



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

**AGRESIÓN SEXUAL Y SU INFLUENCIA EN LAS RELACIONES
SOCIALES EN UNA ADOLESCENTE DE 13 AÑOS**

AUTOR:

MISAEEL NATHAEL VERA JIMENEZ

TUTOR:

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

BABAHOYO - ENERO 2020



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios , por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formaicon academica, a mi familia , por ser los pilares mas importantes y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias u opiniones.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar en constancia mis más sinceros agradecimientos a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.

A mis maestros que a lo largo de preparación como profesional supieron transmitir sus conocimientos y experiencias.

A Dios nuestro creador, a mis padres por todo el apoyo brindado durante esta etapa, quienes han sido mi soporte cuando más los he necesitado y un agradecimiento especial al tutor quien me supo orientar en el transcurso de la elaboración de este proyecto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

RESUMEN

La agresión sexual es un problema social en el cual se ven inmersas personas sin importar el tipo de sexo, edad, raza o condición económica. Sin embargo hay que saber diferenciar entre los diferentes tipos de coacción a los cuales las víctimas estén siendo sometidas, ya que la agresión sexual es considerada como un acto deliberado optando el uso de la fuerza para mantener intimidad.

El presente trabajo aborda un estudio de caso acerca de la agresión sexual el cual tiene como objetivo determinar si este acto influye en las relaciones sociales del individuo. Aborda las consecuencias que conlleva este tipo de violencia y a su vez los motivos por los cuales la víctima no manifiesta su situación.

Para obtener información se plantean diferentes técnicas y herramientas durante el transcurso del estudio las cuales van acorde al cumplimiento del objetivo trazado por el investigador.

De igual manera se llega a un diagnóstico de la unidad de análisis para posteriormente elaborar un plan terapéutico el mismo que quedará planteado para la evolución de la víctima y así mejore su condición de vida.

Palabras claves: agresión sexual, relaciones sociales, diagnóstico, plan terapéutico.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

ABSTRACT

Sexual assault is a social problem in which people are immersed regardless of the type of sex, age, race or economic condition. However, we must know how to differentiate between the different types of coercion to which the victims are being subjected, since sexual assault is considered as a deliberate act opting for the use of force to maintain intimacy.

This paper deals with a case study about sexual assault which aims to determine if this act influences the social relationships of the individual. It addresses the consequences of this type of violence and, in turn, the reasons why the victim does not express his situation.

To obtain information, different techniques and tools are proposed during the course of the study, which are consistent with the fulfillment of the objective set by the researcher.

In the same way, a diagnosis of the unit of analysis is reached to later elaborate a therapeutic plan that will be proposed for the evolution of the victim and thus improve their living condition.

Keywords: sexual assault, social relationships, diagnosis, therapeutic plan.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
ININTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	3
SUSTENTO TEÓRICO.....	3
AGRESIÓN SEXUAL:.....	3
RELACIONES SOCIALES.....	6
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	10
RESULTADOS OBTENIDOS.....	12
SITUACIONES DETECTADAS.....	14
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	23

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación denominado documento probatorio dimensión escrita del examen complejo previo a la obtención del título en la especialidad de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, se lo presenta como un estudio de caso; el mismo que se encuentra inmerso en la Línea de investigación de la Carrera de Psicología: Asesoramiento psicológico, y su sub-línea de investigación: Asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional.

La temática del siguiente caso propuesto se refiere al problema de la agresión sexual y su influencia en las relaciones sociales en una adolescente de 13 años de edad que cursa el noveno año de Educación General Básica en una unidad educativa en la ciudad de Babahoyo.

El propósito de esta investigación es determinar la influencia que la agresión sexual tiene en las relaciones sociales en una menor de edad, consecuencias emocionales y conductuales, la existencia del apoyo familiar luego de una agresión sexual y tipos de agresión sexual, de igual manera si esto se convierte en un problema en sus habilidades académicas y funcionales.

En base a la línea y sub línea de investigación de la carrera la siguiente investigación brinda cómo llevar un abordaje a personas que hayan sido víctimas de agresión sexual, sobre todo la intervención del psicólogo clínico para la asesoría u orientación a nivel familiar, social y educativo.

Para lograr nuestro objetivo se emplearon técnicas como la observación, entrevista y pruebas psicométricas. Se empleó el diseño metodológico en el que se establecen dos variables de gran importancia para este estudio. Además, se basó en el enfoque cualitativo con un alcance descriptivo, de corte transversal empleando el método inductivo-deductivo.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

Si bien la agresión sexual redunda en la sociedad actual, ya que los casos son cada vez más pavorosos, pues, por lo general estos casos al menos por una vez han sido generados en sus hogares, en el barrio o incluso en el bus de transporte público. Está previsto que por temor o aislamiento social el individuo no da a conocer su situación, siendo víctimas que en su posibilidad y estado actual sufren continuamente.

La finalidad de este estudio es dar a conocer los factores de riesgos a los que están expuestas las víctimas de agresión sexual y brindar orientación psicológica para que la víctima no presente problemas en su vida cotidiana, además de ser un tema de gran importancia a nivel social, se debe tomar en cuenta la revictimización, la impunidad, la falta de empatía de las autoridades y de la poca credibilidad que se da a las víctimas los cuales dan razón a que las mujeres no acudan a las autoridades a poner conocimiento acerca del delito en muchos de los casos tal vez ni si quiera lo sabe su familiar más cercano y debido a esto no reciban ayuda inmediata oportuna.

La beneficiaria directa de este trabajo es la adolescente víctima, siendo el individuo de estudio, así como también están los beneficiarios indirectos como la familia y por supuesto la institución educativa quienes recibirán asesoramiento para el manejo de las relaciones sociales con un individuo que haya padecido o sido víctima de este tipo de agresión.

El presente estudio servirá de aporte para tener una mejor comprensión acerca de esta temática y a la identificación de situaciones similares ya que por el desconocimiento del tema no existe una ayuda inmediata a las víctimas de agresión sexual y esto les conlleva a traumas de corto y largo plazo.

Para llevar a cabo el estudio se cuenta con los recursos necesarios, así como el acceso a la institución en la cual se está realizando la investigación, de igual manera se contará con el apoyo del establecimiento, el grupo de docencia y el estudiantado, además de fundamentos teóricos científicos los mismos que emitirán información oportuna para el sustento de la investigación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia que tiene la agresión sexual en las relaciones sociales de una adolescente de 13 años de una institución educativa de la ciudad de Babahoyo.

SUSTENTO TEÓRICO

AGRESIÓN SEXUAL:

Las características primordiales de la agresión sexual comprenden desde actos que van del acoso verbal hasta una supuesta penetración y una diversidad de tipos de coacción, que pueden ir desde la presión social y el tener intimidad desde la fuerza física.

La agresión sexual o violencia sexual no se limita a las características propuestas, sino que se incluye la violación entre cónyuges y encuentros amorosos, violaciones por conocidos o desconocidos y las insinuaciones sexuales no deseadas como el acoso sexual ya sea en las instituciones educativas, laborales o en los buses.

En cuanto a la definición de agresión sexual decretada por la OMS, (2011) es:

Se considera agresión sexual a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (Organización Mundial de Salud , 2011).

En base al concepto determinado por Organización Mundial de la Salud, el investigador, determino su propia concepción; acto deliberado que afecta a un individuo vulnerándole sus derechos humanos, donde el victimario goza de un acto insólito.

El ser víctima de agresión sexual ocasiona problemas, siendo en su mayoría de carácter psicológico, trayendo consigo consecuencias a largo plazo, las mismas que afectaran su vida en el desarrollo social, familiar y sexual (Campos, 2015).

Dicho autor expresa que muchas son las razones que se presentan para que la víctima no ponga en conocimiento o la denuncia de su caso. Siendo la situación de los menores que son violentados en sus hogares quienes padecen de la capacidad de denunciar

y una de las razones son las represalias que pueden sufrir por parte del autor del hecho o por miedo a que su situación pueda empeorar a raíz de la intervención de las autoridades.

Así como Campos lo menciona, la agresividad sexual es más que un acto, es un daño que trasciende a la calidad de vida del individuo. Son afecciones físicas y secuelas psicológicas con las que la persona vive el transcurso de su vida, en donde el sujeto suele demostrarse con un estado de ánimo depresivo, con niveles de ansiedad elevados, y presenta dificultad para relacionarse en el ámbito escolar y social.

La reprensión suele ser un factor predisponente, pues la víctima guarda sus sentimientos en relación al acto en protección a su integridad, lo cual afecta a su estado anímico y posee alta predisposición a presentar restricciones sociales, emocionales y cognitivas, adoptando comportamientos de riesgos para la salud como mantener relaciones sexuales prematuras y el uso ilícito de sustancias adictivas.

Opazo Baeza & Rivera Toledo (2010) describen que:

Existen algunos problemas sociales y psicológicos vinculados con el riesgo a la agresión sexual los cuales son trastornos de ansiedad, depresión, alucinaciones, bajo desempeño laboral, académico y problemas de memoria, de igual manera se adopta un comportamiento agresivo. Durante el transcurso de la vida estos riesgos están asociados con enfermedades de transmisión sexual, de la misma manera con episodios de violencia contra la pareja e ideas o intentos suicidas. (p.80-107)

Como lo mencionan los autores propuestos, las víctimas de agresión sexual presentan afecciones psicológicas las mismas que intervienen en su desarrollo, mostrando problemas en sus actividades cotidianas y en sus relaciones sociales debido al cambio anímico que manifiesta la persona agredida.

El victimario en ciertas ocasiones trabaja de una manera premeditada el abuso y en su mayoría no es atrapado para realizar el proceso judicial con los cargos correspondientes ante un juez y ser declarado imputable ante el hecho culposo. Para llegar a la víctima el abusador emplea diversas habilidades con el fin de llevar a cabo su plan, las estrategias que pone en práctica van desde engaños y cohechos, en otras palabras, seduce a la víctima con afecto, además de estas tácticas pone en efecto otro tipo de destrezas para

asegurar el silencio del o la menor, como las amenazas o hacerle la propuesta de que lo cometido es un secreto especial entre ambos. (Acuña Navas, 2014, p. 5)

Este delito en la República del Ecuador se encuentra en el COIP (2014) en el artículo 171 el cual es considerado como:

“Violación. - Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
 2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.
 3. Cuando la víctima sea menor de catorce años. Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:
 1. La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o daño psicológico permanente.
 2. La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal.
 3. La víctima es menor de diez años.
 4. La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima.
 5. La o el agresor es ascendiente o descendiente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
 6. La víctima se encuentre bajo el cuidado de la o el agresor por cualquier motivo.
- En todos los casos, si se produce la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años”. (p. 29)

Gonzales y otros (2012) describen a la agresión sexual como un factor que está inmerso con las relaciones sociales, el cual refiere lo siguiente:

“Cuando el agresor se encuentra dentro del núcleo familiar, muchos casos se dan en que los padres encargados o más bien quienes deberían cuidar a sus hijos, guardan silencio más aún si el agresor o responsable del hecho es el cónyuge u otro familiar, o podría ser el caso de algún miembro poderoso de la sociedad, por ejemplo, un jefe,

un miembro policial o un líder barrial, el miedo es mayor frecuentemente relacionado con la denuncia de la violencia. Por otra parte, en una sociedad patriarcal en donde las ideas del honor familiar van más allá de los derechos humanos y del bienestar de los y las menores, en muchas ocasiones un evento de violencia o agresión sexual puede provocar el exilio de la víctima o más violencia hasta tal punto de que puede fallecer en manos de un familiar”. (González, y otros, 2012, p. 413-422)

En referencia a Gonzáles y otros con el argumento presentado, se describe que los casos de agresión sexual pueden ser por parte de un miembro de la familia o personas cercanas a la víctima. Esto conlleva a que el individuo mantenga en secreto el hecho ocurrido por el miedo generado debido a las amenazas recibidas por el agresor y, en ciertas ocasiones debido a las malas relaciones familiares o funcionalidad de la misma, no existe el soporte necesario para que la víctima supere dicho trauma, sino más bien dicha disfuncionalidad se convierte en un factor de riesgo por el cual no se realizan los procesos periciales pertinentes que conciernen en el área de psicología y medicina, llevando en ocasiones al deceso de la víctima debido al silencio o a la no actuación de los seres cercanos.

RELACIONES SOCIALES

Mota & Rivas,(2015) En su tesis para optar al grado académico de licenciadas en educación, donde dicen que, las relaciones sociales son interacciones recíprocas entre un conjunto de seres que interactúan entre sí, al que denominaríamos círculos sociales. Presentando esto se puede detectar que la interacción existente se encuentra en todo ámbito social, ya sean, escuelas, trabajos, clubes. En cuanto se establezca un contacto con el entorno habrá lo que llamamos relaciones interpersonales. (p. 16-49)

Cabe recalcar que según las autoras indican que para mantener una relación interpersonal estable se procura tener un sentido de pertenencia en un ambiente de armonía sin ahogar el desenvolvimiento individualizado. Dentro de los círculos sociales el individuo busca estar en un lugar de confort como si fuera una barrera donde les es difícil a las adversidades adherirse a su desarrollo social. En cuanto al contacto que la persona mantenga con su entorno dichas autoras proponen que este podría ser de manera directa, es decir un cara a cara con otros seres de la sociedad o de forma indirecta debido al avance tecnológico de la era actual donde el vínculo entre seres se lo realiza vía redes digitalizadas.

Pernia (2012) explica que el ser humano mantiene círculos sociales para compartir información:

“(…) El cual toma la comunicación desde lo social, entendemos que las personas en su mayoría siempre están alrededor de otras y en constante interacción, haciendo intercambio de información, las cuales pueden ser anécdotas, sentimientos, y emociones, llegan a surgir diferentes factores que pueden hacer que la comunicación se facilite o dificulte en su proceso, por eso debemos aprender a entendernos en el transcurso, y así se podrá desempeñar correctamente en cualquier situación social.” (Pernia, 2012, p. 16-49).

Esto quiere decir que para fortalecer los vínculos de armonía en las relaciones interpersonales el ser humano necesita ser comunicativo o expresivo en su sentir, como persona, y como ser, pues esta es la mejor manera en donde podrán buscar solución a los conflictos presentados externamente que en su mayoría pueden estar interfiriendo en su desarrollo en la sociedad.

En cuanto se desarrolle una dinámica inadecuada dentro del entorno familiar, los menores que forman parte del sistema absorben los conflictos existentes entre los demás miembros familiares, siendo ellos los más afectados ya que asimilan el caos presente en su entorno, debido a esto desarrollan temores los mismos que serían un factor para la pérdida de intereses tales como: de conocer, instruirse, confrontar aprietos y proponerse metas (Sabroso Cetina, Jiménez Alegre, & Lledó Carreres, 2011).

Continuando el argumento se puede decir, la influencia que se da en el hogar puede afectar en la manera de relacionarse con otras personas, es decir si el menor es maltratado o existe violencia dentro del hogar, el mismo va a desarrollar o comportarse de manera violenta ya sea en la escuela o cualquier otro lugar donde existiera la oportunidad de aplicar comportamientos inadecuados ya sea con compañeros, con hermanos o con los propios padres.

Existen varios trabajos que abordan la temática desde su punto de vista como el de Madariaga y compañía que refieren lo siguiente: Para Madariaga & Goñi, (2009) expresan que:

Dentro de la movilidad humana se encuentra la dimensión social la cual corresponde al proceso de socialización. Para que se logre las interacciones debe existir la llamada comunicación relacional la misma que necesita de concurrencia de otros seres para desarrollarse activamente a través del lenguaje, la influencia mutua de los protagonistas es el compartir algo y esto da lugar a la socialización. Dentro de este proceso existe un emisor que brinda un mensaje y el receptor dota el significado creando una propia percepción la cual condiciona su reacción en el proceso interactivo. (p. 95-118)

Por lo tanto, para la existencia de interacciones personales debe existir un sistema de comunicación adecuado para la propuesta de pautas, reglas y valores en las relaciones interpersonales para el manejo de las contradicciones existentes entre los miembros del círculo social, si se logra desarrollar una comunicación productiva, esta permitirá la construcción del conocimiento.

La teoría de representaciones sociales de Serge Moscovici explica que la representación social se la denomina como la particularidad del conocimiento, cuya ocupación es la elaboración del comportamiento y la comunicación entre los individuos entre su entorno. En otras palabras, es el conocimiento el cual conlleva a que la persona se comunique y se ponga al día, y a su vez busque un estado de bienestar dentro del círculo social. La representación social es el corpus organizado de conocimiento y una de las actividades mentales las cuales aportan al hombre para que tenga claro la realidad social y gracias a esto se logre integrar en un grupo social de intercambio de relaciones y a su vez liberen el poder de su imaginación (Mora, 2002, p. 1-25).

Este autor por otra parte refiere que:

“Las representaciones sociales hacen referencias a las alusiones concretas que no pueden materializarse físicamente. Es decir que las representaciones sociales pueden llegar a convertir una percepción o un aspecto abstracto en un concepto concreto que en su gran mayoría se presenta en la mente de los seres humanos. Como ejemplo claro se puede expresar los estereotipos, los cuales a partir de una percepción establecen una sentencia o resolución de manera universal” (Mora, 2002, p. 1-25).

Las representaciones sociales se expresan de dos maneras. Por el proceso el cual se entiende como las maneras que se obtienen y se anuncian los conocimientos. Durante este actúa el rol que desempeñan los diferentes medios de comunicación para la elaboración,

transferencia y reproducción de las formas simbólicas. Por otro lado, el contenido se manifiesta en tres dimensiones, la actitud la cual se refiere al aspecto afectivo, la misma que implica una valoración positiva o negativa acerca del objeto; la información que se basa a las maneras de explicar que el individuo tiene acerca del objeto; y, el campo de representación que se refiere a la organización de los contenidos (Piñero Ramírez, 2008, p. 1-19).

Además, Piñero Ramírez manifiesta que la localización socioeconómica y cultural del individuo o del círculo social está vinculados con las representaciones sociales.

Por otro lado, como pensamiento constituido estas representaciones dotan de significado a la realidad social que a su vez conforman un pensamiento constituyente, los cuales contribuyen a elaborar la realidad social, y a que el hombre reconozca y acepte dicha realidad, integrándose a la posición social que le corresponda en base de sus esquemas de pensamiento.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A continuación, se describirá cada una de las técnicas empleadas por el investigador para el estudio de caso planteado:

La entrevista es una de las técnicas de mayor uso en el área de psicología clínica, aporta a la recolección de información de manera verbal acerca del tema a tratar, se aplicó esta técnica a la adolescente, a los docentes que le imparten clases, al grupo de compañeros de la menor para recabar testimonios acerca de cómo era la relación entre compañeros de salón, así como también se entrevistó a la psicóloga encargada del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución en donde se llevó a cabo el estudio. Se utilizó la entrevista semiestructurada y la historia clínica la misma que sirve para la obtención de datos de gran importancia para el estudio, abarca desde los datos de afiliación hasta una posible patología que pueda presentar la unidad de análisis, este tipo de entrevista ofrece que el paciente exprese de manera deliberada sus criterios, su estado de ánimo, logrando así el investigador la obtención de información significativa. Anexo 1

Por otro lado, se aplicó pruebas psicométricas adecuadas al caso de estudio cuyo objetivo es brindar aporte a la búsqueda de información durante la investigación. Dentro de las pruebas encontramos los denominados test psicológicos los cuales son herramientas del profesional de salud mental que le ayudan a medir o evaluar una o varias características psicológicas específicas del objeto evaluado, de igual manera evalúa los rasgos de personalidad del individuo.

Uno de los test aplicados fue el Inventario de Depresión de Beck siendo el nombre original Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II), cuyos autores son Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, teniendo dos fechas de publicación la versión original en 1996 y la versión española 2011, la edad de aplicación del mismo va desde la adolescencia hasta la edad adulta, cuya misión es valorar las manifestaciones de síntomas depresivos y su gravedad en un individuo, no presenta tiempo límite de aplicación, pero varía entre los 5 a 10 minutos y se puede ejecutar de manera grupal e individual. Este cuestionario consta de 21 ítems los mismos que deberán ser contestados por el evaluado de acuerdo a como está su estado de ánimo últimamente. Las categorías que califica esta herramienta son el rango de depresión que presenta el paciente donde va de 0-13 significa

que existe mínima depresión, 14-19 indicadores de depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión grave. Anexo 2

La escala de desesperanza de Beck es otra de las herramientas empleadas, la cual fue diseñada por el autor y sus cooperadores con la misión de detectar el pesimismo y actitudes negativas que los pacientes con depresión e intentos de suicidios pueden presentar hacia el futuro, así como la pérdida de habilidades para afrontar las dificultades y conseguir el éxito en sus vidas, si la puntuación se sitúa en 8 o es mayor a al mismo, es indicador para detectar que el paciente tiene un grado de desesperanza alto. Anexo 3

Otra herramienta que aportó a la valoración del caso fue la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, cuyos autores son: Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, año 2016 en su versión clínica, cuya prueba su ejecución es de tipo heteroaplicada, donde el evaluado en la primera parte describe el suceso traumático y posteriormente se valoran los núcleos somáticos ubicando una puntuación de 0 a 3 en cada uno de los ítems, cuyo puntaje equivale a 0 (nada), 1 (una vez por semana) , 2 (de 2 a 4 veces por semana) y 3 (5 o más veces por semana/Mucho) todo esto de acuerdo a la duración e intensidad del síntoma. Anexo 4

Cabe destacar que también se procedió a aplicar el test de Evaluación de Habilidades Sociales, el cual consta de 42 preguntas de auto aplicación la mismas que se encuentran divididas en: del 1- 12 asertividad, 13-21 comunicación, 22-33 autoestima, 34-42 toma de decisiones, la misión del cuestionario de acuerdo a la autora Rosario Núñez Herrera en el 2008 está orientada a la identificación de las dificultades que existen en el individuo en sus habilidades para relacionarse con su entorno. Anexo 5

Dentro de las técnicas empleadas por el investigador durante el estudio encontramos a la observación, técnica útil para el progreso de la investigación, la cual se basa en observar el objeto estudiado cuando se encuentra en actividad. La observación como técnica tiene una amplia aceptación científica en diversas investigaciones en el ámbito de sociología y psicología. La herramienta elegida dentro de esta técnica fue la guía de observación, elaborada en base al objetivo del trabajo investigativo, con este instrumento se obtiene información acerca de la dinámica del objeto de estudio y su estado anímico, de igual manera su desenvolvimiento dentro del campo escolar y las relaciones con sus pares. Anexo 6

RESULTADOS OBTENIDOS

DESARROLLO DEL CASO

María (nombre protegido) es una adolescente de 13 años oriunda del cantón Jipijapa provincia de Manabí la cual reside en la actualidad en la ciudad de Babahoyo, en la ciudadela Primero de Diciembre, cursa el noveno año de Educación General Básica en la misma ciudad de residencia. La adolescente es referida a consulta psicológica por la psicóloga encargada del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución educativa la cual tiene conocimiento del caso, es derivada para su respectiva intervención psicológica.

En lo que respecta a su núcleo familiar, la adolescente manifestó convivir con sus padres y hermanos, en donde su padre con 35 años de edad, trabaja en una piladora y su madre con 40 años de edad se dedica de trabajadora sexual, es hija única dentro del compromiso actual, teniendo 6 hermanos por parte de madre de diferentes relaciones y 3 por parte del padre de un anterior compromiso, ambos pasan horas fuera del hogar incluso días y es por esa razón que quien se hacía cargo de ella y sus hermanos era la pareja de uno de sus hermanos mayores por parte de madre quien cuidaba de ella y de las cosas del hogar, esta señora tenía un sobrino el cual frecuentaba la casa de la adolescente la misma que paso a ser víctima de su fechoría.

Sesión N° 1: 05-11-19

Durante esta sesión se establece un buen rapport. Se observa el aspecto personal de la menor el cual estaba limpio, algo descuidada al no llevar la vestimenta adecuada, un poco despeinada, su lenguaje era normal y coherente, se presentaba inquieta, con sus hombros sumidos, orientada en tiempo y espacio. En esta parte también se obtienen datos de afiliación, la estructura y dinámica familiar, antecedentes psicopatológicos que pudiesen existir dentro del mismo, seguido de la tipología habitacional de la menor.

Sesión N° 2: 7-11-19

Una vez obtenidos datos de la adolescente, se procede a realizar una entrevista a la psicóloga de la institución en donde manifiesta lo ocurrido un año atrás con la paciente, refiere que debido a esto “presenta bajo rendimiento académico, muestra problemas en el salón de clases, no quiere hacer nada, no cumple con tareas, no se relaciona con sus compañeros, está aislada de ellos.”

Sesión N° 3: 12-11-19

En la tercera sesión se procede a que la adolescente relate cómo se siente y a que se debe el no presentar tareas y el incumplimiento en el salón de clases, logrando así que la menor manifieste su problema sin ser revictimizada, obteniendo así el motivo de consulta por el cual es derivada a la asesoría psicológica.

Relato de la menor; paciente manifiesta que: “no quiero hacer nada, me siento aburrida, me hostiga el mundo, no quiero saber nada ni de nadie, solo quiero pasar en mi casa, me da sueño de la nada, también me molestan mis compañeros”, manifiesta que no le gusta estudiar.

“Un día ,9 de octubre del 2018, aquí tenía 12 años, yo estaba en mi casa y el sobrino de la mujer de mi hermano llega a la casa y ella no estaba, él me dijo que quería entrar a la casa pero yo no sabía las intenciones de él, hasta que entonces me empieza a tocar , a besar y me llevo al cuarto en contra de mi voluntad , el me violó, luego me dejo allí en la cama tirada con sangre por toda la cama , llore , me sentí asustada y lo único que decía era “ porque me tenía que haber hecho esto a mí”, llega mi madre y observa la situación y se pone enojada y empieza a gritar y cosas así, pasado un mes ,mi madre pone en conocimiento a las autoridades del plantel de lo que me ocurrió (7 de nov. 2018) porque los docentes no me entendían, no sabían lo que me habían hecho. Además, no me gusta pasar por ese cuarto donde paso esto, me siento mal. Psicólogo no le voy a mentir yo si he pensado en suicidarme, pero solo una vez después de lo que me sucedió yo iba en la moto con mi papá y pensé en tirarme de la moto esto fue el (27 de jul.2019).

Sesión N° 4: 19-11-19

Después de haber recabado información necesaria acerca del caso, se procede a la ejecución de pruebas psicométricas de acuerdo a lo manifestado por la menor.

Sesión N° 5: 26-11-19

Durante esta sesión el investigador utiliza la observación participante dentro de la institución donde se realizó el estudio para corroborar datos brindados por la psicóloga, los docentes y compañeros del establecimiento educativo, y la adolescente víctima.

SITUACIONES DETECTADAS

En base a las técnicas y herramientas aplicadas a la menor víctima de agresión sexual las situaciones detectadas fueron las siguientes:

Del test Inventario de Depresión de Beck la paciente respondiendo todos los ítems propuestos logro una puntuación de 24, encontrándose dicho puntaje en el rango de depresión moderada.

En la escala de desesperanza de Beck de acuerdo con la puntuación obtenida por la paciente fue de 13 puntos, los mismos que se encuentran en el rango superior de acuerdo a las instrucciones del test, presentando la paciente un grado de desesperanza elevado.

Analizada la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático los hallazgos fueron que la víctima presenta reexperimentación del suceso experimentando imágenes desagradables, evita el lugar o situaciones que provocan malestar, muestra evitación cognitiva/conductual evita hablar de temas que le provocan recuerdos y presenta disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático.

La puntuación del test de Evaluación de Habilidades Sociales la menor refleja los siguientes resultados de acuerdo a las áreas calificadas que son asertividad cuya puntuación fue 13, en el área de comunicación presento 10 puntos, en lo que respecta a la

autoestima denoto 22 puntos y por último en el área de toma de decisiones reflejo un puntaje de 17, dando una suma total de 62, ubicándola de acuerdo a la tabla de calificación del test presenta como resultado muy baja sus habilidades sociales.

Durante la investigación se aplicó la técnica de observación, donde la paciente fue observada en su entorno natural, el investigador utilizo la observación participante, en donde la menor mostraba poco interés en las tareas del aula de clases, hacia caso omiso a las órdenes de los docentes, no presentaba las tareas que fueron enviadas a casa días anteriores.

En clases no prestaba atención y mantenía actitud de aburrimiento, somnolienta, pasaba recostada a su pupitre, a la hora de realizar trabajos grupales no busca organizar un grupo, ni hacia el intento de pertenecer a uno, en la hora de receso la menor no salía del aula, no presentaba el interés de relacionarse con sus demás compañeros, se la pasaba en postura pensativa, no prestaba atención necesaria a las situaciones que ocurrían en el entorno.

Obtenida la información se valora el área cognitiva donde presenta problemas de atención manifestando lo siguiente: Se distrae con facilidad y no presenta atención en los detalles para seguir instrucciones y culminar tareas. Evitando tareas que requieran esfuerzo mental sostenido el cual la conlleva a cometer errores. Esto incide en su bajo rendimiento académico, de acuerdo a lo expresado tanto por la psicóloga de la institución así también como por los docentes que le imparten clases.

En el área afectiva presenta síntomas de anhedonia ya que manifestó que no disfruta hacer las cosas como las realizaba antes, no presenta interés en las actividades académicas, se siente aburrida, le hostigan las personas de su alrededor.

Así como también la paciente en el área del pensamiento ha presentado ideas suicidas por una sola ocasión de acuerdo a la indagación realizada, dicha idea fue el intento de saltar de una moto en movilización, aclarando que fue solo después de lo sucedido.

Se rescata de todo lo expuesto por la menor que se siente mal al momento que frecuenta el lugar en donde sucedió el agravio, en las entrevistas la paciente expone que no es agrado estar bajo el techo en donde le sucedió lo peor que puede sucederle a una mujer.

Organizando la información y teniendo presente todo lo mencionado anteriormente, se realizó un análisis de los síntomas expuestos por la menor en donde se llegó al diagnóstico F32.1 Episodio depresivo moderado de acuerdo con el CIE-10 cumpliendo con los criterios diagnósticos. Aquí se encuentra que la paciente sufre estado de ánimo bajo, reducción de energía y disminución de la actividad, también presenta desinterés, la capacidad de concentración y es notorio un cansancio incluso realizando un mínimo esfuerzo. Dentro de los síntomas somáticos se presenta 4 de los criterios: 1) pérdida del interés para realizar actividades importantes, 2) ausencia de reacciones emocionales ante actividades que provocan una respuesta emocional, 3) presencia de lentitud psicomotora o agitación la cual es referida por terceros y 4) pérdida del apetito.

Se llegó también al diagnóstico F43.1 Trastorno de estrés postraumático de acuerdo al CIE-10 cumpliéndose los siguientes criterios: B, en donde la víctima presenta recuerdos persistentes de revivir el acontecimiento, C aquí debe mostrarse evitación real o preferentes de circunstancias asociadas a la situación estresante la cual no se presentaba antes y D en donde presenta dificultad para concentrarse, irritabilidad y reacciones de sobresalto.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Luego de la valoración a la menor, se procedió a realizar un plan terapéutico que consiste en:

Intervención emotiva conductual

Técnica: Grupos de socialización

Meta terapéutica: Lograr que la menor se relacione con pequeños grupos ya sea entre compañeros, amigos u otras entidades sociales, llegando así a la recuperación de sus vínculos sociales.

Sesiones: La presente técnica se la trabajaría entre 3 y 5 sesiones.

Resultados: Dentro de los resultados se espera obtener que la menor realice actividades de socialización con los demás miembros del grupo y así mejore su desarrollo.

Intervención Cognitivo Conductual

Aplicación de técnicas cognitivas

Técnica: Detección de pensamientos automáticos

Meta terapéutica: Identificar pensamientos automáticos los cuales interfieren en el progreso de las relaciones interpersonales de la menor víctima de agresión sexual.

Sesiones: Se llevará a cabo dicha técnica en 2 sesiones.

Resultados: La menor lograra identificar y clasificar dichos pensamientos dentro de las distorsiones cognitivas, y a su vez detectar situaciones que estén relacionadas con su depresión.

Aplicación de Técnicas Conductuales

Técnica: Programación de actividades

Meta terapéutica: Devolver la insuficiente motivación de la menor, su inacción de actividades en base a sus ideas depresivas.

Sesiones: Esta técnica se la abordaría entre 3 y 5 sesiones.

Resultados: Se aspira que la paciente determine que el realizar actividades disminuya sus preocupaciones y mejore su humor.

Técnica: Dominio y Agrado

Meta terapéutica: Valorar el dominio de actividades programadas y el agrado del cumplimiento de las mismas.

Sesiones: La menor brindara la valoración diaria de sus actividades propuestas entre 5 sesiones.

Resultados: Se estima que la paciente re programe actividades con ayuda del terapeuta y que las mismas estén inmersas con su círculo social más cercano logrando que la menor adquiera el interés de acuerdo a su valoración y estas aporten a su evolución.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos de esta investigación, la víctima de agresión sexual presenta síntomas de depresión en base a la valoración de las pruebas aplicadas durante el transcurso del estudio.

Por otra parte, las víctimas que han padecido o están padeciendo violencia sexual poseen un alto índice de pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro, de igual manera tienden a perder las habilidades para enfrentar los inconvenientes y poder así realizarse como personas productivas en el medio. Siendo el caso de la menor evaluada la cual tiene una visión negativa de las cosas.

Luego de realizar las evaluaciones correspondientes del caso expuesto de la adolescente víctima de agresión sexual se denota que la menor después de ser vulnerada en sus derechos humanos expresa síntomas de estrés post traumático, lo cual conlleva a la evitación de situaciones, imágenes y lugares pocos agradables los mismos que inducen molestias en la menor.

En cuanto a sus relaciones sociales la menor presenta inconvenientes en sus habilidades para relacionarse con sus pares, debido a su baja autoestima que presenta y a la falta de asertividad para expresar sus sentimientos a las demás personas.

El círculo social primario de la víctima estudiada es disfuncional el cual presenta una inadecuada dinámica familiar y esto interfiere en la recuperación de la paciente ya que no se llevan los procesos necesarios y contraen consigo más molestias en la menor.

El ámbito escolar de la menor se vio afectado luego de la agresión, pues, se encuentra afligida su atención ante las actividades propuestas, mostrando poco interés hacia ellas incidiendo en su rendimiento académico mismo que se ve reflejado en el acta de calificaciones.

En este tipo de situaciones el rol de psicólogo clínico es de vital importancia sobre todo el establecer un buen rapport para la obtención de información dado el caso que esta víctima cursa por dificultades al momento de relacionarse con las demás personas en donde no presenta confianza para desahogar sus dolencias.

Las soluciones planteadas para el restablecimiento de la menor han servido de ayuda en la evolución de otros casos donde padecían depresión logrando así un óptimo rendimiento en sus actividades diarias e insertándose en sus círculos sociales.

Para llevar a cabo una intervención psicológica inmediata y que la paciente víctima no presente dificultades es necesario que la familia presente conocimiento del caso y a su vez exista un funcionamiento adecuado en donde se traten temas relacionados con la sexualidad ya que en la actualidad se sigue presentando problemas al momento de dialogar sobre dicha temática. Por otro lado, en las instituciones educativas debe llevarse el proceso adecuado para no revictimizar a la menor al momento de indagar información y así no presente más sufrimiento del que ya está reflejando.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Navas, M. J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: Generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 5. Obtenido de Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, Vol. 31 (1), pp.5.
- Campos, A. (2015). La importancia de la atención a los niños para prevenir. *El Cuidado, New York: Hill-Collins*.
- COIP. (2014). SECCIÓN CUARTA. Delitos contra la integridad sexual y reproductiva. En A. Nacional, *Código Orgánico Integral Penal, N° 180* (págs. 28-29). Quito. Obtenido de Asamblea Nacional del Ecuador.
- González, E. ..., Montero V., A., Martínez N, V., Leyton M., C., Luttges D., C., & Molina G., T. (2012). Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes en un centro de salud sexual y reproductiva. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 413-422.
- Madariaga, J., & Goñi, A. (2009). *El Desarrollo Psicosocial*. Obtenido de Revista de Psicodidáctica, vol. 14, núm. 1, pp. 95-118: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512723007>
- Mora, M. (2002). *Athenea Digital -num.2 otoño - Universidad de Guadalajara*. Obtenido de La teoría de representaciones sociales de Serge Moscovici.
- Mota, W., & Rivas, K. (Agosto de 2015). *Universidad de Carabobo*. Obtenido de Relaciones Interpersonales entre las Practicantes y las Docentes de las Secciones "C" y "D" del C.E.I Germina Barragán.
- Opazo Baeza, V., & Rivera Toledo, J. (2010). Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología, Universidad de Chile*, 19(1), 80-107. Obtenido de Revista de Psicología Universidad de Chile: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415221005>
- Organización Mundial de Salud . (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*.

- Pernia. (2012). La correlación entre las relaciones interpersonales y la función docente de los educadores de la Institución Educativa Liceo Militar "Jauregui". *Edo Zulia*, 16-49.
- Piñero Ramírez, S. L. (julio-diciembre de 2008). *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, núm. 7, pp. 1-19. Obtenido de La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121713002>
- Sabroso Cetina, A., Jiménez Alegre, M. D., & Lledó Carreres, A. (2011). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. Obtenido de Problemas familiares generadores de conductas disruptivas en alumnos: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832329042>

ANEXOS



ENTREVISTA A LA PACIENTE XXXXXXXXXXXX

ENTREVISTADOR: Misael Nathael Vera Jimenez

1. ¿Cuéntame que es lo que te motivo a venir a consulta psicológica?
2. ¿Con quién vives?
3. ¿Con quién la pasas mejor de los que viven en tu casa?
4. ¿Qué es lo que más te gusta hacer en casa?
5. ¿Te gusta ir a la escuela?
6. ¿Te gusta estar en clases?
7. ¿Cómo es tu rendimiento académico?
8. ¿Tienes amigos?
9. ¿Cómo es tu relación con tus compañeros?
10. ¿Cómo te tratan tus compañeros? ¿Y tú como te sientes?
11. ¿Te has quedado más tiempo en la escuela por evitar llegar a casa?

Preguntas espontaneas

12. ¿Hay algo más que me quieras decir?
13. ¿Tienes alguna pregunta que hacerme?
14. ¿Qué te gustaría hacer cuando termines la entrevista?
15. ¿Quieres volver a tu curso?

ENTREVISTA A DOCENTES

- 1) ¿Cuál es la relación que lleva con M...?
- 2) ¿Cuántos años lleva conociéndola?
- 3) ¿Cómo era cuando la conoció? ¿Cómo es ahora?
- 4) ¿Cómo se relaciona con sus compañeros?
- 5) ¿Con que frecuencia asiste a clases?
- 6) ¿Estando en clases le ha costado prestar atención?
- 7) Antes de que ocurriera el suceso ¿Como era su rendimiento académico? ¿Cómo es ahora?

ENTREVISTA A COMPAÑEROS

- 1) ¿Cuál es la relación que llevas con XXXXX?
- 2) ¿Cuántos años llevas conociéndola?
- 3) ¿Cómo era cuando la conociste? ¿Cómo es ahora?
- 4) ¿Comparte en receso con contigo?
- 5) ¿Cómo consideras que es ella?

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo: ...
Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambio en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
6. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
11. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
12Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
13No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
2 Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
15. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
2 Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala **autoadministrada** de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Bibliografía

- 2 Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J Clin Psychol.* 1974, 42(6): 861-865.
- 3 Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza enpacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de psiquiatría.* 1995; 11(4): 121-125.

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

___		Exposición directa
___		Testigo directo
___		Otras situaciones
___		Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
___		Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

___	Episodio único
___	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? __ No __ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? __ No __ Sí (especificar):

	Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
___	Psicológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No __ Sí
___	Farmacológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No __ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: __ No __ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: __ No __ Sí

Secuelas físicas experimentadas: __ No __ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

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

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Sintomas disociativos	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

ANEXO 4

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

- **Test de Habilidades Sociales:
Cuestionario de 42 preguntas, auto-
aplicación.**
- **Áreas:**
 - 1 - 12 Asertividad**
 - 13 - 21 Comunicación**
 - 22 - 33 Autoestima**
 - 34 - 42 Toma de Decisiones**

ASERTIVIDAD (1- 12 ITEMS)

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero callarme lo que pienso para evitarme problemas.	5	4	3	2	1
2. Si un amigo (a) habla mal de mí lo insulto	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera	1	2	3	4	5
4. Me es difícil felicitar a la persona que hace algo bueno	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco a saludar a mi amigo(a) cuando cumple años	1	2	3	4	5
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste prefiero no hablar de lo que me pasa	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada	1	2	3	4	5
10. Protesto en voz alta cuando alguien se cuele delante de mi	1	2	3	4	5
11. Si una persona mayor me ofende le insulto.	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para hacer lo que ellos quieren	1	2	3	4	5

COMUNICACIÓN (13- 21 ITEMS)

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
13. Me distraigo fácilmente cuando alguien me habla.	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. Cuando hablo no me deajo entender	5	4	3	2	1
17. Pregunto a las personas si me han entendido.	1	2	3	4	5
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Hago las cosas sin pensar.	5	4	3	2	1
20. Si estoy tenso(a) trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5

AUTOESTIMA (22 - 33 ITEMS)

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
22. Evito hacer las cosas que pueden dañar mi salud.	1	4	3	2	1
23. No me siento conforme con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado(a).	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a).	1	4	3	2	1
26. Me da vergüenza reconocer mis errores.	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mas no sé cómo expresar mi cólera.	5	4	3	2	1
30. Comparto mis alegrías con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Guardo el secreto de mis amigos (as).	1	4	3	2	1
33. Me niego hacer las tareas de mi casa.	5	4	3	2	1

TOMA DE DECISIONES (34 - 42 ITEMS)

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	1	2	3	4	5
35. Me decido por lo que la mayoría decide.	5	4	3	2	1
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5
37. No me agrada hablar sobre mi futuro.	5	4	3	2	1
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39. Busco apoyo de otras personas para decidir algo importante para mi futuro.	1	2	3	4	5
40. Me cuesta decir no.	5	4	3	2	1
41. Mantengo mi idea cuando veo que mis amigos están equivocados.	1	2	3	4	5
42. Rechazo una invitación sin sentirme culpable.	1	2	3	4	5

Puntajes del Test de Evaluación de Habilidades Sociales

AREA	ITEMS	P. MINIMO	P. MAXIMO
1. Asertividad	1 -12	12	60
2. Comunicación	13 - 21	9	45
3. Autoestima	22 -33	12	60
4. Toma de Decisiones	34 -43	9	415
TOTAL	42 ítems	42	210

CLASIFICACIÓN

• Muy Bueno	186 -210
• Bueno	150 -185
• Promedio	114 -149
• Bajo	78 - 113
• Muy bajo	42 - 77

Control y manejo de la Irritabilidad, Cólera y Agresividad

CUESTIONARIO AUTO-APLICADO, 42 PREGUNTAS

Áreas

- 1 al 11 Irritabilidad
- 12 al 18 Cólera
- 19 al 42 Agresividad

Calificación

- Comparar respuestas con clave de respuestas
- Sumar las puntuaciones
- Categorizar según cuadro
- Interpretar

Interpretación de resultados

Categoría

Promedio en cualquiera de las áreas tienden a responder con descontrol.

Alto y Muy Alto en cualquiera de las áreas bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Cólera y Agresividad.

Bajo y Muy Bajo, mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad.



GUIA DE OBSERVACION

Nombre del paciente	XXXXXXXXXXXX
Nombre del evaluador	Misael Nathael Vera Jimenez

Objetivos: Observar los signos del paciente y su conducta para determinar algún patrón comportamental y su relación con la sintomatología evidenciada.

N°	Aspecto a observar	SI	NO	Observación
1	Evita el contacto con otras personas	X		No deja que otras personas la toquen, le den la mano, la saluden o algún tipo de interacción directa.
2	Prefiere lugares alejados de las demás personas	X		Se sienta al final de la fila en la esquina del aula, pero no realiza tareas asignadas.
3	Juega al menos con su compañero de confianza		X	No juega, solo opta por sentarse sola sin que nadie la moleste.
4	No acepta muestras de cariño de otras personas	X		Rechaza cualquier tipo de ayuda.
5	Permanece callada la mayor parte del tiempo	X		No interactúa en el aula, ni con la maestra ni con los compañeros.
6	Su postura refleja rechazo por los elementos a su alrededor	X		Se sienta encorvado, a veces cruza los brazos o los guarda en los bolsillos de la falda y mantiene la mirada agachada.
7	Prefiere estar fuera del aula		X	No le gusta salir del aula, en el recreo la sacan, pero permanece cerca de la puerta.



REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL ESTUDIO DE CASO POR PARTE DEL TUTOR

ANEXO 7