

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA
SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA PRÁCTICA CLINICA
EN EL CENTRO ZONAL NORTE ICBF**

NOMBRE: Margareth Rocío Marín Valencia

FECHA: Octubre 2008

ENFASIS: Salud Mental y Problemas Psicosociales

TITULO: Identificación de manifestaciones de ansiedad y depresión y diseño de un protocolo de evaluación en menores víctimas de abuso sexual que asisten al centro Zonal Norte del ICBF.

INSTITUCIÓN:

Centro Zonal Norte Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Bucaramanga, Santander.

El Instituto Colombiano del Bienestar familiar es una entidad gubernamental adscrita al Ministerio de Salud, es el ente rector del sistema nacional de Bienestar Familiar, su misión es trazar la política pública orientada a garantizar el bienestar de la niñez y la familia.

Misión:

"Somos una Institución de servicio público comprometida con la protección integral de la familia y en especial de la niñez. Coordinamos el Sistema Nacional

de Bienestar Familiar como tal proponemos e implementamos políticas, prestamos asesoría, asistencia técnica y socio legal a las comunidades y a las organizaciones públicas y privadas del orden nacional y territorial.

Visión:

"En el 2010 seremos una Institución modelo en la prestación de sus servicios, que lidera y articula la ejecución de políticas sociales en el ámbito nacional y territorial para mejorar la calidad de vida de la niñez y la familia colombiana, siendo reconocida y querida a nivel nacional e internacional por sus excelentes niveles de efectividad y calidad, con el equipo humano que presta el servicio con calidez, afecto y experiencia".

Entre sus funciones está garantizar tratamiento terapéutico de todo niño o niña que lo requiera, atendiendo los casos remitidos por fiscalía de menores víctimas de abuso sexual correspondientes a los municipios de su competencia como son: Girón, Lebrija, Playón; Rionegro, Matanza.

Su oferta de atención a estos municipios son:

Asistencia A La Niñez Y Apoyo A La Familia Para Posibilitar El Ejercicio De Sus Derechos.

 Focalización De La Población

Familias con niños, niñas, jóvenes, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores de 60 años discapacitados, pertenecientes a población con mayor riesgo social de los

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

niveles de SISBEN 1- 2 y con vulnerabilidad social, cultural, nutricional y psicoafectiva.

Familias que se encuentren en situaciones de emergencia causadas por desastres naturales o desplazamiento por conflicto armado.

Fortalecimiento A La Familia

Acciones encaminadas a facilitar el cumplimiento de la función socializadora de la familia, como constructora de valores y responsable del desarrollo afectivo, de manera que favorezca el ejercicio de los derechos de la infancia y la juventud y la prevención de la violencia intrafamiliar.

Apoyo A La Primera Infancia (Menores De 6 Años)

Apoyar el desarrollo armónico e integral de la infancia desde su gestación hasta los 5 años, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos, a través del fortalecimiento del vínculo afectivo entre todos los miembros de la familia.

Apoyo A La Primera Infancia (Menores De 6 Años)

MODALIDADES	UNIDADES	USUARIOS
MATerno INFANTIL	7	400
HOGARES COMUNITARIOS TIEMPO COMPLETO	157	1884
HOGARES FAMI	49	1372
DESAYUNOS INFANTILES	56	3878
RECUPERACION NUTRICIONAL (Cama Pediatrica)	1	50

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

Apoyo A La Niñez Y Adolescencia
(6-17 Años)

Apoyar el fortalecimiento de organizaciones prejuveniles y juveniles Como espacios de crecimiento grupal, de ejercicio de sus derechos, construcción de ciudadanía y proyectos de vida colectivos.

Contribuir al acceso, asistencia regular y evitar la deserción escolar, de niños, niñas y jóvenes, mediante el suministro de un complemento alimentario.

Políticas Intersectoriales

Prevención, Detección, Vigilancia Y Atención De La Violencia Familiar. Haz Paz.

Objetivo: Operativizar y desarrollar los componentes de la política HAZ PAZ en el nivel nacional, departamental y municipal.

Focalización De La Población

Familias en situación de riesgo o que son victimas de la violencia intrafamiliar en todas sus manifestaciones (maltrato infantil físico y psicológico, violencia conyugal, abuso sexual).

Acciones de coordinación interinstitucional:

*Diseño de planes interinstitucionales para prevención, detección, vigilancia y atención de la VIF.

*Cofinanciación con entes territoriales, de servicios para la PDVA de la VIF.

*Fortalecimiento de redes sociales, comunitarias e institucionales para la PDVA de la VIF.

*Promover inclusión de la temática de VIF en los planes municipales y departamentales.

Acciones de prevención y detección de VIF y promoción de convivencia pacifica con las familias.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

*Desarrollo de acciones pedagógicas en todas las modalidades de atención de los programas y servicios del ICBF con agentes educativos institucionales y comunitarios, que sirvan de apoyo a las familias en los procesos de socialización y crianza de sus hijos, resolución pacífica de conflictos.

*Detección de casos a través de la constatación de denuncias de maltrato y posterior remisión a servicios ICBF o del SNBF.

Acciones de atención a víctimas y agresores de violencia intrafamiliar (maltrato físico, psicológico, violencia conyugal y sexual)

*Alianzas estratégicas para ampliar red de servicios de protección a las víctimas de VIF.

*Diseño e implementación de protocolos de atención.

*Atención psicosocial y especializada, a las familias, que presentan dificultades para el manejo de relaciones, a través de asesorías individuales o grupales, talleres intrafamiliares, actividades de formación y capacitación, etc. (Proyectos: Asistencia y asesoría a la familia y atención terapéutica)

Programas De Protección social Al Adulto Mayor, y apoyo a familias en situación de emergencia

Orientación Psicosocial Y Atención Terapéutica

Es la atención psicosocial que se brinda a NNA o familias que experimentan crisis o dificultades en razón de factores internos o del contexto, especialmente aquellos que presentan problemas en el manejo de relaciones o que enfrentan situaciones de violencia social, maltrato, abuso sexual, violencia intrafamiliar, desplazamiento, explotación laboral o sexual, desvinculación de grupos armados irregulares, desastres naturales o cualquier hecho que amerite atención especial.

Los objetivos son:

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

- Apoyar y acompañar en la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones para el manejo de las situaciones de conflicto a nivel personal y familiar.
- Activar, ampliar y fortalecer los recursos personales y familiares existentes.
- Interrumpir las situaciones de violencia o de vulneración, renegociando nuevas formas de interacción y reactivando los procesos de desarrollo personal y familiar.
- Promover el fortalecimiento de redes de apoyo que optimicen los efectos de las intervenciones y minimicen el posible daño existente.

La población a atender comprende NNA y familias con derechos vulnerados o en riesgo de vulneración.

Principales aspectos de la atención:

La vinculación de NNA y familias en este servicio queda a criterio del equipo interdisciplinario del Centro Zonal.

Dependiendo de la valoración de necesidades y recursos existentes que se haga de cada caso en particular (perfil de vulnerabilidad - generatividad), la intervención psicosocial podrá limitarse a brindar orientación profesional básica (por ejemplo, frente a crisis propias de las transiciones vitales personales o familiares) o configurarse en un verdadero espacio de atención terapéutica (por ejemplo, frente a problemas de violencia, abuso, explotación o alteraciones emocionales y relacionales).

No obstante lo anterior, en todos los casos se deberá definir un plan de atención que incluya objetivos específicos, estrategias de intervención, frecuencia y número de sesiones propuestos. La frecuencia de las sesiones deberá establecerse a la luz de las condiciones particulares de los usuarios y las posibilidades efectivas de la oferta de atención. El desarrollo de los planes de atención propuestos para cada caso, debe ser objeto de seguimiento por parte del ICBF.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

Las sesiones de atención deberán incluir: intervenciones a nivel individual, familiar o grupal, gestiones para la inclusión social, y acciones de coordinación interinstitucional (incluyendo estudios de caso). Por tanto, se recomienda un mínimo de seis sesiones por caso.

A través de esta modalidad, también es posible dar respuesta a las demandas de:

- Formación y orientación a las familias usuarias de las modalidades Hogares Gestores, Hogares Sustitutos - ICBF y Hogares Amigos.
- Apoyo emocional y afectivo a familias desplazadas, paralelo al apoyo alimentario y de organización comunitaria que se brinde en la emergencia.
- Trabajo con las familias de aquellos NNA que estén siendo atendidos en servicios de protección o reeducación ubicados en departamentos distintos a los de jurisdicción de la propia Regional o Agencia ICBF.
- Programas de Libertad Asistida, cuando el cumplimiento de esta medida deba cumplirse por conducto de servidores públicos ICBF, en coordinación con el juzgado competente.
- Atención terapéutica para abusadores sexuales menores de 18 años de edad.
- Seguimiento a los resultados de procesos de atención realizados en ésta u otras modalidades del proyecto.

La atención que se brinde a través de esta modalidad deberá ajustarse a las orientaciones existentes respecto de situaciones de vulneración específicas, entre ellas, la ruta y el modelo de atención para víctimas de abuso sexual, los lineamientos de atención para Hogares Gestores, etc.

Datos de identificación de la Institución:

Dra. Lucía Dubeibe Blanco

Coordinadora Centro Zonal Norte

Dirección: Calle 34 # 26-31

Teléfono: 6346166

Persona responsable del estudiante: Marisol Jeréz
(Psicóloga Contratista de la Gobernación).

1. IMPORTANCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El abuso sexual es una de las problemáticas que se encuentra presente en la sociedad y frente a la cual los profesionales del ICBF presentan algunas limitaciones para la atención a la víctima, no solo por la falta de formación, capacitación y entrenamiento en la temática si no también por la ausencia de una visión integradora de la misma; Siendo de gran interés para los funcionarios los aportes que les permitan mejorar su atención a menores víctimas del Abuso sexual al tratarse la temática de una competencia institucional.

El abuso sexual en menores de edad es una problemática que ha incrementando sus tasas de prevalencia, por esto se ha generado un gran interés en padres de familia, instituciones y educadores, así como a profesionales de la salud y de la rama de la ciencias sociales, sobre el tipo de medidas de prevención y actuación frente a este tema; teniendo en cuenta que cualquier tipo de abuso supone una interferencia en el desarrollo evolutivo del menor y puede dejar secuelas que no son visibles en el momento o a corto plazo, pero que igualmente requieren intervención. De esta manera se entiende la importancia de la sistematización de la experiencia, del profesional que realice investigación en este tema, como aporte para el estudio del mismo y para la institución como ente

principal de intervención en la reparación emocional de las víctimas.

También es cierto que el psicólogo que toma la responsabilidad de tratar la problemática, debe poseer características y conocimientos apropiados respecto a la intervención con las víctimas, los cuales se adquieren a partir de la investigación y la experiencia adquirida en el contacto con las familias. Esta sistematización de experiencia se hace importante en la medida en que puede contribuir en la formación de los profesionales que se encuentren en preparación y para quienes tienen bajo su responsabilidad el proceso de intervención con las víctimas.

La siguiente practica estará orientada al diseño de un protocolo de evaluación que servirá de apoyo a los profesionales del ICBF en el proceso de atención a los menores víctimas del abuso sexual y a la vez favorecerá la preparación de los estudiantes que manifiesten interés en la temática; así como fortalecer lazos interinstitucionales entre la Universidad Pontificia Bolivariana y el instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Cabe señalar que la realización de la práctica me permitió igualmente incrementar mis conocimientos respecto a la sintomatología asociada al abuso sexual infantil y sus posibles consecuencias, los cuales se fueron ampliando durante el desarrollo de la

investigación. Por ejemplo su relación con la depresión y el trastorno de ansiedad, adquiriendo así un manejo más amplio respecto a las diferentes problemáticas que se pueden generar ante un abuso o sufrimiento emocional.

2 EJE DE SISTEMATIZACIÓN:

La evaluación del abuso sexual infantil supone una tarea compleja ya que requiere obtener información de múltiples fuentes(víctimas, padres, hermanos, profesores, médicos, trabajadores sociales, etc.) y en diversos ambientes (hogares y escuela fundamentalmente, así como utilizar distintos métodos de evaluación (entrevista, cuestionarios, observación directa e informes de otros profesionales) (O'Donohue y Elliot,1991).El objetivo inmediato de la evaluación es garantizar la seguridad de la víctima y protegerla de un nuevo abuso, de otra forma de maltrato o de las posibles amenazas por haber revelado lo ocurrido (Cantón y Cortés, 1997; Mas, 1995).

La entrevista psicológica es, junto con la observación, el medio fundamental de valoración de los abusos sexuales a menores (Arruabarrena y De Paúl,1996). De forma general se puede distinguir entre las entrevistas orientadas a la investigación del delito sobre el menor y las dirigidas a la intervención sobre el niño victimizado. Las primeras se centran en la obtención de información detallada y precisa de lo ocurrido, así como en la evaluación de la credibilidad del testimonio del menor, mientras que la segundas pretenden detectar

la influencia del abusos sobre el desarrollo psicosocial del niño para, posteriormente, generar un plan de intervención (Soria y Hernández, 1994),siendo esta última el hilo conductor de la investigación centrado a identificar manifestaciones de ansiedad y depresión en el menor.

La utilización de los cuestionarios, junto con la entrevista al niño y a los padres y la información proporcionada por otras fuentes y con la historia clínica evolutiva posibilitan una exploración clínica integrada; para efectos de la práctica se trabajó con dos de los instrumentos de evaluación generales utilizados en la clínica infantil que presentan buenas propiedades psicométricas y que han sido validados con muestras españolas,se trata de la Escala de Depresión para niños (CDS)(Tisher y Lang, 1983)Y la Escala de Ansiedad para niños (CAS) considerándose este último instrumento apropiado para describir e interpretar el contexto emocional durante el período infantil.

Así mismo se tuvo en cuenta técnicas como la del dibujo como un medio de expresión emocional acompañada de la narrativa del niño para manifestar sus reacciones y sistema de relaciones.

A través de los tests, se pretendió identificar manifestaciones de ansiedad y depresión en las menores víctimas del abuso sexual, encontrándose en la revisión de la literatura el reporte de diferentes estudios realizados con víctimas de abuso sexual donde coinciden

en mencionar estos síntomas emocionales como frecuentes en el abuso sexual.

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la identificación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil (Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida. Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica. (citado por Richard P & Susan Krauss 2003)

La ansiedad, como lo señala lokare (1986), ha de entenderse como una experiencia universal, sin embargo, al tratarse de una emoción compleja (Mcdugall, 1908), son las circunstancias, las situaciones(Magnusson; Olah;1981), las diferencias culturales (Stattin y Magnusson, 1981,1983), las que ejercen un poderoso efecto en los niveles de ansiedad individual .En el ámbito infantil, estas diferencias persisten, si bien no son coincidentes. (Citado por Jhon S.Gillis et al 1990).

Por las consecuencias que genera el abuso tanto a corto como a largo plazo es necesario que se intervenga adecuadamente y prevenir la aparición de otros trastornos o problemas que afectan la salud mental de las

personas (Frazier y Cohen 1992 Tenaza, Oates y Mc Doowell, 1987, citado por Oddenete, et al 2001).

Por lo anterior y otras razones es imprescindible una adecuada valoración de la existencia de secuelas derivadas de la experiencia abusiva y de su repercusión en la vida cotidiana antes de plantearse la necesidad de la intervención con la víctima. Una supervisión o seguimiento cercano a la evolución del menor , junto con la posibilidad de asesorar a los familiares para proporcionar al niño el ambiente adecuado y de tratar al abusador , pueden ser suficientes , en algunos casos, para garantizar el bienestar del niño, (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2000).

Todo lo anterior confirmar la importancia de plantear un protocolo de evaluación para los niños y sus cuidadores que permita brindar asesoría y valorar las consecuencias, si las hay, de la situación experimentada, siendo el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar uno de los entes institucionales encargados de brindar la atención terapéutica a las víctimas del abuso.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA OBJETIVO

Para efectos de la práctica se contempló como muestra familias y población que asisten al Centro Zonal Norte ICBF vulnerables frente a la problemática del abuso sexual infantil, las cuales presentan las siguiente caracterirsitcas:

Para los estudios de casos estuvo comprendida por 2 familias de estrato 1 y 3 con menores en etapa

escolar víctimas del abuso sexual, remitidos por Fiscalía para atención terapéutica psicosocial al Centro Zonal Norte ICBF.

Por otra parte se realizó intervención de prevención a nivel comunitario, que se llevó a cabo en Girón con las madres comunitarias y su respectiva escuela de padres. Esta muestra estuvo conformada por familias de estratos 1-3, con nivel de escolaridad entre primaria y educación técnica.

4. PROYECCIÓN EN EL TIEMPO DE LA EXPERIENCIA

-A corto Plazo, expectativa de implementación del protocolo de evaluación para los menores víctimas del abuso sexual, para los profesionales del ICBF competentes en la evaluación de las implicaciones emocionales y consecuencias del abuso.

- A mediano Plazo: entrenamiento y formación en la aplicación de instrumentos de evaluación de los síntomas psicológicos y emocionales desencadenados en situaciones de abuso sexual en menores.

- A Largo Plazo: Tener amplio conocimiento respecto a la evaluación e intervención terapéutica de menores víctimas del abuso sexual infantil; al igual que la expectativa de la implementación del protocolo en todos los centros zonales del ICBF.

5. ABORDAJE CONCEPTUAL:

Se entiende por maltrato infantil: "Toda forma de perjuicio o abuso físico o psicológico, descuido omisión o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el acoso y abuso sexual, las torturas, los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de los que ha sido objeto el niño/a o adolescente por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que tenga o no relación con el menor de edad" Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia-PAFI.(2000).

Formas de maltrato

La clasificación del maltrato infantil obedece a la creación de registros sobre los casos detectados y atendidos, lo cual constituye el estudio epidemiológico del fenómeno. Estos registros son muy nuevos tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, donde apenas se configuran en la década de los setenta. En Colombia se definen los criterios para registro de una manera específica a partir del estudio de la Defensoría del Pueblo (1994-95), de la siguiente forma:

Físico: toda forma de agresión infligida al menor por sus padres, responsables o adultos, producida por el uso de la fuerza física no accidental. Sus consecuencias pueden ser transitorias o permanentes, incluyendo la muerte.

La gravedad y época de ocurrencia se gradúa de acuerdo con lo establecido por Medicina Legal: leve,

moderado o grave y antigua, reciente o recurrente. (Lesiones por golpes, quemaduras, inmersión etc.) Cichetti D, Y Rizley, (1981).

Psicológico o emocional: es aquel que se genera por carencia, exceso, alteración o combinación de las anteriores, en las relaciones que inicialmente se dan en los niños a través de los padres o cuidadores y se van extendiendo a lo largo de la vida, produciendo alteraciones en su desarrollo psicoafectivo, motor, del lenguaje, de socialización y de adaptación

Estas alteraciones se pueden presentar por la ausencia de los padres, por la sobreprotección o por la incapacidad del adulto para relacionarse con el niño, al no tomar en cuenta su ritmo de desarrollo individual. Se clasifican en leves, aquéllas que son reparables en un corto tiempo de tratamiento, moderadas, que requieren una intervención terapéutica prolongada al niño y su familia y graves, aquellas que no tienen retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida

Algunos indicios son: angustia, miedos injustificados, sumisión, agresividad y negativismo, falta de confianza básica, etc. Es la forma de maltrato más frecuente y recurrente pero también la más difícil de comprobar ya que no deja huellas visibles. (Defensoría del Pueblo, 1995)

Negligencia o descuido: entendido como la deprivación de las necesidades básicas cuando se pueden brindar (alimentación, educación, salud, cuidado) para garantizar al niño/a un desarrollo biopsicosocial normal. (Art. 44 Constitución Nacional). Su gravedad está dada por las posibilidades, o no, de recuperación.

Maltrato Social (no acceso a la educación, salud, vivienda, etc.): situación en la que está el niño/a o adolescente en relación con la no satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencia de la falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales desubsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza, ya sean los progenitores o quienes hagan sus veces.

Procediendo de la misma manera mencionada S. mejía Camargo (1996) concluyo:

Resulta importante identificar este tipo de maltrato social por cuanto los sujetos que no tienen sus necesidades básicas satisfechas pueden en ocasiones ser incapaces de desarrollar afecto y elementos para la crianza material del niño, entorpeciendo la capacidad para formar valores éticos y culturales. Las modalidades más conocidas del maltrato social son: el abandono físico, el deterioro social del niño, el niño de y en la calle, el niño infractor, el vinculado a la guerra o a actos terroristas, el trabajador. (p. 56)

Todas aquellas circunstancias que puedan ser superadas por la comunidad sin mayores riesgos, serán clasificadas como leves, las que necesitan de gran esfuerzo de la comunidad serán moderadas y las que a pesar de los esfuerzos comunitarios no se resuelven sino con la ayuda del Estado, se clasificaran como graves.

Abuso sexual: Contactos o interacciones entre un niño y uno o varios adultos, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona, mediante engaño o fuerza física. También se define como acto de tipo sexual (con o sin contacto) realizado a la fuerza, mediante engaños o sobornos, por una persona mayor (con una diferencia de al menos 5 años respecto a la víctima) y un niño o niña.

Se consideran las siguientes modalidades:

Acceso carnal (con penetración), actos sexuales como tocamientos, exhibicionismo, manipulación, corrupción, inducción o constreñimiento a la prostitución, acoso. Siempre es grave dadas las implicaciones tanto físicas como psicológicas para la víctima y su familia. (National Center for Child Abuse and Neglect, 1998)

Maltrato al niño en gestación: se consideran en esta situación, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. La falta de atención prenatal o el suministro

de drogas perjudiciales hacen parte de esta categoría, al igual que la violencia conyugal que, en ocasiones, hace daño tanto a la madre como al niño.

Síndrome del bebé zarandeado: Se define como las lesiones cerebrales que se producen por sacudir o zarandear severamente al bebé, generalmente menor de dos años, sin que se evidencie lesión física externa y en la cual se presenta hematoma subdural o hemorragia interhemisférica. El mecanismo por el que se produce se describe como producto de la aceleración -desaceleración que sufre el cerebro dentro del cráneo. En el bebé esto puede ocurrir muy fácilmente por ser su cabeza más pesada y los músculos del cuello tener una debilidad que no alcanza a defender suficientemente la cabeza. Los niños que lloran mucho o con llanto «chillón» son de alto riesgo, porque producen en el adulto desesperación por no poder controlar la situación (National Center for Child Abuse and Neglect, 1998).

Conviene precisar un poco mas respecto al concepto del abuso sexual hacia los menores el cual se ha definido como todo acto ejecutado por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente; Se le denomina "abuso" en la medida en que, pudiendo realizarse tales actos con o sin consentimiento del menor, se trataría de actos para los cuales carece de la madurez y el desarrollo cognitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencias (Gonzales, 1993).

El abuso sexual, en la mayoría de los casos lo realizan familiares o conocidos en quienes el niño confía: se utiliza la intimidación, la atracción o la coacción. En el abuso sexual la intención no es el sometimiento por sí mismo sino la búsqueda de gratificación sexual por parte del victimario. El abuso sexual se refiere a la implicación de niños y adolescentes dependientes, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales no están en capacidad de dar un consentimiento o están en contra de los tabúes sociales o expectativas familiares (Kempe, 1985).

El maltrato sexual de un niño siempre se considera un hecho presionado, aun cuando la fuerza usada sea de tipo psicológico y no físico y generalmente permanece oculto.

Cabe señalar que los niños que han sido abusados pueden exhibir consecuentes características como lo plantea Soriano (2004):

1. Una pobre auto-imagen
2. Reactuación del acto sexual
3. Incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros.
4. Conducta agresiva, problemas de disciplina y, a veces, comportamiento ilegal.
5. Coraje y rabia.

6. Comportamiento auto-destructivo o auto-abusivo, pensamientos suicidas.
7. Pasividad y comportamiento retraído.
8. Miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas.
9. Ansiedad y miedos.
10. Problemas en la escuela o fracaso escolar.
11. Sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión.
12. Visiones de experiencias ya vividas y pesadillas.
13. Abuso de drogas o de alcohol.

Según Benavides y Delgado, (2004), las consecuencias del Abuso Sexual de los niños, constituyen un área de investigación particularmente difícil y problemática, ya que cuenta entre sus componentes con el secreto, la vergüenza y la culpa, que ponen en evidencia aspectos controvertidos de la sociedad contemporánea como la sexualidad, el poder, los valores y actitudes hacia la infancia, haciendo muy difícil el acceso a esta realidad.

En la actualidad se han producido algunos cambios, hay mayor sensibilidad social y respuesta legal ante este problema, existiendo la aceptación de que los episodios más comunes del abuso sexual se dan al interior de la familia.

Los comportamientos abusivos producen un cambio en la percepción de los cuidados familiares, desde un ambiente protector, a uno abusivo y sexualizado. Este es

sentido por los niños como amenazante y confuso, produciendo en la víctima estrés, angustia y pérdida de energía. Los abusos se manifiestan en los menores como: síntomas psicósomáticos, miedos, fobia, terrores nocturnos, enuresis, amenorreas, anorexia y conductas autodestructivas, psicodependencias, automutilación e incluso, el suicidio. En el área psicológica, aparecen síntomas como fugas o bloqueos emocionales, trastorno de la identidad sexual, crisis de rabia, desinterés, pérdida de la curiosidad y trastornos anímicos.

De igual manera, los mecanismos de defensa utilizados por la víctima para reducir o evitar el recuerdo y sufrimiento, asociado a los actos abusivos vivenciados, le llevan a reducir su contacto con el mundo exterior. Este estado corresponde a la "anestesia psíquica y emocional", descrita en el DSM IV, o a conductas evitativas como la reticencia a salir, detención de los juegos espontáneos y la pérdida de interés por actividades que antes eran gratificantes para la víctima

En el aspecto cognitivo, aparece una caída brusca en el rendimiento escolar, con trastornos de aprendizaje, de concentración y de atención.

En el ámbito conductual se presenta un extenso repertorio de conductas erotizadas como seducción inapropiada, sexualización de las relaciones afectivas, dificultad para buscar pareja o compañero sexual,

agresividad y delincuencia. Al mismo tiempo, puede producir retraimiento y conductas regresivas, lenguaje inapropiado para la edad, masturbación precoz y exacerbada, promiscuidad y prostitución.

Dentro de las secuelas emocionales se encuentran la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, el estrés postraumático, el trastorno de personalidad, la desconfianza y el miedo de los hombres, las dificultades para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad

Aquí conviene detenerse un momento a fin de referenciar desde un contexto clínico las manifestaciones emocionales de depresión y ansiedad:

La depresión: Varios autores han propuesto conjuntos de criterios operativos para diagnosticar específicamente la depresión infantil (por ejemplo, Poznanaski 1982). Probablemente los de mayor impacto son los criterios Weinberga (Weinbeerg, Rutman, Sullivan Pencik y Dietz, 1973) los cuales mencionan como síntomas principales: estado de ánimo disfórico (melancolía), ideación autodespreciativa, conducta agresiva (agitación), alteración del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida, Cambio de actitud hacia la escuela, Quejas somáticas, pérdida de la energía habitual así como cambio en el apetito y/o en el peso habitual. (citado por Vicente E. Caballo 2001, P

140).Internacionalmente han prevalecido los criterios DSM aplicables con ligeras matización.

La ansiedad: esta orientada hacia el futuro, y se refiere aun estado en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda. La ansiedad tiene componentes cognoscitivos y afectivos. la ansiedad se convierte en fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la habilidad para el funcionamiento en la vida diaria, y la persona entra en un estado caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas(citado por Richard P.Halgin & Susan Krauss 2000. p 182)

Con base en lo anterior, se encuentra que las consecuencias del abuso sexual afectan en alguna medida la salud mental de las víctimas y por tanto exigen un abordaje más responsable y ético que ayude al mejoramiento de su calidad de vida.

Por otro lado, se parte de la definición sobre Salud Mental que plantea La Organización Mundial de las Salud (2004):

"Salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud O.M.S. (2001), tal cual consta en la constitución mixta: La salud es un estado de

completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

“Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectualmente y emocionalmente. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituye un desafío importante para el desarrollo en general.” (Organización Mundial de la Salud 2001.)

El enfoque anterior lleva a un concepto de Atención Mental Integral que involucra *La promoción de la salud*, entendida como el apoyo sistemáticamente orientado a incrementar el bienestar del individuo, de la familia y de la sociedad, a través del mejoramiento de la calidad de vida, sin olvidar el fenómeno de las redes de apoyo social. Por lo tanto está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas (Secker, 1998).

Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias

efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social.

Hemos examinado hasta aquí las diferentes fuentes documentales relacionadas con el tema del abuso sexual infantil, siendo ahora conveniente contextualizar la fundamentación teórica que se tuvo como referente durante el desarrollo de la práctica.

6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

Para efectos de este estudio se tomó como marco teórico el enfoque cognitivo-conductual que incluye diversos factores, como consideraciones acerca del procesamiento de la información, y las habilidades sociales, enfatizando la importancia del modelamiento, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la educación sobre el abuso sexual, las habilidades de seguridad personal entre otras.

Habría que mencionar también la hipótesis del modelo cognitivo citado por Judith S. (2000) que plantea: que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck,1964; Ellis,1962 p 32)

Dentro de este marco ha de considerarse la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1962) y su modelo

A B C :

El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico

La mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos. Podemos representar ese modelo:

A: acontecimientos.

C: consecuencias

Por supuesto, la gente vive inmersa en un contexto, tanto físico como social; y a menudo persiguen en su vida metas o propósitos; pero con frecuencia, al perseguir las metas se encuentran con un acontecimiento o experiencia activadora o adversidad (A)desafortunado ocurre, la gente (tanto si de cuenta como si no)cuenta con la opción de experimentar una consecuencia (C) saludable y útil ,como ocurriría si sintiera n lástima, decepción , o una cierta frustración. Pero también puede optar por sentir consecuencias destructivas o no saludables (C), como una grave ansiedad, depresión, colera o autocompasión.

Si las personas optan por generar una consecuencia beneficiosa cuando se les presentan un (A) desagradable, están apelando en gran medida a sus creencias (B) sobre (A). Por lo general, optaran por determinar creencias racionales (RB), lo cual les llevará a reaccionar con

conductas y sentimientos saludables y funcionales ante C; pero también pueden optar por las creencias irracionales (IB), lo cual les llevará a reaccionar con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos ante C.

En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos. El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular (Juan José Ruiz Sánchez (2000)).

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campbell,1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el perfil "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

Ahora bien ha de considerarse la evaluación psicológica de las víctimas planteada desde la perspectiva cognitivo- conductual:

Evaluación Psicológica de las Víctimas

Las reacciones de los niños ante el descubrimiento de los abusos varían considerablemente. Algunos que no presentan problemas inmediatamente después de la revelación, los desarrollan en un momento posterior; por el contrario, otros que presentan problemas importantes al principio, comienzan a mejorar rápidamente poco después de la revelación (Berliner & Conte, 1995). O' Donohue & Elliott (1991) señalaron los principales factores que debería incluir la evaluación psicológica, factores que no deben pasar por alto ni tampoco asumir que forzosamente se tengan que encontrar presentes, sino que hay que considerar como hipótesis a comprobar durante el proceso de evaluación.

Según estos autores, es necesario evaluar la posible existencia de problemas evolutivos (de comunicación, pseudomadurez, conductas regresivas) y depresión (riesgo de suicidio, sentimientos de pérdida), trastorno por estrés postraumático, experiencias disociativas, revivir experiencias, miedos (especialmente a estímulos asociados al abuso y a que se vuelvan a producir los abusos, a que salgan a luz pública y a las represalias), culpabilidad, autolesiones, sentimientos de cólera, problemas sociales,

interacción padre-hijo, límites poco claros/confusión de roles en las relaciones familiares, dificultades con los iguales (conocimiento de lo sucedido y reacción de los iguales, estigmatización, retraimiento, desconfianza), trastorno del comportamiento (agresión y conducta antisocial), consumo de drogas, hiperactividad, problemas de rendimiento escolar (memoria, incapacidad de concentración), trastorno somáticos (trastorno del sueño y del apetito, pobre imagen corporal), problemas de adaptación sexual (conocimiento creencias acerca del sexo, preocupación por la homosexualidad, conductas sensualizadas, autoestima, asertividad, comprensión del significado de lo sucedido (atribuciones y estilo atribucional, indecisión aprendida, creencias irracionales, sentido de la justicia), habilidades de solución de problemas y factores de estrés (futuras comparencias y el juzgado contacto con el agresor).

Por otra parte, el modelo propuesto por Wolfe & Gentile (1992), refieren que la evaluación de las consecuencias del abuso sexual y la interpretación de los datos obtenidos debe realizarse a dos niveles, evaluando la adaptación global del niño y su adaptación específica al abuso sexual. Para la *evaluación global* del niño se puede pedir a los padres o las personas encargadas de su custodia que completen un cuestionario de problemas de comportamiento. A la víctima se le debe aplicar algún cuestionario general sobre problemas de conducta, inventario sobre determinados aspectos de adaptación como la depresión y la ansiedad (Inventario de Depresión para

Niños (Children's Depresión Inventory-CDI) de Kovacs; la (Escala de Ansiedad manifiesta para Niños-Revisada), entre otros.

La utilización de instrumentos estandarizados ofrece a las víctimas la oportunidad de responder en privado a un amplio rango de cuestiones problemáticas (situaciones menos estresantes que la entrevista) y permite que los resultados sobre la adaptación se puedan comparar con datos normativos según el género y la edad de la víctima

No obstante, estas autovaloraciones de los miedos y preocupaciones habría que completarlas con preguntas específicas sobre su origen, intensidad y reacción típica; además, incluso aunque la puntuación en una de estas medidas no caiga dentro del rango clínico, puede llevar al descubrimiento de temores aislados importantes (a la homosexualidad, al embarazo, al rechazo de los padres) que requieren la atención del terapeuta

Por otra parte, conviene tener en cuenta que las víctimas pueden haber desarrollado miedos asociados a estímulos relacionados con el abuso sexual y que no aparecen en el examen que se realiza. Con el objeto de detectarlos, habría que preguntarle sobre actividades cotidianas (vestirse, bañarse, ir a la escuela, en el patio de recreo, irse a la cama) que podrían provocarle miedo o ansiedad. Como el niño se puede dar cuenta de la irracionalidad de estos miedos atípicos (a desnudarse o

bañarse, por ejemplo), el terapeuta debe procurar no transmitirle la inadecuación de sus temores

Por el contrario, debe tranquilizarlo informándole que ha tratado casos semejantes en los que otros niños presentaban miedos y preocupaciones difíciles de expresar, similares a los suyos, y que se le darán suficientes oportunidades para que puedan ir expresando sus pensamientos y sentimientos sin ningún tipo de presión o de vergüenza. Los resultados de los estudios indican que las víctimas no suelen informar un nivel elevado de síntomas inmediatamente después de la revelación del abuso sexual

Finalmente, habría que evaluar *las variables mediadoras* del impacto del abuso sexual. Clasificadas en cuatro categorías principales: los factores relacionados con el abuso sexual (gravedad, frecuencia, duración, número de perpetradores, relación emocional con el agresor y nivel de coacción), los factores relacionados con el niño (capacidad de recuerdo; la comprensión del abuso en función de su desarrollo cognitivo, cognitivo-conductual y moral), el estilo atribucional y las relaciones familiares.

Por esta y varias razones más es imprescindible una adecuada valoración de la existencia de secuelas derivadas de la experiencia abusiva y de su reposición en la vida cotidiana antes de plantearse la necesidad de la intervención con la víctima. Una supervisión o

seguimiento cercano a la evolución del menor, junto con la posibilidad de asesorar a los familiares para proporcionar al niño el ambiente adecuado y de tratar al abusador, puede ser suficiente, en algunos casos, para garantizar el bienestar del niño (Echeburúa y Geuerricaechevarria, 2001)

Todo esto ha de confirmar la importancia del trabajo de investigación en la temática siendo de interés mencionar algunos de los estudios al respecto; en las revisiones realizadas por Jumper (1995) en 26 estudios donde su análisis se centraba en la sintomatología psicológica, se calcularon los tamaños del efecto para cada uno de las variables dependientes ; depresión, autoestima ,diferentes tipos de muestreo para evaluar el abuso, definiciones de abuso ,fechas de publicaciones y género de los participantes, se encontró que la autoestima y la depresión sobresalen dentro de las secuelas más frecuentes (Odon,2001)

Existen algunos estudios que reflejan la incidencia del abuso sexual en las diferentes comunidades autónomas: Inglés (1991) informa de unos 7590 casos de maltrato a menores en Cataluña, de los cuáles el 2,8 por cien de los casos eran de abuso sexual. En Andalucía existen datos provenientes de los informes de Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña (1995) relativos a la incidencia del abuso sexual infantil durante el año 92. En esta comunidad, la cifra ascendía a 171 casos, lo que suponía un 3,6 por cien de los casos de malos tratos detectados.

Además, en un estudio a nivel nacional (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995) se señalaron 359 casos de abuso sexual infantil, que suponían un total de 4,2 por ciento de los casos de maltratos. El 78,8 por ciento de las víctimas eran niñas, y el porcentaje aumentaba conforme lo hacía la edad de las niñas.

Otra revisión de interés es la de Kendall-Tackett (1993) repasando 45 estudios donde se encontró que entre los hallazgos más significativos del abuso se encuentran las secuelas emocionales, los miedos, el estrés postraumático, los problemas de conducta, el desarrollo inadecuado de la sexualidad y la autoestima limitada en comparación con niños no abusados.

Para determinar si el abuso sexual infantil está relacionado con un grupo de síntomas que evidencian afectaciones en la salud de las víctimas, se realizó un estudio con una muestra probabilística de la población general de Managua (784, 364 varones y 420 mujeres), utilizando una encuesta de 112 ítems de la que se tomó solo la información relativa a algunas variables sociodemográficas y descriptivas del abuso y la escala de síntomas (14 ítems)

Los resultados indican que la intensidad de los síntomas es significativamente más alta para las víctimas, las mujeres y los encuestados/as que no vivieron con ninguno de sus padres, vivieron con algún familiar que consumía alcohol y enfrentaron relaciones

familiares conflictivas. Se discuten los resultados en función de su contribución al conocimiento de la salud mental de la población de Managua y a la importancia que tienen para la comprensión de los efectos que en la salud de las víctimas tiene el abuso sexual.

A nivel de Santander en el año 2006, se denunciaron 237 casos de abuso sexual infantil en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; desconociéndose muchos más de los casos de menores víctimas de la problemática; particularmente, en las poblaciones aledañas al Área Metropolitana de Bucaramanga, los cuales se han venido identificando en las evaluaciones realizadas durante la experiencia laboral.

El 21 de julio de 2008 el diario el País informa : En Colombia las denuncias de maltrato infantil pasaron de 32.000 en el año 2004 a 54.000 en el 2006, según datos revelados durante la instalación del Foro por la Infancia en Latinoamérica.

La directora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Icbf, Elvira Forero, menciona " que el abuso sexual infantil es la denuncia más frecuente que causa un daño irreparable para los menores de edad. "Con las cifras de Medicina Legal observamos que el 71% de los casos de abuso es contra menores de edad, por eso tenemos que realizar varias acciones, entre ellas capacitar a los jueces para que den castigos suficiente a los agresores". Citado por el portal de noticias de telesur 2008.

El tema de los castigos es una de las situaciones más relevantes, razón por la cual la directora del ICBF apoya iniciativas como la propuesta del fiscal General de la Nación, Mario Iguarán Arana, sobre la cadena perpetua para los abusadores de menores de edad, porque a su juicio estos casos no deben tener perdón.

Todo esto parece confirma la importancia del estudio de la temática, habiendo claridad que es una problemática que se ha venido presentando desde hace varios décadas y la cual sigue incrementando su prevalencia, lo cual ha generado movimiento de masas con el fin de lograr la prevención y actuación adecuado frente a una sospecha o diagnóstico de abuso sexual infantil.

7. METODOLOGÍA:

Diseño:

Para la propuesta se planteó el tipo de diseño: estudio de caso, ese método permite al investigador describir un solo caso con detalle; su propósito principal es facilitar un ejemplo de aplicación de varios instrumentos psicométricos para el diagnóstico y la descripción de la conducta cognitiva y social. Estos estudios de caso, debido a su base teórica y conceptual en relación al foco de la evaluación, están diseñados para explicar aspectos de un caso .

Población:

La población estuvo compuesta por 2 familias con menores víctimas del abuso sexual para la realización de estudio de casos; y 72 participantes entre madres comunitarias y su respectiva escuela de padres del municipio de Girón los cuales fueron capacitados en la prevención y mecanismos de actuación frente al abuso sexual infantil.

Contemplando así a nivel individual dos menores uno de sexo femenino y otro masculino con edades de 6 años y escolaridad primaria , con estrato socioeconómico 2 y 3 , con familias tipo monoparental; los cuales acuden al centro Zonal Norte remitidos por fiscalía para atención terapéutica.

Instrumentos:

Cuestionario de Depresión para niños (CDS). (M. Lang & Tisher, 1983)(Ver anexo 3).

Este cuestionario es de aplicación individual o colectiva, su duración es de 30 a 45 minutos por paciente y es una evaluación global y específica de la depresión en los niños. Para efectos de la practica su aplicación fue individual.

Consta de 66 afirmaciones, cada elemento se puntúa de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión; los niños deben responder de la siguiente forma: Muy de Acuerdo, De acuerdo, No estoy seguro, En desacuerdo, Muy en Desacuerdo.

La fiabilidad y consistencia interna del instrumento es de 0.96 y tiene una correlación Test-retest de: 0.74, según baremos españoles.

Escala de Ansiedad para niños (CAS). (Jhon S. Gillis. Ipat, 1980)(ver anexo 4).

La Escala de Ansiedad Infantil (CAS) se presenta como un instrumento que posibilita a los profesionales efectuar una rigurosa exploración psicológica en los sujetos. El CAS se considera como un instrumento apropiado para describir e interpretar el contexto emocional durante el período infantil. Su aplicación es colectiva o individual siendo esta última el método empleado en la realización de evaluación y su duración va de 30 a 49 minutos por paciente, donde se mide la apreciación del nivel de ansiedad infantil.

La escala consta de 20 preguntas en donde el niño pondrá una X en el círculo si está de acuerdo con la primera parte de la pregunta y pondrá una X en el cuadrado si está de acuerdo con la segunda parte de la pregunta. Los coeficientes de estabilidad obtenida por GILLIS, 1980 a partir de diferentes muestras, fueron determinantes recurriendo al procedimiento "Test-Retes", y se obtuvo un coeficiente de 0.81.

Dibujo Infantil

Los dibujos de los niños pueden ser muy útiles al asesorar sobre abuso sexual infantil. Los dibujos espontáneos acompañados de la narrativa del niño permiten

conocer sobre sus emociones o sentimientos en relación con su entorno.

Procedimiento:

El trabajo se realizó en 6 etapas como se describe a continuación:

	Fases
1 Etapa: Selección de los casos	<ol style="list-style-type: none">1. Revisión de las historias Sociofamiliares.2. Establecer contacto con las familias de los niños seleccionados.3. Obtención del consentimiento informado.
2 Etapa: Evaluación Psicológica	<ol style="list-style-type: none">1. Entrevista Clínica con los Los menores y su familia.2. Aplicación de los instrumentos de evaluación.3. Calificación y análisis de los instrumentos.
3 Etapa: Diseño de la intervención	<ol style="list-style-type: none">1. Recolección de información para adecuar la intervención a las

características reportadas en la evaluación psicológica.

4 Etapa

Ejecución de la Intervención Psicológica

1. Establecimiento de la relación profesional con las familias.
2. Desarrollo de la Intervención teniendo en Cuenta como guía alguna técnicas del Programa de Deblinger y Heflin. (ver Anexo 2.

5 Etapa

Elaboración Modelo de protocolo de Evaluación Psicológica En el abuso sexual

1. Revisión de la literatura.
2. Análisis del desarrollo de los estudios de casos.
3. Diseño del protocolo de Evaluación.

6 Etapa

Capacitación Escuela de padres

1. Revisión de la literatura.
2. Realización de material didáctico.
3. Desarrollo de la capacitación a la escuela de padres

8. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

8.1 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar manifestaciones de ansiedad y depresión en menores víctimas de abuso sexual que asistan al Centro Zonal Norte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- ✓ Diseñar un protocolo de evaluación clínica para menores víctimas de Abuso Sexual, que permita reconocer manifestaciones de ansiedad y depresión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar estudio de caso en 2 familias en situación de abuso sexual infantil encaminada a la reparación temprana del daño ante la situación experimentada.
- ✓ Brindar información a padres de familia acerca de las medidas de prevención y mecanismos de actuación frente al abuso sexual infantil.
- ✓ Desarrollar un proceso comunitario de prevención de factores de riesgo frente al abuso sexual en comunidades vulnerables.

8.2 JUSTIFICACIÓN

El abuso físico, emocional, sexual y por negligencia en la infancia se da en niños y niñas de todas las edades, en todos los grupos étnicos y en todos los niveles socioeconómicos. Se produce en una proporción alarmante y se relacionan con gran cantidad de problemas emocionales y síntomas psiquiátricos. Los niños que son

golpeados o quemados, criticados, amenazados o rechazados constantemente, de los que se abusa sexualmente de forma repetida, o a los que se les priva de alimento, ropas y cobijo pueden perecer, o sobrevivir y enfrentarse a las consecuencias de estos actos.

Dado que la problemática involucra consecuencias en el desarrollo emocional del niño, con efectos a nivel del desarrollo psicosexual y en el funcionamiento social e interpersonal es importante la intervención psicológica a las víctimas, requiriendo Atención Mental Integral que involucre la promoción de la salud, entendida como el apoyo sistemático orientado a incrementar el bienestar del individuo, de la familia y de la sociedad, a través del mejoramiento de la calidad de vida de la población, sin olvidar el fenómeno de las redes de apoyo social.

Entre enero y mayo de 2008 en la Fiscalía General de la Nación seccional Bucaramanga, la sala de atención al usuario reportó 256 denuncias, comprobándose así el incremento de la prevalencia en esta problemática en la ciudad.

Todo esto parece confirmar la importancia de continuar el trabajo con esta problemática social, tanto a nivel individual como grupal, con los usuarios que asistan al Centro Zonal Norte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F; realizando actividades de prevención e intervención con personas víctimas y vulnerables a esta problemática.

8.3 ACTIVIDADES PROGRAMADAS:

Para el desarrollo de la experiencia fue necesario realizar una revisión bibliográfica respecto a la temática, así como asesoría de profesionales que intervienen con familias víctimas de la problemática; lo cual permitió emplear dentro de la evaluación clínica o estudio de casos, algunos de los instrumentos y técnicas cognitivas conductuales más utilizadas en el manejo de menores víctimas de un abuso, realizándose a su intervención psicológica a los menores y a sus cuidadores.

Paralelamente se utilizó como modelo guía algunas técnicas cognitivas -conductuales empleadas en el programa para el tratamiento de los niños que han sufrido abuso sexual de Deblinger y Heflin (ver apéndice 2). Tales técnicas fueron: Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, habilidades de expresión emocional, habilidades de afrontamiento cognoscitivo, Educación y afrontamiento con los cuidadores entre otras.

Así mismo se transmitió lo estudiado en la literatura respecto a medidas de prevención y actuación ante un abuso sexual, a la comunidad de escuela de padres de Girón; A través de las intervenciones y revisión documental realizada se elaboró un protocolo de evaluación para menores víctimas de abuso sexual, que podrá ser adoptado por el Centro Zonal Norte del ICBF.

8.5 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

ETAPA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD	APRENDIZAJE OBTENIDO
1. Selección de los casos	1. Revisión de las historias. 2. Establecimiento de contacto con las familias de los niños seleccionados. 3. Obtención del consentimiento informado.	Identificar a las familias que presentaban la problemática; al igual que lograr el enganche terapéutico	Obtener acercamiento de la problemática desde el contacto directo con las familias afectadas.
2. Evaluación Psicológica	1. Entrevista Clínica. 2. Aplicación de los instrumentos de evaluación. 3. Calificación y análisis de los resultados.	Identificar síntomas asociados al impacto emocional experimentado por los niños que han sido víctimas del abuso sexual.	Conocer el malestar emocional del niño y de sus familiares ante la situación experimentada
3. Diseño de la intervención	Recolección de información para adecuar la intervención a las	Plantear los objetivos del proceso de intervención y las	Conocer actividades y técnicas empleadas en el la atención

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

	características reportadas en la evaluación psicológica.	técnicas mas usadas para el manejo de la problemática.	del abuso sexual.
4. Ejecución de la Intervención psicológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de la relación profesional con las familias. 2. Desarrollo de la intervención a partir del estableciendo de los objetivos y el modelo guía de del programa de Deblinger y Heflin.(anexo 2 	Proporcionar apoyo psicológico al niño y a su familia victimas de la problemática	Entrenamiento en la atención a familias y niños víctimas de la problemática.
Modelo de protocolo de evaluación Psicológica en el abuso sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la literatura. 2. Análisis del desarrollo de los estudios de casos. 3. Diseño del protocolo de 	Realizar el diseño del protocolo de evaluación psicológica para niños que han sido víctimas del abuso sexual	Conocer diferentes técnicas y actividades de evaluación e intervención a menores y familias victimas del abusos sexual.

	evaluación.		
Capacitación a la Escuela de padres de Girón.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la literatura. 2. Realización de material visual. 3. Desarrollo de la capacitación a la escuela de padres de Girón. 	Capacitar a los padres de familia frente a los mecanismos de actuación en el abusos sexual	Reconocer la importancia y sensibilización social que tiene la comunidad frente a la temática.

9. ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

9.1 ESQUEMA DE OPERACIÓN: ACTIVIDADES PROGRAMADA Y ESCENARIOS:

1. Evaluación e intervención psicológica a dos menores y sus cuidadores víctimas del abuso sexual infantil, que acudieron al Centro Zonal Norte de ICBF remitidos por Fiscalía para atención terapéutica.

2. Capacitación a 70 padres de familia pertenecientes a la escuela de padres de la madres comunitarias del ICBF del municipio de Girón.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

ACTIVIDAD	semanas												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Selección de los casos	X												
Evaluación Psicológica		x	X	X	X	X	x	X	x	X	x	X	
Diseño de la intervención					X	X							
intervención psicológica									X	X	x		
Modelo de protocolo de evaluación psicológica.								X	X	x	x	X	X
Capacitación a la escuela de padres											x	x	

9.2 ACTIVIDADES PROGRAMAS Y NO REALIZADAS:

Dentro del desarrollo del estudio de casos propuesto con los cuidadores de los dos menores, se pretendió trabajar con los principales miembros de la familia que están encargados de su cuidado y crianza. Con el objeto de realizar acercamiento con cada uno de los miembros de la familia que rodean la problemática del menor. Es importante señalar que se cito al hermano de

uno de ellos pero solo pudo asistir a una sola sesión por motivos laborales.

9.3 PROBLEMAS PRESENTADOS Y RESOLUCIÓN A ELLOS:

Al principio la perspectiva de trabajo grupal estaba enfocado a la población de Lebrija, por su mayor vulnerabilidad en la temática; sin embargo ante la imposibilidad personal para realizar el desplazamiento fue necesario el cambio de muestra al municipio de Girón la cual también hace parte de la población de atención del centro zonal Norte ICBF y donde igualmente se reportan casos respecto a la temática.

En relación al trabajo con los niños fue necesario llegar a acuerdos con la madre de uno de los menores respecto a la programación de las citas, puesto que por su condición económica le era imposible asistir semanalmente, acordándose la atención cada 15 días y con mayor duración de tiempo durante las sesiones.

En cuanto a los instrumentos de evaluación utilizados es importante señalar que el tests de ansiedad CAS, no estaba disponible en la ciudad; realizándose los contactos para su consecución, lo cual dificultó el inicio de la evaluación, llegando a la conclusión que dentro de la planeación es necesario tener en cuenta este aspecto para evitar esta dificultad.

9.4 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS:

A partir del desarrollo de la propuesta se logró identificar manifestaciones de ansiedad y depresión en los menores de la muestra a partir de la entrevista clínica y las observaciones de sus cuidadores, percibiéndose ansiedad y síntomas depresivos en las actividades de expresión emocional que tenían relación con su situación experimentada con los victimarios.

Igualmente a partir de la revisión de la literatura y la experiencia de la intervención con la muestra se logró plantear el protocolo de evaluación para los menores víctimas del abuso sexual, el cual debe ser sometido a pilotaje con una muestra mayor a partir de la cual se pueda verificar la eficacia del mismo y se utilice ante las necesidades detectadas.

Por otro lado realizar la intervención con las familias de los menores víctimas permitió hacerse un trabajo de prevención encaminado a la reparación temprana del daño ante la situación experimentada de los menores dándose pautas a sus cuidadores respecto a su actuación frente a la problemática, con el objetivo de disminuir el riesgo de repetición de la experiencia.

Al mismo tiempo se logró realizar la capacitación a los padres de familia respecto a las medidas de prevención y mecanismo de actuación frente al abuso sexual; identificándose el interés de la población en la

problemática siendo conscientes de su vulnerabilidad ante el riesgo social en que se encuentran.

9.5 RESULTADOS Y LOGROS:

Los resultados y logros obtenidos a partir de la experiencia en los 3 niveles de intervención: individual, familiar y grupal fueron:

A nivel de las Intervenciones individuales:

Se especificará el trabajo realizado en cada una de las sesiones durante el estudio de los dos casos de los menores víctimas del abuso sexual.

Cabe señalar que para la realización de los estudios de caso se contempló el consentimiento informado para la participación en el estudio (Apéndice 3), con el objetivo de formalizar el respeto y cumplimiento de las normas éticas correspondiente.

1 estudio de caso:

Identificación Del Paciente

Nombre:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

Escorialidad: 1º primaria

Análisis del motivo de Consulta

Sospecha de abuso sexual infantil por parte del padre, refiriendo su abuela materna que el menor le

expresa temor ante las visitas a solas con su progenitor manifestándole " mí papi me molesta mi colita".

Historia del problema:

Hace 2 años la madre manifiesta al ICBF deseos de separación con el padre de su hijo, quien le es infiel y le trasmite una enfermedad venérea, sintiendo temor por su hijo a quien le observó conductas de ansiedad ante la presencia del padre. La madre presenta tensión la cual se manifiesta a nivel físico, con parálisis facial, contracción de músculos faciales cuando se altera encontrándose en tratamiento neurológico, desde hace 7 meses reside en Bogotá quedando a cargo del cuidado y protección del niño la abuela materna quien manifiesta preocupación por su nieto quien durante un mes presentó evacuación repetida de heces fecales en lugares inadecuados (colegio) y presenta dificultades para relacionarse con sus pares, manteniendo en su boletín de calificaciones comportamiento aceptable, a si mismo presenta dificultades para seguir las reglas de la casa y del colegio.

Análisis y descripción de la conducta problema:

La abuela materna refiere Sentimientos de ansiedad en el menor ante las visitas a solas con su progenitor, percibiendo extinción de la conducta de su defecación en su ropa interior al eliminarse las visitas a solas con su padre. Asimismo manifiesta conductas de indisciplina, desobediencia, dificultades para atender y seguir normas en el colegio y en casa.

Durante la consulta se observa en el menor manifestaciones de ansiedad ante lo relacionado con el tema del abuso, mostrando resistencia a hablar del hecho y a expresar sus sentimientos.

Cabe señalar el conflicto que existe entre sus padres y en la relación de su abuela y madre lo cual ha causado falta de atención de sus progenitores por el bienestar del menor.

Establecimiento de las metas del tratamiento:

- Buscar la seguridad del menor, protegiéndolo de su agresor.
- Intervención con el menor y con la familia en psicoeducación del abuso sexual.
- Identificación y control de los efectos ambientales y familiares que fomentan y mantienen la conducta perturbadora en clase y en casa.
- Entrenamiento en habilidades de seguridad personal
- Trabajo de expresión de sentimientos.
- Educación sobre el abusos sexual infantil.
- Trabajo de habilidades sociales
- Entrenamiento en autoinstrucciones.

Estudio de los Objetivos terapéuticos:

- Trabajo de normas de convivencia en casa y en el colegio
- Disminuir la conducta de desatención y mejorar la relación con sus pares y cuidadores.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

-Instruir a sus cuidadores en habilidades de afrontamiento y manejo de la conducta del menor.

Selección de los tratamientos más adecuados:

Tratamiento cognitivo-conductual.

Intervención con el menor:

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:

- Habilidades de expresión emocional.
- Habilidades de afrontamiento cognitivo

Aplicación de instrumentos de evaluación Psicológica:

Cuestionario de Depresión Para Niños CDS

Escala de Ansiedad CAS

Intervención con los cuidadores:

- Educación/afrontamiento
- Comunicación
- Habilidades de manejo de la conducta del niño

Aplicación de los tratamientos:

Sesión 1

- Intervención en crisis con la abuela materna.
- Se identificó el problema y se remite a Fiscalía
- Inicio de proceso de establecer confianza con el menor.

Sesión 2

- Evaluación modelo de perfil multimodal (ver apéndice 1)
- Contención emocional con el menor ante el anuncio de su abuela de resultados de Fiscalía, se informa al menor

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

sobre la importancia de las visitas con su padre sean supervisadas.

Sesión 3

-Entrevista clínica para descartar encopresis, encontrándose acontecimientos vitales estresantes en la vida cotidiana del menor, por exigencia de su abuela y continuidad de visitas a solas con el padre.

-Se realiza trabajo de seguridad personal enfocado en la identificación de sus partes privadas y momentos apropiados cuando un adulto puede tocar el cuerpo (Ej. por el médico), reforzando la importancia del cuidado y respecto por nuestro cuerpo y el de los demás.

Sesión 4

Se realiza aplicación de instrumentos Psicológicos
Cuestionario de Depresión Para Niños CDS
Escala de Ansiedad CAS.

Sesión 5

Se realiza aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva y modificación semántica, coste de respuesta, enfocado en mejorar su comportamiento de desatención en casa y en el colegio.

Sesión 6

Entrenamiento en habilidades de expresión emocional.

Sesión 7

Se trabaja con el abuelo y el tío del menor, educación y habilidades del manejo de la conducta de desatención y la dificultad del menor para seguir las normas, buscándose reforzar el vínculo afectivo y de comunicación entre sus cuidadores.

Observaciones

Teniendo en cuenta la tipificación de los resultados obtenidos de las Escala de Ansiedad y el Cuestionario de Depresión, el menor se encuentra dentro del grupo normativo de los parámetros de calificación de las pruebas, sin presentar manifestaciones significativas para un trastorno de ansiedad y depresión. Cabe señalar las manifestaciones de ansiedad en las actividades de expresión emocional en sus dibujos, en su comportamiento en su dinámica familiar y su resistencia a expresar sus sentimientos y pensamientos relacionados con el hecho.

Teniendo en cuenta lo referido en la última consulta por sus cuidadores se deja la recomendación de realizar valoración para descartar trastorno por déficit de atención.

2 caso de estudio:

Identificación del Paciente

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Edad 6 años

sexo: Femenino

Escorialidad: 1 primaria

Análisis del motivo de consulta:

Remisión de Fiscalía al centro zonal Norte ICBF para atención terapéutica por abuso sexual infantil.

Historia del Problema:

Hace 2 meses la señora Martha junto con su hija fue citada a Fiscalía para realizar denuncia en contra de un vecino, quien abusaba sexualmente de los menores del barrio. El caso es remitiendo por Fiscalía al ICBF para tratamiento psicológico.

Análisis y descripción de la conducta:

La menor le manifiesta a su madre que el vecino le molesta sus piernas, manoseándoselas sin su consentimiento, situación que le incomoda a la menor sin realizar ningún tipo de denuncia.

La madre refiere no haber percibido cambio significativo de la conducta y estado de ánimo de la menor manteniendo la misma actitud que le caracteriza en casa y en el colegio. Durante la evaluación multimodal la menor manifiesta sentimientos de tristeza ante la separación con su padre y hermano quienes residen fuera de la ciudad; manteniendo una imagen y autoestima baja, presenta déficit en habilidades sociales y sentimientos de desvalorización frente a sus compañeros de colegio y hermanos. La madre se muestra poco afectuosa y receptiva ante las necesidades de la menor, percibiéndose tensionada ante sus problemas económicos.

Establecimiento de las metas del tratamiento:

Intervención psicológica a la menor y a la familia
Actividades de fortalecimiento de autoestima y autoesquema positivo
Entrenamiento en habilidades sociales
Educación respecto al abuso sexual infantil
Trabajo de actividades de conductas de autoprotección y seguridad personal.
Trabajo de expresión de sentimientos

Estudio de los Objetivos Terapéuticos:

Fortalecer vínculo afectivo y de comunicación madre-hija
Fortalecimiento de autoestima
Estrategia de afrontamiento cognitivo

Selección de los tratamientos más adecuados:

Tratamiento Cognitivo-Conductual
*Intervención con la menor:
Entrenamiento en habilidades sociales
Habilidades de Expresión de sentimientos
Entrenamiento en habilidades de seguridad personal

Aplicación de Instrumentos Psicológicos:

Cuestionario de depresión para niños (CDS)
Escala de Ansiedad CAS
* Intervención Con la Madre:
Psicoeducación sobre el abusos sexual
Entrenamiento en el manejo de la conducta de la menor

Aplicación de los tratamientos

Sesión 1

Recepción del caso

Establecimiento de empatía con la menor

Sesión 2

Evaluación modelo de perfil multimodal

Sesión 3

Aplicación de los instrumentos psicológicos

CAS, CDS .

Sesión 4

Se realiza actividad de medidas de seguridad personal

Se orienta en pautas de crianza a sus cuidadores

Con la menor, actividad de identificación de sus partes privadas (sus genitales), y entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivo.

Sesión 5

Trabajo de expresión emocional y reforzamiento de autoestima.

Sesión 6

Entrenamiento en habilidades sociales, y trabajo de relación de vínculo seguro madre-hija.

Sesión 7

Se realiza trabajo de mantenimiento de estrategias de afrontamiento cognitivo.

Observación

A partir de las normas de interpretación de las pruebas de Ansiedad y depresión la niña manifiesta sentimientos de inutilidad y de no ser lo suficientemente querida, realizando verbalizaciones que reflejan una pobre autoestima. Cabe mencionar que el análisis de los resultados indica que se encuentran dentro del grupo normativo sin presentarse sintomatología de depresión y ansiedad significativa de objeto de atención terapéutica.

Intervención con la familia:

Se realizaron durante 7-8 sesiones con cada uno de las familias acciones de promoción orientadas a desarrollo de aptitudes personales y creación de ambiente favorable, orientándose en temáticas como:

Pautas de Crianza, habilidades para vivir y convivir, buen trato, respeto, conciliación, resolución de conflicto, toma de decisiones; manejo de ambientes seguros, manejo de espacios privados en la vivienda.

Capacitándose a la familia de los menores víctimas del abuso sexual respecto a las pautas de apoyo en la fase de reparación.

Intervención Grupal:

Se realizó capacitación a 70 padres de familia correspondientes a la escuela de padres de las madres comunitaria de Girón; en dos encuentros con cada uno de

los 2 grupos de padres, con duración de 2 horas. Se realizó psicoeducación respecto a las medidas de prevención y actuación frente al abuso sexual infantil abarcándose temáticas como: (ver apéndice 2):

1. Definición del abuso sexual Infantil
1. indicadores físicos y comportamentales de las víctimas
2. Posibles consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de los menores víctimas del abuso sexual.
3. Medidas Preventivas que los padres pueden tomar hacia sus hijos
4. Medidas de actuación frente al abuso sexual infantil.

Se realizó sensibilización al grupo respecto a la problemática social, favoreciéndose así la detección precoz de eventuales casos de abuso sexual y la movilización de las primeras acciones de afrontamiento, percibiéndose en la comunidad interés en la temática y a través del compromiso y participación en las acciones de prevención del abuso sexual infantil.

De igual forma gracias a la colaboración del personal y la realización de la práctica en convenio con el Centro Zonal Norte de Bucaramanga ICBF, se logró plantear un protocolo de evaluación útil para la guía de atención de los menores víctimas del abuso sexual (Apéndice 1).

Con todo y lo anterior es de anotar lo enriquecedor que fue para la población y a nivel personal el trabajo conjunto respecto a la temática, en la cual todo los

esfuerzos que se hagan para mantener vigente el interés hacia la misma que nunca serán suficientes, habiendo necesidad de programa de prevención permanentes con la comunidades vulnerables a la prolongación de este delito.

9.6 EFECTOS PRODUCIDOS EN LA EXPERIENCIA:

La realización de la investigación en el proceso de evaluación e intervención en el abuso sexual, así como el contacto directo con los niños y familia víctimas del abuso sexual, me generó a nivel personal y profesional, la posibilidad de sensibilizarme frente a la temática y a demás el deseo y compromiso de seguir trabajando en la búsqueda de mejorar la atención para los afectados; teniendo una visión mas amplia respecto a la importancia y responsabilidad profesional que se debe mantener en el trabajo con las familias y los menores, buscando siempre mantener los principios éticos y morales necesarios para la adecuada atención y manejo de la problemática.

A nivel de las familias se logró proporcionar información respecto al cuidado y protección de los menores, percibiéndose su interés y cambio de actitud respecto a su interacción con sus hijos, comprometiéndose aún más en buscar la estabilidad y seguridad emocional de los menores.

A nivel comunitario se percibió movilización y sensibilización de los padres frente a la problemática,

generándose el interés en su participación en continuar capacitándose en las medidas de prevención en el cuidado y actuación frente al abuso sexual infantil.

9.7. LECCIONES APRENDIDAS

A partir de mi experiencia en el trabajo con personas víctimas de la violencia intrafamiliar y principalmente los relacionados con el abuso sexual infantil, me generó el interés de prepararme aún más a nivel profesional para realizar intervenciones adecuadas para el manejo de la problemática, teniendo en cuenta que no es fácil trabajar con el sufrimiento de personas afectadas por la violencia, que buscan aliviar sus dolencias emocionales con el psicólogo asignado para su caso.

Así mismo la realización de la experiencia me permitió reconocer la ruta a nivel de los entes institucionales que se debe tramitar a nivel legal ante la presencia de un delito sexual.

9.8 ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD DE LA EXPERIENCIA

Es importante garantizar que las diferentes propuestas de atención a las víctimas impartidas por profesionales o entes institucionales sean transmitidas a los diferentes profesionales interesados en la problemática, a partir del compromiso institucional y del profesional clínico de implementar la sistematización de la experiencia en el personal que desea adquirir la

responsabilidad de trabajar con la temática, transmitiéndose la necesidad de continuar con el estudio y los instrumentos de evaluación indispensables para el diagnóstico y evaluación de los menores afectados, siendo esta una realidad social que no podemos ignorar.

9.9 CONCLUSIONES

El abuso sexual infantil es una problemática que ha venido afectando a los diferentes grupos sociales y culturales durante la historia, convirtiéndose de esta manera en un problema de salud pública que ha llegado a llamar la atención de los diferentes entes institucionales y profesionales competentes en el tema; principalmente por el psicólogo clínico quien a partir de las investigaciones y experiencias en el manejo de los casos, pone de manifiesto las consecuencias que se generan alrededor de la vivencia, y la necesidad de recibir una capacitación que les permita mejorar el proceso de atención a víctimas, sus familiares y a la comunidad en general.

Se considera que esta es una temática que requiere continua investigación y formación a nivel profesional y personal por la repercusión que se genera en las diferentes áreas del desarrollo de los niños, en especial en su salud física y mental.

Cabe señalar que a partir de la intervención con la comunidad se puede inferir que los padres de familia mantienen conciencia social respecto a que el abuso sexual es un riesgo presente en la vida de sus menores,

mostrando interés en conocer su participación en las medidas de prevención frente a la problemática.

Igualmente es necesario mencionar la necesidad de continuar trabajando con las familias afectadas, teniendo en cuenta las consecuencias que presentan los menores ante las diferentes formas del abuso sexual.

A partir de la experiencia es pertinente indicar la importancia del trabajo interdisciplinario para el adecuado manejo de los casos, percibiéndose la necesidad del trabajo en equipo, la comunicación y profesionalismo que se requiere para la atención integral de las víctimas.

9.10 Recomendaciones:

-Para el personal a cargo del asesoramiento y atención a las personas víctimas del abuso sexual, mantener una actitud de escucha de comprensión y compromiso con el afectado, teniendo una visión o conocimiento claro respecto a la problemática para que de esta manera obtenga intervenciones adecuadas

- Implementar el protocolo de evaluación de los menores víctimas de abuso sexual dentro del centro zonal Norte del ICBF, manteniéndolo como guía para todo el personal que llegue a realizar intervenciones con los usuarios ya sea que se trate del profesional de contrato o de convenios con el ICBF.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

- Para la universidad implementar espacios dentro de la formación de sus estudiantes de pregrado y postgrado en la preparación para la intervención de la problemática, teniendo en cuenta que se trata de un problema de salud pública que requiere de atención por parte del psicólogo.

9.11 Cronograma

Actividad	Marzo	Abril					Mayo					Junio		
	26	2	9	16	23	4	7	14	21	29	4	11	19	
	Al 30	Al 4	Al 13	Al 20	Al 30	Al 6	Al 11	Al 18	Al 25	Al 31	al 8	al 15	al 22	
Selección de los caso	X	X												
Evaluación psicológica			X	X	x	X	x	X	x	X	x			
Diseño de la intervención			X	X										
Ejecución de la antev.										X	x			
Realización protocolo	X	X	X	X	x	X	X	X	x	X	x	x		
Modelo de evaluación psicológico			X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	X	

9.12 presupuesto

Presupuesto

1. *Material de Consumo*

CONCEPTO	VALOR MENSUAL
Papelería	40.000
Material de talleres	50.000
Material pedagógico	30.000
Transporte Municipal	150.000
Material de pruebas psicológicas.	30.000
	300.000

9.13 Bibliografía

Benavides, (2004). Programa de Autoprotección contra el Abuso Sexual. Departamento de Psicología. Universidad de los Andes.

Caballo, V., y Simón, M., (2001) Evaluación psicológica de la víctima. En: Wolfe y Gentile(1992) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid.Pirámide.

Caballo, V., Simón, M., (2001)“ Tratamiento de los niños victimas del abusos sexual En: Deblinger y Heflin. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Pirámide.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

Echeburúa y Geuerricaechevarria, 2001 Abuso sexual en la infancia:Victimas y agresores *Un enfoque clínico*. Barcelona. Ariel,S.A

Escartin, M.(2003). *Quien Soy Yo*, Manual de Desarrollo de Conductas de Autoprotección. Sàbete Children.

Heredia, E. Esquivel, F & Cristina (S.f) "Prueba del dibujo de la familia" En: Viar & Lamberti, (1998.) Louis Corman & Joseph M. (1961) *Psicodiagnóstico Clínico del Niño* .Mexico, Editorial M M.

Jhon S. Gillis. IPAT, (1980): CAS Escala de Ansiedad para niños. Manual. IPAT,Champaign,III., USA.

Judith S. Beck (2000) La conceptualización Cognitiva En: Beck,1964; Ellis,1962 P.32) *Terapia Cognitiva* Barcelona, España.Gedisa

Lang & M Tisher, (1983). CDS Cuestionario de Depresión para niños Manual. Madrid, TEA Ediciones, S.A.

Llorens, M, (2006). Una Visión Clínico-Comunitario de la Psicoterapia.

Revista Diversitas-Perpectivas en Psicología. Vol 2 N° 1, (2006) disponible en [http:// www.usta.edu.co](http://www.usta.edu.co).

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

Richard P. Halgin, y Susan Krauss Whitbourne, (2003). Psicología de la Anormalidad, Perspectivas Clínicas Sobre Desórdenes Psicológicos. Mc Graw Hill.

Organización Mundial de la Salud, (2004). Invertir en Salud Mental.

Violencia Familiar y Abuso Sexual. Compilación de Viar y Lamberti. Editorial Universidad, 1998.

Gonzalez(1993), Kempe & Kempe, (1985). la "problemática " abuso sexual y la violación: un análisis conceptual. De:"

http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/

Hotaling, Lewis y Smith (1996) "Análisis comparativo de dos programas de 'Prevención en abusos sexual' Técnica Fundación CRATE, Área Niño y Familia, 2005. De:<http://www.crate.cl/revista%20nino%20y%20familia.doc>

Soriano (2004):" las consecuencias del abuso sexual Infantil" de <http://www.guiainfantil.com/201/las-consecuencias-del-abuso-sexual-infantil.html>

Llanos & Sinclair, 2001, (Llanos, Sinclair, Arón, Milicic, Martínez, Salgado & Chía, 2005) "Abuso sexual infantil: Diseño, implementación y evaluación de una modalidad terapéutica grupal para niñas y niños que han sufrido abuso sexual y sus madres" recuperado el en Santiago nov.2006De:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-2282006000200003&script=sci_arttext#tab3

Jose Luis Cozar Mata (2004) "Modelos En evaluación Clínica" de <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=46>

Juan Jose Ruiz Sanchez (2000). La terapia Racional Emotiva de Ellis. Recuperado el 18 de febrero 2007 de <http://www.psicologia-online.com>

Castillo Sequeiro, Marcia. "Abuso sexual infantil y su relación con la Salud Mental de la población de Managua". De: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/nicaragua/uca/encuen70/castillo.rtf>

Conte (1990) "Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.) the testimony assessment on sexual abuse on children" Recuperado el 12 enero del 2006, de: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/cm/n43-44/07.pdf>.

Ponce, 1995; Milner y Herce, 1995; Castro, 1995) y como una "forma" de "maltrato infantil" (CEDRO, 1993; ADOC, 1992; Gonzales, Azaola, Duarte y Lemus, 1993; Cirillo y Di, 1991; Raguz, 1996). Protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros maltratos a menores en la demarcación de Girona " en ; <http://www.ceoma.org> pdfs.

Sonia Mejía de Camargo (1996) Investigación sobre el maltrato infantil en Colombia 1985-1996 Estado del arte. Fundación FES, En: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - División de Investigaciones : Centro de Publicaciones Fundación FES-Restrepo Barco

Cicchetti D, Y Rizley (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment .

Sistema Nacional de Información Síndrome Niño Maltratado. Defensoría del Pueblo. Bogotá. 1995)

9.14 Anexos

Apéndice 1

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA MENORES VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL QUE ACUDAN AL ICBF

EVALUACIÓN: Esta se realiza después de la remisión de Fiscalía quienes son los encargados de recibir la denuncia.

- HISTORIA CLINICA MULTIMODAL INFANTIL (apendice 1)

-APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS: Se recomiendan las siguientes pruebas teniendo en cuenta que son las más utilizadas para la valoración de la problemática:

*Escala de Ansiedad para niños (CAS) (Jhons y Gillis, IPAT, 1980)

*Escala de Depresión para Niños (CDS) (Tisher y Lang, 1983)

TRATAMIENTO: Está dirigido a los menores víctimas y a sus familiares, a partir de la valoración psicológica y si hay necesidad de recibir intervención terapéutica por su afectación emocional ante la situación de abuso.

-INTERVENCIÓN CON EL NIÑO:

Se trata de abordar las creencias y actitudes de las víctimas, sus reacciones emocionales y las respuestas conductuales, buscando facilitar al menor *el atracón emocional* que ha experimentado y desmontar sus pensamientos disfuncionales que le puedan generar dificultad en su desarrollo psicoafectivo.

- Se recomienda el trabajo con las técnicas cognitivas conductuales propuestas en el programa de Deblinger y Heflin(1996) para el tratamiento de los niños que han sufrido abuso sexual (apéndice 2); siendo indispensable trabajar: Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, habilidades de expresión emocional, habilidades de afrontamiento cognitivo, Educación sobre el abuso sexual infantil y habilidades de seguridad personal.

También es fundamental el trabajo para el desarrollo de aptitudes personales con actividades enfocadas en el fortalecimiento de autoestima, autoesquemas positivos, clarificación de valores, y conductas de autoprotección.

.-INTERVENCIÓN CON LOS PADRES NO IMPLICADOS EN LOS ABUSOS SEXUALES.

Es necesario trabajar con los padres sobre las pautas específicas de actuación por los cuidadores de una víctima de abuso sexual infantil descritas por Guerricaechevarría y Echeburúa, (2000).

- Lo que se debe hacer:
 - Demostrar que se le cree y que se confía en él o ella.
 - Apoyarla y felicitarla por su valentía al contarlo.
 - Escucharla con atención cuando quiera hablar de ello
 - Hacerle saber que no es responsable de lo ocurrido
 - Ofrecerle seguridad y protección
 - Respetar su intimidad y pedirle permiso para solicitar ayuda especializada.
 - Informar de las futuras actuaciones.

- Lo que no se debe hacer:
 - Insistirle en que olvide lo sucedido
 - Presionarle para que cuente lo que pasó
 - Responsabilizarle o culparle de los abusos
 - Recriminarle por no haberlo contado antes
 - Adoptar actitudes sobreprotectoras

Del mismo modo es aconsejable trabajar con los padres pautas de crianza respecto a la comunicación afectiva, buen trato, respeto, resolución de conflictos, toma de decisiones entre otros.

Apendice 1 (ESTAS SON LAS GUIAS RECOMENDADAS DENTRO DEL PROTOCOLO PROPUESTO)

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL INFANTIL

Fecha: H.C:
Nombre: Edad:
Escolaridad: Profesión: Estado Civil:
Dirección: Teléfono:

1. MOTIVO DE CONSULTA:

- ♦ Descripción del problema por los adultos consultantes
- ♦ Preguntarle al niño si sabe por que le traen hasta aquí?

2. FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL:

- ♦ ¿Cuándo comenzó este problema?
- ♦ ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?
- ♦ ¿Cómo ha ido evolucionando?
- ♦ ¿Como ha intentado solucionarlo cada familiar?

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- ♦ Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes
- ♦ Otros problemas emocionales anteriores del niño
- ♦ Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres, ejercicio....problemas
- ♦ Datos de embarazo y parto

- ♦ Desarrollo psicomotor (primeros pasos, primeras palabras..)
- ♦ Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)
- ♦ Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos)

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ♦ Composición familiar: componentes, parentesco, edades y profesión
- ♦ Antecedentes somáticos actuales y pasados
- ♦ Antecedentes psíquicos actuales y pasados
- ♦ Problemas socioeconómicos
- ♦ Problemas familiares y conyugales

5. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES:

Nota: Permite ampliar la información anterior. Tiene subáreas para los familiares y el niño. A menudo, excepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (p.e los padres) ; e informar a los padres previamente de ello.

5.1 Área cognitiva:

* padres:

- ♦ Cómo describen el carácter del niño, su manera de ser
- ♦ Con cuál de los padres le identifican más (¿a quien se le parece más?)
- ♦ A qué causa atribuyen los problemas (cada padre)
- ♦ Qué normas exigen cumplir al niño (p.e estudios, aseo...)
- ♦ Cuáles considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a
- ♦ Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro
- ♦ Preguntar si observan según retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar
- ♦ Preguntar si el niño refiere preocupaciones - temores y de que tipo

* Niño /a

- ♦ Preguntarle qué tipo de niño/a es, que nos describa cómo es su manera de ser
- ♦ Proyectos del niño: ¿Qué te gustaría ser de mayor? ¿Qué edad te gustaría tener? ¿Qué clase de cosas te gusta soñar o imaginar?
- ♦ Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaría ser niño o niña..? ¿Puedes explicarme en que se diferencia un niño de una niña?
- ♦ Contar algún sueño o pesadilla
- ♦ Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

5.2 Área afectiva:

* Padres

- ◆ Qué cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a
- ◆ Cómo expresan su alegría y disgusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc)

* Niño/a

- ◆ Pedirle que nos cuente que cosas le dan más miedo y alegría, enfado y tristeza
- ◆ Pedirle que nos haga un dibujo sobre los sentimientos ("Dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado") y cuéntame que le pasa, como se siente.

5.3 Área somática:

* Padres

- ◆ Problemas de salud actuales del niño y tratamiento en curso
- ◆ Pedirles que nos describan si hay problemas de sueño, alimentación o control esfinterial.

* Niño/a

- ♦ Pedirle que nos diga si padece molestias o dolores corporales y a que los atribuya.
- ♦ Preguntarle si tiene problemas de sueño, comida o esfínteres
- ♦ Pedirle un dibujo sobre la enfermedad y que se invente una historia al respecto

5.4 Área interpersonal:

* Padres

- ♦ Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos
- ♦ Cómo se relaciona el niño con cada padre, y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.
- ♦ Con quién se lleva peor y mejor. ¿qué sucede en eso?

* Niño/a

- ♦ Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos
- ♦ ¿Qué te gustaría que cambiara de (cada padre, hermano)?
- ♦ ¿Tienes amigos/as? ¿Cómo se llama? ¿Qué te gustaría hacer con ellos?
- ♦ ¿Cuáles son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?
- ♦ ¿Celebran tus cumpleaños? ¿Cómo? ¿Quiénes participan?

- ♦ Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

5.5 Área conductual:

* Padres

- ♦ Qué conductas agradan más y menos a los padres de su hijo/a y como actúan ante las mismas (castigos y premios)
- ♦ Actividades, juegos y personas preferidas del niño, según cada padre.

* Niño/a

- ♦ Colegio. Pedirle que nos diga qué le gusta / disgusta más del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor, así como se lleva o le parece sus profesores
- ♦ Pedirle que nos cuente con qué actividades, juegos y personas se los pasa mejor
- ♦ Pedirle que nos diga cuales personajes de los dibujos, cuentos, y televisión son sus preferidos y qué les gusta de ellos.
- ♦ Cómo y con quién celebra su cumpleaños y si se lo pasa bien
- ♦ Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por

los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

6 DIAGNÓSTICO

- ♦ Eje I (Trastorno actual. Por ejemplo: Enuresis funcional)
- ♦ EJE II Retardo Mental
- ♦ Eje III (Trastornos somáticos)
- ♦ Eje IV (Estresores actuales. Por ejemplo: problemas de pareja entre padres)
- ♦ Eje V evaluación multiaxial

Anexo 2 Protocolo Guía de Intervención para el manejo de menores víctimas del abuso sexual infantil

El Programa cognitivo -conductual de Deblinger y Heflin (1996) para el tratamiento de los niños que has sufrido abuso sexual.

A continuación se presenta un resumen del programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el abuso, diseñado por Deblinger y Helflin (1996), y dirigido a los niños víctimas de abusos sexuales y a sus progenitores (no implicados en el abuso). Dada la importancia del apoyo parental para la adaptación de la víctima, los niños abusados sexualmente puede beneficiarse de la ayuda que se le preste a sus padres para que afronte su propio estrés, enseñándoles también la forma de ayudar a sus hijos a afrontar la experiencia negativa del abusos sexual. La terapia se basa en la consecución de estos dos objetivos.

Intervención con el niño

Consta de varias técnicas cognitivo-conductuales, entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal. Las sesiones iniciales se suelen dedicar a establecer una buena relación terapéutica, completar la evaluación y presentar los resultados de la evaluación y los motivos para el tratamiento. Posteriormente, se inicia el trabajo terapéutico con el niño que consta de tres componentes: entrenamiento en habilidades de afrontamiento (expresión emocional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento cognitivo, entrenamiento en relajación); exposición gradual y procesamiento cognitivo y afectivo; y educación sobre abuso sexual infantil, sexualidad

sana y habilidades de seguridad personal. El número de sesiones dedicadas a cada uno de estos componentes y el orden de aplicación son flexibles, con el fin de que el terapeuta pueda diseñar la terapia que mejor satisfaga las necesidades del niño. A menudo, el trabajo se puede programar de manera que aparezca más de un componente durante las mismas sesiones.

Modulo 1. Entrenamiento en habilidades de Afrontamiento

Este componente de la terapia se centra, fundamentalmente, en el entrenamiento de la expresión emocional, el afrontamiento cognitivo y estas habilidades pueden ser especialmente útiles para afrontar los pensamientos y sentimientos que pueden haberse experimentado durante el curso del abuso.

Habilidades de Expresión emocional

Enseñarle al niño a *identificar sus propias emociones*, dada la tendencia de las víctimas a no expresarlas. Es importante aclarar que no hay sentimientos correctos o incorrectos. Para fortalecer la conciencia e identificación de sus emociones se le puede animar para que discutan situaciones reales y personales (aunque no necesariamente relacionadas con el abuso) que le hayan producido distintas emociones (alegría, tristeza, orgullo, preocupación, vergüenza, excitación, etc. Puede describir tanto formas adaptativas, como desadaptativas

Habilidades de afrontamiento cognitivo

Se debe Comenzar el afrontamiento cognitivo explicándole al niño *la interrelación que existe entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta*. A continuación debe explicarle que, en gran medida podemos controlar nuestros pensamientos y

por consiguiente, nuestros sentimientos. Que puede optar por pensar sobre una determinada situación en términos positivos, optimistas y que estos pensamientos provocarán unos sentimientos positivos. Una vez modelado el proceso, se le pide que aplique lo aprendido a un ejemplo, y demuestre cómo diferentes pensamientos sobre una misma situación pueden llevar a sentimientos distintos.

Procesamiento cognitivo y afectivo

El procesamiento cognitivo y afectivo de la experiencia abusiva es un factor fundamental para la adaptación. Aunque compartir sus pensamientos y sentimientos sobre el abuso es terapéutico en y por sí mismo, el procesamiento también suministra a los niños abusados sexualmente la oportunidad de explorar más a fondo. Clarificar y corregir pensamientos disfuncionales acerca del abuso sexual. Así como clarificar y resolver sus sentimientos a menudo conflictivos o confusos acerca de su experiencia. Estos pensamientos y sentimientos acerca del abuso sexual y sus consecuencias pueden incluir de manera significativa en la imagen de sí mismo y en su estilo de afrontamiento cognitivo.

Módulo 3. Educación sobre el abuso sexual infantil, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal

El último componente terapéutico. La educación sexual y las habilidades de seguridad personal. Debería proporcionarse a lo largo del tratamiento en momentos en los que el niño pueda utilizarlo de manera más eficaz

Intervención con los progenitores no implicados en los abusos sexuales

La intervención con los padres no implicados en los abusos persigue un triple objetivo. En primer lugar. Ayudarles a afrontar sus propias reacciones emocionales. De manera que puedan apoyar mejor a sus hijos. Por otra parte. Se pretende educarlos sobre la manera de iniciar y mantener una comunicación abierta con el niño acerca de la experiencia abusiva. Así como sobre experiencia relacionada con la sexualidad sana. Por último, se busca dotar a los padres de habilidades para el manejo del comportamiento. Ayudándoles así a actuar adecuadamente con las dificultades conductuales que pueda presentar al hijo como resultado del abuso. Teniendo en cuenta estos objetivos, la intervención se realiza por medio de tres módulos.

Módulo 1. Educación/Afrontamiento

El objetivo fundamental del primer módulo es ayudar a los padres a afrontar sus reacciones emocionales cuando descubren que su hijo ha sido abusado sexualmente. A través de un modelo cognitivo de terapia. Se les enseña a combatir los pensamientos disfuncionales que pueden provocarles las reacciones emocionales negativas, aportándoles información exacta sobre el abuso sexual infantil. Por ejemplo, los posibles sentimientos de culpabilidad de los progenitores no involucrados en los abusos sexuales se mitigan informándoles de la prevalencia del abuso sexual infantil y de la naturaleza de las relaciones sexualmente abusivas. Además, al discutir las consecuencias del abuso sexual, el terapeuta enfatizó el papel esencial que los padres pueden jugar en la adaptación a largo plazo de sus hijos. A lo largo de todo el módulo, se les repite a los padres que son la mejor fuente de apoyo del niño, insistiendo en la importancia de que desarrollen unas estrategias de afrontamiento eficaces, tanto para el bienestar

de sus hijos como para el de ellos mismos.

Módulo 3. Habilidades de manejo de la conducta del niño

El Objetivo de este modulo es que los padres aprendan principios conductuales que les lleven a mejorar su comprensión y manejo de las conductas problemáticas de los niños, Esto puede repercutir beneficiosamente en los niños por varias razones. Si los padres aprenden nuevos métodos de respuesta adecuada a la conducta del hijo, éste interactuará más positivamente con ellos y con los demás. Además. Suministrar unas consecuencias lógicas. Consistentes a las conductas del niño, tanto positivo como negativo, le están proporcionando un ambiente en el que puede experimentar un mayor sentimiento de control. Las reglas claras y las consecuencias consistentes permiten al hijo saber, antes incluso de implicarse en una conducta, que a ese comportamiento le van a seguir unas determinadas consecuencias. Incrementando así su sentimiento de control sobre el ambiente. La cuestión del control es esencialmente importante para estos niños que han vivido una experiencia traumática que escapaba a su control. Así pues, enseñar a los padres a proporcionar este tipo de ambiente tiene un beneficio terapéutico para la víctima.

Apéndice 3

CDS

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

Lang y Tisher (1983)

NOMBRE: _____ EDAD _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

TERAPEUTA: _____

INSTRUCCIONES

El examinador leerá pausadamente, pronunciando con claridad, el número de orden y contenido de la frase, y concederá tiempo suficiente para que él o los niño lo contesten. Se puede repetir una frase pero no aclararla con otras palabras distintas (excepto en caso muy especiales; ejemplo, En Andalucía tal vez convenga indicar que "desgraciado" no significa "hijo de mala madre" sino "desdichado" o "triste"). Cuando en la redacción se incluyen dos o más términos (madre/padre), hay que leerlos para que los niños puedan acogerse a uno de ellos). Al final de cada grupo de ocho frases se incluye una flecha como recordatorio de que los niños tienen que comenzar en el siguiente recuadro de la de la respuesta.

Para ello debe utilizar el siguiente código:

- ++ Muy de acuerdo
- + De acuerdo
- +/- no estoy seguro
- En desacuerdo
- - Muy en desacuerdo

ELEMENTOS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. muchas veces me siento triste en el colegio.
3. a menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. a menudo creo que valgo poco.
5. me despierto a menudo durante al noche.
6. pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. creo que se sufre mucho en la vida.
8. me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.



9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.



17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. la mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

22. A veces temo que lo que hago puede molestar o enfadar a mi padre/madre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.



25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. a menudo me siento triste por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.



33. Casi siempre la paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir ésta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado por que no amo a mí madre/padre como debería.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
40. Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.



41. Soy una persona muy feliz.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.



49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
55. Muchas veces me siento mal por que no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.



57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es triste.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal por que no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.

63. tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

Apendice 4

CAS

ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS

JHON S. GILLIS. IPAT, 1980

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

"buenos días, buenas tardes, me llamo. y tengo interés en hacerles unas cuantas preguntas para conocer sus opiniones y preocupaciones. Les pido que contesten a mis preguntas, poniendo una X en el lugar que les voy a explicar.

Pondrá una X como está en el redondel (y se señala), si está de acuerdo con la primera parte de la pregunta:



FIGURA DE REDONDEL



FIGURA DE CUADRADO

Si está de acuerdo con la segunda parte de la pregunta, pondrá la X en el Cuadrado.



FIGURA DE REDONDEL



FIGURA DE CUADRADO

"fíjese que a cada lado del recuadro hay un redondel y un cuadradito y en el medio un dibujo:

Una mariposa en el primero, una cuchara en el segundo. . . y así sucesivamente."

"Ahora, recuerde lo que tiene que hacer. Yo le voy a hacer una pregunta, y usted tendrá que contestar poniendo una X en el redondel o en el cuadradito. Bien, ponga el dedo en el primer recuadro, tapando la mariposa. Esta es la pregunta que debe contestar en el recuadro: ¿Crees que te salen bien las cosas ¿ SI (redondel) No (cuadradito)"

"continuemos... y procure contestar según he venido explicando. Procure asegurarse antes de contestar. Si es preciso piense antes un poquito. "

"Si tiene alguna duda, no esté completamente seguro sobre lo que tiene que hacer, pregúnteme con tranquilidad":

El tiempo previsto para las instrucciones es aproximadamente de 15 minutos. La duración de la aplicación, superior a los 15, dependiendo la edad de los respectivos sujetos, de su nivel de comprensión ya que ésta variable influye para que repetir más o menos veces las preguntas.

ELEMENTOS DEL CAS

1. (MARIPOSA) ¿Crees que te salen bien la mayoría de veces
Que intentas)
SI (Redondel) NO (Cuadradito).
2. (CUCHARA) ¿La gente piensa que normalmente eres bueno o
que
Eres malo? (Cuadradito).
3. (NUBE) Cuando te preguntan, ¿contestas antes que los
demás
Niños (Redondel), o los demás niño contestan
antes
Que tú. (Cuadrado).
4. (PEZ) ¿Tienes buena suerte (redondel), o mala suerte?
(Cuadradito).
5. (MANZANA) ¿Piensas que solamente caes bien a unos pocos
(Redondel) o a todo el mundo?(Cuadradito).
6. (SETA) ¿Algunas veces te han dicho que hablas

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

- Demasiado (Redondel) o no? (Cuadradito).
7. (RATON) ¿Puedes hacer las cosas mejor que la mayoría de Los Niños (Redondel) o los demás niños las Hacen mejor Que tú? (Cuadradito)
 8. (LUNA) ¿Crees Que pasan muchas cosas malas (Redondel), o Pocas ¿(cuadrado).
 9. (BOTELLA) ¿Estás contento y alegre casi siempre (Redondel) o casi nunca (Cuadradito).
 10. (AVION) ¿Te parece que las cosas son demasiado difíciles (Redondel), o demasiado fáciles? (Cuadradito).
 11. (LIBRO) ¿Piensas que estás demasiado tiempo sentado en El Colegio (Redondel), o no ? (Cuadradito).
 12. (HOJA) ¿Sueles terminar tus deberes a tiempo Redondel), o Necesitas más tiempo?
 13. (LECHUZA) ¿Los demás niños son siempre buenos contigo Redondel), o algunas veces te molestan? (Cuadradito).
 14. (LEÓN) ¿Los otros niños pueden hacer las cosas mejor Que tú (Redondel), o peor que tú ? (Cuadradito).
 15. (TORTA) Sientes miedo cuando está oscuro, (Redondel) o no? (Cuadradito)
 16. (SOL) ¿Tienes muchos problemas (Redondel), o pocas Problemas ¿Cuadradito).
 17. (MANO) ¿Piensas que la gente a veces habla mal de ti (Redondel), o que no es así? (Cuadradito).
 18. (BANDERA) ¿Crees Que haces bien casi todas las cosas (Redondel), o sólo algunas? (Cuadradito)
 19. (CORAZON) ¿Tienes siempre sueños agradables (Redondel), o Casi siempre son de miedo?(Cuadradito).
 20. (PARAGUAS) Cuando te haces una herida ¿Te asustas o te mareas(Redondel), o no te preocupas? (Cuadradito).

Apéndice 2

Acetatos Guías capacitación padres de familia

¿QUE ES EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

1. Tocamiento de genitales del niño o niña por parte del abusador/a.
2. Tocamiento de otras zonas del cuerpo del niño o niña por parte del abusador/a
3. Incitación por parte del abusador/a al tocamiento de sus propios genitales
4. Penetración vaginal o anal o intento de ella ya sea con sus propios genitales, con otras partes del cuerpo (Ej.: dedos), o con objetos (Ej.: palos), por parte del abusador/a.
5. Exposición de material pornográfico a un niño o niña (Ej.: revistas, películas, fotos)
6. Contacto bucogenital entre el abusador/a y el niño/a.
7. Exhibición de sus genitales por parte del abusador/a al niño o niña.
8. Utilización del niño o niña en la elaboración de material pornográfico (Ej: fotos, películas).



Cómo identificar cuando niños y niñas sufren abuso sexual?

Indicadores físicos de abuso sexual

- Dificultad para caminar o sentarse
 - Lesiones, Desgarros, magulladuras en los órganos sexuales
 - Irritación del área anogenital
 - Infecciones en zonas genitales y urinarias
 - Enfermedades venéreas
 - Presencia del esperma
 - Embarazo
 - Dificultades manifiestas en la defecación
 - Hemorragias por la vaginal o por el recto.
 - Ropa interior manchada o rota.
 - Hematomas en el cuerpo, especialmente en los genitales.

Indicadores comportamentales de abuso sexual

- Masturbación excesiva
 - Conocimientos y conducta sexuales impropios a su edad.
 - Interés excesivo, ó el evitar todo lo de naturaleza sexual.
 - Comportamiento seductor.
 - Depresión ó aislamiento de sus amigos y familia.
 - Desorden del apetito (pérdida, anorexia, bulimia).
 - Regresiones, incapacidad para controlar esfínteres.
 - Problemas de sueño (Insomnios, miedo y pesadillas).
 - Llanto continuo.
 - Excesiva agresividad.
 - Temor o rechazo a alguna persona.
 - Bajo rendimiento escolar.
 - Desconfianza en sí mismo.
 - Negarse a ir a la escuela, delincuencia.
 - Secretismo.
 - Evidencia de abusos o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías.
 - Comportamiento suicida.
 - Otros cambios severos en su comportamiento.

¿Qué tipo de niño o niña puede ser víctima?

- Baja autoestima
- Necesidad de afecto y/o atención
- Niño o niña con actitud pasiva
- Dificultades en desarrollo asertivo
- Tendencia a la sumisión
- Baja capacidad de toma de decisiones
- Niño o niña en aislamiento
- Timidez o retraimiento

Medidas de prevención de sus padres hacia sus hijos

Diga a los niños que "si alguien trata de tocarte el cuerpo y hacerte cosas que te hacen sentir raro, dile que NO a la persona" y que se lo cuente enseguida.

- Enseña a los niños que el respeto a los mayores no quiere decir que tengan que obedecer ciegamente a los adultos y a las figuras de autoridad. Por ejemplo, no les diga "siempre tienes que hacer todo lo que la maestra o el que te cuida te mande a hacer."

- Apoya a los programas profesionales del sistema escolar local para la prevención.

-Sistematización de la Práctica en Psicología Clínica Centro Zonal Norte

- Habla claro con tu niño o niña sin tabúes ni prejuicios sobre los temas de la sexualidad.
- Educa a tu hijo sobre la sexualidad desde la edad preescolar, en la educación formal y no formal.
- Explícale la diferencia entre una expresión de cariño y una caricia sexual.
- Escucha sus dudas y responde a sus preguntas con sencillez y serenidad.
- Demuéstrale confianza para que exista una mejor y mayor comunicación.
- Deposita confianza en el niño si te comunica que está en riesgo de ser abusado sexualmente
- Demuéstrale aún más su cariño y afecto.

Pauta de apoyo al niño en la fase de crisis

EL NIÑO NECESITA	LAMADRE PUEDE AYUDARLO	LAMADRE NO LO AYUDA
Sentir que su denuncia es escuchada	Acogiendo oportunamente lo que intenta comunicar	Eludiendo el tema o no haciendo nada frente a la divulgación
Sentir que no vuelve a ser transgredido en sus límites	Respetando su ritmo y posibilidad de contar	Presionando a que entregue detalles
Sentir que creen en él	Comunicándole explícitamente que le cree	Dudando o descalificando su relato
Saber que el abuso no ha sido su culpa	Comunicándole que él no es responsable por lo ocurrido	Echándole la culpa explícita o implícitamente
Ser tranquilizado por un adulto	Logrando mantener la calma frente al niño	Desbordándose frente al niño
Sentirse comprendido en su sufrimiento	Comunicándole la pena que siente por la injusticia cometida con él	Perdiendo de vista el dolor del niño
Sentir que hizo bien al contar	Felicitándolo por haberle contado	Retándolo por no haber hablado antes, recriminándole las consecuencias de la divulgación
Sentirse seguro y protegido	Asegurándole que tomará medidas para detener el abuso y concretando tal alternativa	No activándose hacia la protección

(Llanos, Sinclair, Arón, Milicic, Martínez, Salgado & Chía, 2005)

Pauta de apoyo al niño en la fase de reparación

El niño necesita	La madre puede ayudarlo	La madre no lo ayuda
Expresar su sufrimiento	Siendo receptiva a su dolor y brindándole contención emocional	Reprimiendo la expresión emocional o dejándolo solo con su dolor
Elaborar lo ocurrido	Brindándole oportunidades para hablar del abuso, sin forzar la conversación Desculpabilizando, acogiendo sus temores y aclarando sus confusiones	Intentando olvidar lo ocurrido, transformando el abuso en un tema tabú
Sentirse querido	Brindándole muestras concretas de cariño y aceptación	Dando por sabido el cariño, sin preocuparse por demostrarlo
Sentirse valioso y competente	Mostrándole sus cualidades, reforzando sus logros y fomentando sus talentos e intereses	Enfatizando sólo sus debilidades y errores
Verse a sí mismo como un niño(a) normal	Tratándolo como un niño igual a los demás, que no es especial ni diferente por lo ocurrido	Tratándolo como un niño enfermo, incapaz o irremediamente dañado
Sentir que puede seguir siendo un niño	Promoviendo que juegue, lo pase bien y comparta con otros niños	Restringiendo el juego y el contacto con otros niños
Volver a confiar en el mundo de los adultos	Actuando de manera consistente y brindándole su apoyo incondicional	Defraudándolo con promesas no cumplidas
Contar con vínculos de buen trato	Tratándolo con respeto y reconociéndolo en su singularidad	Desvalorizando su modo de pensar, sentir y actuar

(Llanos & Sinclair, 2001).

Apéndice 3

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Yo _____ (nombre) con documento de identidad N° _____ por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación **CARACTERIZACIÓN CLINICA DE MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MENORES VICITIMAS DEL ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN AL CENTRO ZONAL NORTE**, cuyo objetivo es referencial el impacto psicológico del abuso sexual en los menores.

Se me ha explicado que mi participación consiste en permitir que se realice una evaluación psicológica a mi nieto o hija y que dicha evaluación puede presentarse como estudio de caso. Por mi parte, me comprometo a asistir a las actividades educativas y preventivas que se planteen.

Entiendo que conservo e derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.

Se me ha dado seguridad d que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del estudio.

La psicóloga se compromete a cumplir con las normas éticas correspondientes.

Firma