bandura, 1964; Offer, 1969; Offer y Offer, 1974).

Erikson (1968), asevera que, mientras que los jóvenes bien preparados para el futuro asumirán gustosamente las responsabilidades de los adultos, los que se sienten abrumados y mal preparados para tratar con las nuevas tecnologías y con los nuevos roles son, por el contrario, más propensos a resistir con fortaleza salvaje propia de los animales que se sienten de repente forzados a defender sus vidas." (Psicología. Diane Papalia, 2001) ¿Por qué persiste la rebeldía adolescente? "En parte, porque creemos demasiado en ella, de acuerdo con Albert Bandura (1964), quien sostiene que los problemas de la adolescencia son a menudo el resultado de una profecía que se cumple a si misma: dado que la sociedad espera que los jóvenes sean rebeldes, les están incitando a ser así. demás, los investigadores dedican mucha atención a ciertos sectores problemáticos de la población adolescente y sorprendentemente muy poca al grupo grande, que es el de los adolescentes normales (Adelson, 1979)." (Papalia, 2001, pp. 470, 471).

Estrés

Para Fredenberg (1997) "La incidencia de problemas relacionados con el estrés en los adolescentes se ha incrementado significativamente en los 15 últimos años. Algunos factores que han propiciado este hecho son el gran aumento de las tasas de paro juvenil, los grandes cambios y crisis que se están produciendo en la vida familiar y la competitividad por ocupar o acceder a las pocas plazas que se ofertan en el mercado laboral dentro de un clima depresivo de desempleo" Alonso, M. (2005). RELACIONES FAMILIARES Y AJUSTE EN LA ADOLESCENCIA. Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

Elkind (1984) atribuye el incremento del estrés en la adolescencia, en parte, al rápido desplazamiento de una sociedad industrial a una post-industrial donde los adultos están preocupados con sus propios objetivos laborales y de ocio, a expensas de soslayar las necesidades de los jóvenes. La idea de Elkin del aumento del estrés en la adolescencia se encuentra avalada por los datos que informan de un vertiginoso incremento de las proporciones de suicidio entre adolescentes en los últimos 20 años. La gran incidencia de problemas en el adolescente se relaciona con factores tales como la alienación de la familia, el abuso parental, el bajo nivel educativo y una gran limitación de las oportunidades de empleo. Los adolescentes deben realizar elecciones vitales importantes acerca de qué curso de formación, carrera, especialización, etc. va a desarrollar. Con frecuencia se ven obligados a decidir acerca de si asumen o no la paternidad, sin estar preparados para desempeñar ese rol.

Por otra parte, se ha producido un incremento significativo de problemas relacionados con la alimentación, tales como la anorexia nerviosa (Larson, 1991; Humphrey, 1989; Strober y Humphrey, 1987; Bennetty colaboradores, 1991). Otra prueba adicional del aumento del estrés en los jóvenes se encuentra en la incidencia de la depresión en esta población; un 10% de los adolescentes presentan depresión clínica yun 19% depresiones medias (Ehrenberg y colaboradores, 1990). En relación con la capacidad de afrontar el estrés, se considera de gran valor el desarrollo de altos niveles de autoeficacia -la percepción de las habilidades de uno mismo-. Los estudiantes que tienen autoconfianza no se sentirán amenazados por demandas académicas estresantes, sino que se sentirán desafiados. Por el contrario, los estudiantes con bajos niveles de autoeficacia se sentirán amenazados y reaccionarán con altos niveles de ansiedad cuando afronten tareas académicas (Zeidner, 1990). Además, se ha encontrado que existe una relación negativa entre autoeficacia y depresión (Ehrenberg y colaboradores, 1990; Comunian, 1989); los jóvenes que sienten que pueden controlar las demandas escolares, probablemente se sentirán menos deprimidos. La teoría de la autoeficacia, fundamentada en la teoría del aprendizaje social y en la teoría del locus de control, considera que las personas que creen que ejercen un verdadero control sobre factores importantes en su vida actúan en concordancia con esta creencia y se sienten capaces de afrontar todas las demandas que se les hacen. A su vez, la creencia en las habilidades de uno mismo se aprende de la observación de las acciones de los otros significativos y de las respuestas recibidas de ellos.” Alonso, M. (2005). RELACIONES FAMILIARES Y AJUSTE EN LA ADOLESCENCIA. Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

6.3. La socialización

La tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver la cuestión de "quién soy en realidad". Esta cuestión no se resuelve plenamente en la adolescencia, sino que se repite a lo largo de toda la vida. Erik Erikson describe esta búsqueda en su quinta crisis: identidad frente a confusión de roles.

Los repentinos cambios temporales desconciertan a los jóvenes y les hacen preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo. Tratando de descifrar su mayor preocupación: realizarse en la vida; están en peligro de sentirse confusos. Esta confusión se refleja, por ejemplo, en la elección de una profesión. También se refleja en el culto al héroe, la impulsividad infantil o en la intolerancia hacia los demás. Enamorarse es considerado por Erikson (1.950) como un intento de definir la identidad. A través de una relación más íntima con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, el adolescente ofrece su propia identidad, la ve reflejada en la persona amada y es más capaz de conocerse a si mismo.

Una investigación con estudiantes universitarios, ha encontrado cuatro niveles diferentes de identidad relacionados con la intimidad, el compromiso y el sentido del yo (Marcia 1967; Orlotsky, Marcia y Lesser, 1973).

Por otro lado se ha confirmado que las personas que han resuelto su propia crisis de identidad, especialmente en relación con sus objetivos profesionales, son más capaces de desarrollar relaciones íntimas con otras personas (Karcerguis y Adams, 1980)."(Papalia, 2001, pp. 474, 475).

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y esta tus social en los grupos.

4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo. Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busquen otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que si el menor cuenta con un buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, 2000). En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, 2000). Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudará a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

6.4. La afectividad

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que ncluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

6.5. La orientación vocacional

El rol de trabajo destaca de forma importante en la concepción de Erikson del desarrollo de la adolescencia, aunque casi lo ignora en la edad adulta. Sobre los 17 años, se supone que los adolescentes están entrando en una fase en la que planifican de forma realista sus

futuras profesiones (Ginzberg et al., 1.951), si bien recientes investigaciones muestran que muchos estudiantes de bachillerato no hacen todavía planes realistas sobre sus ocupaciones y profesiones. (Grotevant y Durrett, 1.980). Algunos adolescentes trabajan porque sus familias necesitan esos ingresos y otros porque quien lograr independencia económica de sus padres.

Sin embargo, el trabajo no parece favorecer el desarrollo social, educativo o profesional tanto como cabría pensar (Steinberg, 1.982; Greenberger et al., 1980, Steinberg, 1.985). Los adolescentes que trabajan no son más independientes de tomar decisiones económicas o de otro tipo que afecten a su vida que sus compañeros de clase que no trabajan (Greenberger et al., 1.980). Muchos estudiantes que trabajan media jornada no aprenden los conceptos que serán de utilidad en el futuro (Hamilton y Crouter, 1.980). Y los que trabajan durante la escuela secundaria no tienen mayor número de probabilidades de ganar más dinero en el futuro que si no han trabajado (Steinberg, 1.982). Por tanto, el trabajo no parece ayudar al desarrollo de la adolescencia. De hecho, existen <costes ocultos>. Los jóvenes que trabajan, especialmente los que lo hacen más de 15 a 20 horas por semana, muestran un descenso en sus calificaciones y en la dedicación y atención escolar. Además, existe una correlación entre el trabajo y algunas conductas antisociales: algunos de los jóvenes que trabajan gastan el dinero ganado en alcohol o drogas, tienden a emplear menos tiempo con sus familias y se sienten menos próximos a ellas. Además, mantienen poco contacto con sus compañeros de trabajo y normalmente están expuestos a roles de trabajo sexualmete estereotipados. (Greenberger y Steinberg, 1.985).

Algunas de estas correlaciones negativas puede que no sean causadas por el trabajo en sí mismo, sino por los motios que llevaron a los jóvenes a tomar esos empleos: desinterés en la escuela, marginación de sus familias, propensión a beber y a consumir drogas cuando pueden permitirse estos gastos. En cualquier caso, el trabajo no parece ayudar a los jóvenes a orientar mejor su vida. Probablemente ello sea debido, en parte, al hecho de que los tipos de trabajo que los jóvenes pueden conseguir son, por lo general, de poca importancia, inútiles y sin ninguna relación con sus objetivos de futuro. Por tanto, aunque algunos adolescentes que trabajan sí aprenden a emplear su tiempo y dinero, y ello les ayuda a encontrar un empleo y a relacionarse con gran variedad de personas, la experiencia de trabajar parece ser menos importante que una formación académica sólida.

6.6. La sexualidad en el adolescente

El paso de la niñez a la adolescencia se da a lo largo de aproximadamente una década. Según Lahey (1999) este periodo de transición adolescente, el puente entre la niñez y la adultez, inicia con el estirón adolescente y la aparición de las características sexuales primarias y secundarias en el periodo anteriormente denominado como pubertad, finalizando con la asunción de un modelo adulto de trabajo, vida y relaciones interpersonales.

El epicentro de cambios de la adolescencia se pueden subdividir en dos categorías: *las características sexuales primarias y las secundarias*. **Las primarias** según Papalia (2005) es "el desarrollo de los órganos directamente relacionados con la reproducción, los cuales se agrandan y maduran durante la adolescencia". Ejemplo de esto son en la mujer los ovarios, trompas de Falopio, el útero y la vagina. En el hombre maduran los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Las **características secundarias**, de nuevo, de acuerdo a Diane Papalia (2005) son los signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran a los órganos sexuales". Por ejemplo, en las mujeres se da en el crecimiento de los senos y ancho de las caderas y en los varones en el ancho de los hombros y el crecimiento de la manzana de Adán. Conjuntamente características sexuales secundarias en ambos sexos son el cambio de voz, textura de la piel, desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal.

Con respecto a los cambios que sufren las mujer se mencionan el crecimiento de los senos lo cual se da entre los 6 y 13 años de edad, crecimiento del vello púbico entre los 6 y los 14, crecimiento corporal entre los 9 y 14, menarquia o primer período menstrual entre los 10 y 17 años, vello axilar aproximadamente 2 años después de la aparición del vello púbico, acné, mayor producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas se da generalmente al mismo tiempo que la aparición del vello púbico.

En los hombres, los cambios que se dan son crecimiento de los testículos, y el saco escrotal entre la edad de los 10 y los 14 años aproximadamente, crecimiento del vello púbico entre los 12 y los 16, crecimiento corporal o el famoso estironazo entre los 10 y 16, cambio de voz, primera eyaculación de semen o espermarquia se da en la misma edad que el crecimiento del falo, vello facial y axilar y mayor producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas que pueden producir acné a la misma edad que la aparición del vello púbico.

De lo anteriormente mencionado posiblemente lo más notable es el estironazo del adolescente, lo cual es definido por Papalia (2005) como "el incremento sostenido en

estatura y peso que procede a la madurez sexual. Y por supuesto la adquisición de la posibilidad de reproducirse tanto en hombres como en mujeres.

Estos cambios a veces suponen un gran motivo de preocupación para los adolescentes tímidos, especialmente cuando son evidentes las irregularidades y las diferencias en el desarrollo físico.

Comportamiento heterosexual prematrimonial

Las cosas son muy diferentes actualmente a lo que eran 50 años atrás. Muchos jóvenes aprueban tener relaciones sexuales antes de casarse, especialmente en el marco de una relación afectuosa y amorosa. Los adolescentes son sexualmente activos a edades inferiores a las acostumbradas. Los observadores actuales creen que esta situación se da porque " la actividad sexual se está convirtiendo en parte de la experiencia del adolescente y que está siendo experimentada por todo tipo de jóvenes, no solo por los que utilizan el sexo para expresar frustraciones personales o satisfacer necesidades de dependencia y de seguridad" (Dreyer, 1.982).

La sexualidad aparece en las carteleras, televisión, películas y revistas. Sus compañeros pueden aceptar incluso animar la actividad sexual, mientrás que sus padres, profesores y guías religiosos la frenan. Cuando más se aventuran al mundo exterior, a su propio vecindario, más confuso y conflictivo les resulta el sistema de valores que encuentran. Como resultado de ello no logran guiarse consistentemente. (Dreyer, 1.982). Además, en tanto que ya son físicamente maduros y aptos para la reproducción, el desarrollo emocional a menuro va retrasado y por lo tanto no están preparados ni capacitados para aceptar la responsabilidad madura que una relación sexual implica, por lo tanto muchos de éstos adolescentes sexualmente activos no usan métodos anticonceptivos, ya sea porque los desconocen, no saben dónde conseguirlos o temen que sus padres puedan descubrirlos. Esto conlleva a embarazos no deseados. Muchas adolescentes no casadas ponen fin a sus embarazos abortando, aunque muchas otras deciden tener a sus hijos. (Instituto Alan Guttmacher; Chilman, 1982).

En Ecuador la situación de la salud sexual y reproductiva es preocupante. Los datos del Fondo de las Naciones Unidas para la población dan cuenta de ello y evidencian que el sector más afectado es el de las mujeres: el embarazo prematuro alcanza al 10% de adolescentes entre los 15 y 19 años; la tasa de aborto en el país es de 34,3 por 10 mil habitantes; existen 350 mil madres adolescentes; la edad promedio de inicio de las

relaciones sexuales es de 16,6 años; una de cada 149 mujeres muere a causa de factores relacionados con el embarazo, parto y postparto. Junto a las cifras mencionadas, debemos señalar que los abortos en el Ecuador forman parte de los 20 millones de abortos que se practican en los países no industrializados en condiciones de riesgo. A lo dicho podemos sumar los otros problemas generados por la deficiencia en el tratamiento de esta problemática: coerción y presión para mantener relaciones sexuales, violaciones, incestos, acoso, violencia doméstica e industria del sexo. (Fondo de las Naciones Unidas, 2.012).

La información nacional sobre adolescentes de 10-19 años es escasa, y la mayoría de estadísticas oficiales toma como referencia más bien a la juventud. El SIISE en base al Censo INEC presenta el siguiente análisis estadístico para adolescentes de 15 a 29 años de edad, y destaca que:

En relación al tema de anticoncepción en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos. (ENDEMAI, 2.004)

Con relación a los hábitos y estilos de vida poco saludables, 62% de adolescentes reconoce haber tomado bebidas alcohólicas por lo menos una vez; la primera vez que se embriagaron tenían como edad promedio 13 años. El 61% fumó por lo menos una vez en su vida y el primer cigarrillo lo encendió a los 13 años. La cuarta parte declaró haber fumado durante el último mes y 5% consumió más de 20 cigarrillos en los 30 días anteriores a la encuesta. (ENDEMAI, 2004)

Estudios realizados por el Consejo Nacional de Sustancias Sicotrópicas y Estupefacientes demuestran que el 12% de adolescentes consume drogas, y su uso empieza cada vez a edades más tempranas. La edad del primer contacto es precoz: entre los 13 y 15 años, cuando hace una década estaba entre los 16 y 17 años. Las drogas de iniciación son los inhalantes o solventes, a los 13 años en promedio, seguido a los 14 años por la pasta de

coca, y un poco más tarde por marihuana, hachís, alucinógenos, morfina y éxtasis.En los consumidores la droga de preferencia es la marihuana, seguida de los inhalantes y el éxtasis, pero hay quienes optan por mezclar varias sustancias. (CONSEP, 2.002)

III
LA VIOLENCIA

GENERALIDADES

La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos de un modo u otro. Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás.Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (2.002) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones,muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psicológicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Es también definida en Documentos rutas de violencia (2.006) como “toda acción que tiene dirección e intención de una persona realizada contra otra con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico, o ambos”. Tiene como principal indicador la existencia de un desbalance en el ejercicio del poder entre las personas e implica la existencia real o simbólica de un “arriba y un abajo” donde el empleo de la fuerza y el abuso de poder constituye el método por excelencia para resolver los conflictos interpersonales, políticos, jurídicos y otros para ello se hace uso de diferentes mecanismos psicológicos, físicos y económicos dirigidos a provocar daño en las personas con la clara intención de someterla, doblegarla y anularla en su condición de ser humano con existencia propia. La violencia en cualquiera de sus manifestaciones es una violación a los Derechos Humanos de las personas.

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se infringe a sí misma, la infringida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infrigida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas.

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos. La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos. La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado. Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos. (Informe Mundial sobre la violencia y la salud, 2.002)

1.1 Violencia sexual

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados.

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, y son perpetradas por hombres y niños. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales.

Según los datos disponibles del Informe Mundial sobre la violencia y la salud (2.002) en algunos países, casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las adolescentes han sufrido una iniciación sexual forzada. Por ejemplo, el 23% de las mujeres de Londres Norte (Reino Unido) dijeron haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación consumada por parte de su pareja a lo largo de su vida.

En el Ecuador las estadísticas revelan que 1 de 4 niñas y adolescentes fueron violentados sexualmente y que el grupo más vulnerable con un 36,35% oscila entre los 12 y 17 años de edad. El INEC reportó en el 2.012 que los resultados de la encuesta nacional sobre violencia de género que por primera vez se realizó en el país en 18.800 hogares urbanos y rurales, se identificó q 1 de cada 10 mujeres han sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión.
En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al

suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión, o bien ulteriormente en los <asesinatos por honor>.

Hay varios factores que aumentan el riesgo de que una persona se vea forzada a mantener relaciones sexuales, y otros que, a su vez, aumentan el riesgo de que un individuo obligue a otra persona a mantenerlas. Además, existen en el entorno social factores que influyen en la probabilidad de que se produzcan violaciones y en la reacción a éstas. Investigaciones anteriores demuestran que, en comparación con los hombres que no son sexualmente violentos, en los hombres que sí lo son se dan con más frecuencia las fantasías sexuales de tipo coactivo, la preferencia por las relaciones sexuales impersonales y una mayor hostilidad hacia las mujeres. Se ha relacionado también el comportamiento sexualmente violento en varones con el hecho de haber presenciado escenas de violencia familiar y de haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos. Otros factores que contribuyen a ello son la pobreza y la vida en una comunidad que tolera la violencia sexual y la castiga con sanciones blandas. La violencia sexual es también más frecuente allí donde impera un firme convencimiento de los derechos sexuales del varón o los roles de los sexos son más rígidos, y en los países con altas tasas de violencia de otros tipos. (Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2.002)

Para la Organización Panamericana de la Salud la violencia sexual es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones tales como la violación dentro de la pareja, abuso sexual infantil, incesto, acoso sexual, explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia. Incluye además: relaciones emocionales sexualizadas, caricias o manoseos no deseados, exposición obligatoria ante material pornográfico, chantaje sexual, penetración vaginal, oral y anal con el pene y otros objetos.

Entre las causas de la violencia sexual contra mujeres, niñas, niños y adolescentes podemos anotar a la socialización de género que privilegia el abuso de poder de los hombres sobre las mujeres; el ejercicio de poder generacional de parte de las personas adultas sobre niñas, niños y adolescentes; la impunidad propiciada por una cultura que

promueve la ausencia de derechos de las mujeres, la niñez y la adolescencia; los mensajes de una sexualidad que cosifica y genitaliza el cuerpo de las mujeres, niñez y adolescencia.

Son manifestaciones de la Violencia Sexual, la violación, el incesto, el abuso sexual Infantil y explotación sexual comercial, pornografía infantil, el turismo sexual y el matrimonio forzado. (Documento Rutas de Violencia, 2.006)

1.2 Delitos sexuales según el código penal ecuatoriano

El tipo de violencia más invisible, basada en el género, es sin duda la violencia sexual, mucho más aquella que se desarrolla en la familia o en su entorno inmediato. El Código Penal dependiendo del tipo de delito sexual, establece penas de hasta un máximo de 25 años.

La violencia sexual incluye:

- Las violaciones que ocurren dentro de la relación de pareja, en relaciones íntimas, o que son causadas por personas extrañas
- Las violaciones sistemáticas que ocurren en los conflictos armados
- Las propuestas sexuales sin acuerdo mutuo y el acoso sexual, lo que incluye las demandas de sexo a cambio de favores
- Los matrimonios forzados o la cohabitación, lo que incluye los matrimonios adolescentes y de niños
- La negación del derecho a la anticoncepción, al acceso de medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual
- Los abortos forzados
- Los actos de violencia contra la integridad sexual de las mujeres (exámenes forzados de virginidad, examen médico genital demanda de tercero)
- Intervenciones médicas sin consentimiento (histerectomía, esterilización forzadas, inseminación artificial forzada)
- El trabajo sexual forzado y el tráfico humano para la explotación sexual (OMS, 2.008)

Son varias las razones para que, desde las/os afectadas/os, o sus representantes (padres y madres de familia, parientes cercanos), no se denuncie: por temor a la revancha, por dependencia económica, por evitar más problemas familiares, por el qué dirán. En otro ámbito, por la desconfianza ante la administración de justicia, la falta de recursos para

seguir un juicio, la revictimización, el tiempo de duración del proceso, su ineficiencia y en muchas ocasiones, la mentalidad sexista y racista de los/as administradores de justicia que responde a formas y sistemas de justicia androcéntricos. El 9.6 % de las mujeres reportan violencia sexual. Esto es, que del total de mujeres en edad reproductiva, alrededor de 294.636 fueron agredidas sexualmente, tanto a través de sexo forzado (violación) o como abuso sexual. (Violencia contra la Mujer, ENDEMAIN,2.006).

Una conclusión ya repetida en varias investigaciones y confirmada por el CEPAM (2.007), es que existe un violencia basada en el género y que dentro del tema de violencia sexual, la población de mayor riesgo son las mujeres con 84%, entre las edades de 13 a 17 años, y que el espacio de mayor inseguridad está en el hogar de las victimas y en su entorno inmediato, pues son los familiares los principales agresores.

La información que proporciona el CEPAM (2.007) da una perspectiva de la ineficiencia de la función judicial en los procesos de delitos sexuales, del total de denuncias presentada únicamente el 1.43% llegan a sentencia (sentencias absolutorias y condenatorias). Las 105 sentencias condenatorias representan el 1.17% del total de las denuncias presentadas.

Esta realidad ocasiona una falta de confianza y credibilidad en la justicia y la consecuente decisión, en la mayoría de ocasiones de no buscar ayuda y mucho menos presentar una denuncia, ya que es habitual que usuarias de las Comisarías de la Mujer y la Familia se quejen de demoras en los trámites o que muchas de las víctimas de delitos sexuales prefieran negociar con los agresores antes que acudir a la justicia.

El 9.6% de las víctimas de violencia sexual han acudido a pedir ayuda a las instituciones destinadas a este fin. La mayoría de ellas, (3.7%), se acercaron a las Comisarías de la Mujer y la Familia y otras a las estaciones de policía, a la iglesia, a los establecimientos de salud y a las organizaciones de mujeres. (Violencia contra la mujer, ENDEMAIN, 2.006).

Según la encuesta realizada por ENDEMAIN (2.006) a las víctimas de violencia sexual citaron las siguientes razones para no acudir en busca de ayuda: vergüenza (40%), miedo a la represalia (22%), puede solucionarlo sola (13%), no sabe a donde acudir (11%), no lo considera necesario (6%).

Conocer la realidad a la que están expuestos los adolescentes víctimas de violencia sexual permite al psicoterapeuta tener una visión más clara y proporcionar al proceso psicoterapéutico un aporte más eficaz. Así como también el conocer el Código penal ecuatoriano permitirá mediante la Psicoeducación orientar de mejor manera a los familiares y derivar a los profesionales respectivos dependiendo de las circunstancias particulares que el caso requiera. (Anexo 8)

IV

PROTOCOLOS

1. Generalidades

El término Protocolo procede del latín "protocollum" que a su vez procede del griego protos, primero y kollom, pegar. En su significado original, "protocollum" era la primera hoja de un escrito. La primera hoja en la que se marcan unas determinadas instrucciones. El concepto de Protocolo hace relación a un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica. El desarrollo de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos como base para la toma de una parte importante de las decisiones terapéuticas tiene ya varias décadas, si bien en los últimos años estamos asistiendo al impulso de los ensayos clínicos, su análisis y difusión promovido por la corriente de la Medicina Basada en la Evidencia. (Casi, A. Aizpuru, F. Ibañez, F., 2.000)

1.1Criterios para elaborar protocolos

Aunque las Ciencias de la Salud que han experimentado en el último medio siglo un avance más que notable, existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de paliar éste efecto es incorporar instrumentos que nos faciliten la toma de decisiones. Para ello, contamos con varias herramientas que en esencia, son principios y recomendaciones diseñadas para éste objetivo. Son concretamente las guías y vías clínicas y los protocolos.

Una guía clínica se definiría como una serie de recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. Describen una serie de indicaciones para ayudar a decidir sobre las posibles acciones y diferentes alternativas que se presentan en la práctica clínica para un problema concreto. Para facilitar su comprensión, muchas de ellas contienen algoritmos.

La vía clínica sería un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades o intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. Es un tipo de guía clínica pero más específica. Puesto que son recomendaciones obligatorias se puede evaluar y ligarlo al control de calidad.

Un protocolo, en términos generales, es definido como un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde ésta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y

realizadas por los profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas. (Sánchez Ancha, et al. 2.011).

Las guías clínicas, vías clínicas y protocolos son documentos muy exigentes en su elaboración. Si a ello le añadimos el hecho de que los objetivos que se plantean son ambiciosos:

- Normalizar la práctica.
- Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituir una poderosa fuente de información.
- Facilitar la atención a personal de nueva incorporación

Es necesario que previo a su elaboración se puedan contemplar una serie aspectos:

1. Alcance: ¿es precisa la elaboración del documento?, ¿Por qué se hace? ¿el problema que pretendo solucionar con la creación del documento es de tal magnitud en mi centro que justifica el tiempo y los recursos que se van a invertir? ¿a qué profesionales se dirige el documento? y ¿a qué pacientes?.

2. Grupo de trabajo: Puesto que en la mayoría de los casos la temática a abordar es compleja y además el consenso entre profesionales es crucial, cobra especial interés la formación de un equipo de trabajo integrado por profesionales expertos en el tema a abordar.

3. Apoyo bibliográfico: Puesto que son documentos que nacen con vocación de normalizar la práctica y de garantizar una atención de calidad, es necesario que en la medida de lo posible las recomendaciones estén sustentadas en la mejor evidencia disponible. (Sánchez Ancha, et al. 2.011).

CLASIFICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS

Resulta útil clasificar los protocolos en cuatro categorías: atención (incluye diagnóstico, tratamiento y seguimiento), prevención (vigilancia y tamizaje), investigación y evaluación. (Marqués, F. y Gallego, M. 2.002).

2. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Los protocolos de atención se consideran en conjunto las pautas de diagnóstico y la elección de la terapia. Necesarios en patologías agudas, situaciones críticas, atención de urgencias, unidades de cuidado intensivo y decisiones quirúrgicas de emergencia.

Facilitan el trabajo en equipo porque asignan responsabilidades a todos los encargados de la atención y optimizan la respuesta. En este tipo de protocolos también cobra importancia la detección de casos sospechosos de patologías que pueden afectar la salud pública. (Marqués, F. y Gallego, M. 2.002).

2.1 Protocolos de Diagnóstico

Su origen se encuentra en la necesidad de guiar el juicio en patologías complejas, que se caracterizan por signos y síntomas inespecíficos y no se dispone de patrón de oro de laboratorio para aclarar la situación. Hacen acopio de toda la información de la historia clínica y antecedentes del enfermo, y se resumen en lo que se denominan “criterios”. Pueden mezclar de manera jerárquica los hallazgos o llegar al diagnóstico por sumatoria de criterios.

Su objetivo, es aumentar la precisión diagnóstica. Su metodología se basa en la combinación de pruebas diagnósticas de tal manera que mejoren sensibilidad y especificidad. Tuvieron gran auge en los años 70, para el diagnóstico de tuberculosis infantil y fiebre reumática. Su uso no entra en contradicción con los procedimientos rutinarios de diagnóstico, ni son en si mismos protocolos que limiten la libertad de médicos y pacientes. (Marqués, F. y Gallego, M. 2.002).

2.2 Protocolos de tratamiento

Son aquellos que consideran la inclusión paulatina de medicamentos o procedimientos o que dividen los tratamientos en esquemas. Tienen en cuenta criterios de inclusión o exclusión en las pautas de manejo, derivados de un buen diagnóstico, lo mismo que del estado de salud del enfermo y su situación socio-económica. Ejemplos de éxito se han

tenido en el manejo de la hipertensión arterial y la tuberculosis. (Casi-Casanellas A, Aizpuru-Barandiaránb F, Ibáñez-Pérez F.,2.000).

Se asemejan al procedimiento rutinario de decisión terapéutica, pero pueden entrar en contradicción con las preferencias del médico y las posibilidades de elección del enfermo. Facilitan el control del gasto público destinado a medicamentos y permiten optimizar recursos. Dan respaldo a los argumentos de buena práctica en caso de complicaciones. Son útiles en la administración de los sistemas de seguridad social. (Iraurgi-Castillo I., 2.000)

2.3 Protocolos de Seguimiento

También incluyen los procedimientos de diagnóstico y terapéutica, pero para los casos de enfermedades crónicas, que tienen en cuenta no sólo el diagnóstico sino la evolución y el deterioro o complicaciones con las que cursa la enfermedad a través del tiempo. (Gascón-Cánovasc JJ, López Montesinosd MJ, Gaona Ramóne JM,Saura-Llamasa J, Saturno-Hernándezb PJ.,1.999)

Su fortaleza reside en que facilitan la atención en el sistema sanitario público o de seguridad social. Permiten la delegación de algunas actividades en personal no médico y facilitan la continuidad de tratamientos y una relación más cercana con los pacientes, que en el proceso de seguimiento se apropian del conocimiento de signos y síntomas de alarma, lo que les permite asumir responsabilidades frente a su propia salud. (Muñoz-López F.,1.998)

Incluye diagnóstico, tratamiento y atención, pero además se extienden a la participación de los enfermos y otros profesionales de salud. Por esta razón, además de los objetivos de los primeros dos protocolos, tienen el propósito de mejorar el manejo de las patologías crónicas y degenerativas. (Larizgoitia-Jáuregui I, Rodríguez-Bermúdez JR, Granados-Navarrete A.,1998)

MARCO METODOLÓGICO

SUPUESTO TEÓRICO

DESDE EL MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD ES FACTIBLE DISEÑAR UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es teórica con enfoque cualitativo.

MÉTODOLOGÍA

MÉTODOS

Los métodos a utilizarse son: Cualitativo, Inductivo y Deductivo

Método cualitativo

Preparatoria.- en esta fase se definirá y clarificará el problema a investigar, así como el enfoque con el que se realizará la investigación.

Trabajo de campo o ejecución.- fase en la que se realizará la revisión bibliográfica, a través de textos, revistas y artículos.

Analítica.- en esta fase se realizará el análisis e interpretación de la información recabada en la fase anterior, se obtiene los resultados y se verifica las conclusiones.

Informativa.- En esta fase se formalizará el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.

Método Inductivo

Método que a partir de premisas particulares llega a conclusiones generales. Y sigue el siguiente proceso en la presente investigación:

1. Etapa de observación y registro de los hechos.
2. Se procederá al análisis de lo observado, estableciéndose como consecuencia definiciones claras de cada uno de los conceptos analizados.
3. Se realizará la clasificación de los elementos anteriores.
4. La última etapa de este método está dedicada a la formulación de proposiciones científicas o enunciados universales, inferidos del proceso de investigación que se ha llevado a cabo, que en este caso será la formalización del protocolo.

Método Deductivo

Método por el cual se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos se infieren enunciados particulares.

TÉCNICAS

En la presente investigación se utilizarán las siguientes técnicas:

- Estudio documental bibliográfico.
- Entrevistas a expertos.- Entrevista a especialistas en el ámbito psicoterapéutico en el manejo de adolescentes víctimas de violencia sexual.

RESULTADOS

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Autora: Psi. Cli. Johanna Luzuriaga

2013

1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un evento, por decir lo menos, "traumático" para quien por azares de la vida, lamentablemente lo ha vivido. El sufrimiento que ocasiona es considerado una violación a los derechos humanos de las víctimas que sufren este hecho devastador que deja huellas nefastas físicas y emocionales, ya que vulnera la dignidad, integridad y libertad de quien lo experimenta.

La violencia sexual tiene consigo algunas **connotaciones** que son importantes tomar en cuenta para poder abordarla con mayor eficacia ya que la dinámica resulta tan compleja que debe ser analizada en forma integral desde todas sus aristas.

La connotación *biológica* está relacionada no solo con las lesiones físicas que las víctimas de violencia sexual pueden sufrir, las cuales en algunos casos pueden llegar a ser irreversibles y tener consecuencias a largo plazo sino también con las "sensaciones" que el acto en sí genera en el cuerpo de los adolescentes.

La connotación *psicológica* conlleva la generación de alteraciones psicopatológicas, la conceptualización del si mismo luego del evento traumático, la incorporación de rasgos desadaptativos de la personalidad y la redefinición de su proyecto de vida.

La connotación *sociocultural* implica el considerar los roles de género y el uso abusivo del poder que ejerce el adulto sobre alguien que se encuentra en condiciones de desventaja, en cuanto a edad, contextura física, condición económica, jerarquía, etc. Las estadísticas epidemiológicas revelan que la mayor parte de agresores son de género masculino, la mayoría de víctimas de género femenino y que un alto porcentaje de violencia sexual ocurre en el seno familiar o en relación con una persona cercana, de confianza o con quien se ha establecido una relación jerárquica de poder. Estos datos nos permiten evidenciar las dificultades del abordaje a las víctimas de violencia sexual y como esta conducta se ha podido naturalizar en nuestra sociedad, sobretodo en los estratos socioculturales bajos.

El abuso sexual se puede manifestar en forma directa, indirecta o con cambios del adolescente. Es importante tomar en cuenta que la ausencia de signos físicos no invalida el relato de la víctima. La sospecha de abuso sexual puede basarse en el relato del niña o adolescente exclusivamente, ya que los niños/as no inventan dichos relatos. Los niños que no son víctimas de abuso desconocen detalles de los encuentros sexuales. Por lo tanto,

cuando un niño/a o adolescente relata un encuentro sexual se le debe creer. (Ludwing Stephen, Abuso sexual manejo en la emergencia Pediátrica, Arch Pediatría, 2001).

Algunos indicadores de comportamiento que sugieren violencia sexual en adolescentes tienen relación con lo siguiente:

- Excesivamente dóciles o agresivas y/o rebeldes
- Conducta pseudomadura o provocativa
- Comportamiento regresivo
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Conductas de evitación
- Sentimientos o intentos suicidas
- Alteraciones en su actividad académica, en la asistencia a clases y en la interacción con sus pares
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Abuso sexual a niños y niñas de menos edad
- Enfermedades psicosomáticas

En la dinámica de la violencia sexual hacia los adolescentes se pueden identificar algunos **factores de vulnerabilidad** *personales*:

- El mismo período de la adolescencia es uno, en el sentido de que es cuando empiezan a aparecer los caracteres sexuales secundarios y las formas que los cuerpos van adquiriendo pueden despertar en los agresores insanas conductas.
- La independencia y autonomía que van adquiriendo pueden ocasionar que no esten constantemente bajo la supervisión de los adultos responsables de su cuidado o que en la búsqueda de conseguirla se expongan ante situaciones riesgosas o peligrosas sin medir las consecuencias.
- En relación al género son las adolescentes femeninas quienes muestran más vulnerabilidad en esta etapa.
- Son más vulnerables los adolescentes con necesidades especiales, quienes tienen historia de abusos sexuales o violencia física previa y quienes desconocen sus derechos sobre una sexualidad saludable y responsable.

En cuanto al *aspecto vincular* los adolescentes que tienen más riesgo son quienes:

- Viven en hogares desestructurados es decir con ausencia de los padres o de uno de ellos
- Dinámicas familiares disfuncionales en las que se incluye:
    - violencia intrafamiliar
    - abuso de sustacias
    - discapacidad de los padres
    - desapego afectivo
    - falta autoridad y control.
    - inequidad de los roles de género.
    - historia de violencia sexual en los padres o familiares cercanos.

Como *factores vulnerables socioculturales* que los adolescentes están expuestos se podría incluir:

- Escaso acceso a la educación.
- Pobreza
- Inseguridad y delincuencia
- Callejización o institucionalización
- Inicio temprano de actividad laboral
- Inequidad de los roles de género
- Naturalización de la violencia
- Escasa información sobre sexualidad saludable
- Falta de control en el expendio de alcohol o droga

Así como también se pueden identificar **factores protectores** que sirven de contención y apoyo bien sea para disminuir el impacto del evento y para favorecer en la recuperación emocional posterior. Los factores protectores personales son:

- Autoestima saludable
- Adecuado manejo de la autonomía
- Desarrollo de habilidades sociales
- Facilidad para expresar sus pensamientos y sentimientos
- Adecuada capacidad intelectual para juzgar situaciones riesgosas
- Conocimiento de los derechos sobre una sexualidad saludable y responsable.

Los *factores protectores vinculares* que se puede identificar:

- Hogares estructurados es decir con presencia física y emocional de los padres
- Dinámicas familiares funcionales en las que se incluye:
    - Comunicación adecuada
    - Expresión de los afectos saludables
    - Manejo adecuado de la autoridad y control.
    - Equidad en los roles de género
    - Transmisión de conocimientos espontáneos y confiables sobre la sexualidad

Los *factores protectores socioculturales* son:

- Acceso a la educación formal
- Satisfacción de necesidades básicas
- Entorno seguro
- Espacios que permitan la distracción saludable de los adolescentes
- Fomentar la práctica del deporte
- Equidad de los roles de género
- Medios de comunicación que fomenten el respeto a los derechos humanos, que legitimen el buen trato y la práctica de la sexualidad responsable
- Rechazo a la violencia
- Acceso a la información sobre sexualidad saludable
- Adecuado control del expendio de alcohol o droga

Por otra parte, el **impacto** que este evento ocasiona en los adolescentes tendrá una gama variable de probabilidades en función del contexto, las circunstancias y condiciones de las víctimas.

Dependerá con *relación al evento* por ejemplo, el tipo de delito de naturaleza sexual, la cantidad de veces que el hecho ocurrió, el grado de violencia que se utilizó, el daño físico ocasionado y las consecuencias a largo plazo con las que se tiene que acarrear.

Con *relación al agresor*, dependerá por ejemplo del grado de confianza, cercanía o relación jerárquica.

Con *relación a la víctima*, influirá la edad, nivel de instrucción, eventos psicotraumáticos anteriores, historia de violencia, características de resiliencia, madurez emocional, estrategias de afrontamiento utilizadas, manejo del locus de control, rasgos de personalidad y el establecimiento de vínculos familiares, sociales y afectivos.

Y en *relación a los hechos posteriores a la revelación*, por ejemplo, la reacción de la persona a la que reveló el abuso, el abordaje de quien realizó el primer acercamiento, la contención que la familia o los allegados brinden, las diligencias legales en caso de haber realizado la denuncia, el manejo familiar del evento ocurrido y las reacciones del entorno social.

De todas estas variables dependerán las repercusiones que la violencia sexual genere en los adolescentes. A mayor gravedad y cantidad de variables desfavorables mayor impacto emocional en las víctimas de violencia sexual.

Las **consecuencias** presentan una especial gravedad en la adolescencia porque existe un riesgo real de embarazo, hay mayor conciencia del evento ocurrido, sentimiento de culpa, disminución de las funciones cognitivas, hostilidad, desconfianza, aislamiento, escasas habilidades sociales, huidas de casa, abuso de sustancias, conducta sexualizada impropia para la edad, promiscuidad sexual, conductas antisociales e intentos de suicidio. Y los efectos a largo plazo estarían relacionados con alteraciones en la esfera sexual, trastornos ansioso-depresivos, trastorno de estrés postraumático y trastornos de personalidad.

Como conclusión, para un abordaje integral la violencia sexual en los adolescentes debe ser analizada desde todas las connotaciones, identificando adecuadamente los factores de vulnerabilidad para evaluar el impacto emocional que las víctimas de este evento experimentan y así poder intervenir psicoterapéuticamente dotando a los adolescentes de estrategias que favorezcan el proceso de sanación y recuperación emocional.

2. DEFINICIÓN

Protocolo: En su significado original, "protocollum" era la primera hoja de un escrito. La primera hoja en la que se marcan unas determinadas instrucciones. El concepto de Protocolo hace relación a un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica. (Real Academia Española, Vigésima segunda edición)

Intervención psicoterapéutica: Proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente. (Balarezo. L, 2.009)

Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad: Es el enfoque que incorpora la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico. El cual hace referencia al proceso de integrar en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales. (Balarezo, L. 2.009)

Adolescentes: Define como adolescente a la población comprendida entre 10 y 19 años de edad, y reconoce dos etapas: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). (Organización Mundial de la Salud, 2.005)

Violencia sexual: Es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones tales como la violación dentro de la pareja, abuso sexual infantil, incesto, acoso sexual, explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia. Incluye además: relaciones emocionales sexualizadas, caricias o manoseos no deseados, exposición obligatoria ante material pornográfico, chantaje sexual, penetración vaginal, oral y anal con el pene y otros objetos. (Organización Panamericana de la Salud, 2.002).

adolescentes víctimas de violencia sexual, es el diseño de un plan detallado de un proceso planificado que incorpora la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación durante la intervención y que tiene como objetivo favorecer el proceso de sanación y de recuperación emocional de los adolescentes cuyas edades oscilan entre los 10 a 19 años y que han sido víctimas de un acto traumático caracterizado por ser abusivo, violento y vulnerar su dignidad, integridad y libertad.

3. OBJETIVOS

- Incorporar las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo focalizado en la personalidad al Protocolo de Intervención Psicoterapéutica.
- Proponer estrategias psicoterapéuticas para el abordaje con las adolescentes víctimas de violencia sexual que favorezcan su proceso de recuperación emocional.

- Delimitar las acciones terapéuticas enmarcadas en el análisis de la dinámica de la violencia sexual para optimizar recursos y realizar intervenciones más eficientes y eficaces.

4. MATERIALES

El Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad cuenta con recursos metodológicos que guían las distintas etapas del proceso de psicoterapia. Entre las guías de proceso se encuentran las siguientes:

5.1Guías de proceso psicoterapéutico

Guía Nº1: Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica "FIEPS". (anexo 1)

Guía Nº2: Análisis de demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso (anexo 2)

Guía Nº3: Tipos de primera entrevista (anexo 3)

Guía Nº4 Síntesis valorativa y diagnóstica de componentes biológicos, psicológicos y sociales (anexo 4)

Guía Nº5 Planificación del proceso (anexo 5)

Guía Nº6 Evolución (anexo 6)

5.2. Reactivos psicológicos

La aplicación de reactivos psicológicos es importante que se evalúe en función de las condiciones particulares de cada adolescente y usarlas con prudencia es una recomendación debido a que en ocasiones al haber sido previamente evaluados se puede utilizar el mismo reactivo en varias ocasiones y esto ocasiona una falta de objetivad al momento de emitir criterios diagnósticos.

Sin embargo se presentan como anexos algunas escalas que pueden ser de utilidad para la identificación de cuadros psicopatológicos existentes. (anexo 7)

6 TÉRNIMOS Y DEFINICIONES

Afrontamiento*:* es un proceso psicológico que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados que generan estrés, o cuando las consecuencias de estos sucesos no son las deseables. (Cunningham, 1988)

Atentado contra el pudor: es todo acto impúdico que pueda ofenderlo, sin llegar a la cópula carnal, y se ejecute en la persona de otro, sea cual fuere su sexo. (Código Penal Ecuatoriano, Art. 505)

Corrupción de menores: La exposición, venta o entrega a menores de catorce años de objetos, libros, escritos, imágenes visuales o auditivas obscenas, que puedan afectar gravemente el pudor o excitar o pervertir su instinto sexual y, el que incitare a la ebriedad o a la práctica de actos obscenos o le facilitare la entrada a los prostíbulos u otros centros de corrupción como cines o teatros que brinden espectáculos obscenos. (Código Penal Ecuatoriano, Art. 528.6)

Demanda explícita: Es la motivación que moviliza a un sujeto a buscar ayuda cuando el motivo de consulta se relaciona con una dolencia psíquica o problema de ajuste. (Balarezo, 2.009)

Demanda implícita: Es cuando el sujeto oculta conscientemente la necesidad de ayuda, consitutuye una defensa yoica o es totalmente inconsciente. (Balarezo, 2.009)

Estupro: es la cópula con una mujer honesta, empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento. (Código Penal Ecuatoriano, Art. 505)

Integrativo: Concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados.(Balarezo, 2.003)

Locus de control: Es la atribución que el individuo hace acerca de que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él. (Rotter, 1.975)

Personalidad: estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción hace que cada ser humano

desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. (Balarezo, 2.009)

Proxenetismo: la conducta del que mediante seducción o engaño sustrajere a una persona para entregarle a otro con el objeto de que tenga relaciones sexuales. (Código Penal Ecuatoriano, Art. 528.4)

Resiliencia: La resiliencia es la capacidad que tiene un individuo de generar factores biológicos, psicológicos y sociales para resistir, adaptarse y fortalecerse, ante un medio de riesgo, generando éxito individual, social y moral. (Oscar Chapital C, 2.011)

Revictimización: reiteración de la agresión contra la víctima.(Organización Mundial de la Salud, 2.002)

Violencia: toda acción que tiene dirección e intención de una persona realizada contra otra con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico, o ambos. (Organización Panamericana de la Salud, 2.002)

Violación: es el acceso carnal, con introducción parcial o total del miembro viril, u objetos distintos al miembro viril por vía vaginal, anal o bucal, con personas de uno u otro sexo, en los siguientes casos: Cuando la víctima fuere menor de catorce años; cuando la persona ofendida se hallare privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiera resistirse; y cuando se usare de violencia, amenaza o de intimidación. (Código Penal Ecuatoriano, Art. 512)

7 PROCEDIMIENTO

7.1 Estrategias de la primera entrevista y establecimiento de la relación terapéutica con adolescentes víctimas de violencia sexual

El Modelo integrativo denomina entrevista única al protocolo que se utiliza como primera instancia en los casos de violencia sexual para evitar la revictimización y como una medida de brindar contención durante la crisis en la que generalmente acuden las víctimas que sufren este evento.

La itención es reducir el sufrimiento y la manipulación del adolescente y, eventualmente, de su familia en el juicio de abuso sexual, disminuyendo el número de interrogatorios necesarios. Además, permite mejorar la investigación pericial de los hechos ocurridos con una información obtenida con más garantía de veracidad y con el mayor respeto a la palabra del joven, limitando también las posibilidades de afabulación y de manipulación del menor por adultos interesados en distorsionar su decir. (Drupet. M, 2.012).

En nuestro medio, el Ministerio Público del Ecuador en el área de salud ha diseñado el "Protocolo para el manejo de violencia sexual" que esta incluido en el documento denominado "Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida" (Diciembre, 2.008) el cual está orientado a:

1. Facilitar el abordaje integral, interdisciplinario, intercultural e intersectorial.
2. La incorporación del enfoque de derechos humanos, de género y generacional.
3. La detección, atención con calidad y calidez, recuperación y rehabilitación de las personas afectadas por violencia de género e intrafamiliar y sexual.
4. Establecer las responsabilidades específicas según niveles de atención.
5. Establecer acciones de prevención de la violencia, promoción de derechos y de estilos de vida saludables.

El Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad está diseñado para intervenir con los adolescentes víctimas de violencia sexual que son remitidos para iniciar tratamiento psicológico para su recuperación emocional tras el evento ocurrido.

CARACTERÍSTICAS DEL PSICOTERAPEUTA INTEGRATIVO QUE ABORDARÁ A ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El psicoterapeuta integrativo que trabaje con adolescentes víctimas de violencia sexual sería óptimo que cuente con algunas características personales y profesionales que le permitirán abordar de manera más eficaz y objetiva esta delicada temática.

- Capacidades intelectivas que le permitan discernir, analizar, planificar, desarrollar la creatividad, perspicacia, proactividad, fluidez verbal, flexibilidad y liderazgo
- Intervenir de manera rápida y oportuna en casos de violencia sexual
- Adoptar una actitud de rechazo de la violencia sexual

- Equilibrio y madurez emocional
- Autoestima adecuada
- Manejo de la ética al intervenir con adolescentes
- Capacidad empática y confidencialidad
- Capacidad de manejar con habilidad las emociones propias y las de los adolescentes
- Capacidad de trabajar en equipo
- Preparación constante sobre la temática de violencia sexual
- Poseer información de instituciones y servicios existentes que permitan realizar una adecuada derivación.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario con profesionales involucrados en la dinámica de la violencia sexual
- Tener la capacidad de identificar los alcances y limitaciones del proceso

En el Modelo a la primera entrevista se la llama *entrevista de inicio de proceso* y es recomendable tomar en cuenta las siguientes estrategias para abordar al adolescente:

Establecimiento del rapport*:* el rapport hace referencia al interés y la capacidad de respuesta emocional que demuestra el terapeuta. En el caso del abordaje a los adolescentes víctimas de abuso sexual el rapport debe generar un ambiente de cordialidad y confianza. Algunas tácticas que son recomendables utilizar son:

- Como premisa básica se debe generar un ambiente de cordialidad, respeto, confidencialidad, privacidad, mantener una actitud empática y propiciar la expresión de sus emociones y sentimientos. También se debe evitar los distractores externos, el establecimiento de juicios de valor, la confrontación y el uso de lenguaje técnico. Y manejar con prudencia y ética los acercamientos físicos, las intervenciones directivas, el tiempo y el uso de recursos técnicos.

- Preparar el ambiente antes de recibir al adolescente y familiares, esto dará más seguridad a los consultantes.

- Hacer ingresar a los padres o a quien acompañe a la cita conjuntamente con el adolescente para presentarnos y exponer brevemente nuestra profesión.

- Una vez realizada la presentación explicar que el abordaje se realizará primero con el adolescente y posteriormente con el o los acompañantes para solventar alguna duda, estructurar y afianzar la relación. Solicitar el asentimiento de los consultantes para proceder de esta manera, esta táctica permite restituir al adolescente y su familia la posibilidad de decisión. En caso de que el adolescente desee que alguien permanezca durante la entrevista, es recomendable dar tranquilidad accediendo a su requerimiento.

- Una vez con el adolescente, es importante volver a presentarnos con el nombre y la profesión. *"Como ya te había mencionado mi nombre es ……., soy psicológo/a……".* Esta intervención permite dar a conocer al adolescente quienes somos, puesto que en varias ocasiones el desconoce donde lo traen sus padres o acompañantes.

- Preguntar si conoce el rol del psicólogo, si ha tenido contacto con un psicólogo en ocasiones anteriores y su experiencia previa. Esclarecer o asentir según la respuesta que proporcione. Esta táctica pretende ubicar al adolescente en el escenario adecuado así como nos orienta sobre sus expectativas, motivaciones, temores y resistencias.

- Preguntar de que manera le agrada más que lo llamen y si nos permite llamarlo de esa manera "*¿Cómo te llaman tus amistades o familiares?*""*¿Me permites llamarte ……..?.* Ante su asentimiento hacerlo en las intervenciones posteriores. Esta táctica beneficiará iniciar el ambiente de confianza.

- Permitir tomar decisiones elementales y sencillas como el lugar donde sentarse, si desea agua, si desea continuar la entrevista, si quisiera escribir o dibujar, etc.

- Conversar sobre temas neutros. Evitar preguntar el rendimiento en los diferentes ámbitos de su vida ya que generalmente esta disminuido o presenta complicaciones. La finalidad de esta conversación es romper el hielo y disminuir su nivel defensivo.

- Transmitir lo que se va a hacer durante la sesión haciendo hincapie en que en este contexto tiene la libertad de abstenerse de contestar lo que le genere incomodidad y que si ocurriera nos lo haga saber para reformular el esquema de la entrevista. El explicar lo que se va a realizar disminuye la tensión y las defensas debido a que los

adolescentes acuden con la idea de que se les va a volver a preguntar lo ocurrido como se lo hizo generalmente en el primer contacto.

- Iniciar la recolección con datos informativos de fácil respuesta.
- Incluir en el interrogatorio sus aficiones, gustos, pasatiempos, habilidades y destrezas. El relatar estos eventos beneficiará la confianza en sí mismo y su autovaloración.
- Evitar hacer preguntas relacionadas a la violencia sexual, salvo que de manera espontánea el adolescente haga referencia.
- Cuidar de manera especial el lenguaje paraverbal: gestos, posición de brazos, movimiento de piernas, acercamientos, etc.
- Mantener el contacto visual y abstenerse en lo posible de que las anotaciones o apuntes desvíen la atención.
- Ser empáticos en todo momento evitando el involucramiento de sentimientos y afectos que pueden hacer perder la objetividad del quehacer terapéutico.

***Aproximación diagnóstica*:** Este primer acercamiento tiene como objetivo también esbozar una aproximación diagnóstica, en cuatro niveles:

- Diagnóstico del problema o trastorno.- en los casos de violencia sexual debido a la naturaleza del hecho se podrían instaurar los siguientes diagnósticos clínicos según el CIE 10:
    - Episodio depresivo (F32)
    - Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
    - Trastorno de estrés postraumático (F43.1)
    - Trastorno de adaptación (F43.2)
    - Otros trastornos disociativos (F44.82)
    - Crisis de pánico (F41.0)
    - Reacción de estrés agudo (F43.0)
    - Trastornos de la ingestión de alimentos (F50)
    - Trastornos de sueño (F51)

- Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y orientación sexual (F66)
- Pérdida del control de esfínteres: enuresis (F98.0) y encopresis (F98.1) no orgánicas

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

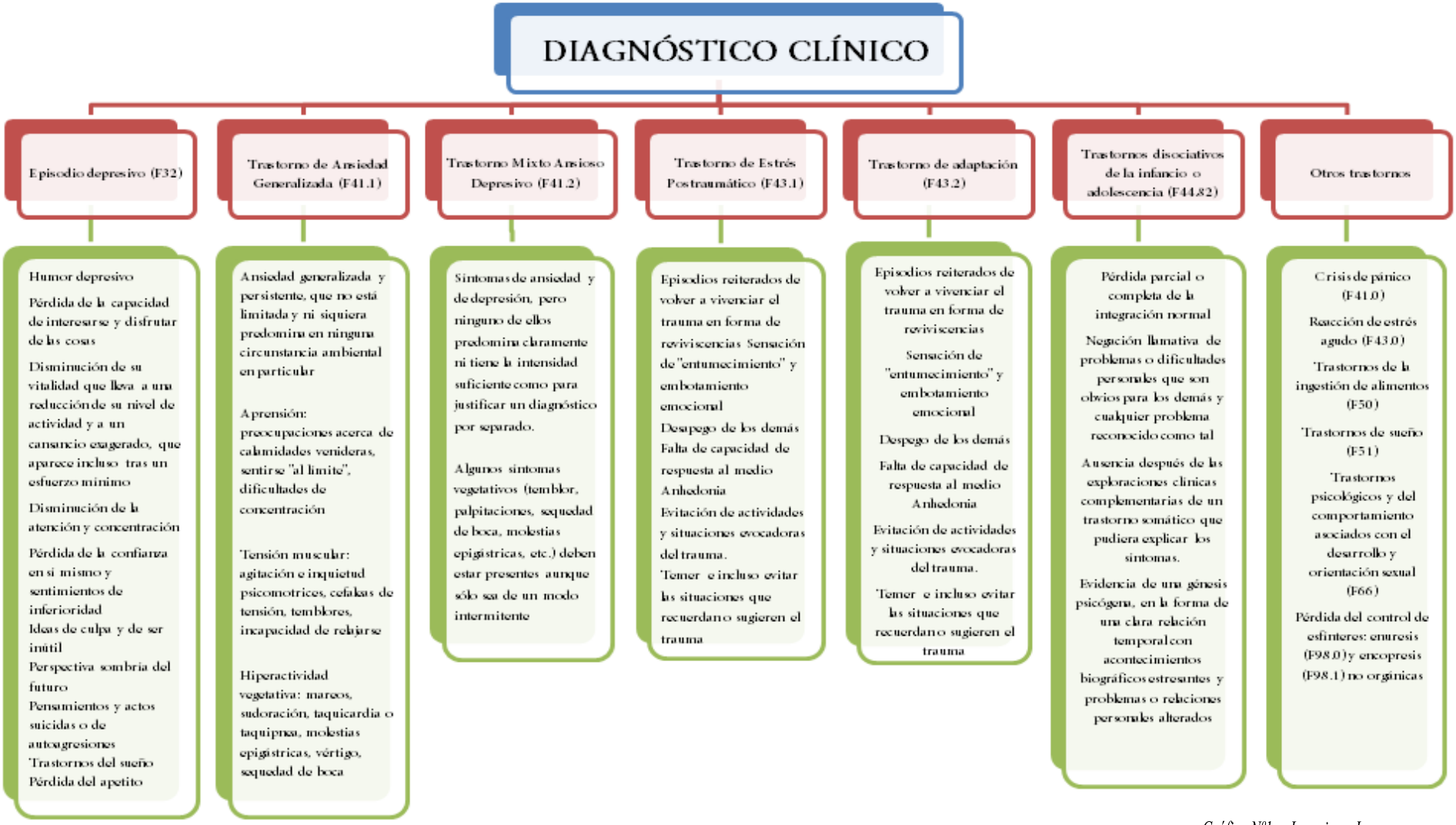


Gráfico N°1 Luzuriaga J.

- Diagnóstico de personalidad.- la personalidad como perfil en el adolescente está en proceso de formación es por ello que nos referimos a rasgos predominantes de personalidad:

    - Personalidad con predomio de rasgos afectivos: se caractizan por la sociabilidad, expresividad, extroversión, desinhibición, conductas movilizadas por el afecto y búsqueda permanente de estimulación externa.
    - Personalidad con predominio de rasgos cognitivos: son características la organización, perfeccionismo, rigidez, moralidad, predominio del juicio en su comportamiento y afectividad, adherencia a sus cogniciones, afectos y comportamientos.
    - Personalidad con predominio de rasgos comportamentales: se caracterizan por la impulsividad, accionar enérgico, comportamiento primario, inestabilidad afectiva, irritabilidad, agresividad y baja tolerancia a la frustración.
    - Personalidad con predominio de rasgos con défict relacional: es carácterístico la tendencia a la intimidad, retraimiento social, pasividad, aplanamiento afectivo, cognición retraida hacia si mismo, dificultad en la expresión de sus emociones y afectos.

DIAGNÓSTICO DE RASGOS DE PERSONALIDAD

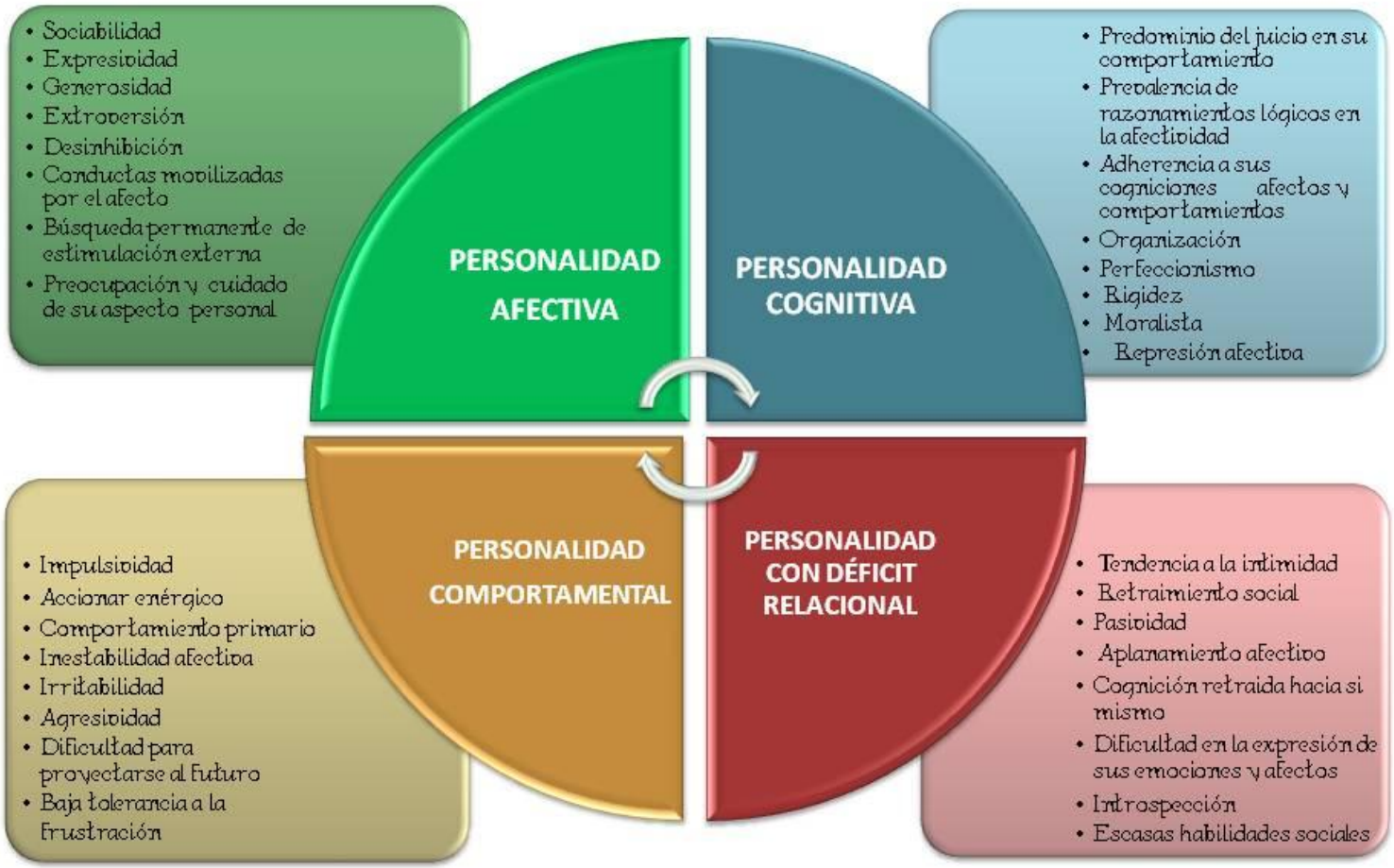


Gráfico N°2 Luzuriaga J.

- Diagnóstico del entorno.- el entorno consituye la contención y el apoyo que el adolescente tiene por ello se lo define como:
    - Entorno con factores vulnerables: si las condiciones vinculares y socioculturales no constituyen en la actualidad un sostén saludable.
    - Entorno con factores protectores: si las condiciones vinculares y socioculturales son apropiadas y sirven de contención.

Gráfico Nº3 Luzuriaga J.

- Diagnóstico del impacto emocional.- el impacto emocional está en función de las circunstancias y condiciones en las que se dio el evento psicotraumático por lo que pueden ser:

    - Altamente desfavorables: se consideran en esta categoría cuando las circunstancias con relación al evento, al agresor, a la víctima y a los hechos posteriores a la revelación están en cantidad y magnitud presentes.
    - Desfavorables: cuando las condiciones relacionadas excluyen como consecuencia del evento un embarazo o enfermedades de transmisión sexual, relación de confianza con el agresor, eventos psicotraumáticos anteriores y falta de credibilidad posterior a la revelación.

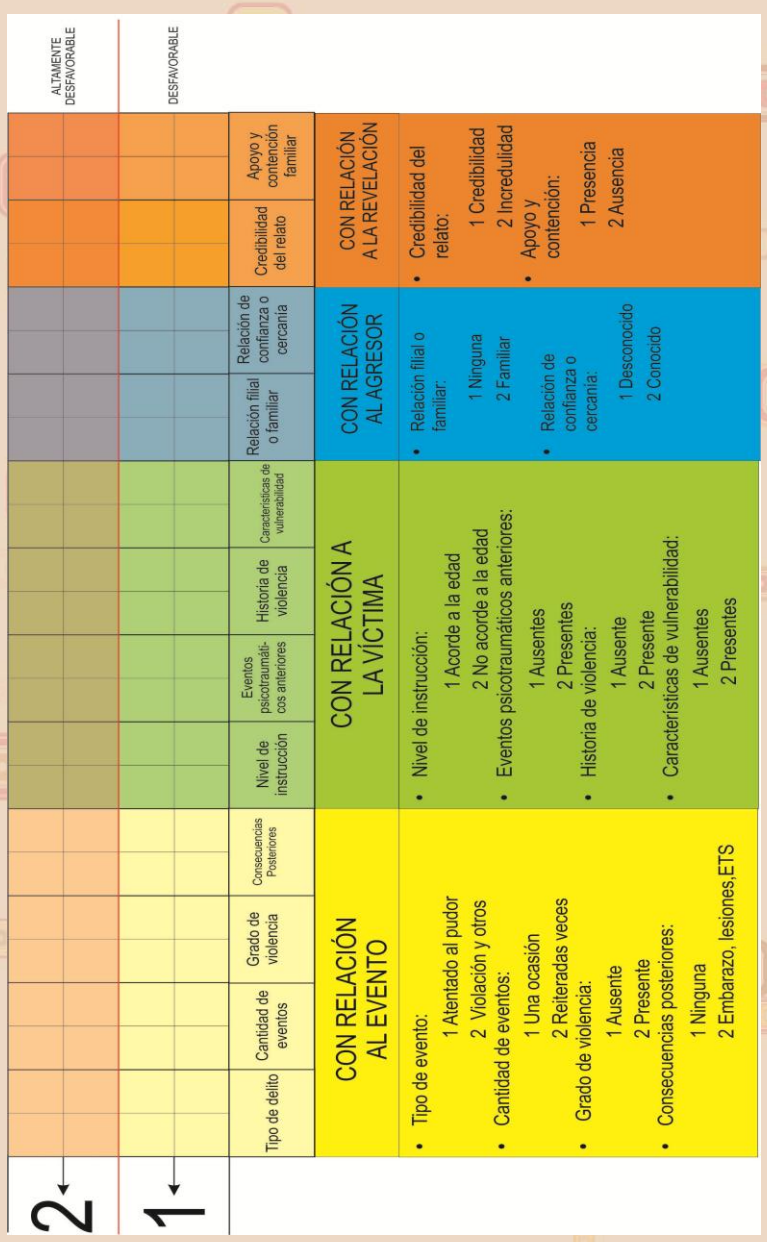


Gráfico Nº4 Luzuriaga J.

Confesión y desinhibición emocional: se debe propiciar la espontaneidad con respecto a lo que el adolescente nos quiera transmitir ya que al utilizar las correctas comunicaciones y juzgar el timing se favorecerá a que se produzca la desinhibición emocional y que el adolescente experimente alivio de su malestar.

Estrategias de apoyo**:** en el caso de los adolescentes víctimas de violencia sexual las reafirmaciones o frases de apoyo que el terapeuta brinde representan la contención que en la mayoría de ocasiones ellos necesitan, puesto que generalmente experimentan el rechazo, cuestionamiento o duda de su entorno. Por tanto es importante demostrarle que creemos en lo que nos está diciendo y que estamos dispuesto a poner todo nuestro contingente humano y profesional para iniciar su proceso de recuperación.

Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica: en esta etapa es importante identificar cuales son las expectativas que el adolescente y los familiares tienen del proceso con el afán de aclararlas o reafirmarlas. Generalmente los adolescentes pueden mencionar expectativas del tipo
"olvidar lo que me paso…",
"que esto no me vuelva a pasar…",
"ser como antes…"

Y los familiares tener la expectativa que el proceso psicoterapéutico permita: que el agresor "pague lo que hizo…",
o que el proceso legal "no se demore…"
y en relación a la víctima "que se ponga bien pronto…" etc.

Estas expectativas son entendibles en función del grado de angustia y dolor que experimentan los consultantes sin embargo es importante delimitar los alcances y limitaciones del proceso psicoterapéutico proporcionándoles siempre una expectativa de optimismo y confianza.

La FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS (Anexo 1) sistematiza la información que se espera recabar en la primera entrevista, sin embargo cabe recalcar que no es un requisito indispensable completarla durante la misma. La FIEPS consta de datos informativos, origen de la demanda, antecedentes disfuncionales,

biografía psicológica personal y familiar, resultado de pruebas psicológicas, descripción diagnóstica, criterios pronósticos y recomendaciones. Esta información es indispensable conocerla ya que a partir de ella podemos estructurar la planificación del proceso.

El ANÁLISIS DE LA DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO (Anexo 2) permite identificar de manera más objetiva la naturaleza y el tipo de demanda así como las expectativas y motivaciones del paciente, terapeuta y acompañantes. Este análisis permitirá favorecer un acercamiento entre las expectativas de todos los integrantes en el proceso para aunar esfuerzos hacia objetivos en común.

La GUÍA LOS TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA (Anexo 3) nos permite ubicarnos en la intervención como inicio de proceso psicoterapéutico. Así como también responder algunas interrogantes que permiten evaluar la efectividad de la aplicación de las tácticas de la primera entrevista utilizadas.

La SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES (Anexo 4) permite realizar una descripción más exhaustiva del trastorno y de la personalidad, lo cual enriquecerá la posterior planificación del proceso psicoterapéutico.

ESTRATEGIAS DE LA PRIMERA ENTREVISTA Y ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Establecimiento del rapport

- Preparar el ambiente antes de recibir al adolescente y familiares
- Hacer ingresar de inicio a los padres o a quien acompañe a la cita conjuntamente con el adolescente
- Presentarse y exponer brevemente la profesión
- Explicar que el abordaje se realizará primero con el adolescente y posteriormente con el o los acompañantes
- Una vez con el adolescente, volver a presentarse con el nombre y la profesión
- Preguntar si conoce el rol del psicólogo, si ha tenido contacto con un psicólogo en ocasiones anteriores y su experiencia previa
- Preguntar de que manera le agrada más que lo llamen y si nos permite llamarlo de esa manera
- Permitir tomar decisiones elementales y sencillas
- Conversar sobre temas neutros
- Evitar preguntar el rendimiento en los diferentes ámbitos de su vida
- Transmitir lo que se va a hacer durante la sesión haciendo hincapié en que en este contexto tiene la libertad de abstenerse de contestar lo que le genere incomodidad
- Iniciar la recolección con datos informativos de fácil respuesta
- Incluir en el interrogatorio sus aficiones, gustos, pasatiempos, habilidades y destrezas
- Evitar hacer preguntas relacionadas a la violencia sexual, salvo que de manera espontánea el adolescente haga referencia
- Cuidar de manera especial el lenguaje paraverbal: gestos, posición de brazos, movimiento de piernas, acercamientos, etc.
- Mantener el contacto visual y abstenerse en lo posible de que las anotaciones o apuntes desvíen la atención de la entrevista
- Ser empáticos en todo momento evitando el involucramiento de sentimientos y afectos

Aproximación Diagnóstica

- Diagnóstico del problema o trastorno
- Diagnóstico de personalidad
- Diagnóstico del entorno
- Diagnóstico del impacto emocional

Confesión y desinhibición emocional

- Propiciar la espontaneidad
- Utilizar las comunicaciones adecuadas
- Juzgar el timing
- Favorecer la desinhibición emocional

Frases de Apoyo

- Reafirmaciones o frases de apoyo que brinden contención emocional
- Demostrar que creemos en lo que nos está diciendo
- Manifestar disposición de utilizar todo el contingente humano y profesional para iniciar el proceso de recuperación

Estructuración y Afianzamiento

- Identificar las expectativas del adolescente, familiares o institucionales
- Aclarar o reafirmar las expectativas ajustándolas a los alcances y limitaciones del proceso
- Proporcionar siempre una expectativa de optimismo y confianza
- Estructurar y acordar lo relacionado a duración, horarios, frecuencia y honorarios

Gráfico N°5 Luzuriaga J.

a. Planificación del proceso terapéutico focalizado en la personalidad

La planificación del proceso permitirá guiar nuestro accionar para sistematizar de manera más adecuada el abordaje psicoterapéutico, en base a las conclusiones diagnósticas alcanzadas en la fase anterior.

Formulación dinámica del problema o trastorno: consiste en identificar los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores del problema o trastorno que experimenta el adolescente víctima de violencia sexual. La identificación de los mismos favorecerá una comprensión integral del padecimiento para evitar solo centrarnos en la experiencia del abuso ya que existen una serie de factores que están sosteniendo el malestar y además permiten predecir la evolución del mismo.

Formulación dinámica de la personalidad: consiste en la descripción de los rasgos de personalidad que caracterizan al adolescente. Además de identificar nivel de integración, capacidad intelectiva, grado de motivación, capacidad de respuesta emocional, grado de flexibilidad y predominio de locus de control. La interrelación de estos componentes permitirán evaluar la evolución que tendrá el proceso psicoterapéutico.

Señalamiento de objetivos: el establecimiento de objetivos terapéuticos deben acercarse a las expectativas y motivaciones del adolescente, familiares e incluso de instituciones (si es el caso de ser remitidos). Estos objetivos deben ser planteados, discutidos y aceptados por los integrantes en el proceso, puesto que ello nos trazará el objetivo hacia una meta en común.

Los objetivos del proceso psicoterapéutico se plantearán en 3 niveles de intervención: asesoramiento, sintomáticos y de personalidad y los objetivos específicos de cada nivel se deben juzgar con criterio clínico dependiendo de las circunstancias y condiciones analizadas previamente por el terapeuta.

- Objetivos de asesoramiento
    - Resolver conflictos intrapersonales
    - Resolver conflictos interpersonales
    - Promover el desarrollo personal

- Objetivos sintomáticos
    - Disminuir o eliminar síntomas específicos
    - Disminuir o eliminar conductas desadaptativas
    - Adquirir conductas adaptativas
    - Apoyar emocionalmente

- Objetivos orientados a la personalidad
    - Mejorar el awareness
    - Promover el insight
    - Flexibilizar rasgos de personalidad
    - Re- elaborar cognitivamente experiencias pasadas
    - Optimizar rasgos de personalidad

Señalamiento de técnicas: la utilización de las técnicas debe tomar en cuenta varias condiciones para su aplicación, como: nivel de intervención en cuanto a si son objetivos de asesoramiento, sintomáticos o de personalidad, las características y condiciones del adolescente, la formación del terapeuta, el problema o trastorno clínico, las experiencias anteriores de los integrantes del proceso, las condiciones socioculturales y las condiciones del entorno actual.

Las técnicas que se pueden aplicar evaluando lo citado anteriormente son:

- Técnicas de asesoramiento
    - Procedimientos conductuales
    - Negociación
    - Programas de crecimiento personal para fortalecer la autoestima, resiliencia, asertividad y desarrollo de habilidades sociales.

- Técnicas sintomáticas
    - Relajamiento muscular
    - Relajamiento con visualización
    - Técnicas sugestivas en vigilia
    - Técnicas sugestivas en sueño sugerido
    - Procedimientos conductuales

- Técnicas para influir en la personalidad
    - Procedimientos cognitivos
    - Procedimientos constructivistas
    - Técnicas retrospectivas

Ejecución y aplicación técnica del proceso psicoterapéutico con adolescentes víctimas de violencia sexual

La ejecución y aplicación técnica para el abordaje con adolescentes víctimas de violencia sexual debe estar en función de la planificación del proceso adaptándola a cada caso en particular. La duración del proceso también deberá ser adaptada a las condiciones particulares del adolescente, familiares, instituciones –en caso de ser remitido- y entorno en general, sin embargo sería óptimo un promedio de 14 sesiones de tratamiento psicoterapéutico, estructuradas de la siguiente manera: 2 sesiones por semana durante las primeras cuatro semanas, 1 sesión por semana durante un mes, 1 sesión cada quince días durante el siguiente mes y 4 sesiones mas de seguimiento al mes, tres meses, seis meses y al año.

La ***frecuencia*** de las primeras intervenciones tienen como objetivo sostener, contener y mantener al adolescente en el proceso. Luego es necesario aplazar las sesiones para dotarle de seguridad y que pueda aplicar lo trabajado en la terapia. Y las sesiones de seguimiento representan la manera de evaluar el trabajo realizado y validar si los objetivos propuestos se sostienen en el tiempo.

La ***duración*** de cada sesión, exceptuando la primera entrevista que puede extenderse más tiempo, será de 45 minutos aproximadamente.

La planificación del esquema de sesiones debe estar en función de los avances, alcances y limitaciones que presenten la naturaleza del mismo proceso psicoterapéutico así como las condiciones del entorno.

El Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual propone abordar las temáticas expuestas a continuación. Estas temáticas no siguen necesariamente una secuencia más bien constituyen principios básicos de abordaje durante el proceso psicoterapéutico.

Atender la violencia sexual como una urgencia

El considerar iniciar el proceso terapéutico con urgencia nos da la pauta de que es necesario intervenir lo más pronto posible después de sucedido o revelado el hecho (así este haya ocurrido hace mucho tiempo atrás).

Remitir en caso de ser necesario a otros profesionales para valoración y/o tratamiento de especialidad

La violencia sexual involucra un abordaje integral, por ello durante el proceso se puede requerir la evaluación y tratamiento de otros profesionales de la salud.

Orientar y apoyar sobre la prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia, prevención de ITS y VIH y de ser el caso interrupción legal de embarazo

El terapeuta debe proporcionar información y brindar apoyo en las decisiones que la familia y el adolescente requieran tomar sobre la terapéutica médica que se estila seguir en estos casos.

Fortalecer las redes de apoyo y promover el fortalecimiento de los factores protectores

El fortalecimiento de las redes de apoyo y los factores protectores constituyen la contención que el adolescente requiere para una reinserción saludable.

Promover el desarrollo de la autoestima, autoimagen y autoeficacia

El desarrollo de estos conceptos promoverán una valoración positiva de sí mismos, favorecerán la independencia, autonomía y dirigirán la atención hacia un proyecto de vida futuro.

Promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la capacidad resiliente

La generación adecuada de estrategias de afrontamiento y desarrollar la resiliencia son predictores de una mejor evolución por lo que promoverlas trae efectos terapéuticos positivos.

Resolver conflictos intra e interpersonales

La dinámica de la violencia sexual generalmente trae consigo conflictivas intrapersonales relacionadas con malestar consigo mismo e inadecuación psíquica a consecuencia de la

situación de abuso y los factores desencadenantes, mantenedores y predisponentes presentes.

Así como también genera conflictiva interpersonal generalmente de tipo afectivo y/o familiar, lo cual es importante resolver para ir conformando redes sociales y familiares estables que brinden contención y apoyo.

Abordar la sexualidad

La sexualidad luego del evento traumático sin lugar a dudas se ve vulnerada, ya que es una intromisión violenta a la intimidad del adolescente y ha generado sensaciones que hasta antes estaban ocultas. Resulta difícil comprender como un hecho devastador y atroz puede despertar ciertas sensaciones en unos casos y bloquearlas por completo en otros. Es aquí como la Psicoeducación cumple un papel orientador tanto al adolescente como a la familia para una mejor comprensión y abordaje de la sexualidad.

Apoyar emocionalmente en las diligencias legales

Si es el caso de llevar paralelamente el proceso legal con el psicoterapéutico, en el momento que sea necesario se debe brindar el acompañamiento emocional respectivo para apoyar y orientar a la familia y al adolescente.

Incentivar la autoprotección y cuidado

La autoprotección física y emocional se debe propiciar para restituir la confianza y seguridad en sí mismo.

Estabilizar al adolescente

El alivio sintomático constituye un aspecto fundamental en el proceso de sanación puesto que son las manifestaciones visibles con las cuales el adolescente y los familiares juzgan la recuperación. Las manifestaciones sintomáticas presentes en el adolescente dependerá del diagnóstico clínico, por lo cual se debe intervenir con la/ las que le generen malestar significativo. Es muy común en los adolescentes víctimas de violencia sexual experimentar niveles de ansiedad y depresión los cuales deben ser atendidos.

Fortalecer el vínculo al menos de una figura significativa durante el proceso

La violencia sexual genera un impacto muy fuerte en la dinámica familiar del adolescente que dificulta la ayuda oportuna puesto que trastoca la rutina diaria con una serie de

intervenciones y procedimientos que están muy lejos de resultar familiares, ya que se involucran con diligencias y terminología (denuncia, audiencia, testimonio, examen médico legal, instrucción fiscal, etc.) que hasta antes del evento era desconocida.

Esta situación genera en los miembros un alto nivel de estrés, impotencia e inseguridad, añadido a que el evento puede evocar experiencias pasadas reprimidas de alguno de los integrantes de la familia, lo cual ocasiona y amerita un abordaje individual con el adulto que va a constituirse en fuente de seguridad y contención.

Abordar los sentimientos de culpa del adolescente

El trabajar la culpa resulta una tarea compleja puesto que el adolescente internaliza la responsabilidad utilizando mecanismos concientes e inconscientes y es cuando el abordaje terapéutico ejerce su accionar al liberar los sentimientos de culpa externalizando la responsabilidad al agresor.

Elaborar cognitivamente la experiencia del evento psicotraumático

Consiste en resignificar la experiencia vivida externalizando la responsabilidad, manejando los sentimientos de frustración e impotencia experimentados y activando estrategias de afrontamientos más adaptativas que permitan recuperar su equilibrio emocional.

Flexibilizar los rasgos desadaptativos de la personalidad

La presencia de rasgos desajutados de la personalidad son previsibles frente a la experimentación del evento psicotraumático. Es por ello que trabajar en la flexibilización y ajuste de los mismos favorecerá a una mejor evolución del proceso.

Potencializar los rasgos de personalidad adaptativos

La potenciación de rasgos de personalidad adaptativos favorecerá la optimización de los recursos personales que el adolescente tiene a su haber brindándole seguridad y autocontrol.

Favorecer la estructuración o continuación de su proyecto de vida con proyección futura

La proyección de un proyecto de vida puede verse interrumpido o anulado luego de un evento de esta naturaleza, esto ocasiona incertidumbre y desesperanza. Por lo que

ayudarle a proyectarse a futuro le permitirá retomar la confianza en si mismo para retormar las riendas de su vida.

Gráfico N°6 Luzuriaga J.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO EN PERSONALIDADES COGNITIVAS (ANANCÁSTICAS Y PARANOIDES)

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE

- Trato cordial y respetuoso
- Cuidado de la puntualidad, organización y estructura
- Utilización de juicios y razonamientos

PRINCIPIOS BÁSICOS

Atender la violencia sexual como una urgencia

Remitir en caso de ser necesario a otros profesionales para valoración y/o tratamiento de especialidad

Fortalecer las redes de apoyo y promover el fortalecimiento de los factores protectores

Fortalecer el vínculo al menos de una figura significativa durante el proceso

ASESORAMIENTO

OBJETIVOS

Resolver conflictos intra e interpersonales

Orientar y apoyar sobre la prevención de embarazo con anticoncepción de emerge de ITS caso in de

Promo de l au a

Promover de estrateg afrontamiento y capacidad resiliente

TÉCNICAS

Resolución de problemas: Orientación del problema, formulación del problema, generación de soluciones, toma de decisión, ejecución y verificación de resultados.

icoeducación: ionar información, r y apoyar en la a de decisiones

e autoestima: centrado ocimiento, aceptación, aloración de si mismo

ma de resiliencia: incorporación de gias de afrontamiento tivas como el afrontamiento tivo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental y la autodistracción.

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
SINTOMÁTICO	***Apoyar emocionalmente en las diligencias legales***	Acompañamiento emocional y físico (en caso de ser posible) en los procedimientos que formen parte del proceso legal
	Abordar la sexualidad	Cognitivo - conductual: abordando lo relacionado a las sensaciones experimentadas durante y luego del evento y sugerir alternativas de canalizar la energía.
	Estabilizar al adolescente	Dependiendo del predominio de la sintomatología se puede intervenir con: Relajación muscular progresiva de Jacobson: para reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular. Relajamiento con visualización: para que mediante la incorporación de imágenes sugeridas por el adolescente se reduzca los niveles de ansiedad. Procedimientos conductuales: encaminado a la adquisición e incorporación de conductas más adaptativas.
	Abordar los sentimientos de culpa del adolescente	Procedimientos cognitivos (Reatribución): externalizando la responsabilidad al agresor y liberando la culpa al adolescente
	Elaborar cognitivamente la experiencia del evento psicotraumático	Procedimientos cognitivos: (Detección de pensamientos automáticos, clasificación de distorciones cognitivas descentramiento, descatastrofización) que permitan resignificar la experiencia vivida con la incorporación de pensamientos más adaptativos.
	Incentivar la autoprotección y cuidado	Procedimientos conductuales: estrategias que permitan cuidar su integridad física y emocional
	Favorecer la estructuración o continuación de su proyecto de vida con proyección futura	Procimientos constructivistas: mediante la creación de construcciones alternativas más funcionales en cuanto a la predicción de las acciones futura

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
PERSONALIDAD	***Flexibilizar los rasgos desadaptativos de la personalidad***	Análisis de rasgos de personalidad para: Propiciar la expresión de los afectos Flexibilizar pensamientos y conductas adherentes Adecuar el manejo del locus en función de las circunstancias
	Potencializar los rasgos de personalidad adaptativos	Autoconocimiento de los rasgos adaptativos de personalidad para que actúen como potenciadores en su proceso de recuperación.

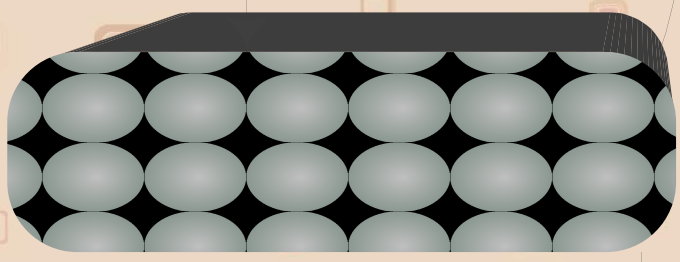


Gráfico N°7 Luzuriaga J.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO EN PERSONALIDADES COMPORTAMENTALES (INESTABLE Y TRASTORNO DISOCIAL)

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE

- Trato amable y normado
- Manejo de las manifestaciones conductuales
- Establecimiento de objetivos concretos y mediatos

PRINCIPIOS BÁSICOS

Atender la violencia sexual como una urgencia

Remitir en caso de ser necesario a otros profesionales para valoración y/o tratamiento de especialidad

Fortalecer las redes de apoyo y promover el fortalecimiento de los factores protectores

Fortalecer el vínculo al menos de una figura significativa durante el proceso

Evaluar el impacto emocional

OBJETIVOS

TÉCNICAS

SESORAMIENTO

Resolver conflictos int a e interpersonales

Resolución de problemas: Orientación del problema, formulación del problema, generación de soluciones, toma de decisión, ejecución y verificación de resultados.

Orientar y apoyar sob e la prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia, prevenci n de cas

Psicoeducación: roporcionar información, guiar y apoyar en la toma de decisiones

Pro

a de autoestima: centrado conocimiento, aceptación, y valoración de si mismo

de afronta capacidad re

ograma de resiliencia: ante la incorporación de as de afrontamiento vas como el afrontamiento o, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental y la autodistracción.

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
	Apoyar emocionalmente [...] las diligencias legales	Acompañamiento emocional y físico (en caso de ser posible) en los procedimientos que formen parte del proceso legal
	Abordar la sexualidad	Cognitivo - conductual: abordando lo relacionado a las sensaciones experimentadas durante y luego del evento y sugerir alternativas de canalizar la energía.
SINTOMÁTICO	***Esta[...]***	[...]iendo del predominio de la [...]ogía se puede intervenir con: [...]uscular progresiva de Jacobson: [...]a ansiedad aprendiendo a relajar [...]a tensión muscular. [...]to con visualización: para que [...]la incorporación de imágenes [...]r el adolescente se reduzca los [...]iveles de ansiedad. [...]s conductuales: encaminado a la [...]incorporación de conductas más adaptativas.
	Ab[...] de	[...]ntos cognitivos (Reatribución): [...]esponsabilidad al agresor y [...]o la culpa al adolescente
	Elaborar cognitivamen[...] experiencia del evento psicotraumático	[...]cedimientos cognitivos: (Detección de pensamientos automáticos, clasificación de distorciones cognitivas descentramiento, descatastrofización) que permitan resignificar la experiencia vivida con la incorporación de pensamientos más adaptativos.
	Incentivar la autoprotección y cuidad[...]	Procedimientos conductuales: estrategias que permitan cuidar su integridad física y emocional
	Favorecer la estructuraci[...] o continuación de su proyecto de vida con proyección futura	Procimientos constructivistas: mediante la creación de construcciones alternativas más funcionales en cuanto a la predicción de las acciones futura

OBJETIVOS

TÉCNICAS

PERSONALIDAD

Flexibilizar los ras os

Análisis de rasgos de personalidad para:

odular las manifestaciones conductuales

aurar reglas y normas que direccionen su accionar

ar un manejo adecuado de las relaciones sociales

toconocimiento de los adaptativos de personalidad actúen como potenciadores proceso de recuperación.

Gráfico Nº8 Luzuriaga J.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO EN PERSONALIDADES CON DÉFICIT RELACIONAL (DEPENDIENTE, ESQUIZOIDE, ESQUIZOTÍPICO Y EVITATIVO)

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE

- Trato amistoso y prudente
- Control de la directividad
- Respeto a la intimidad y expresividad

PRINCIPIOS BÁSICOS

Atender la violencia sexual como una urgencia

Remitir en caso de ser necesario a otros profesionales para valoración y/o tratamiento de especialidad

Fortalecer las redes de apoyo y promover el fortalecimiento de los factores protectores

Fortalecer el vínculo al menos de una figura significativa durante el proceso

Evaluar el impacto emocional

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
ASESORAMIENTO	***Resolver conflictos intra e interpersonales***	Resolución de problemas: Orientación del problema, formulación del problema, generación de soluciones, toma de decisión, ejecución y verificación de resultados.
	Orientar y apoyar sobre la prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia, prevención de ITS y VIH caso interru de emb	Psicoeducación: r información, oyar en la decisiones
	Promover e de la aut autoim autoef	estima: centrado nto, aceptación, ción de si mismo
	Promover de estrate afrontamiento y capacidad resiliente	e resiliencia: corporación de ntamiento el afrontamiento icación, reinterpretación , aceptación, humor, religión, yo emocional, apoyo instrumental y la autodistracción.

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
	Apoyar emocionalmente en las diligencias legales	Acompañamiento emocional y físico (en caso de ser posible) en los procedimientos que formen parte del proceso legal
	Abordar la sexualidad	Cognitivo - conductual: abordando lo relacionado a las sensaciones experimentadas durante y luego del evento y sugerir alternativas de canalizar la energía.
SINTOMÁTICO	***Estabilizar al ac***	predominio de la ede intervenir con: ogresiva de Jacobson: aprendiendo a relajar nuscular. alización: para que ación de imágenes cente se reduzca los nsiedad. uales: encaminado a la ción de conductas más tivas.
	Abordar l de culpa del	ivos (Reatribución): idad al agresor y al adolescente
	Elaborar cognitivamente la experiencia del evento psicotraumático	s cognitivos: (Detección de ntos automáticos, clasificación de orciones cognitivas descentramiento, descatastrofización) que permitan resignificar la experiencia vivida con la incorporación de pensamientos más adaptativos.
	Incentivar la autoprotección y cuidado	Procedimientos conductuales: estrategias que permitan cuidar su integridad física y emocional
	Favorecer la estructuración o continuación de su proyecto de vida con proyección futura	rocimientos constructivistas: mediante creación de construcciones alternativas más funcionales en cuanto a la predicción de las acciones futura

OBJETIVOS

TÉCNICAS

Análisis de rasgos de personalidad para:

Flexibilizar los rasgos desadaptativos de la per

Ampliar el repertorio conductual
to en habilidades
ciales
expresión de la
ctividad

PERSONALIDAD

Potencia
de pe
ada

miento de los
os de personalidad
como potenciadores
de recuperación.

Gráfico N°9 Luzuriaga J.

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO EN PERSONALIDADES AFECTIVAS (HISTRIÓNICAS Y CICLOTÍMICAS)

ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE

- Trato cálido y empático
- Manejo de la distancia emocional
- Prudencia en la expresión y acercamientos afectivos
-

PRINCIPIOS BÁSICOS

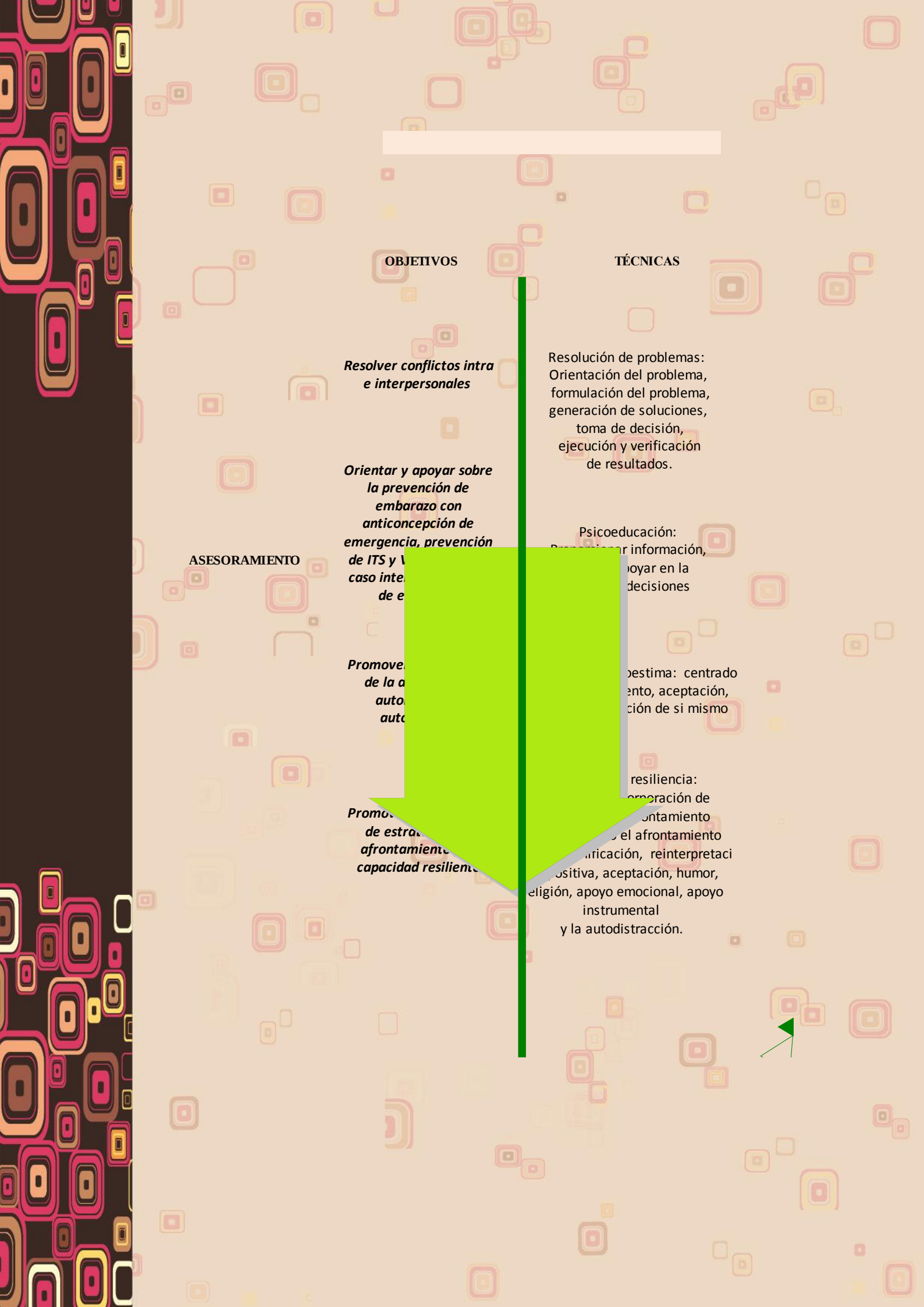
Atender la violencia sexual como una urgencia

Remitir en caso de ser necesario a otros profesionales para valoración y/o tratamiento de especialidad

Fortalecer las redes de apoyo y promover el fortalecimiento de los factores protectores

Fortalecer el vínculo al menos de una figura significativa durante el proceso

Evaluar el impacto emocional


OBJETIVOS
TÉCNICAS
ASESORAMIENTO
Resolver conflictos intra e interpersonales
Resolución de problemas: Orientación del problema, formulación del problema, generación de soluciones, toma de decisión, ejecución y verificación de resultados.
Orientar y apoyar sobre la prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia, prevención de ITS y
Psicoeducación:
decisiones
estima: centrado
ento, aceptación,
ción de si mismo
resiliencia:
ontamiento
el afrontamiento
ificación, reinterpretaci
positiva, aceptación, humor,
eligión, apoyo emocional, apoyo instrumental
y la autodistracción.

	OBJETIVOS	TÉCNICAS
	Apoyar emocionalmente en las diligencias legales	Acompañamiento emocional y físico (en caso de ser posible) en los procedimientos que formen parte del proceso legal
	Abordar la sexualidad	Cognitivo - conductual: abordando lo relacionado a las sensaciones experimentadas durante y luego del evento y sugerir alternativas de canalizar la energía.
SINTOMÁTICO	***Estabilizar***	el predominio de la puede intervenir con: progresiva de Jacobson: dad aprendiendo a relajar n muscular. visualización: para que poración de imágenes olescente se reduzca los le ansiedad. uctuales: encaminado a la oración de conductas más otativas.
	Abordar ***de culpa***	gnitivos (Reatribución): abilidad al agresor y pa al adolescente
	Elaborar cognitivamente la experiencia del evento psicotraumático	ntos cognitivos: (Detección de mientos automáticos, clasificación de istorciones cognitivas, descentramiento, descatastrofización) que permitan resignificar la experiencia vivida con la incorporación de pensamientos más adaptativos.
	Incentivar la autoprotección y cuidado	Procedimientos conductuales: estrategias que permitan cuidar su integridad física y emocional
	Favorecer la estructuración o continuación de su proyecto de vida con proyección futura	Procimientos constructivistas: mediante la creación de construcciones alternativas ma funcionales en cuanto a la predicción de la acciones futura

OBJETIVOS

TÉCNICAS

Análisis de rasgos de personalidad para:

Flexibilizar los rasgos desadaptativos de la

Modular las manifestaciones
afectivas
juicio y razonamiento
las emociones
r la expresión de sus
afectos

PERSONALIDAD

Poten
de

ocimiento de los
ativos de personalidad
en como potenciadores
so de recuperación.

8 EVALUACIÓN

La evaluación del proceso psicoterapéutico debe guardar relación con la eficiencia y el grado de satisfacción conseguida por quienes intervinieron en el proceso. Lo esperable es que se hayan llegado a cumplir los objetivos propuestos en el inicio de la planificación del proceso. Así los criterios que se tomarán en cuenta son los del terapeuta, adolescente, familiares e institucionales.

9 EL CIERRE

Como actividad de cierre del proceso psicoterapéutico se realiza una retroalimentación de todo el proceso, enfocando el primer contacto que se tuvo con el adolescente y su familia, haciendo un recorrido de las sesiones y de las situaciones más relevantes experimentadas, haciendo hincapié en lo conseguido en función de los objetivos planteados al inicio del proceso.

Es importante mencionar que lo conseguido se pudo lograr por la predisposición, motivación y apertura al tratamiento y que al haber llegado hasta este punto es porque cuenta con recursos personales propios que le permitirán dirigir su atención hacia el futuro y continuar o reformular su proyecto de vida.

También se debe transmitir que el proceso está finalizando pero que si en algún otro momento llegara a necesitar de una futura intervención se puede retomar el proceso.

10. BIBLIOGRAFÍA DEL PROTOCOLO

- Balarezo, L. (2.009) Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito: Ediseapsi.
- Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia, asesoramiento y consejería. Quito. PUCE.
- Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia. Segunda edición. Quito: PUCE.
- Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1.997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos
- Dupret, M.. 2012. "Violencia familiar contra los niños: respuestas institucionales", en: Universitas, enero-julio de 2012. Quito: Editorial Abya-Yala.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.).
- Londoño, B. (2.012). Protocolo de Atención Integral en salud para víctimas de violencia sexual. Bogotá.
- Ministerio de Salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2.011).
- GUÍA CLÍNICA: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. Santiago de Chile.
- Marqués, F. y Gallego, M. (2.002) Protocolos médicos y enfoque de riesgo. La revista Zurich. 2, 23-46.
- Mas, B. y Carrasco, M. (2.005) Abuso sexual y maltrato infantil.
- Noguerol, V. (1.997) Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- Papalia, D. (2009) Desarrollo humano. Macgraw-hill.
- Secretaría de salud de Jalisco. (2.004) Guía técnica para elaborar protocolos médicos.
- Sánchez , Y.; González, F.; Molina, O.; Guil, M. (2.011) Guía para la elaboración de protocolos. Andalucía: Biblioteca Las casas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El resultado del presente proyecto de investigación lo constituye el "Diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual".

La presente investigación es teórica con enfoque cualitativo. Los métodos utilizados en su estructuración fueron el Método Cualitativo, Inductivo y Deductivo.

Las fases del Método cualitativo que se utilizaron fueron:

- En la fase preparatoria se definió el problema a investigar que fue la intervención psicoterapéutica en adolescentes víctimas de violencia sexual, así como también se identificó utilizar el enfoque cualitativo para la presente investigación.
- En el trabajo de campo o ejecución se realizó la revisión bibliográfica a través de textos, revistas y artículos tanto tangibles como virtuales relacionados con adolescentes que han sufrido violencia sexual.
- Durante la fase analítica se realizó el análisis e interpretación de la información recabada en la fase anterior que permitió la estructuración del Protocolo.
- Y en la fase informaiva se estructuró y formalizó el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.

Las técnicas utilizadas fueron el estudio documental bibliográfico y las entrevistas a expertos relacionados con la temática de violencia sexual en adolescentes. Éstas técnicas permitieron dotar de solidez científica al diseño del Protocolo.

Los aportes teóricos que sirvieron de referente en el diseño del presente trabajo lo consituye en primera instancia el "Protocolo para el manejo de violencia sexual" diseñado por el Ministerio Público del Ecuador en el área de salud, el que esta incluido en el documento denominado "Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida" (Diciembre, 2.008).

Los Protocolos de Atención Integral diseñados para intervenir en violencia sexual en otros paises latinoamericanos han denotado mayor repunte, por lo que constituyen también un aporte valioso en la generación del trabajo en mención. El Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Bogotá (2.008), La guía

clínica de atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile (2.011) y el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Argentina (2.011), son la muestra de la preocupación de los diferentes sectores involucrados en la temática de violencia sexual para atender de manera más oportuna y eficiente este grave problema de salud pública que a pesar de las acciones de promoción de la salud y prevención primaria, continúa en aumento.

El Diseño del Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual constituye un aporte teórico en virtud de la inexistencia de protocolos en Ecuador que guien el accionar del abordaje terapéutico. La implementación del mismo resultaría importante documentar ya que nos permitirá en lo posterior afinarlo y mejorarlo en función de las necesidades que el devenir del tiempo y las circunstancias lo requieran.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La presente tesis representa la elaboración y formalización de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la personalidad que cuenta con un análisis integral de todos los factores intervinientes en la dinámica de la violencia sexual que experiementan los adolescentes.

- En el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica se logró incorporar al humanismo como la base filosófica; al constructivismo moderado como la base epistemológica; a la personalidad como parte de la base teóricas y a la flexibilidad técnica que sustenta la base metodológica del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

- El huminismo en el contexto psicoterapéutico hace referencia a la confianza básica y respeto al ser humano que es capaz de autodirigirse y autocontrolarse, características que se necesitan fortalecer y desarrollar en los adolescentes víctimas de violencia sexual.

- El constructivismo moderado sostiene que la realidad es más que un simple reflejo de la mente del que percibe, por tanto partiendo de esta premisa el adolescente es un sujeto activo en la percepción y tiene la posibilidad de contruir y reconstruir lo percibido.

- El Protocolo de Intervención Psicoterapéutica permite sistematizar el accionar terapéutico en función de los rasgos de personalidad de adolescentes víctimas de violencia sexual para para que estos actúen como elementos potenciadores en su proceso de recuperación emocional.

- El diseño del Protocolo propone estrategias terapéuticas para abordar desde la personalidad a adolescentes víctimas de violencia sexual mediante el autoconocimiento, flexibilización y fortalecimimento de sus rasgos.

- La dinámica psicológica del ser humano es tan única y compleja que el diseñar un Protocolo de Intervención Psicoterapeútica permite sugerir lineamientos básicos que sistematizan el accionar terapéutico, más sin embargo la pericia y la ética con la que el terapeuta aborde cada caso en particular es la que permitirá obtener mejores resultados.

- La adolescencia esta caracterizada por ser el período en el cual se alcanza la madurez biológica y sexual y se busca construir su propia identidad, alcanzar la madurez emocional y social; aspectos importantes de tomar en cuenta al momento de realizar el abordaje con adolescentes.

- En relación a la violencia sexual el mismo período de la adolescencia representa un período de vulnerabilidad ya que la aparición de caracteres sexuales secundarios y las formas que los cuerpos van adquiriendo pueden despertar en los agresores insanas conductas; así como la independencia, autonomía y rebeldía que caracteriza a esta etapa puede ocasionar que se expongan ante situaciones riesgosas o peligrosas sin medir las consecuencias.

- La violencia sexual es un evento "traumático" y el sufrimiento que ocasiona es considerado una violación a los derechos humanos que deja huellas nefastas físicas y emocionales ya que vulnera la dignidad, integridad y libertad de quien lo experimenta.

- La violencia sexual tiene consigo algunas connotaciones que son importantes tomar en cuenta para poder abordarla con mayor eficacia. La connotación *biológica* está relacionado no solo con los daños físicos que las víctimas de violencia sexual pueden sufrir sino también con las "sensaciones" que el acto en sí genera en el cuerpo de los adolescentes, la cual debe ser abordada en el proceso psicoterapéutico. La connotación *psicológica* conlleva la generación de alteraciones psicopatológicas y la connotación *sociocultural* implica el considerar los roles de género y el uso abusivo del poder que ejerce el adulto sobre alguien que se encuentra en condiciones de desventaja.

- Los factores vulnerables tienen relación con características personales, vinculares y socioculturales que están expuestos los adolescentes y que representan desventaja y falta de recursos que sirvan de apoyo para enfrentar diversas situaciones.

- Los factores protectores actúan a nivel personal, vincular y sociocultural y sirven de contención bien sea para disminuir el impacto del evento y favorecer su recuperación emocional posterior.

- El impacto emocional que desencadene el evento psicotraumático dependerá de las circunstancias en relación al evento, al agresor, a la víctima y a los los hechos posteriores a la revelación. A mayor gravedad y cantidad de variables desfavorables mayor impacto emocional tendrán las víctimas de violencia sexual.

- Las consecuencias de la violencia sexual presentan una especial gravedad en la adolescencia porque existe un riesgo real de embarazo, hay mayor conciencia del evento ocurrido, es mas susceptible que el relato genere cuestionamientos o falta de credibilidad, en ocasiones un despertar sexual forzado, presencia de sentimientos de culpa y alteraciones comportamentales que pueden llegar incluso al suicidio.

- Un abordaje integral de la violencia sexual en los adolescentes debe analizar las connotaciones intervinientes, identificar adecuadamente los factores de vulnerabilidad para evaluar el impacto emocional que las víctimas experimentan e intervenir psicoterapéuticamente dotando a los adolescentes de estrategias que favorezcan el proceso de sanación y recuperación emocional.

- Los principios básicos de abordaje psicoterapeútico están diseñados en función de los rasgos de personalidad del adolescente para que exista una intervención más oportuna y eficaz.

- Los adolescentes que experimenten impacto emocional con condiciones altamente desfavorables deben requerir una atención especial y un abordaje interdisciplinario que incluya la intervención de trabajo social y de Psiquiatría, en caso de evaluar sea necesario.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación del Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad a los adolescentes cuyas edades oscilen entre los 11 y 20 años, que hayan experimentado algún tipo de violencia sexual como: violación, estupro, atentado al pudor, proxenetismo y explotación sexual.

- El Protocolo de Intervención Psicoterapéutica deberá ajustarse a las necesidades o requerimientos particulares de cada adolescente que sea abordado sin perder de vista las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas que lo sustentan.

- Se recomienda que el manejo del Protocolo se lo haga de manera integral desde su inicio para guardar coherencia con el accionar terapéutico propuesto en la parte final.

- Es recomendable que el presente Protocolo lo ejecute quien tenga formación en Psicoterapia Integrativa para que pueda hacer un mejor abordaje teniendo en cuenta las premisas del Modelo.

- Se pone a consideración de todos los psicólogos clínicos y psicoterapeutas integrativos que están involucrados en la dinámica de la violencia sexual la aplicación del presente Protocolo para el abordarje psicoterapéutico con los adolescentes.

- Este trabajo constituye un aporte que pretende enriquecer al Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad ya que se apega a los principios básicos del Modelo, razón por la cual pongo a consideración el presente Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizada en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual para los colegas que en su ejercicio profesional aborden esta temática.

- Se recomienda el presente trabajo a las instituciones públicas, privadas, ONG, casas de acogida, centros de apoyo psicoterapéutico y a todas las entidades que en su accionar diario abordan a adolescentes víctimas de violencia sexual con el objetivo de favorecer su proceso de recuperación emocional y reinserción social.

- Se pone a consideración además a la Universidad Central del Ecuador el presente Protocolo, para que pueda servir como material de consulta para quienes se están

formando en esta carrera o para quienes estén interesados en conocer más sobre la temática expuesta.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS TANGIBLES

Balarezo, L. (2.009) Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito: Ediseapsi.

Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia, asesoramiento y consejería. Quito: PUCE.

Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia. Segunda edición. Quito: PUCE.

Benjamin B. Lahey. (1.999) Introducción a la psicología. España: Editorial McGraw Hill.

Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1.997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos Díaz, J., Gallego B. y León, A. Medicina basada en evidencias.

Dupret, M. 2012. "Violencia familiar contra los niños: respuestas institucionales", en: Universitas, enero-julio de 2012. Quito: Editorial Abya-Yala.

Real Academia Española (2.001) Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. España

Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas,

UNFPA(2008). Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá: Pro-offset Editorial S.A.

Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.).

Kagan, Jerome. (1974). Desarrollo de la personalidad en el niño. Cuarta reimpresión, marzo. México: Editorial Trillas.

Marqués, F. y Gallego, M. (2.002) Protocolos médicos y enfoque de riesgo. La revista Zurich. 2, 23-46.

Mas, B. y Carrasco, M. (2.005) Abuso sexual y maltrato infantil.

Ministerio de Salud Pública. (2.009) Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los y las adolescentes. Ecuador

Ministerio de Salud Pública.(2.008) Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Ecuador

Noguerol, V. (1.997) Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil.

Organización Panamericana de la Salud. (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2.005) IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C

Papalia, D. (2009) Desarrollo humano. México: Macgraw-hill.

Papalia, D. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 3ra. Edición. Editorial Mc Graw Hill.

Pedagogía y Psicología Infantil. Biblioteca practica para padres y educadores. Pubertad y Adolescencia. Cultural, S. A. Madrid-España

Secretaría de salud de Jalisco. (2.004) Guía técnica para elaborar protocolos médico

REFERENCIAS VIRTUALES

www.protocolo.org/gest_web/proto_Seccion.pl?rfID=185&arefid=23

www.gfmer.ch/Guidelines/Guideline_OG.php?param1=Organizaci�nPanamericanadela Salud&fnct=selectParMotCle&langue=Espagnol&submit=Buscar¶m3=And

www.siise.gov.ec
www.inec.gov.ec

www.minsal.cl y www.unicef.cl

www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/04/orientacion_mujeres.pdf

www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guiasycuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf

www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/protocolo_para_el_abordaje.pdf

www.nsvrc.org/publications/nsvrc-publications/perspectivas-globales-de-la-violencia-sexual-conclusiones-del-inform

www.powershow.com/view/278d16OTdkO/MINISTERIO_DE_SALUD_ORGANIZACION_PANAMERICANA_DE_LA_SALUD_NICARAGUA_powerpoint_ppt_presentation

www.eclac.cl/mujer/reuniones/conferencia_regional/OPS.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

AUTORA:
JOHANNA CRISTINA LUZURIAGA MERA

TUTOR:
DR. LUCIO BALAREZO CH.

QUITO - ECUADOR

2012

PLAN DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO DE TESIS

1.- TÍTULO:

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales. En el Ecuador las estadísticas revelan que 1 de 4 niñas y adolescentes fueron violentados sexualmente y que el grupo más vulnerable con un 36,35% oscila entre los 12 y 17 años de edad. El INEC reportó en el 2.012 que los resultados de la encuesta nacional sobre violencia de género que por primera vez se realizó en el país en 18 mil 800 hogares urbanos y rurales, se identificó que 1 de cada 10 mujeres han sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años.

La violencia sexual es un importante problema de salud pública que afecta a los colectivos más vulnerables de la sociedad y repercute, a su vez, en el bienestar de las familias y de la sociedad. Ésta, presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el agresor puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la/el adolescente toma conciencia del evento traumático. No por ello son infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas antisociales e incluso intentos de suicidio. Y los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones), volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas. (Mas, B. y Carrasco, M.A. 2005). Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y

la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.) Finkelhor, D. (1999).

En nuestro medio aún, el sistema de asistencia integral a la víctima de violencia sexual es difuso y poco efectivo, se presentan muchas denuncias que no reciben una atención adecuada y la mayoría de casos por lo general no se llegan a judicializar, por lo que el impacto psicológico y emocional al que están expuestas las adolescentes y sus familias es devastador.

Mi experiencia al trabajar con adolescentes víctimas de violencia sexual en el Programa de Protección a Víctimas y Testigos en la Fiscalía de Pichincha me permitió evidenciar el sufrimiento al cual estaban expuestas las víctimas y sus familias, así como también la necesidad de elaborar mejores herramientas que favorezcan el abordaje psicoterapéutico y permitan su recuperación emocional.

2.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿La intervención psicoterapéutica focalizada en la personalidad es útil en el abordaje de víctimas de violencia sexual?
- ¿Las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad permitirán diseñar el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica en adolescentes víctimas de violencia sexual?

2.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.2.1. GENERAL

Elaborar y formalizar un protocolo de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad.

2.2.2. ESPECÍFICOS

- Diseñar un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.

- Incorporar las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo focalizado en la personalidad al Protocolo de Intervención Psicoterapéutica.
- Proponer estrategias psicoterapéuticas para el abordaje con las adolescentes víctimas de violencia sexual que favorezcan su proceso de recuperación emocional.

2.2.3. JUSTIFICACIÓN

El término Protocolo procede del latín "protocollum" que a su vez procede del griego protos, primero y kollom, pegar. En su significado original, "protocollum" era la primera hoja de un escrito. La primera hoja en la que se marcan unas determinadas instrucciones. El concepto de Protocolo hace relación a un plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica. El desarrollo de estudios epidemiológicos y ensayos clínicos como base para la toma de una parte importante de las decisiones terapéuticas tiene ya varias décadas, si bien en los últimos años estamos asistiendo al impulso de los ensayos clínicos, su análisis y difusión promovido por la corriente de la Medicina Basada en la Evidencia.

Si bien en torno a esta corriente existe discusión y controversia, una manera de conciliar este accionar podría tener mayor sentido al afirmar que tanto la experiencia clínica y las mejores evidencias disponibles, se deben integrar en la atención a los pacientes. Cuando hay incertidumbre, la mejor evidencia científica disponible debe ser aplicada, decisión que no garantiza el éxito, pero disminuye el margen de error.

En el ámbito de la Psicología, las últimas tres décadas, la protocolización ha proliferado probado su eficacia en ensayos clínicos. Los protocolos de intervención están basados en la mejor evidencia disponible sobre un tema en particular, ayudando al profesional en su toma de decisiones en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, como señala Muir (1997), la toma de decisiones no solo depende de la evidencia, sino también de los recursos disponibles y, además, del juicio ético que debe estar presente en todo acto médico o psicológico.

La presente investigación es factible puesto que existe una vasta bibliografía a través de textos, revistas, artículos, así como el contacto con expertos en la temática que enriquecerán la estructuración teórica del Protocolo.

La trascendencia de abordar esta temática radica en el aporte científico que desde el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad se puede generar para intevenir psicoterapéuticamente con adolescentes víctimas de violencia sexual.

Las repercusiones de la violencia sexual que experimentan las/los adolescentes en la actualidad, requiere atención desde todas las aristas necesarias para poder realizar un abordaje integral por lo que la intervención psicoterapéutica desempeña un rol muy importante en el proceso de sanación; al haberse convertido esto en un problema de salud pública, el impacto social que la presente investigación intenta generar esta en función de favorecer la recuperación emocional de los adolescentes víctimas de violencia sexual para que puedan reinsertarse de manera más saludable y con mejores herramientas a la sociedad.

Una vez citados los antecedentes y al no existir propuestas de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad se propone el diseño de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutico en adolescentes víctimas de violencia sexual que tendrá como objetivo dotar a las adolescentes de mejores estrategias de afrontamiento para favorecer el proceso de recuperación emocional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Posicionamiento teórico

Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

El Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, en el cual se sustenta la presente investigación, ubica al humanismo como base filosófica; al constructivismo moderado como base epistemológica, a la personalidad como base teórica y la flexibilidad técnica como base metodológica.

En lo teórico asume como elemento básico de la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico, a la personalidad. La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción hace que cada ser

humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir y actuar. De esta manera cada persona adquiere rasgos propios que la diferencian de las demás personas. La personalidad se encuentra en constante cambio y movimiento, no puede permanecer estática ni fija.

Por tanto e Modelo Integrativo asume la siguiente defínción: "la personalidad es una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual" (Balarezo, 2003)

Sin embargo, pese a la individualidad del sujeto, existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar que permiten tomar referencias de agrupación, tomando en cuenta ejes básicos del comportamiento humano como la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Esta agrupación tienen mayor predomino o carencia en los sujetos permitiendo establecer grupos de afinidad en su expresión. Así, el Modelo agrupa en cuatro tipos de personalidades: con predominio afectivo, predomino cognitivo, predominio comportamental o con déficit relacional.

3.2. PLAN ANALÍTICO

CAPÍTULOS Y SUBCAPÍTULOS

CAPÍTULO I

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

1. GENERALIDADES DEL INTEGRACIONISMO
2. BASES FILOSÓFICAS
   - 2.1. El humanismo en el Modelo Integrativo
3. BASES EPISTEMOLÓGICAS
   - 3.1. El constructivismo en el Modelo Integrativo
4. BASES TEÓRICAS
   - 4.1. La personalidad
   - 4.2. Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo
   - 4.3. Tipología de la personalidad desde el Modelo Integrativo
5. BASES METODOLÓGICAS
   - 5.1. Etapas del proceso psicoterapéutico

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

1. GENERALIDADES
2. DESARROLLO FÍSICO
    2.1 Cambios fisiológicos
3. DESARROLLO COGNITIVO
    3.1. La moralidad en el adolescente
4. DESARROLLO PSICOLÓGICO
    4.1. Búsqueda de la identidad
    4.2. La rebeldía
    4.3. La socialización
    4.4. La afectividad
    4.5. La orientación vocacional
    4.6. La sexualidad en el adolescente

CAPÍTULO III

LA VIOLENCIA

    1.1Violencia sexual
    1.2 Delitos sexuales según el código penal ecuatoriano

CAPÍTULO IV

PROTOCOLOS

1. Generalidades
    1.1Criterios para elaborar protocolos
2. Protocolos de atención
    2.1 Protocolo de tratamiento

CAPÍTULO V

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. Introducción
2 Definición
3. Objetivos

4. Materiales
4.1Guías de proceso psicoterapéutico
4.2 Reactivos psicológicos
5 Términos y definiciones
6 Procedimiento
6.1 Estrategias de la primera entrevista y establecimiento de la relación terapéutica con adolescentes
6.2 Planificación del proceso terapéutico focalizado en la personalidad
7. Ejecución y aplicación técnica con adolescentes víctimas de violencia sexual
8. Evaluación
9. El cierre
10. Bibliografía
11. Anexos

4. SUPUESTO TEÓRICO:

DESDE EL MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD ES FACTIBLE DISEÑAR UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

5. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es teórica con enfoque cualitativo.

6. MÉTODOLOGÍA

MÉTODOS

Los métodos a utilizarse son: Cualitativo, Inductivo y Deductivo

Método cualitativo

Preparatoria.- en esta fase se definirá y clarificará el problema a investigar, así como el enfoque con el que se realizará la investigación.

Trabajo de campo o ejecución.- fase en la que se realizará la revisión bibliográfica, a través de textos, revistas y artículos.

Analítica.- en esta fase se realizará el análisis e interpretación de la información recabada en la fase anterior, se obtiene los resultados y se verifica las conclusiones.

Informativa.- En esta fase se formalizará el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.

Método inductivo

Método que a partir de premisas particulares llega a conclusiones generales. Y sigue el siguiente proceso en la presente investigación:

1. Etapa de observación y registro de los hechos.
2. Se procederá al análisis de lo observado, estableciéndose como consecuencia definiciones claras de cada uno de los conceptos analizados.
3. Se realizará la clasificación de los elementos anteriores.
4. La última etapa de este método está dedicada a la formulación de proposiciones científicas o enunciados universales, inferidos del proceso de investigación que se ha llevado a cabo, que en este caso será la formalización del protocolo.

Método Deductivo

Método por el cual se pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos se infieren enunciados particulares.

TÉCNICAS

En la presente investigación se utilizarán las siguientes técnicas:

- Estudio documental bibliográfico.
- Entrevistas a expertos.- Entrevista a especialistas en el ámbito psicoterapéutico en el manejo de adolescentes víctimas de violencia sexual.

PLAN DE ANÁLISIS

CAPITULO I

I. MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD
II. ADOLESCENCIA
III. LA VIOLENCIA
IV. PROTOCOLOS
V. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CAPITULO II

2. METODOLOGIA

Recolección y análisis de datos

- La recolección de datos está orientada a la revisión bibliográfica de temáticas relacionadas con la presente investigación la misma que permitirá analizar a profundidad lo recabado para estructurar el marco teórico.
- El análisis de datos radica en la organización de los datos e información, la preparación de los datos para su análisis, la revisión de los datos, el descubrir o construir las unidades de análisis, el proceso de codificación y para concluir la generación de un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual.

CAPÍTULO III

3.1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVOS

GENERAL

- Elaborar y formalizar un protocolo de intervención psicoterapéutica focalizado en la personalidad.

  La presente investigación tiene como objetivo formalizar el Protocolo de Intervención psicoterapeútica focalizado en la personalidad en adolescentes víctima de violencia sexual, el cual contará con solidez metodológica y validez científica.

ESPECÍFICO

- Diseñar un Protocolo de Intervención Psicoterapéutica focalizado en la Personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual

El diseño del Protocolo de intervención Psicoterapéutica en adolescentes víctimas de violencia sexual tiene como objetivo optimizar el abordaje con los adolescentes tomando en cuenta sus rasgos de personalidad.

- Incorporar las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas del modelo focalizado en la personalidad al Protocolo de Intervención Psicoterapéutica

  El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad sustenta sus planteamientos en bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas, las cuales se incorporarán para diseñar el Protocolo de Intervención Psicoterapéutica.

- Proponer estrategias psicoterapéuticas para el abordaje con las adolescentes víctimas de violencia sexual que favorezcan su proceso de recuperación emocional.

  Las estrategias psicoterapéuticas que se propondrán servirán para sistematizar el accionar terapéutico en función de los rasgos de personalidad de adolescentes víctimas de violencia sexual para favorecer el autoconocimiento y fortalecimiento de los mismos en su proceso de recuperación emocional.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se indicarán una vez finalizada la presente investigación.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES				
	MES I	MES II	MES III	MES IV	MES V
Diseño del plan	X				
Presentación y Aprobación	X				
Recolección de datos	X	X	X		
Análisis de datos			X		
Elaboración del primer borrador				X	X
Corrección					X
Elaboración del informe final					X

8. RECURSOS

Humanos

- Psicóloga Clínica
- Adolescentes víctimas de violencia sexual
- Director de tesis

Materiales

- Consultorio
- Guías
- Reactivos psicológicos
- Materiales de escritorio
- Textos de consulta
- Computador
- Impresora

Económicos

Financiamiento particular

• Logística	$100
• Fotocopias	$100
• Material de escritorio	$100
• Adquisición de textos	$250
• Derechos y empastados	$300
• Gastos varios	$300
TOTAL:	$ 1.150

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balarezo, L. (2.009) Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito: Ediseapsi.

Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia, asesoramiento y consejería. Quito. PUCE.

Balarezo, L. (2.003) Psicoterapia. Segunda edición. Quito: PUCE.

Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C. (1.997). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos Díaz, J., Gallego B. y León, A. Medicina basada en evidencias.

Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.).

Marqués, F. y Gallego, M. (2.002) Protocolos médicos y enfoque de riesgo. La revista Zurich. 2, 23-46.

Mas, B. y Carrasco, M. (2.005) Abuso sexual y maltrato infantil.

Noguerol, V. (1.997) Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil.

Organización Panamericana de la Salud. (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.

Revista Cubana Medicina General Integral (2000);16(4):366-9

Papalia, D. (2009) Desarrollo humano. Macgraw-hill.

Secretaría de salud de Jalisco. (2.004) Guía técnica para elaborar protocolos médicos.

“http://www.inec.gob.ec”

"http://www.fiscalia.gob.ec”

http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php

Psi. Cli. Johanna Luzuriaga
Autora

Dr. Lucio Balarezo
Tutor

ANEXO 1

GUÍA No.1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FIEPS

No……..

DATOS INFORMATIVOS

Fecha……..…….Psicólogo/a……

Nombre……..……

Edad……Estado Civil……Religión……

Lugar y fecha de nacimiento.....

Residencia.....Dirección.……Teléfono…….

Instrucción…….Ocupación……

Informante…….…..... ……...……....

Tipo de consulta: Ambulatorio…… Acogida…..

Hospitalizado……. Consulta Privada….

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÒN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO (FORMAL)

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD (INFORMAL)

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

ANEXO 2

GUÍA No.2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN	
Paciente	
Familiar	
Profesional	
Otros	

DEMANDA	
Explícita (manifiesta)	
Implícita (latente)	

TIPO DE DEMANDA	
Asesoramiento	
Sintomática	
Personalidad	

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
Complacencia a familiares y allegados					
Remisión de otros profesionales					
Exigencia de status					
Curiosidad					
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					
Adquisición de experiencia					
Fenómenos contra-transferenciales					
Factores económicos					
Obligación institucional					
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares					
Sentimientos de ayuda de amigos					
Experiencias previas de familiares					
Exigencias familiares					
Engaño de familiares					
Exigencias institucionales					
Intereses institucionales					
Otros					

ANEXO 3

GUÍA No.3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

ENTREVISTA DE PSICODIAGNÓSTICO	
Recolección de datos de acuerdo a FIEPs	
ENTREVISTA DE CONSULTA	
Rol directivo y asesor	
ENTREVISTA ÚNICA	
Casos de maltrato	
INICIO DE PROCESO TERAPÉUTICO	
Requerimientos de afianzamiento	

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?			
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?			
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?			
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?			
¿Percibí su problema desde su			

propio punto de vista?			
¿Se sintió comprendido en su problema?			
¿Se produjo desinhibición emocional?			
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?			

ANEXO 4

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	
Atribución psicológica del trastorno- Locus L.C.	

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Estilos cognitivos según la personalidad	
Factores favorecedores y obstaculizantes	
Factores conscientes e inconscientes influyentes	
Características del paciente	

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique…….	si			no	
Requiere intervención	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional				
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?					

ANEXO 5

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Descripción de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas

ANEXO 6

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
	Apreciación del paciente 1……10	
	Apreciación del paciente 1……10	
	Apreciación del paciente 1……10	

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

La finalidad del Cuestionario de Personalidad SEAPsI, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos:
Personalidades Afectivas: Histriónica (h) Ciclotímica (c)
Personalidades Cognitivas: Anancástica (a) Paranoide (p)
Personalidades Comportamentales: Inestable (i) Disocial (d)
Personalidades con déficit en la relación: Evitativa (ev) Dependiente (d) Esquizoide (e) Esquizotípica (ez)

GENERALIDADES

El Cuestionario de Personalidad SEAPsI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección.
Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

OBJETIVOS

Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad.
Generar un perfil de rasgos de personalidad.
Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

SUJETOS DE APLICACIÓN

Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años.

APLICACIÓN Y CONSIGNA

Puede ser aplicada de forma:
Individual, el terapeuta lee cada frase, la consigna es “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”
Colectiva, la instrucción a ser impartida es “lea cada frase y señale con las que más se identifique”

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI

Aplicación en niños de entre 7 a 17 años

Nombre y apellidos
_____ Edad _____
años _____ meses_____. Sexo _____ Curso escolar _____
Fecha de aplicación _____ de _____ _____ de
_____
Modalidad de aplicación: auto administrado_____ Administrado por otro
___ (marcar la quecorresponda)_____
Puntuación: _____

Instrucciones:MARCAR CON UNA “X” LA ALTERNATIVA QUE MÁS LO IDENTIFIQUE:

1.
Estoy triste de vez en cuando. ___
Estoy triste muchas veces. ___
Estoy triste siempre. ___

2.
Nunca me saldrá nada bien___
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. ___
Las cosas me saldrán bien___

3.
Hago bien la mayoría de las cosas. ___
Hago mal muchas cosas___
Todo lo hago mal___

4.
Me divierten muchas cosas___
Me divierten algunas cosas___
Nada me divierte___

5.
Soy malo siempre___
Soy malo muchas veces___
Soy malo algunas veces___

6.
A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. ___
Me preocupa que me ocurran cosas malas. ___
Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles___

7.

Me odio___
No me gusta como soy___
Me gusta como soy___

8.
Todas las cosas malas son culpa mía. ___
Muchas cosas malas son culpa mía. ___
Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. ___

9.
No pienso en matarme___
Pienso en matarme pero no lo haría___
Quiero matarme. ___

10.
Tengo ganas de llorar todos los días___
Tengo ganas de llorar muchos días___
Tengo ganas de llorar de cuando en cuando. ___

11.
Las cosas me preocupan siempre___
Las cosas me preocupan muchas veces. ___
Las cosas me preocupan de cuando en cuando. ___

12.
Me gusta estar con la gente___
Muy a menudo no me gusta estar con la gente___
No quiero en absoluto estar con la gente. ___

13.
No puedo decidirme___
Me cuesta decidirme___
Me decido fácilmente___

14.
Tengo buen aspecto___
Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. ___
Soy feo___

15.
Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes___
Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes___
No me cuesta ponerme a hacer los deberes___

16.
Todas las noches me cuesta dormirme___
Muchas noches me cuesta dormirme. ___
Duermo muy bien___

17.
Estoy cansado de cuando en cuando___
Estoy cansado muchos días___
Estoy cansado siempre___

18.
La mayoría de los días no tengo ganas de comer___
Muchos días no tengo ganas de comer___
Como muy bien___

19.
No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ___
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad___
Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad___

20.
Nunca me siento solo. ___
Me siento solo muchas veces___
Me siento solo siempre___

21.
Nunca me divierto en el colegio___
Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. ___
Me divierto en el colegio muchas veces. ___

22.
Tengo muchos amigos___
Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más___
No tengo amigos___

23.
Mi trabajo en el colegio es bueno. ___
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. ___
Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien. ___

24.
Nunca podré ser tan bueno como otros niños. ___
Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños. ___
Soy tan bueno como otros niños. ___

25.
Nadie me quiere___
No estoy seguro de que alguien me quiera___
Estoy seguro de que alguien me quiere. ___

26.

Generalmente hago lo que me dicen. ___
Muchas veces no hago lo que me dicen. ___
Nunca hago lo que me dicen___

27.
Me llevo bien con la gente___
Me peleo muchas veces. ___
Me peleo siempre.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad

0 1 2 3 4

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

0 1 2 3 4

3. Temores

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0 1 2 3 4

4. Insomnio

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

0 1 2 3 4

5. Intelectual (cognitivo)

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

0 1 2 3 4

6. Estado de ánimo deprimido

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

0 1 2 3 4

7. **Síntomas somáticos generales (musculares**)

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

0 1 2 3 4

8. **Síntomas somáticos generales (sensoriales)**

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

0 1 2 3 4

9. Síntomas cardiovasculares.

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

0 1 2 3 4

10. Síntomas respiratorios.

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

0 1 2 3 4

11.Síntomas gastrointestinales

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

0 1 2 3 4

12. Síntomas genitourinarios

.Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la fr igidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

0 1 2 3 4

13. Síntomas autónomos

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pil oerección (pelos de punta)

0 1 2 3 4

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular,suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

0 1 2 3 4

Ansiedad psíquica

Ansiedad somática

PUNTUACIÓN TOTAL

ANEXO 8
DELITOS SEXUALES

DEL ATENTADO CONTRA EL PUDOR, DE LA VIOLACIÓN Y DEL ESTUPRO

Art. 505.- Se da el nombre de ***atentado contra el pudor*** a todo acto impúdico que pueda ofenderlo, sin llegar a la cópula carnal, y se ejecute en la persona de otro, sea cual fuere su sexo.

Art. 506.- Todo atentado contra el pudor cometido sin violencias ni amenazas en otra persona menor de catorce años, será reprimido con prisión de uno a cinco años. La pena será de tres a seis años de reclusión menor, si el ofendido fuere menor de doce años.

Art. 507.- El atentado contra el pudor, cometido con violencias o amenazas en otra persona, será reprimido con reclusión menor de tres a seis años. Se asimila al atentado con violencia el cometido en una persona que, por cualquier causa, permanente o transitoria, se hallare privada de la razón. Si el atentado ha sido cometido en una persona menor de catorce años, el culpado será condenado a reclusión mayor de cuatro a ocho años; y si fuere en una persona menor de doce años, con reclusión mayor de ocho a doce años.

Art. 508.- El atentado existe desde que hay principio de ejecución.

Art. 509.- Llámase ***estupro*** la cópula con una mujer honesta, empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento.

Art. 510.- El estupro se reprimirá con prisión de tres meses a tres años si la mujer fuere mayor de catorce años y menor de diez y ocho.

Art. 511.- Si la mujer fuere menor de catorce y mayor de doce, el estupro se reprimirá con prisión de dos a cinco años.

Art.(511.1).- El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será castigado como autor de acoso sexual con pena de prisión de seis meses a dos años.

Art. 512.- ***Violación*** es el acceso carnal, con introducción parcial o total del miembro viril, por vía vaginal, anal o bucal, con personas de uno u otro sexo, en los siguientes casos:

1. Cuando la víctima fuere menor de catorce años;
2. Cuando la persona ofendida se hallare privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiera resistirse; y,

3. Cuando se usare de violencia, amenaza o de intimidación.

Art..(512.1).- Se aplicarán las mismas penas del artículo anterior, en caso de agresión sexual consistente en la introducción de objetos distintos al miembro viril por vía vaginal o anal, realizado en las mismas circunstancias del artículo 512.

Art. 513.- El delito de violación será reprimido con reclusión mayor de ocho a doce años, en el caso primero del artículo anterior; y con reclusión mayor de cuatro a ocho años, en los casos segundo y tercero del mismo artículo.

Art. 514.- Si la violación produjere una grave perturbación en la salud de la persona violada, se aplicará el máximo de las penas indicadas en el artículo anterior; y si le produjere la muerte, la pena será de reclusión mayor extraordinaria de doce a dieciséis años.

Art. 515.- El mínimo de las penas señaladas por los artículos precedentes será aumentado con cuatro años: Si los culpados son los ascendientes de la persona en quien ha sido cometido el atentado, o sus descendientes, hermanos o afines en línea recta; debiendo, en su caso, ser condenados, además, a la pérdida de la patria potestad; Si son de los que tienen autoridad sobre ella; Si son institutores, o sus sirvientes, o sirvientes de las personas arriba designadas; Si el atentado ha sido cometido sea por funcionarios públicos, o ministros del culto, que han abusado de su posición para cometerlo; sea por profesionales de la salud y personal responsable en la atención y cuidado del paciente, comadrones, o practicantes, en personas confiadas a su cuidado; y, Si en los casos de los artículos 507 y 512, el culpado, quienquiera que sea, ha sido auxiliado en la ejecución del delito por una o muchas personas.

Art. 516.- Cuando el homosexualismo se cometiere por el padre u otro ascendiente en la persona del hijo u otro descendiente, la pena será de reclusión mayor de ocho a doce años y privación de los derechos y prerrogativas que el Código Civil concede sobre la persona y bienes del hijo.

Si ha sido cometido por ministros del culto, maestros de escuela, profesores de colegio o instituciones, en las personas confiadas a su dirección o cuidado, la pena será de reclusión mayor de ocho a doce años.

DE LOS DELITOS DE PROXENETISMO Y CORRUPCIÓN DE MENORES

Art.(528.1).- El que promoviere o facilitare la prostitución de otra persona será sancionado con pena de prisión de uno a tres años, salvo que tuviere a su cargo una casa de tolerancia, establecida conforme a los reglamentos que la autoridad competente expidiere para esta clase de establecimientos.

Art.(528.2).- La pena será de seis a nueve años de reclusión menor extraordinaria, sin que opere la eximente del artículo anterior, cuando:

1. La víctima fuese menor de catorce años de edad;

2. Se empleare violencia, engaño, abuso de autoridad o cualquier otro medio coercitivo;

3. La víctima se encontrare por cualquier causa privada de la capacidad de prestar su consentimiento;

4. El autor es pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, o es cónyuge, conviviente, adoptante, tutor o curador o tiene bajo su cuidado por cualquier motivo a la persona prostituida;

5. La víctima se encuentra en situación de abandono o de extrema necesidad económica; y,

6. El autor ha hecho del proxenetismo su oficio o modo de vida.

Art.(528.3).- Se impondrá pena de dos a cuatro años de prisión al que explotare la ganancia obtenida por una persona que ejerciere la prostitución.

Si la víctima fuese menor de catorce años, o descendiente, hijo adoptivo, hijo de su cónyuge o de su conviviente o estuviese bajo su cuidado, la pena será de tres a seis años de reclusión menor ordinaria.

Art.(528.4).- Se reputará como proxenetismo la conducta del que mediante seducción o engaño sustrajere a una persona para entregarle a otro con el objeto de que tenga relaciones sexuales.

Art.(528.5).- Será sancionado con pena de dos a cuatro años el que promoviere o facilitare la entrada o salida del país o el traslado dentro del territorio de la República de personas para que ejerzan la prostitución.

Si mediare alguna de las circunstancias agravantes previstas en los artículos anteriores la pena será de tres a seis años de reclusión menor ordinaria.

Art.(528.6).- Será sancionado con pena de uno a tres años de prisión:

1. La exposición, venta o entrega a menores de catorce años de objetos, libros, escritos, imágenes visuales o auditivas obscenas, que puedan afectar gravemente el pudor o excitar o pervertir su instinto sexual: y,

2. El que incitare a un menor de catorce años a la ebriedad o a la práctica de actos obscenos o le facilitare la entrada a los prostíbulos u otros centros de corrupción como cines o teatros que brinden espectáculos obscenos. (Código penal ecuatoriano, 2.012)