



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Mayorga Ayala, Andrea Carolina

Tutora: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Ambato - Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”** de Andrea Carolina Mayorga Ayala, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, diciembre del 2014

LA TUTORA

.....

Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, recomendaciones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, diciembre del 2014

LA AUTORA

.....
Mayorga Ayala, Andrea Carolina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, diciembre del 2014

LA AUTORA

.....
Mayorga Ayala, Andrea Carolina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”** de Andrea Carolina Mayorga Ayala, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo 2015

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

A Dios por todas las bendiciones recibidas.

A mis padres y hermanos por el amor y apoyo incondicional brindado en cada meta trazada, por sus buenos consejos, por brindarme palabras de aliento y motivación.

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Psicología Clínica y a todos los docentes quienes fueron parte importante en mi formación lo largo de mi Carrera Universitaria y a mi Tutora Ps. Cl. Fernanda Flores quien con su guía, y supervisión en este trabajo investigativo supo direccionarme eficazmente hacia la culminación del mismo.

Agradezco enormemente a la Sala de primera Acogida para víctimas de Abuso Sexual y violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Docente Ambato, por abrirme las puertas de la institución, especialmente a la Psicóloga Clínica Melani Ceballos por el apoyo y guía brindada, y a las pacientes involucradas por contribuir en la realización del presente trabajo.

Por todo esto gracias.

Andrea Carolina Mayorga Ayala

DEDICATORIA

En primer lugar dedico a Dios por estar presente en mi camino para brindarme
sabiduría y paciencia para resolver cada dificultad con éxito.
A mis padres, hermanos, familiares y amigos quienes me han brindado
incondicionalmente su apoyo, amor, comprensión y motivación.
Eduardo y Camila por iluminar mi vida con sus sonrisas y alegrías.

Andrea Carolina Mayorga Ayala

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE CUADROS.....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XIII
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del Problema.....	2
<i>1.2.1. Contextualización.....</i>	<i>2</i>
<i>1.2.2. Análisis Crítico.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2.3. Prognosis.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.4. Formulación del Problema.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2.5. Preguntas Directrices.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.6. Delimitación.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.6.1 Campo de Conocimiento.....</i>	<i>11</i>

1.2.6.2 <i>Delimitación Espacial</i>	11
1.2.6.3 <i>Delimitación Temporal</i>	11
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	12
1.4.1. <i>Objetivo General</i>	12
1.4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	12
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes Investigativos	14
2.2. Fundamentación Filosófica	17
2.3. Fundamentación Legal	18
2.4. Fundamentación Teórica	21
2.4.1 <i>Categorías Fundamentales</i>	21
2.5. Hipótesis	40
2.6. Variables	41
CAPÍTULO III	42
MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Enfoque	42
3.2 Modalidad de la investigación	42
3.3 Tipo de investigación	42
3.4 Población	43
3.5. Operacionalización de variables	44
3.6. Recolección de la información	46
3.7. Técnicas e instrumentos	47
3.8 Validez y confiabilidad	49
3.9 Procesamiento de la información	50

CAPÍTULO IV	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	52
4.1 Análisis cuali-cuantitativo	52
<i>4.1.1 Análisis e interpretación de resultados variable independiente</i>	<i>52</i>
<i>4.1.2 Análisis e interpretación de resultados variable dependiente</i>	<i>54</i>
4.2 Verificación de la hipótesis	62
CAPÍTULO V	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
4.1 Conclusiones	66
4.2 Recomendaciones	67
CAPÍTULO VI	68
PROPUESTA	68
<i>6.1.1 Título</i>	<i>68</i>
<i>6.1.2 Datos informativos</i>	<i>68</i>
<i>6.1.3 Beneficiarios</i>	<i>68</i>
<i>6.1.4 Ubicación</i>	<i>68</i>
<i>6.1.5 Tiempo estimado de la ejecución</i>	<i>68</i>
<i>6.1.6 Equipo técnico responsable</i>	<i>69</i>
<i>6.1.7 Costo</i>	<i>69</i>
6.2 Antecedentes de la propuesta	69
6.3 Justificación	70
6.4 Objetivos	71
<i>6.4.1 Objetivo general.....</i>	<i>71</i>
<i>6.4.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>71</i>
6.5 Análisis de Factibilidad.....	71
6.6 Fundamentación científico-técnica.....	72

6.6.1 Relación terapéutica	72
6.6.2 Encuadre terapéutico	72
6.6.3 Estrategias de tratamiento	73
6.6.4 Entrenamiento en habilidades sociales.....	73
6.6.5 Entrenamiento de habilidades de afrontamiento	73
6.6.6 Terapia Cognitivo-Conductual	74
6.6.6.1 Técnicas conductuales	74
6.6.6.2 Técnicas cognitivas	75
6.6.7 Técnicas emotivas	79
6.6.8 Terapia Grupal.....	80
6.7 Modelo Operativo.....	81
6.8 Administración de la Propuesta.....	86
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
BIBLIOGRAFÍA.....	89
LINKOGRAFÍA.....	92
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA	96
ANEXOS	98
Anexo 1.....	98
Anexo 2.....	101
Anexo 3.....	104

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento.	44
Cuadro 2: Variable independiente: Niveles de Adaptación.	45
Cuadro 3: Recolección de la información.	46
Cuadro 4: Estrategias de Afrontamiento.	52
Cuadro 5: Niveles de Adaptación.	54
Cuadro 6: Edad.	56
Cuadro 7: Sexo.	57
Cuadro 8: Zona de residencia.	60
Cuadro 9: Estado civil.	61
Cuadro 10: Tabla de contingencia estrategias afrontamiento * niveles adaptació	62
Cuadro 11: Prueba de Chi-cuadrado.	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de agresor	3
Gráfico 2: Sexo del agredido.....	4
Gráfico 3: Sexo forzado en relación a la edad.	5
Gráfico 4: Sexo.	6
Gráfico 5: Edades.....	7
Gráfico 6: Categorías fundamentales.....	21
Gráfico 7: Estrategias de Afrontamiento.....	53
Gráfico 8: Niveles de Adaptación.....	55
Gráfico 9: Edad.....	57
Gráfico 10: Sexo.....	58
Gráfico 11: Nivel de educación.....	58
Gráfico 12: Nivel de educación.....	59
Gráfico 13: Zona de residencia.....	60
Gráfico 14: Estado civil.....	61
Gráfico 15: Estrategias de Afrontamiento.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: ÁRBOL DE PROBLEMA.....	8
FIGURA 2: CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	22
FIGURA 3: CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	23

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

Autor: Mayorga Ayala, Andrea Carolina

Tutora: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Fecha: Diciembre, 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como interrogante principal determinar si las Estrategias de Afrontamiento influyen en los niveles de Adaptación en víctimas de abuso sexual, el estudio se realizó en la Sala de Primera Acogida para víctimas de abuso sexual y violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Docente Ambato.

Conceptualizando desde un enfoque psicológico al abuso sexual en adolescentes, las causas y consecuencias del mismo, se identificaron las estrategias de afrontamiento de mayor prevalencia en estas víctimas y su influencia de las mismas en los niveles de adaptación. El enfoque del trabajo realizado fue cuali-cuantitativo, aplicando la investigación de campo y bibliográfica-documental, con un nivel de asociación de variables, se trabajó con 30 pacientes víctimas de abuso sexual que se encuentran recibiendo tratamiento psicológico en la institución anteriormente mencionada. Tomado en cuenta la incidencia de la problemática se recomienda trabajar en un programa de intervención psicológica basada en la corriente cognitiva –conductual, la cual se desarrollará fomentando estrategias de afrontamiento adecuadas para prevenir una desadaptación en estas víctimas.

PALABRAS CLAVE: ABUSO_SEXUAL, ESTRATEGIAS, AFRONTAMIENTO, ADAPTACIÓN, ADOLESCENCIA, NIVELES, VÍCTIMA, DESADAPTACIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES FACULTY
CLINICAL PSYCHOLOGY CARRER

"COPING STRATEGIES AND THEIR INFLUENCE ON LEVELS ADAPTATION LEVELS IN SEXUAL ABUSE VICTIMS THAT ATTEND PSYCHOLOGICAL TREATMENT AT THE PROVINCIAL DOCENTE AMBATO HOSPITAL".

Author: Mayorga Ayala, Andrea Carolina

Tutor: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Date: December, 2014

ABSTRACT

The present investigation was to determine if the Coping Strategies influence levels Adaptation victims of sexual abuse, the study was conducted in the Trial Shelter for victims of sexual abuse and domestic violence Provincial Teaching Hospital Ambato.

Conceptualizing from a psychological approach to sexual abuse in adolescents, causes and consequences, coping strategies most prevalent on those victims and their influence thereof on levels of adaptation were identified. The focus of the work performed qualitative and quantitative, using field research and bibliographic documentary, with a level of association of variables, we worked with 30 patients victims of sexual abuse who are receiving psychological treatment in the aforementioned institution. Being careful to the problems impact, is recommended to work in a program of psychological intervention based on cognitive-behavioral therapy, which will develop coping strategies promoting adequate to prevent a mismatch in these victims.

KEY WORDS: SEXUAL_ABUSE, STRATEGIES, FACING, ADAPTATION, ADOLESCENCE, LEVELS, VICTIM, MISMATCH.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual se refiere a las actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra, sin su consentimiento o conocimiento y para su propia satisfacción sexual, la cual va desde la amenaza, el engaño, la seducción y/o confusión. Se puede hablar de abuso siempre que la otra persona no quiera o sea engañada. Se debe tomar en cuenta que el abuso sexual no es sólo penetración o agresión física, sino que comprende desde el contacto físico como la masturbación, sexo oral, hasta la ausencia de contacto como el exhibicionismo, erotización, entre otros. Puede suceder en el seno de una familia, institución o centro de trabajo.

En ocasiones el agresor actúa desde la violencia evidente hacia la víctima, que se siente impotente, desprotegida, humillada. Otras veces, se vale de la confianza en él depositada para desde la cercanía de una relación afectiva, romper los límites de la intimidad e introducir elementos eróticos. Establece una relación confusa, irrumpiendo no sólo en su sexualidad, sino en el conjunto de su mundo afectivo y vivencial.

La presente investigación, gira sobre la influencia de las estrategias de afrontamiento en los niveles de adaptación en víctimas de abuso sexual, considerando a las estrategias de afrontamiento como conjuntos de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. La Adaptación es una reacción de la persona como forma de responder a una situación o circunstancia, la consecuencia de la adaptación es la modificación del comportamiento. La continua adaptación del ser humano a las circunstancias del entorno constituye un signo esencial de equilibrio y salud mental.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema

Estrategias de Afrontamiento y su influencia en los niveles de adaptación en víctimas de Abuso Sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contextualización

En el mundo existen miles de casos de abuso sexual tanto en hombres como en mujeres de diferentes edades, religión, etnias, estatus sociales, niveles de educación y cultural, siendo uno de los grupos más vulnerables los niños.

Según la página oficial del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010), se menciona que:

Algunas niñas y niños son particularmente vulnerables debido a su género, raza, origen étnico o estatus socioeconómico. Los niveles más altos de vulnerabilidad están a menudo relacionados con los niños con discapacidad o que se han quedado huérfanos, los indígenas, los que proceden de minorías étnicas y otros grupos marginados. Otros riesgos para los niños son vivir y trabajar en las calles, vivir en instituciones y centros de detención, y vivir en comunidades donde impera la desigualdad, el desempleo y la pobreza.

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2010), registra que a nivel mundial aproximadamente 20% de las mujeres y un 5 a 10%

de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos.

El abuso sexual es un problema social que se presenta en todo el mundo, sea en ciudades grandes o pequeñas, en zonas urbanas o rurales. Para ratificar lo mencionado, se señalan que los casos de violencia familiar y sexual en niños, niñas y adolescentes que han sido atendidos en Latinoamérica en los Centros de Emergencia para la Mujer (CEM Latinoamérica, 2010), durante el período de enero 2005 a junio 2009 arrojan que el 23.9% de menores de 18 años fueron por Abuso Sexual, con mayor presencia en la adolescencia (30.3%) y en el sexo femenino (97%).

La OMS (2010), refiere que:

En América Latina uno de cada cinco niños es abusado por un familiar cercano, en más del 50% hay evidencias de situaciones incestuosas; el 80% lo son por amigos, vecinos o parientes. Cada hora 228 niños/as padecen de explotación sexual en América Latina y de ellos, las dos terceras partes de las víctimas de abuso sexual son de sexo femenino.

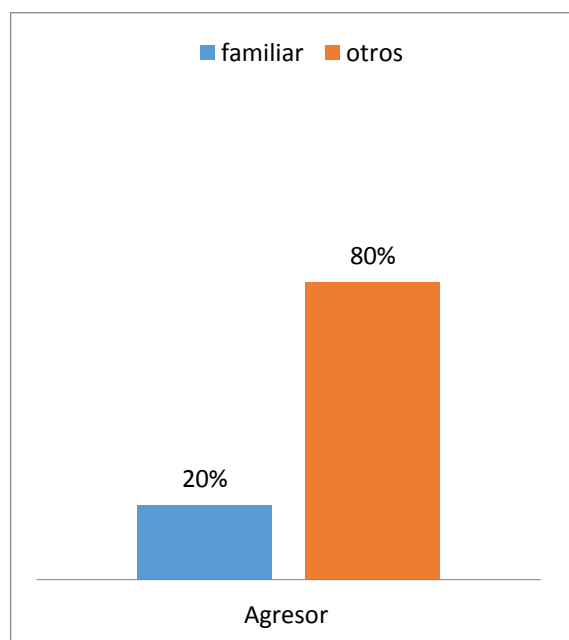


Gráfico 1: Tipo de agresor

Elaborado por: Andrea Mayorga

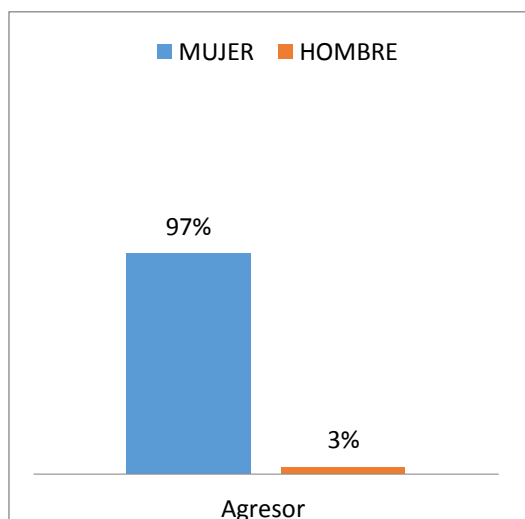


Gráfico 2: Sexo del agredido

Elaborado por: Andrea Mayorga

Numerosos estudios de prevalencia de abuso sexual infantil se han realizado en el mundo con resultados muy diversos, que podrían explicarse por la metodología empleada. Existen dos importantes meta-análisis de prevalencia a nivel mundial: un estudio del año 1994 (análisis de 21 investigaciones), que encontró una prevalencia de entre 7% y 36% en mujeres y entre 3 y 29% en hombres. El otro estudio, de 1997 (revisión de 15 investigaciones), encontró una prevalencia de 22,3% para mujeres y 8,5 % para hombres. En la mayoría de los estudios, la edad media en la que se inicia el abuso son los 10 años (UNICEF, 2010).

En el Ecuador al igual que en el resto de países del tercer mundo se presentan altos niveles de abuso sexual, debido a diferentes problemáticas que se dan en nuestro país como la migración, el analfabetismo, la pobreza drogadicción, alcoholismo entre otras.

Según la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010), menciona que: “Una de cada cuatro mujeres ha vivido violencia sexual, el tipo de violencia más común es la psicológica con el 53,9%”. En el Ecuador la mayor parte de los casos corresponden a menores de edad, el 35% de los casos corresponden a menores de 12 años y el mismo porcentaje a menores de 18, lo que hace un total del 70 % de los casos.

El 30% restante son de personas mayores de 18 años. Las edades de más riesgo sobre todo en abuso sexual, son en las personas de menos de 14 años, que totalizan el 43.1% del total. El siguiente rango, dentro del mismo delito, es el de las personas de 15 a 19 años. En cuanto a sexo forzado hay que resaltar el enorme porcentaje de niñas/os de menos de 10 años y el no menos impactante porcentaje de sexo forzado entre adolescentes y niñas/os de 11 a 19 años, que es de 52.2% del total, según el último informe presentado por el Instituto para la Niñez y la Familia y UNICEF que hace referencia a las tres últimas década (INEC, 2010).

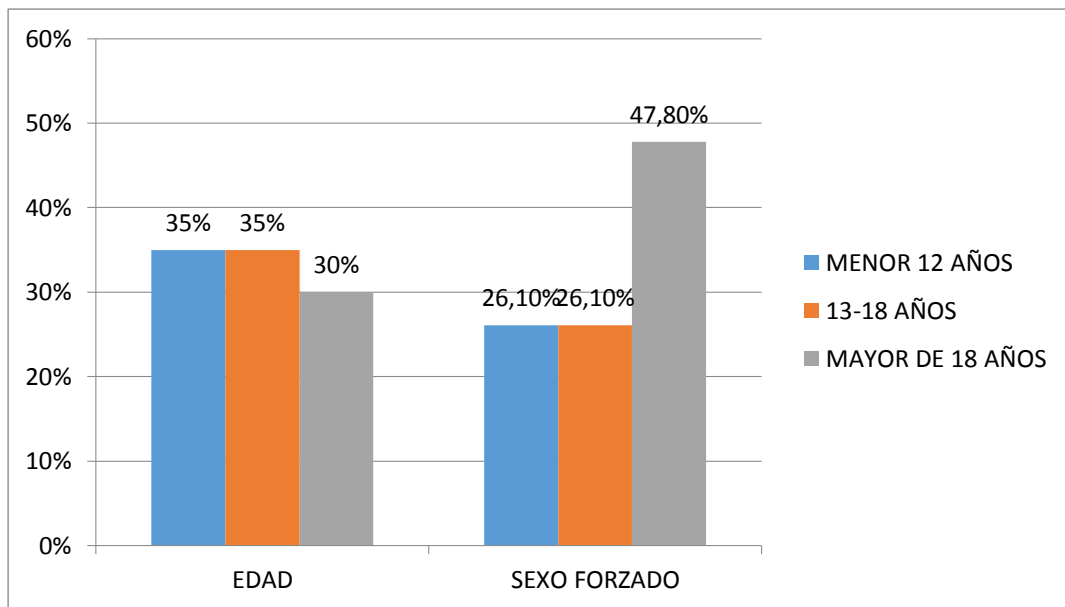


Gráfico 3: Sexo forzado en relación a la edad.

Elaborado por: Andrea Mayorga

INEC (2010), reconoce que Tungurahua es una de las provincias en la cual existe uno de los más altos índices de abuso sexual y físico a mujeres y hombres de todas las edades. “Las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia contra la mujer”.

Tungurahua es la segunda provincia que registra mayor violencia contra las mujeres con 70,9% frente al 60,6% de mujeres a nivel nacional. Aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, sin embargo la

violencia psicológica es la forma más recurrente de violencia de género con el 65,1%. En todos los niveles de instrucción la violencia de género sobrepasa el 50%, sin embargo en las mujeres que tienen menos nivel de instrucción la violencia llega al 70% (INEC, 2011).

En el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA, 2014), en la Sala de Primera Acogida para Víctimas de Abuso Sexual y Violencia intrafamiliar (SPA) acuden diariamente personas que han sido víctimas de violencia física y/o sexual en busca de ayuda psicológica, médica y legal, registrándose en las estadísticas del HPDA, ratificando los altos índices mencionados anteriormente.

Según Ceballos (2014), Psicóloga Clínica de SPA, durante el 2013 se registraron 141 casos de abuso sexual, el cual el 96% de las víctimas corresponde a sexo femenino, en cambio el 4% fue a sexo masculino, referente a edades el 42,6% concierne a niños y niñas de 0 a 11 años de edad, el 44,7% a adolescentes de 12 a 18 años, el 9,2% son jóvenes de 19 a 29 años y el 3,5% a adultos de 30 a 65 años.

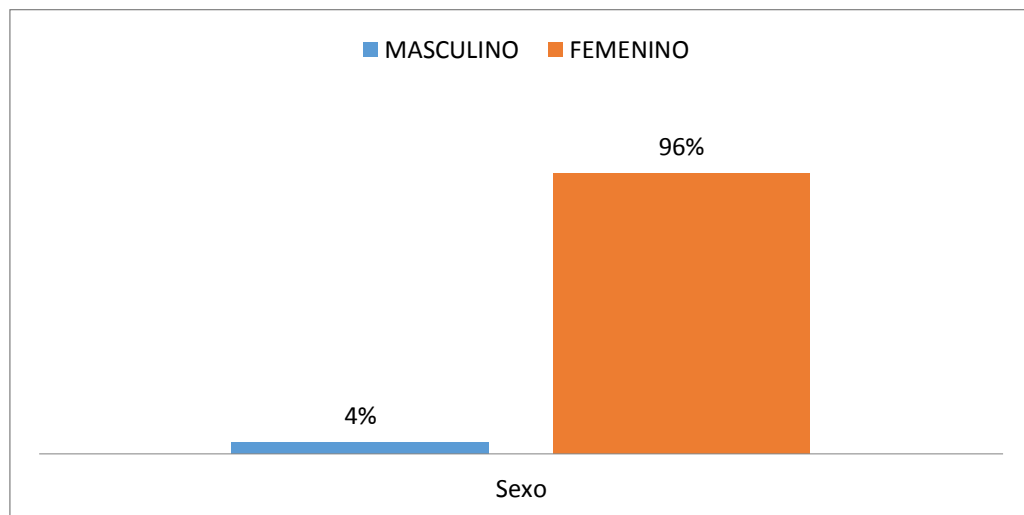


Gráfico 4: Sexo.

Elaborado por: Andrea Mayorga

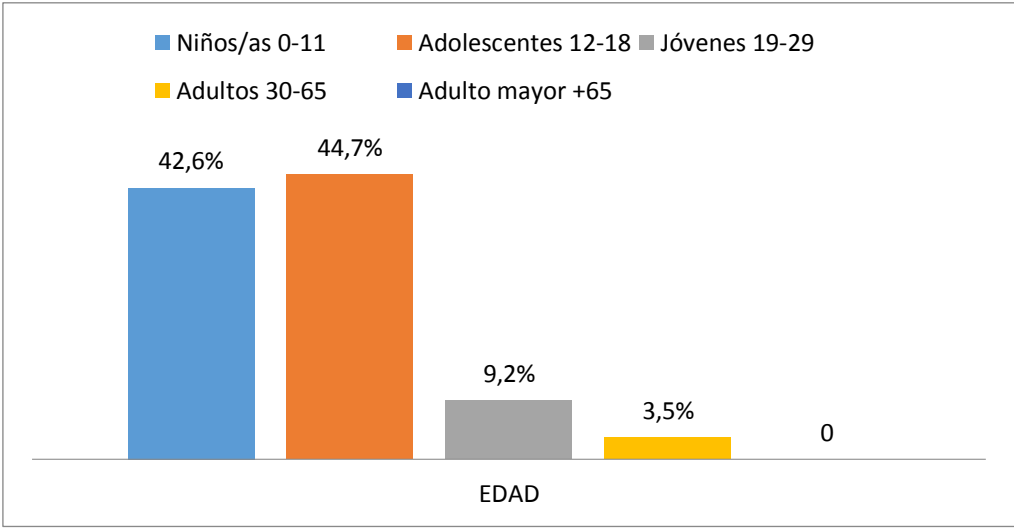


Gráfico 5: Edades.

Elaborado por: Andrea Mayorga

ÁRBOL DE PROBLEMA:

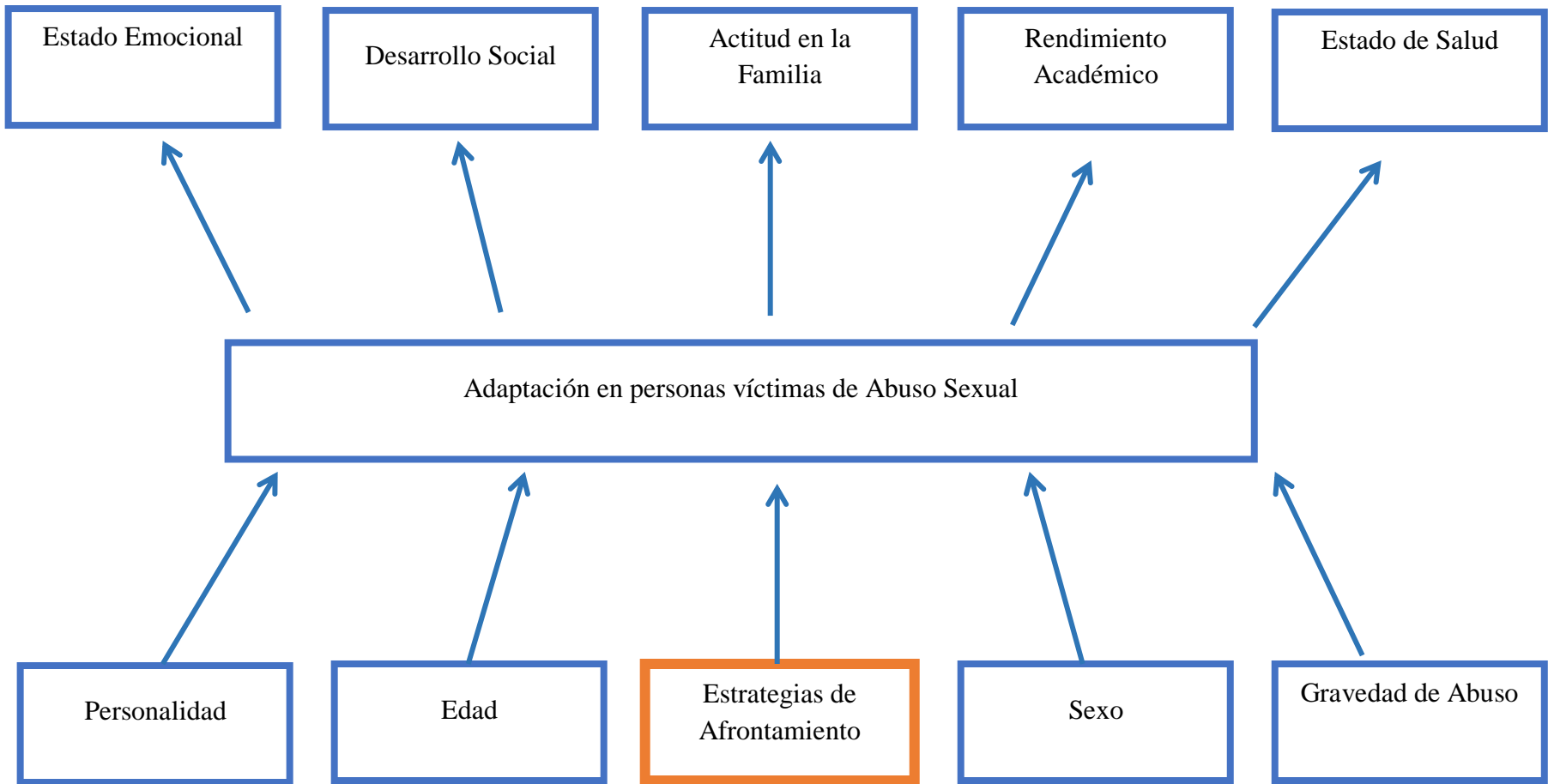


Figura 1: Árbol de problema
Autora: Andrea Mayorga
Fuente: Tesis de investiga

1.2.2. Análisis Crítico

La violencia o agresión sexual contra niños, niñas y adolescentes es un delito que se comete desde la antigüedad y persiste en la sociedad con mayor frecuencia de lo que las personas imaginan, estas víctimas tanto hombres como mujeres de distintas edades, estatus sociales y culturales se sienten impotentes, sufren en silencio, además de cargar con la vergüenza y el sentimiento de culpa por lo ocurrido.

La desintegración familiar, alcoholismo y falta de educación entre otros factores, pueden influir para que se conlleve un abuso sexual por parte de familiares o personas cercanas, sin embargo también pueden ser víctimas de personas totalmente desconocidas. Los niños, niñas y adolescentes afectados por este grave problema, no denuncian este tipo de situaciones, debido a que guardan el secreto, ya sea por miedo o vergüenza, obligación o porque no saben que están siendo víctimas de violencia sexual por falta de información; así también el no contar con programas adecuados de prevención contra la violencia sexual infantil.

Las víctimas de abuso sexual no siempre buscan o tienen acceso a ayuda psicológica, siendo esta indispensable para su adecuada superación y adaptación a su realidad, es por eso que muchas veces se desarrollan estrategias de afrontamiento inadecuadas. Los padres o personas adultas responsables del cuidado de un niño o adolescente deben de tomar precauciones de su entorno, detectar síntomas, pero sobre todo dialogar con ellos, explicarles los cuidados a tomar, sin alarmarlos.

La falta de orientación psicológica y de comunicación del problema por parte de la víctima puede llegar a repercutir en el niño, niña o adolescente desarrollando problemas psicológicos y fisiológicos a corto y largo plazo alterando su desarrollo biopsicosocial-espiritual.

1.2.3. Prognosis

La importancia del estudio que se presenta, radica ante todo en que el problema social que trata, no se acaba de resolver, todo lo contrario, y en el lugar específico donde fue llevada a cabo, Hospital Provincial Docente Ambato, siguen aumentando los datos estadísticos de víctimas de abuso sexual para los que no existe un programa o plan de intervención psicológica adecuada, la propuesta que se presenta como su producto final, es un aporte importante a la solución de la problemática ya que de no aplicarse, pueden desarrollarse en estos niños, niñas y adolescentes, diversas alteraciones sean a corto, mediano y largo plazo como la desconfianza, pesadillas, retraimiento, hiperactividad, hostilidad, culpa, vergüenza, miedo, angustia, pérdida de valor, depresión, ansiedad, fracaso escolar, baja autoestima, promiscuidad sexual en púberes y adolescentes, además de un conocimiento sexual que no se corresponde con la edad del niño o adolescente, provocando incluso que los mismos se conviertan a la vez, en agresores sexuales a menores que él, y realice juego sexuales inadecuados que al paso del tiempo, traiga consecuencias, dificultades sexuales, impotencia, actividad sexual con animales o juguetes, masturbación compulsiva, acciones de agresión sexual, enfermedades de transmisión sexual o llegar a ser posibles violadores.

El pronóstico a largo plazo, luego de aplicar la propuesta, debe resultar positivo pues se revertirán muchas de las consecuencias negativas que hoy se pueden observar, el impacto que se pretende será directo al servir como una guía específica de tratamiento a los pacientes involucrados en la problemática.

1.2.4. Formulación del Problema

¿De qué manera influyen las estrategias de afrontamiento en los niveles de adaptación en víctimas de abuso sexual de 13 a 18 años que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5. Preguntas Directrices

- ¿Qué tipo de estrategias de afrontamiento desarrollan las víctimas de abuso sexual?
- ¿Qué nivel de adaptación predomina en víctimas de abuso sexual?
- ¿Qué alternativas de solución se podría dar al problema de abuso sexual?

1.2.6. Delimitación

1.2.6.1 Campo de Conocimiento

CAMPO: Psicología Clínica.

ÁREA: Desarrollo Biopsicosocial.

ASPECTO: Estrategias de afrontamiento- niveles de adaptación.

1.2.6.2 Delimitación Espacial

La investigación se llevó a cabo con las personas que han sido víctimas de abuso sexual y acuden al Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2.6.3 Delimitación Temporal

El tiempo estimado para llevar a cabo la investigación fue de un semestre, durante los meses de abril-septiembre de 2014.

1.3. Justificación

Los casos de delito de abuso sexual en el Ecuador, siguen en aumento siendo Tungurahua una de las provincias en la cual existen sus más altos índices por lo que esta investigación ha tenido una importante relación con la función social que cumple luego de la valoración médica, ginecológica y psicológica que reciben en el Hospital Provincial Docente Ambato.

El interés por la presente investigación nació a partir de la experiencia personal surgida en las prácticas pre profesionales en dicho lugar, y luego de observar la

afectación psicológica que presenta cada víctima de abuso sexual. El tema a investigar es de suma importancia debido a que su principal aspecto novedoso se vincula con el determinar la influencia de las estrategias de afrontamiento en los niveles de adaptación en adolescentes víctimas de abuso sexual, es una problemática que afecta a un grupo vulnerable y puede retrasar y complicar la atención psicoterapéutica o recuperación del paciente, volviéndose una situación altamente traumática.

Esta investigación tendrá un impacto trascendental al buscar y analizar posibles alternativas de solución que contribuyan de alguna manera a una solución a mediano y largo plazo. Su importancia científica se centra en mejorar el tratamiento y atención a las adolescentes que son víctimas de abuso sexual.

Su factibilidad es alta ya que se cuenta con el apoyo institucional del Hospital Provincial Docente Ambato, con la aprobación del personal directivo y la dirección al permitir trabajar con la población señalada así como con el soporte teórico y técnico de los profesionales de la Sala de Primera Acogida para Víctimas de abuso sexual y violencia intrafamiliar que integran el equipo de trabajo de la institución anteriormente señalada.

Además, la presente investigación es original dentro del contexto estudiado, contando con la voluntad y tiempo del investigador.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la influencia de las Estrategias de Afrontamiento en los niveles de adaptación en víctimas de Abuso Sexual de 13 a 18 años que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas víctimas de abuso sexual.

- Identificar los niveles de adaptación predominante en las personas víctimas de abuso sexual.
- Plantear un programa terapéutico de solución al problema de abuso sexual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Luego de una exhaustiva búsqueda tangible y digital sobre estudios publicados relacionados con la temática planteada, se puede citar a Echeburúa y Corral (2005), quienes realizaron un análisis sobre las secuelas emocionales en las víctimas de abuso sexual a corto y largo plazo. Dentro de las principales conclusiones a las que llegaron están, que las consecuencias a corto plazo de al menos el 80% de la población estudiada sufre consecuencias psicológicas negativas, así como que el alcance del impacto psicológico depende del grado de culpabilidad del niño respecto a los padres y las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Con respecto a la edad, los niños específicamente en la etapa de preescolar, al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. Echeburúa (2005) menciona:

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia, porque el agresor puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente en el caso de una relación incestuosa, toma conciencia del alcance de la misma. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.

Acerca de los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30 por ciento de las víctimas (Echeburúa, 2005).

Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual, disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas) (Mas & Carrasco, 2015).

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración), si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, entre otros.

Según Finkelhor (2005), desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo en la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, a posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.).

Chavez et al. (2009), realizaron un trabajo sobre una muestra de estudiantes del estado de Morelos, México en el 2004-2005. Los participantes (n=1730) pertenecen a una cohorte de 13 293 estudiantes de 12 a 24 años. Los datos fueron colectados mediante la aplicación de un cuestionario conteniendo secciones de escalas validadas. Las variables analizadas fueron factores sociodemográficos (sexo, zona de habitación, nivel socioeconómico); familiares (educación de los padres, adicciones de los padres, violencia entre padres); psicológicos

individuales (autoestima - Inventario de Autoestima de Coopersmith, depresión, consumo de alcohol); violencia intrafamiliar (Escala de Strauss); y abuso sexual. Mediante regresión logística múltiple se evaluaron los factores asociados. Se obtuvieron Razones de Momios (RM) con intervalos de confianza al 95%. Los resultados obtenidos fueron que el 4.7% (n=80) de los/as estudiantes presentaron intento de abuso y el 2.9% (n=50) fueron víctimas de abuso sexual consumado.

Se manifiesta que las mujeres tuvieron mayor prevalencia de intento (6.1%). El 3.6% de las mujeres y el 1.9% de los hombres fueron abusados sexualmente. El principal agresor en mujeres fue el novio y en hombres una persona desconocida. La edad promedio estuvo en los 12.02 años en mujeres y 11.71 en hombres. Los factores asociados al abuso fueron: mayor consumo de alcohol padres (RM = 3.37; IC 95% 1.40; 8.07); violencia hacia madre (RM=4.49; IC 95% 1.54; 13.10); ser mujer (RM = 2.47; IC 95% 1.17; 5.24); ser víctima de violencia intrafamiliar alta (RM=3.58; IC 95% 1.32; 9.67). Autoestima alta fue un factor protector (RM=0.27; IC 95% 0.09; 0.75) (Chavez et al., 2009).

Con relación a las estrategias de afrontamiento no se localizan investigaciones posibles de consultar que relacionen esta temática a víctimas de abuso sexual, aunque Arellano y Reyes (2006) plantean:

“Con respecto a las estrategias de afrontamiento, entre hombres y mujeres adultos mayores existen diferencias significativas en la utilización de las estrategias: reinterpretación positiva y crecimiento, focalización y ventilación de emociones, siendo las mujeres quienes las despliegan más. Los hombres utilizan más las estrategias: afrontamiento activo, aceptación de responsabilidad y autocontrol, y las mujeres reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación de responsabilidad y autocontrol” (p. 1).

En la Universidad Mayor de San Andrés, se registra una tesis de grado de la carrera de Psicología sobre el tema, en el cual Quispe (2012), señala en su estudio enfocó en los estilos de afrontamiento, que el primer estilo de concentrarse es en Resolver el Problema, en cambio la muestra presenta un

bajo nivel en la utilización de las estrategias de afrontamiento. En el segundo estilo Relación con los Demás la muestra presento un bajo nivel en el uso de estas estrategias. En el tercer estilo de Estrategias Improductivas la muestra presento un alto nivel de manejo de estas estrategias. Mediante el cual los resultados Generales en el grupo de adolescentes demuestro un bajo nivel en el uso de las estrategias de afrontamiento. Lo que indica que los adolescentes institucionalizados del estudio no utilizan las estrategias de afrontamiento adecuadamente, por la forma de vida que llevan.

2.2. Fundamentación Filosófica

La presente investigación se encuentra ubicada en el paradigma crítico propositivo; crítico porque realiza un análisis de las características que presentan las adolescentes víctimas de abuso sexual; y propositivo por cuanto busca plantear una alternativa de solución hacia esta problemática.

La investigación ha tenido un enfoque epistemológico debido a que estudió el comportamiento y el modo de vida de la población estudiada para detectar sus influencias sobre la salud, así como las acciones encaminadas a su promoción. Los estudios epistemológicos comprendieron desde el análisis de las causas de la enfermedad o de los factores que propician una adecuada salud, prevención y la atención de los mismos para su modificación o erradicación por medio de la intervención.

La investigación mantuvo un enfoque axiológico en las relaciones con los pacientes, en un trato ético y responsable, manteniendo la confidencialidad debida como factor importante al establecer un vínculo directo con el paciente, aunque al estar determinada por la ley con condiciones, el paciente pudo establecer mecanismos de defensa que impidieran una terapia asertiva, y aquí el dilema ético entró en juego al establecer el papel del psicólogo como interventor o como delator.

La investigación se basó en un enfoque metodológico, debido que para recolectar la información fueron utilizados reactivos psicológicos, que evaluaron las estrategias de afrontamiento y los niveles de adaptación de las víctimas, además de su correspondiente valoración y análisis.

2.3. Fundamentación Legal

El aspecto legal fue relacionado con los siguientes aspectos de la Constitución Política de la República del Ecuador (2008).

TÍTULO III DE LOS DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Capítulo 2 De los derechos civiles.

Art. 23.- Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes:

2. La integridad personal. Se prohíben las penas crueles, las torturas; todo procedimiento inhumano, degradante o que implique violencia física, psicológica, sexual o coacción moral, y la aplicación y utilización indebida de material genético humano. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad.

La investigación se realizará tomando en cuenta el Código de la Niñez y Adolescencia, publicado por Ley No. 100. En Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003.

Capítulo IV.- Derechos de protección

Art. 50.- Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

Art. 51.- Derecho a la libertad personal, dignidad, reputación, honor e imagen.-

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete:

a) Su libertad, sin más limitaciones que las establecidas en la ley. Los progenitores y responsables de sus cuidados los orientarán en el ejercicio de este derecho; y,

b) Su dignidad, autoestima, honra, reputación e imagen propia. Deberá proporcionárseles relaciones de calidez y buen trato fundamentadas en el reconocimiento de su dignidad y el respeto a las diferencias.

Título IV de la protección Contra el Maltrato, abuso, Explotación Sexual, Tráfico y Pérdida de Niños, niñas y adolescentes.

Art. 67.- Concepto de maltrato.- Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Art. 68.- Concepto de abuso sexual.- Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.- Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos

flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

Art. 80.- Exámenes médico legales.- Los exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad física y emocional del paciente.

Otro documento legal que ampara este trabajo está en los principios que promueve el Plan Nacional del Buen Vivir (2008) expresa:

- Solidaridad. Acto de interesarse y responder a las necesidades de los demás.
- Colaboración. Actitud de cooperación que permite juntar esfuerzos, conocimientos y experiencias para alcanzar los objetivos comunes.
- Efectividad. Lograr resultados con calidad a partir de los cumplimientos eficientes y eficaces de los objetivos y metas propuestos en su ámbito laboral.
- Respeto. Reconocimiento y consideración a cada persona como ser único/a, con intereses y necesidades particulares.
- Responsabilidad. Cumplimiento de las tareas encomendadas de manera oportuna en el tiempo establecido, con empeño y afán, mediante la toma de decisiones de manera consciente, garantizando el bien común y sujetas a los procesos institucionales.
- Lealtad. Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

2.4. Fundamentación Teórica

2.4.1 Categorías Fundamentales

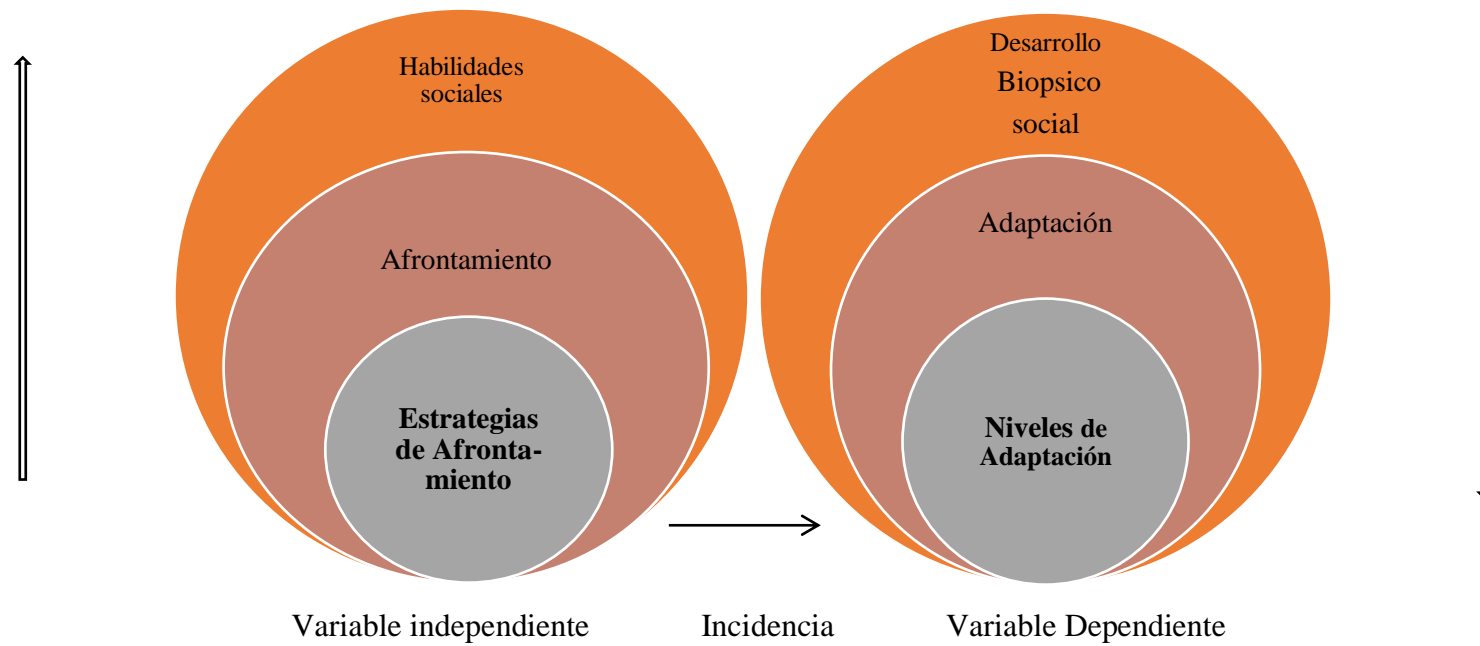


Gráfico 6: Categorías fundamentales.

Elaborado por: Andrea Mayorga

Variable Independiente

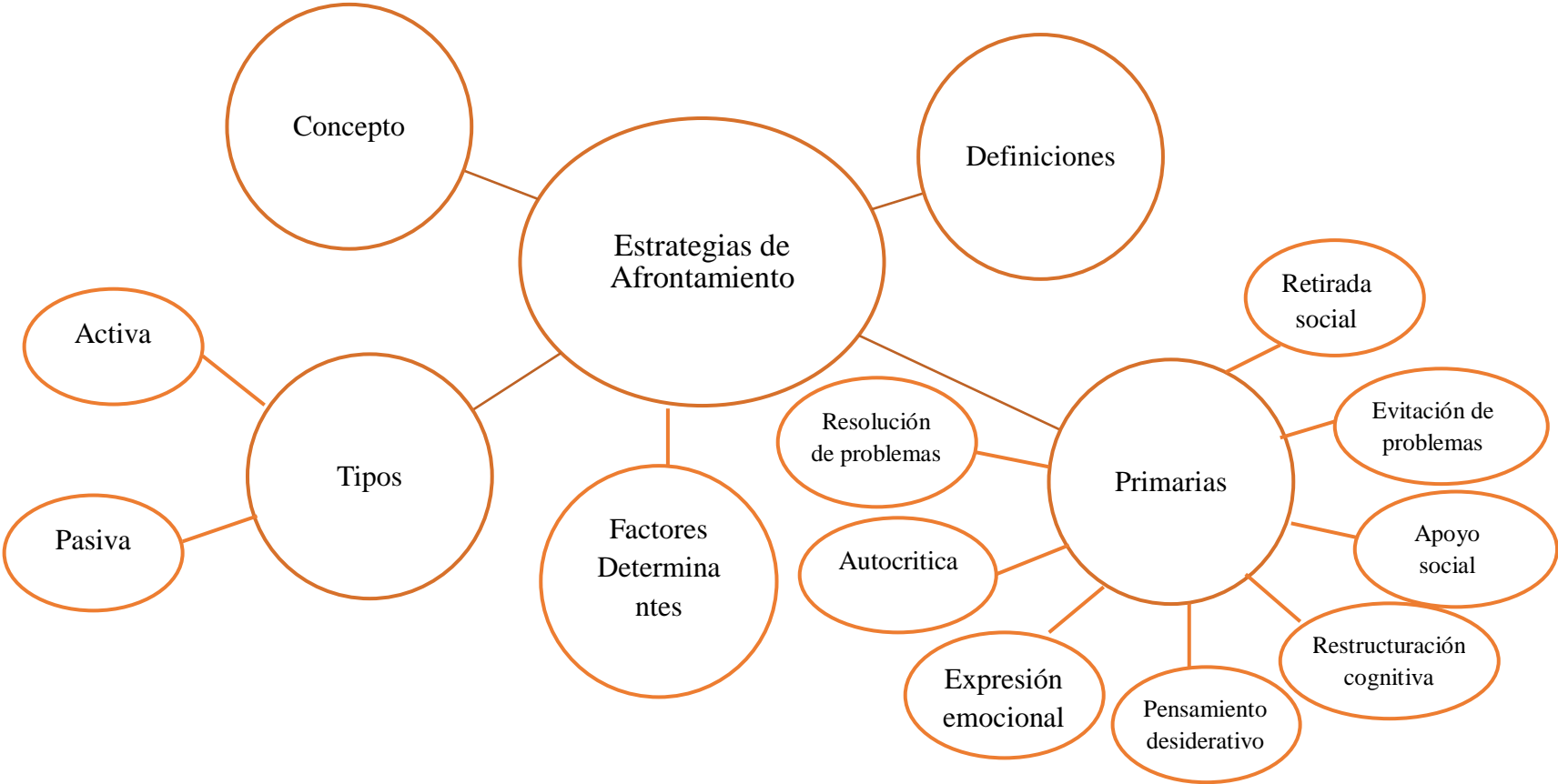


Figura 2: Constelación de ideas de la Variable Independiente
Autora: Andrea Mayorga
Fuente: Tesis de investigación

Variable Dependiente

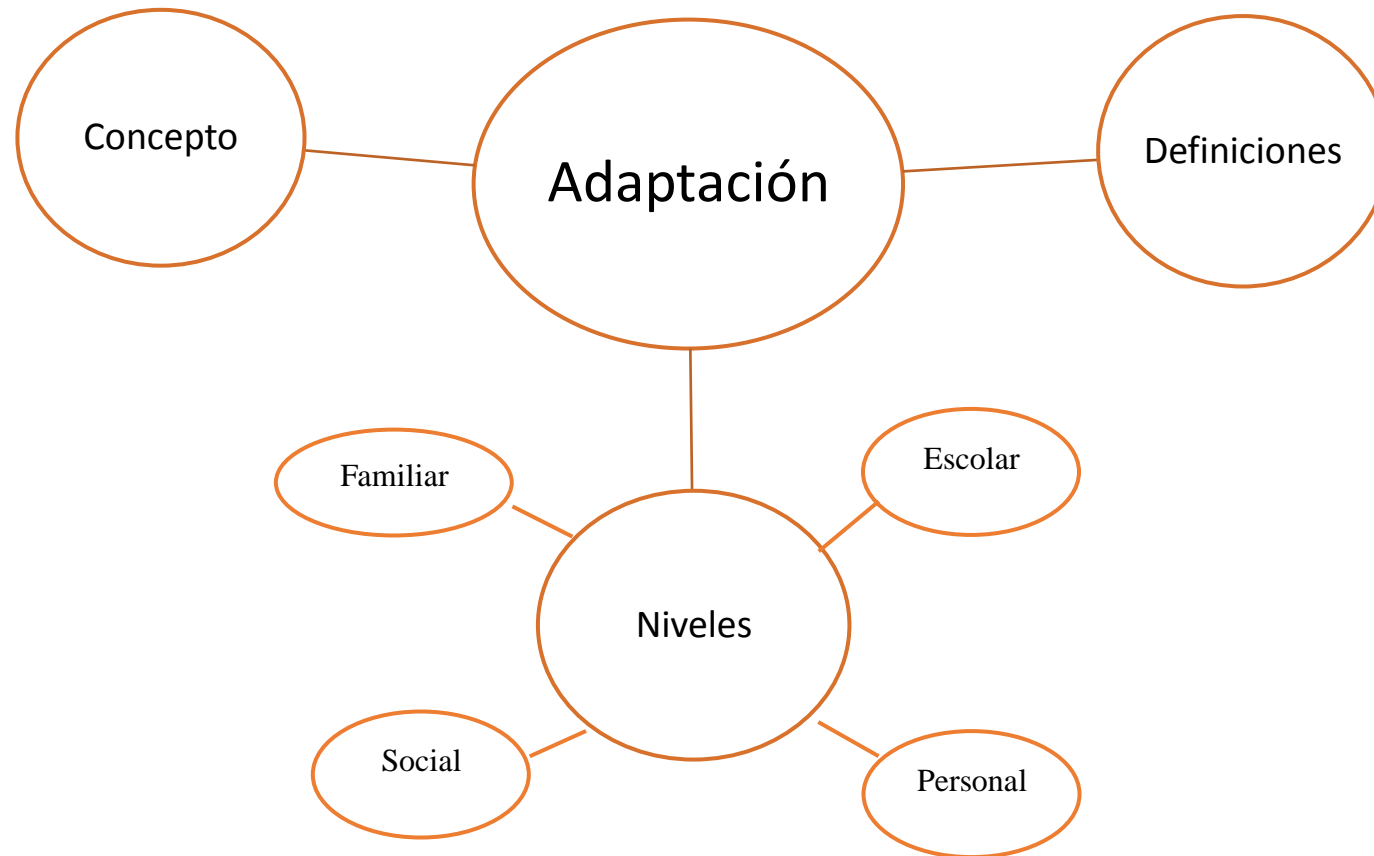


Figura 3: Constelación de ideas de la Variable Dependiente

Autora: Andrea Mayorga

Fuente: Tesis de investigación

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Según Lazarus y Folkman (1984), mencionan que las estrategias de afrontamiento constituyen herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas. Estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, y perjudicar su bienestar biopsicosocial.

Las estrategias de afrontamiento o estrategias de coping son consideradas como conjuntos de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación. “Al dirigirse al problema se consolida un afrontamiento orientado a manipular o a alterar las condiciones responsables de la amenaza. Al dirigirse a la respuesta emocional, el afrontamiento se orienta a reducir o a eliminar la respuesta emocional generada por la situación” (Lazarus & Folkman, 1984).

Además, expresa Fernández y Palmero (1999), si se dirige a modificar la evaluación inicial de la situación, la estrategia de afrontamiento tiende a reevaluar el problema.

Los esfuerzos cognitivos o comportamentales pueden darse de manera activa o pasiva:

- a) Activa, al movilizar esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación.
- b) Pasiva, al basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las condiciones.

Según Pastor (2014) menciona que las estrategias de afrontamiento se dividen en 2 tipos:

Afrontamiento Activo o Positivo: la premisa fundamental es ver el problema como una OPORTUNIDAD para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en

aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyos. Aplicar la ACEPTACIÓN si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que tengo control sobre la situación y que voy a resolverla. Todo ello aumenta nuestra confianza y eficacia.

Afrontamiento Pasivo o Negativo: la base está en encarar la adversidad como una AMENAZA o daño personal. Huiremos, evitamos encarar el conflicto, lo aplazamos, abandonamos cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegamos a otra persona, nos distanciamos

En ambas, las emociones juegan un rol importante en nuestro estilo de afrontar, en nuestra percepción de éxito, ya sean negativas –provocando sensación de inutilidad, pesimismo, pasividad- como positivas, generando una visión de autoeficacia orientada al problema, a la acción. Cuando ante un problema nos centramos en las emociones negativas, nos focalizamos más en nosotros mismos y nos creemos incapaces, adoptando en ocasiones el rol de víctima, reforzando aún más nuestra percepción errónea de ineficacia (Pastor, 2014).

Según Martín J. (2014), menciona que influyen en la preferencia o en la elección de las estrategias de afrontamiento depende de:

Personalidad

La personalidad determina un “estilo de afrontamiento”, y es un evidente determinante del afrontamiento.

Búsqueda de sensaciones

Las personas “buscadoras de sensaciones”, según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas (Vazquez C., Crespo y Ring, 1992).

Sensación de control

Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales.

Optimismo

Consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Una actitud optimista generalmente ayuda a manejar mejor los síntomas, por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan por la negación, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor.

Medio social

Los factores del medio social juegan un importante rol, lo cual es perfectamente lógico si se tiene en cuenta la influencia de la cultura y del marco legal en la mentalidad y conducta de los miembros de determinada sociedad.

Proceso de socialización

Dentro de una determinada sociedad existe una amplia variabilidad en la forma de ser y actuar de sus miembros

Naturaleza de la situación

La naturaleza de la situación a y la actuación de otros factores estresantes simultáneos (por ejemplo, una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas).

Stephoe (1997), citado por Llana (2007, p. 518) establece una taxonomía que consta de 4 grupos de estrategias de afrontamiento:

- Las estrategias centradas en el problema de carácter conductual; son aquellas acciones que intentan de forma explícita actuar directamente ante la situación estresante. Las más conocidas e investigadas son la solución

de problemas, los intentos de control, la evitación y el escape de la situación.

- Las estrategias centradas en el problema de carácter cognitivo son aquellas que intentan abordar el problema mediante intentos de manejar la forma en que este es percibido. Entre ellas se encuentran la atención selectiva hacia los aspectos positivos de la situación, la redefinición de los estresores para no percibirlos como amenazas, o la percepción de las situaciones como oportunidades para el logro personal en vez de amenazas para la seguridad.
- Las estrategias centradas en la emoción de carácter conductual son aquellas que intentan mejorar el impacto emocional que tiene los estresores sobre el sujeto. Se utilizan en aquellas situaciones en que actuar supone un conflicto para el sujeto, o las respuestas que este emite se ven frustradas. Se incluyen en esta categoría las conductas de desplazamiento como fumar, beber, emplear un tono sarcástico en el diálogo, búsqueda de apoyo social, búsqueda de información sobre el problema.
- Las estrategias centradas en la emoción de carácter cognitivo incluyen aquellas estrategias utilizadas para manejar las alteraciones emocionales que se producen en una situación estresante.

Cano, Rodríguez y García (2006), describen ocho estrategias de afrontamiento primarias:

- Resolución de problemas (REP): estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Autocrítica (AUC): estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

- Expresión emocional (EEM): estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Pensamiento desiderativo (PSD): estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Reestructuración cognitiva (REC): estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social (APS): estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Evitación de problemas (EVP): estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- Retirada social (RES): estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

AFRONTAMIENTO

El afrontamiento fue definido por Lazarus y Launier (1978), citado en Fierro

A. (1997, pp. 212-215), como:

"Los esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer".

El término afrontamiento siguió perfeccionándose, por Lazarus y Folkman (1986) citado en Miracco et al., (2010), definiéndole como alusión a "aquellos esfuerzos

cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Estos escritores identifican dos tipos de poder: poder, destinado a cambiar una situación; y poder, tuvo por objetivo atenuar y soportar los estados emotivos provocados por la situación. Hacen su formulación desde una perspectiva eminentemente contextual y con un enfoque procesual en su análisis, así como con una connotación transaccional que implica una forma específica de interacción en la que hay efectos retroactivos de la conducta sobre las variables personales y situaciones, y, por tanto, una causación recíproca. Desde esta perspectiva, en la actualidad, lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar, y su vínculo con las emociones que experimenta el sujeto en un determinado contexto.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico (Miracco et al., 2010).

El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo, el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo afrontamiento ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso.

Lazarus y Folkman (1986) citado en Miracco et al., (2010), diferencian dos funciones principales del afrontamiento:

El afrontamiento dirigido al problema incluye estrategias tanto orientadas a la resolución del mismo (comenzando por su definición, la búsqueda de soluciones alternativas, su elección y aplicación) como aquellas estrategias relativas al propio sujeto en relación con el manejo del problema (por ejemplo sus motivaciones,

aprendizajes, etc.). Las reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema formarían parte de estas estrategias, como se retomará más adelante.

El afrontamiento dirigido a la emoción, por su parte, implicaría una modificación en el modo de concebir la situación afectivamente, sin que ésta cambie objetivamente. Comprende "procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos". Según los autores, este tipo de afrontamiento sería puesto en juego para mantener la esperanza, negar los hechos negativos y sus consecuencias, para no tener que asumir el peor desenlace o para desestimar su importancia.

Estos dos tipos de estrategias se influirían mutuamente, pudiendo facilitarse u obstaculizarse entre sí.

HABILIDADES SOCIALES

Respecto a las habilidades sociales García y Gil (1992), la definen como "comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales".

Algunos estudios (Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Shaefer, 1993; Thoits, 1995), enfatizan que las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. Para Lazarus y Folkman (1986), estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando la resolución de los problemas en cooperación social (Miracco et al., 2010).

Las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Es importante destacar que se trata de conductas, esto quiere decir que son aspectos

observables, medibles y modificables; no es un rasgo innato y por tanto no es determinado por su código genético; entra en juego la otra persona, no se refieren a habilidades de autonomía personal, sino a aquellas situaciones en las que participan por lo menos dos personas. Esta relación con el otro es efectiva y mutuamente satisfactoria (Gutiérrez, 2002).

La persona con habilidades sociales defiende lo que quiere y expresa su acuerdo o desacuerdo sin generar malestar en la otra persona.

El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales (Proyecto EQUAL. Fondo Europeo, n/r).

Pero no sólo es importante tener habilidades sociales, sino ponerlas en práctica en la situación adecuada. Esta adecuación de las conductas al contexto es lo que se denomina Competencia social.

León (2012), menciona que la persona cuando carece de habilidades sociales puede que afronte las situaciones de dos maneras diferentes:

- Evitando las situaciones o accediendo a las demandas de los demás con la finalidad de no exponerse a enfrentamientos –conducta pasiva–.
- Eligiendo por otros e infringiendo los derechos de los demás para obtener sus metas –conducta agresiva– (.p. 27).

El Manual de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León (2012), manifiesta que las habilidades sociales incluyen componentes verbales y no verbales:

- Los componentes no verbales hacen referencia al lenguaje corporal, a lo que no decimos, a cómo nos mostramos cuando interactuamos con el otro. Esto es, a la distancia interpersonal, contacto ocular, postura,

orientación, gestos y movimientos que hacemos con brazos, piernas y cara cuando nos relacionamos con otros.

- Los componentes verbales hacen referencia al volumen de la voz, el tono, el timbre, la fluidez, el tiempo de habla, la entonación, la claridad y la velocidad y el contenido del mensaje. Todos hemos tenido la experiencia de lo incómodo que resulta hablar con alguien que acapara todo el tiempo de conversación, o que habla muy deprisa o muy despacio, o que da mil rodeos para contar algo o que su timbre de voz es demasiado agudo. Además de lo que decimos es importante el modo en que lo decimos.

Las habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías relacionadas entre sí.

Clasificación de las habilidades sociales según su tipología (Proyecto EQUAL. Fondo Europeo, n/r).

Grupo I. Primeras habilidades sociales

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

Grupo II. Habilidades sociales avanzadas

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.

- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás.

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse.

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.

- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo.

Habilidades de planificación.

- Tomar decisiones.
- Discernir la causa de un problema.
- Establecer un objetivo.
- Determinar las propias habilidades.
- Recoger información.
- Resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.
- Concentrarse en una tarea

DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL

Según la teoría de Erikson (1963), citado por Kaplan-Sadock (2004, pp. 211–217), "El concepto de desarrollo psicosocial se refiere básicamente a cómo la interacción de la persona con su entorno está dada por unos cambios fundamentales en su personalidad".

Los 8 estadios psicosociales según Erikson (1963):

- Confianza – Desconfianza

Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre, los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida.

- Autonomía vs Vergüenza y duda

Empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño, en este estadio se emprende el desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales, este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza. Asimismo, los logros en esta etapa desencadenan sensación de autonomía y de sentirse como un cuerpo independiente.

- Iniciativa vs Culpa

Empieza desde los 3 hasta los 5 años de edad, aquí el niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades, sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente.

- Laboriosidad vs Inferioridad

Se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años, en esta etapa los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo diversas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades.

- Exploración de la Identidad vs. Difusión de Identidad

Este estadio tiene lugar durante la adolescencia, aquí empiezan a mostrarse más independientes y a tomar distancia de los padres. Prefieren pasar más tiempo con sus amigos y comienzan a pensar en el futuro y a decidir qué quieren estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, etc. Comienzan a apuntalar su propia identidad basándose en las experiencias vividas, esta búsqueda va a causar que en múltiples ocasiones se sientan confusos acerca de su propia identidad.

- Intimidad frente a aislamiento

Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente, la forma de relacionarse con otras personas se modifica, el individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza. Si se evade este tipo de intimidad, uno puede estar rozando la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión.

- Generatividad frente a estancamiento

Este estadio transcurre entre los 40 hasta los 60 años, es un lapso de la vida en el que la persona dedica su tiempo a su familia. Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento.

- Integridad del yo frente a desesperación

Este estadio se produce desde los 60 años hasta la muerte, es un momento en el que el individuo deja de ser productivo, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente. Una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, los amigos y familiares fallecen, uno tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo como en el de los demás.

El hombre como ser biopsicosocial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), detalla: "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección".

Virel (1985), manifiesta que el hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial, pero para hacer esto primero se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación:

- Ente: se refiere a lo que existe o puede existir.

- Bio: Significa vida.
- Psico: Significa alma, mente o actividad mental.
- Social: Pertenciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados.

El hombre es un ente, porque existe y su componente bio se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. Su componente psico se refiere a que además de ser un organismo vivo tiene mente, lo que le permite estar consciente de su existencia (Virel, 1985).

El hombre es un ente social porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad (constituida por semejantes a él) que lo rodea y con el medio ambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida. Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos con los seres humanos y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema. (Virel, 1985).

ADAPTACIÓN

La adaptación es considerada como un proceso dinámico y relacional entre la persona y el medio, en el cual se espera el ajuste de la conducta del individuo a sus propios deseos, preferencias y necesidades; más aún, se espera que tal conducta se adapte a las circunstancias del entorno, a las normas, deseos y necesidades de las personas con quienes interactúa (Bosque, A. & Aragón, L., 2008).

Diversos autores han definido el término de adaptación, los cuales hacen referencia a la forma en que el individuo se desenvuelve en las áreas de su vida, concerniente de la estabilidad emocional y de la personalidad, por ejemplo, Davidoff (1979), citado en García & Magaz (1998), menciona que una persona

bien adaptada tiene sentimientos positivos de sí misma y se considera competente y con éxito en la vida, demostrando un sentido de autonomía e independencia.

De esta manera García y Magaz (1998), consideran que:

La adaptación humana consiste en un doble proceso: ajuste de la conducta del individuo a sus propios deseos, gustos, preferencias y necesidades y ajuste de tal conducta a las circunstancias del entorno en que vive, es decir a las normas, deseos, gustos, preferencias y necesidades de las personas con las que interactúa ocasional o habitualmente. (p. 13).

Según Virel (1985), adaptación es la interacción entre el individuo y el medio en que vive, la cual se marca mediante la modificación armoniosa de la conducta respecto de las condiciones del medio y por la evolución del medio en el cual y sobre el cual el individuo actúa.

Adaptación para Orte y March (1996), es un proceso dinámico relacional entre la persona y el medio; así, definen a la inadaptación social como el desajuste personal, el conflicto o fricción con el ambiente, el fracaso ante estímulos sociales, el comportamiento antisocial, etc.

El concepto de adaptación es relativo, porque es un proceso inacabable en el ser humano, por ello, es necesario adaptarse a diversas situaciones o circunstancias que la vida ofrece y es aquí donde la persona demuestra su determinación de adaptación a su medio personal, social, familiar o escolar (Lescano, Rojas, & Arístides, 2003).

La consecuencia de la adaptación es la modificación del comportamiento. Muchos "complejos" o "desequilibrios emocionales" responden a un fracaso en la adaptación. La continua adaptación del ser humano a las circunstancias del entorno constituye un signo esencial de equilibrio y salud mental (Virel, 1985).

Cuando se habla de la adaptación de un ser vivo, se hace mención al hecho de que un organismo ha podido acomodarse a las condiciones de su entorno. Dicho de una persona, la adaptación se produce cuando el individuo se habitúa a múltiples circunstancias y condiciones.

La adaptación biológica constituye un proceso de tipo fisiológico que afecta a un organismo que, durante un determinado plazo, ha mostrado una notable evolución por medio de la selección natural. De esta forma, sus expectativas a largo plazo en materia de reproducción sea exitosa son notablemente elevadas.

Las adaptaciones pueden tomar muchas formas: un comportamiento que permite evadirse mejor de los depredadores, una proteína que funciona mejor a la temperatura corporal o un rasgo anatómico que permite al organismo acceder a un nuevo recurso valioso todo esto podrían ser adaptaciones. Se cree que muchas de las cosas que más nos impresionan de la naturaleza son adaptaciones. (Virel, 1985)

NIVELES DE ADAPTACIÓN

García y Magraz (1998), citado por Orantes (2011), consideran que la adaptación humana tiene dos procesos. Por un lado, ajusta la conducta del individuo a sus propios deseos y necesidades. Por otro, ajusta su conducta a la circunstancias de su entorno, es decir, a las normas, preferencias y necesidades de las personas con las que interactúa a lo largo de su vida.

Existen cuatro niveles de adaptación en el adolescente: personal, familiar, social y escolar (Orantes, 2011):

La *adaptación personal* indica que el adolescente está satisfecho con su propio cuerpo, su familia y sus recursos personales; se ve capaz de enfrentarse a retos y dificultades y no tiene miedo al futuro.

La *adaptación familiar* indica la satisfacción de su relación con sus padres y su familia en general, el trato a los hermanos y el clima del hogar es bueno, siente que le comprenden, valoran, dan importancia y se interesan por sus cosas.

En la *adaptación escolar* el adolescente valora lo que le enseñan, cree que es útil para enfrentarse a las demandas de la vida real; la disciplina, el nivel de exigencia, los castigos y la atención son imprescindibles.

La *adaptación social* es en la que el adolescente se siente hábil en situaciones de interacción social, entabla conversación y hace amigos con facilidad, participa en grupos organizados, puede ser popular en su medio, le gusta ayudar, hablar en público y organizar actividades, prefiere estar con otros antes que quedarse solo.

Según Bell (1987), en su cuestionario de adaptación para adolescentes, mediante la interpretación y análisis del proceso de desarrollo y adaptación ante los cambios significativos, las repercusiones y la forma en que se desenvuelven en las diferentes esferas de su vida, el individuo se desarrolla en cuatro niveles de adaptación:

- a) Adaptación familiar.
- b) Adaptación a la salud.
- c) Adaptación social.
- d) Adaptación emocional.

2.5. Hipótesis

Las estrategias de afrontamiento influyen en los niveles de adaptación en víctimas de abuso sexual de 13 a 18 años que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

Hipótesis Nula

Las estrategias de afrontamiento no influyen en los niveles de adaptación en víctimas de abuso sexual de 13 a 18 años que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

2.6.Variables

Variable Independiente: Estrategias de afrontamiento.

Variable Dependiente: Niveles de adaptación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque

En la presente investigación se utiliza un enfoque cuali-cuantitativo, cualitativo debido a que el propio objeto de estudio requiere valoración cualitativa a través del uso de técnicas que se someten al juicio de la investigadora, como investigación de un fenómeno social requiere un enfoque contextualizado y énfasis en el proceso, y cuantitativo porque se aplican técnicas que permite realizar una medición controlada buscando la causa de los hechos objeto de estudio.

3.2 Modalidad de la investigación

La investigación fue de campo, ya que se recabó información en el lugar donde se produjeron los hechos actuando directamente sobre el contexto, se trabajó una variable externa no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por qué causas se produce una situación o acontecimiento particular.

También fue bibliográfica-documental pues el trabajo tuvo información secundaria sobre el tema obtenido a través de libros, textos, manuales de diagnóstico, revistas, internet y documentos válidos, confiables a manera de información primaria.

3.3 Tipo de investigación

La investigación se realizó a nivel exploratorio debido a que se investigó por primera vez la influencia de las estrategias de afrontamiento en los niveles de adaptación en víctimas de abuso sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato. También a nivel descriptivo pues

paulatinamente se fueron detallando las implicaciones y hechos tal como fueron observados estableciéndose una visión del cómo opera y cuáles son sus características para determinar parámetros sobre los mismos.

Se trabajó a nivel de asociación de variables, permitiendo realizar una evaluación de las variaciones, análisis de correlación y una medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado. A nivel explicativo, pues se explica el comportamiento de una variable en función de la otra, exponiendo las características de la relación de causa–efecto.

3.4 Población

La población escogida para la presente investigación fueron las adolescentes de 13 a 18 años de edad, víctimas de abuso sexual que reciben atención psicológica en la sala de primera acogida para víctimas de abuso sexual y violencia intrafamiliar del Hospital Provincial Docente Ambato. En total fueron 30 adolescentes equivalentes al cien por ciento de la población por lo que no se consideró aplicar muestreo probabilístico.

Por lo tanto $N=n$.

P. Incluyente: Adolescentes mujeres de 13 a 18 años.

P. Excluyente: Niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, personas con discapacidad.

3.5. Operacionalización de variables

Cuadro 1: Variable Independiente: Estrategias de Afrontamiento.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>Las estrategias de afrontamiento o estrategias de coping son consideradas como conjuntos de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación.</p>	<p>Resolución de problemas.</p> <p>Reducir o eliminar respuestas emocionales generadas por la situación.</p> <p>Afrontar amenazas.</p>	<p>Sentimientos, pensamientos y actos específicos que el individuo podría o querría hacer.</p> <p>Examinar los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno.</p>	<p>¿Qué estrategias de afrontamiento desarrollan las personas víctimas de abuso sexual?</p>	<p>T: Psicometría</p> <p>I: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006)</p>

Elaborado por: Andrea Mayorga

Cuadro 2: Variable independiente: Niveles de Adaptación.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>La adaptación es un proceso de acomodación o ajuste de una cosa, u organismo, o hecho; a otra cosa, ser o circunstancia. Son cambios que se operan en algo, con motivo de agentes internos o externos, produciéndose un cambio de actitud o de conducta.</p> <p>Hay personas que son más proclives a adaptarse al cambio que otras, y algunas son capaces de readaptarse aún en situaciones de extrema dureza, y salir airosos.</p>	<p>Situaciones o eventos que causan estrés.</p> <p>Cambio en el estilo de vida.</p> <p>Adaptación inadecuada.</p>	<p>Nivel Familiar</p> <p>Nivel Social</p> <p>Nivel Emocional</p> <p>Nivel Académico</p>	<p>¿Qué nivel de desadaptación es de mayor prevalencia en las personas víctimas de abuso sexual?</p>	<p>T: Aplicación de cuestionario.</p> <p>I: Cuestionario de Adaptación (2014).</p>

Elaborado por: Andrea Mayorga

3.6. Recolección de la información

Cuadro 3: Recolección de la información.

1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
2.- ¿De qué personas?	Víctimas de Abuso Sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Sentimientos, pensamientos y actos específicos que el individuo podría o querría hacer. Examinar los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno. Influencia de las estrategias de afrontamiento sobre Nivel Familiar, Nivel Social, Nivel Emocional y Nivel Académico.
4.- ¿Quién?	Andrea Carolina Mayorga Ayala.
5.- ¿A quiénes?	A los miembros del universo investigado.
6.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Abril a Septiembre 2014.

7.- ¿Dónde?	Instalaciones del Hospital Provincial Docente Ambato.
8.- ¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada adolescente de la población estudiada.
9.- ¿Cómo?	Aplicación de reactivos psicológicos.
10.- ¿Con qué?	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006). Cuestionario de Adaptación (2014).

Elaborado por: Andrea Mayorga

3.7. Técnicas e instrumentos

Adaptación

- Cuestionario de Adaptación.

Este cuestionario se basa en interrogantes que permiten determinar el nivel predominante de desadaptación en víctimas de abuso sexual. Para la elaboración del mismo se tomó como base el cuestionario de Adaptación para Adolescentes de H. M. Bell (1987), además se contó con la colaboración del criterio de la Psicóloga Clínica del HPDA que brinda atención a estas víctimas.

El cuestionario consta de 40 preguntas, las cuales evalúan cuatro niveles de adaptación: Nivel Familiar, Nivel Social, Nivel Emocional y Nivel Académico. En cada literal la adolescente debe seleccionar la respuesta con la que se

identifica en diversas situaciones, tomando en cuenta que significa: 0. Nunca, 1. Rara vez, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente, 4. Siempre.

- Nivel Familiar: Se evalúa la relación con su núcleo familiar, conflictos entre ellos, apoyo, sentimientos de culpa.
- Nivel Social: Se evalúa la relación con los demás (ajenos al núcleo familiar), la adaptación, el rechazo y aceptación de su medio.
- Nivel Emocional: Se evalúa la dependencia, apego, relaciones heterosexuales, conductas de minusvalía.
- Nivel Académico: Se evalúa intereses cognoscitivos, rendimientos, concentración, atención, actitudes en general que corresponden a su vida estudiantil.

Estrategias de afrontamiento

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006).

El inventario que utilizado fue creado originalmente por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). Fue adaptado a la población española por Cano, Rodríguez y García (2006), y está constituido por 40 ítems que miden la variable estrategias de afrontamiento. El CSI está constituido por una escala del 0 al 4 donde la persona debe indicar de acuerdo a la situación o hecho que haya elegido el grado de cómo reaccionó tal como lo señala cada ítem (0 = en absoluto; 1 = un poco; 2 = bastante; 3 = mucho y 4 = totalmente).

Son ocho dimensiones:

- Resolución de problemas (REP): estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Autocrítica (AUC): estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

- Expresión emocional (EEM): estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Pensamiento desiderativo (PSD): estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Restructuración cognitiva (REC): estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social (APS): estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Evitación de problemas (EVP): estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- Retirada social (RES): estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

3.8 Validez y confiabilidad

Se utilizó para la recogida de datos dos instrumentos:

- A. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006.

Esta es una adaptación española realizada por la Universidad de Sevilla por los autores: J. Cano García, L. Rodríguez Franco y J. García Martínez.

Según el informe emitido por los autores:

La adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006) al ámbito español... se justifica, por una parte, por la escasez y las limitaciones de los instrumentos disponibles en nuestro idioma, y por otra, por las excelentes potencialidades que ofrece el CSI.

Método. Fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas, recogida de forma incidental en actividades formativas en la provincia de Sevilla.

Resultados. Los resultados mostraron unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento.

Conclusiones. El CSI se comportó de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones (Cano, Rodríguez, & García, 2006).

B. CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN (2014)

Este cuestionario fue elaborado por la investigadora tomando como referencia el Cuestionario de Adaptación de Bell (1987), previa a su aplicación fue analizada por docentes de la carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Ambato, además de una detenida revisión, concluyendo que cumple con la pertinencia, utilidad, coherencia, además una correcta relación con los objetivos y relación metodológica, permitiendo el adecuado manejo y aplicación del presente instrumento. (ANEXO 3).

3.9 Procesamiento de la información

- Aplicación de reactivos psicológicos y cuestionario.
- Revisión óptima de la información recogida.
- Tabulación de resultados.
- Manejo de información

- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.
- Análisis de los resultados estadísticos.
- Interpretación de los resultados en base al marco teórico.
- Comprobación de hipótesis.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis cuali-cuantitativo

4.1.1 Análisis e interpretación de resultados variable independiente

Estrategias de Afrontamiento

Cuestionario: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Anexo 1)

Autores: Cano, Rodríguez y García (2006).

Objetivo: Identificar las estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas víctimas de abuso sexual.

Cuadro 4: Estrategias de Afrontamiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Resolución de problemas	1	3,3	3,3	3,3
Autocrítica	0	0	0	0
Expresión emocional	1	3,3	3,3	6,7
Pensamiento desiderativo	4	13,3	13,3	20
Reestructuración cognitiva	0	0	0	0
Apoyo social	0	0	0	0
Evitación de problemas	2	6,7	6,7	26,7
Retirada social	22	73,3	73,3	100
TOTAL	30	100	100	

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006).

Análisis cuantitativo:

De una población de 30 adolescentes evaluadas con el inventario de estrategias de afrontamiento (csi, 2006), se obtuvo que 1 adolescente (3%) de la población, utilizó resolución de problemas, otro 3% utilizó expresión emocional, 4 adolescentes (14%), utilizaron pensamiento desiderativo, 2 adolescentes (7%) manejaron evitación de problemas y 22 adolescentes (73%) utilizó la estrategia de afrontamiento de retirada social.

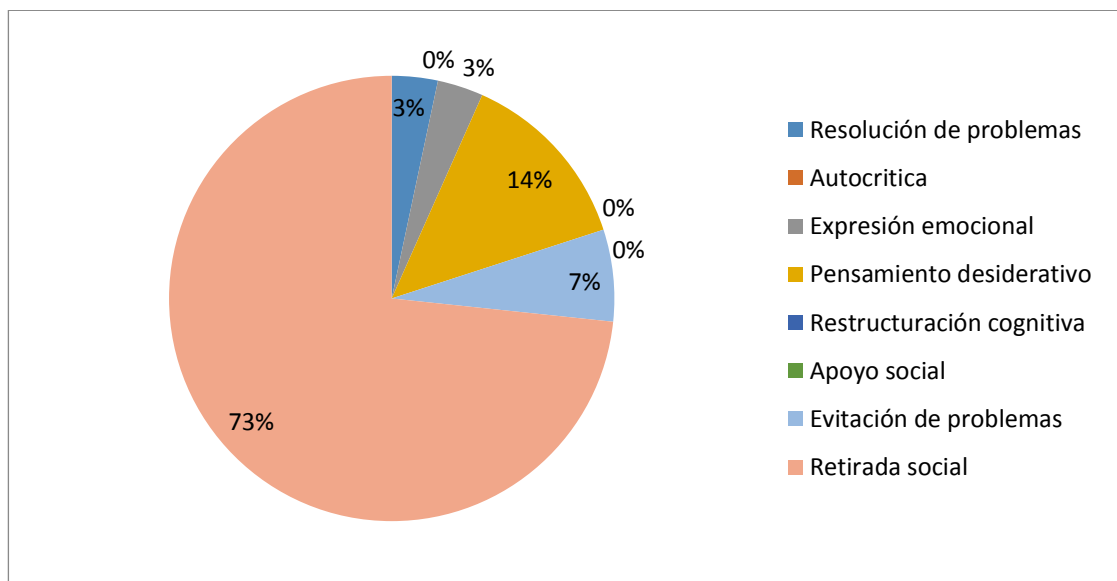


Gráfico 7: Estrategias de Afrontamiento.

Elaborado por: Andrea Mayorga

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, 2006)

Interpretación:

El gráfico muestra un alto porcentaje de adolescentes quienes utilizaron la estrategia de Afrontamiento referente a Retirada Social, esto se da debido a la situación estresante por la cual atravesaron, ellas deciden alejarse de amigos, familiares, compañeros y personas significativas que se encuentran asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

Dentro de los menores porcentajes mostrados en el gráfico resalta la Resolución de Problemas, esta estrategia es utilizada para eliminar el estrés modificando la situación que lo produce, la expresión emocional por su parte es manejada para liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés, el pensamiento desiderativo es utilizada por la víctima para poder reflejar el deseo de que la realidad no fuera estresante. Y la evitación de problemas es utilizada para poder de cierta manera negar y evitar pensamientos o actos que se encuentran relacionados con el acontecimiento estresante.

4.1.2 Análisis e interpretación de resultados variable dependiente

Niveles de Adaptación

Cuestionario: Cuestionario de Adaptación (Anexo 2).

Test: Formato de la investigadora. (2014).

Objetivo: Identificar el nivel de desadaptación es de mayor prevalencia en las personas víctimas de abuso sexual.

Cuadro 5: Niveles de Adaptación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familiar	3	10	10	10
Social	19	63,3	63,3	73,3
Emocional	7	23,3	23,3	96,7
Académico	1	3,3	3,3	100
Total	30	100	100	

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Análisis cuantitativo:

De una población de 30 adolescentes evaluadas con el Cuestionario de Adaptación (2014), se obtuvo que el 10% de la población (3 adolescentes), presentaron desadaptación familiar, 19 adolescentes (64%) presentaron desadaptación a nivel social, 23 % (7 adolescentes) mostraron desadaptación a nivel emocional y 1 adolescente representante del 3%, presentó desadaptación académica.

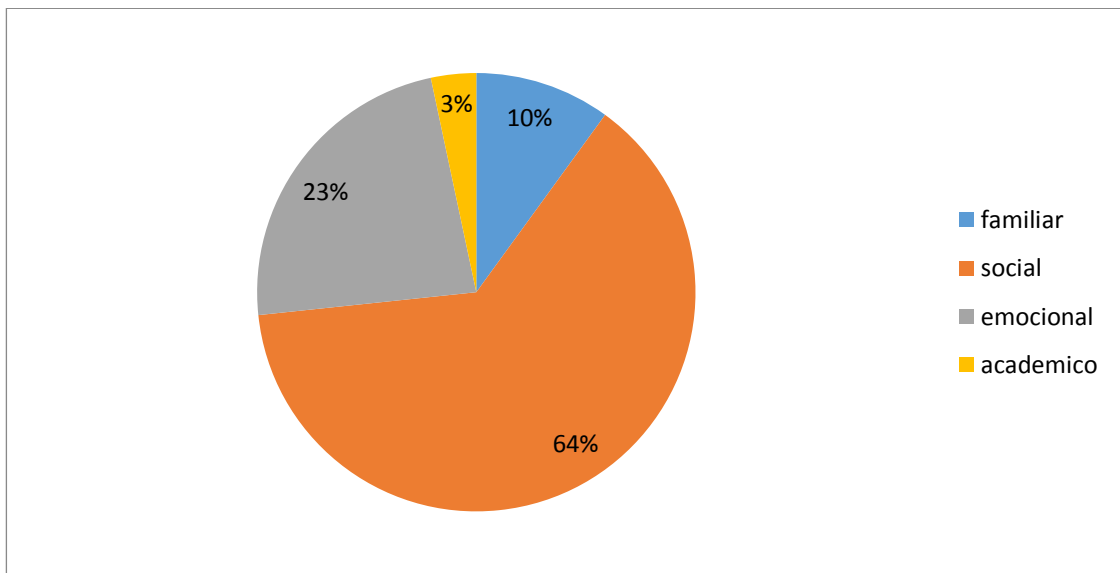


Gráfico 8: Niveles de Adaptación.
Elaborado por: Andrea Mayorga.
Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

El gráfico muestra un alto porcentaje de adolescentes que presentaron desadaptación a nivel social, esto se debe a la situación estresante por la cual atravesaron, ellas decidieron alejarse de su entorno social para no ser recriminadas y revictimizadas por lo sucedido. A su vez existe también un alto porcentaje de desadaptación a nivel emocional, se presenta debido a las secuelas emocionales que mantienen dichas víctimas.

Dentro de los porcentajes menores mostrados en el gráfico existe desadaptación familiar, ya que por falta de confianza y comunicación dentro del núcleo familiar las víctimas tienden a aislarse, la desadaptación académica, se produce debido a que el acto pudo haber sucedido en la escuela o colegio, o el agresor pudo ser algún compañero, profesor u otra persona vinculada a este nivel.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- **EDAD**

Cuadro 6: Edad.

	Frecuencia	Porcentaje
13-14 años	4	13%
15-16 años	12	40%
17-18 años	14	47%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Análisis cuantitativo:

De las 30 pacientes encuestadas, 4 adolescentes (13%) pertenecen al grupo de edad entre 13-14 años, 12 adolescentes (40%) son de 15-16 años y 14 adolescentes (47%) tienen entre 17-18 años.

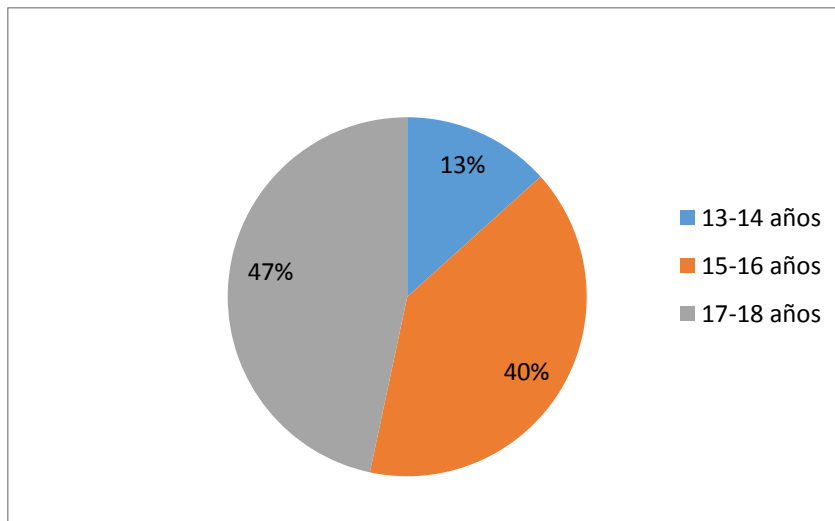


Gráfico 9: Edad.

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

La representación gráfica muestra que el 13% pertenecen al grupo de edad entre 13-14 años de las víctimas de abuso sexual, el 40% de las adolescentes que sufrieron este tipo de violencia tienen entre 15-16 años y el 47% tienen entre 17-18 años.

- **SEXO**

Cuadro 7: Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	100%
Masculino	0	0%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Andrea Mayorga

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Análisis cuantitativo:

De las 30 pacientes encuestadas, el cien por ciento se correspondió con el sexo femenino.

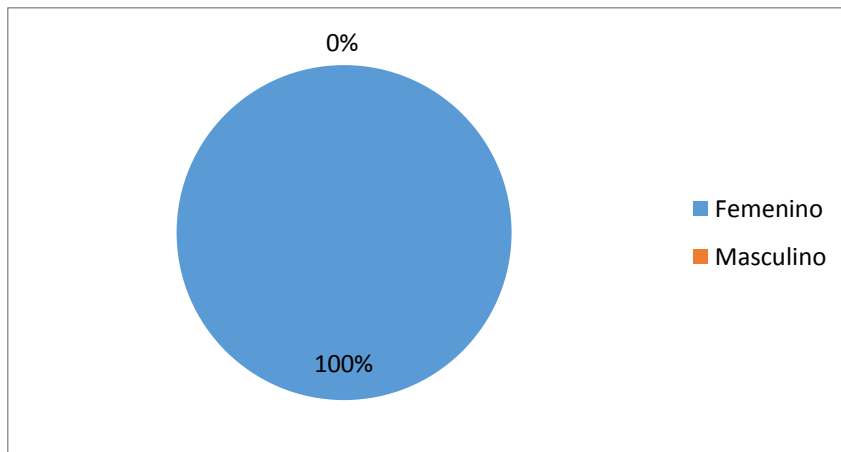


Gráfico 10: Sexo.

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

La representación gráfica muestra que el 100% de las pacientes encuestadas se correspondieron con el sexo femenino debido a que la investigación solo se basó en este sexo.

- **NIVEL DE EDUCACIÓN**

Gráfico 11: Nivel de educación.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	10%
Secundaria	25	83%
Ninguna	2	7%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Andrea Mayorga

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Análisis cuantitativo:

De las 30 pacientes encuestadas respecto al nivel de educación que han alcanzado, respondieron 3 adolescentes (10%) primaria completa, 25 adolescentes (83%) se encuentran estudiando la secundaria, y 2 adolescentes (7%) mencionaron nunca haber estudiado.

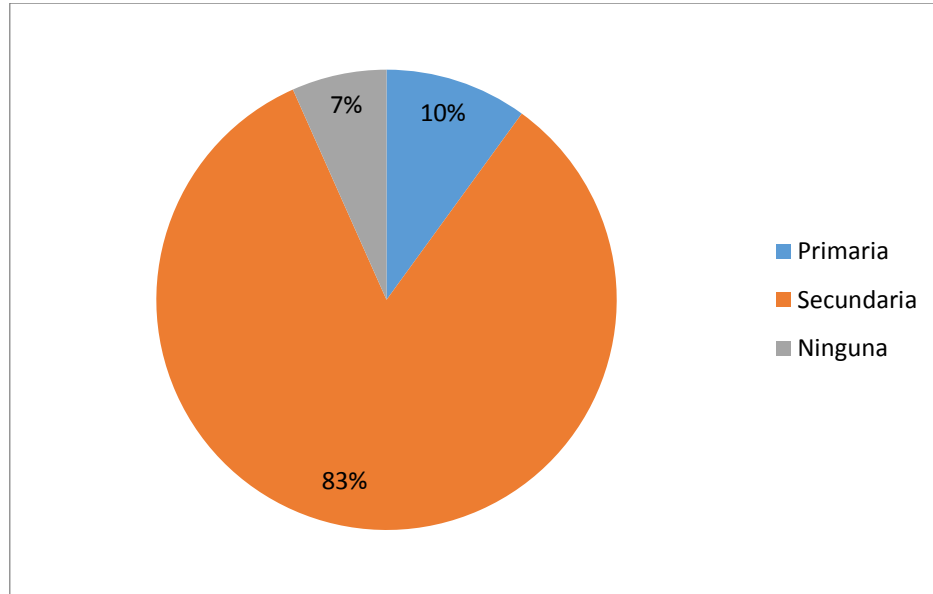


Gráfico 12: Nivel de educación.

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

La representación gráfica muestra que el 10% se corresponde con adolescentes que terminaron la primaria, pero debido a situaciones económicas prefirieron abandonar sus estudios para poder trabajar, en cambio el 83% de la población se encuentra estudiando la secundaria y el 7% menciona nunca haber entrado a estudiar debido a que sus padres desde la infancia prefirieron que trabajen igual que ellos.

- **ZONA DE RESIDENCIA**

Cuadro 8: Zona de residencia.

ZONA DE RESIDENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	12	40%
Rural	18	60%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Andrea Mayorga

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Análisis cuantitativo:

De las 30 pacientes encuestadas con respecto a la zona de residencia, 12 adolescentes (40%), mencionaron vivir en la zona urbana, en cambio 18 adolescentes (60%), declararon en la zona rural.

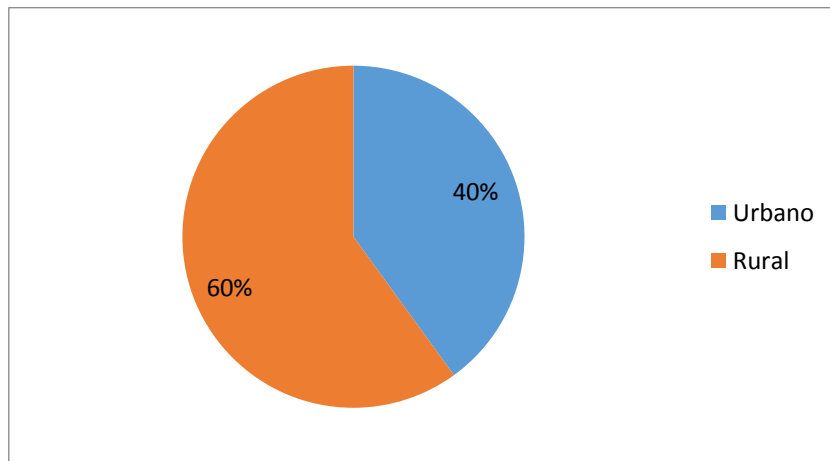


Gráfico 13: Zona de residencia.

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

La representación gráfica muestra que el 40% de las adolescentes viven en la zona urbana, en cambio el 60% de la población pertenecen a la zona rural.

- **ESTADO CIVIL**

Cuadro 9: Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	27	90%
Casada	1	3%
Unión Libre	2	7%
TOTAL	30	100%

Elaborado por: Andrea Mayorga

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014)

Análisis cuantitativo:

De las 30 pacientes encuestadas con respecto al estado civil 27 adolescentes correspondiente al 90% son solteras, 1 adolescentes correspondiente al 3% es casada y 2 adolescentes que equivale al 7% viven en unión libre.

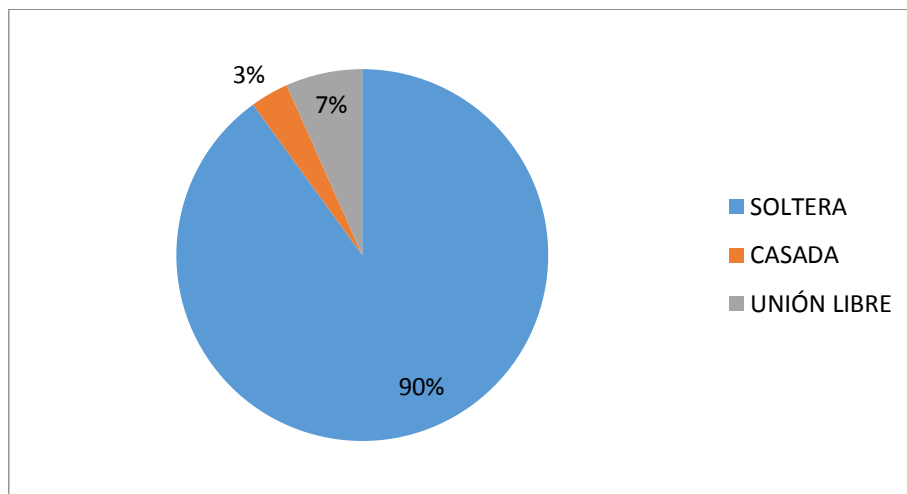


Gráfico 14: Estado civil.

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Fuente: Cuestionario de Adaptación (2014).

Interpretación:

La representación gráfica muestra que el 90% de las adolescentes encuestadas son solteras (40%), el 3% son casadas y el 7% de las adolescentes viven en unión libre.

4.2 Verificación de la hipótesis

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue Chi-cuadrado(χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos y cuantitativos de las respuestas que se obtuvieron del instrumento administrado y medir la relación que existe entre las dos variables de las hipótesis en estudio.

Cuadro 10: Tabla de contingencia estrategias afrontamiento * niveles adaptación.

Recuento		Niveles adaptación				Total
		Familiar	Social	Emocional	Académico	
Estrategias afrontamiento	Resolución de problemas	0	1	0	0	1
	Expresión emocional	0	0	1	0	1
	Pensamiento desiderativo	1	2	1	0	4
	Evitación de problemas	0	2	0	0	2
	Retirada social	2	14	5	1	22
Total		3	19	7	1	30

Análisis:

De las pacientes evaluadas, la que usaron la resolución de problemas el 100% presenta desadaptación a nivel social. De la que uso expresión emocional el 100% presenta alteración en el nivel emocional; 4 adolescentes (100%) de las que usaron pensamiento desiderativo el 25% presentaron desadaptación a nivel familiar, el 50% desadaptación a nivel social y el 25% desadaptación a nivel emocional; 2 adolescentes correspondientes al 100% de las adolescentes que usaron evitación de problemas el 100% presentaron una alteración en el nivel social y 22 adolescentes utilizan retirada social, el 9% presentaron desadaptación a nivel familiar, el 64% alteración en el nivel social, el 23% en el nivel emocional, y el 4% en el nivel académico.

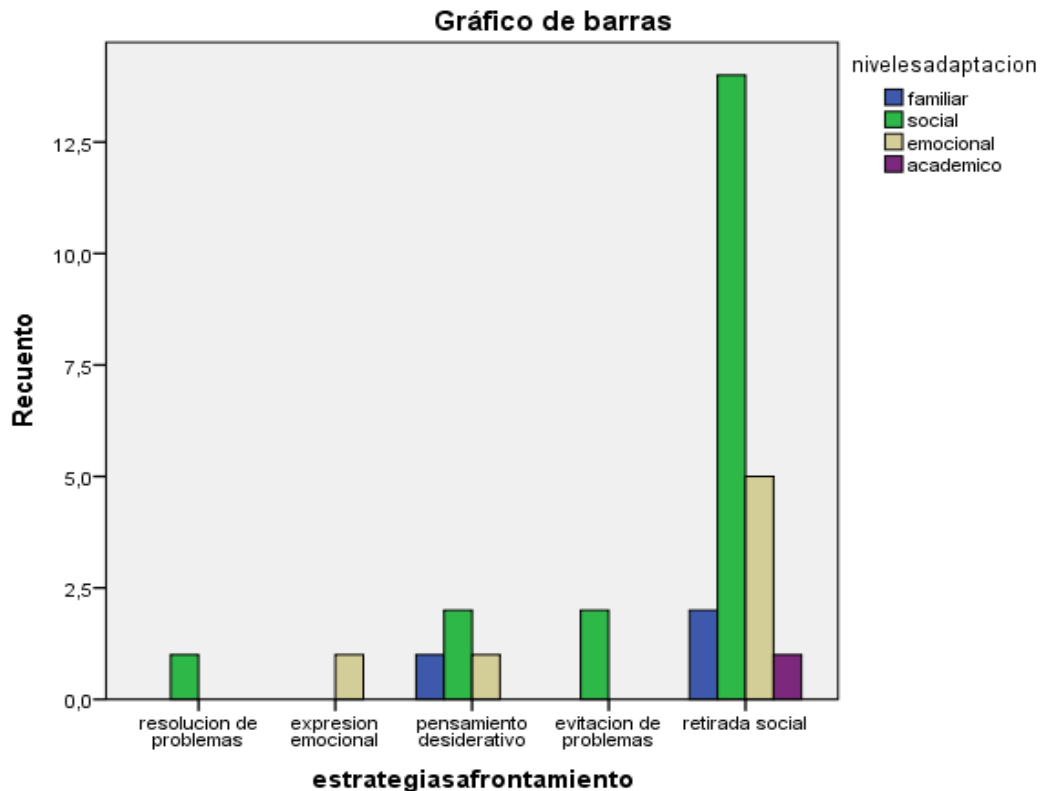


Gráfico 15: Estrategias de Afrontamiento.

Interpretación:

De las pacientes evaluadas que usaron la resolución de problemas, el 100% tiene desadaptación social debido a que tienen miedo al rechazo social y la única solución que prefieren es el aislamiento, en cambio de las adolescentes que utilizaron expresión emocional, el 100% presenta desadaptación emocional debido a que necesitan liberar las emociones desencadenadas por la situación que atravesaron, a su vez de las que emplearon pensamiento desiderativo, el 25% presenta desadaptación familiar por lo que el acontecimiento sucedió en el entorno familiar, el 50% muestra desadaptación social debido a que tienden a aislarse porque no aceptan lo sucedido y el otro 25% presenta desadaptación emocional. De las pacientes que utilizaron evitación de problemas, el 100% presentó desadaptación social debido a la negación y evitación de pensamientos relacionados a lo sucedido. De las adolescentes que emplearon retirada social, el 9% presentó desadaptación familiar, el 64% desadaptación social, el 22% desadaptación emocional y el 5% presentó desadaptación académica debido a que tienden a retirarse o alejarse de amigos, compañeros, familiares y personas significativas que se encuentran ligadas en el proceso estresante.

Cuadro 11: Prueba de Chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,292 ^a	12	,901	,749		
Razón de verosimilitudes	6,786	12	,871	,796		
Estadístico exacto de Fisher	12,535			,751		
Asociación lineal por lineal	,021 ^b	1	,886	,956	,496	,066
N de casos válidos	30					
a. 18 casillas (90,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.						
b. El estadístico tipificado es ,144.						

Se aplicó la prueba Chi cuadrado encontrando que no existe relación entre los niveles de adaptación y las estrategias de afrontamiento por lo tanto se rechaza la hipótesis ($X^2(12) = 12,535, p > 0,050, N = 30$).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se evidencia que no existe relación directa entre los niveles de adaptación y las estrategias de afrontamiento realizada mediante la prueba de Chi-cuadrado de Person en el programa informático de estadísticas “SPSS”, presentando un coeficiente significativo de 144, lo cual indica la falta de relación entre variables.
- A través de la investigación realizada, se establece que la estrategia de afrontamiento que más utilizan las víctimas de abuso sexual es la retirada social perteneciente al 73%, debido a que estas personas tienen miedo al rechazo social (interrogantes, burlas, tipificaciones) optan por aislarse.
- El nivel de adaptación que se ve más afectado es el social, debido a la situación que atravesaron estas pacientes tendientes a aislarse de su entorno, en cambio el nivel que menos se ve afectado es el académico debido a que estas pacientes generalmente continúan con sus estudios.
- Las víctimas de abuso sexual presentan secuelas emocionales y físicas (labilidad, llanto fácil, anorexia, insomnio, etc.) como respuesta de insatisfacción a lo sucedido.
- Las víctimas de abuso sexual debido a lo que atravesaron tienden a desarrollar cogniciones erróneas acerca de sí mismo y de los demás debido a

que los niveles de aceptación sobre lo sucedido son de culpabilidad (¿por qué fui?, ¿Por qué estuve ahí? ¿Por qué acepte?), afectando de esta forma su desarrollo biopsicosocial.

4.2 Recomendaciones

- Profundizar en el estudio de los recursos que vinculan los niveles de adaptación y las estrategias de afrontamiento en el caso de las víctimas de abuso sexual, para lograr que el tratamiento psicológico tenga una mejor eficacia y brevedad.
- Incluir en las terapias de las personas víctimas de abuso, acciones para desarrollar variadas estrategias para la inclusión y participación social, para lograr de esta forma vencer el factor influyente (aislamiento), en tanto se evidencia que es precisamente la retirada social la estrategia de afrontamiento que más utilizan las víctimas de abuso sexual, para que de esta forma retorne a sus medio social sin dificultad.
- En coordinación de las instituciones competentes (salud, inclusión, desarrollo social), priorizar la atención a las personas víctimas de violencia sexual, para que a través de estas instituciones ministeriales se pueda dar seguimiento y cumplimiento a la integración de las víctimas a su entorno.
- Trabajar con énfasis en las técnicas cognitivas- conductuales, para que de esta forma poder suprimir los signos y síntomas que presentan estas víctimas, logrando obtener una evolución eficaz en el tratamiento.
- Se recomienda trabajar con técnicas dirigidas a modificar y reestructurar cogniciones erróneas con el fin de mantener patrones comportamentales eficientes y permanentes para que las pacientes puedan aceptar, superar y convivir sin reproches y sin ideas equivocadas acerca de lo sucedido.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Título

“Programa de Tratamiento psicológico de corte Cognitivo Conductual enfocado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivo en pacientes víctimas de abuso sexual que acuden al Hospital Provincial Docente Ambato”.

6.1.2 Datos informativos

Institución: Hospital Provincial Docente Ambato

Población: Pacientes víctimas de Abuso Sexual.

Tiempo: 12 sesiones terapéuticas y seguimiento.

6.1.3 Beneficiarios

Directos: Pacientes víctimas de abuso sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

Indirectos: Familiares y la comunidad.

6.1.4 Ubicación

Cashapamba, Tungurahua, Ambato.

6.1.5 Tiempo estimado de la ejecución

Tres meses tratamiento.

Seis meses seguimiento.

6.1.6 Equipo técnico responsable

- Hospital Provincial Docente Ambato.
- Investigador.

6.1.7 Costo

La propuesta no tiene un costo definido, ya que dependerá de los especialistas que intermediarán en el diseño de la misma, en la realización de terapias psicológicas y en conferencias que se les dictaran a los participantes de este proyecto. Se estima que por cada paciente que permanezca tres meses en tratamiento se invierta aproximadamente 360 dólares entre sesiones de terapia y el estudio previo y una cantidad aproximadamente similar en los restantes 6 meses de seguimiento si la evolución es favorable.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Este proyecto de investigación, realizado en pacientes víctimas de abuso sexual revela que un 73% de la población usa frecuentemente estrategias de afrontamiento improductivas como es la retirada social, lo cual puede resultar dañino a nivel de salud e interpersonal.

De igual forma, se muestra un alto porcentaje de adolescentes que presentaron desadaptación a nivel social con un porcentaje del 64%.

De acuerdo con el estadístico Chi-cuadrado, donde se relacionaron las variables estrategias de afrontamiento y niveles de adaptación a partir de los resultados de los test aplicados, se evidenció que no existe relación directa entre las mismas.

Entre las mayores afectaciones se muestra la incorporación social y el mayor daño se produce en la autoestima o concepto de sí misma.

6.3 Justificación

La propuesta planteada es viable ya que de acuerdo al estudio clínico de la investigadora, se ha podido constatar las adolescentes que acuden a asistencia psicológica al Hospital Provincial Docente Ambato en un significativo porcentaje de pacientes víctimas de abuso sexual desarrollan estrategias de afrontamiento negativas, influyendo estas en la creación de errores cognitivos y en la adaptación en el área social de las mismas.

La aplicación de esta propuesta es factible ya que se cuenta con la aprobación de las autoridades y personal de la institución donde se realiza la investigación, además de contar con la colaboración del personal de la Sala de primera acogida de dicha unidad.

La propuesta se basa en una combinación de fundamentación teórico y técnico de los modelos psicoterapéuticos cognitivos – conductuales, haciendo uso de las técnicas de intervención psicológica pertinentes, con el fin de ser aplicadas en la presente problemática de manera directa y específica , teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento son una respuesta conductual o emocional basándose en las creencias que un individuo tiene de sí mismo, del mundo y del futuro, adquiriendo de esta manera una gran ventaja debido que mediante la modificación del pensamiento, la emoción variara y con esta las respuestas conductuales, resultando de esta manera una herramienta muy beneficiosa para poder cumplir nuestro objetivo.

Se establece esta propuesta en vista que se han detectado en las personas víctimas de abuso sexual la utilización en un porcentaje significativo de retirada social dentro de las estrategias de afrontamiento y desadaptación social en lo que se refiere a los niveles de adaptación, ante esta situación se propone un tratamiento psicológico de corte cognitivo conductual enfocado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas con el fin de desarrollar estrategias de afrontamiento positivas en estas pacientes.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

- Desarrollar estrategias de afrontamiento positivas en pacientes víctimas de abuso sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato.

6.4.2 Objetivos específicos

- Cuantificar errores cognitivos referentes a sí mismos en las participantes.
- Transformar favorablemente la visión de sí mismos en las pacientes.
- Promover conductas adaptativas con relación a la percepción de sí misma y del contexto.

6.5 Análisis de Factibilidad

En lo que se refiere a lo político, la presente propuesta se encuentra establecida por los parámetros de acuerdo a cada uno de los reglamentos internos que gobierna la atención psicológica dentro del Hospital Provincial Docente Ambato, con el fin de optimar los servicios prestados.

En lo Bio, Psico, Socio y Cultural, una vez terminado el presente trabajo de investigación Estrategias de Afrontamiento y su influencia en los niveles de Adaptación en víctimas de abuso sexual que acuden a tratamiento psicológico al Hospital Provincial Docente Ambato, el estudio realizado posee una gran importancia ya que con él se establecen opciones terapéuticas para las personas que asisten a atención psicológica en la institución, logrando de esta manera llegar al bienestar

físico, psicológico y social de la población mediante una forma integral de intervención.

En el ámbito económico – financiera, debido a que se realiza la investigación en un sector público, las pacientes son beneficiadas de salud mental sin restricción.

6.6 Fundamentación científico-técnica

6.6.1 Relación terapéutica

En la relación entre terapeuta y paciente es de gran importancia tomar en cuenta los fenómenos a lo que nos atenemos, como la "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia".

En tratamiento psicológico el terapeuta tiene la función de guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas; y a su vez ayuda a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan de esta manera pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva, es decir entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación (Muñoz & Ruiz, 2007).

6.6.2 Encuadre terapéutico

Es el conjunto de factores que deben mantenerse constantes dentro del campo psicoterapéutico. Es decir, es la suma de los elementos de las estructuras y dinámica del grupo terapéutico.

El encuadre está constituido por las constantes dentro de las cuales se da el proceso.

Los elementos del encuadre son: El lugar, la composición, la cantidad de personas que van a componer el grupo, la frecuencia de las sesiones y la duración.

El encuadre organiza y sostiene al grupo. La organización espacio-temporal y económica de los encuentros constituye el aspecto explícito del mismo, que diferencia al grupo terapéutico de cualquier otra unión de personas.

El incumplimiento de las reglas establecidas por parte de los miembros del grupo no es sancionado por los terapeutas, sino que se toma como parte de las vicisitudes del proceso.

El terapeuta, como portador de la ley, está también sometido a ella. Se abstiene de todo comentario o comportamiento que no sea garantizar las reglas, favorecer la transferencia e interpretar.

El secreto profesional rige solo para el terapeuta, pero se invita a que los integrantes del grupo observen discreción en lo que concierne a divulgar el contenido de las sesiones en ámbitos ajenos al encuadre terapéutico (El encuadre, 2012).

6.6.3 Estrategias de tratamiento

Se genera un plan de tratamiento posterior a la conceptualización del problema de la paciente, con el fin de desarrollar estrategias de afrontamiento positivas. Para ello se va aplicar técnicas cognitivas-conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, y retroalimentadas al final de cada sesión para posterior asignar tareas para casa un área problema seleccionado (Pérez & Rodríguez, 2011).

6.6.4 Entrenamiento en habilidades sociales

Es un conjunto de técnicas basadas en el aprendizaje social, orientado a que el paciente aprenda de manera sistemática nuevas habilidades interpersonales, como el empezar una conversación, al igual que expresar sentimientos negativos o positivos, el compromiso y la negociación (Muñoz & Ruiz, 2007).

6.6.5 Entrenamiento de habilidades de afrontamiento

El entrenamiento de las habilidades de afrontamiento incluye dejar tareas para la casa, que serán evaluadas en futuras sesiones. En ellas se revisarán los resultados obtenidos, la manera en que el paciente empleó las estrategias y los obstáculos que se le han presentado. Además, se le enseñan varias habilidades de afrontamiento de los síntomas de manera que pueda contar con un repertorio de respuesta que se adapte mejor a cada situación (Muñoz & Ruiz, 2007).

6.6.6 Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva conductual hace relevancia en los pensamientos que producen los individuos sobre las emociones, para ello es muy notable notar que en el proceso de tratamiento lo que hace hincapié es cambiar esas creencias irracionales por nuevos pensamientos. Dentro de la terapia cognitiva conductual se le puede establecer en tres pasos, siendo así el primero el tratar de elaborar supuestos sobre la demanda del paciente, como segundo paso la aplicación misma de las técnicas de la terapia como son las diferentes estrategias que se le presentan como futura solución al paciente y el tercer paso resalta sobre la evaluación de las técnicas aplicadas.

La terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas y comportamentales (Habigzang, Hatzengerger, Dala, Stroehner, & Koller, 2008).

6.6.6.1 Técnicas conductuales

Valoración en la escala USA

Con esta técnica puede situarse a lo que más causa ansiedad con un parámetro del 1 al 10 siendo el primero lo que más le provoca ansiedad.

Auto-instrucciones

Las auto-instrucciones son frases o pensamientos que las personas utilizan cuando ocurre algo malo, estas palabras que se dicen a uno mismo ayuda a conseguir nuevas metas, o a frenar comportamientos que no estén de acorde y sobre todo con el objetivo principal de modificarlos, son técnicas especializadas para controlar la ira, el dolor, ante frustraciones o momentos depresivos.

Ellis habla de la autocharla o diálogo interno del paciente consigo mismo. Meichenbaum define las autoinstrucciones como una serie continua de afirmaciones para nosotros mismos, en las que nos decimos lo que hemos de pensar y creer e incluso cómo comportarnos. Mediante este monólogo interno, en base a pensamientos concretos que podemos controlar, influimos en nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos (Cano, 2002).

Autocontrol

El autocontrol es una técnica eficaz que ayuda principalmente al control de las emociones, abarcando sentimientos y pensamientos, puede incluir respiración profunda que ayuda a combatir situaciones emocionales de alto índice identificando el pensamiento que le genera ansiedad logrando así cambiar pensamientos negativos por positivos.

6.6.6.2 Técnicas cognitivas

La terapia racional emotiva de Ellis

Las personas con problemas de conducta suelen encontrar una serie de creencias que Ellis las califica como irracionales. Estas creencias irracionales juegan un papel importante en el malestar subjetivo que experimenta el paciente, por tratarse de pensamientos catastrofistas, negativistas y proféticos. Estos pensamientos irracionales

deben ser sustituidos por otros más racionales y adaptativos a lo largo del proceso terapéutico (Cano, 2002).

Según Ellis (1970), citado por Cano (2002), existen al menos 12 tipos erróneos de pensamiento que están en la base de las conductas desadaptadas. Desde su experiencia clínica, Ellis considera que las ideas irracionales, que están en la base de la mayoría de los trastornos emocionales, son las siguientes:

1. Necesidad de aprobación. Es una necesidad absoluta para un adulto ser amado y aceptado por todos en cada una de las cosas que hace.
2. La culpa y la condena. Tendencia a juzgar y condenar a los demás.
3. La frustración conduce inexorablemente a la depresión. Es horrible cuando las cosas no son de la forma en que uno le gustaría que fueran (en lugar de la idea de que si algo es malo uno debería intentar cambiarlo o controlar las condiciones para que llegue a ser más satisfactorio y, si no es posible, sería mejor aceptar temporalmente su existencia).
4. El sufrimiento humano es inevitable, está causado externamente y nos viene impuesto por personas y eventos ajenos.
5. Ansiedad: debemos preocuparnos por las amenazas o peligros potenciales. Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno se verá terriblemente afectado por ello.
6. Es más fácil evitar que enfrentarse con las dificultades.
7. Es necesario confiar en otros más fuertes o más poderosos que uno mismo, en lugar de la idea de que es mejor arriesgarse a pensar y actuar de forma independiente.
8. Miedo al fracaso y a la incompetencia. Aceptación de la realidad (los "debería"). Uno debería ser totalmente competente, inteligente y actuar perfectamente en todas las posibles áreas.

9. La carga de los traumas pasados sobre el presente. Si algo nos afectó fuertemente una vez en nuestra vida, nos afectará indefinidamente, en lugar de la idea de que uno puede aprender de sus propias experiencias pasadas, sin mantener prejuicios rígidos a partir de ellas.

10. Se debe tener un perfecto control sobre las cosas, en lugar de la idea de que el mundo está lleno de probabilidad y casualidad, pero que uno puede sin embargo disfrutar de la vida a pesar de ello.

11. La felicidad humana puede ser alcanzada sin esfuerzo, por inercia y sin hacer nada, en lugar de la idea de que los humanos tienden a ser más felices cuando están vitalmente absortos en propósitos creativos.

12. No se tiene control sobre las emociones propias y no se pueden evitar ciertas emociones, en lugar de pensar que uno tiene un enorme control sobre las emociones propias destructivas y que se puede optar por trabajar en cambiarlas hacia direcciones más positivas.

La reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried

La reestructuración racional sistemática de Goldfried (1986), citado por Cano (2002), se trata de una técnica que define su objetivo como "enseñar a las personas a pensar bien". Esta reestructuración cognitiva se lleva a cabo en cuatro fases:

1. Información general sobre el papel de las cogniciones.
2. Identificación de creencias irracionales.
3. Reconocimiento de la relación entre cogniciones y emociones desadaptativas en las situaciones problema.
4. Modificación de las cogniciones en presencia de la situación problema.

En la primera fase hay que insistir en que ciertas cogniciones son las que generan y mantienen las respuestas de activación fisiológica y generan el malestar propio de las situaciones ansiógenas.

En la fase de identificación de creencias irracionales se utilizan las creencias más comunes de la lista de Ellis. El terapeuta hace de abogado del diablo y pide al paciente que encuentre pruebas en contra de "sus" creencias irracionales.

En la tercera fase el paciente lista las situaciones que le crean tensión y escribe los pensamientos que esa situación le provoca. Se discute con el paciente la relación entre los pensamientos y la tensión; para ello, se discute la racionalidad de las interpretaciones que se hacen de la situación y se analizan las consecuencias de las anticipaciones negativas.

En la fase de modificación de las cogniciones hay que romper el automatismo entre situación y anticipación y entre cognición y tensión. Para ello se utiliza un procedimiento parecido al de la desensibilización sistemática (más parecido aún a la versión de la D.S. modificada por el propio Goldfried), en el que el paciente imagina las situaciones que gradualmente van produciendo más ansiedad; en lugar de utilizar la relajación se usa la reestructuración cognitiva; cuando aparecen signos de tensión se analizan los pensamientos que la generan y se reconstruye cognitivamente la situación.

Esta técnica ha demostrado ser especialmente útil en pacientes que presentaban problemas de ansiedad de evaluación y de ansiedad interpersonal, mejorando en algunos casos a la eficacia de la desensibilización sistemática.

6.6.7 Técnicas emotivas

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propio auto aceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de auto instrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

6.6.8 Terapia Grupal

Los tratamientos grupales de intervención logran efectos positivos en la salud de mujeres que han experimentado situaciones de abuso sexual. Los factores terapéuticos que operan son la cohesión, la catarsis, el factor existencial y la universalidad, entre otros. De estos factores, la cohesión es un fenómeno importante que el terapeuta de grupo debe reconocer y fortalecer para el beneficio terapéutico, pues obviarla podría ocasionar que los miembros dejen de expresar y reconocer sus déficits emocionales y psicológicos, convirtiéndose en una forma destructiva de resistencia. El terapeuta debe hacer intervenciones hábiles que evolucionen el tipo de cohesión instalada inicialmente en el grupo, pues una vez la cohesión alcance un nivel maduro, los miembros aprenderán a tolerar el conflicto, a desarrollar intimidad, responsabilidad y una mayor introspección (Samudio & Arévalo, 2012).

Respecto a este tipo de terapias grupales, una de las metas más importantes a lograr es la recuperación de los sentimientos de control y estabilidad que se vieron afectados tras la violación. Cuando una persona que ha sufrido una situación traumática asiste a una psicoterapia de grupo, es necesario que recupere la confianza básica en el otro como ser humano y confíe en un proceso que le permita re-experimentar el sentimiento de seguridad hacia los demás como parte de la reconstrucción de su vida y de la elaboración del hecho traumático.

6.7 Modelo Operativo

Tabla 1: Fase No. 1. Inducción-conceptualización.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Presentación del programa	Establecer una relación terapéutica con las pacientes.	Empatía	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Historia clínica	Andrea Mayorga	Primera Sesión
		Aceptación	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Historia clínica	Andrea Mayorga	Primera Sesión
	Establecer metas del tratamiento.	Encuadre terapéutico.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Historia clínica	Andrea Mayorga	Primera Sesión
	Establecer una alianza de trabajo.	Trabajo en rapport.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Primera y Segunda Sesión

Elaborado por: Andrea Mayorga

Tabla 2: Fase No. 2. Adquisición de habilidades.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Orientación hacia el problema.	Conocer los principales miedos y problemas asociados.	Entrevista semiestructurada	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Primera y Segunda Sesión
		Escucha Empática	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Primera y Segunda Sesión
		Aplicación escala USA	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Segunda Sesión
Conceptualización del proceso y observación del problema	Determinar el conflicto presente.	Explicar a la paciente la relación (P-E-C) pensamiento-emoción-conducta.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Segunda Sesión
	Registrar datos de auto-observación	Conceptualizar el conflicto entre P-E-C.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Segunda Sesión

	Intervenir sobre la reconceptualización del proceso.	Reconocimiento de los P-E-C que mantienen el conflicto.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Segunda Sesión
		Modificar los P-E-C que mantienen el paciente sobre su conflicto.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Tercera Sesión
		Mantener resultados favorables en los P-E-C.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Tercera Sesión
Generar alternativas de solución	Estructurar Cambios de la conducta manifiesta.	Focalizar la conducta.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Autoregistro del paciente.	Andrea Mayorga	Cuarta Sesión
	Estructurar Cambios de los constructos cognitivos.	Trabajar sobre las creencias táctiles sobre sí mismo y el contexto.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Autoregistro del paciente.	Andrea Mayorga	Cuarta Sesión

Setting grupal	Compartir con pares que han vivido experiencias similares, disminuir los sentimientos de estigmatización y brindar un espacio de contención emocional.	Relato libre	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Quinta Sesión
		Descarga Emocional	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Quinta Sesión
		Role playing	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes	Andrea Mayorga	Quinta Sesión

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Nota.- Posterior a la valoración individual, se trabajara en el setting grupal, con las pacientes afines (edad, situalización, y agresor).

Tabla 32: Fase No. 3. Consolidación.

Fase 3.- CONSOLIDACIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Consolidar, mantener y generar cambios.	Desarrollar habilidades cognitivas-conductuales.	Atribuir los logros terapéuticos a las pacientes.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Historia Clínica	Andrea Mayorga	Sexta Sesión
Seguimiento	Verificar la eficacia del trabajo realizado	Revisar la evolución, recaídas y prevención.	Consultorio Sala de Primera Acogida HPDA. Cuaderno de apuntes Historia Clínica	Andrea Mayorga	Séptima a doceava Sesión (cada sesión será una vez al mes)

Elaborado por: Andrea Mayorga.

6.8 Administración de la Propuesta

Recursos físicos

- Sala de Primera Acogida del HPDA.

Recursos humanos

- Investigadora.
- Equipo técnico de la institución.
- Adolescentes y sus familias que acuden a la institución.

Recursos materiales

- Material de oficina.
- Equipos informáticos para elaboración de informes.

Presupuesto

RUBLO DE GASTOS	VALOR
Recursos Materiales	240,00
Recursos Humanos	0,00
Imprevistos	120,00
TOTAL	\$ 360,00

Elaborado por: Andrea Mayorga.

Los costos serán cubiertos en su totalidad por la investigadora.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES SEMANAS	2015											
	MES 1		MES 2		MES 3		M	MM	M	M	M	M
	1	3	1	3	1	3	4	5	6	7	8	9
Inicio del tratamiento: Sesión 1.												
Sesión 2.												
Sesión 3.												
Sesión 4.												
Sesión 5.												
Sesión 6.												
Seguimiento: Sesión 7.												
Sesión 8.												
Sesión 9.												
Sesión 10.												
Sesión 11.												
Final del tratamiento: Sesión 12.												

Elaborado por: Andrea Mayorga.

6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	
1.- ¿Qué evaluar?	Estrategias de afrontamiento.
2.- ¿Por qué evaluar?	Determinar estrategias de afrontamiento más usadas en las pacientes.
3.- ¿Para qué evaluar?	Determinar la incidencia de la problemática y brindar opciones terapéuticas para la eficacia del proyecto.
4.- ¿Con qué criterios?	Evaluación pertinente a las pacientes, coherencia en los modelos teóricos aplicados, efectividad del tratamiento propuesto, eficiencia y eficacia de los avances obtenidos.
5.- Indicadores	Puntuaciones CSI
6.- ¿Quién evalúa?	Andrea Carolina Mayorga Ayala
7.- ¿Cuándo evaluar?	
8.- ¿Cómo evaluar?	Mediante Aplicación CSI y entrevista psicológica.
9.- Fuentes de información.	Bibliografía de libros, revistas y documentos científicos, recursos informáticos y aporte de profesionales de psicología.
10.- ¿Con qué evaluar?	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI,2006).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Arellano , P. & Reyes, C. (2006). Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social. *SUMMI\ Psicológica*,1(1).

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Publicado en Registro Oficial del 28 de septiembre del 2018. Ecuador.

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Publicado en Registro Oficial del 28 de septiembre del 2018. Ecuador.

Bell, H. M. (1987). *Test de Adaptación de Bell*. Barcelona: Heder.

Cano, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. En E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.

Cano, F., Rodríguez, L. & García, J. (2006). *Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento* (pp56-57). Sevilla, España: Universidad de Sevilla.

Cantón, J. & Cortés, M. (2001). Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En V.E. Caballo y M.A. Simón (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp.293-321). Madrid: Pirámide.

Congreso Nacional. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Publicado por Ley No. 100. En Registro Oficial No. 737 de 3 de Enero del 2003. Ecuador.

Echeburúa, E. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. S. Martín. *Violencia contra los niños*. (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.

- Fierro, A. (1997). *Manual de Psicología de la Personalidad*. España: Editorial
- Finkelhor, D. (1999). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín, *"Violencia contra los niños"* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- García, M. & Gil, F. (1992). Conceptos, supuestos y modelos explicativos de las habilidades sociales. En Gil et al. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- García, P. & Magaz, L. (1998). *Escala Magallanes de Adaptación*. Madrid. España: Albor COHS.
- Gutiérrez, B. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. España: Junta de Castilla y León.
- Habigzang, L., Hatzengerger, R., Dala, F., Stroehel, F., & Koller, S. (2008). Avaliacao de um modelo de intervencao psicológica para meninas vitimas de abuso sexual. En *Psicología: Teoría e Pesquisa* (pp. 67-76).
- Kaplan-Sadock (2004). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica* (pp. 211–217). Madrid: Waverly Hispánica.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *"El concepto de Afontamiento en Estrés y procesos cognitivos"*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Lescano, G., Rojas, A., & Arístides V. (2003). *Niveles de adaptación psicosocial en escolares adolescentes del Perú*.
- Llanezca, J. (2008). *Formación superior en Prevención de Riesgos Laborales*. 3ª Edición. España: Editorial Lex Nova S.A.

- Mas, B. y Carrasco, M. (2005). Abuso sexual y maltrato infantil. En M.I. Comeche & M.A. Vallejo (Eds.). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 231-266). Madrid: Pirámide.
- Naranjo, G., Herrera, L., & Medina, A. (2008). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato: Empredame Gráficas Cía. Ltda.
- Orte, S. & March, C. (1996). *Pedagogía de la inadaptación social: Educación Social*. Valencia, España: NAU Libres.Paidós Ibérica S.A.
- Quispe, L. A. (2012). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 16 a 18 años institucionalizados en el centro de promoción humana y espiritual ciudad del niño jesús*. La Paz – Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Carrera Psicología. Tesis de grado.

LINKOGRAFÍA

- Bosque, A. & Aragón, L. (2008). *Nivel de adaptación en adolescentes mexicanos*. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902008000200010&script=sci_arttext
- Chavez, R., Rivera, L., Llerenas, A., Díaz, E., Allen, B. & Lazcano E. (2009). *Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México*. 43(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300015
- Da Silva, A. (2008). *Indicadores clínicos en psicoterapia con mujeres víctimas de abuso sexual*, 17. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100006&lang=pt
- Echeburúa, E. & Corral, C. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*, 45(2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000200003&lang=pt
- Echeburúa, E. & Corral P. (2005). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. 12. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- El encuadre. (2012). *Impronta – escuela de psicodrama y humanidades*. Recuperado de <http://www.impronta-psicodrama.es/docs/temario%20alumnos%20formacion/El%20encuadre.pdf>
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años*. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/protection/57929_57972.html

- Fondo Europeo. (n/r). *Habilidades sociales: Material didáctico*. Recuperado de http://www.diputoledo.es/global/ver_pdf.php?id=4986
- Habigzang, L. & Koller, S. (2013). *Evaluación del proceso terapéutico en casos de abuso sexual*. 45(2.) Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000200003&lang=pt
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Violencia de género en el Ecuador*. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=490%3A6-de-cada-10-mujeres-sufren-violencia-de-genero-en-ecuador&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentaciontungurahua.pdf
- Lázarus. (1984). *Revista Alternativas Psicológicas*. Recuperado de <http://alternativas.me/index.php/num29/43-3-afrentamiento-y-alexitimia-en-una-muestra-de-mujeres-victimas-de-violencia-familiar-en-san-luis-argentina>
- León, J. C. (2012). *¿Qué son las habilidades sociales?*. Recuperado de [http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/b72f09f53bf65706c12578d30046d6f0/\\$FILE/Qu%C3%A9+son+las+habilidades+sociales.pdf](http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/b72f09f53bf65706c12578d30046d6f0/$FILE/Qu%C3%A9+son+las+habilidades+sociales.pdf)
- Martín J. (2014). *Psicoterapia Online: Todo es Mente*. Recuperado de <http://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrentamiento>
- Martinez, J. (2013). *Terapia de grupo en abuso sexual*. Recuperado de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf

- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud de Minzi, M. C. & Mesurado, B. (2012). *Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia*, 11 (4). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000400020&lang=pt
- Miracco, M., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F., Scappatura, M., Elizathe, L., et al. (2010). *Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres*, 17. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100006&lang=pt
- Muñoz, F. & Ruiz, S. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*, 36 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008&lng=es&nrm=is&tlng=es
- Orantes, L. (2011). *Estado de adaptación integral del estudiante de educación media de el salvador*. Recuperado de http://www.utec.edu.sv/media/investigaciones/files/estado_de_adaptacion_integral_del_estudiante_2011.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Maltrato infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Pérez, M. & Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista costarricense de psicología*, 30, (45-46). Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-45/2-RCP-Vol.30-No45-46.pdf>

Samudio, Á. R., & Arévalo, M. I. (2012). *Abuso sexual: tratamientos y atención*, 30(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s0254-92472012000100002&script=sci_arttext

Virel, A. (1985). *Vocabulario de psicoterapias*. Recuperado de <http://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/adaptacion>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

EBSCO: Ahmad, L. (2014). *Violencia sexual: inaceptable en todos los aspectos*. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=be8a2460-2b1b-4eb4-a7ea-71b261722f42%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4109>

PROQUEST: Clériga, R. (2009). *El abuso sexual y sus consecuencias*, 30. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/308205745/CFF2DC0ACCA849E4PQ/1?accountid=36765>

PROQUEST: Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*, 30(1). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1435590715/2F4A655F70340FBPQ/12?accountid=36765>

PROQUEST: Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D. & Vinaccia, S. (2013). *Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual*, 18(2). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1629660568/3625A246285540A9PQ/3?accountid=36765>

PROQUEST: Timmermann, M., Naziri, D. & Etienne, A. (2009). *Mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento en cuidadores en las Unidades de Cuidados Paliativos*, 25 (3). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/214197806/73F2ABD69ED74DBCPQ/1?accountid=36765#center>

EBSCO: Campos, M., Páez, D. & Velasco, C. (2004). *Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-m*, 10.

Recuperado

de

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=be8a2460-2b1b-4eb4-a7ea-71b261722f42%40sessionmgr4003&vid=13&hid=4109>

ANEXOS

Anexo 1

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Nombre:..... Edad:..... Fecha de Aplicación:.....

Piense unos minutos en una situación estresante. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto 1: un poco 2: bastante 3: mucho 4: totalmente.

No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

N	PREGUNTAS	0 Absolu to	1 Un poc	2 Ba sta.	3 Mu cho	4 Total me.
1	Luché para resolver el problema.					
2	Me culpé a mí mismo.					
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado.					
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema.					
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.					
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.					

8	Pasé algún tiempo solo.					
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación.					
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.					
11	Expresé mis emociones, lo que sentía.					
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
13	Hablé con una persona de confianza.					
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.					
15	Traté de olvidar por completo el asunto.					
16	Evité estar con gente.					
17	Hice frente al problema.					
18	Me critiqué por lo ocurrido.					
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir.					
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.					
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
24	Oculté lo que pensaba y sentía.					
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.					
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
27	Dejé desahogar mis emociones.					

28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido.							
29	Pasé algún tiempo con mis amigos.							
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.							
31	Me comporté como si nada hubiera pasado.							
32	No dejé que nadie supiera como me sentía.							
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería.							
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.							
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.							
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.							
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.							
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas.							
39	Evité pensar o hacer nada.							
40	Traté de ocultar mis sentimientos.							
	Me consideré capaz de afrontar la situación							

RESULTADOS:

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								

INTERPRETACIÓN:

.....
.....
.....

Anexo 2

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN

Nombre:..... Edad:.....

Fecha de Aplicación:.....

En cada literal seleccione la respuesta con que usted se identifique en las siguientes situaciones, no hay respuestas correctas o incorrectas, debe de tomar en cuenta que significa:

0. Nunca 1. Rara vez 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. Siempre

Nº	PREGUNTAS	0 Nunca	1 Rara vez	2 Algu n vece s	3 Frec u.	4 Siemp re
1	¿Ha sentido el deseo de marcharse de casa?					
2*	¿Le gusta acudir a sitios donde hay muchas personas?					
3	¿Le produce inquietud ir a consulta de un médico para que diagnostique qué es lo que tiene?					
4*	¿Le es fácil concentrarse en clases?					
5*	¿Cree que existe comunicación dentro de su familia?					
6*	¿Acepta invitaciones fácilmente a alguna reunión o salida?					
7	¿Tiene tendencia a aislarse?					
8*	¿Su rendimiento académico es bueno?					
9	¿Tiene la impresión de que ha sido una decepción para sus padres?					
10	¿Se siente incómoda cuando está en una reunión o con grupo de amig@s?					
11	¿Se siente sola aun cuando se encuentra con otras personas?					

12*	¿Tiene buena relación con sus compañer@s de clase?					
13	¿Le parece a usted que en su casa debe existir comprensión?					
14	¿Se pone nerviosa cuando debe entrar algún evento social?					
15	¿Llora con facilidad?					
16*	¿Cumple con sus responsabilidades académicas?					
17*	¿Existe en su casa afecto?					
18*	¿Cuándo va en un autobús, entáblese conversaciones con personas desconocidas?					
19	¿Le gustaría sentirse tan feliz y optimista como parecen estarlo otras personas de su edad?					
20*	¿Participa activamente en clases?					
21	¿Le parece que sus padres son severos con usted?					
22*	¿Le resulta fácil solicitar ayuda a otras personas?					
23	¿Se desanima fácilmente?					
24*	¿Disfruta del tiempo que pasa en el colegio o escuela?					
25	¿Alguno de sus padres critica su aspecto exterior hasta el punto de haberse sentido molesta por ello?					
26	¿Le resulta difícil entablar conversación con una persona que le acaban de presentar?					
27	¿Se considera a usted misma como una persona inútil?					
28	¿Le dificulta entender las clases que son dadas por sus profesores?					
29	¿Tiene la impresión de que sus padres no le comprenden?					
30*	¿Le resulta fácil entablar amistad con adolescentes de su misma edad?					

31	¿Se siente disgustada a consecuencia de su aspecto físico?					
32*	¿Participa en actividades extracurriculares?					
33	¿Le dificulta hablar de algunos sucesos de su vida con sus padres?					
34	¿Se lamenta de las cosas que hace?					
35	¿Se siente ofendida con facilidad?					
36	¿Se pone nerviosa o ansiosa en horas de clases?					
37*	¿Cuenta con el apoyo de su familia para salir adelante?					
38*	¿Hace amistades con facilidad?					
39	¿Tiene tantas ideas en su cabeza que le impiden dormir normalmente?					
40	¿Le resulta difícil hablar sobre algún tema de su vida ante sus compañeros de clase?					

*Preguntas a calificar de forma inversa.

- Nivel Familiar.....
- Nivel Social.....
- Nivel Emocional.....
- Nivel Académico.....

INTERPRETACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 3

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

- INSTRUMENTO A VALIDAR

- Cuestionario de Adaptación

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
Identificar los niveles de adaptación predominante en personas víctimas de abuso sexual.	Establecer los niveles predominantes de adaptación en personas víctimas de abuso sexual.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI

NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Nancy Baturoant
 Ocupación: Docente
 Fecha: 03-06-14

Profesión: Psicóloga Clínica
 Firma: Nancy Baturoant



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

- Cuestionario de Adaptación

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
Identificar los niveles de adaptación predominante en personas víctimas de abuso sexual.	Establecer los niveles predominantes de adaptación en personas víctimas de abuso sexual.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

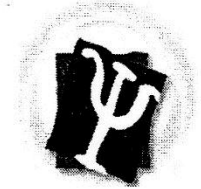
- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Juan Pandorval
 Ocupación: Docente - UTA
 Fecha: 30/05/2014

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

- Cuestionario de Adaptación

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
Identificar los niveles de adaptación predominante en personas víctimas de abuso sexual.	Establecer los niveles predominantes de adaptación en personas víctimas de abuso sexual.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI	<input checked="" type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Flavio Bonilla Flores

Profesión: Psicólogo Clínico

Ocupación: Psicólogo Clínico

Firma:

Fecha: 29/05/2014.



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

- INSTRUMENTO A VALIDAR

- Cuestionario de Adaptación

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
Identificar los niveles de adaptación predominante en personas víctimas de abuso sexual.	Establecer los niveles predominantes de adaptación en personas víctimas de abuso sexual.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Gabriela Abril
 Ocupación: Docente
 Fecha: 10/07/2014

Profesión: Ps. Clínica
 Firma:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE ADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.”

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

- Cuestionario de Adaptación

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
Identificar los niveles de adaptación predominante en personas víctimas de abuso sexual.	Establecer los niveles predominantes de adaptación en personas víctimas de abuso sexual.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI

NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Dra Rocío Ponce D
 Ocupación: Psicología Clínica
 Fecha: 3 Junio 2014

Profesión: Docente UTA
 Firma: [Firma manuscrita]