

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"IDEAS SUICIDAS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL
(Estudio realizado en niños que asisten al Hospital Nacional de Occidente de
Quetzaltenango)".**
TESIS DE GRADO

SOFIA ESTEFANY TIRADO LÓPEZ
CARNET 16244-09

QUETZALTENANGO, JUNIO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"IDEAS SUICIDAS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

(Estudio realizado en niños que asisten al Hospital Nacional de Occidente de Quetzaltenango)".

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

SOFIA ESTEFANY TIRADO LÓPEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, JUNIO DE 2015
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. NILMO RENÉ LÓPEZ ESCOBAR

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. MARÍA NIEVES MARTÍNEZ ORTÍZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS: P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.

SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.

SUBDIRECTOR ACADÉMICO: ING. JORGE DERIK LIMA PAR

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO: MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL: MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ


Quetzaltenango, 1º. de Diciembre de 2014.

Ing. :
Derik Lima
Director Académico
Campus Quetzaltenango
Universidad "Rafael Landívar"

Respetable Ingeniero Lima:

Como asesor del trabajo de Tesis titulado: "IDEAS SUICIDAS EN NIÑOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL" estudio realizado en el Hospital regional de Occidente, Quetzaltenango, elaborado por la estudiante Sofía Estefany Tirado López, con carné No. 1624409, previo a conferírsele el título de Licenciada en Psicología Clínica, me es grato informarle que esta tesis es resultado de un arduo trabajo de investigación bibliográfica, como trabajo de campo, constituyendo un valioso aporte para todos los profesionales tanto de la Psicología, como de otras disciplinas por su contenido. Por lo que a mi juicio está concluido y cumple con los requisitos de una investigación científica, ajustándose a la metodología requerida por la Universidad "Rafael Landívar", por lo que agradeceré a usted sea nombrado el revisor correspondiente de Tesis, para su revisión y aprobación y emita el dictamen correspondiente.

Atentamente.



Lic. Nílmo René López Escobar
Asesor.
Col. No. 7644



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 05917-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante SOFIA ESTEFANY TIRADO LÓPEZ, Carnet 16244-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 05283-2015 de fecha 3 de junio de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"IDEAS SUICIDAS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL
(Estudio realizado en niños que asisten al Hospital Nacional de Occidente de
Quetzaltenango)".**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 5 días del mes de junio del año 2015.

 Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

- A Dios:** Como creador de todo quien me dio la vida, conocimientos para poder cumplir con esta anhelada meta.
- A mis Padres:** Aury López y Carlos Enrique Tirado, por acompañarme con su amor, esfuerzo y sobre todo un buen ejemplo que me han llevado a ser la persona que soy.
- A mis Hermanas:** Cindy Ileana Tirado López y Karla María Tirado López por ser parte de mi existencia y ser buen ejemplo brindándome su apoyo durante todos estos años.
- A mi Hija:** Camila Por ser el amor y fortaleza de mi vida
- A mi Esposo:** Por ser fuente de apoyo amor y comprensión en este largo camino
- A mi Familia en General:** Por su comprensión y todas sus muestras de cariño y apoyo.
- A la universidad
Rafael Landívar:** Por brindarme los conocimientos que me permitieron desarrollarme como estudiante y profesional y de esta manera contribuir a la sociedad.
- A mi Asesor de Tesis:** MSC. Nylmo Rene Escobar por su visión crítica, sus consejos y ayuda indispensable en este trabajo

Al Revisor de Fondo:

Lic. Nieves Martínez por sus sugerencias para el mejoramiento de la calidad de la tesis

A mis Compañeros

de la URL:

Daniela Soto, Paola Mérida y Jessica Ortega por su compañía , consejos y amistad

**A todas las personas que hicieron posible la elaboración y realización de este
trabajo**

Dedicatoria

Mi tesis se la dedico con todo mi amor y cariño a mi hija hermosa Camila, el amor de mi vida la pequeñita que hizo posible el esmero y trabajo mi fuente de inspiración.

Desde lo más profundo de mi corazón espero que este triunfo sea un ejemplo para su vida que se arriesgue a cumplir muchísimas metas más porque no existen límites que no sean puestos por si misma

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Ideas Suicidas	9
1.1.1 Definición.....	9
1.1.2 Naturaleza del Suicidio	11
1.1.3 Tipos de Suicidio	11
1.1.4 Factores que Inducen al Suicidio.....	15
1.1.5 Tentativa del Suicidio.....	24
1.1.6 Suicidio Consumado	25
1.1.7 Prevención del Suicidio	25
1.2 Abuso Sexual.....	30
1.2.1 Definición.....	30
1.2.2 Tipos de Abusos	31
1.2.3 Violación	33
1.2.4 El Ofensor.....	33
1.2.5 Relación con el Compañero.....	35
1.2.6 Incesto	35
1.2.7 Edad en la que Sucede la Experiencia	39
1.2.8 Iniciación y Fuerza de la Víctima	40
1.2.9 Fuentes Sociales y Culturales Relacionados al Abuso Sexual	40
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	52
2.1 Objetivos.....	53
2.1.1 Objetivo Generales	53
2.1.2 Objetivos Específicos	53
2.2 Hipótesis.....	53
2.3 Variables.....	53
2.4 Definición de Variables	54
2.4.1 Definición Conceptual	54

2.4.2	Definición Operacional.....	54
2.5	Alcances	55
2.6	Aporte	55
III.	MÉTODO	56
3.1	Sujetos.....	56
3.2	Instrumentos.....	56
3.3	Procedimientos	59
3.5	Diseño y Metodología Estadística.....	60
IV.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	64
V.	DISCUSIÓN.....	67
VI.	CONCLUSIONES.....	73
VII.	RECOMENDACIONES.....	74
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
IX.	ANEXOS.....	77

Resumen

La ideación suicida son cogniciones que inducen al deseo de quitarse la vida, intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas por lo que la persona siente que no merece seguir con vida. En los niños se ha revelado como un fenómeno difícil de explicar ya que es un tema delicado en el cual tienen problemas y dificultad de no poder expresar sus conflictos e inquietudes, muchas veces esta puede ser causada por varios factores uno de ellos podría ser el abuso sexual, este es el contacto e interacción entre un niño y un adulto, cuando el adulto es el agresor utiliza al niño para estimularse sexualmente y debido a la vergüenza que provoca el suicidio puede ser utilizado como un medio de escape.

Con el objetivo de determinar si existen ideas suicidas en los niños víctimas de Abuso Sexual, se aplicó el Cuestionario de depresión en niños CDN y la Escala de Ideación Suicida a veinticinco niños comprendidos entre las edades de 8 a 16 años, con lo cual se obtuvo un resultado que refleja que los sujetos de estudio están sin riesgo de presentar ideas suicidas. Dicho resultado lleva a aprobar la hipótesis nula, que plantea que los niños víctimas de abuso sexual no presentan ideas suicidas.

De acuerdo a ello se concluye, que los niños víctimas de abuso sexual no presentan ideas suicidas por los resultados que arrojó la Escala de ideación suicida ya que muestran que el 99% están sin riesgo, y con el cuestionario de depresión en su escala pensamientos de muerte con un 99% no presentan riesgo.

Se invita a los padres de familia y especialistas a que se informen y tomen las medidas necesarias de prevención para la población infantil y así mismo que ayuden a recuperar y mejorar la calidad de vida de los niños víctimas de abuso sexual.

I. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es un fenómeno que se presenta en la mayoría de casos en las mujeres y en los niños, lo cual no quiere decir que algunas víctimas puedan ser hombres quienes por temor a ser juzgados no hablan de lo sucedido o por la cultura y sus tabúes que influye notoriamente a que no se mencionen temas relacionados con sexualidad, Este problema se presenta en diferentes sociedades sin importar la raza, etnia, cultura, religión y nivel socioeconómico.

Los casos que se dan a conocer de personas que han sido víctimas de este tipo de agresión sufren cambios notorios tanto físicos como psicológicos, cuando la víctima es un niño generalmente el agresor es un familiar o persona cercana, por tal razón son vulnerables a este tipo de fenómeno. Es de suma importancia conocer si a través de esta experiencia traumática en los niños se provocan pensamientos suicidas, estas se producen luego de haber experimentado acciones emocionales negativas, intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes explícitos para atentar contra su vida, se debe intervenir con terapia psicológica que ayude al menor a sobreponerse como a recuperar su calidad de vida para eliminar todos los sentimientos pensamiento negativos que le impidan vivir armoniosamente.

Varios hospitales reportan a pacientes con problemas de abuso sexual, sin embargo en la Procuraduría General de la Nación no existe un número de casos del mismo, lo que demuestra la falta de información o la poca importancia que las personas le prestan a este problema, es trascendental concientizar a las víctimas como a los afectados, ampollarlos con tener cultura de la denuncia romper el silencio por estar en contra de la vida humana, tomar las medidas de protección y prevención para que se reduzca esta problemática.

Por todo ello a continuación se mencionan algunos criterios sobre el tema.

Larraguibel, González y Valenzuela (2005) en la revista chilena medica del día martes 17 de mayo en el artículo “Titulado factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes” en las páginas 20-21 afirma que el principal objetivo de elaborar diferentes estudios es identificar los factores de riesgo, los cuales están asociados al intento de suicidio tanto en los niños como en los adolescentes, para así contribuir de una mejor manera a la delimitación de grupos de riesgo con el fin de poder prevenir y dar tratamiento terapéutico. El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes entre 12 y 19 años de edad. Estudios e investigaciones apoyan la hipótesis que existe un verdadero incremento de este fenómeno, desde el año 1950 a la fecha, se evidencia más en la población europea y norteamericana. Poder investigar o establecer la prevalencia de los intentos de suicidios sería una tarea difícil al considerar las grandes tasas de suicidios que se cumplieron. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años era algo inusual, pero esto ha cambiado radicalmente ya que muchos de los niños y adolescentes presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos más frecuentes asociados con el suicidio son principalmente la ansiedad, depresión y abuso de sustancias.

Marsechall (2009), en la revista Scielo del día lunes 16 de febrero en la página 24-25 menciona el artículo Titulado “Depresión y suicidio infantil “explica que el concepto de lo que es la depresión infantil se relaciona con un conjunto de síntomas los cuales forman un síndrome, el cual puede existir en todas las edades y como mínimo para que pueda diagnosticarse, la sintomatología debe presentarse durante un mes. Los síntomas que se presentan en el niño son los siguientes: afecta el campo cognitivo, afectivo y motriz, el niño se siente triste, llora con facilidad, generalmente se mantiene serio, cansado, aunque no tenga ninguna actividad física fuerte. Esto se genera por factores como la desorganización familiar, depresión de algunos de los padres, situaciones escolares y sociales difíciles, lo cual provoca en él un pensamiento de suicidio, el cual crece progresivamente, estos niños piensan generalmente más en la muerte, a nivel cognitivo están más desestructurados, los fracasos los viven de una forma más grave de lo que realmente son, no encuentran una vía de solución. Para

estos niños los problemas nunca tendrán solución son incapaces de crear diferentes formas para solucionarlos.

Sandoval (2009) en el artículo Titulado “Violencia sexual infantil “ pocas condenas muchos casos que aparece en el periódico del día sábado 05 de diciembre afirma que el abuso sexual infantil es un crimen silencioso, pues cada día cientos de niños sufren este tipo de abuso por parte de familiares, maestros o vecinos. La comisión nacional contra el maltrato infantil, la cual brinda apoyo psicosocial a niños víctimas de abuso sexual, recibe semanalmente de veinticinco a treinta denuncias, generalmente quien abusa de los niños es un personaje de confianza quien se aprovecha de la confianza de los padres para realizar este acto despiadado. En los hospitales públicos las estadísticas están alrededor de los ciento cincuenta y doscientos casos por año, aunque la realidad es otra ya que o existe la cultura de la denuncia y los casos aumentan significativamente.

Es importante la intervención de instituciones que estén encaminadas al bienestar de la salud mental de los niños, además la creación de programas dentro de los centros educativos los cuales deben estar orientados en darle información al niño sobre derechos, y que puedan reconocer cuando sean víctimas del abuso sexual, muchos de los casos provienen de áreas rurales, en los últimos años en el área urbana también se ha incrementado los casos por lo que se deduce que la falta de educación no es el factor principal de que este problema esté presente.

Miranda, Cubillas y Román (2009) en la página web el día martes 15 de diciembre publican los resultados de la investigación titulada “Ideación suicida en población escolarizada infantil” factores psicológicos asociados la cual se realizó durante el período de noviembre y diciembre concluyen que la ideación suicida está presente en la población infantil escolarizada, aunque se encontraron bajos índices de depresión. Un factor de riesgo que se logró identificar fue baja autoestima, pues tiene más probabilidades de presentarse, aunque las diferencias entre sexos son marcadas. El

obstáculo principal que se encontró fue que muchos de los padres se limitaban a hablar sobre este tema, lo cual afecta que puedan enterarse de los cuidados o la forma en que se debe manejar la ideación suicida en los niños. Se recomienda que se estudie como se crean las ideas suicidas en la edad temprana, además de detectar el proceso en el cual se forman las conductas suicidas y los factores que se relacionan con el mismo, además de crear un programa de prevención orientada a los niños y prevenir que la adolescencia se convierta en un cifra más de suicidio

Hernández (2010) en la revista titulada Nuestra salud del día lunes 6 de septiembre menciona el artículo Aumenta suicidio en niños y jóvenes en las páginas 13-15 donde afirma que en el día internacional contra el suicidio México entregará un reporte sobre la incidencia de este en los últimos años, generalmente las víctimas son niños y jóvenes. El suicidio generalmente es bien planificado por la persona, según fuentes informáticas el 90% de los casos de suicidio de la población en general es debida a una patología psiquiátrica, la que se presenta con mayor prevalencia es la depresión la cual tiene una relación estrecha con algún trastorno afectivo. La práctica suicida es generalmente la población joven entre 15 y 24 años, la de los niños de 5 a 14 años que tiene en el suicidio la octava causa de la muerte.

También existe un porcentaje en el cual unas de las posibles causas del suicidio es el hecho de que dentro de las sociedades se han perdido los valores y la falta de cohesión social. Aunque el principal objetivo es apoyar la erradicación de este problema, lo mas importante es involucrar áreas dentro del hogar y los establecimientos educativos, donde se puedan desarrollar habilidades sociales, además de que se fomente una autoestima saludable con lo cual se generará más seguridad personal en cada niño.

Echeverría (2010) en la tesis titulada eficacia en la aplicación de las medidas de protección decretadas a favor de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual estudio realizado en el municipio de Coatepeque, Quetzaltenango, en la página 57-59 concluye que de los cuarenta y nueve casos de abuso sexual que se cometieron dentro

de la jurisdicción de la Procuraduría General de la Nación, dieciséis son los que se han cometido dentro del municipio de Coatepeque, lo que indica que el treinta y tres por ciento de los casos de abuso sexual que conoce el Juzgado de Primera Instancia de la niñez y adolescencia han sucedido en este municipio. De estos mismos casos quince fueron dirigidos hacia niñas y solamente uno hacia niños, lo cual permite establecer que existe mayor prevalencia en la población del género femenino las cuales son más propensas, además de esto se incluyen factores culturales y sociales como estereotipos creados hacia la mujer lo cual provoca que se vean más débiles.

Se recomienda que se puedan elaborar campañas de orientación en las escuelas y colegios las cuales deben estar dirigidas a los niños y niñas con el objetivo de que conozcan los derechos que poseen para que de esa forma la integridad sexual no sea vulnerable. Hacer propaganda escrita, radial y televisiva para que las personas conozcan lo que es el abuso sexual, de esa forma poder prevenirlo y si ya existiese que se puedan denunciar.

Florenzo (2011) en la revista médica de Chile el día viernes 16 de noviembre en las pagina 15-17 menciona el artículo titulado "relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de niños" afirma que los problemas de salud mental que manifiestan los niños de los cuales se desprenden diferentes conductas, se asocian a factores genéticos y ambientales, también del contexto en el cual viven. La forma en la cual los padres educan a los hijos son temas de investigación para varios profesionales, además de factores como la relación con vecinos o el entorno escolar. Se conoce el test CNAP en la cual se describen diversos estilos parentales y los efectos que estos causan en el niño y el adolescente. La parentalidad se conforma por dimensiones de aceptación, apoyo y control. El niño debe tener un desarrollo psicológico y emocional estable, en la cual no debe restringirse la expresión de sentimientos y emociones, retiro de amor, inducción de culpabilidad, entre otras. Lo cual puede provocar conductas antisociales y depresión, todo esto se relaciona también con la forma en que los padres establecen reglas dentro del hogar y que estas se hacen cumplir a través de límites o

restricciones al niño, lo cual provoca que los niños no se sientan aceptados, ni tampoco sientan el apoyo de los padres en actividades tanto escolares como sociales. La educación autoritaria dentro del hogar se relaciona con un grado bajo de salud mental en los niños,

Soto (2011) el día sábado 2 de julio en la sección Cordura Social del Quetzalteco menciona el artículo "alerta al abuso sexual infantil " donde expone que muchas veces los agresores del abuso sexual en los niños son personas cercanas y de confianza, hasta el punto de que llegue a ser un familiar cercano, por esto muchos de los niños no dicen nada pues la confianza que le tienen a esa persona hace que piensen que no es nada malo, aunque en algunos casos los niños se atreven a decir a los padres lo que sucede, sin embargo los padres no le creen y piensan que solamente es una idea o confusión algún acto afectivo de esa persona. A veces simplemente se rehúsan a creer por tratar de evitar problemas con familiares o amigos. Se niegan a creer que el abusador sea capaz de hacer algo así. Los adultos tiene la responsabilidad de denunciar y proteger a los niños ante este tipo de problemas, pues de lo contrario se cae en delito de complicidad, pues el bienestar físico, emocional, psicológico y social del niño es fundamental para el desarrollo óptimo en las actividades diarias.

Chaclan (2012) en el artículo Sube índice de acoso a menores y jóvenes que aparece en la página 38-40 de la Prensa Libre del día jueves 23 de agosto expresa que en el transcurso del año se reciben más de 500 denuncias sobre la violencia que existe en contra de los niños y adolescentes, tanto en el departamento de Quetzaltenango como de Totonicapán, de las cuales un 75% es por maltrato físico y el otro 25% por abuso sexual, según informes de la Procuraduría General de la Nación. En el 2010 se presentaron 757 agresiones a menores de edad, en el 2011 esta cifra se elevo a 954, por lo que se espera que en el próximo año esta cifra siga en aumento. También se reporta que cada semana son rescatados de los hogares entro dos y tres niños, donde sufren agresiones físicas como golpes por los propios padres o también un tipo de violencia sexual o psicológica.

La presencia de hematomas en algunas partes del cuerpo, fracturas o quemaduras en diferentes partes del cuerpo son generalmente las más observables en las víctimas. En la sede de la Procuraduría General de la Nación de Quetzaltenango se reciben denuncias de los Juzgados de Paz, de la Procuraduría de los Derechos Humanos y de la Policía Nacional Civil. La creación de redes institucionales para erradicar este problema es uno de los objetivos dentro de este departamento, aunque los avances sean pocos, se inició con la capacitación de los Jueces de Paz de municipios de Quetzaltenango con el fin de que ellos puedan recibir las denuncias por la violencia en contra de los niños con el fin de trabajar conjuntamente y así brindar una respuesta rápida a quienes son víctimas.

Valdez (2012) en la sección comunitaria de Prensa Libre el día sábado 22 de septiembre menciona el artículo Abusos afectan a niñez donde explica que luego de revisar las boletas de los hospitales donde se atiende a los niños, fue sorprendente el hallazgo que se encontró pues más de once mil niños que se atienden son llevados por abuso sexual, pero las cifras indican que de cada 10 casos solo uno se reporta. Según la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil, cerca de un millón de niños han sido víctimas de abuso sexual en Guatemala. El abuso sexual es la peor forma de violencia contra la niñez, es alarmante los grandes índices de violencia que se presentan año con año en contra de los niños, lo más triste es que ninguna institución ayuda a que se les pueda restituir los derechos.

Según la revisión de las boletas en hospitales se estableció que son más los ingresos que se presentan en los mismos por abuso sexual, físico y por negligencia que los casos que registran las autoridades de justicia. Se encontraron más de once mil casos de abuso sexual, esto se observa a través del gran índice de adolescentes embarazadas, además de enfermedades de transmisión sexual encontradas en niños y niñas.

Martínez (2012) en Prensa Libre del día domingo 11 de marzo en el artículo Elena Viau: "No hay dos casos iguales", en la página 45 y 48 afirma que los recientes casos de suicidio tanto en niños como adolescentes son el resumen de dos grandes historias separadas en distancia pero que se unen por una misma circunstancia aparentemente, esta es la depresión la cual se produce por diversos factores. Durante la infancia el ser humano tiene cambios físicos y psicológicos, los cuales pueden causar inquietudes y algún grado de inestabilidad, además de esto se le debe sumar los problemas familiares, dificultades económicas, algún tipo de complicación en el estudio; todos estos factores unidos pueden llegar a que se llegue a un punto crítico en la vida. Entonces el desarrollo de la niñez y de la adolescencia hacia la edad adulta conlleva grandes y fuertes cambios internos los cuales se manifiestan en lo corporal, psíquico y principalmente en los ámbitos familiares y sociales de la persona.

Aunque el suicidio también puede deberse a afectos de trastornos psíquicos tales como: ansiedad, depresiones mayores, trastorno bipolar o abuso de alguna sustancia. Los factores principales tanto de niños como adolescentes en el desarrollo de una estabilidad emocional es la seguridad en si mismo, amor de los padres y apoyo en la escuela, tener buenas relaciones interpersonales y un buen desempeño social, si se le presentara algún conflicto en alguna de estas áreas provocarían descontento, frustración y sufrimiento.

Morales (2013) en la radio Emisoras Unidas el día jueves 28 de febrero habló sobre el tema "Procuraduría de los derechos humanos" integra equipo por casos de abuso sexual contra menores de 14 años donde explica que la Procuraduría de los Derechos Humanos integró un equipo con el fin de poder darle seguimiento a las mil doscientas denuncias de abuso sexual en contra de mujeres menores de 14 años, las cuales fueron recibidas por la Vicepresidenta Roxana Baldetti, quien las presentó al Ministerio Público con el fin de que se le pueda dar una resolución y de la misma manera castigar a los abusadores de estas niñas, quienes la mayoría provienen de áreas rurales, y el abusador es el papá o algún hermano mayor.

El objetivo de Morales es poder saber si se ha podido ubicar a cada una de las víctimas, las edades, la situación en la que viven y si el Ministerio Público ha podido localizar a alguno de los agresores, de la misma manera poder establecer la forma en la cual se platearan las acusaciones en contra del mismo. Esto se hace con el fin de poder darle una solución más rápida al problema, para así ayudar a que todos estos casos no se queden impunes.

1.1 Ideas Suicidas

1.1.1 Definición

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) concluyen que el punto de vista más común sobre el tema epidemiológico es la ideación suicida, concepto el cual es uno de los más amplios ya que alude a cogniciones el cual posee un contenido que puede ser considerablemente variado. Se puede dirigir desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, esto en circunstancias difíciles o en experiencias que suelen dar intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para atentar contra su vida.

Sin embargo lo más común es encontrar definiciones que limiten este concepto entorno a los pensamientos persistentes de suicidarse, a la elaboración de planes para llevarlo a cabo o al intenso deseo de quitarse la vida. Se ha establecido que la ideación suicida no debería aplicarse directamente al deseo de muerte sino solo a aquellos casos en los que existe la idea de acabar con la vida por uno mismo. Sin embargo se podría argumentar la presencia de una ideación suicida activa y otra pasiva, al igual que en el caso del suicido consumado. En cualquiera de los casos la delimitación de este concepto es necesaria ya que una inadecuada generalización puede llegar a conclusiones arriesgadas sobre prevalencia, incidencia y causas de las ideación suicida.

Al tomar en cuenta solamente la ideación suicida se debe de prestar la atención adecuada como un indicador cuando es especialmente acentuado esto porque la mayoría de las personas que intentan suicidarse comentan con anterioridad la forma de ideación suicida verbalizada, la evaluación con el fin de estimar el riesgo real del comportamiento suicida debe formar parte de los protocolos de evaluación a pacientes, especialmente se debe poner atención a aquellos que presentan trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, alcoholismo o trastornos de la personalidad.

Quintanar (2007) afirma que para poder definir el suicidio es importante tomar en cuenta el punto de vista religioso como el filosófico, pues estas dos ramas fueron las primeras que lo abordaron; según la religión el suicidio se consideraba una mala muerte, una condición poco aceptada a tal grado que al suicida se le negaba la sepultura en el campo santo, del lado de la filosofía se resaltaba los argumentos de tipo social y existencial en pro y en contra del suicidio.

El suicidio es estudiado a través de una dimensión social, los patrones del pensamiento suicida ha estado quebrantándose, se ha visto un incremento tanto en la incidencia como en la prevalencia, con esto se debilitan las diferentes estructuras sociales las cuales se utilizaban de contención y soporte, la estructura familiar se ha diversificado y se ha cambiado las condiciones de trabajo y también la organización laboral.

El pensamiento suicida es consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso se puede mencionar que también filosóficos, los cuales se manifiestan y agrupan tanto en lo colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de los integrantes. Como toda conducta humana el suicidio es un acto complejo, por lo que no se puede dejar de considerarlo bajo distintos puntos de vista.

El suicidio era considerado un fenómeno clínico, pero después de varias investigaciones y los resultados que las mismas dieron a conocer, se comenzó a

aparecer en un contexto social con condiciones las cuales lo favorecían. Sin embargo, lo que demuestra la mayor parte de reportes es que el suicidio se estudia con una visión básicamente clínica y demográfica, con pocas o ninguna propuesta a nivel social.

Sin embargo, el pensamiento suicida también ha evolucionado en la definición y esto hace que retome distintos rumbos los cuales han hecho difícil la delimitación, de forma que solo queda un acto demográficamente al considerar las representaciones graficas de una población.

1.1.2 Naturaleza del Suicidio

El suicidio no necesariamente debe ser considerado el acto de una persona psicótica, pero no se deja de pensar que en el momento del acto suicida existe un quiebre psicótico. El suicidio es el resultado de una conducta psicopatológica la cual puede ser catalogada como un fracaso adaptativo, a diferencia de muchas otras conductas neuróticas. El pensamiento suicida se realiza en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales son el desencadenante y conducen al individuo a un grado de restricción cognoscitiva en la cual no encuentra mejores soluciones.

Se plantea una pregunta: ¿Qué se puede hacer frente a una persona que se ha infligido a si misma lesiones de cualquier índoles para quitarse la vida? Se aclara que es muy poco frecuente realizar otro acto suicida inmediatamente después de un intento fallido. Lo común es que disminuya la ideación suicida juntamente con la depresión, la técnica de la psicoterapia del intento suicida la cual corresponde a esta situación es la psicoterapia breve y de emergencia.

1.1.3 Tipos de Suicidio

Quintanar (2007) expone que desde el punto de vista psicoterapéutico es útil que el suicida pueda relatar los planes suicidas que tenía, el pensamiento que tenía sobre el

sufrimiento que esto generaría en los parientes por la muerte de él, cuales hubieran podido ser los comentarios de compañeros y conocidos y otros comentarios más. Es importante mencionar que el suicida no solamente se mata a sí mismo, sino que en la fantasía, también mata a figuras malas introyectadas en algún momento de la vida, con la muerte destruye algo malo o dañino que se encuentra en él. Dentro del pensamiento suicida existen tres formas de poder realizarla:

- El gesto suicida,
- El intento suicida,
- El suicidio.

El gesto suicida se refiere a la conducta mediante la cual se ingieren sustancias o se producen lesiones las cuales no son letales en sí mismas, con el propósito de poder manipular a otros.

El intento suicida es el acto realizado con la intención de producirse la muerte a sí mismo pero que no se logra porque lo hecho no fue suficientemente letal o porque la ayuda oportuna evito la muerte.

Por último el suicidio consumado es el resultado de haber llegado al punto de no retorno en el cual se logra la muerte por la misma acción o por no poder ayudar o atender a tiempo.

Suicidio colectivo:

El suicidio colectivo señala algunas implicaciones que pueden tener la apertura, formación y reconocimiento de diferentes grupos tanto políticos como religiosos. Algo que llama mucho la atención es señalar que los suicidios colectivos son un fenómeno relativamente reciente y que cada día serán tanto focos de riesgo como promotores de riesgo suicida cuando se desborden los límites entre prácticas de las creencias políticas o religiosas y el fanatismo.

Quintanar (2007) Cita a Erdely quien explica que el suicidio colectivo como rito es un fenómeno religioso de reciente aparición el cual se ha incrementado a fines del siglo diez. Fue evidente a partir de los atentados terroristas promovidos por diferentes sectas y en las cuales se posee pocas evidencias las cuales pueden intentar explicar las causas de este fenómeno. Dentro del suicidio colectivo también suelen morir muchos niños, esto a causa de donde ocurren.

Por la complejidad y la forma como ha ocurrido el suicidio colectivo por motivos religiosos se ha planteado una confusión entre suicidio colectivo u homicidio. Aparentemente las personas eligen con libertad el participar o no en estos actos; pero de ser así, morir sería un acto de elección, aunque un análisis psicológico del contexto pone en evidencia una forma de relación personal entre los integrantes del grupo entre sí y con el líder.

Generalmente tras los suicidios colectivos se encuentran tres elementos indispensables para poder consumar los hechos:

- Un líder mesiánico en el sentido más restrictivo,
- Una colectividad de personas dispuestas a obedecer a ese líder en forma ciega e incondicional,
- Un hecho desencadenante.

El suicidio en la infancia:

El caso del suicidio infantil, en el cual se ha encontrado que los factores sociales y sobre todo los familiares, son factor principal para determinar lo que ocurre en esta forma de conducta. Tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado en niños son problemas los cuales han incrementado y no ha podido ser resueltos. La mayor parte de la información de la cual se dispone con respecto del suicidio infantil ha mostrado que algunos factores que favorecen el suicidio en los niños son los siguientes:

- Antecedentes suicidas en los padres,
- Los ambientes familiares caóticos,

- Las condiciones de maltrato,
- La reacción de sentimientos de desintegración interna,
- La manipulación de los sentimientos,
- El deseo de reunirse con un pariente fallecido.

Todas estas condiciones suelen presentarse en la forma de regaños por los fracasos escolares, castigos de los padres o situaciones confusas. para lograr entender tanto la muerte como el suicidio en los niños es necesario e importante considerar la etapa de desarrollo y el concepto de la muerte propia. Una de las formas para poder detectar el riesgo suicida en los niños es lograr identificar la naturaleza del juego, los personajes y los desenlaces de estos, la naturaleza de los dibujos que realiza y las relaciones afectivas con los padres.

En una ocasión se solicitó a un psicólogo orientar a los padres que habían perdido a uno de los hijos de nueve años, a quien encontraron ahorcado en el cuarto con un cable de cortina. Según el relato de uno de los primos, explicaba que jugaban y luego salieron del cuarto, se quedó solamente el menor; al regresar al cuarto encontraron el cuerpo enredado en el cable cerca de la ventana de la habitación. Todos coincidieron en que se trataba de un accidente, pero las primeras entrevistas con los padres mostraron que había una pobre expresión afectiva y casi nunca se reconocía los logros del menor. No se detectó que fuera objeto de maltrato físico ni adicciones de alguno de los padres, pero los pocos datos disponibles hacen estar alerta a circunstancias parecidas al abandono afectivo.

Se reporta que las lesiones accidentales se ubican entre las primeras diez causas de mortalidad y morbilidad, en el año mil novecientos noventa y cinco ocuparon el primer puesto como causa en niños de uno a catorce años y el sexto en la población menor de un año. Entre las lesiones en niños destacan los accidentes de tráfico, el ahogamiento, las caídas accidentales y los envenenamientos. Respecto a la mortalidad por envenenamientos accidentales, durante el año mil novecientos noventa y cinco se

produjeron cerca de novecientos sesenta y cinco defunciones, de las cuales el veintinueve por ciento correspondieron a menores de quince años.

1.1.4 Factores que Inducen al Suicidio

Los factores los cuales condicionaran son el conjunto de condiciones que a lo largo de la vida participan en el desarrollo de la persona al distorsionar, debilitar o disminuir la fuerza de la estructura psicológica y los patrones adaptativos, se toman en cuenta la condición en que nació, los antecedentes familiares y de salud, los momentos históricos y sociales y las condiciones económicas presentadas, entre otros factores. Los factores precipitantes son aquellas condiciones que en un momento dado llevan al acto suicida o suicidio consumado. Quintanar (2007) Cita a Reyes quien propone algunas condiciones que pueden inducir al suicidio estas son:

- Problemas sexuales bien definidos,
- Un gran problema en las relaciones padre-madre,
- Un yo débil, en algunos incluso con psicosis declarada,
- Un problema de adicción,
- Fuerte desesperanza en momentos clave de la vida del suicida,
- Presentimiento de la propia muerte, anuncio y provocación.

Generalmente estas condiciones no se presentan por separado y en los casos de suicido generalmente son tan comunes, consideradas en el nivel macro, aparece un patrón que permite considerar al suicidio una conducta social. No es posible poder responder a la pregunta ¿Por qué se suicida la gente? Ya que de hecho la respuesta no puede ser permanente ni acabada, sino que tendrá que actualizarse según las épocas y condiciones. Por eso lo más adecuado sería sugerir que la respuesta incluya, entre otras cuestiones, lo siguiente:

- Una aproximación interdisciplinaria y transdisciplinaria al estudio del suicidio,
- Un análisis actualizado de las condiciones pasadas, presentes y futuras en las que se pueda presentar el suicidio,

- El papel e influencia de los medios de comunicación en la difusión de modelos suicidas y de comportamientos de alto riesgo,
- Considerar la condición íntima, particular y personal de cada acto suicida y suicidio consumado,
- Reconsiderar las fuerzas psicológicas que llevan a una persona a terminar con la vida.

Cualquiera manifestación de suicidio siempre ocurrirá en un acto personal e individual que también reflejan las condiciones del escenario en el cual ocurrirá. Los diferentes factores que conforman el escenario del suicida tienen algo en común a este punto se le denomina estructura psicológica, el cual si bien puede ser funcional durante varios años, también puede contener elementos los cuales ayudan a florecer condiciones críticas las cuales desembocaran en acciones de autodestrucción extremas. Para lograr entender la realidad del por qué se suicidan las personas se debe iniciar por diferenciar entre condiciones que son de riesgo y aquellas que son detonantes o precipitantes del suicidio.

Factores precipitantes:

Los factores tanto de riesgo como de protección vistos con anterioridad podrían configurar en el adolescente una situación relativamente estable, al situarle como un sujeto más vulnerable en la medida en que aparezcan más factores de riesgo, al mismo tiempo que déficit específicos en variables capaces de actuar a modo de factores de protección frente a acontecimientos o situaciones que puedan actuar como precipitantes de la ideación suicida.

Según varias investigaciones realizadas sobre el suicidio en niños, la mayoría de quienes han intentado suicidarse experimentaron algún tipo de estresor previamente. Se encuentra que el noventa y siete por ciento de aquellos sujetos que se habían suicidado presentaban como mínimo un estresor importante. Los niños con tentativa de suicidio, en contraste con la población en general, informan haber padecido cuatro veces más acontecimientos vitales estresantes en los seis meses anteriores a la

tentativa, así como una vez y media más que sujetos depresivos los cuales no han realizado tentativas de suicidio. No obstante de forma general los eventos precipitantes ocurren alrededor de veinticuatro horas antes del suicidio.

Entre los niños y adolescentes los estresores más comunes son los referentes a conflictos interpersonales, separaciones y fenómenos de rechazo. Se pone en relieve que los sujetos que presentaban ideación suicida, tanto en el grupo de niños como el de adultos, habían experimentado recientemente estrés. Además el estrés podría ser un predictor significativo tanto de la depresión como de la desesperanza. No obstante las relaciones entre estos factores son complejas.

Factores de riesgo:

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) explican que la falta de factores los cuales puedan ser capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación la cual ha alcanzado mayor relieve en los últimos años en el estudio del suicidio en los niños. Son varios los trabajos que aportan información sobre el papel de determinadas variables como factores de riesgo, al haber señalado condiciones tan dispares como las siguientes:

- La pérdida temprana de alguno de los padres,
- Haber sido objeto de abuso sexual,
- Exposición a violencia familiar,
- Abuso de sustancias tóxicas,
- Historia de suicidio familiar,
- Presencia de trastornos de estado de ánimo,
- Problemas académicos,
- Dificultades para la inserción en el mercado laboral,
- Problemas económicos.

No obstante pese al esfuerzo desarrollado existe un importante desconocimiento sobre el peso específico que muchos de estos factores pueden tener por separado, también

esto es lo más importante, respecto a las interacciones que puedan mantener entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas durante la infancia. Se destacara algunas variables las cuales han recibido mayor atención en los estudios sobre el tema, estas son:

- La depresión,
- La desesperanza,
- Problemas de tipo familiar,
- Problemas académicos.

La depresión es el factor de riesgo más común en las ideaciones suicidas, pero hay que tener en cuenta que la relación entre depresión y conductas suicidas es muy compleja, en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos del estado de ánimo, al ser la depresión uno de los correlatos más potentes de la ideación suicida. Igualmente la depresión ha sido encontrada en la mayoría de las conductas suicidas y es generalmente, evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas en potencia, ya que se ha probado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del suicidio consumado. Cita a Cole quien encuentra que la depresión en la infancia está fuertemente relacionada con la conducta suicida que la desesperanza.

La desesperanza como un deseo de escapar de algo que no considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir.

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) Cita a Ramos para quien el constructor de la palabra desesperanza parece ser una característica principal en el intento de suicidio. De hecho la desesperanza sería una de las características centrales de las personas deprimidas y de las suicidas. Además existen diferentes evidencias que apoyan la hipótesis de que la desesperanza es una variable cognitiva clave en la evaluación de los niños suicidas.

Algunos infantes que no tienen habilidades sociales adecuadas empiezan a sentir que necesitan de ayuda y después tras experimentar esta sensación durante algún tiempo, comienza a tener desesperanza.

Existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas familiares con respecto al suicidio en los niños. El abuso físico o sexual, la falta de una buena comunicación entre niños y padres, la inestabilidad, la discordia y/o la violencia, son signos típicos de una familia disfuncional. Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en los niños resaltan:

- La mala comunicación,
- Conflictos con los padres,
- Alienación del adolescente con respecto a la familia,
- Falta de amor y afecto,
- Apoyo inadecuado de los miembros de la familia,
- Falta de apoyo de los miembros de la familia,
- Rupturas familiares,
- Psicopatología de los padres,
- Historia familiar de suicidio.

No obstante y a pesar de que existen diferencias en el grado y en los tipos de estresores procedentes de la familia, la percepción de estrés familiar y la falta de apoyo de la familia contribuyen, dentro del campo de los estresores familiares, como grandes factores de riesgo, a la conducta suicida en niños. Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para la integridad física y psicológica, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio.

Entre los problemas académicos asociados al suicidio, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia. De hecho, la disonancia entre aspiraciones y rendimiento académico es crucial para

entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la infancia. Sin embargo, la influencia de la dimensión escolar sobre la vulnerabilidad al suicidio parece operar a través de distintos caminos. De esta forma algunos autores señalan la actividad académica como un factor de riesgo cuando aparecen problemas escolares como un factor de protección cuando existe satisfacción con los estudios o como un factor precipitante cuando se produce el fracaso académico.

Factores de protección:

A continuación se verán determinadas variables que por lo general actúan de modo de factores de protección respecto al suicidio, pueden adquirir un valor especial en relación con la conducta suicida en adolescentes. Uno de los factores sobre los que se ha desarrollado mayor volumen de trabajo es el apoyo social, pues aparece como una variable capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, al facilitar de esta manera la adaptación a situaciones difíciles cuando no el cambio de las mismas. De igual manera la disposición de habilidades y el conocimiento y dominio de estrategias para el afrontamiento de hechos o acontecimientos potencialmente estresantes constituye una variable que puede resultar crítica en el manejo exitoso de fuentes de estrés.

En este sentido los déficits en habilidades sociales, en habilidades para la resolución de problemas o en las expectativas de autoeficacia, pueden suponer el inicio de una especial importancia en el caso de los infantes, dada la relevancia que confiere a las situaciones sociales y a los problemas derivados de las mismas. Precisamente será la relación con los demás en el ámbito familiar, escolar y en la relación con los iguales, el lugar privilegiado para la adquisición y mantenimiento de un sentimiento de respeto personal, se sustenta así en niveles adecuados de autoestima como otra variable que va a desempeñar un papel de protección especialmente relevante durante la adolescencia.

Según la valoración de los precursores psicológicos de la conducta suicida, el apoyo social quizá se al factor de protección más importante. Aun cuando se presenten juntos

distintos factores de riesgo, raramente tiene como resultado el suicidio si hay un sistema de apoyo social con suficiente calidad y consistencia. El apoyo social ha probado ser un importante elemento a considerar cuando se pretende clarificar las relaciones entre el estrés, debilitamiento psicológico y la ideación suicida.

Aparentemente el apoyo social es el factor más usado y efectivo en la minimización del deterioro psicológico durante los momentos de estrés más severo. En contraste, el apoyo social no parece tener un efecto significativo sobre el deterioro psicológico durante periodos de bajo estrés.

Al igual que en la depresión, la desesperanza, los problemas académicos y otros factores, también hay diferencias entre personas con tentativa suicida y sujetos sin tentativa en lo concerniente al apoyo social. En general, suele encontrarse de forma sistemática que los sujetos con intento de suicidio tienen menor apoyo social que aquellos que no han intentado suicidarse.

El desarrollo teórico acerca de la construcción de la eficacia parte de la obra de Bandura de un marco más amplio, como es el modelo que presenta del aprendizaje social. Para quien la expectativa de la eficacia es la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento el cual se requiere para obtener resultados específicos. Tanto el término de auto concepto como el de autoestima son constructos psicológicos que presentan una evidente relación con la autoeficacia, así resulta, por otra parte fácilmente diferencias.

Respecto al auto concepto se podría entender como la opinión global acerca de uno mismo, el cual se forma a partir de la experiencia directa y las evaluaciones de otras personas significativas. En este sentido, la autoeficacia puede ser entendida como un aspecto particular dentro del amplio marco de las teorías del auto concepto. Con relación a la autoestima en tanto que esta puede ser entendida como la dimensión valorativa del auto concepto, resulta sencillo establecer una separación entre

autoestima y eficacia percibida al partir de la inexistencia de una relación uniforme entre los juicios de autoestima y autoeficacia.

Así la evaluación de la valía personal, autoestima, dependerá del valor que la cultura del individuo otorgue a las habilidades que este posea y de la medida en que la propia conducta coincida con los criterios personales de valía. La autoeficacia percibida o expectativas de eficacia, presentan una elevada capacidad explicativa sobre la actuación y el rendimiento personal. Sin embargo para que este efecto se produzca será preciso asumir la contingencia entre comportamiento, consecuencias y expectativas de resultados, dado que si no se establece una conexión cognitiva entre acción y resultados, la percepción de autoeficacia perdería el valor motivacional.

La eficacia que una persona cree poseer puede llevarle a una mayor persistencia en la realización de una actividad, en el convencimiento de que se podrá desarrollarla adecuadamente, con relativa independencia de la capacidad real para dicha ejecución.

De la misma forma, la incapacidad percibida para la interacción con determinadas exigencias contextuales puede evocar patrones de pensamiento desadaptativos, con las siguientes reacciones emocionales capaces de instaurar sentimientos de desesperanza.

Tanto las habilidades sociales como las de resolución de problemas suponen factores de protección las cuales adquieren especial relevancia durante la niñez, en tanto que se trata de una etapa marcada por múltiples cambios, ya sea por la búsqueda de la identidad personal y social o por la asunción de retos con los que los niños no se habían enfrentado hasta el momento. De esta forma el déficit en habilidades para la resolución de problemas son señalados repetidamente como factores estrechamente asociados al comportamiento suicida durante la infancia, de esta forma pone de manifiesto la incapacidad en la generación de alternativas para la resolución de problemas supone un importante incremento al riesgo de la ideación suicida.

En este sentido se señalan los déficit para la solución de problemas como una característica común entre quienes realizan alguna tentativa de suicidio en situaciones de estrés, por otra parte se encuentran en menor capacidad para la resolución de problemas entre los niños y adolescentes los cuales habían realizado alguna tentativa de suicidio, con relación a un grupo de control y a pacientes psiquiátricos sin tentativas.

Por otra parte los déficit en habilidades sociales también parecen estar estrechamente asociados a la conducta suicida durante la niñez. De esta forma, se encuentran más problemas interpersonales entre quienes tenían pensamientos suicidas y lo habían intentado, de esta forma se pronuncian en el mismo sentido al indicar la existencia de menos habilidades de comunicación en un grupo de niños y adolescentes con tentativas de suicidio.

Diferentes autores han encontrado una relación entre la autoestima y la ideación suicida, así se han descubierto autoimágenes negativas y baja autoestima en personas que han realizado alguna tentativa de suicidio o de haber amenazado con suicidarse. La autoestima parece ser una variable que media entre la falta de proximidad familiar y la ideación suicida, por lo que diferentes autores la consideran una importante variable interviniente. La autoestima en tanto que dimensión valorativa del auto concepto, estaría más apropiadamente enlazada con la familia y otras interacciones de carácter íntimo. Cita a Duke y Lorch (2005) quienes elaboraron una investigación donde se encuentran que cuando la autoestima es mayor, la ideación suicida es menor; lo cual coincide con la teoría donde se informa de relaciones significativas inversas entre ideación suicida y autoestima, tal y como se apuntaba anteriormente.

La autoestima también se relaciona con los sentimientos de control y confianza en las habilidades de cada uno para manejar situaciones. Así con frecuencia, los individuos suicidas tienen un bajo sentido de eficacia concerniente a las habilidades para influir en los eventos estresantes y mantienen una actitud bastante indiferente hacia la vida. Se hallan también diferencias entre mujeres con y sin tentativas de suicidio en lo que se

refiere a la autoestima, al darle niveles más bajos de autoestima entre las pertenecientes al primer grupo.

1.1.5 Tentativa del Suicidio

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) menciona que la tentativa del suicidio como la misma definición del suicidio, solo que se detiene en el camino, es decir antes de que se dé como resultado la muerte de la persona. Se considera que el intento de suicidio sería un acto suicida, cuyo resultado aun no es la muerte. En el caso de los actos suicidas que no tiene como resultado final la muerte, se encuentra que incluso se recibe distintas denominaciones como intento de suicida, tentativa de suicidio o parasuicidio.

En general el rango de comportamientos que suele abarcar estos conceptos es amplio, desde los llamados gestos suicidas e intentos de suicidio manipulativos hasta tentativas muy graves no letales.

Sin embargo el aspecto más importante de esta corriente del fenómeno suicida es el problema de la intencionalidad. A pesar de que pueda parecer que el problema de conocer los motivos que impulsaron al individuo a intentar suicidarse se solucionen ya que éste se encuentra vivo y puede ser entrevistado, lo cierto es que es bastante complejo. Por ejemplo, además del deseo de morir, se describen fundamentalmente las siguientes intencionalidades conscientes:

- Chantaje: Obtener de otros algo que no se ha podido obtener por otros medios,
- Demandar atención ante una situación vivida como desesperada,
- Escapar ante un peligro o amenaza: Esta puede ser real o irreal, presente o futura, física o social,
- Agredir psicológica y con venganza a otros con la responsabilidad de la propia muerte.

1.1.6 Suicidio Consumado

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) explican que el suicidio va a hacer todo aquel caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, ya sea positivo o negativo el cual es realizado por una víctima al saber que ella debería producir ese resultado. El acto suicida como todo hecho por el que el individuo se causa así mismo una lesión, independientemente de la intención y del conocimiento de los motivos. De aquí parte que todo acto suicida tiene como resultado la muerte del individuo.

El suicidio consumado se desprende de lo anteriormente expuesto además de que solo es posible hablar de suicidio cuando el comportamiento de la persona produce la muerte del mismo, el problema de la intencionalidad se materializa sobre el tema al ser especialmente palpable en el caso de las tentativas del suicidio. Por otro lado las definiciones que tratan de explicar lo que es el suicidio señalan otro aspecto muy interesante el cual suele ser totalmente olvidado en las estadísticas oficiales. Se refiere al suicidio consumado indirecto, este tipo de comportamiento suicida también llamado suicidio pasivo, el cual está definido como toda muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante la vida.

1.1.7 Prevención del Suicidio

La muerte voluntaria es una elección intrínseca en la existencia humana, uno de los principales planteamientos al citar a Szasz (2005) quien explica que se debe de hablar del suicidio con claridad y tranquilidad, al hacer la diferencia entre hechos y juicios de valor. El tema del suicidio es tal que ni el Estado, mediante el ejercicio de las leyes y la práctica médica, se ha definido con claridad al respecto. Se vive en una condición tal que el ejercicio del control de la natalidad es importante para los jóvenes y el control de la muerte lo es para los ancianos y algunos enfermos.

Como seres humanos se puede elegir entre morir activamente o de forma pasiva por enfermedad o vejez pero como sociedad se puede elegir entre dejar a las personas morir como ella decida o se puede imponerle la ética dominante que señala cuales son las condiciones aceptables para la muerte. Esa ética señala en diferentes momentos como poder asumir el suicidio. Esto al principio era un pecado, luego un crimen y posteriormente una enfermedad mental, sin embargo dados los acontecimientos contemporáneos, de terrorismo y sectas, se puede ver al suicidio como una forma de heroísmo, protesta o modelos de conducta. Esto lleva a pensar en el suicidio como un acto ejemplar y quizá como modelo a seguir, al darle una importancia de aceptación y reconcomiendo la cual no posee.

Se considera que durante mucho tiempo el suicidio fue una materia reservada a los sacerdotes y la iglesia. Actualmente es un tema del estado y los médicos, pero en el futuro el suicidio será una elección individual en la que se tomará en cuenta lo dicho en la biblia, la constitución o la medicina. Se plantea que se posee un problema de lenguaje al hablar de suicidio, para cuando se ha matado a otros se tiene diferentes palabras: deceso, muerte, fallecimiento, finalización y homicidio; pero cuando una persona se ha matado así misma solamente se tiene una palabra: suicidio, en la cual se plantean dos ideas muy diferentes, por un lado con ella se describe una forma de morir quitándose la vida voluntaria y deliberadamente , y por otro lado, se expresa una condena por la acción, en cuya caso el suicidio se califica como algo pecaminoso, criminal, irracional y con otras expresiones las cuales lo presentan como algo malo.

Por todo lo anterior se elaboran una serie de preguntas que podrían implicar suicidio en alguna forma, como las siguientes:

- ¿Cometen una forma de suicidio las personas que están en huelga de hambre o son anoréxicas y rehúsan todo tipo de alimentos,
- ¿Es un modo de suicidarse rechazar la hemodiálisis y otras formas de tratamiento las cuales pueden permitir continuar con vida a un paciente,

- ¿Puede ser considerado suicidio la intervención por la cual un médico mata a un paciente con el consentimiento de este y lo cual se le nombre y conoce como eutanasia voluntaria,
- Si el suicidio no es legal, ¿Cómo debería castigarse?,
- ¿Es el suicidio un derecho fundamental?

También se podrían plantear otras preguntas como las siguientes:

- ¿Ante qué condiciones se justificaría cometer suicidio?,
- ¿Deberían ser sancionados los involucrados en el suicidio?,
- ¿Puede ser valorado de la misma forma el suicidio de un menor en comparación con el suicidio cometido por un adulto o un anciano?,
- ¿Realmente puede considerarse el suicidio la resultante de un estilo de vida?.

Explica que una de las soluciones las cuales pueden prevenir el suicidio es; poder detectar cuando comienza a aparecer la ideación suicida y de los factores de riesgo que se asocian a ella:

- La desesperanza,
- La depresión,
- La ansiedad,
- La mala relación con los padres,
- Rasgos especiales de temperamento,
- Entre otros.

La frecuencia con la cual se presenta el suicidio consumado antes de la pubertad es escasa y este fenómeno se presenta de forma universal, el cual se conoce desde hace años. Sin embargo ahora se conoce por estudios epidemiológicos realizados que en niños pre púberes de los países, que la ideación suicida ya es tan frecuente antes de que se presente la etapa de la pubertad como en púberes; lo que hace pensar que la prevención de la conducta suicida puede empezar en las primeras etapas de la vida, al detectar precozmente el primer peldaño del continuum suicida.

En la actualidad la prevención del suicidio se asemeja a la prevención también de otras enfermedades las cuales causan la muerte de muchos niños y adolescentes. El suicidio es el responsable de varias muertes en diferentes países. En ambos casos, ya sea enfermedad o suicidio, hay una etapa silenciosa, siniestra, previa a la presentación de los primeros síntomas. Esta etapa silenciosa, en el caso del suicidio, sería a lo que se le conoce como ideación suicida. ¿Por qué no hacer una prevención del suicidio dirigida a los niños y adolescentes, como es habitual hacerlo para diferentes enfermedades mortales.

Se debería explorar detenidamente la ideación suicida en las poblaciones clínicas que es donde es más frecuente que aparezca, tanto en niños como en adolescentes. Esta labor la pueden realizar psicólogos, psiquiatras infantiles, incluso pediatras o pedagogos. La presencia puede diagnosticarse a partir de una buena entrevista con el niño, al completar la información a partir de las personas más relevantes la cual lo rodean. Es aconsejable explorar además de esto el nivel cognitivo del niño o adolescente para conocer cómo percibe el entorno y los posibles conflictos a los cuales se expone, cual es la capacidad para hacer frente al estrés y si se puede resolver los problemas personales. También sería bueno valorar también los síntomas depresivos que se asocian a menudo a las ideas de suicidio y que a partir de los ocho años de edad aproximadamente pueden hacerse al aplicar una escala de sintomatología depresiva como el CDI. Puede ser útil en población psiquiátrica aplicar además una escala de desesperanza. Se debería de valorar siempre la severidad de la ideación suicida y la persistencia en el tiempo.

Para poder prevenir la ideación suicida también se consideran útiles los programas de entrenamiento para incrementar las aptitudes cognitivas y de resolución de problemas, habilidades que suelen ser deficitarias en los adolescentes con conductas suicidas. Finalmente no se debe de olvidar la intervención en aquellas escuelas en las que ya ha habido un caso de suicidio, en estas se debe de actuar para poder reducir la morbilidad y la mortalidad de los compañeros del adolescente que ha muerto, así como prevenir la

aparición de alteraciones psiquiátricas como los casos de estrés postraumático o de depresión mayor.

La importancia de poder prevenir el suicidio dentro de la comunidad es esencial, en algunas ciudades se ha puesto en marcha sistemas de ayuda como es el caso del teléfono de la esperanza, al que pueden acudir en demanda de ayuda aquellas personas que se encuentran en una situación desesperada. Si bien este sistema puede resultar útil para personas adultas, no está demostrada todavía la eficacia de la misma en niños y adolescentes.

Una técnica que puede parecer prometedora es la que utilizan los medios de comunicación para la prevención del suicidio. Existen ya en algún país guías para los presentadores de programas televisivos para poder evitar el contagio a través de la pantalla. Parece que esto ha tenido éxito en algunos países que han empezado a aplicarlos como es el caso de Austria y Suiza. Todo esto demuestra como una misma tecnología puede actuar como factor de riesgo en un momento y de protección en otro, pero dependerá de cómo los hombres sean capaces de utilizarla.

La actitud de que la sociedad tenga sobre el tema del suicidio es todavía demasiado negativa. Cuando un niño o adolescente muere por enfermedad, la sociedad apoya a los padres; cuando la muerte es un suicidio, a menudo se les culpabiliza y rechaza. El suicidio en niños y adolescentes, así como la drogodependencia en gente joven, son síntomas de una sociedad que funciona mal y en la que todas las personas adultas están implicadas. Es esta una sociedad enferma que lo único que sabe hacer es señalar a los padres con el dedo para culpabilizarlos de lo que sucede. El aumento de suicidios de niños y adolescentes en este cambio de siglo avisa de una forma muy seria de que hay algo que no va bien y de que se está por sufrir una crisis de valores muy importantes. Esto se puede deber a un problema del que dentro de la sociedad más o menos son responsables todos: ciudadanos, educadores, clínicos y políticos.

1.2 Abuso Sexual

1.2.1 Definición

Finkelhor (2005) define el abuso sexual como un crimen de sexo, aunque generalmente no es necesario que sea un crimen provocado por motivos sexuales, dentro de este problema se involucran los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o de la víctima. Habitualmente los ofensores son todos hombres, aunque existen casos de mujeres. Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales, se sienten humillados y deshonrados. Mantienen pensamientos de culpa sobre la situación y frecuentemente no aciertan a contarle a alguien sobre esa experiencia debido a la vergüenza e incertidumbre que provoca la misma.

Los casos de abuso sexual en niños son más frecuentes que en la violación, de incidentes repetidos, en donde una pariente o conocido se aprovecha del niño en diversas ocasiones. No es raro que las relaciones comiencen para un niño a temprana edad y que estas ocurran con mayor frecuencia o intervalos dentro de un periodo de tiempo de cinco a diez años sin que estas se descubran o se terminen.

Echeburúa (2009) explica que existe una tarea para lograr encontrar la definición adecuada de abuso sexual, pues este problema es muy complejo, aunque esto resulta trascendente. Sin embargo se puede decir que el abuso sexual es el contacto e interacción entre un niño y un adulto, cuando el adulto, que es el agresor, usa al niño para estimularse sexualmente a él, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, pero debe ser significativamente mayor que el niño, que en este caso sería la víctima, o cuando está el agresor en una posición de poder o control sobre otro menor.

Es muy importante que para poder definir el abuso sexual, se deben distinguir entre los conceptos de abuso y explotación sexual. Este último término se refiere también a

situaciones en las que el menor es forzado física o psicológicamente a realizar actividades sexuales con adultos, solo que en este caso interviene un incentivo económico.

1.2.2 Tipos de Abusos

No está de más señalar que ni todos los abusos son iguales, ni tampoco afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima. Si se habla sobre el agresor, en algunos casos el abuso infantil puede ser cometido por familiares: padres, hermanos mayores, tíos, entre otros. A lo que se le conoce como incesto, o también por personas relacionadas con la víctima: profesores, entrenadores y algunas otras. En uno u otro caso, abarcan el sesenta y cinco al ochenta y cinco por ciento total y estas son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas.

La situación habitual de abuso sexual suele ser la siguiente:

- Al comienzo es con caricias,
- Luego pasa a la masturbación,
- Después el contacto buco-genital,
- En algunas ocasiones llega al coito vaginal.

En algunos otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero sin embargo puede ligarse a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un diez o quince por ciento de los casos. No obstante la violencia se presenta con menos frecuencia que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos. Al margen de ciertas características psicopatológicas en los agresores, lo que suele generar violencia es la resistencia física de la víctima y la posible identificación del agresor. Sin embargo los niños no suelen presentar ninguna resistencia y tienen dificultades para identificar a los agresores.

Existe otro tipo de abuso, este es al que se refiere al acto abusivo, este puede ocurrir sin contacto físico, puede ser:

- Exhibicionismo,
- Masturbación delante del niño,

- Observación del niño desnudo,
- Relato de historias sexuales,
- Proyección de imágenes,
- Películas pornográficas

También suelen ser de contacto físico como tocar a la víctima, masturbación, contactos buco genitales, o penetración anal o vaginal. El coito es mucho menos frecuente que el resto de actos abusivos. La penetración, cuando existe en los niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica de los genitales del adulto y del menor, produce lesiones en los genitales o en el ano de la víctima: erosiones, heridas, desgarros himenales, entre otros.

Abuso físico:

Raramente algunas características que se presentan dentro del abuso sexual infantil las cuales lo distinguen de la violación son también similares al abuso físico. El abuso sexual y el abuso físico se dan entre niños y los adultos los cuales tienen la responsabilidad de cuidar al pequeño, lo que quiere decir que se trata de un problema familiar. Estos dos problemas se presentan por periodos de tiempo muy largos, de hecho, existe evidencia de que no solo se puede dar una relación abusiva la cual continuara por muchos años sino que además de puede ser transmitida en el proceso de socialización de una generación a otra, dentro de la familia.

La diferencia entre el abuso físico y el abuso sexual no se reconocen suficientemente, según los trabajadores infantiles. Por lo que la intervención en diferentes casos de abuso sexual se ha confundido con el abuso físico. Estos dos problemas no tienden a ocurrir simultáneamente. A través de diferentes investigaciones se evidencio que solamente un once por ciento de los casos de abuso sexual se involucre también el abuso físico y que menos del uno por ciento de los casos de abuso físico involucraba el abuso sexual.

El abuso físico, por definición provoca mucho dolor y también en muchos casos deja evidencia del acto. Pero lo más importante es el hecho de que el abuso físico es un atentado a la vida. El abuso sexual infantil algunas veces tiene como consecuencia el daño físico a la región genital, además de que cada vez existen más reportes de gonorrea en niños. Sin embargo rara vez la vida de las víctimas se encuentra en peligro a menos por supuesto de que el abuso sexual se combine con el abuso físico.

1.2.3 Violación

Finkelhor (2005) expone que la violación consiste en el acto sexual que ocurre sin el consentimiento de una de las personas, las víctimas pueden ser tanto hombre como mujeres. La violación y el abuso sexual no son algo completamente diferentes como mucha gente cree. Las sociedades desafortunadamente han creado estereotipos como que es un crimen que es cometido solamente por personas desconocidas, acto que ocurre en calles solitarias, lo cual es falso pues muchos casos de violación son cometidos por hombres que las víctimas conocen.

Sin embargo más de un cincuenta por ciento de los violadores son extraños para las víctimas, y solamente un bajo siete por ciento son realmente miembros de la familia de la víctima. La gran mayoría de casos de violación en niños que se reportan tienen como ofensor algún amigo de la familia. El treinta por ciento son parientes y el cuarenta y cinco por ciento son conocidos. El patrón de abuso sexual es típicamente es uno de una relación mucha más cercana entre el ofensor y la víctima que en el caso de la violación. La violación generalmente ocurre una sola vez a diferencia del abuso sexual el cual permanece por mayor tiempo.

1.2. 4 El Ofensor

Es una persona no importa su sexo como su edad, pero se caracteriza porque ataca o agrede a su víctima mujer o niña con el fin de dominarla sexualmente En su mayoría,

los abusadores son varones (entre un 80 y un 95% de los casos) heterosexuales que utilizan la confianza y familiaridad, y el engaño y la sorpresa, como estrategias más frecuentes para someter a la víctima.

Las teorías más recientes sobre el tema de abuso sexual infantil era de tipo moralista y médica, ya que el ofensor era visto como un abusivo sexual de los niños, se creía que era un psicópata, tenían una debilidad mental, eran degenerados físicos y morales, pero estas concepciones tempranas no duraron mucho pues las evidencias mostraron todo lo contrario.

Los primeros esfuerzos que hicieron para estudiar a los ofensores sexuales poseían una especie de calidad heroica, los entrevistadores hacían meticulosos estudios sobre la escoria humana que vivía en tristes prisiones, mientras que se trataba de ir más allá de los mitos del perverso sexual. Las investigaciones sobre el abusador revelaron que la mayoría de los estereotipos creados por la sociedad eran falsos, ya que solo una proporción pequeña de los abusadores sexuales eran psicópatas, seniles o retrasados mentales. Trataron de dibujar un retrato más humano, algunas veces más apiadado del perturbador infantil, el cual resultaba a un más atractivo que el criminal a mano armada.

Principalmente los abusadores no eran hombres extraños que atraían a las víctimas en parques, juegos infantiles o callejones sin salida. Puesto que frecuentemente los abusadores se trataban de amigos, vecinos o parientes del niño que habían victimizado, estos no eran ni brutales ni mucho menos sádicos, sino mas bien utilizaban como herramienta principal la imagen de autoridad que poseían, para ganarse la confianza, cooperación o por lo menos el asentimiento pasivo de los niños.

La inclinación de los abusadores sexuales era más bien hacia poder tocar los genitales, el exhibicionismo y la masturbación. Debido a la inclinación psicoanalítica de muchos de los profesionales que se interesaron en la investigación de este problema, la teoría

se enfocó en las experiencias de desarrollo de los ofensores, pues a través de esta experiencia se podía entender o comprender de mejor manera el actuar de los mismos.

La diversidad de los ofensores sexuales contra los niños, en la minoría de los perturbadores, en un veinticinco a un treinta y tres por ciento de los encarcelados tienen un interés primordial y relativamente permanente de tipo sexual hacia los niños, algo que se puede describir como una característica de la personalidad de los sujetos pedófilos, la mayoría de ellos se involucraron por lo que parecen ser motivos transitorios: una oportunidad fuera de lo normal, estrés, frustración hacia otros, desahogos sexuales, entre otros.

1.2.5 Relación con el Compañero

Finkelhor (2005) Define que totalmente el abusador de la víctima resulta ser un persona muy cercana a ella, en una investigación que se realizó con niños y niñas se concluyó que casi la mitad de ellas fueron víctimas de miembros de familia, donde se incluye a padres, padrastros, hermanos, tíos, primos y abuelos. Una experiencia con por lo menos uno de estos familiares está representada en la muestra.

La experiencia de los niños es también principalmente con personas mayores que conocen, pero a un grado menor con los propios parientes. Solamente un diecisiete por ciento de las experiencias de los niños fueron con miembros de la familia, sin embargo con un setenta por ciento eran parientes y conocidos combinados. Estas cifras confirman adicionalmente del ahora bien establecido hecho de que la victimización sexual ocurre en gran parte dentro del tejido social íntimo del niño.

1.2.6 Incesto

Finkelhor (2005) comenta que además de tener una presencia muy viva dentro de las creencias populares, el incesto es un tema muy interesante de dos disciplinas: la

antropología y el psicoanálisis. Pasado de un lado a otro en estos contextos diferentes, no es de extrañar que el término exacto y el significado se encuentre más borroso que claro. La ambigüedad del incesto existe con respecto al tipo de actividad sexual que se implica.

Con frecuencia el incesto significa simplemente una relación sexual entre miembros de la familia, aunque en algunas discusiones ha llegado a significar otros tipos de contacto sexual, los cuales pueden ser: la masturbación mutua o la manipulación genital. En los escritos de algunos psicoanalistas, la involucración incestuosa puede significar la interacción con un contenido reducido y poco explicativo de orden sexual, tal como cuando la madre se encuentra injustificadamente preocupada por el cuerpo del niño, el bienestar físico o la limpieza.

Por otra parte el incesto se refiere en algunos casos de ningún modo a una actividad sexual, sino más bien al matrimonio, particularmente cuando los antropólogos discuten la relación entre el tabú del incesto y la exogamia, dado que el incesto aquí significa el matrimonio de dos miembros de una familia cuya proximidad está comprobada. Sin embargo este término se utilizará para significar el contacto sexual entre miembros de la misma familia, al incluir lo siguiente:

- El coito,
- La masturbación mutua,
- El contacto manual / genital,
- El contacto oral / genital. La manipulación sexual,
- La exhibición,
- Las proposiciones sexuales.

Dentro de esto no se comprende lo siguiente:

- Gestos sexuales inconscientes,
- La exposición accidental,
- La preocupación materna por el cuerpo del niño.

La lógica detrás de esta definición está basada en las siguientes dos consideraciones: el tabú del incesto en la cultura se aplica a todo contacto sexual entre dos personas para quienes está prohibido, no solamente se refiere al coito. Aquellos miembros de la sociedad que saben que el tener coito con la hermana o hermano está mal, también conocen que hacer proposiciones de ese tipo está mal culturalmente. Cualquier persona que se involucra en una actividad abierta y consciente que viola este tabú debe considerarse que comete incesto. Pueden existir actos incestuosos de mayor o menor importancia, pero no por esto deja de ser incesto.

En segundo lugar, gran parte del incesto involucra a niños, aunque por motivos fisiológicos y psicológicos mucha de la actividad sexual con los niños no incluye el coito, sin embargo se da el tipo de comportamiento y motivación que generalmente se consideran incesto. Otra fuente que puede confundir es el precisar a las parejas que entran dentro de este tipo de situación. Existe socialmente un acuerdo general, dentro de una ley codificada de que la madre, el padre, las hermanas, los hermanos, los abuelos, tíos y tías, estarían por transgredir esta ley, pero no es tan claro en los casos de los primos, las relaciones de orden político a las relaciones de adopción.

El incesto con frecuencia es llamado el tabú último o el tabú universal o algo similar que lo clasifica como una de las violaciones más graves de las reglas de la sociedad humana, generalmente es descrito con términos como horror, repulsión, o algún otro adjetivo fuerte. Sin embargo es un hecho que el incesto es visto de manera ambivalente. Por una parte, es tratado como una seria amenaza al orden social, lo que en estos días significa estar relacionado con una anormalidad psicológica o una degeneración social. Por otra parte, el incesto, a diferencia del abuso sexual del que nunca se hacen burlas, con frecuencia está sujeto a un humor obscuro e indirecto como el siguiente:

Dentro de todos los tipos de incesto, el que sucede entre padre e hija es el que en este momento recibe una mayor atención. En un tiempo, los trabajadores de la salud mental

tenían el pensamiento que esto era algo extremadamente raro que se daba solamente en familias con una excepcional degeneración. Sin embargo recientemente tal visión cambia; en base a las experiencias tanto de los clientes que asisten a psicoterapia como de los centros especializados en el trato de víctimas de abuso sexual, muchos clínicos y trabajadores sociales llegan a la conclusión de que el incesto padre / hija es creciente y alcanza proporciones epidémicas.

De todos los tipos de incesto los que se reportan con mayor frecuencia en los hospitales, las clínicas y la policía, es el que se da entre padre e hija. Sin embargo muchos estudiosos del problema dudan si realmente será la forma más común de incesto, puesto que con frecuencia se ha especulado que de hecho el incesto entre hermanos / hermana es el más común de todos pero que rara vez recibe atención pública, en parte porque no representa un tabú tan grave, también porque involucra a menores, pero quizás la razón de más peso es que no crea una situación tan explosiva dentro de la familia.

A pesar de que este tipo de incesto viola las normas contra los actos sexuales dentro de la familia, no se crea una rivalidad tan intensa que puede tambalear los papeles familiares como lo hace el incesto padre / hija. Este aspecto podría explicar tanto por qué este último ocurriría con menor frecuencia, pues los miembros familiares y en particular la madre, juegan un papel importante en la prevención y por qué se reportaría con mayor frecuencia, ya que un miembro familiar agraviado podría tomar acción con mayor facilidad. En contraste a esto, el incesto hermano / hermana resulta una ofensa menor, tanto a la pareja involucrada así como a otros miembros de la familia. Esto haría que fuera descubierto menos frecuentemente y tratado con mayor facilidad dentro de la familia.

1.2.7 Edad en la que Sucede la Experiencia

Ahora es importante reconocer a qué edad es más probable que los niños tengan experiencias sexuales con personas mayores, probablemente esta cifra indique alguna luz en lo que hace que el niño sea vulnerable. Una gran mayoría de estudios muestran que los niños son vulnerables a cualquier edad. La experiencia a los tres o cuatro años no son nada raras y se han obtenido reportes de niños hasta de tres meses de edad, los cuales han sido tratados en las salas de emergencia como resultado de algún abuso sexual. Al otro lado del problema, los niños tienen estas experiencias hasta que dejan de ser niños, para ese entonces puede continuar el abuso sexual, aunque en este caso se le dé otro nombre.

A pesar de la amplia gama de edades en las cuales ocurren las experiencias de abuso sexual, con frecuencia se asume que en las niñas se da generalmente durante el comienzo de la pubertad, pues en esta etapa aumenta el atractivo por parte de los adultos. Dentro del análisis de incesto, por ejemplo se dice mucho sobre lo difícil que resulta para algunos padres y parientes el poder manejar las experiencias sexuales provocadas cuando las hijas, hermanas y sobrinas empiezan a desarrollarse. En otras palabras, se asume que la vulnerabilidad de la niña hacia las proposiciones sexuales se aumenta a medida que adquiere características sexuales adultas.

A pesar de esto, esta aceptación parece estar mal, ya que en general las experiencias tanto para niños como niñas se aglutinan en el periodo de la pre adolescencia. La edad mediana para las niñas es a la temprana edad de diez años. Al hacer el análisis esto en intervalo de un año, se observa que los ocho años es la edad pico además de otros se dan entre las edades de diez y doce años. Estos descubrimientos se confirman por muchos otros estudios tanto de casos reportados que muestran edades medianas así de jóvenes o más. Esta evidencia contradice la idea de que la pubertad es el factor crucial en la vulnerabilidad hacia el abuso sexual en las niñas. Si es cierto que a los diez y doce años las niñas empiezan a desarrollar características sexuales secundarias.

Pero a los once años, por ejemplo son un cuarenta por ciento de las niñas norteamericanas han empezado a desarrollar el busto y en no más de un quince por ciento se notaría este desarrollo si la niña estuviera vestida. De aquí parte que la mayoría de las experiencias con adultos tengan lugar antes de que aparezcan señales de pubertad.

Otro hallazgo el cual va en contra de las ideas de que la pubertad crea una vulnerabilidad, es que el número de experiencias decae en cierto grado durante la pubertad. Otros estudios han indicado un descenso similar, este hallazgo no significa que los adolescentes tienen menos experiencias sexuales totales, sino todo lo contrario. Pero en cambio significa que los jóvenes adolescentes tienen menos experiencias con adultos y con compañeros sustancialmente mayores. Si la pubertad realmente hiciera a las niñas más vulnerables se esperaría un aumento sustancial de experiencias en la categoría de edad de los trece a los dieciséis años.

1.2.8 Iniciación y Fuerza de la Víctima

La víctima:

Finkelhor (2005) refiere que generalmente es mucho más fácil hablar con las víctimas que con los ofensores, por esta razón se han dado una gran cantidad de teorías acerca de los niños quienes se ven involucrados en el sexo entre el adulto y los niños. Se han intentado en varias ocasiones relacionar la ocurrencia del hecho con algo sobre la psicología de la víctima, de ahí surge la idea de que el niño bien puede ser el principal responsable del acto, pues puede ser él quien induzca, no la víctima pasiva de la ofensa; lo cual toma gran popularidad entre los investigadores.

Por muchos años se ha tenido el mito o la creencia de que los niños son una presa indefensa a las ofensas del adulto. Repetidamente se ha apuntado en la literatura que los niños hacen cosas para contribuir a la victimización, actúan sugestivamente, acceden a las proposiciones del ofensor, muchas veces permiten que la situación

continúe y no aciertan al decirle a nadie que pudiera tomar providencias para poder para la situación en la se vive. Todos estos criterios indican grandes grados variantes de complicidad en la ofensa.

Finkelhor (2005) Cita a Freud quien dio las bases para esta orientación con la teoría de que todo niño o niña en la vida de fantasía desea tener sexo con los padres y por extensión con otros adultos también, y algunas veces esta fantasía se hace realidad. Psiquiatras han hecho investigaciones sobre los encuentros sexuales entre niños y adultos, han llegado a la conclusión de que las victimas que se entrevistaron eran niños anormalmente atractivos, los cuales tenían una actuación seductora con los investigadores. La teoría basada en este tipo de observaciones generalmente se articula de la siguiente manera:

El niño sexualmente provocativo: algunos niños actúan de maneras que activan a los adultos a un acercamiento sexual. Estos son niños que generalmente tienen relaciones muy pobres con los padres, que se sienten necesitados en otras maneras y que han descubierta que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al incitar los impulsos sexuales. Teoría que se relaciona con esta, que ve al niño como totalmente responsable por la ofensa sexual.

El niño sexualmente indefenso: Muchos de los niños parecen colaborar con el ofensor en la victimización cuando este se les acerca, al no tomar acciones que puedan ser auto protectoras. Pues aceptan las insinuaciones del adulto, aceptan acompañar al adulto a algún lugar, permiten que la situación continúe y no toman una acción para evitar la perturbación. Se cree que estos niños tienen problemas, poseen conflictos sexuales, tienen pocos amigos, una visión pasiva, lo que los hace particularmente vulnerables.

Las consecuencias en la victima: Dentro de este problema se encuentra muchas teorías más por revisar, aunque estas ya no sean dirigidas a las causas sino a las

consecuencias que el abuso sexual produce en la vida de los niños. Por más de cuarenta años ha existido la disputa entre los autores que estudian el problema, sobre llegar a saber que tan serio es en realidad el problema de abuso sexual infantil. En primer lugar están aquellos autores quienes argumentan que la gran mayoría de las ofensas sexuales contra los niños, aunque generalmente es visto como algo desagradable, son más bien asuntos inofensivos los cuales deben tratarse como situaciones menores y transitorias de la infancia.

Mientras que por otra parte, otros autores se remiten a historias clínicas de niños quienes han quedado marcados permanentemente por la experiencia, al alegar que aún no se ha podido comenzar a reconocer el verdadero significado de este problema tan común. El primer grupo tiende a argumentar cosas como las siguientes:

- lo que pareciera ser una horrible violación de tabúes sociales desde la perspectiva del adulto, bien puede no serlo para el niño.

- La experiencia sexual con un adulto puede ser algo poco común, vagamente desagradable, aun hasta un momento traumático pero no se trata de una historia de horror.

- La mayoría de las experiencias sexuales de varios niños involucran encuentros con exhibicionistas o gentes que les tocan los genitales.

- Es difícil comprender por qué un niño, excepto por el condicionamiento cultural, podría sentirse perturbado de que se le tocaran los genitales, o perturbado por ver los genitales de otras personas.

Por otra parte, existen reportes de resultados traumáticos a partir de las experiencias sexuales. Con frecuencia por ejemplo, a las salas de emergencias de los hospitales llegan niños víctimas de ofensas sexuales, donde los niños parecen sufrir las mismas

graves consecuencias que sufre la mujer adulta abusada sexualmente. En estos casos se presentan los siguientes síntomas:

- Confusión,
- Llanto,
- Depresión,
- Sentimiento de vergüenza,
- Culpabilidad,
- Conciencia de un estigma.

Estos duran un tiempo en la víctima de abuso sexual, generalmente desaparecen ya sea con la ayuda de un profesional o simplemente por la misma resiliencia que la víctima experimenta.

Se ha logrado observar que las víctimas infantiles salen mejor librados, hasta cierto grado, ya que la víctima de abuso sexual que es adulta no está propensa a ser sugestionada física o a recibir amenazas, pero no porque olviden rápidamente lo que sucedió. El hecho de que muchas víctimas infantiles no reporten las experiencias a nadie, aun ni a los padres, es una gran y poderosa evidencia de que la experiencia está rodeada por el conflicto. El cuadro de registros clínicos acerca de adultos que fueron anteriormente víctimas infantiles también tiende a apoyar este punto de vista.

Los psicoterapeutas reportan un gran número de víctimas de sexo infantil entre los clientes que se presentan a clínica, indican que las mujeres que han tenido tal experiencia con frecuencia presentan cuadros de depresión y mantienen una dificultad para relacionarse con los hombres. Estudios sobre grupos de personas con desviaciones, revelan que estas personas con frecuencia sufrieron experiencias de abuso sexual. Una gran porción de población drogadicta de sexo femenino, han tenido como antecedentes experiencias de incesto. Los adolescentes que huyen del hogar familiar, aparecen también como víctimas sexuales en la infancia.

El trauma que provoca esta experiencia no es fácil de superarlo, según varios autores sobre este tema. Las víctimas de abuso sexual con frecuencia son victimizadas doble y triplemente durante largos periodos de tiempo, generalmente es una vez por el ofensor y después por los padres, parientes y las ramas sociales designadas para tratar el problema; finalmente también lo victimiza la policía, los trabajadores sociales y las cortes quien además de eso sujetan a la víctima a interrogatorios brutales e intensivos, a la publicidad y la exposición que ha de componer el trauma.

Generalmente se crean comentarios sobre esta controversia antes de que la misma pueda ser solucionada, a continuación se presentaran tres observaciones muy elementales:

- Obviamente, algunas personas han sido traumadas por experiencias sexuales de la temprana infancia, pero el problema parece girar alrededor de si tal trauma ocurre como algo típico o solamente en casos aislados. La realidad es que la disputa es más bien de orden político: ¿Este problema social es digno de una movilización masiva, debido a sus serias y dañinas consecuencias? Parece ser que aunque fueran solamente unos pocos niños los que son dañados por estas experiencias, la movilización valdría la pena. Así que la pregunta que en realidad debería ser contestada es si los niños son dañados o no, sino como es que son dañados, en qué casos y como puede evitarse esto.
- Se debe decir, a favor de los anti alarmistas, que los reportes de trauma pueden estar sujetos a una mentira clínica. Los terapeutas, las clínicas y las facilidades de tratamiento de la drogadicción ayudan a tratar con individuos traumados. No está muy claro, si por cada persona que parece haber sido gravemente afectada por la experiencia sexual infantil, así también existen muchas otras que no fueron afectadas por tal experiencia.
- Sin embargo, como una crítica a los anti alarmistas si alguna persona evitara la hospitalización y no se le prestara la atención psicológica como física, y se las arregla

para casarse, se convierte en padre de familia, los investigadores anti alarmistas con frecuencia llegaron a la conclusión de que no ocurrió ningún daño grave. Este punto de vista parece ser excesivamente optimista. El abuso sexual presentará en la víctima efectos perjudiciales a largo plazo.

Desde hace mucho tiempo existe la preocupación por poder establecer que tanto participa el niño en la experiencia sexual, esta no es una preocupación que obtendrá resultados, de hecho resulta hasta destructiva en este campo. Los datos muestran que los niños son los recipientes de las acciones sexuales, no los iniciadores, así como las víctimas de la fuerza y la manipulación. En una encuesta realizada solamente en la minoría de los casos dijeron que ellos habían iniciado la actividad sexual. El noventa y ocho % por de las niñas y el noventa y uno por ciento de los niños dijeron que fue el compañero mayor fue quien inició la conducta sexual.

La fuerza se convierte en un elemento el cual estuvo más presente que ausente en estas experiencias. En un cincuenta y cinco por ciento de las niñas y en un porcentaje similar en los niños, se reportó que los compañeros habían utilizado algún tipo de forzamiento para lograr llevar a cabo el abuso sexual. Los actos de fuerza varían desde constreñir físicamente, por ejemplo agarrar al niño hasta amenazarlo con que se le castigara si no participa. Sin embargo, aun en los casos en que no se reportó un forzamiento abierto, no es difícil observar los elementos de coerción debidos a la diferencia de edad y autoridad que involucraban a estas parejas. En un incidente una niña de ocho años fue sobornada por el hermano y el amigo del hermano para que les permitiera tratar de tener una relación sexual con ella. Este hecho ocurrió justo cuando la niña presentaba un cuadro de depresión, esto se sucedió en una familia de escasos recursos.

La persona encuestada se describió a sí misma como una persona extremadamente tímida y complaciente, para quien a la suma de veinticinco centavos representaba algo así como una fortuna. El hermano siempre había sido como un héroe para ella, los

padres le habían dado a él bastante autoridad sobre los hermanos menores, de modo que en esta situación exista implícitamente la coerción.

Ciertamente con frecuencia los niños no tomaron alguna medida, desde el punto de vista adulto, para protegerse o prevenirse de la recurrencia de esta experiencia. Pero en varios casos, los niños se sentían confundidos sobre la situación, sin poder percibir las opciones que podían tener, fueron engañados deliberadamente por los compañeros.

El encuestado fue victimizado por el vendedor, no fue forzado a tener una actividad sexual, pero cuando esta le resultó desagradable, no supo cómo terminarla. Dudaba sobre el hecho de que el tío, al escuchar la versión de él y la del vecino, lo protegería y le creería sino más bien creería la negación del vecino. Aquí, una vez más existe un tipo de coerción en la estructura misma de la situación.

El trauma de la víctima:

Finkelhor (2005) menciona que se realizó una encuesta donde los involucrados en el problema del abuso sexual reaccionaron de diversas maneras a las experiencias sexuales de la infancia. La mayoría dijo que habían sido negativas, pero otras dijeron que tales experiencias habían sido más bien positivas. El sesenta y seis por ciento de las experiencias de las niñas con compañeros de mucha mayor edad fueron negativas, pero las experiencias de los niños así como el incesto con semejantes de ambos sexos lo fueron en menor grado, ahora la pregunta es ¿Dónde se encuentra la diferencia?

En este tema tan cargado de implicaciones morales es difícil que no influyan los fuertes prejuicios morales que se tienen al respecto. Cuando se escucha que los genitales de una niña fueron frotados por el tío como algo regular durante un periodo de seis años al comenzar cuando esta tenía seis años de edad, inmediatamente se forma el juicio sobre la gravedad de la experiencia. La mayoría de la gente vería tal situación como mucha más traumática que aquella en que la niña de seis años de edad es invitada por el hermano de ocho años a desvestirse enfrente de él.

Por lo menos dos autores han tratado de formalizar las suposiciones al hacer la lista de factores los cuales incrementan el trauma de la victimización en el niño. Finkelhor (2005) Cita a Groth quien ve el trauma como la función de cuatro factores:

- Entre más cercana es la relación entre el niño y el compañero de mayor edad, mayor será la potencialidad del trauma,
- Entre más tiempo dure la experiencia, mayor será el daño,
- A partir de una actividad sexual más elaborada, hay mayor trauma, al ir desde la penetración misma, que es la forma más elaborada, al simple exhibicionismo sin ningún contacto físico que es la forma menos traumática,
- Las experiencias que involucran la agresión tenderán a ser las más negativas.

Cita a McFarlane quien agrega a esta lista otros tres factores, con uno de los cuales otros autores no están de acuerdo:

- Si el niño participa en la experiencia y la disfruta, sentirá mayor culpabilidad y sentimientos negativos,
- Si los padres reaccionaron de modo severo y emocional a la situación, el niño será dañado a un más,
- Por último, entre mayor o más maduro se el niño, mas traumática será la experiencia, debido a la mejor comprensión del significado.

Es importante mencionar que realmente el factor más importante en determinar el trauma de la experiencia es obvio: ¿hubo fuerza de por medio? Cuando la hubo, las víctimas responden muy negativamente a la experiencia. Cuando no hubo fuerza de por medio era más probable que vieran la experiencia como algo neutral, aun hasta positivamente. De todas las características del abuso sexual, la fuerza por parte del compañero explica más que cualquier otra cosa las reacciones negativas.

Que la fuerza sea un factor importante dentro del abuso sexual no es sorpresa. La actividad sexual y la duración, a diferencia de la fuerza, tienen implicaciones ambiguas. Ya que una relación más larga y una que involucra coito indican una mayor intensidad.

La intensidad puede llegar a dañar más, pero también puede ser indicador en algunos casos de un lazo positivo, o por lo menos dos significados. En contraste, la presencia de la fuerza en casi todos los casos sería la señal de algo negativo en la relación. Es un síntoma conciso de todo el contexto negativo: la duda del niño, la presión ejercida por el compañero, la diferencia en poder y control.

El recuerdo más fuerte del niño es el de la coerción y que existiera un acto sexual mismo, parecería contradecir la teoría popular sobre la fuente del trauma en las experiencias sexuales de la infancia. Esta teoría sostiene que el daño es causado principalmente por la culpabilidad. Entre más se imagina el niño que pudo tener alguna complicidad en el acto, mayor culpabilidad sentirá y más difícil será sobreponerse a la experiencia.

En esta teoría el niño cuya experiencia fuera brutal y coercitiva tendría un trauma menor que aquel donde la experiencia fuera más consensual. El niño consensual tendría que enfrentarse con la idea de que de alguna manera causó la experiencia, con todo el auto culpabilidad que eso implica. El niño sujeto a la coerción, en cambio, sabría que el acto fue realizado contra la voluntad y aunque quizás al principio fue muy doloroso, con el tiempo el niño se salvaría de un daño a largo plazo causado por la culpabilidad y el sentirse mal.

1.2.9 Fuentes Sociales y Culturales Relacionados al Abuso Sexual

La victimización sexual infantil no es universal. Ya que existen sociedades donde no se sabe que ocurre, e indudablemente dentro de la sociedad existen partes donde es menos común. Desafortunadamente se conoce muy poco sobre la población humana del abuso sexual. A pesar de que la antropología ha tenido un gran interés sobre el por qué el incesto ha sido un tabú universal, se le ha dedicado poca atención a la siguiente pregunta relacionada con lo anterior: ¿Por qué en algunas sociedades es más común la violación del tabú del incesto que en otras?

Se comprende que a la antropología se le presentaran dificultades para poder responder a la pregunta: ¿Cuáles son los motivos de la victimización sexual? Ya que el concepto mismo es muy relativo culturalmente. En algunas sociedades el contacto sexual entre niños y adultos tiene lugar dentro de una base autorizada. No es un acto desviado y no se dirá que ocurre una victimización. Por ejemplo en algunas sociedades ciertos actos de orden homosexual entre hombres y niños juegan un papel en el ritual de la tribu. Entre los Keraki de Nueva Guinea, cada niño que comienza la etapa de la pubertad pasa por una iniciación en donde se le introduce al coito anal por parte de uno de los hombres mayores de la tribu. Así también existen diversos ejemplos similares en otras sociedades.

Sin embargo todas las sociedades prohíben la mayor parte del contacto sexual adulto/niño, y el tabú del incesto, una forma de restricción es virtualmente universal. El sexo adulto/niño es permitido en los casos de una circunstancia altamente ritual o estructurada, o no se considera algo sexual. Lo que resulta importante de la victimización sexual en la propia sociedad es que este tabú bastante importante es violado con alguna frecuencia. Existen dos grandes teorías que explican la frecuencia en la violación de este tabú desde el punto de vista social y cultural:

La supremacía masculina: La victimización sexual puede ser tan común en la sociedad debido al grado de supremacía masculina que existe. Es una manera en que los hombres, el grupo de calidad dominante, ejercen control sobre la mujer. Para mantener este control, los hombres necesitan un vínculo por medio del cual la mujer puede ser castigada, puesta en orden y socializada dentro de una categoría subordinada. La victimización sexual y la amenaza de la misma son útiles para mantener intimidada a la mujer, inevitablemente el proceso comienza en la infancia con la victimización de la niña.

Ya sea que funcione o no para mantener la dominación masculina, cita a Brownmiller para quien resulta más fácil la explotación sexual de mujeres y niños dentro de una

sociedad dominada por hombres. En cualquier sociedad el sexo es una comodidad de valor y un grupo dominante como lo pueden ser los hombres, tratara de arreglar las cosas de modo que pueda maximizar el acceso a ellas. Las creencias culturales que sostienen un sistema de dominio masculino, contribuyen a hacer a las mujeres y niños vulnerables sexualmente, por ejemplo en la medida en que los miembros de una familia son vistos como posesiones, en ese grado los hombres pueden tomarse libertades rara y comúnmente no detectadas con relación a ellos.

Fragmentación social: según esta teoría el abuso sexual es algo común en la sociedad debido al creciente aislamiento de individuos y de familias. Aunque nadie aun ha articulado formalmente esta teoría para explicar el abuso sexual, puede ser utilizada para explicar los muchos tipos de patología familiar y sexual, además de poderse adaptar también al abuso sexual.

Anteriormente se ha descrito la teoría de que el incesto tiende a ocurrir en las familias aisladas y en subculturas también aisladas. Algunos autores han alegado que de hecho el aislamiento es la característica dominante de la sociedad. El aislamiento comprende no solamente a las familias sino también a los individuos y es el resultado de la creciente movilidad y la desintegración de vecindarios. Como se mencionaba anteriormente, el aislamiento facilita el abuso sexual de dos maneras. Reduce la intensidad de la supervisión social general de modo que puedan aumentar toda clase de desviaciones. En segundo lugar priva a las personas de formas socialmente aceptables de apoyo e intimidad, de modo que puedan recurrir a formas que sean tabú.

De aquí que el abuso sexual sea un síntoma de soledad muy profunda.

Falsas creencias:

Echeburúa (2009) afirma que la falta de información adecuada que existe sobre el abuso sexual infantil, además de querer ocultarlo de este tipo de situaciones, así también como el conocimiento social generado, es lo que ha contribuido a poder

mantener los pensamientos erróneos con respecto a los abusos sexuales de menores. Cita a López quien señala que las falsas creencias hacen referencia tanto a la frecuencia de este tipo de situaciones como a las características de la persona que las lleva a cabo, de las víctimas o de las familias en las que se producen.

Errores y verdades sobre el abuso sexual	
<u>Falso</u>	<u>Verdadero</u>
Los abusos sexuales son poco frecuentes.	El 23% de las mujeres y el 15% de hombres han sido víctimas.
En la actualidad se producen con mayor frecuencia.	Ahora se conocen mejor; antes no se estudiaban ni se denunciaban.
Solo lo sufren las niñas.	El 40% de las víctimas de abuso sexual son niños.
Quienes los cometen están locos.	Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ideación suicida es un problema que se presenta dentro de la sociedad guatemalteca, fenómeno que año con año se muestra con mayor intensidad, anteriormente se le atribuía mucho a la etapa de la adolescencia, pero en pleno siglo XXI también se ven involucrados la población infantil, puesto que en los últimos años se conoce de víctimas que van desde los seis años de edad hasta los once años. Todo esto ha tenido gran trascendencia a nivel mundial, en Guatemala varias organizaciones buscan establecer formas de poder prevenir la ideación suicida en la población.

En varias ocasiones este pensamiento suicida se presenta después de algún problema personal o muchas veces también luego de una experiencia desagradable. Además de esto muchos de los niños o adolescentes están propensos a sufrir de algún tipo de abuso el cual puede ser físico o sexual. Esto lo confirman las estadísticas presentadas por CONACMI (Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil) quienes informan que por lo menos se reporta al año un promedio de 150 a 200 casos de abuso sexual infantil. Muchas veces el abusador se encuentra dentro del círculo social en el cual se desenvuelve la víctima.

Quetzaltenango no se encuentra lejos de esta realidad, pues dentro de la Procuraduría General de la Nación existen varios casos relacionados con abuso sexual en niños y adolescentes. Además de esto dentro de los hospitales existen registros de niños quienes han ingresado por algún tipo de abuso, aunque muchas veces no se tomen las medidas que corresponden. Abuso sexual puede ser considerado como una experiencia desagradable para el ser humano, dentro del cual influyen varios factores tanto emocionales como psicológicos.

Por lo siguiente se plantea la siguiente interrogante:

¿Determinar la existencia de ideas suicidas en niños víctimas de abuso sexual?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

- Identificar la existencia de ideas suicidas en niños víctimas de abuso sexual.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar si existen sentimientos de culpabilidad en las víctimas de abuso sexual.
- Proponer actividades que ayuden a recuperar y mejorar la calidad de vida de los niños víctimas de abuso sexual.

2.2 Hipótesis

H1 Las víctimas de abuso sexual manifiestan ideas suicidas,

Ho Las víctimas de abuso sexual no manifiestan ideas suicidas.

2.3 Variables

2.3.1 Ideas Suicidas,

2.3.2 Abuso Sexual.

2.4 Definición de Variables

2.4.1 Definición Conceptual

A. Ideas suicidas:

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) concluyen que la vertiente más común desde el punto de vista epidemiológico es la ideación suicida, este concepto es muy amplio ya que alude a cogniciones el cual posee un contenido que puede ser considerablemente variado. Se puede referir desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, al pasar por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para atentar contra su vida-

B. Abuso sexual:

Finkelhor (2005) define el abuso sexual como una agresión de sexo, aunque generalmente no es necesario que sea un crimen provocado por motivos sexuales, dentro de este problema se involucran los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o de la víctima. Habitualmente los ofensores son hombres, aunque existen casos de mujeres. Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales, se sienten humillados y deshonrados. Mantienen pensamientos de culpa sobre la situación y frecuentemente no aciertan a contarle a alguien sobre esa experiencia debido a la vergüenza e incertidumbre que provoca la misma.

2.4.2 Definición Operacional

Para evaluar las ideas suicidas se utilizó la Escala de ideación suicida desarrollada por Sofia Tirado López , de la Universidad Rafael Landivar esta escala contenía 16 preguntas con cuatro posibles respuestas, que evaluaron ideas suicidas en niños víctimas de abuso sexual.

Para operacionalizar la presente investigación se utilizó la prueba psicométrica cuestionario de depresión para niños CDN creada por M. Lang y M. Tisherla, la cual busca evaluar la existencia de ideas suicidas en las víctimas de abusos sexual.

2.5 Alcances

2.5.1 Alcances

Para el estudio del presente trabajo de investigación se tomó una muestra de niños víctimas de abuso sexual que asistieron al Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango de ambos sexos, entre el rango de edad de 5 a 17 años de edad.

2.6 Aporte

La presente investigación pretendió un aporte con un factor delicado y de alto impacto en la sociedad actual, el abuso sexual infantil es un fenómeno que se encuentra frecuentemente en las consultas psicológicas, sin duda acarrea graves problemas emocionales, cognitivos y físicos en las víctimas.

Por lo que la investigación logro servir para ayudar a los niños víctimas de abuso sexual, en relación al como sobresalir y enfrentar la situación por lo que pasaron, proponiendo actividades y psicoterapia que ayudaran a mejorar su calidad de vida.

Como también de herramienta preventiva para los clínicos descartaran las ideas suicidas, abordando estos temas de forma eficaz, el beneficio fue el crear un alternativa terapéutica que brindo como punto de apoyo la evaluación en víctimas de abuso sexual la que sustento los procesos terapéuticos, dejando para los futuros profesionales la oportunidad de adquirir conocimiento a través de dicho estudio.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para el presente estudio la muestra seleccionada fue de 25 niños de ambos sexos, con situación económica media y algunos otros baja, comprendidos entre las edades de 5 a 17 años que asistieron al Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango.

3.2 Instrumentos

-Escala de ideación suicida:

Creada por Sofia Estefany Tirado López estudiante de la carrera de Psicología Clínica, en el año 2014. Su administración es individual o colectiva, se aplica en 30 minutos con el objetivo principal evaluar las ideas suicidas en los niños.

Características:

Es una escala que fue elaborada con el fin de evaluar las ideas suicidas en los niños, para el cual se llevó un proceso para su validación:

Se elaboró con una escala de 30 preguntas, las cuales validadas por tres licenciados de la carrera de Psicología.

Se realizaron las correcciones necesarias para su autorización.

Por último la firma de la coordinadora de la carrera de Psicología Clínica.

Esta escala consta de 16 ítems con cuatro posibles respuestas: (siempre) (muchas veces) (algunas veces) (nunca) Se les asigna puntajes de 1,2,3,4.

El índice global de ideas suicidas es representado por la suma de las puntuaciones directas de toda la escala. Donde se califica de la siguiente manera:

0-33 = Con riesgo de ideas suicidas,

34-66 = Con tendencia de ideas suicidas,

67-99 = Sin riesgo de ideas suicidas.

- CDN (cuestionario de depresión para niños):

Desarrollada por M..Lang y M Tisher (Australian Council for Educational Research.Lt.)

Consiste en una descripción de escalas , el cuestionario CDN contiene 66 elementos 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo , estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos sub escalas generales independientes, total depresivo y total positivo – ID y TP.

Dentro de cada una de estas dimensiones, se agrupan sus elementos por el contenido de los mismos en varias sub escalas, que podrían describir de la siguiente manera:

Total de depresivos (con seis sub escalas)

- RA: respuesta afectiva (con ocho elementos) alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto,
- PS: problemas sociales (con ocho elementos) se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento o soledad del niño,
- AE: autoestima (con ocho elementos) se relaciona con los sentimientos conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor,
- PM: preocupación por la muerte / salud (con siete elementos) alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte,
- SC: sentimientos de culpabilidad (con ocho elementos) se refiere al auto punición del niño,

- DV: depresivos varios (con nueve elementos) incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse a formar una entidad.

Total positivo (con dos sub escalas):

- AA: animo - alegría (con ocho elementos, puntuados en el polo opuesto) Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, a su incapacidad para experimentarlas,
- PV: positivos varios (con diez elementos, puntuados en el polo opuesto) incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar un entidad.

Cada una de estas sub escalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de diferente manera.

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde Muy en desacuerdo a Muy de acuerdo en los elementos de tipo depresivo y Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo en los elementos de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos' sub escalas AA y PV' se logra que todos los elementos apunten hacia el rasgo de la depresión.

Para facilitar la tarea de puntuación en las respuestas, se diseñó una plantilla de corrección que permite obtener las puntuaciones directas de todas las sub escalas y anotarla en el margen derecho de la hoja. Se colocara la plantilla sobre esta hoja de respuestas de modo que por los circuitos existentes en el margen izquierdo de la plantilla aparezcan los números 1 y 25. En este momento, los recuadros alargados que hay dentro de la plantilla dejaran ver los elementos pertenecientes a la primera sub escala (AA) y encima de los recuadros se encuentra la escala de puntuación de (5 a 1). Se contarán los puntos obtenidos por los elementos de AA. Observarse que no se incluyan los recuadros de la plantilla señaladas con círculos y numeración 64, 65 y 66

de la base de la misma (puesto que no pertenecen a la sub escala AA). Como se indica en la parte superior de la plantilla, es necesario restar este valor de 48, es decir, la puntuación directa es:

$$AA= 48-\text{Suma de puntos obtenida.}$$

Esta puntuación se anotara en el primer recuadro del margen derecho de la hoja de respuestas. Señalando con las siglas AA.

Una vez anotadas las puntuaciones directas de las ocho sub escalas en el margen derecho de la hoja, se procede a obtener las dos dimensiones superiores. TOTAL POSITIVO y TOTAL DEPRESIVO, de la siguiente forma:

$$TP= AA + PV$$

$$TD= RA + PS + AE + PM + SC + DV$$

Y los resultados de estas operaciones se anotan en sus casillas.

3.3 Procedimientos

- Elaboración de tres sumarios,
- Selección y aprobación del tema por terna evaluadora el cual eligió el tema de ideas suicidas en niños víctimas de abuso sexual,
- Investigación de antecedentes y marco teórico para tener estudios anteriores acerca del estudio y así mismo respaldar el tema a investigar,
- Definición del problema y su planteamiento donde se exterioriza las razones del porqué es de interés el tema de investigación y la importancia que tiene,
- Formulación de hipótesis de investigación, así como de objetivos generales y específicos del cual se da a conocer que es lo que pretende la investigación,
- Solicitud de autorización de punto de tesis por la coordinadora de la carrera para realizar la investigación.
- Elaboración de introducción para dar a conocer el contexto de lo que sucede con relación al mismo y decir que es lo que se pretende proponer, aportar o encontrar,

- Elaboración del método donde incluye en diseño y metodología estadística que se utilizara en la investigación,
- Obtención de referencias bibliográficas en donde se encuentra el listado de todos los documentos consultados e incluidos como citas de referencia en todos los capítulos de la tesis,
- Formulación del índice en donde se encuentran todos los puntos tratados en la investigación,
- Redacción de presentación de resultados donde se da a conocer los resultados obtenidos tras el trabajo de campo, acompañado de un análisis que facilita la interpretación,
- Elaboración de análisis y discusión de resultados donde se confrontan los resultados, antecedentes, marco teórico y el criterio que posee el investigador,
- Construcción de conclusiones donde se da a conocer el criterio del investigador estas se basan en los resultados que se obtuvieron en el estudio,
- Realización de recomendaciones: Comprenden las sugerencias que el investigador tiene para solucionar el problema,
- Y por último la elaboración de anexos: Incluyen los elementos que han sido importantes para realizar la investigación como el instrumento, proceso estadístico y la propuesta para solucionar el problema.

3.4 Diseño y Metodología Estadística

Este estudio debido al contenido se clasifica como investigación de tipo descriptiva.

Achaerandio (2000) define la investigación descriptiva como aquella que estudia, interpreta y refiere los fenómenos, relaciones, correlaciones, estructuras, variables independientes y dependientes. Abarca todo tipo de recolección científica de datos con el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de estos. La descripción de lo que es, se entiende en un sentido más complejo, que una simple descripción ingenua de los daros que aparecen.

La investigación descriptiva examina sistemáticamente y analiza la conducta humana, personal y social en condiciones naturales y en los ámbitos sociales, económicos, políticos y religiosos, así como en la familia, la comunidad, el sistema educativo formal, el trabajo u otros. Busca la resolución de algún problema o se emplea para alcanzar una meta del conocimiento, suele comenzar con el estudio y análisis de la situación presente, también para esclarecer lo que necesita alcanzar (metas, objetivos, finales e intermedios) y para alertar sobre los medios o vías que se requieran alcanzar esas metas y objetivos.

3.4.2 Metodología Estadística

Para este estudio se utilizó la fiabilidad y significación de la media aritmética y método de proporciones.

Achaerandio (2010) establece que para la comprobación de la hipótesis, debido al tipo de investigación, se debe de establecer una estadística de la información obtenida, con el fin de evidenciar la asociación o no, entre las variables de estudio.

Achaerandio (2010) establece las siguientes fórmulas para determinar el tamaño y el error de la muestra mínima en la investigación.

✓ Nivel de confianza 99% → Z = 2.58

✓ Formula tamaño muestral

Dónde:
$$\frac{no = Z^2 * p * q}{e^2} \quad \frac{no = 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 384.16$$

no = tamaño inicial de la muestra o (definitivo).

Z² = estimador insesgado para intervalo de confianza, elevado al cuadrado.

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso (1 - p).

e^2 = error muestral al cuadrado.

Dónde:

N = Población o universo

n = Muestra de acuerdo a la población

Achaerandio (2010) indica que el método estadístico que se sugiere utilizar para la interpretación de los datos obtenidos será el de **significación y fiabilidad de la media aritmética en muestras normales**, el cual consta de los siguientes pasos.

Significación de la media aritmética

✓ Nivel de confianza NC = 99% entonces Z = 2.58

✓ Error típico de la media aritmética $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$

✓ Hallar la razón crítica $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_x}$

✓ Comparación de la razón crítica con el nivel de confianza.

Si $RC > Z$ entonces es significativa

Si $RC < Z$ entonces no es significativa

Fiabilidad

Calcular el error muestral máximo

$$E = \sigma_x * z$$

✓ Calcular el intervalo confidencial

$$I.C. = x + E$$

$$I.C. = x - E$$

Significación y fiabilidad de proporciones

Nivel de confianza = 95% = Z 1.96

Error típico de proporciones

$$\sigma_p = \frac{\sigma}{\sqrt{\frac{p \times q}{N}}}$$

Hallar la razón crítica de proporciones

$$R_c = \frac{p}{\sigma_p}$$

$$R_c \geq 1.96$$

$$R_c \leq 1.96$$

Fiabilidad

Nivel de confianza 95% = Z 1.96

Error típico de proporciones

$$R_c = \frac{p}{\sigma_p}$$

Error muestral máximo = $\Sigma = 95\% (1.96) * \sigma_p$

Establecer el intervalo confidencial:

$$IC = p + \epsilon = (Is)$$

$$IC = p - \epsilon = (Li)$$

IV.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del trabajo de campo, el cual fue aplicado a niños víctimas de abuso sexual entre las edades de 5 a 17 años remitidos al Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango.

Para este estudio se aplicó el test psicométrico CDN cuestionario de depresión en niños la prueba presenta una escala que mide pensamientos de muerte, Así mismo se generó una escala de likert de 16 preguntas con cuatro posibles respuestas que midieron ideas suicidas de las cuales fueron tomadas para generar los resultados.

Para la interpretación de los resultados obtenidos se utilizó el proceso estadístico de proporciones, con una fiabilidad del 95% además significación y fiabilidad de la media aritmética en muestras normales , a continuación se presentan las siguientes tablas.

Tabla de la media aritmética

N	Factor	x	o	x	£	Li	Ls	Rc	Significativo	Fiable
1	Animo alegría	31	4.4	.90	2.32	28.68	33.45	34.45	Si	si
2	Respuesta afectiva	24	27.19	1.47	3.79	20.21	27.79	26.33	Si	si
3	Problemas sociales	27	7.65	1.58	4.02	22.98	31.02	17.30	Si	si
4	Autoestima	24	6.56	1.27	2.03	21.97	26.03	18.39	Si	si
5	Pensamientos de muerte	24	4.81	.98	2.63	21.37	26.63	24.49	si	si
6	Sentimientos de culpabilidad	29	6.59	1.34	3.45	25.55	32.45	21.64	si	si
7	Depresivos varios	32	5.11	1.04	2.68	29.32	34.63	30.77	si	si
8	Positivos Varios	37	5.16	1.04	2.69	34.31	36.69	35.58	si	si
9	Total de Positivos	41	9.28	1.89	4.88	36.12	45.88	21.69	si	si
10	Depresivos varios	107	167	34.08	87.92	79.08	254.02	4.90	si	si

Fuente: trabajo de campo

Tabla método de proporciones

N.	Item	f	%	p	Q	p	E	Li	Ls	Rc	Signi	Fiable
1	-Siempre	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	.30	2.28	Si	Si
	-Muchas v	3	12	.12	.88	.06	.11	.02	.23	2.00	Si	Si
	-Algunas v	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca	7	28	.28	.72	.09	.17	.11	.45	3.11	si	Si
2	-Siempre	7	28	.28	.72	.09	.17	.11	.45	3.11	Si	Si
	-Muchas v	3	12	.12	.88	.06	.12	0	.24	2.00	Si	Si
	-Algunas v	12	48	.48	.52	.10	.20	.28	.68	4.80	Si	Si
	-Nunca	3	12	.12	.88	.06	.12	0	.24	2.00	Si	Si
3	-Siempre	6	24	.24	.76	.08	.16	.08	.4	3.00	Si	Si
	-Muchas v	5	20	.20	.80	.08	.16	.04	.36	2.50	Si	Si
	-Algunas v	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca	3	12	.12	.88	.06	.12	0	.24	2.00	Si	Si
4	-Siempre	2	8	.8	.99	.05	.10	-.02	.18	1.60	No	Si
	-Muchas v	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Algunas v	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca	3	4	.4	.96	.04	.05	.01	.45	13.0	Si	Si
5	-Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	15	60	.60	.40	.10	.20	0.4	0.8	6.00	Si	Si
	-Nunca	10	40	.40	.60	.10	.20	0.2	0.6	4.00	Si	Si
6	-Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Si	No
	-Muchas v	2	8	.08	.92	.05	.10	.02	.18	1.60	Si	No
	-Algunas v	6	24	.24	0.76	.08	.16	.08	0.4	3.00	Si	Si
	-Nunca	17	68	.68	0.32	.09	.18	.0.5	.86	7.24	Si	Si
7	-Siempre	2	8	.8	.99	.05	.10	.02	.18	1.60	No	No
	-Muchas v	1	4	.4	.96	.04	.03	.01	.45	13	Si	No
	-Algunas v	15	60	.60	.40	.09	.18	.42	.78	6.67	Si	No
	-Nunca	7	68	.68	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
8	-Siempre	16	64	.64	.36	.10	.20	.44	.87	6.40	Si	No
	-Muchas v	5	20	.20	.80	.08	.16	0.04	0.36	2.50	Si	No
	-Algunas v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Nunca	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	0.3	2.28	Si	Si
9	-Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	1	4	.4	.96	.40	.78	-	-	-	No	No
	-Nunca	24	96	.96	.04	.04	.07	0.38	1.28	0.1	No	No
10	-Siempre	10	40	.40	.6	.10	.20	.22	0.2	0.60	No	No
	-Muchas v	2	8	.8	.92	.05	.16	-.08	.24	1.00	No	No

	-Algunas v	6	24	.24	.76	.08	.16	.08	.05	3.00	Si	Si
	-Nunca	7	28	.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
11	-Siempre	12	48	.48	.52	.10	.18	.26	.66	4.8	Si	Si
	-Muchas v	2	8	.8	.92	.05	.10	-0.2	.18	1.60	No	No
	-Algunas v	7	28	.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
	-Nunca	4	16	.16	.84	.07	0.14	.02	0.3	2.28	Si	Si
12	-Siempre	1	4	.4	.96	.04	.08	.04	.12	1.00	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	7	28	.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	No
	-Nunca	17	68	.68	.32	.09	.18	.5	1.86	7.55	Si	No
13	-Siempre	1	4	.4	.96	.04	.07	.03	.11	1.00	No	No
	-Muchas v	3	12	.12	.88	.06	.12	0	.24	2.00	Si	Si
	-Algunas v	10	40	.40	.6	.10	.20	.02	.06	4.00	Si	Si
	-Nunca	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	si
14	-Siempre	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	.3	2.28	Si	Si
	-Muchas v	7	28	.28	.72	.09	.18	.1	.46	3.11	Si	Si
	-Algunas v	10	40	.40	.6	.10	.20	.02	.88	4.00	Si	Si
	-Nunca	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	.07	2.28	Si	Si
15	-Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	1	4	.4	.96	.04	.07	-	.08	1	No	No
	-Nunca	24	96	.96	.04	.04	.07	0.03	1.03	24	Si	No
16	-Siempre	9	36	.36	.64	.10	.18	.18	.54	3.6	Si	No
	-Muchas v	5	20	.20	.8	.08	.16	.04	.36	2.50	Si	No
	-Algunas v	7	28	.28	.72	.09	.17	0.12	.44	3.11	Si	No
	-Nunca	4	16	.16	.84	.07	.16	.02	.34	2.28	Si	No

Fuente: Trabajo de campo

Por lo anterior mencionado y según la significación y fiabilidad se logró evaluar el objetivo general: conocer la existencia de ideas suicidas en los niños, se acepta la hipótesis nula que no existen ideas suicidas en un rango alto en los niños víctimas de abuso sexual del Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango.

V. DISCUSIÓN

La ideación suicida se refiere a cogniciones de quitarse la vida y esta puede ser afectada por factores diversos tal caso podría ser el abuso sexual, sea este provocado por motivos sexuales y debido a la vergüenza que provoca puede ser utilizado como un medio de escape

Los resultados en cuanto a la boleta de investigación sobre las ideas suicidas y el Cuestionario de Depresión en niños (CDN) refleja que la media aritmética de los sujetos se encuentran en un nivel sin riesgo de presentar ideas suicidas.

Quintanar (2007) afirma que el caso de suicidio infantil, Se han encontrado que los factores sociales y sobre todo familiares es el factor principal para determinar lo que ocurre en esta forma de conducta. Tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado en niños es un problema, que se ha incrementado y no ha podido ser resuelto. La mayor parte de información de la cual dispone con respecto del suicidio infantil ha mostrado que algunos factores que favorecen este problema en los niños son los siguientes: Antecedentes suicidas de los padres, ambientes familiares caóticos, condiciones de maltrato, deseos de reunirse con un pariente fallecido.

Todas estas condiciones suelen presentarse en formas de regaños por los fracasos escolares, castigos de padres o situaciones confusas, Para lograr entender tanto la muerte como el suicidio en los niños es necesario e importante considerar la etapa de desarrollo y concepto de la muerte propia. Una de las formas para poder detectar la naturaleza del juego, los personajes y los desenlaces de estos ,la naturaleza de los dibujos que realiza y las relaciones afectivas con los padres.

Según el autor mencionado anteriormente en los casos de suicidio infantil existen factores familiares y sociales que determinan la conducta suicida ,esto se afirma ya que los resultados de la boleta de investigación sobre las ideas suicidas manifiesta que el

84% de los niños se sienten importantes para su familia lo cual quiere decir que el factor familiar determinó que no existieran en los niños conducta suicida.

Buendía (2004) cita a Cole quien encuentra que la depresión en la infancia está fuertemente relacionada con la conducta suicida y desesperanza.

La desesperanza como un deseo de escapar de algo que no considera que sea un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo en el futuro, esta misma tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento de desesperación y de falta de intención de vivir.

Buendía (2004) cita a Ramos para quien la palabra desesperanza parece ser una característica principal del intento de suicidio, de hecho sería una característica central de las personas deprimidas, además existen diferentes evidencias que apoyan la hipótesis que la desesperanza es una variable cognitiva clave en la evaluación de niños suicidas, basados en la boleta de investigación el 88% de los niños no tiene sentimientos de desesperanza por lo cual se podría afirmar a los autores debido a que los niños no presentaron ideas suicidas.

Factores psicológicos indican que la ideación suicida está presente en la población infantil con índices de depresión y en ellos la ideación suicida está presente. El obstáculo principal fue que muchos de los padres se limitaban a hablar sobre este tema, por lo mismo la falta de información de cómo se debe de manejar la ideación suicida en los niños. Se invita a que se estudie como se forman y crean este tipo de ideas suicidas en la edad temprana, además de detectar el proceso en el cual se forman las conductas suicidas y los factores que se relacionan con el mismo y ayudar a los adolescentes para que no se conviertan en una cifra más de suicidio.

Según los autores mencionados anteriormente se da a conocer que las ideas suicidas están presentes en los niños y como primer factor de riesgo se identificó en ellos baja autoestima, los resultados encontrados en la boleta de investigación sobre las ideas suicidas manifiestan que en los niños no existen ideación suicida con un índice alto

Entre los problemas académicos asociados al suicidio, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia. De hecho la disonancia entre aspiraciones y rendimiento académico es crucial para entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio de la infancia, sin embargo la influencia de la dimensión escolar sobre la vulnerabilidad del suicidio parece operar a través de distintos caminos. De esta forma algunos autores señalan la actividad académica como un factor de riesgo cuando aparecen problemas escolares como un factor de protección cuando existen satisfacción con los estudios o como un factor precipitante cuando se produce el fracaso académico.

Los autores señalan que existe un factor de riesgo del suicidio pueden ser los problemas académicos, la disonancia entre aspiraciones y rendimiento académico, es crucial para el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la infancia. Basados en la boleta de investigación el 88% de los niños se sienten motivados para realizar grandes proyectos, el 52% la mayor parte del tiempo tienen ganas de realizar tareas y el 56 % respondieron que estando en el colegio no se sienten cansados la mayor parte del tiempo por lo que se está de acuerdo con los autores que si la actividad académica es satisfactoria será factor de protección por lo mismo eso sucedió con los niños al no presentar ideas suicidas.

Buendia, Riquelme y Ruiz (2004) explican que la falta de factores los cuales pueden ser capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación la cual ha alcanzado mayor relieve en los últimos años en el estudio del suicidio en los niños. Son varios los trabajos que aportan información sobre el papel de determinadas variables como factor de riesgo, al

haber señalado condiciones tan disparejas como las siguientes: perdida temprana de algunos de los padres, el haber sido objeto de abuso sexual , exposición violencia familiar.

Según los autores mencionados comentan que la falta de factores determinan una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de las conductas suicidas en los niños, varios trabajos aportan información sobre los factores de riesgo y uno de los principales es el haber sido objeto de abuso sexual esto se contradice porque basados al cuestionario de Depresión (CDN) arrojo que los niños que han sido víctimas de abuso sexual no presentan preocupación por la muerte, así mismo la boleta de investigación determinó que el 96% no ha considerado atentar contra su vida como el 96% no han contemplado o imaginado el hacerse heridas.

Finkelhor (2005) comenta por otra parte, existen reportes de resultados traumáticos a partir de las experiencias sexuales. Con frecuencia a las salas de emergencia de los hospitales llegan niños víctimas de abuso sexual, donde los niños parecen sufrir consecuencias que las mujeres adultas abusadas sexualmente. En estos casos se presentan los siguientes síntomas: confusión, llanto, depresión, sentimientos de vergüenza y culpabilidad.

Estos duran un tiempo en la víctima de abuso sexual, generalmente desaparecen ya sea con la ayuda de un profesional o simplemente por la misma resiliencia que la víctima experimenta.

El autor mencionado anteriormente comenta que existen resultados traumáticos en las víctimas de abuso sexual los síntomas podrían ser: confusión, llanto , depresión, sentimientos de vergüenza y culpabilidad esto se desvanece con la ayuda de un profesional o el grado de resiliencia de cada persona, se está de acuerdo con lo que expresa el autor que en las salas de emergencia llegan niños víctimas de abuso que en esos casos varios profesionales evalúan física y psicológicamente con entrevistas a los

niños como a familiares, según el Cuestionario de Depresión en niños (CDN) aplicado existe un área que evalúa los sentimientos de culpabilidad (sc) en donde los niños respondieron las preguntas siguientes ¿frecuentemente pienso que merezco ser castigado? A veces pienso que he hecho algo terrible, creo que los demás me quieren aunque no lo merezco, según los resultados de los niños si presentan un índice alto de culpabilidad entre un 70 % a 99%.

Diferentes autores han encontrado relación entre la autoestima y la ideación suicida, así se han descubierto autoimágenes negativas y baja autoestima en personas que han realizado alguna tentativa de suicidio o de haber amenazado con suicidarse. La autoestima parece ser una variable en la proximidad familiar y la ideación suicida, por lo que diferentes autores la consideran una importante variable interviniente. La autoestima es una dimensión valorativa del auto concepto, es más apropiadamente enlazada con la familia y otras interacciones de carácter íntimo. Cita a Duke y Lorch (2005) quienes elaboraron una investigación en donde se encuentran que cuando la autoestima es mayor la ideación suicidio es menor, lo cual coincide con la teoría donde se informa de relaciones significativas inversas entre ideación suicida y autoestima.

La autoestima también se relaciona con los sentimientos de control y confianza en las habilidades de cada uno para manejar situaciones. Así con frecuencia los individuos con ideas suicidas tienen un bajo sentido de eficacia concerniente a las habilidades para influir en los eventos estresantes y mantienen una actitud bastante indiferente hacia la vida.

Los autores comentan que la autoestima es otro factor de riesgo dentro de la conducta suicida, una investigación realizada menciona que cuando la autoestima es mayor la ideación suicida es menor según el Cuestionario de Depresión (cdn) en la escala AE ¿con frecuencia creo que valgo poco? ¿con frecuencia me avergüenzo de mí mismo (a) ? se presentó un índice alto autoestima en los mismos por lo que esta afirmación podría aceptarse de manera fiable porque los niños no presentan ideas suicidas.

El presente estudio alcanza los objetivos planteados ya que logró identificar si existen casos de abuso sexual, así mismo evaluar si presentaban sentimientos de culpa, se logró identificar en el cuestionario de depresión CDN en la escala llamada SC sentimientos de culpa entre un 70 – 99 % de los niños manifiestan sentimientos de culpa esto puede ser debido a que los niños son personas vulnerables no es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado que es la familia y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso. Los abusadores sexuales que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores , en estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta.

Seguidamente se alcanza el objetivo que consiste en identificar la existencia de ideas suicidas en niños víctimas de abuso sexual, lo cual hace posible proponer charlas con los afectados y profesionales que ayuden a minimizar los casos de abuso y protección para los menores, como también psicoterapia infantil con los niños víctimas de abuso sexual que les ayuden a mejorar la calidad de vida como su vínculo familiar.

Con lo anterior, se acepta la hipótesis nula que indica que los niños víctimas de abuso sexual no presentan ideas suicidas.

CONCLUSIONES

Los niños víctimas de abuso sexual del hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango, no presentan ideas suicidas.

Se demostró que el factor familiar es un vínculo importante en los niños ya que según la boleta de investigación sobre ideas suicidas manifestó que el 84% de los mismos se sienten importantes para su familia, por lo que determino que no existiera conducta suicida.

Según los casos evaluados en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango, se determinó que los niños víctimas de abuso sexual presentaron un índice alto de sentimientos de culpa.

Se estableció que en cuanto la autoestima es mayor en los niños víctimas de abuso sexual la ideación suicida es menor según el Cuestionario de depresión en la escala AE que significa autoestima.

Es de importancia dar seguimiento a la propuesta de un programa con enfoque psicoterapéutico para prevenir y reducir los casos de abuso sexual y así aumentar los factores de protección en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango.

RECOMENDACIONES

A los niños participantes del estudio que no presentaron ideas suicidas impartirles talleres sobre la importancia y consecuencias que tienen este tipo de problemas.

A los participantes del estudio facilitarles técnicas asertivas que ayuden a fomentar y reforzar en los mismos la comunicación entre padres e hijos.

Apoyar y animar a los niños víctimas de abuso sexual involucrándolos en terapias de grupo donde se trabaje los sentimientos de culpa y así disminuir estos en los mismos.

Reforzar la autoestima en los niños del presente estudio mediante talleres recreativos que les permitan fortalecer su auto concepto.

Dar seguimiento a la propuesta de un programa con enfoque psicoterapéutico para prevenir y reducir los casos de abuso sexual y así aumentar los factores de protección en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achaerandio, L. (2001). *Iniciación a la práctica de investigación*. (6ta. Ed.). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Buendía, J. Riquelme, A. Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicidio*. Universidad de Murcia: Edita. España.

Calvi, B. (2005). *Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos*. Editorial S.A. España.

Chaclan, R. (2012). *Sube índice de acoso a mujeres y jóvenes*. Prensa Libre. Guatemala.

Cuadros, I. Ordoñez, M. (2006). *La infancia rota: testimonios y guías para descubrir y tratar el abuso sexual infantil*. Grupo Editorial Norma. Colombia

Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Llaberia: Edita. España.

Echeburrua, E. (2009). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores un enfoque clínico*. 5ta. Edición. Ariel: Edita. España.

Echeverría, M. (2010). *Eficacia en la aplicación de las medidas de protección decretadas a favor de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Campus Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.

Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor*. Editorial Pax México. México.

Florenzo, R. (2011). *Relación entre ideación suicida y estilos parentales*. Revista médica. Chile.

Hernández, L. (2010). Aumenta suicidio en niños y jóvenes. Revista Nuestra Salud. Guatemala.

Larraguibel, F. González, R. Valenzuela, H. (2005). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista médica. Chile.

Marsechall, T. (2009). Depresión y suicidio infantil. Revista Scielo. Costa Rica.

Martínez, F. (2012). Elena Viau: "No hay dos casos iguales". Prensa Libre. Guatemala.

Miranda, H. Cubillas, R. Román, G. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil. (Home Page) consultado el día 7 de Marzo de 2013, disponible en <http://www.emezeta.com/articulos/la-asertividad#ixzz1lcqPy5Gi>.

Morales, L. (2013). Procuraduría de los Derechos Humanos integra equipo por casos de abuso sexual contra menores de 14 años. Radio Emisoras Unidas. Guatemala.

Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida. Editorial Pax México. México.

Sandoval, G. (2009). Violencia sexual infantil: pocas condenas muchos casos. El periódico. Costa Rica.

Soto, O. (2011). Alerta al abuso sexual infantil. El Quezalteco. Guatemala.

Valdez, J. (2012). Abusos afectan a niñez. Prensa Libre. Guatemala.

Villardón, L. (2009). El pensamiento suicida en la adolescencia. Universidad de Deusto: Edita. España.

IX. ANEXOS

ANEXO N.1

PROPUESTA

"PSICOEDUCACION PADRES / PROFESIONALES Y PSICOTERAPIA INFANTIL EN VICTIMAS"

Introducción:

El abuso sexual está definido como un crimen de sexo en donde se involucran los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o de la víctima sin consentimiento de la otra persona.

El abuso sexual en niños constituye una experiencia traumática y es vivido por la víctima como un atentado contra su integridad física y psicológica por lo que constituye una forma más de victimización en la infancia, si la víctima no recibe un tratamiento psicológico adecuado, el malestar puede continuar incluso en la edad adulta.

Es por ello que esta propuesta va dirigida para las personas que asisten al Hospital Regional Occidente de Quetzaltenango para ayudar a prevenir el abuso sexual mediante talleres a personal y a los padres de familia. A las víctimas terapias que les ayuden al bienestar psicológico ya que gracias a esta institución se logró realizar la investigación.

Justificación:

De acuerdo con los resultados de investigación, se pudo determinar que la mayoría de los niños que fueron víctimas de abuso sexual no presentaron índices altos de ideas suicidas dentro del Hospital regional de Occidente de Quetzaltenango.

La propuesta que se ha elaborado gira en torno a la prevención y disminución de casos de abuso sexual a través de la identificación y manejo adecuado del mismo en los casos que se presentaron sino también en los que aún no se han presentado, así mismo enseñar técnicas de comunicación asertiva más adaptativas entre padres e hijos que ayuden a la resolución de conflictos y sean remplazadas por conductas adecuadas y así evitar el casos de abuso sexual.

Con el personal del Hospital Regional de Occidente capacitarlo sobre este tipo de fenómeno que cuenten con más recursos que ayuden a las víctimas como a los afectados.

Objetivos:

Objetivo General:

-Contribuir a la prevención de abuso sexual en los niños del Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango.

Objetivos Específicos:

-Instruir a los miembros participantes del estudio sobre la importancia y las consecuencias que tiene.

-Dar a conocer técnicas de asertividad en padres e hijos víctimas de abuso sexual.

-Facilitar a los estudiantes habilidades de socialización como técnicas rompe hielo: Deportes, juegos de mesa y la comunicación asertiva entre ellos que les permitan resolver conflictos sin recurrir a la violencia.

Metodología:

La metodología empleada para llevar a cabo la propuesta consiste en proporcionar un programa que ayude a prevenir y disminuir casos de abuso sexual en el cual se pueda

implementar acciones dirigidas a la identificación y manejo del mismo, además de la aplicación de estrategias que permitan a los padres de familia e hijos a tener una comunicación asertiva.

Para ello se realizarán talleres que se dividirán:

- padres de familia y personal: con psicoeducación con 50 minutos cada charla
- víctimas de abuso sexual: contando con psicoterapia infantil de 15 sesiones de 45 minutos cada una.

Serán impartidos por una psicóloga y se ajustaría a la fecha y espacio que el Hospital Regional de Quetzaltenango indique.

Descripción de temas:

- **Que es el abuso sexual:** Comprende la parte teórica, donde se trata de abarcar los conceptos básicos que conlleva el abuso sexual e importancia y que son necesarios conocer para poder comprenderla de una forma más profunda.
- **Asertividad en padres e hijos:** Incluye técnicas que permiten la expresión tanto de hijos con padres para mejorar la comunicación.
- **Como pueden prevenir los padres y personal el abuso sexual:** pasos a seguir escucha activa.
- **Plan de prevención:** se les enseñara las medidas para proteger a sus niños contra ABS se darán pautas de estos casos dependiendo de su edad

Cronograma de actividades (padres y profesionales)

Aprender a identificar el abuso sexual	50 minutos	10 minutos	Sofia Tirado
Aprender técnicas para tener una comunicación efectiva	50 minutos	10 minutos	Sofia Tirado
Como lograr una escucha activa	50 minutos	10 minutos	Sofia Tirado
Padres, profesionales y terapeutas	50 minutos	10 minutos	Sofia Tirado

Descripción de temas:

Psicoterapia niños: psicoterapia se refiere a una variedad de técnicas y métodos que se usan para ayudar al niño que experimenta dificultades con su emociones y comportamientos.

Cronograma de actividades (niños)

sesión	tema	actividad	duración	responsable
1	Presentación y establecimiento normas	Con dinámicas grupales se presentarán y se explicaran metas y objetivos	45 minutos	Sofia Tirado
2	Confianza apoyo	Se brindara en el grupo un ambiente de confianza entre ellos y el personal	45 minutos	Sofia Tirado
3	¿Cómo me siento?	Realización de un títere expresando sus emociones	45 minutos	Sofia Tirado
4	Mitos y realidades	Se estimulara a los niños sobre los derechos al decir NO	45 minutos	Sofia Tirado
5	La revelación	Se narrara una historia sobre un caso parecido a lo que ellos vivieron para que logren contar lo sucedido	45 minutos	Sofia Tirado
6	Prevención de abusos futuros	Enseñanza de sus derechos	45 minutos	Sofia Tirado
7	Valor de genero	Educa al niño a identificar	45 minutos	Sofia Tirado
8	El enojo	Se realizaran ejercicios que ayuden al niño a expresar su enojo de forma libre(oso perls)	45 minutos	Sofia Tirado
9	El poder	Enseñanza a tomar sus propias decisiones	45 minutos	Sofia Tirado
10	Su cuerpo	Actividades a que los niños conozcan más su cuerpo	45 minutos	Sofia Tirado
11	Autoestima	Ejercicios para fortalecer la autoestima que se han visto dañados	45 minutos	Sofia Tirado
12	El futuro	Realización de una carta de despedida para compañeros y terapeutas	45 minutos	Sofia Tirado
13	La graduación	Se entregaran tarjetas como premios por su esfuerzo realizado que ahora son más valientes y fuertes	45 minutos	Sofia Tirado

Recursos para la realización

Los recursos a utilizar para el desarrollo de las actividades son:

- Humanos: practicante, una persona auxiliar,
- Mobiliario: sillas, mesas,
- Audiovisuales: cañonera, computador,
- Útiles: Lápices, crayones, marcadores, hojas en blanco. hojas de colores pinceles tela, diplomas, espejos,
- Espacio amplio.

Evaluación

Al final de todas las actividades el resultado que se espera es reducir los casos de abuso sexual y que los padres estén más alertas tomando las medidas necesarias de lo que les sucede con su hijos, los profesionales tomen en cuenta el manual de tratamiento de psicoterapia infantil que se elaboró, con las víctimas de abuso sexual luego de la psicoterapia realizada sea efectiva mostrando cambios cognitivos y conductuales.

ANEXO N.2

Boleta de investigación

EDAD _____ GENERO _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de preguntas con cuatro posibles respuestas, debe de marcar con una X la que se adecue a sus pensamientos. Esta boleta se empleara con fines de investigación suplicándole su sinceridad en las respuestas.

No	Pregunta	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
1	¿Te sientes insatisfecho contigo mismo (a) emocionalmente?				
2	¿Sientes que tu felicidad supera a tus tristezas?				
3	¿Estas motivado para realizar grandes proyectos en tu vida?				
4	¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo?				
5	¿Miras tu futuro sin ninguna esperanza?				
6	¿Has pensado que vale más morir que vivir?				
7	¿Has experimentado la sensación que no vale la pena vivir?				
8	¿Te sientes importante para tu familia?				
9	¿Has pensado atentarse contra tu vida?				
10	¿Te despiertas con frecuencia durante la noche?				

11	¿La mayor parte del tiempo no tienes ganas de hacer nada?				
12	¿Te imaginas que mueres?				
13	¿Te has sentido muerto por dentro?				
14	¿Estando en el colegio te sientes cansado (a) la mayor parte de tiempo?				
15	¿Te imaginas que te haces heridas?				
16	¿Te sientes con ánimos para levantarte por las mañanas?				

F. _____

Licda. María Martínez

F. _____

Licda. Silvia M Tarrago

F. _____

Mgtr. Nilmo López Escobar

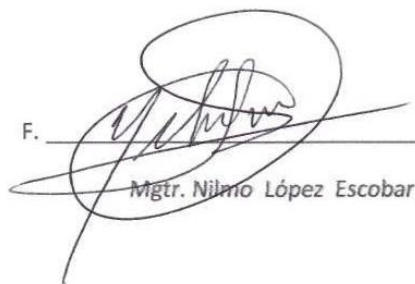
	noche?				
11	¿La mayor parte del tiempo no tienes ganas de hacer nada?				
12	¿Te imaginas que mueres?				
13	¿Te has sentido muerto por dentro?				
14	¿Estando en el colegio te sientes cansado (a) la mayor parte de tiempo?				
15	¿Te imaginas que te haces heridas?				
16	¿Te sientes con ánimos para levantarte por las mañanas?				

F. 
 Licda. Maria Martinez



Licda. Maria Martinez
 Colegiado 1,936

F. 
 Licda. Silvia M Tarrago

F. 
 Mgtr. Nilmo López Escobar

ANEXO.3 TABLAS

ITEM	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA	TOTAL
1	 4	 3	 11	7	25
2	 7	 3	 12	3	25
3	 6	 5	 11	3	25
4	 2	 11	 11		25
5			 15	10	25
6		 2	 6	17	25
7	 2	 1	 15	7	25
8	 16	 5		4	25
9			 1	24	25
10	 10	 2	 6	7	25
11	 12	 2	 7	4	25
12	 1		 7	17	25
13	 1	 3	 10	 11	25
14	 4	 7	 10	4	25
15			 1	24	25
16	 9	 5	 7	4	25

No.	Ítem	f	%	P	Q	P	E	Li	Ls	Rc	Signi	Fiable
1	- Siempre	4 3	16	.16	.84	.07	.14	.02	.30	2.28	Si	Si
	-Muchas v	11	12 44	.12	.88	.06	.11	.02	.23	2.00	Si	Si
	-Algunas v	7	28	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca			.28	.72	.09	.17	.11	.45	3.11	si	Si
2	- Siempre	7 3	28 12	.28	.72	.09	.17	.11 0	.45	3.11	Si	Si
	-Muchas v	12 3	48 12	.12	.88	.06	.12	.28	.24	2.00	Si	Si
	-Algunas v			.48	.52	.10	.20	0	.68	4.80	Si	Si
	-Nunca			.12	.88	.06	.12		.24	2.00	Si	Si
3	- Siempre	6 5	24 20	.24	.76	.08	.16	.08	.4	3.00	Si	Si
	-Muchas v	11 3	44 12	.20	.80	.08	.16	.04	.36	2.50	Si	Si
	-Algunas v			.44	.56	.10	.20	.24 0	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca			.12	.88	.06	.12		.24	2.00	Si	Si
4	- Siempre	2	8 44	.08	.99	.05	.10	-.02	.18	1.60	No	Si
	-Muchas v	11 11	44 4	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Algunas v	1		.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	Si	Si
	-Nunca			.04	.96	.04	.05	.01	.45	13.0	Si	Si
5	- Siempre	0 0	0	0 0	0 0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	15 10	0	.60	.40	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v		60 40	.40	.60	.10	.20	0.4	0.8	6.00	Si	Si
	-Nunca					.10	.20	0.2	0.6	4.00	si	Si
6	- Siempre	0 2	0	0	0 .92	0	0	0	0	0	Si	No
	-Muchas v	6 17	8 24	.08	0.76	.05	.10	.02	.18	1.60	Si	No
	-Algunas v		68	.24	0.32	.08	.16	.08	0.4	3.00	Si	Si
	-Nunca			.68		.09	.18	.0.5	.86	7.24	Si	Si
7	- Siempre	2 1	8	.08	.99	.05	.10	.02	.18	1.60	NO	No
	-Muchas v	15 7	4 60	.04	.96	.04	.03	.01	.45	13	Si	No
	-Algunas v		28	.60	.40	.09	.18	.42	.78	6.67	Si	No
	-Nunca			.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
8	- Siempre	16 5	64 20	.64	.36	.10	.20	.44	.87	6.40	Si	No
	-Muchas v	0	0	.20 0	.80	.08	.16	0.04	0.36	2.50	Si	No
	-Algunas v	4	16	.16	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Nunca				.84	.07	.14	.02	0.3	2.28	Si	Si
9	- Siempre	0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	1	0	0	0	0	0	0 -	0	0	No	No
	-Algunas v	24	4	.04	.96	.40	.78	0.38	1.28	0.1	No	No
	-Nunca		96	.96	.04	.04	.07	.89	1.02	1.03	No	No
10	- Siempre	10 2	40 8	.40	.6	.10	.20	.22	0.2	0.60	No	No
	-Muchas v	6 7	24	.08	.92	.05	.16	-.08	.24	1.00	No	No
	-Algunas v		28	.24	.76	.08	.16	.08	0.5	3.00	Si	Si
	-Nunca			.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
11	- Siempre	12 2	48	.48	.52	.10	.18	.26	.66	4.8	Si	Si
	-Muchas v	7	8	.08	.92	.05	.10	-.0.2	.18	1.60	No	No
	-Algunas v	4	28	.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	Si	Si
	-Nunca		16	.16	.84	.07	0.14	.02	0.3	2.28	Si	Si

12	- Siempre	1	4	.04	.96	.04	0	.08	.04	.12	1.00	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	.09	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	7	28	.28	.72	.09	.18	0.1	.46	3.11	3.11	Si	No
	-Nunca	17	68	.68	.32		.18	.5	1.86	7.55	7.55	Si	No
13	- Siempre	1	4	.04	.96	.04	.07	.03	.11	1.00	1.00	No	No
	-Muchas v	3	12	.12	.88	.06	.12	0	.24	2.00	2.00	Si	Si
	-Algunas v	10	40	.40	.6	.10	.20	.02	.06	4.00	4.00	Si	Si
	-Nunca	11	44	.44	.56	.10	.20	.24	.64	4.40	4.40	Si	Si
14	- Siempre	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	.3	2.28	2.28	Si	Si
	-Muchas v	7	28	.28	.72	.09	.18	.1	.46	3.11	3.11	Si	Si
	-Algunas v	10	40	.40	.6	.10	.20	.02	.88	4.00	4.00	si	Si
	-Nunca	4	16	.16	.84	.07	.14	.02	.07	2.28	2.28	Si	si
15	- Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No	No
	-Muchas v	0	0	0	0	o	0	0	0	0	0	No	No
	-Algunas v	1	4	.04	.96	.04	.07	-0.03	.08	1	1	No	No
	-Nunca	24	96	.96	.04	.04	.07	0.89	1.03	24	24	Si	No
16	- Siempre	9	5	36	.36	.64	.10	.18	.18	.54	3.6	Si	No
	-Muchas v	7	20	.20	.8	.08	.16	.04	.36	2.50	2.50	Si	No
	-Algunas v	4	28	.28	.72	.09	.17	0.12	.44	3.11	3.11	Si	No
	-Nunca		16	.16	.84	.07	.16	.02	.34	2.28	2.28	Si	No

Escalas del cuestionario de depresión en niños

AA	20 – 25 – 27 – 28 – 28 – 28 – 28 – 29 – 29 – 30 – 31 – 32 – 32 – 32 – 32 – 32 – 33 – 34 – 35 – 36 – 36 – 37 – 39 – 40
RA	9 – 16 – 17 – 17 – 19 – 19 – 20 – 21 – 21 – 22 – 22 – 22 – 22 – 23 – 26 – 27 – 27 – 28 – 29 – 30 – 30 – 32 – 34 – 36 – 43
PS	12 – 15 – 18 – 19 – 20 – 22 – 22 – 23 – 23 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27 – 28 – 28 – 30 – 32 – 32 – 33 – 43 – 35 – 36 – 38 – 40
AE	13 – 14 – 16 – 16 – 18 – 19 – 20 – 20 – 22 – 23 – 24 – 25 – 25 – 26 – 26 – 26 – 27 – 29 – 30 – 32 – 32 – 33 – 33 – 35 – 36
PM	14 – 16 – 17 – 18 – 19 – 19 – 20 – 21 – 21 – 22 – 23 – 23 – 24 – 26 – 26 – 27 – 27 – 27 – 27 – 28 – 29 – 29 – 32 – 32
SC	15-15-19-23-25-25-25-26-26-26-26-28-29-29-31-32-32-32-32-33-33-34-35-36-40
DV	21 – 23 – 28 – 28 – 28 – 28 – 30 – 30 – 30 – 31 – 31 – 32 – 33 – 33 – 33 – 34 – 35 – 35 – 36 – 36 – 36 – 37 – 37 – 41 – 45
PV	23 – 25 – 32 – 32 – 33 – 33 – 35 – 37 – 37 – 37 – 37 37 – 37 – 37 – 38 – 38 – 39 – 39 – 39 – 40 – 40 – 40 – 41 – 41 – 43 – 43 – 44
TP	24 – 28 – 28 – 31 – 35 – 35 – 36 – 36 – 36 – 37 – 37 – 38 – 38 – 40 – 41 – 42 – 43 – 43 – 45 – 47 – 48 – 52 – 55 – 56 – 65
TD	84 – 104 – 106 – 121 – 122 – 129 – 137 – 139 – 142 – 146 – 147 – 152 – 161 – 165 – 165 – 166 – 168 – 172 – 179 – 179 – 180 – 190 – 199 – 201 – 209

TABLA 1 AA
ANIMO ALEGRIA

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
20	1	1	20	11	11	121
25	1	2	25	6	6	36
27	1	3	27	4	4	16
28	4	7	112	3	12	36
29	2	9	58	2	4	8
30	1	10	30	1	1	1
31	1	11	31	0	0	0
32	6	17	192	1	6	6
33	1	18	33	2	2	4
35	1	19	34	3	3	9
35	1	20	35	4	4	16
36	2	22	72	5	10	50
37	1	23	37	6	6	36
39	1	24	39	8	8	64
40	1	25	40	9	9	81
	25		785		86	484

$$X \approx \sum F.XI / 25 = 785/25 \approx 31$$

$$O \approx 484/25 \approx 19.36 \approx 4.4$$

<p>Significación</p> <p>1. N.d.c. = 99% $z = 2.58$</p> <p>2.</p> $\sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ <p style="text-align: center;">$4.4/25 - 1 = 4.4/24 \quad 4.4/4.90 = .90$</p> <p>3. R.c</p> $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_x}$ <p style="text-align: center;">$31 / .90 = 34.45$</p> <p>4. N.d.c $34.45 > 2.58$ significativo</p>	<p>Fiabilidad</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3. $E = n.d.c * O$ $2.58 * .90 = 2.32$</p> <p>4. IC. $X - E = 31 - 2.32 = 28.68$ $X + E = 31 + 2.32 = 33.32$</p> <p>Fiable</p>
--	---

TABLA 2 RA
RESPUESTA AFECTIVA

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D ⁻²
9	1	1	9	15	15	225
16	1	2	16	8	8	64
17	2	4	34	7	14	98
19	2	6	38	5	10	50
20	1	7	20	4	4	16
21	2	9	42	3	6	18
22	4	13	88	2	8	16
23	1	14	23	1	1	1
26	1	15	26	2	2	4
27	2	17	54	3	6	18
28	1	18	28	4	4	16
29	1	19	29	5	5	25
30	2	21	60	6	12	72
32	1	22	32	8	8	64
34	1	23	43	10	10	100
36	1	24	36	12	12	144
43	1	25	43	19	19	361
	25		612		144	1292

$$X \approx \sum F.XI / 25 = 612 / 25 \approx 24.48$$

$$O \approx 1292 / 25 \approx 51.68 \approx 7.19$$

<p>Significación</p> <ol style="list-style-type: none"> N.d.c. = 99% $z = 2.58$ $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $7.1 / 25 - 1 = 7.1 / 24$ $7.1 / 4.90 = 1.47$ R.c $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ $24 / 1.47 = 16.33$ N.d.c 16.33 > 2.58 es significativo 	<p>Fiabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> $E = n.d.c * \sigma_{\bar{x}}$ $2.58 * 1.47 = 3.79$ IC. $24 - 3.79 = 20.21$ $24 + 3.79 = 27.79$ <p style="text-align: right;"> $X - E =$ $X + E = 24 +$ </p> <p>Fiable</p>
---	--

TABLA 3 PS
PROBLEMAS SOCIALES

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D' ²
12	1	1	12	15	15	225
15	1	2	15	12	12	144
18	1	3	18	9	9	81
19	1	4	19	8	8	64
20	1	5	20	7	7	49
22	2	7	44	5	10	50
23	3	10	69	4	12	48
24	1	11	24	3	3	9
25	1	12	25	2	2	4
26	1	13	26	1	1	1
27	1	14	27	0	0	0
28	2	16	56	1	2	2
30	1	17	30	3	3	9
32	2	19	64	5	10	50
33	1	20	33	6	6	36
35	1	21	35	8	8	64
36	1	22	36	9	9	81
38	1	23	38	11	11	121
40	1	24	40	13	13	169
43	1	25	43	16	16	256
	25		674	138		1463

$$X \approx \frac{\sum F \cdot XI}{25} = \frac{674}{25} \approx 27$$

$$O \approx \frac{1463}{25} \approx 58.52 \approx 7.65$$

Significación	Fiabilidad
1. N.d.c. = 99% z = 2.58	1.
2.	2.
$\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $1.56 \quad 7.65/25 - 1 = 7.65/24 \quad 7.65/4.90 =$	3. E = n.d.c * $\sigma_{\bar{x}}$ $2.58 \times 1.56 = 4.02$
3. R.c	4. IC.
$RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ $27/1.56 = 17.30$	$X - E = 27 - 4.02 = 22.98$ $X + E = 27 + 4.02 = 31.02$
4. N.d.c 17.30 > 2.58 significativo	fiable

TABLA 4 AE
AUTOESTIMA

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
13	1	1	13	11	11	121
14	1	2	14	10	10	100
16	2	4	32	8	16	128
18	1	5	18	6	7	42
19	1	6	19	5	6	30
20	2	8	40	4	8	32
22	1	9	22	2	2	4
23	1	10	23	1	1	1
24	1	11	24	0	0	0
25	2	13	50	1	2	2
26	3	16	78	2	6	12
27	1	17	27	3	3	9
29	1	18	29	5	5	25
30	1	19	10	6	6	36
32	2	21	64	8	16	128
33	2	23	66	9	18	162
35	1	24	35	10	10	100
36	1	25	36	12	12	144
	25		600		139	1076

$$X \approx \sum F. XI / 25 = 600 / 25 \approx 24$$

$$O \approx 1076 / 25 \approx 43.04 \approx 6.56$$

<p>significación</p> <ol style="list-style-type: none"> N.d.c. = 99% $z = 2.58$ $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $6.56 / 25 - 1 = 6.56 / 24 \quad 6.56 / 4.90 = 1.27$ R.c $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ $24 / 1.27 = 18.89$ N.d.c 18.89 > 2.58 significativo 	<p>Fiabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> $E = n.d.c * O$ $2.58 * 1.27 = 2.03$ IC. $X - E = 24 - 2.03 = 21.97$ $X + E = 24 + 2.03 = 26.03$ <p>fiable</p>
--	---

TABLA 5 PM
PREOCUPACION POR LA MUERTE

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
14	1	1	14	10	10	100
16	1	2	16	8	8	64
17	1	3	17	7	7	49
18	1	4	18	6	6	36
19	2	6	38	5	10	50
20	1	7	20	4	4	16
21	2	9	42	3	6	18
22	1	10	22	2	2	4
23	2	12	46	1	2	2
24	1	13	24	0	0	0
26	2	15	52	2	4	8
27	5	20	135	3	15	45
28	1	21	28	4	4	16
29	2	23	58	5	10	50
32	2	25	64	8	16	128
	25		595		104	578

$$X \approx \sum F.XI / 25 = 595 / 25 \approx 24$$

$$O \approx 578 / 25 \approx 23.12 \approx 4.81$$

<p>Significación</p> <ol style="list-style-type: none"> N.d.c. = 99% $z = 2.58$ $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $4.81 / 25 - 1 = 4.81 / 24 \quad 4.81 / 4.90 = .98$ $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ $24 / .98 = 24.49$ R.c N.d.c 24.49 > 2.58 significativo 	<p>Fiabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> $E = n.d.c * O$ $2.58 * .98 = 2.63$ IC $X - E = 24 - 2.63 = 21.37$ $X + E = 24 + 2.63 = 26.63$ <p>Fiable</p>
---	---

TABLA 6 SC
SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D' ²
15	1	1	15	14	14	196
19	3	4	57	10	30	300
23	1	5	23	6	6	36
25	3	8	75	4	12	48
26	2	10	52	3	6	18
28	2	12	56	1	2	2
29	1	13	29	0	0	0
31	2	15	62	2	4	8
32	1	16	32	3	3	9
33	2	18	66	4	8	32
34	1	19	34	5	5	25
35	2	21	70	6	12	72
36	2	23	72	7	14	98
40	2	25	80	11	22	242
	25		723			1,086

$$X \approx \sum F \cdot XI / 25 = 723 / 25 \approx 29$$

$$O \approx 1086 / 25 \approx 43.44 \approx 6.59$$

<p>Significación</p> <ol style="list-style-type: none"> N.d.c. = 99% $z = 2.58$ $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $6.59/25 - 1 = 6-29/24 \quad 6.59/4.90 = 1.34$ R.c $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ $29 / 1.34 = 21.64$ N.d.c 21.64 > 2.58 significativo 	<p>Fiabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> $E = n.d.c \cdot \sigma_{\bar{x}}$ $2.58 \times 1.34 = 3-45$ IC. $X - E = 29 - 3-45 = 25.55$ $X + E = 29 + 3-45 = 32-45$ <p>Fiable</p>
---	---

TABLA 7 Dv
DEPRESIVOS VARIOS

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
21	1	1	21	11	11	121
23	1	2	23	9	9	81
28	4	6	112	4	16	64
30	3	9	90	2	6	12
31	2	11	62	1	2	2
32	1	12	32	0	0	0
33	3	15	99	1	3	3
34	1	16	34	2	2	4
35	2	18	70	3	6	18
36	3	21	108	4	12	48
37	2	23	74	5	10	50
41	1	24	41	9	9	81
45	1	25	45	13	13	169
	25		811			653

$$X \approx \sum F. XI / 25 = 811 / 25 \approx 32$$

$$O \approx 623 / 25 \approx 24.92 \approx 5.11$$

<p>Significación</p> <p>1. N.d.c. = 99% z = 2.58</p> <p>2.</p> $\sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ <p>5.11/25 - 1 = 5.11/24 5.11/4.90</p> <p>= 1.04</p> <p>3. R.c</p> $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_x}$ <p>32 / 1.04 = 30.77</p> <p>4. N.d.c 30.77 > 2.58 significativo</p>	<p>Fiabilidad</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3. E = n.d.c * 0 x</p> <p>2.58 \ 1.04 = 2.68</p> <p>4. IC.</p> <p>X - E = 32 - 2.68 = 29.32</p> <p>X + E = 32 + 2.68 = 34.63</p> <p>Fiable</p>
---	---

TABLA 8 PV
POSITIVOS VARIOS

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
23	1	1	23	14	14	196
25	1	2	25	12	12	144
32	2	4	64	5	10	50
33	2	6	66	4	8	64
35	1	7	35	2	2	4
37	5	12	185	0	0	0
38	2	14	76	1	2	2
39	3	17	117	2	6	12
40	3	20	120	3	9	27
41	2	22	82	4	8	32
43	2	24	86	6	12	72
44	1	25	44	7	7	49
	25		923			666

$$X \approx \sum F.XI / 25 = 923 / 25 \approx 37$$

$$O \approx 666 / 25 \approx 26.64 \approx 5.16$$

<p>Significación</p> <p>1. N.d.c. = 99% z = 2.58</p> <p>2.</p> $\sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ <p>1.05 5.16/25 - 1 = 5-16/24 5.16/4.90 =</p> <p>3. R.c</p> $RC = \frac{x}{\sigma_x}$ <p>37/ 1.05 = 35-23</p> <p>4. N.d.c 35-23 > 2.58 Significativo</p>	<p>Fiabilidad</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3. E = n.d.c * O x</p> <p>2.58 x 1.05 = 2.70</p> <p>4. IC.</p> <p>X- E = 37 - 2.70 = 34-30</p> <p>X + E = 37 + 2.70 = 39-70</p> <p>Fiable</p>
---	--

TABLA 9 TP
TOTAL DE POSITIVOS

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D'^2
24	1	1	24	17	17	289
28	2	3	56	13	26	338
31	1	4	31	10	10	100
35	2	6	70	6	12	72
36	3	9	108	5	15	75
37	2	11	74	4	8	32
38	2	13	76	3	6	18
40	1	14	40	1	1	1
41	1	15	41	0	0	0
42	1	16	42	1	1	1
43	2	18	86	2	4	8
45	1	19	45	4	4	16
47	1	20	47	6	6	36
48	1	21	48	7	7	49
52	1	22	52	11	11	121
55	1	23	55	14	14	196
56	1	24	56	15	15	225
65	1	25	65	24	24	576
	25		1,016		178	2,153

$$X \approx \sum F. XI / 25 = 1016 / 25 \approx 41$$

$$O \approx 2153 / 25 \approx 86.72 \approx 9.28$$

<p>Significación</p> <ol style="list-style-type: none"> N.d.c. = 99% z = 2.58 $\sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ $9.28/25 - 1 = 9.28/24 = 9.28/4.90 = 1.89$ R.c $RC = \frac{x}{\sigma_x}$ $41/1.84 = 21.69$ N.d.c 21.64 > 2.58 significativo 	<p>Fiabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> E = n.d.c * 0 x 2.58 * 1.08 = 4.88 IC. X - E = 41 - 4.88 = 36.12 X + E = 41 + 4.88 = 45.88 <p>Fiable</p>
--	---

TABLA 10 TD
TOTAL DE DEPRESIVOS

XI	F	FA	F.XI	D'	F.D'	F.D' ²
84	1	1	84	83	83	6,889
104	1	2	104	63	63	3969
106	1	3	106	61	61	3721
121	1	4	121	46	46	2116
122	1	5	122	45	45	2025
129	1	6	129	38	38	1444
137	1	7	137	30	30	900
139	1	8	139	28	28	784
142	1	9	142	25	25	625
146	1	10	146	21	21	441
147	1	11	147	20	20	400
152	1	12	152	15	15	225
161	1	13	161	6	6	36
165	2	15	330	2	4	8
166	3	16	498	1	3	3
168	1	17	168	1	1	1
172	2	18	334	5	10	50
179	1	20	175	12	12	144
180	1	21	180	13	13	169
190	1	22	190	23	23	529
199	1	23	199	32	32	1.024
201	1	24	201	34	34	1156
209	1	25	209	42	42	1764
	25		4,188		655	28,823

$$X \approx \frac{\sum F \cdot XI}{25} = \frac{4188}{25} \approx 167.52$$

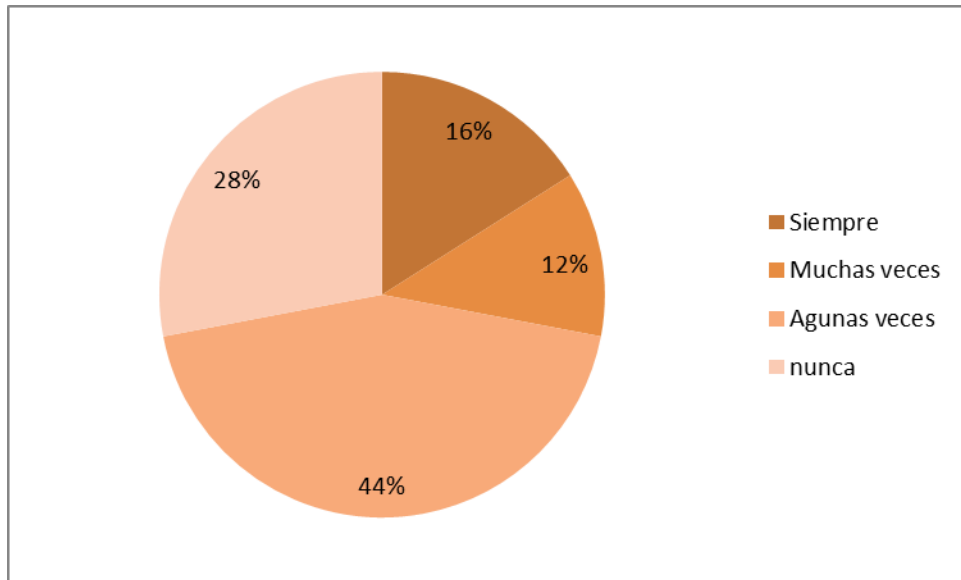
$$O \approx \frac{28823}{25} \approx 1152.92 = 33.95$$

<p>significación</p> <p>1. N.d.c. = 99% z = 2.58</p> <p>2.</p> $\sigma_{\bar{x}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$ <p>167/25 - 1 = 167/24 167/4.90 = 34.08</p> <p>3. R.c</p> $RC = \frac{\bar{x}}{\sigma_{\bar{x}}}$ <p>167/ 34.08 = 4.90</p> <p>4. N.d.c 4.90 > 2.58 significativo</p>	<p>Fiabilidad</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3. E = n.d.c *0 x 2.58\ 34.08 = 87.92</p> <p>4. IC. X- E = 167 - 87.92 = 79,08 X +E = 167 + 87.92 = 254.92</p> <p>Fiable</p>
---	---

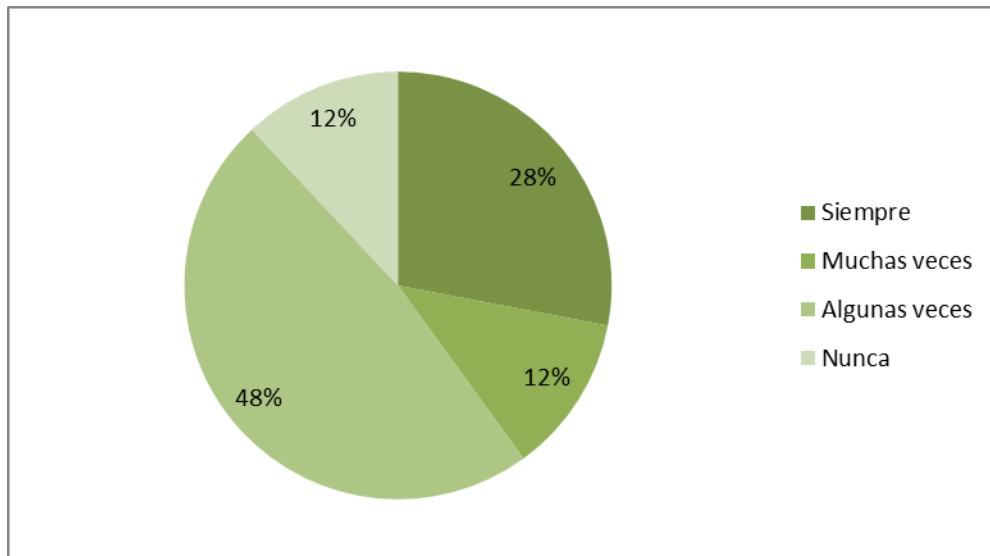
ANEXO No. 4

GRAFICAS

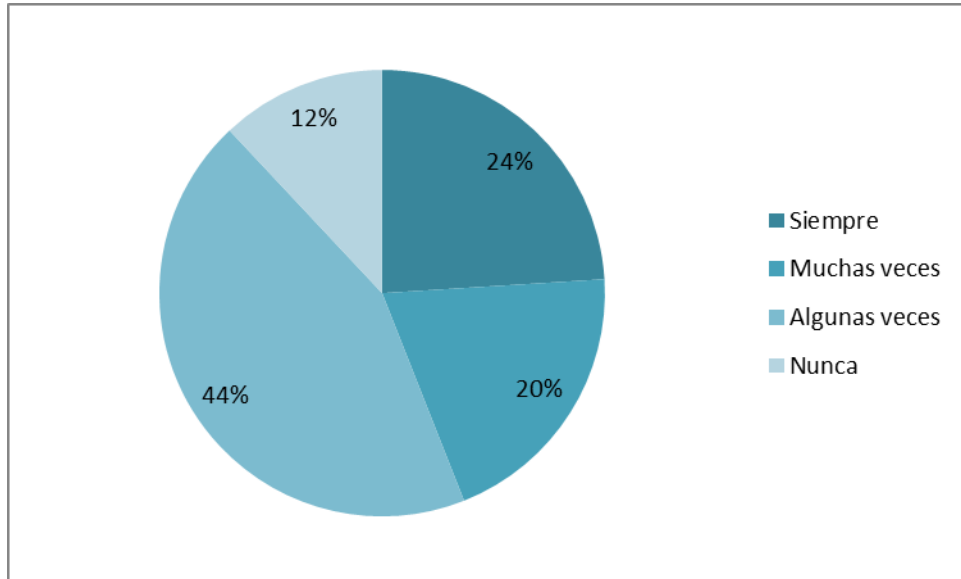
1. ¿Te sientes insatisfecho contigo mismo (a) emocionalmente?



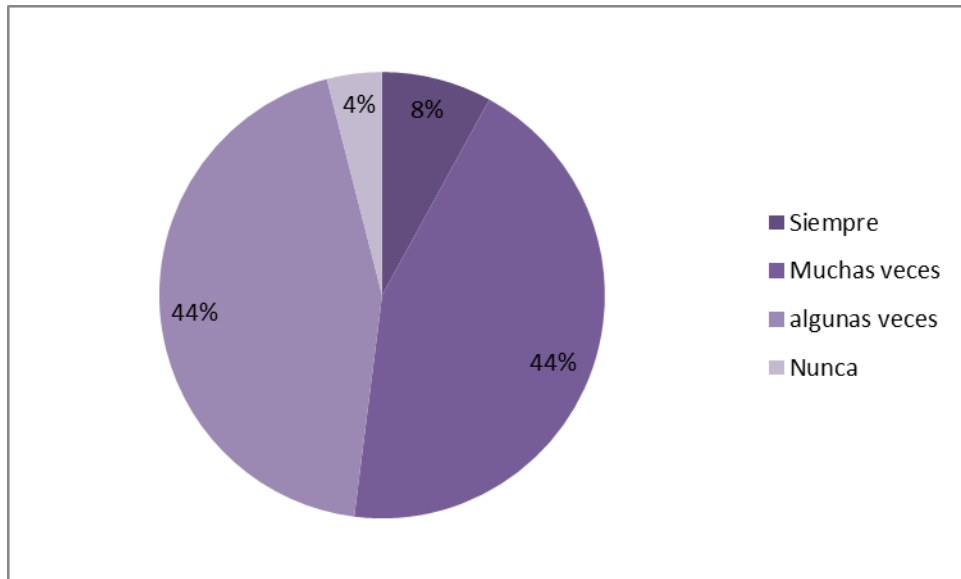
2. ¿Sientes que tu felicidad supera a tus tristezas?



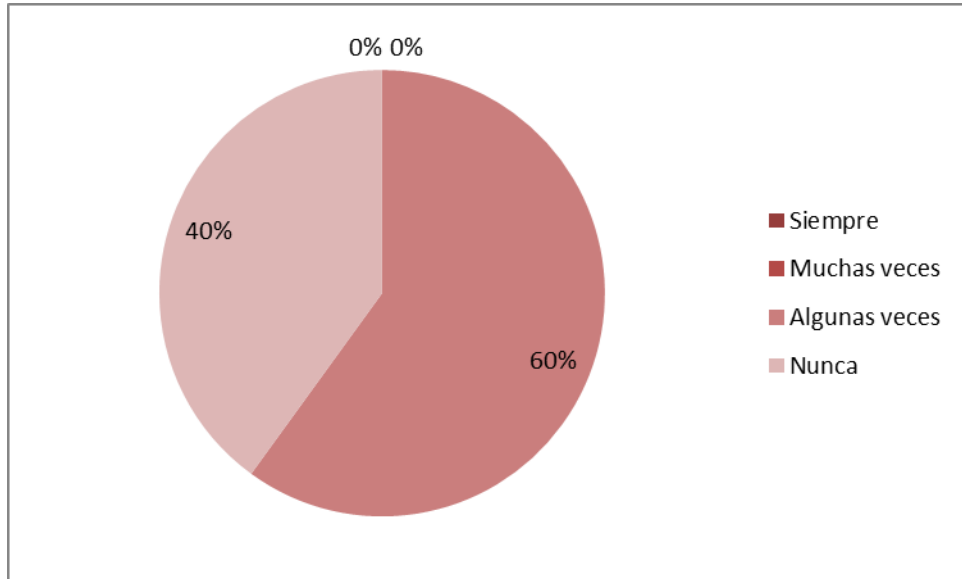
3. ¿Estas motivado para realizar grandes proyectos en tu vida?



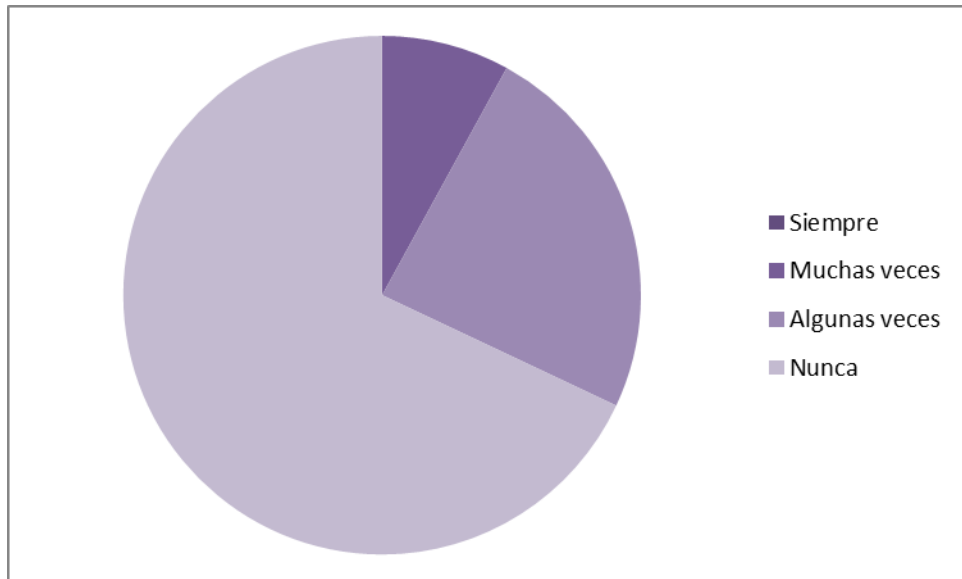
4. ¿Te sientes feliz la mayor parte del tiempo?



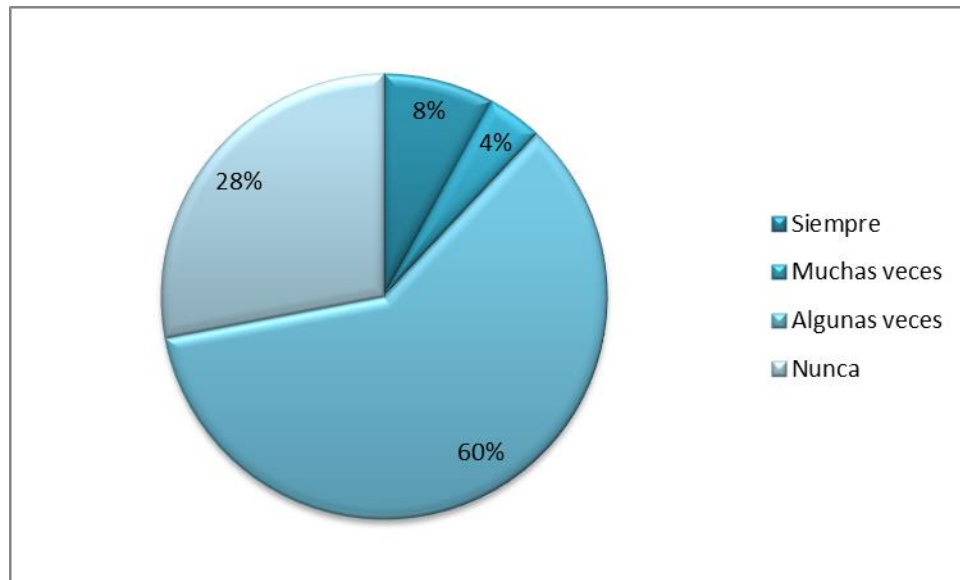
5. ¿Miras tu futuro sin ninguna esperanza?



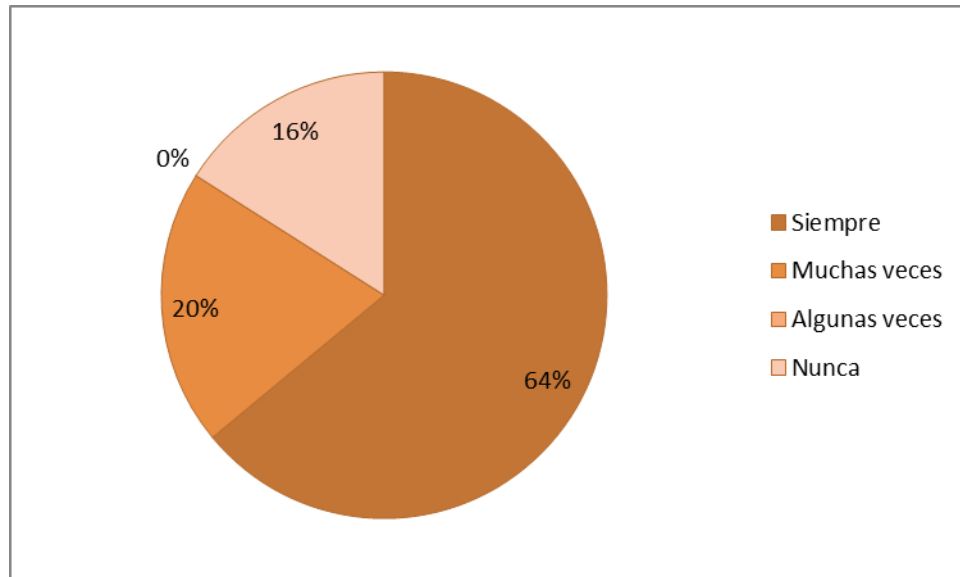
6. ¿Has pensado que vale más morir que vivir?



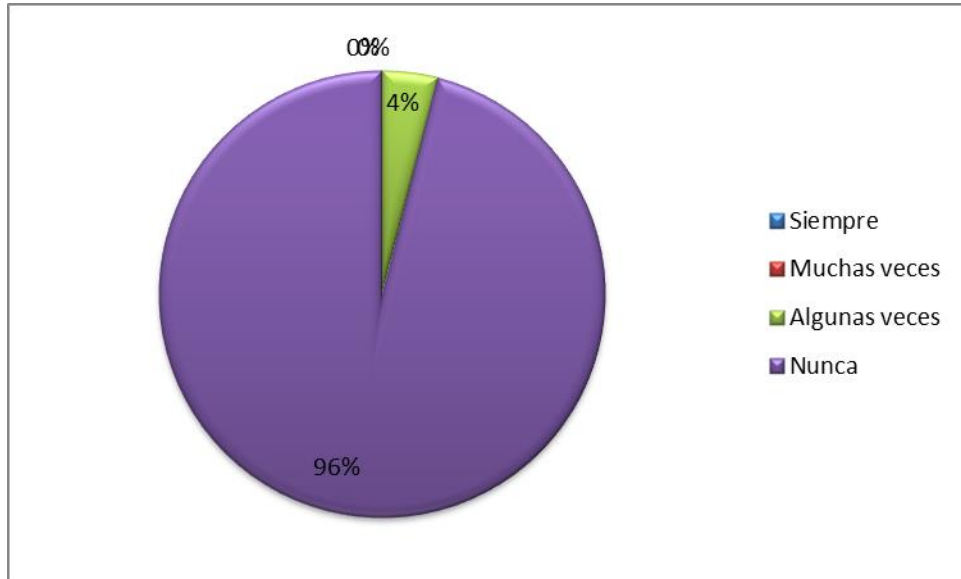
7. ¿Has experimentado la sensación que no vale la pena vivir?



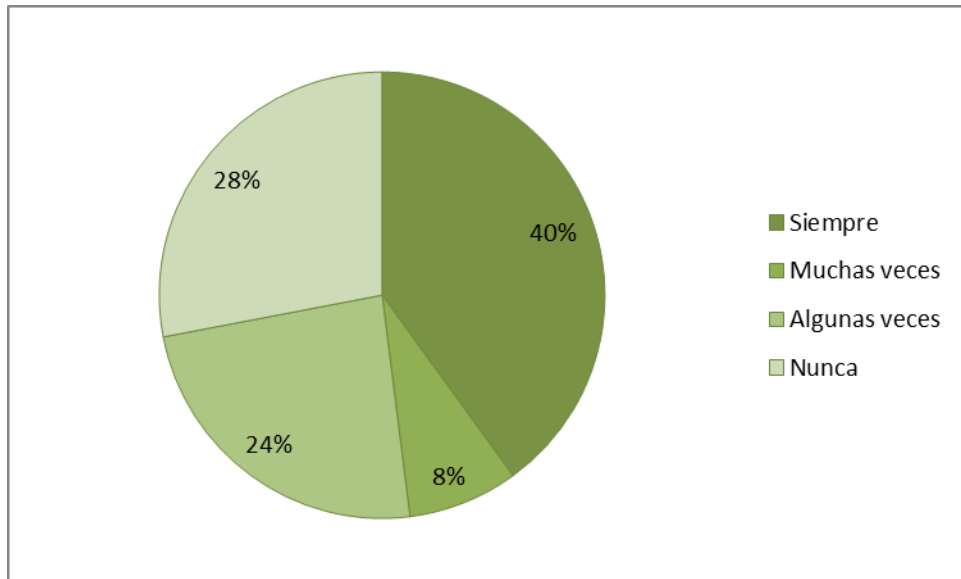
8. ¿Te sientes importante para tu familia?



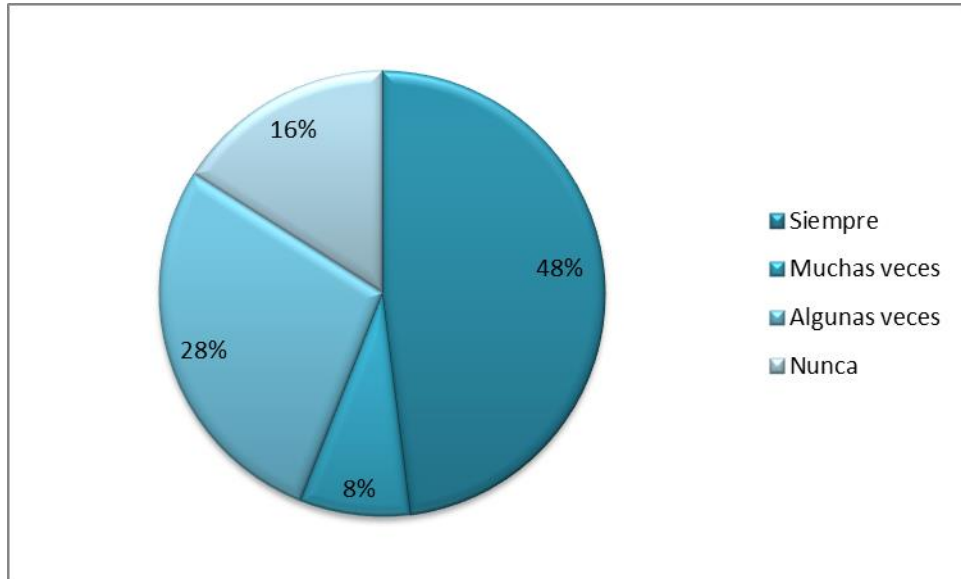
9. ¿Has pensado atentarte contra tu vida?



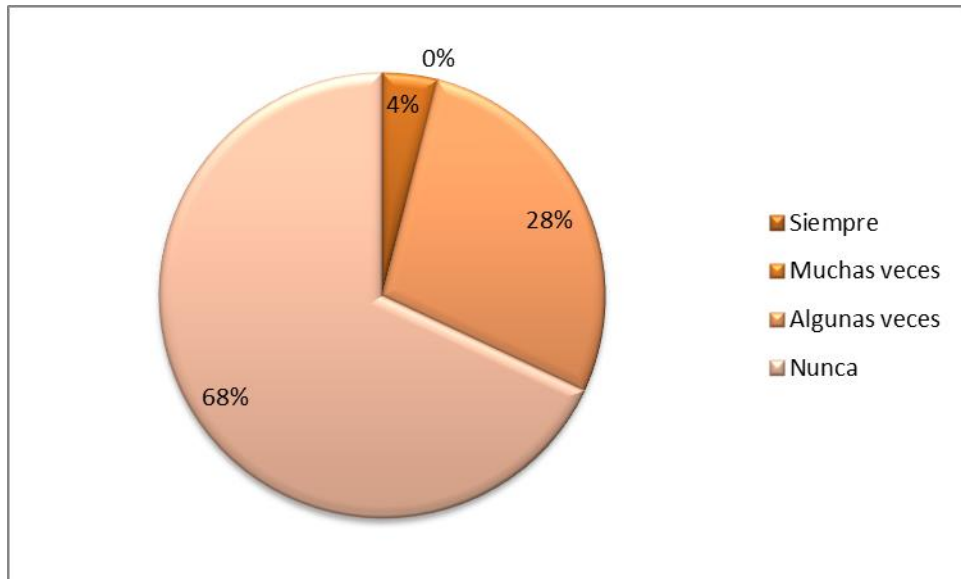
10. ¿Te despiertas con frecuencia durante la noche?



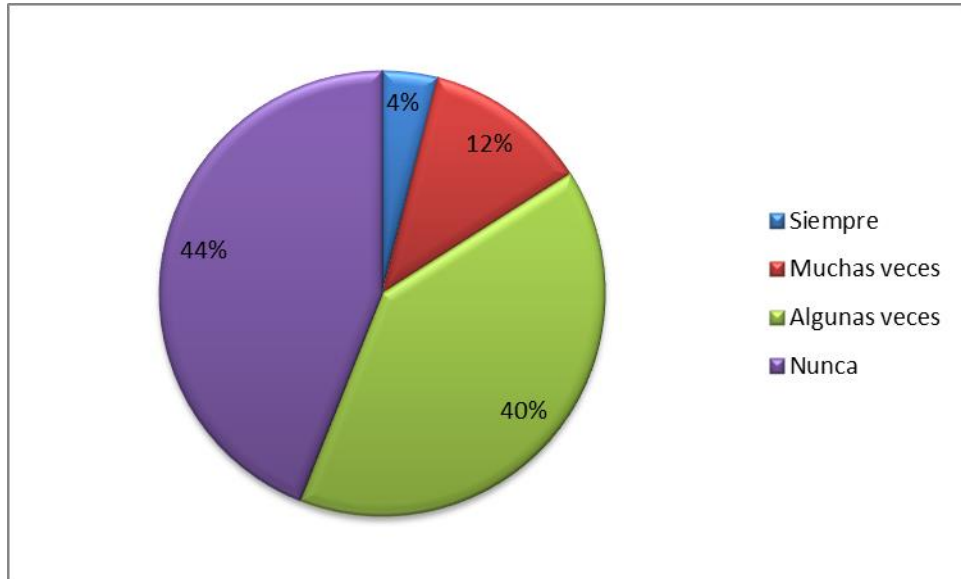
11. ¿La mayor parte del tiempo no tienes ganas de hacer nada?



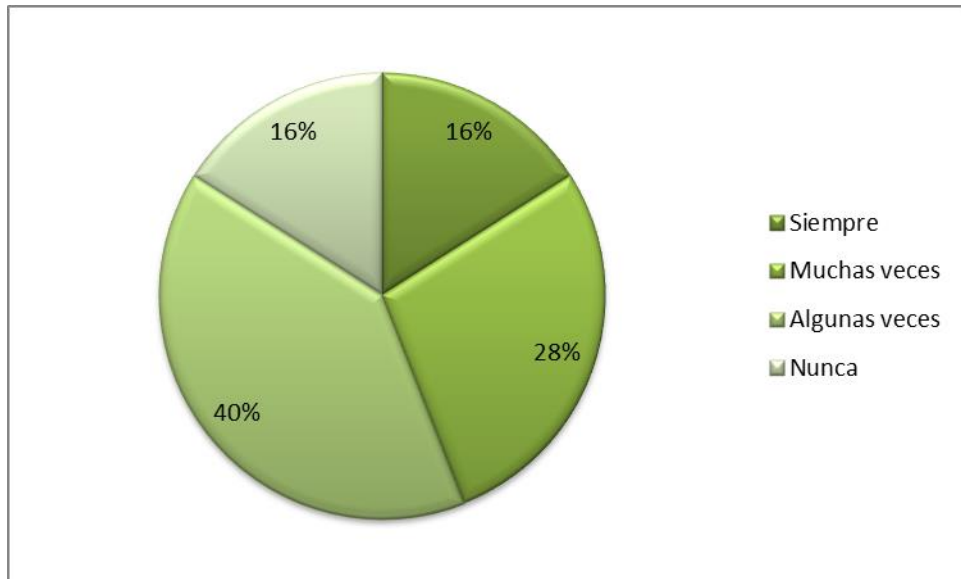
12. ¿Te imaginas que mueres?



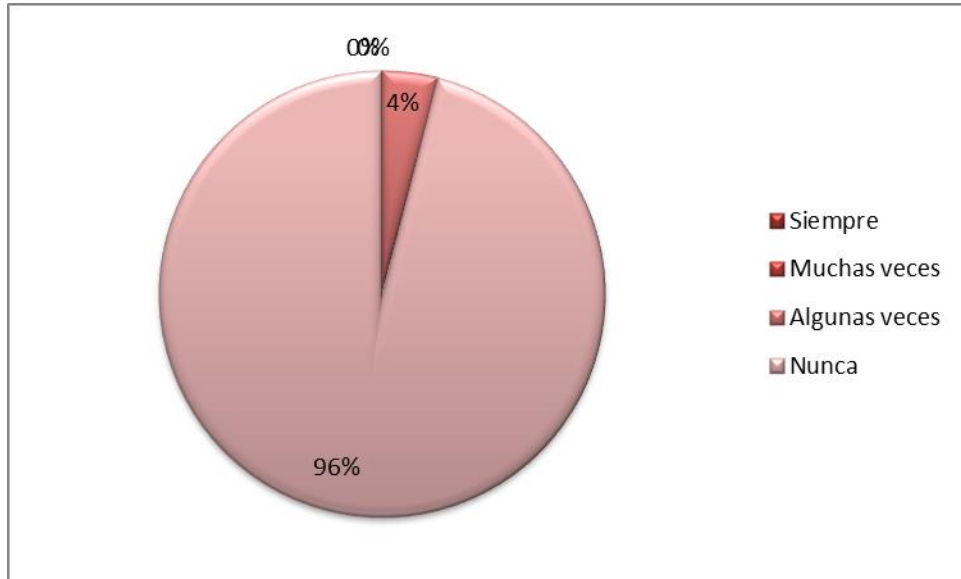
13. ¿Te has sentido muerto por dentro?



14. ¿Estando en el colegio te sientes cansado (a) la mayor parte de tiempo?



15. ¿Te imaginas que te haces heridas?



16. ¿Te sientes con ánimos para levantarte por las mañanas?

