

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el  
Trauma para Adolescentes con Presencia de Ideación  
Suicida Víctimas de Abuso Sexual en su Infancia**

Proyecto de Investigación

**Melisa Alexandra Ruales Álvarez**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito

para la obtención del título de

Psicóloga Clínica

Quito, 29 de abril de 2019

**Universidad San Francisco de Quito USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para  
Adolescentes con Presencia de Ideación Suicida Víctimas de Abuso  
Sexual en su Infancia**

**Melisa Alexandra Ruales Álvarez**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Cherie Elaine Oertel, Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 29 de abril de 2019

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Melisa Alexandra Ruales Álvarez

Código: 00124314

Cédula de Identidad: 1715954374

Lugar y fecha: Quito, 29 de abril de 2019

## RESUMEN

El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención de Terapia Cognitiva-Conductual enfocada en el Trauma (TF-CBT) para adolescentes de 13 a 17 años de edad, y que actualmente presentan ideación suicida y fueron víctimas de abuso sexual en su infancia. Los resultados para la siguiente investigación se miden mediante un diseño experimental que consiste en la post prueba, basado en un enfoque cuantitativo. En la post prueba se miden los resultados de las evaluaciones aplicadas a los participantes: el Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Desesperanza de Beck (HS). Por otro lado, se pide la respectiva autorización a los colegios públicos de Quito para mandar un consentimiento informado a los padres de familia para autorizar que sus hijo/as sean parte de la investigación. En cuanto a los resultados, se espera que haya una reducción o eliminación de la ideación suicida al trabajar directamente con el trauma. Así mismo, se espera que mediante esta terapia los adolescentes adquieran diferentes habilidades que puedan aplicar a la vida diaria.

Palabras claves: adolescentes, ideación suicida, abuso sexual infantil, depresión, trauma, terapia cognitiva-conductual

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is to evaluate the efficacy of a Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) intervention for adolescents from 13 to 17 years of age, and that they currently present suicidal ideation and were victims of sexual abuse in their childhood. The results for this investigation are measured by an experimental design consisting of a post test, based on a quantitative approach. In the post test, the results of the evaluations applied to the participants are based on: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Beck Hopelessness Scale (HS). On the other hand, the respective authorization is requested to the public schools of Quito to send an informed consent to the parents to get their authorization for their children to be part of this investigation. As for the results, it is expected that there will be a reduction or elimination of suicidal ideation when working directly with the trauma. Likewise, it is expected that through this therapy, adolescents acquire different skills that can be applied to their daily life.

Key words: adolescents, suicidal ideation, child sexual abuse, depression, trauma, cognitive behavioral therapy

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>8</b>
<b>La historia del abuso sexual en la infancia: una breve reseña</b>	<b>8</b>
<b>Problema</b>	<b>10</b>
<b>Pregunta de Investigación</b>	<b>10</b>
<b>Propósito del Estudio</b>	<b>11</b>
<b>Significado del Estudio</b>	<b>11</b>
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>13</b>
<b>La estructura familiar</b>	<b>13</b>
<b>Situación actual en el Ecuador</b>	<b>14</b>
<b>Abuso sexual</b>	<b>14</b>
<b>Suicidio en adolescentes</b>	<b>15</b>
<b>Características del abuso sexual</b>	<b>15</b>
<b>Frecuencia</b>	<b>16</b>
<b>Lugar</b>	<b>16</b>
<b>Características de las víctimas y abusadores</b>	<b>17</b>
<b>Víctimas</b>	<b>17</b>
<b>Abusadores</b>	<b>18</b>
<b>Efectos a corto y largo plazo del abuso sexual en la infancia</b>	<b>19</b>
<b>Corto plazo</b>	<b>19</b>
Indicadores físicos	19
Indicadores psicológicos	20
<b>Largo plazo</b>	<b>21</b>
Problemas sociales	21
Efectos en el ámbito sexual	22
Efectos psicológicos	22
<b>Psicopatologías comúnmente experimentadas después de un abuso sexual</b>	<b>22</b>
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	<b>22</b>
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	<b>24</b>
<b>Abuso sexual infantil y su relación con la ideación suicida</b>	<b>24</b>
<b>La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma (TF-CBT)</b>	<b>26</b>
<b>Fase de estabilización</b>	<b>28</b>
Psico-educación	28
Habilidades de los padres	29
Técnicas de relajación	29
Modulación afectiva	30
Procesamiento cognitivo	31
<b>Fase de narrativa del trauma</b>	<b>32</b>
Narración y procesamiento del trauma	32
<b>Fase de integración y consolidación</b>	<b>33</b>
Dominio in vivo	33
Sesiones conjuntas de padres e hijo/a	34
Mejorar la seguridad y el desarrollo futuro	35

<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada</b>	<b>36</b>
<b>Participantes</b>	<b>37</b>
<b>Herramientas de Investigación Utilizadas</b>	<b>38</b>
<b>Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)</b>	<b>38</b>
<b>Escala de Desesperanza de Beck (HS)</b>	<b>39</b>
<b>Cuestionario de Abuso Sexual Infantil (CSAQ)</b>	<b>39</b>
<b>Escala Modificada de Ideación Suicida (MSSI)</b>	<b>40</b>
<b>Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos</b>	<b>40</b>
<b>Consideraciones Éticas</b>	<b>42</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>45</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>47</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>47</b>
<b>Limitaciones del Estudio</b>	<b>48</b>
<b>Recomendaciones para Futuros Estudios</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO A: Carta Dirigida a Colegios para Reclutamiento de Participantes</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO B: Formulario Consentimiento Informado Padres</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO C: Formulario de Asentimiento Informado Menores de Edad</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO D: Cuestionario BDI-II (Beck Depression Inventory, II)</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO E: Escala de Desesperanza de Beck (HS)</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO F: Questionnaire on Child Sexual Abuse</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO G: The Modified Scale for Suicide Ideation</b>	<b>70</b>

## INTRODUCCIÓN

La investigación presenta numerosos estudios acerca del abuso sexual y los efectos consecuentes de esto; sin embargo, existen pocos estudios que se enfocan en la ideación suicida que una víctima de abuso sexual puede tener en su adolescencia y un tratamiento adecuado para ello. Por lo tanto, se propone un estudio que muestre una perspectiva más objetiva del tema y analizar si la Terapia Cognitiva Conductual ayuda a jóvenes adolescentes que han tenido un trauma de abuso sexual en su niñez. Mediante esta terapia se puede tratar diferentes síntomas psicológicos, los cuales puede incluir a la ideación suicida.

### **Antecedentes**

#### **La historia del abuso sexual en la infancia: una breve reseña.**

El abuso sexual infantil se caracteriza por contactos sexuales entre un adulto, ya sea de relación intrafamiliar o extrafamiliar, y un niño menor de edad (Cantón-Cortés & Rosario Cortés, 2015). Este contacto incluye actividades como “acariciar los genitales de un niño, penetración, incesto, violación, sodomía y exposición indecente” (APA, 2017). De igual manera, se puede definir a la violencia sexual como cualquier “conducta que amenace o violente el derecho de cada persona a decidir y ejercer de manera voluntaria todo lo que respecta a su sexualidad” (Acuña, 2014). Sacoto (2005) menciona cinco niveles distintos que definen la gravedad de un abuso sexual. El primer nivel incluye comportamientos sexuales verbales, exhibicionismo y la exposición de un niño a contenido pornográfico. El segundo nivel contiene el hecho de desvestir al niño, besarle y acariciarle con un objetivo sexual en mente. El tercer nivel incluye las “caricias de los genitales, el hacerse acariciar por el niño, las simulaciones de relaciones, la penetración digital” (p. 26). El cuarto nivel incluye el contacto oral-genital, y el quinto las relaciones sexuales, ya sean vaginales o anales.

El abuso sexual infantil ocurre cuando hay la presencia de algún tipo de actividad sexual donde no existe un consentimiento del niño. Este trata de un involucramiento de un



menor de edad en actividades sexuales de las cuales no está en capacidad para comprender. Un niño todavía no tiene el desarrollo suficiente para entender lo que está pasando, por lo cual no está preparado para dar un consentimiento de ningún tipo (Acuña, 2014). El abuso sexual en menores de edad es algo que afecta a ambos sexos en una cantidad significativa, pero se ha demostrado que hay mayor prevalencia en niñas con un 20% comparada con un 8% en niños (Cantón-Cortés & Rosario Cortés, 2015). Se debe tomar en cuenta que el abuso sexual viene acompañado con otros tipos de abuso, como maltrato físico, maltrato emocional o negligencia física o emocional.

Hay ciertas variables que deben ser tomadas en cuenta para identificar el impacto que el abuso sexual tuvo en el niño. Esto dependerá de la frecuencia y duración del abuso, la relación del niño con el abusador y si hubo o no uso de fuerza (Cantón-Cortés & Rosario Cortés, 2015). Se evidencia que las consecuencias a futuro del niño son más graves si el abuso tuvo más frecuencia y prolongado por más tiempo, si hubo presencia de fuerza y cuando existe una relación más cercana de la víctima y agresor, en especial si es algún tipo de relación incestuosa (Cantón-Cortés & Rosario Cortés, 2015). Se debe tomar en cuenta que también puede considerarse abuso sexual el hecho de que haya explotación sin contacto de un niño por un padre o cuidador, esto puede incluir “forzar, engañar, tentar, amenazar o presionar a un niño a participar en actividades para la gratificación sexual de otros” (APA, 2017). Esto no necesariamente incluye un contacto físico directo entre el niño y el abusador, pero es considerado abuso sexual.

Se presenta un gran vínculo entre el abuso sexual y un número de trastornos psiquiátricos y estilos de vida mal adaptativas en la adultez. Estos niños, por lo general, presentan un “bajo auto estima, ansiedad, depresión, ira y agresividad, estrés postraumático, disociación, abuso de sustancias, dificultades sexuales, preocupaciones somáticas” (Lalor & McElvaney, 2017). Estos síntomas varían y dependen mucho de la severidad del abuso, si

hubo penetración o no, e influyen en el riesgo de problemas sociales o de salud en la vida adulta (Lalor & McElvaney, 2017).

Es de gran importancia poder continuar con las investigaciones dentro del área del abuso sexual infantil para que se puedan plantear más propuestas de prevención e intervención para aquellos que son o fueron víctimas. Como se ha visto, es algo que causa un daño inmenso en la vida de un niño, tanto a corto como a largo plazo y es importante poder seguir estudiando este tema para ayudar con un tratamiento para víctimas y sobrevivientes que han sufrido de un abuso sexual y poder aliviar su sufrimiento.

### **Problema**

Es muy común que un abuso sexual en un niño no sea tratado psicológicamente, lo cual puede traer muchos problemas en la adolescencia y vida adulta si este trauma no es tratado en el momento. Un problema importante que se ha podido identificar es que los adolescentes que fueron expuestos a un trauma debido al abuso sexual en su infancia presentan más riesgo de ideación suicida. Se ha demostrado que al ser expuesto al abuso sexual en la infancia lleva a un aumento significativo de una salud mental dañina en la adolescencia y adultez temprana. Se da la presencia de distintos trastornos mentales que afectan a la salud de los adolescentes y puede llevar a la idea de terminar con su vida para parar su sufrimiento interno. Se encontró un aumento de la ideación y conducta suicida dentro de un grupo de hombres y mujeres adolescentes que fueron víctimas de abuso, de distintos grupos étnicos entre los 16 a 25 años (Amitai & Apter, 2012). Mientras más grave ha sido el abuso en su infancia, el riesgo de intentos de suicidio aumenta.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el trauma para adolescentes sobrevivientes de trauma sexual?

### **Propósito del Estudio**

El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de un tratamiento para trabajar en el trauma de los adolescentes que fueron abusados sexualmente en su infancia y que actualmente presentan varios problemas emocionales que incluyen a la ideación suicida. Se han encontrado estudios que demuestran que estas víctimas pueden presentar trastornos depresivos, síntomas y trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas y autolesivas (Rodríguez, Aguiar & García, 2012). Dentro de estos problemas emocionales se evidencia la ideación suicida que tienen por este suceso, hasta muchos llegan a tener intentos suicidas o completan un suicidio.

Se propone la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el trauma para trabajar los traumas de la infancia en la adolescencia. Esta terapia fue diseñada para poder trabajar con los distintos impactos negativos que niños entre 3 a 17 años de edad tienen a partir de eventos de vida estresantes o traumáticos (Holtzhausen, Ross & Perry, 2016). Se emplea una psicoeducación a la víctima y sus familiares y se desarrollan mecanismos de defensa para el momento en el que son confrontados con algún tipo de sentimiento y/o memoria relacionado con un abuso. Se ha demostrado que el enfoque en el trauma de este tratamiento es de las prácticas basadas en la evidencia más efectiva que se utiliza para el trastorno de estrés postraumático, depresión o síntomas relacionados que han sido causa de una experiencia traumática (Holtzhausen, Ross & Perry, 2016). Por lo tanto, mediante esta terapia se pretende medir su eficacia en la adolescencia para disminuir o eliminar la ideación suicida que es acompañada por un trastorno mental que surgió de una experiencia traumática en la infancia.

### **Significado del Estudio**

La importancia de este estudio es poder evaluar la eficacia de un tratamiento adecuado para que se reduzcan las muertes causadas por suicidio en menores de edad al identificar un

factor de riesgo específico, como el abuso sexual. El Ecuador presenta varias leyes dentro de la Constitución que van en contra del abuso sexual. De igual manera, se evidencian diferentes métodos de prevención y campañas informativas para traer consciencia hacia los ecuatorianos sobre la situación del abuso sexual del país. Sin embargo, no hay suficientes estudios para tratar las consecuencias que estos niños van a llegar a tener a futuro. Por lo cual, es de gran importancia que se identifiquen los diferentes factores a corto y largo plazo y se identifique un plan de tratamiento adecuado para aquellos que en algún punto de su vida fueron abusados sexualmente.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### La estructura familiar

Existen ciertas características dentro de una estructura familiar que los hace más propensos a ser parte de una situación de “riesgo”, una situación donde se podría encontrar un abuso sexual en un niño. Se ha encontrado que el abuso está fuertemente ligado con la estructura familiar, ya que en la mayoría de casos, específicamente de 50 a 75%, el abusador es una persona conocida dentro del núcleo familiar. Para que una familia forme parte de una estructura en estado de “riesgo”, se consideran ciertas características que influyen en el sistema donde se puede presentar un posible abuso: “la ausencia de uno de los padres biológicos, la no-disposición de la madre, los conflictos y violencia dentro de la pareja, la mala relación entre los padres y los hijos, y la presencia de un padrastro” (p.10). Estas características básicamente mencionan una estructura familiar donde una relación entre padre e hijo está mal estructurada o cuando la relación de pareja de los padres se ve deteriorada. (Sacoto, 2005)

Dentro del escenario familiar, cuando ocurre un abuso sexual, se ha visto que predomina el silencio y la complicidad de las redes sociales y familiares. Ciertos familiares son aquellos que asumen estos comportamientos como naturales y lo tratan de normalizar contra los menores. Dentro de los delitos sexuales reportados en los escenarios familiares, se ha encontrado que 50,06% de las denuncias ocurren en la vivienda y con un familiar cercano o conocido de la familia como el presunto agresor (Franco & Ramírez, 2016).

Se debe considerar la violencia doméstica hacia los menores de edad cuando se habla de abuso sexual, ya que en muchas familias predomina la expresión de conductas violentas dirigidas hacia los menores. Estas conductas se relacionan con la “desestructuración del hogar, la obligada actividad laboral de la madre, la intrusión de la familia extensa, la presencia de una nueva pareja, el ejercicio de la violencia como método educativo y algunos

patrones culturales” (Franco & Ramírez, 2016, p.53). Por lo tanto, cuando hay presencia de violencia en el hogar hacia un menor de edad, es común que este escale a un abuso sexual.

### **Situación actual en el Ecuador**

#### **Abuso sexual.**

De acuerdo al Ministerio de Educación (2018), en Ecuador, desde el 2014 hasta el 2018 se recibieron 4.111 denuncias de violencia sexual, donde 2.274 ocurrieron fuera del entorno escolar. Por otro lado, el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2018) indica distintos datos importantes que deben ser tomados en cuenta sobre la situación actual del país. 1 de 10 mujeres de 15 años o más reportaron haber sido abusadas sexualmente durante su infancia o adolescencia. De este valor, el 9% fueron besadas o su cuerpo fue tocado en contra de su voluntad, el 7% mencionan que sus partes íntimas fueron tocadas sin su consentimiento, y el 4% señalan haber sido obligadas a desvestirse y mostrar sus partes íntimas. Por otro lado, de 4.854 denuncias de violencia sexual entre 2015 y 2017 contra niños y adolescentes, 2.673 están directamente relacionadas al ámbito educativo. Así mismo, de cada 10 víctimas de violación, 6 corresponden a niños y adolescentes y el 65% de casos de violencia sexual son cometidos por familiares. (Consejo de Igualdad Intergeneracional, 2018)

Según la Encuesta Nacional de Violencia de Género y la Agenda Nacional de las Mujeres e Igualdad de Género, reportan que 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia en sus vidas, ya sea psicológico, físico, sexual y/o patrimonial. Así mismo, mencionan que 1 de cada 10 mujeres han sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad (UNICEF, s.f.). Por otro lado, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013) reporta que de 10 mujeres, 6, entre los 15 a 64 años, han sido víctimas de violencia en sus vidas. Muchos casos por lo general no se denuncian, pero se ha encontrado que el 10,8% de mujeres, adolescentes y niñas que han sido víctimas de violencia sexual, han presentado una denuncia. Sin embargo, el 40% no dio a conocer el hecho a ninguna persona, por lo que

al 28% de aquellas que reportaron no les creyeron, y al 16,3% de víctimas, les pidieron que no mencionaran lo sucedido.

### **Suicidio en adolescentes.**

Según lo que reporta el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2013 ocurrieron 676 suicidios en total, de los cuales 179 fueron cometidos por adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. Por lo tanto, según las proyecciones del INEC, 5.79 por cada 100.000 adolescentes entre los 10 y 19 años son víctimas de suicidio en el Ecuador (UNICEF Ecuador, 2007). Los suicidios en adolescentes han aumentado a lo largo de los años; en el 2010 la tasa de suicidio por 100 mil adolescentes fue de 8, mientras que en el 2016 incrementó a 10. Se reporta que en el 2006, 137 adolescentes murieron, y en el 2016, murieron 192. De este valor, 109 suicidios fueron realizados por hombres y 83 por mujeres. Este es un cambio significativo, ya que desde 1997 hasta el 2007, el suicidio en mujeres adolescentes era más alto y ocupaba el primer lugar. (OSE, 2019)

Como se mencionó previamente, el promedio nacional del suicidio adolescente es de 10 por cada 100 mil adolescentes en el Ecuador. Según la OSE (2019), la tasa más alta de suicidio adolescente ocurre en Zamora Chinchipe, donde llega a 53 por 100 mil adolescentes. Le sigue el Napo, otra provincia amazónica, donde la tasa es de 33 por 100 mil adolescentes. Por otro lado, Cañar y Azuay presentan una alta migración de padres, por lo cual se registran tasas de 33 y 22 por 100 mil adolescentes. En Cotopaxi existe una fuerte presencia indígena y tienen una tasa de 29 por 100 mil adolescentes. Otras provincias que superan al promedio nacional son: “Pastaza (13), Orellana (14), Bolívar (15), Tungurahua (16) y Morona Santiago (20)” (p. 78).

### **Características del abuso sexual**

Como se ha mencionado anteriormente, las niñas son víctimas de abuso sexual más frecuentemente que los niños. En cuanto al abuso sexual en sí, se ha demostrado que en el

100% de casos ha existido contacto físico y el más común con un 72% es la penetración, el cual según Sacoto (2005) es parte del quinto nivel del cual se determina la gravedad de un abuso sexual. De igual manera, se ha demostrado que en el 28% de los casos se ha utilizado la fuerza contra el niño y en promedio un abuso dura alrededor de 1 año y 6 meses (Acuña, 2014). Según un estudio realizado por Al-Mahroos y Al-Amer (2011), se indica que la forma de abuso sexual más común son los tocamientos genitales (62,5%), seguido por la sodomía (39%), la penetración vaginal (22%), la exposición a la pornografía (10%) y el contacto oral-genital (9%). Por lo tanto, enfatizando las etapas descritas por Sacoto (2005), se toma en cuenta como contactos más riesgosos desde el nivel tres, el cual incluye las “caricias de los genitales, el hacerse acariciar por el niño, las simulaciones de relaciones, la penetración digital”, hasta el nivel 5 que presenta la penetración, tanto vaginal como anal.

### **Frecuencia.**

La frecuencia del abuso depende de la naturaleza de ello y del género de la víctima. Hay casos que suelen ser aislados y otros que son crónicos. En cuanto a estadísticas, se ha encontrado que en el 49,8% de los casos el abuso sexual ha sido aislado. En el 23,4% de los casos el abuso ocurrió en varias ocasiones; y de este porcentaje, el 71,4% de niños tuvieron un abuso prolongado durante un año. El 26,8% de víctimas fueron abusados continuamente; de este valor, el 45,8% de casos de abuso ocurrían varias veces al año, y el 16,7% de casos ocurrían varias veces por semana. (Acuña, 2014)

### **Lugar.**

Es muy común que el abuso ocurra dentro de la casa de las víctimas o del abusador, por lo general son sitios que supuestamente son considerados seguros para los niños y espacios donde el abusador domina. Por lo tanto, se considera menos frecuente que un abuso ocurra en lugares oscuros, abandonados, extraños o solitarios. Con esto, también se puede



tomar en cuenta que la mayoría de abusos sexuales son cometidos por personas cercanas al niño. (Acuña, 2014)

El género del niño también puede tomar un rol importante, ya que un abuso en niñas suele ocurrir más dentro del hogar y para niños en lugares públicos. En el 43,18% de casos se ha encontrado el acto de un abuso sexual dentro del hogar de la víctima, en el 15,9% ha ocurrido en casas de familiares o conocidos y en otros sitio, por ejemplo una guardería. (Acuña, 2014)

### **Características de las víctimas y abusadores**

Los agresores del abuso sexual en menores de edad suelen ser varones y ocurre comúnmente dentro de la familia, siendo 8 de cada 10 casos los padres, esposos o parientes (Franco & Ramírez, 2016). Cuando esto ocurre dentro de una familia es cuando es menos denunciado. Sin embargo, cuando el abuso si es denunciado, se encuentra que del 50.06% de casos de delito sexual, el agresor suele ser un familiar cercano o conocido de la familia, lo cual indica que más del 50% de casos de abuso sexual ocurren dentro de la familia (Franco & Ramírez, 2016). Se estima que 1 de cada 12 niños han experimentado algún tipo de abuso sexual. En general, el 82% de casos denunciados en total ocurre los 0 a 14 años de edad de las víctimas y suele ocurrir, aproximadamente, en el 7 a 36% de mujeres y el 3 a 29% de hombres (Acuña, 2014; Franco & Ramírez, 2016).

### **Víctimas.**

La edad con más vulnerabilidad para un abuso es entre los 10 y 14 años de edad y es más común que se de en el grupo de niñas. El sexo femenino es de 2 a 4 veces más frecuente que el masculino en recibir un abuso sexual y ocurre antes de los 12 años, mientras que en varones ocurre entre los 12 y 13 años de edad. En base a esto, se ha encontrado que hay mayor frecuencia de abuso sexual en niños de preescolar y la escuela. Se considera la vulnerabilidad de los menores ya que requieren de cuidados y protección especial que los

adultos ya no necesitan y por lo general se da en situaciones de desigualdad de género. (Acuña, 2014; Franco & Ramírez, 2016)

Algunos niños presentan ciertas características que los hacen más propensos a ser abusados sexualmente. Se puede destacar el hecho que ciertos niños provengan de una estructura familiar socialmente deprivada y desorganizada. De igual manera, puede influir la disfunción marital de los padres dada por una separación y/o violencia doméstica. Por otro lado, existen otras características sin relación con la estructura familiar que se pueden asociar con un mayor riesgo de abuso sexual, como el “atractivo físico, el temperamento o la madurez física” (Franco & Ramírez, 2016, p.54).

Estos factores de riesgo pueden ser divididos en dos partes, relacionados directamente con el niño o indirectamente. Aquellos directamente relacionados con el niño incluyen: “edad y género, aspecto físico, ser un hijo no deseado o adoptado, alteración o discapacidad física, mental o de desarrollo, hiperactividad, ser un niño con mayores necesidades afectivas o ser más expresivo” (p.4). Por otro lado, se reconocen los factores de riesgo indirectos porque se dan por medio del cuidador del niño, esto incluye: “ausencia de armonía marital, métodos disciplinarios fuertes y físicos, aislamiento social de la familia, encargado farmacodependiente o alcohólico, estatus socioeconómico bajo, habitar barrios en condiciones de pobreza, pertenecer a familias numerosas o desempleo” (p.4). (Acuña, 2014)

### **Abusadores.**

La población del perpetrador del abuso sexual es muy diversa y no necesariamente llega a ser considerado un pedófilo, sin embargo se pueden observar ciertas tendencias y asociaciones, pero el abusador puede llegar a tener cualquier tipo de identidad. Por lo general, en la mayoría de casos (95,5%) el abusador es del sexo masculino y suele ser alguien conocido o cercano a la víctima y en el 70% de casos suele ser un miembro de la familia, usan amigo, un cuidador del niño, o en especial una figura paterna (Acuña, 2014). Sacoto

(2005) presenta una investigación en la cual se encontró que de 19 abusadores, el “52,6% eran padres y/o padrastros, 21,1% eran otros parientes hombres, 21,1% eran hombres conocidos, pero sin parentesco y solamente el 5,3%, un hombre extraño” (p. 33).

Acuña (2014) encuentra que pueden existir dos picos de edades entre los abusadores, primero puede ocurrir durante su adolescencia, por lo cual hay un aumento en las conductas delictivas; la segunda edad es alrededor de los 30 años donde el contacto con menores de edad ocurre con más frecuencia. El abusador, por lo general, suele premeditar y planificar el abuso y casi nunca es atrapado o detenido. Para poder llevar a cabo el abuso sexual, el abusador utiliza distintas estrategias como el “convencer a la víctima con engaños, sobornos, decirle que es parte de un juego, utilizar el afecto como herramienta, hacer uso de la fuerza o la seducción” (p.5).

### **Efectos a corto y largo plazo del abuso sexual en la infancia**

El ser abusado sexualmente en la infancia es algo que por mucho tiempo deja marcas emocionales en la víctima. Muchas veces este abuso no se denuncia por distintas razones, lo cual hace que el niño no reciba tratamiento en el momento adecuado. Por lo tanto, mientras estas marcas emocionales son más antiguas, se vuelven más difíciles de tratar. De igual manera, existe la posibilidad de que la víctima del abuso no desarrolle algún problema aparente en la infancia, pero es más probable que aparezcan como problemas nuevos en la adultez. (Rodríguez, 2012)

#### **Corto plazo.**

##### ***Indicadores físicos.***

Un abuso sexual puede ser acompañado por otros tipos de violencia, por lo cual es común observar ciertas lesiones físicas. En la etapa aguda seguida de un abuso se pueden identificar dificultades para caminar o sentarse, la ropa interior se puede encontrar ensangrentada o rasgada, presencia de escoriaciones, hematomas en pubis, hematomas por

succión en el cuello y/o mamas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo, rupturas del himen, entre otros (Franco & Ramírez, 2016).

Las lesiones causadas por penetración incluyen: laceraciones vaginales superficiales hasta profundas con un riesgo de shock hipovolémico. A pesar de la presencia de una penetración vaginal, se ha encontrado que apenas el 16% de víctimas mujeres presentan cambios en el himen. (Acuña, 2014)

### *Indicadores psicológicos.*

El abuso sexual es la forma de maltrato que más causa alteraciones mentales en la vida de un menor. Un 64% de niñas llegan a tener algún diagnóstico psiquiátrico, siendo los más comunes: trastorno de ansiedad, trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), depresión, fobias, entre muchos más. De igual manera, es muy común que tengan alteraciones en el sueño, ya que pueden tener pesadillas e insomnio. Dentro de los trastornos de ansiedad, el más común que suele presentarse es el trastorno de estrés postraumático (TEPT), en el cual se reportan muchas quejas somáticas y un sentimiento de intenso temor en la infancia. (Franco & Ramírez, 2016)

Así mismo, se deben tomar en cuenta las emociones que un niño puede estar sintiendo después de ser abusado. La culpabilidad es uno de los sentimientos que puede surgir en un niño, ya que se puede sentir responsable del bienestar familiar. Igualmente, la angustia se presenta por una pérdida de las guías y una impresión de falta de seguridad ya que los adultos no cumplen con su rol de protección como deberían. Este sentimiento se puede manifestar de distintas maneras, como por actitudes regresivas, conductas depresivas o somatización. También se presenta la vergüenza al disminuir la autonomía de su yo, como la confianza que tenía para establecer relaciones y tener un grupo de apoyo social. De la misma forma, la autoimagen de una víctima de abuso sexual se ve dañada por las repetidas agresiones a su cuerpo, las amenazas y el secreto mantenido. (Sacoto, 2005).

**Largo plazo.**

Los efectos que se producen a largo plazo en aquellas víctimas se encuentran a partir de los dos años después del abuso. Estos efectos se presentan en, aproximadamente, un 20% de las víctimas que fueron abusadas sexualmente en su infancia. Estas son menos frecuentes que las consecuencias que se presentan inicialmente, sin embargo, es un factor de riesgo importante que debe ser tomado en cuenta, en especial si hubo la presencia de un abuso sexual en la infancia. Se deben considerar los factores que van a estar presentes en un proceso de desarrollo y la presencia de diferentes trastornos psicopatológicos que se pueden presentar en la edad adulta. (Rodríguez, 2012)

***Problemas sociales.***

Las personas que fueron abusadas sexualmente en su infancia tienen más predisposición para el “alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas de abuso, prostitución, delincuencia, fuga del hogar, fracaso y deserción escolar, desempleo, embarazo adolescente o no deseado, conflictos familiares, dificultades para establecer relaciones interpersonales” (Acuña, 2014, p.7). Por otro lado, pueden haber dos posibles salidas para aquellas víctimas; algunos no logran integrarse de manera adecuada por miedo y desconfianza hacia los demás, mientras que otros dependen totalmente de ciertas personas con las cuales han podido establecer relaciones cercanas (Sacoto, 2005).

Sacoto (2005) menciona la importancia que tiene el vínculo como mediador de las consecuencias presentadas de un abuso. Depende el tipo de vínculo que uno tenga para identificar posibles problemas sociales que se presentan a largo plazo. Por ejemplo, los adultos de tipo preocupados, quienes fueron niños de tipo ambivalente, idealizan a los demás y se auto-desvalorizan. Esto los convierte en personas “de riesgo” para la revictimización y la desilusión en las relaciones sociales. Por otro lado, los adultos de tipo rechazante, quienes fueron niños rechazantes también, van por un camino diferente y se aíslan socialmente.

### ***Efectos en el ámbito sexual.***

Se ha demostrado que aquellos que fueron abusados de niños presentan una mayor predisposición para la hipersexualidad, con mayor frecuencia de patrones de masturbación, mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, conductas sexuales riesgosas, entre otros, lo cual se atribuye a una disrupción en el proceso de maduración sexual (Acuña, 2014).

Por otro lado, pueden presentar ciertos problemas sexuales, desde enfermedades de transmisión sexual hasta disfunciones sexuales. Se ha observado que aquellos que fueron abusados de niños tienen una prevalencia 2 veces mayor de tener VIH-SIDA. En general, tienen mayor predisposición de adquirir algún tipo de enfermedad de transmisión sexual a lo largo de su vida, lo cual va acompañado de conductas sexuales riesgosas. En cuanto a las disfunciones sexuales, las más comunes siendo anorgasmia, insatisfacción sexual, vaginismo, disfunción eréctil o trastornos de la eyaculación. Muchas de estas disfunciones se pueden dar por una ansiedad anticipatoria, expectativas negativas ante los encuentros sexuales o alteraciones sobre la percepción del sexo. (Acuña, 2014)

### ***Efectos psicológicos.***

Los sobrevivientes tienen una mayor tendencia a presentar “depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, suicidio e ideación suicida, baja autoestima, enuresis o encopresis, trastornos alimentarios, trastornos del sueño”. De igual manera, las víctimas muchas veces pueden tener sentimientos de culpa y dificultad de confiar en otras personas, lo cual puede generar alguna psicopatología (Acuña, 2014). Por otro lado, un estudio ha señalado que aquellas víctimas de un abuso sexual presentan una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar algún trastorno de personalidad que en una población general (Rodríguez, 2012).

### **Psicopatologías comúnmente experimentadas después de un abuso sexual**

#### **Trastorno depresivo mayor.**

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (2017), la depresión es parte de un trastorno del estado de ánimo, el cual es caracterizado por un bajo estado de ánimo, disminución de interés en actividades placenteras, cambios en el apetito o peso, insomnio o hipersomnias, retraso o agitación psicomotora, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, pobre concentración e ideación suicida pensamientos recurrentes de la muerte. Para que alguien pueda ser diagnosticado con un trastorno de depresión mayor algunos o la mayoría de estos síntomas deben estar presentes en conjunto por dos o más semanas.

Según Franco y Ramírez (2016), los infantes que han sido abusados sexualmente tienen mayor frecuencia de intentos de suicidio y depresión como resultado de un bajo autoestima, sentirse sucio y una desvalorización personal. Así mismo, existe evidencia que señala que pacientes con depresión y un trauma temprano presentan una “edad de aparición más temprana de la enfermedad, mayor cronicidad y recurrencia, mayor comorbilidad con cuadros ansiosos y abuso de sustancias, mayor frecuencia de síntomas psicóticos, mayor dificultad interpersonal, alta suicidalidad y pobre respuesta a los tratamientos farmacológicos” (Vitriol et al., 2017, p.125).

Los individuos con una historia previa de trauma o abuso presentan mayor riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en algún momento de sus vidas. Por lo general, las mujeres adolescentes reportan más un trastorno depresivo con un 15,9% a diferencia de los hombres adolescentes con un 7,7%. Esta diferencia entre género aparece más entre los 13 y 15 años de edad y se vuelve más pronunciado entre los 15 y 18 años de edad. Por otro lado, las tasas de recurrencia de la depresión a lo largo de la adolescencia es aproximadamente 40% dentro de 2 años y el 70% dentro de 5 años. (O’Mara, Lee & King, 2013)

Aquellos adolescentes que presentan depresión, por lo general tienen más comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Las mujeres adolescentes son “28 veces más propensas a reportar un trastorno de ansiedad, diez veces más propensas a reportar un

trastorno de conducta, siete veces más propensas a reportar un trastorno desafiante oposicional y tres veces más propensas a reportar uso de sustancias” (p.523). Por otro lado, los hombres adolescentes con depresión son “28 veces más propensos a reportar ansiedad, 10 veces más propensos a reportar uso de sustancias, el doble de probabilidad de reportar un trastorno de déficit de atención/hiperactividad y 17 veces más propensos a reportar un trastorno desafiante oposicional” (p.523). (O’Mara, Lee & King, 2013)

### **Trastorno de estrés postraumático.**

El trastorno de estrés postraumática (TEPT) puede resultar de una experiencia traumática o eventos que amenazan a la vida. Las personas con TEPT, por lo general reviven estas experiencias mediante pesadillas o ‘flashbacks’. Muchos reportan dificultad para dormir y su comportamiento se vuelve cada vez más separado del resto. Estos síntomas se ven agravados cuando hay comorbilidad con otros trastornos, como la depresión, uso de sustancias y problemas de memoria y cognición. A largo plazo, este trastorno puede llevar a la víctima a una discapacidad en la habilidad del funcionamiento en la vida familiar o social, el cual lleva a la “inestabilidad ocupacional, problemas maritales, discordias familiares y dificultades en la crianza” (p.504). Este trastorno puede llegar a ser lo suficientemente severo para perjudicar la vida diaria de la persona, y en un extremo, llevarlo a tendencias suicidas. (Iribarren et al., 2005)

El estrés postraumático crónico es asociado en primer término al abuso sexual infantil, seguido por la muerte repentina de un ser querido. El TEPT en la infancia causa serios problemas dentro del desarrollo social, educativo y biológico, los cuales dificultan el procesamiento social con niveles extremos de ansiedad que llegan a interferir en el aprendizaje escolar del infante (Franco & Ramírez, 2016).

### **Abuso sexual infantil y su relación con la ideación suicida**



La ideación suicida es caracterizada por pensamientos o ideas de la propia muerte sin intención de actuar sobre esos pensamientos (O'Mara, Lee & King, 2013). Según Pérez-González y Pereda (2015), la presencia de la ideación suicida es el doble de alto en aquellas víctimas de un abuso sexual en su infancia que los que no fueron víctimas. Estos pensamientos pueden variar, ya que la ideación suicida puede aparecer de distintas formas: “el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la idea suicida con una adecuada planificación” (p.471). La última mencionada es considerada la de mayor gravedad. Se debe aclarar que la ideación suicida es sólo un pensamiento sin necesariamente una implicación de que alguien llegue a hacerlo, sin embargo, la ideación se puede convertir en diferentes conductas autodestructivas que pueden llevar a la muerte. (Blandón et al., 2015)

En un estudio realizado en Boyacá, Colombia, se intentó identificar la relación entre el abuso sexual y la ideación suicida entre 85,444 participantes. Se hizo un énfasis en el abuso sexual por tocamientos y el abuso sexual por penetración. Según los resultados de este estudio, el 17,6% (226 participantes) presentaron ideación suicida negativa, en general, con mayor frecuencia en el género femenino entre 14 y 17 años de edad. En cuanto al abuso sexual por tocamiento, se encuentra un total de 70 reportes, equivalente al 5,4% de la muestra total, siendo de este valor el 71,4% mujeres y el 28,6% hombres. Del total de participantes que presentan riesgo de ideación suicida, el 11,5% ha sido víctima de este tipo de abuso sexual. Por otro lado, se encontró que entre los participantes el 1,9% (25 jóvenes) reportaron haber sido víctimas de un abuso sexual por penetración, donde 17 eran mujeres y 8 hombres. De los estudiantes participantes que presentaron ideación suicida en el estudio, se encontró que el 11,5% habían sido víctimas de abuso sexual por tocamientos. Por otro lado, el 52% de participantes que habían reportado haber sido abusados sexualmente por penetración presentaron riesgo de ideación suicida. En cuanto a los resultados obtenidos por este estudio,

se concluye que si existe una asociación significativa entre el abuso sexual y la ideación suicida. (Pérez, Martínez, Vianchá & Avendaño, 2017)

En otro estudio realizado por Bahk et al. (2017) en el Hospital Ilsan Paik de la Universidad de Inje, su objetivo era explorar la relación entre el maltrato infantil y la ideación suicida. Como hipótesis, mencionaron que el abuso sexual, físico, emocional y negligencia en la infancia sería directamente o indirectamente asociado con un incremento en el riesgo de ideación suicida en la adultez. Tuvieron un total de 211 participantes entre 20 a 32 años de edad, en el cual 47,39% eran mujeres. Se utilizó el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) para medir el maltrato infantil recibido; este cuestionario tiene cuatro sub-escalas: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional y negligencia. Por otro lado, se aplicó a los participantes la Escala de Beck para la Ideación Suicida (BSI). Mediante un análisis de ruta de los resultados, se encontró que el abuso sexual y la ansiedad eran predictores positivos para la ideación suicida. Así mismo, de los diferentes tipos de maltrato infantil investigado, el abuso sexual infantil fue el único que predijo directamente la ideación suicida.

### **La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma (TF-CBT)**

Es importante poder reconocer una selección e implementación de programas e intervenciones que han sido científicamente comprobados de ser efectivos para el trabajo del abuso sexual infantil. Mientras el infante abusado sigue en proceso de desarrollo sin un tratamiento adecuado en el momento del trauma, su sintomatología puede llegar a ser severa a lo largo de los años. Para esto, es extremadamente importante encontrar un tratamiento que haya sido científicamente comprobado de su eficacia en diferentes tipos de abuso.

Se ha demostrado, a partir de investigaciones científicas, que la terapia cognitiva conductual enfocada en el trauma (TF-CBT) es uno de los enfoques más efectivos para este tipo de casos. Esta terapia fue desarrollada para “dirigirse a los múltiples impactos negativos, eventos de vida estresantes o traumáticos para niños de 3 a 17 años de edad y para sus padres

o sus cuidadores primarios” (p.512). Esta terapia ha sido ampliamente aceptada como uno de los mejores modelos prácticos para el tratamiento en niños y adolescentes de los síntomas que se producen en cuanto a los diferentes trastornos psicológicos que una víctima de abuso sexual infantil puede desarrollar, al igual que otros tipos de trauma, violencia doméstica y duelo (Holtzhausen, Ross & Perry, 2016). De acuerdo a la literatura, se utiliza este enfoque ya que aborda el comportamiento y cogniciones irracionales, el cual es ideal para que las víctimas puedan enfrentarse a los efectos del evento traumático. En cuanto a la ideación suicida que puede surgir en la adolescencia a partir de un trauma, la TF-CBT actúa como un ambiente seguro en el que la víctima puede hablar de su pasado en un espacio seguro. De igual manera, puede ser incorporado a los padres, en el caso que no hayan sido los abusadores, quienes han acompañado al adolescente a través de estos momentos traumáticos para desarrollar sus propias herramientas para afrontarlo. Por lo tanto, la TF-CBT tiene como objetivos fomentar la seguridad, discutir pensamientos negativos, como la ideación suicida, y reducir comportamientos negativos. (Moore, 2017)

Para el desarrollo de la TF-CBT es importante mencionar que se incorporan cuatro modelos diferentes: la teoría de apego, terapia familiar, terapia de exposición y terapia cognitiva conductual (Takazawa, 2015). Tiene como objetivo tratar el impacto que el trauma ha generado en la vida de la víctima. Se pueden evidenciar cinco áreas en la vida de una víctima de trauma que se ven afectadas. Primero, la afectividad, como ansiedad, ira, desregulación emocional y tristeza. Segundo, el componente comportamental, como la evitación de recordatorios del trauma, conductas auto-lesivas y conductas maladaptativas. Tercero, lo biológico, como la hipervigilancia, falta de sueño, dolores de estomago y cabeza, entre otros problemas somáticos que interfieren con su funcionamiento. Cuarto, lo cognitivo y perceptual, como memorias y pensamientos intrusivos relacionados al trauma, creencias maladaptativas, disociación, síntomas psicóticos y desregulación cognitiva. Por último, el

área social, el cual incluye relaciones dañadas con la familia, amigos y compañeros, retiro social, apego y/o confianza dañada (Cohen & Mannarino, 2015).

La TF-CBT es un tratamiento basado en fases y componentes. Primero, la TF-CBT se divide en tres fases principales: la estabilización, narración del trauma y procesamiento, y la integración y consolidación. Dentro de cada fase se incorporan los componentes de la terapia, los cuales son presentados de acuerdo al acrónimo PRACTICE, por sus siglas en inglés. Sus componentes incluyen: psicoeducación, habilidades de los padres, técnicas de relajación, habilidades de modulación afectiva, procesamiento cognitivo, procesamiento y narración del trauma, dominio in vivo, sesiones conjuntas padre-hijo, mejorar la seguridad y el desarrollo futuro (Cohen & Mannarino, 2015).

#### **Fase de estabilización (4-12 sesiones).**

##### ***Psico-educación.***

En la etapa de psicoeducación, el rol del terapeuta es dar información sobre respuestas de trauma comunes y las relaciona con las experiencias de trauma del paciente. El terapeuta debe normalizar y validar las respuestas presentes en el trauma para dar a entender al paciente y sus padres que sus comportamientos y emociones desreguladas se dan a causa del trauma que tuvo en su vida. Esto puede ser muy útil para cambiar la perspectiva que los padres y el adolescente tienen acerca de su problema. De igual manera, les da esperanza de que el adolescente puede recuperarse y regresar a un funcionamiento más positivo (Cohen & Mannarino, 2015). Para poder iniciar con la psicoeducación, el terapeuta debe tomar en cuenta el nivel de desarrollo, la cultura y los intereses de la familia y el adolescente.

Muchas familias al momento de buscar un servicio terapéutico para los eventos traumáticos de su hijo/a suelen estar angustiados, preocupados y pueden llegar con muchas preguntas sobre lo que puede pasar con su hijo/a a largo plazo a causa del trauma (Takazawa, 2015). Por lo general, la psico-educación provee a los padres del adolescente información

respectiva a las experiencias del trauma que sufrió en su infancia y respuestas comunes que se dan a partir de ello. El terapeuta ayuda a los padres a identificar posibles recordatorios de trauma. Estos recordatorios consisten en cualquier tipo de señal que pueda recordarle al adolescente de un trauma previo en su vida; esto inicia una cascada de distintas respuestas psicológicas, físicas y neurobiológicas similares a las que el adolescente experimentó en su infancia (Cohen & Mannarino, 2015). A medida que los padres van comprendiendo el proceso, pueden tener más sentido sobre las respuestas del trauma de su hijo/a y les permite intervenir en el proceso de manera más rápida para apoyar al adolescente con su uso de técnicas de la terapia para interrumpir o revertir el proceso (Cohen & Mannarino, 2015).

### ***Habilidades de los Padres.***

Las habilidades que se deben instruir a los padres son de gran importancia para que sepan como manejan la situación de trauma con sus hijos/as. Se utilizan estrategias como “alabanza, atención selectiva y/o programas de comportamientos de contingencia” (Takazawa, 2015, p.24). Esta terapia toma en cuenta el hecho de que el terapeuta ve al adolescente solo una vez a la semana, mientras que los padres lo ven el resto de días, por lo tanto, es importante que ellos tengan ciertas habilidades y estrategias a su disposición. Para que se pueda dar la efectividad requerida de esta terapia, es importante que se incluya a los padres y el adolescente para desarrollar el programa y asociar los premios con recompensas, de igual manera, los padres deben elegir un solo comportamiento a la vez para trabajar con ello; finalmente, los padres deben proveer alabanzas para cualquier éxito presentado y proveer contingencias y recompensas consistentemente (Cohen & Mannarino, 2015).

### ***Técnicas de relajación.***

Cuando un adolescente ha sufrido un trauma en su infancia, es evidente que presente múltiples cambios neurobiológicos y fisiológicos, por lo cual las técnicas de relajación los ayudan a reducir las respuestas condicionadas internas y regular los sistemas de estrés, tanto

en un estado de reposo como con respuestas ante recordatorios del trauma (Cohen & Mannarino, 2015; Takazawa, 2015).

El terapeuta ayuda al paciente con la enseñanza de ciertas técnicas personalizadas de relajación e incentiva al adolescente a practicarlas regularmente en casa. Esto es utilizado para ayudar al adolescente con un sentido de control del cual fue privado durante la experiencia traumática original (Takazawa, 2015). Algunas de estas estrategias incluyen: yoga, relajación muscular progresiva, respiración profunda e imágenes visuales. Sin embargo, se debe tomar en cuenta los intereses propios del paciente y su nivel de desarrollo. Por ejemplo, es muy común que los adolescentes prefieran usar su música favorita, actividades físicas o artesanías para relajarse. Cualquier técnica de relajación que sea empleada por el paciente va a poder producir respuestas fisiológicas de relajación (Cohen & Mannarino, 2015).

### ***Modulación afectiva.***

Cuando ocurre una experiencia traumática en la infancia, muchos niños aprenden a no expresarse, se distancian o niegan ciertos sentimientos como un mecanismo de autoprotección. Especialmente, pueden tener dificultad al identificar precisamente emociones en ellos mismos o en otros. Esto puede durar mucho tiempo, por lo cual es importante que el terapeuta enseñe al niño o adolescente a sentirse más cómodos con la expresión de diferentes sentimientos y desarrollar habilidades para manejar diferentes estados afectivos negativos (Cohen & Mannarino, 2015; Takazawa, 2015). Estas habilidades pueden incluir diferentes estrategias como resolución de problemas, búsqueda de apoyo social, técnicas positivas de distracción (ej, humor, ayudar a otros, leer, caminar, jugar con una mascota, etc.), enfocarse en el presente y distintas técnicas para el manejo de la ira (Cohen & Mannarino, 2015). Por ejemplo, el buscar apoyo social puede ayudar al paciente a modular sus emociones si es que no puede hacerlo por sí mismo (Takazawa, 2015). El terapeuta fomenta al paciente a

desarrollar una variedad de habilidades que funcionen en diferentes situaciones y para diferentes sentimientos negativos. Específicamente, dentro de la TF-CBT, el terapeuta incentiva al paciente a implementar estas habilidades de modulación afectiva en respuesta a recordatorios del trauma (Cohen & Mannarino, 2015).

***Procesamiento cognitivo.***

A lo largo de este componente, el terapeuta ayuda al paciente a reconocer el ‘triángulo cognitivo’, el cual consiste en la conexión entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, y reemplaza las cogniciones maladaptativas relacionadas con cogniciones más precisas o útiles (Cohen & Mannarino, 2015). Este es uno de los pasos más importantes en los que se debe trabajar con los pensamientos suicidas que un adolescente puede presentar e identificar sus emociones y los comportamientos que ocurren o están por ocurrir en base a esta ideación. Cada factor afecta y es afectado simultáneamente por los demás. Los pensamientos comunes que suelen tener las personas que piensan en el suicidio son: “nadie me quiere”, “soy inútil”, “no hay esperanza para mí”, “soy una carga para otros”, entre muchos más. En base a estas ideas centrales y pensamientos automáticos, las emociones de estas personas pueden estar ligadas a la culpa, la preocupación, la vergüenza, la tristeza, el asco, entre otros. Por otro lado, estas personas pueden tener diferentes comportamientos en cuanto a sus emociones y cogniciones, como el escape o evitación, conductas agresivas, actos de ocultamiento, hasta pueden llegar a tener conductas serias suicidas. (You et al., 2012)

De acuerdo con los ejemplos mencionados, el terapeuta ayudaría al paciente a examinar los diferentes pensamientos que se estén presentando y ayudarlo a ver que el pensamiento probablemente no es tan cierto como lo puede creer que es. Al ayudarlo a ver que actualmente el mundo no es tan malo y peligroso, como lo pudo haber considerado en su

infancia cuando ocurrió el trauma, esta forma de cambiar su pensamiento puede generar diferentes sentimientos con diferentes respuestas comportamentales (Takazawa, 2015).

En cuanto al TF-CBT, el terapeuta no se enfoca en los pensamientos relacionados al trauma, ya es más efectivo trabajarlos en el componente de la narrativa del trauma; sin embargo, puede utilizar distintas técnicas para trabajar con el procesamiento cognitivo. De igual manera, la cognición del adolescente puede afectar a los padres y pueden generar sus propias cogniciones maladaptativas de la situación. (Cohen & Mannarino, 2015)

#### **Fase de narrativa del trauma (4-6 sesiones).**

##### ***Narración y procesamiento del trauma.***

A lo largo de esta fase, el terapeuta y el paciente inician un proceso interactivo en el cual el paciente describe detalles difíciles de expresar sobre una experiencia traumática personal, el cual incluye pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que ocurrieron durante el trauma. Mediante este proceso de narración, el paciente puede hablar sobre los momentos más temidos y horribles por los que tuvo que pasar a través de un trabajo escrito como un libro, poema; sin embargo, también lo pueden hacer por medio de una canción, dibujos, entre otros. Al hacer esto, el paciente puede aprender a tener dominio sobre el tema en lugar de una respuesta evitativa ante sus memorias. Se espera que para esto la exposición gradual de los componentes de habilidades previamente realizados los ayude en la discusión del evento sin producir mucha estimulación y desregulación emocional. Así mismo, el paciente puede desarrollar una perspectiva sobre la experiencia traumática e identificar errores potenciales en las creencias que se asumían previamente en cuanto a las cogniciones maladaptativas, por ejemplo, “yo merecí haber sido abusado”. (Cohen & Mannarino, 2015; Takazawa, 2015)

La narrativa inicia al identificar “¿quién soy yo?”, hasta que el paciente llega a describir su relación con el abusador y los buenos recuerdos que tiene antes del suceso.



Después, se le motiva al paciente a describir los detalles del trauma y si es necesario, el paciente puede regresar y agregar más detalles a medida que se vaya sintiendo más cómodo contando su experiencia. Cuando el paciente junto al terapeuta identifican la narrativa, el siguiente paso para el terapeuta es asistir al paciente en un procesamiento cognitivo y combatir cualquier distorsión cognitiva que se presenta como resultado del evento traumático, el cual puede estar contribuyendo a estados afectivos negativos o estrategias de adaptación maladaptativas. También, se utiliza el mismo procesamiento cognitivo mencionado en el componente anterior para ayudar al paciente a cambien sus pensamientos maladaptativos, que en el caso de esta investigación serían los pensamientos suicidas o de la propia muerte de un adolescente víctima de abuso sexual. (Takazawa, 2015)

En cuanto a los padres del adolescente recibiendo este tratamiento, para muchos esta puede ser la primera vez que escuchan algo acerca de la experiencia traumática de su hijo/a. Esto se maneja en una sesión separada para que los padres tengan una oportunidad para prepararse a sí mismos para la sesión en conjunto, al igual que la posible necesidad de procesar ciertos aspectos cognitivos del trauma con el terapeuta. (Takazawa, 2015)

#### **Fase de integración y consolidación (4-6 sesiones).**

##### ***Dominio in vivo.***

Este es el único componente considerado como opcional dentro de la terapia, dependiendo de la situación de cada paciente. Algunos niños pueden desarrollar ciertos miedos y evitación de situaciones inofensivas que los puede seguir afectando hasta la adolescencia. Esto se vuelve evidente cuando es disruptivo en aspectos sociales, académicos, físicos o psicológicos de la vida del paciente. Se utiliza la exposición gradual para poder adaptarse con la evitación del paciente hacia potenciales señales o situaciones dañinas. Cuando los pacientes enfrentan gradualmente a la situación temida, aprenden que el resultado

temido no ocurre, por lo tanto, aprenden dominio antes que evitación. (Cohen & Mannarino, 2015; Takazawa, 2015)

Para poder poner en práctica el dominio in vivo, es necesario que el terapeuta junto con el paciente y sus padres desarrollen una jerarquía de miedo, siendo (1) la situación menos temida hasta (10), siendo la más temida. Se considera que el (10) es el punto final deseado dentro de la exposición. Por lo general, el dominio in vivo toma varias semanas para completar, por ende el terapeuta suele empezar durante la fase de estabilización, ya que se necesitan técnicas de relajación y estabilización para que el paciente pueda tolerar los pasos intermedios de la jerarquía de miedo. Los padres son una parte importante para el éxito del dominio in vivo. El terapeuta los motiva para que utilicen elogios, la paciencia y la persistencia constantes para alentar al paciente a utilizar las técnicas de relajación y otras habilidades del TF-CBT. (Cohen & Mannarino, 2015)

#### ***Sesiones conjuntas de padres e hijo/a.***

Una de las metas de las sesiones conjuntas es poder facilitar un ambiente para la comunicación abierta y la expresión de sentimientos entre los padres e hijo/a. El paciente tiene la oportunidad para discutir el evento traumático directamente con los padres mientras el terapeuta da un paso atrás y permite que los padres tomen el rol motivador, alabador, de modelo de apoyo, reparador y seguro una vez más hacia el paciente, el cual lo va a ayudar a confiar más en sus padres y sentirse en un ambiente seguro. (Takazawa, 2015)

Estas sesiones permiten a los padres e hijo/a hablar acerca de otras preocupaciones relacionadas al trauma y lo que va a pasar en el futuro. Estas preocupaciones basadas en el futuro consisten en la seguridad, preparaciones para un recordatorio del trauma, discutir sobre cómo van a seguir adelante juntos, y en ciertos momentos brindarle al paciente un espacio en el cual pueda realizar preguntas cuando necesite hacerlo. Por otro lado, si el involucramiento de un padre o cuidador no es posible, se sugiere que otro adulto importante participe, como

un familiar, amigo de la familia o un individuo de apoyo. Sin embargo, si esto no es posible, se puede trabajar efectivamente con el adolescente en la TF-CBT sin un rol de padres presente. (Takazawa, 2015)

***Mejorar la seguridad y el desarrollo futuro.***

Es de gran importancia y necesidad poder mantener y optimizar la seguridad para el paciente. En distintas ocasiones, los adolescentes con trauma presentan comportamientos en búsqueda de riesgo y para este último paso se deben proveer las habilidades necesarias para mejorar la seguridad. Estas habilidades pueden incluir: conocer una sexualidad saludable para quienes fueron abusados sexualmente, habilidades de prevención como decir “no” o “para”, plan de seguridad para situaciones que provocan ansiedad, entre otros. (Takazawa, 2015)

Al ayudar a los niños y adolescentes a evaluar el peligro realísticamente, aprender habilidades de seguridad y promover decisiones saludables, se aseguran a no experimentar una futura victimización o la posibilidad de victimizar a otros, el cual es el objetivo para este último componente. Se incentiva a los padres y al paciente a utilizar las habilidades aprendidas durante el proceso de la TF-CBT cuando se presenten situaciones difíciles en su vida. (Takazawa, 2015)

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Al revisar la literatura pertinente a la ideación suicida como factor de riesgo del abuso sexual infantil y la intervención aplicable a este problema, es importante poder identificar los métodos necesarios para sacar resultados exitosos de este proyecto de investigación. La metodología presentada buscará responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el trauma para adolescentes sobrevivientes de trauma sexual? El diseño de esta investigación se basa en un enfoque cuantitativo, el cual “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4). El proceso cuantitativo es representado mediante 10 fases, por las cuales se deben pasar para que una investigación cumpla con el enfoque cuantitativo: “(1) ideas; (2) planteamiento del problema; (3) revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico; (4) visualización del alcance del estudio; (5) elaboración de hipótesis y definición de variables; (6) desarrollo del diseño de investigación; (7) definición y selección de la muestra; (8) recolección de los datos; (9) análisis de los datos y (10) elaboración del reporte de resultados” (p.5). Cada etapa sigue a la anterior, por lo cual este método es el adecuado para esta investigación, al igual que se siguen los pasos indicados para evaluar y sacar los mejores resultados. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

En el caso específico de este proyecto de investigación, la metodología cuantitativa puede ayudar a visualizar la efectividad que la Terapia Cognitiva-Conductual enfocada en el Trauma tiene sobre otras o aquellos casos que no reciban alguna intervención. La metodología descrita podrá determinar si la aplicación de la terapia tiene o no un impacto positivo para reducir la ideación suicida al trabajar con el

trauma. Por lo tanto, la variable independiente incluye al tratamiento en sí con todos sus componentes, desde la psicoeducación hasta mejorar la seguridad y el desarrollo futuro; mientras que la variable dependiente será el trauma infantil dado por un abuso sexual y la ideación suicida presente en la adolescencia.

El diseño experimental que será utilizado en este proyecto de investigación es una post prueba en un grupo experimental y uno de control. En este diseño, los participantes se asignan aleatoriamente a los grupos y después de la intervención se les aplica simultáneamente, una pos-prueba para medir los resultados de los participantes (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Para medir la post prueba se utilizarán dos evaluaciones, las cuales miden niveles de depresión y desesperanza al haber concluido con la terapia. Se utilizan estas evaluaciones para identificar si los niveles indicados inicialmente aumentaron, disminuyeron o se mantuvieron iguales al finalizar la intervención. De esta manera, se puede identificar si la terapia mostró efectividad para reducir la ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual infantil.

### **Participantes**

Para esta investigación, se necesitarán a estudiantes de colegios públicos de la ciudad de Quito que tengan el consentimiento de sus padres y que quieran ser parte del estudio. El grupo de participantes requeridos deben cumplir con ciertos requisitos, como: tener un rango de edad de 13 a 17 años, que cumplan con un nivel tercero a quinto de abuso sexual, según los niveles propuestos por Sacoto (2005) y tener presencia de niveles moderados a altos de depresión que incluyan pensamientos del suicidio. Los participantes incluidos en la investigación pertenecerán a un rango amplio de niveles socioeconómicos. Así mismo, se incluirán a los adolescentes que también han sido abusados de otra forma, ya sea físicamente, psicológicamente, emocionalmente

o por negligencia serán considerados, ya que se conoce que el abuso sexual viene acompañado por otras formas de abuso.

Por otro lado, se excluyen a aquellos adolescentes que hayan tenido presencia de un abuso sexual a partir de los 12 años, ya que se buscan participantes que hayan sido víctimas en la niñez. Así mismo, aquellos que presenten niveles bajos de depresión no serán tomados en cuenta para la medición de ideación suicida. La presencia de las condiciones mencionadas pueden alterar los resultados de la investigación, por lo tanto se debe tener cuidado al momento de revisar los resultados de los participantes.

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

Se aplicarán cuatro evaluaciones diferentes para identificar los niveles de depresión, desesperanza, abuso sexual y la presencia e intensidad de la ideación suicida. Las cuatro evaluaciones no serán aplicados a todos los participantes inicialmente, sólo el Inventario para la Depresión de Beck-II y la Escala de Desesperanza de Beck y dependiendo de sus resultados, se aplicará el resto, los procedimientos serán explicados posteriormente.

#### **Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II).**

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) es un instrumento de auto-informe que consiste de 21 ítems y es el más utilizado dentro de la “práctica clínica y en investigación para medir la sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal” (p.123). Este instrumento presenta todos los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que son propuestos por el DSM-IV. Este instrumento presenta buenos índices de validez convergente y discriminante, al igual que una buena confiabilidad de consistencia interna similar a los niveles encontrados en otros ámbitos culturales. Por otro lado, este instrumento mide la depresión general, la cual está compuesta de dos dimensiones sintomáticas relacionadas,

una cognitiva y otra somático-motivacional. En fin, el BDI-II presente buena confiabilidad y validez, lo cual justifica su uso como instrumento de evaluación de la sintomatología depresiva; sin embargo, no se justifica que sea utilizada como la única herramienta de diagnóstico. (Sanz et al., 2005)

### **Escala de Desesperanza de Beck (HS).**

Esta escala está compuesta por 20 ítems que se responden con verdadero o falso y evalúan las expectativas negativas que se refieren al futuro inmediato y a largo plazo. La desesperanza puede ser definida como “pesimismo o expectativas negativas acerca del futuro y está asociada con el suicidio” (p. 87). Los puntajes que se obtienen para medir la severidad de desesperanza son: 0-3 mínimo o normal, 4-8 leve, 9-14 moderado y 15-20 severo. Esta escala ha sido validada y presenta una buena consistencia interna que varía de 0.82 a 0.93 y la confiabilidad prueba-reprueba varía de 0.60 a 0.69. (Rueda et al., 2018)

### **Cuestionario de Abuso Sexual Infantil (CSAQ).**

El Cuestionario de Abuso Sexual Infantil contiene 15 preguntas que evalúan distintas formas de abuso sexual infantil. Las primeras ocho preguntas fueron categorizadas como “abuso sexual sin contacto físico” con opciones de respuesta de si o no. Las otras siete preguntas fueron categorizadas como “abuso sexual con contacto físico” y específicamente, fueron categorizados como “contacto físico con penetración” y “contacto físico sin penetración”. Si algún participante responde ‘sí’ a cualquiera de las 15 preguntas de este cuestionario se realizan preguntas de seguimiento para evaluar el número de eventos que ocurrieron durante la vida del individuo. Para los ocho tipos de abuso sexual infantil sin contacto físico obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.6. Por otro lado, el valor de  $\alpha$  de Cronbach para todos los tipos de abuso sexual infantil con contacto físico fue de 0.7 para ambos sexos. Se toma en cuenta que la aplicabilidad de

la confiabilidad de la consistencia interna ha sido cuestionada, ya que al medir eventos actuales de la vida de una persona puede que no estén estrechamente relacionados entre sí. Esto explica los niveles moderados de consistencia interna que se ha observado entre las escalas del CSAQ. Esta evaluación está incluida en el Anexo F en inglés y antes de aplicar la prueba será traducida a español. (Mohler et al., 2014)

### **Escala Modificada para la Ideación Suicida (MSSI).**

La escala que será aplicada es una versión modificada de la Escala para la Ideación Suicida (SSI) donde las modificaciones aplicadas incluyen: “añadir preguntas rápidas, agregar preguntas adicionales relacionadas con ideas suicidas, modificar la puntuación, establecer una secuencia para la aplicación de la escala y el desarrollo de los ítems de tamizaje” (p. 710). La escala fue diseñada para adultos y adolescentes y contiene 18 ítems con calificación de 0 a 3 y evalúa tres factores: deseo suicida, preparación para un intento y la capacidad percibida para realizar el intento. Esta escala tiene una consistencia interna alta con un  $\alpha$  de Cronbach de 0.86 y la correlación total de ítems va de 0.57 a 0.79. Esta evaluación está incluida en el Anexo G en inglés y antes de aplicar la prueba será traducida a español. (Rangel, Suárez & Escobar, 2015)

### **Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos**

Para la recolección de datos para la presente investigación, se iniciará con una carta de autorización a los colegios públicos de Quito (Anexo A) para el reclutamiento de participantes dentro de su Unidad Educativa para poder impartir las evaluaciones pertinentes para identificar si los adolescentes cumplen con los criterios requeridos para participar en la investigación. Cuando haya la aceptación de este, se procederá a enviar un consentimiento informado dirigido sólo a padres de familia con hijos entre 13 a 17 años de edad (Anexo B) para que tengan claro el propósito del estudio, los posibles riesgos y beneficios y números de contacto, tanto de la investigadora como del comité



de ética de la Universidad San Francisco de Quito. Es importante que los padres reciban toda la información necesaria sobre este estudio y decidan si quieren que su hijo/a sea parte del presente estudio. Aún cuando se haya recibido un consentimiento firmado por parte de los padres de familia, es importante considerar la decisión del menor de edad, como ya es una población de adolescencia, al preguntarle si de igual manera estaría dispuesto a participar en el presente estudio (Anexo C).

Cuando ya se obtenga un cierto número de participantes se procederá con las evaluaciones. Como se buscan participantes con ciertas características específicas, este proceso será dividido en tres fases. Dentro de la primera fase se aplicará el BDI-II (Anexo D) y el HS (Anexo E) a los adolescentes para evaluar sus niveles de depresión y desesperanza. Aquellos que puntúen un nivel moderado o mayor procederán a las fases siguientes. En la segunda fase, se aplicará el CSAQ (Anexo F) para identificar si los adolescentes que presentan depresión fueron abusados sexualmente alguna vez en su vida. Es importante que este cuestionario sea aplicado individualmente, ya que contiene preguntas específicas que piden cierta cantidad de detalle, por lo cual muchos que hayan sido víctimas puede que no se sientan cómodos respondiendo al cuestionario con otras personas a su alrededor. Según los resultados, se evaluará la gravedad del abuso según los niveles propuestos por Sacoto (2005), siendo el tercer nivel las caricias de los genitales, hacer que el niño acaricie los genitales del otro y las simulaciones de relaciones. El cuarto nivel siendo un contacto oral-genital, y el quinto nivel siendo las relaciones sexuales, incluyendo vaginales o anales. Si el adolescente participante cumple con alguno de estos niveles seguirá a la tercera fase de evaluaciones. Esta fase consiste en la aplicación del MSSSI (Anexo G), el cual mide la ideación suicida. Si se encuentran este tipo de pensamientos, se logra encontrar una correlación con el abuso sexual infantil y se puede proceder a la aplicación del tratamiento propuesto. El grupo

de participantes que pasen por las tres fases y cumplan con todos los requisitos necesarios para una intervención serán invitados a participar gratuitamente en la Terapia Cognitiva-Conductual enfocada en el Trauma, la cual consiste de un tiempo de, aproximadamente, 12-16 semanas para medir su efectividad en esta población.

Para analizar los resultados obtenidos de los participantes, se utilizará el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual es uno de los programas de análisis estadísticos más difundidos. Con esto, se utilizará una prueba t, la cual es una prueba estadística que evalúa “si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable” (p. 319). En este caso, la comparación será realizada en cuanto al grupo experimental y el grupo control que fue previamente establecido. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

### **Consideraciones Éticas**

Las consideraciones éticas para esta investigación deben ser tomadas en cuenta con mucha importancia. En primer lugar, como los participantes serán reclutados de colegios, se pide el respectivo permiso a las autoridades para poder mandar a los padres de familia un consentimiento informado que incluya los objetivos, el propósito, los posibles riesgos y beneficios, entre otros, en el cual permitan que sus hijos adolescentes sean parte de la investigación. Los padres o guardianes del adolescente pueden ejercer su derecho a rechazar el consentimiento al ver por el bien de su hijo/a. Así mismo, pueden estar protegiendo la privacidad de la familia y prevenir que el adolescente revele problemas internos de la familia. El consentimiento de los padres al autorizar la participación de los hijos menores de 18 años de edad es necesario ya que son “los que toman la decisión la cual es moralmente autónoma y legalmente competente” (p.971). Sin embargo, el consentimiento solo de los padres no es suficiente. El consentimiento informado escrito debe ser aplicado a los adolescentes explicando que tienen el derecho

de rechazar en cualquier momento la continuación o responder cualquier pregunta del estudio (Cashmore, 2006). Se debe tomar en cuenta también que no todos los adolescentes tienen una red de apoyo o los mismos padres fueron los abusadores, en este caso se podría remitir al participante a los trabajadores sociales si fuera necesario. Por otro lado, dentro de la evaluación clínica inicial se identificaría la presencia de al menos una persona, ya sea amigo o familiar, para que sea un acompañante dentro de la terapia, ya que existen componente dentro de la TF-CBT donde se necesita el involucramiento de una persona de apoyo. En el caso de que no exista nadie, se referirá al participante a otro tipo de terapia, ya que si no tiene una red de apoyo al momento de trabajar con el trauma, es posible que llegue a descompensarse y su riesgo suicida incrementa.

Al considerar temas como el suicidio o el abuso sexual, muchos padres se rigen al derecho de rechazar el consentimiento para ver “lo mejor” para sus hijos, sin embargo, dentro del consentimiento que será entregado se explica que tienen el derecho de rechazar la participación de sus hijos sin ninguna consecuencia. Es totalmente opcional, tanto para padres como hijos. De igual manera, se explica que toda la información que sea brindada y su identidad es confidencial y no será revelada bajo ninguna circunstancia. Es importante explicar la privacidad, anonimato, justicia e inclusión que serán tomados en cuenta para el proceso de evaluación. Los padres, profesores u otras personas fuera del proyecto de investigación no sabrán lo que el adolescente responde a menos que ellos decidan contarles. Se debe respetar que el adolescente pueda expresarse de manera confidencial, sin la presencia de los padres u otra autoridad. Así mismo, el consentimiento informado que será entregado explicará que al trabajar con el trauma del adolescente, muchos de los síntomas que pudieron haber presentado previamente suelen exacerbarse durante el periodo de la narrativa de

la experiencia traumática. Por otro lado, para aquellos que si presenten niveles leves de depresión, se les explicará la posibilidad de asistir a terapia individual que ofrece la Universidad San Francisco de Quito dentro del SIME (Sistemas Médicos).

De igual manera, pueden existir ciertos riesgos al momento que un participante inicie el proceso de intervención de la TF-CBT, ya que algunos pueden sentirse abrumados al hablar sobre un aspecto de su vida tan privado que pueden llegar a tener un brote psicótico. En este caso se finalizaría el tratamiento, ya que puede que ciertas víctimas no estén listos para trabajar en el trauma, lo cual debe ser considerado y respetado. Así mismo, puede que a lo largo de la terapia la ideación suicida incremente y el participante tenga un mayor riesgo suicida, por lo tanto se finaliza el tratamiento y se debe romper confidencialidad con la familia y/o amigos para dar prioridad al tema del suicidio, el cual debe ser tomado con precaución e importancia al momento de realizar las evaluaciones y al iniciar con el tratamiento psicológico.

## RESULTADOS ESPERADOS

Al haber aplicado el tratamiento propuesto se espera observar una correlación negativa en el Inventario para la Depresión de Beck-II y la Escala de Desesperanza de Beck en el pos-prueba después de las semanas de tratamiento, las cuales dependen del progreso de cada individuo, necesarias para cada participante. Se espera que al poder expresar de manera más tranquila la narrativa, utilizando las técnicas y herramientas que se presentan al inicio de la terapia, el adolescente pueda trabajar de manera directa su trauma infantil y comprender de que el hablar del suceso no trae consecuencias negativas, pero puede cambiar y mejorar sus relaciones interpersonales, familiares, autoestima y su ideación suicida al trabajar con el componente de procesamiento cognitivo en el grupo experimental. Esto se puede corroborar, ya que en un estudio dirigido por Figueredo y Gamarra (2018), durante la aplicación de la TF-CBT para el abuso sexual, los participantes no tuvieron ningún intento de suicidio y a lo largo del seguimiento, los pensamientos suicidas se extinguieron.

Por otro lado, Getz (2012) reporta que esta terapia no es la más apropiada para niños o adolescentes que actualmente presenten conductas suicidas o intentos previos, ya que primero deben trabajar con esos comportamientos antes de trabajar con trauma en si. Sin embargo, para individuos que solamente presentan ideación suicida y no son activamente suicidas, se podrían beneficiar mucho de esta terapia, ya que los puede ayudar a regularse emocionalmente mediante las técnicas que se aplican a lo largo de la terapia.

Otro estudio indica, similarmente, que la TF-CBT no debe ser aplicada cuando una persona está activamente suicida, ya que al hablar de trauma puede resultar en múltiples consecuencias. Sin embargo, al trabajar síntomas de estrés postraumático en la terapia enfocada en el trauma, se ha encontrado una disminución duradera en la

ideación suicida, por lo tanto, reduciendo potencialmente el riesgo del suicidio. Por otro lado, antes de empezar con el tratamiento, se evalúa el nivel de ideación y el riesgo que una persona tiene para determinar si debe ser parte de la terapia. Similarmente, en esta investigación se evalúan esas características para poder incluir o excluir a los participantes. Así mismo, este estudio demuestra que la relación entre la reducción de síntomas de estrés postraumático y la ideación suicida es que el tratamiento reduce la desesperanza, el cual es un gran predictor para la ideación suicida. (Gradus et al., 2013).

Por lo que se ha podido encontrar en estudios previos, con la evaluación adecuada de la ideación suicida del adolescente, los resultados para esta intervención pueden llegar a ser prometedores, ya que al trabajar directamente con el trauma previo, se va a poder identificar una reducción de pensamientos suicidas al trabajar extensamente con la parte cognitiva del tratamiento. Según lo visto previamente, es importante tomar en cuenta que el tratamiento no va a ser efectivo si algún adolescente actualmente presenta conductas suicidas o sus pensamientos son muy intensos. Sin embargo, con aquellos que tengan leves pensamientos sobre su propia muerte podrán ver grandes resultados en cuanto a varios aspectos de su vida.

## DISCUSIÓN

### Conclusiones

Este proyecto de investigación propuso la terapia cognitiva-conductual enfocada en el trauma (TF-CBT) para identificar su efectividad en adolescentes de 13 a 17 años de edad que presentan ideación suicida leve que hayan sido víctimas de un abuso sexual en su infancia. Se utilizarían dos evaluaciones principales, el Inventario para la Depresión de Beck-II y la Escala de Desesperanza de Beck, para medir los niveles de depresión y desesperanza y poder identificar si existe la presencia de ideación suicida. Estas evaluaciones serán aplicadas antes y después del tratamiento mediante un pre-prueba y pos-prueba para identificar la diferencia entre sus resultados. Por otro lado, el Cuestionario Modificado de la Ideación Suicida y el Cuestionario de Abuso Sexual Infantil serán aplicadas únicamente al inicio para conocer a detalle el tipo, la frecuencia, la edad y otros del abuso y la intensidad y métodos planeados de la ideación suicida.

Se espera que al trabajar con el trauma de la infancia el adolescente adquiera distintas habilidades, al aplicar en la vida diaria las herramientas que la terapia da, sus relaciones interpersonales pueden mejorar, al igual que la relación que tiene con los padres, quienes no fueron los abusadores. El procesamiento cognitivo es un componente esencial dentro de la terapia que trabaja específicamente con los pensamientos que el adolescente tiene, ya sea del momento de abuso hasta el presente, el cual puede incluir las ideas suicidas.

Además de otros estudios similares a esta investigación, se espera que este tema sea más investigado al proponer la presente intervención como un posible método de tratamiento en la adolescencia. Se tiene como objetivo prevenir que la ideación se convierta en conductas autodestructivas y que eventualmente se convierta en un suicidio. Por lo tanto, se trata a la ideación inicialmente desde el momento del trauma

infantil que un adolescente puede presentar. De igual manera, se espera que cierta información que sea dada a los participantes pueda ser compartida a otros individuos que lo puedan necesitar.

### **Limitaciones del Estudio**

Se ha demostrado que esta investigación presenta beneficios potenciales, sin embargo, se debe tomar en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, puede que no muchas unidades educativas o padres de familia van a querer exponer a los adolescentes menores de edad al tipo de evaluaciones que incluye esta investigación, ya que se pide información muy personal e íntima, pero a la final, se debe considerar que dentro de un gran número de estudiantes, pueden haber unos pocos que se quedan callados y no tuvieron la oportunidad de hablar de su trauma en el pasado y ahora como adolescentes sufren las consecuencias. Por otro lado, el conducir una investigación con respecto al abuso sexual es extremadamente difícil, ya que no solo se corre el riesgo de que los participantes no quieran responder en su totalidad las preguntas, pero puede despertar recuerdos no agradables, los cuales pueden ser dañinos e inesperados. Así mismo, puede que algunos participantes no respondan abierta y honestamente a las preguntas. También, se debe considerar que va a ser difícil conseguir un gran número de participantes que cumplan con los criterios que esta investigación busca.

En cuanto a los estudios que se presentan de esta terapia, no hay suficiente evidencia científica que demuestre que la terapia cognitiva-conductual enfocada en el trauma sea la más efectiva para adolescentes con ideación suicida que en su infancia fueron abusados sexualmente; por lo tanto, falta más investigación para que esto se pueda comprobar. Similarmente, en la mayoría de estudios que utilizan este tipo de tratamiento, se excluye a aquellos participantes que presentan ideación suicida de sus



estudios, ya que solo se enfocan en la parte del trauma infantil; por lo tanto, no se ha dado la suficiente atención a este problema al momento de utilizar la TF-CBT.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Puede ser complicado encontrar casos de abuso sexual infantil, ya que en la mayoría de casos no siempre es reportado, pero en otros casos si. Para un futuro estudio, se podría acudir directamente a la Policía Nacional o la DINAPEN para identificar niños o adolescentes que hayan reportado ser abusados sexualmente y pedir la autorización respectiva para comunicarse con ellos, ya que podría ser una forma más eficaz de reclutar participantes. Así mismo, para futuros estudios, se podría ampliar el tema del abuso e investigar la violencia física, emocional, psicológica y la negligencia, ya que también pueden generar trauma en un infante.

En cuanto al tema presentado específicamente, se recomendaría hacer un seguimiento, no solo al adolescente, pero también a la familia. Este seguimiento puede ser a los 3 meses, 6 meses y un año después de la finalización del tratamiento. Así mismo, se puede evaluar cómo las habilidades trabajadas en terapia han sido aplicadas positivamente en la vida del participante y cómo este ha generado un impacto en su vida y en la de su familia.

Como se mencionó previamente, el abuso sexual está ampliamente correlacionado con la depresión y el estrés postraumático; sin embargo, no son los únicos trastornos que se pueden generar a largo plazo. Se propone mayor investigación sobre tratamientos más específicos y personalizados, ya que cada persona puede tener una reacción distinta al resto en cuanto a un trauma complejo. Al tener mayor investigación sobre la ideación suicida como factor de riesgo del abuso sexual infantil, se puede conocer de manera más amplia otros trastornos psicológicos que se pueden

producir y ser identificados para encontrar un tratamiento adecuado y con una investigación empírica que demuestre su efectividad.

## REFERENCIAS

- Acuña Navas, M.J. (2014). Abuso Sexual en Menores de Edad: Generalidades, Consecuencias y Prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69.
- Al-Mahroos, F. & Al-Amer, E. (2011). Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. *Ann Saudi Med*, 31(4), 376-382.
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. India: CBS Publishers & Distributors.
- Amitai, M. & Apter, A. (2012). Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 985-994.
- Bahk, Y.C., Jang, S.K., Choi, K.H. & Lee, S.H. (2017). The Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation: Role of Maltreatment and Potential Mediators. *Psychiatry Investigation*, 14(1), 37-43.
- Blandón Cuesta, O.M., Carmona Parra, J.A., Mendoza Orozco, M.Z. & Medina Pérez, O.A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Cantón-Cortés, D. & Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del Abuso Sexual Infantil: Una Revisión de las Variables Intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607-614.
- Cashmore, J. (2006). Ethical issues concerning consent in obtaining children's reports on their experience of violence. *Child Abuse & Neglect*, 30, 969-977.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (2015). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557-570.

- Consejo de Igualdad Intergeneracional. (2018). *Se realizó Encuentro Nacional de la “Red Contra la Violencia a Niñas, Niños y Adolescentes”*. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Recuperado de: <https://www.igualdad.gob.ec/1283-2/#>
- Figueredo, M. & Gamarra, O. (2018). Terapia Cognitiva Conductual TCC-FT modificada aplicada a un caso de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, (1), 7-26.
- Franco, A. & Ramírez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 51-58.
- Getz, L. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy – Hope for Abused Children. *Social Work Today*, 12(3).
- Gradus, J.L., Suvak, M.K., Wisco, B.E., Marx, B.P. & Resick, P.A. (2013). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Reduces Suicidal Ideation. *Depression and Anxiety*, 30, 1046-1053.
- Halpérin, D.S., Bouvier, P., Jaffe, P.D., Mounoud, R.L., Pawlak, C.H., Laederach, J. & Rey Wicky, H. (1996). Prevalence of Child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 312(7042), 1326-1329.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación (6ta edición)*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Holtzhausen, L., Ross, A. & Perry, R. (2016). Working on Trauma – A Systematic Review of TF-CBT Work with Child Survivors of Sexual Abuse. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 52(4), 511-524.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). (s.f.) Universidad de Buenos Aires.

Recuperado de:

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_beck.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf)

Iribarren, J. Prolo, P., Neagos, N. & Chiappelli, F. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 503-512.

Lalor, K. & McElvaney, R. (2017). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4), 159-177.

Miller, I.W., Norman, W.H., Bishop, S.B. & Dow, M.G. (1991). *The Modified Scale for Suicide Ideation*. Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University and Butler Hospital. Recuperado de: [http://okmis.com/forms/Charting/20160118183859\\_Modified\\_Scale\\_for\\_Suicidal\\_Ideation\\_20150126.pdf](http://okmis.com/forms/Charting/20160118183859_Modified_Scale_for_Suicidal_Ideation_20150126.pdf)

Ministerio de Educación. (19 de julio de 2018). *Ministerio de Educación actualiza las cifras de casos de violencia sexual y socializa acciones interinstitucionales*. Ministerio de Educación. Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/ministerio-de-educacion-actualiza-las-cifras-de-casos-de-violencia-sexual-y-socializa-acciones-interinstitucionales/>

Mohler Kuo, M., Landolt, M.A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V. & Schnyder, U. (2014). Child Sexual Abuse Revisited: A Population-Based Cross-Sectional Study Among Swiss Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54, 304-311.

Moore, J. (2017). Suicide Ideation and Treatment Options. *Mental Health in Family Medicine*, 13, 512-516.

- Observatorio Social del Ecuador. (2019). *Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador, una mirada a través de los ODS*. Quito: UNICEF.
- O'Mara, R.M., Lee, A. & King, C.A. (2013). *Depression and Suicide-Related Behaviors in Adolescence*. Handbook of Adolescent Health Psychology. New York: Springer Science & Business Media.
- Pérez Prada, M.P., Martínez Baquero, L.C., Vianchá Pinzón, M.A. & Avendaño Prieto, B.L. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá - Colombia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 13(1), 91-101.
- Pérez-González, A. & Pereda, N. (2015). Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 149-158.
- Rangel Garzón, C.X., Suárez Beltrán, M.F. & Escobar Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716.
- Rodríguez López, Y. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Revista Científica Eureka*, 9(1), 58-68.
- Rueda Jaimes, G.E., Castro Rueda, V.A., Rangel Martínez Villalba, A.M., Moreno Quijano, C., Martínez Salazar, G.A. & Camacho, P.A. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 86-93.
- Sacoto, M.F.M. (2005). *La Problemática del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Panorama General y Situación en el Ecuador*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vásquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (Beck-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 16*(2), 121-142.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas del Ecuador: Respecto de los Derechos del Buen Vivir*. Quito: Trama Ediciones.
- Takazawa, R.M. (2015). *The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy on Children and Adolescents Who Suffer From Complex Trauma and Exhibit Post-Traumatic Stress Disorder/Symptoms: A Systematic Review*. Recuperado de Sophia, el repositorio de la Universidad St. Catherine: [https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1532&context=msw\\_papers](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1532&context=msw_papers)
- UNICEF Ecuador. (2007). Violencia. *UNICEF Ecuador*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/ecuador/children\\_28783.htm](https://www.unicef.org/ecuador/children_28783.htm)
- UNICEF Ecuador. (s.f.). Violencia contra los niños. *UNICEF Ecuador*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/ecuador/media\\_28087.htm](https://www.unicef.org/ecuador/media_28087.htm)
- Vitriol, V., Cancino, A., Ballesteros, S., Núñez, C. & Navarrete, A. (2017). Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 55*(2), 123-134.
- You, S., Talbot, N.L, He, H. & Conner, K.R. (2012) Emotions and suicidal ideation among depressed women with childhood sexual abuse histories. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 42*(3), 244-254.

**ANEXO A****Carta Dirigida a Colegios para Reclutamiento de Participantes**

Quito, \_\_\_\_\_ de 2019

Estimado/a (Nombre del director/a de la Unidad Educativa),

Me dirijo ante ustedes para solicitar la respectiva autorización para un proyecto de investigación el cual tiene como objetivo identificar en adolescentes de 13-17 años de edad la presencia de un abuso sexual en su infancia e identificar si actualmente presentan pensamientos relacionados con el suicidio. El propósito de este estudio es poder ofrecer un tratamiento (Terapia Cognitiva-Conductual enfocada en el Trauma) para aquellos estudiantes que cumplan con los requisitos. Personas capacitadas serán quienes apliquen cuatro evaluaciones que medirán los aspectos mencionados anteriormente y proveeremos los materiales necesarios a los estudiantes cuyos padres han aceptado su participación en el estudio, al igual que el mismo estudiante, al firmar el respectivo consentimiento informado para ambas partes. La Universidad San Francisco de Quito ofrecerá sus servicios de psicología para aplicar la terapia mencionada a aquellos estudiantes que lo necesiten.

Agradezco de antemano su consideración,

Melisa Ruales Álvarez

Estudiante de Psicología Clínica de la USFQ

0985454020

meli.rualesa@gmail.com



## ANEXO B



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado Padres

**Título de la investigación:** La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para Adolescentes con Presencia de Ideación Suicida Víctimas de Abuso Sexual en su Infancia

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Melisa Alexandra Ruales Álvarez*

**Datos de localización del investigador principal** *2234-619, 0985454020, meli.rualesa@gmail.com*

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea que su hijo/a participe o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la ideación suicida en adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual infantil y reducir la ideación mediante la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma.

**Propósito del estudio** *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito de este estudio es evaluar la efectividad que tiene la Terapia Cognitiva-Conductual enfocada en el Trauma como tratamiento para adolescentes que fueron abusados sexualmente en su infancia y que actualmente presentan varios problemas emocionales que incluyen la ideación suicida.

**Descripción de los procedimientos** *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Este estudio será dividido en tres fases de pruebas psicológicas, en las cuales todos los participantes deberán cumplir con la primera fase, y la segunda y tercera serán sólo para aquellos que cumplan con los requisitos que este estudio busca. En la primera fase se mediran niveles de depresión y desesperanza en el adolescente. Aquellos que cumplan con los resultados esperados seguirán a la segunda fase, la cual evaluará la presencia de el abuso sexual en la infancia y su gravedad de la cual fue víctima. La tercera fase incluye una evaluación más extensa que medirá en detalle la ideación suicida. Las pruebas de la primera fase tomará, aproximadamente, entre 10 a 20 minutos. La prueba de abuso sexual tomará aproximadamente 30 minutos y en la tercera fase, la evaluación tomará aproximadamente 30 a 60 minutos.

**Riesgos y beneficios** *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Los posibles riesgos que se pueden presentar a lo largo de esta investigación incluyen: recordar momentos desagradables y sensibles de su niñez y pueden traer consecuencias emocionales y/o psicológicas. También se podría presenciar una negación por parte del adolescente al responder honestamente las preguntas que piden las evaluaciones. Pueden haber adolescentes que sientan vergüenza o culpa al responder las evaluaciones. A pesar de los posibles riesgos, no se incluye ningún riesgo físico.

Dentro de los beneficios de este estudio, se incluye un tratamiento gratuito en las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito para la Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para aquellos adolescentes

que presenten ideación suicida. Además, los resultados obtenidos por esta investigación podrán ayudar a otros adolescentes a nivel mundial que estén pasando por una situación similar

#### **Confidencialidad de los datos** *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y su supervisor de investigación tendrán acceso
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio.
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

#### **Derechos y opciones del participante** *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.  
Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0985454020 que pertenece a Melisa Ruales, o envíe un correo electrónico a [meli.ruales@gmail.com/](mailto:meli.ruales@gmail.com)  
[mruales@estud.usfq.edu.ec](mailto:mruales@estud.usfq.edu.ec)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha



## ANEXO C

## Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH-USFQ)

**FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO**  
**Menores de edad**

**Título del proyecto:** La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para Adolescentes con Presencia de Ideación Suicida Víctimas de Abuso Sexual en su Infancia

Hola, mi nombre es Melisa Ruales y estudio en la Universidad San Francisco de Quito. Estamos realizando un estudio para conocer acerca de los pensamientos suicidas en adolescentes que tuvieron un abuso sexual en su infancia, y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder varias preguntas en diferentes cuestionarios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionas/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a investigar un tratamiento adecuado para adolescentes con estas dificultades.

Esta información será confidencial: no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES). Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un ( ✓ ) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ningún ( ✓ ), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha:

## ANEXO D

## CUESTIONARIO BDI-II (BECK DEPRESSION INVENTORY, II) (Beck, 1996)

Nombre:.....Edad:.....Sexo H M  
 Estado civil.....Profesión:.....Estudios:.....

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que te has sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodea con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda. Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

**1. Tristeza**

0. No me siento triste habitualmente
1. Me siento triste gran parte del día
2. Me siento triste continuamente
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

**2. Pesimismo**

0. No estoy desanimado sobre mi futuro
1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
2. No espero que las cosas mejoren.
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeoran

**3. Sentimientos de fracaso**

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más de lo que debería.
2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

**4. Pérdida de placer**

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

**5. Sentimientos de culpa**

0. No me siento especialmente culpable
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

**6. Sentimientos de castigo**

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

**7. Insatisfacción con uno mismo.**

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo
1. He perdido confianza en mí mismo
2. Estoy decepcionado conmigo mismo
3. No me gusta

**8. Auto-críticas**

0. No me critico o me culpo más que antes
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Critico todos mis defectos.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o deseos de suicidio**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

**10. Llanto**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

**11. Agitación**

0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre
1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

**12. Pérdida de interés**

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

**13. Indecisión**

0. Tomo decisiones más o menos como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Inutilidad**

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

**15. Pérdida de energía.**

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo mejor energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el patrón de sueño**

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a. Duermo algo más de lo habitual.
- 1b. Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad.**

0. No estoy más irritable de lo habitual.
1. Estoy más irritable de lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3. Estoy irritable continuamente.

**18. Cambios en el apetito**

0. No he experimentado ningún cambio en el apetito.
- 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a. He perdido completamente el apetito.
- 3b. Tengo ganas de comer continuamente.

**19. Dificultad de concentración.**

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o fatiga**

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

**21. Pérdida de interés en el sexo.**

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

PUNTUACIÓN TOTAL :.....

## ANEXO E

## Escala de Desesperanza de Beck (HS)

Este cuestionario consiste en una lista de veinte frases. Por favor, léalas cuidadosamente una por una antes de contestar. Si la frase describe su opinión DURANTE LAS DOS PASADAS SEMANAS (incluyendo el día de hoy), señale la 'V' de verdadero; si la frase no refleja su opinión, señale la 'F' de falso.

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

## ANEXO F

## QUESTIONNAIRE ON CHILD SEXUAL ABUSE

Completing the article: Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross-sectional survey (1986). Halperin D.S., Bouvier P., Jaffe P. D., Mounoud R-L., Pawlak C.H., Laederach J., Rey Wicky H. *British Medical Journal*; 312: 1326-1329

- Q 1:** How old are you ?   years and   months
- Q 2:** Are you a girl or a boy ?  girl  boy
- Q 3:** Who do you live with ?  
(several answers are possible)  father  stepfather  
 mother  stepmother  
 other : 

(specify.....)

- Q 4:** Here are some general statements on child sexual abuse.  
Do you rather agree or rather disagree with these statements ?

	<u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>I don't know</u>
a. Some children are sexually abused by older children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Most people who sexually abuse children do not belong to the child's family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Most of the time children are sexually abused when they are alone, at night, and outside their home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Only girls are victims of sexual abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sexually abused boys are usually not homosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Children from reputable families are not victims of sexual abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Children who report being victims of sexual abuse are not necessarily placed in foster care following these revelations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Few children are victims of sexual abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Only young children are victims of sexual abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Boys are not sexually abused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. A majority of sexual abuse perpetrators are retarded or mentally ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Even if one lets a year go by before talking about a sexual abuse situation, it is still possible to do something about it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. In sexual abuse cases, the child him/herself is never responsible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q 5 :** Have your parents ever talked with you about child sexual abuse ?

no

yes



If they have, please answer questions  
5b to 5d:

**Q 5b :** Which parent ?

father

mother

both

**Q 5c :** Did they explain that children may  
be sexually abused by family friends  
or family members ?

yes

no

I don't remember

**Q 5d :** Did they tell you to let an adult know  
if it happened to you ?

yes

no

I don't remember

**Q 6 a :** Did you take part in the information session before today's  
questionnaire ?

yes

no

**6 b :** Before the information session, were you ever told about sexual  
abuse at school, for example during Facts of Life classes, or in a  
play, a movie or an exhibit ?

yes

no

I don't remember

**Q 7 :** Were you told about sexual abuse somewhere else (i.e., outside  
of home and school) ?

yes

no

I don't remember

If so, please specify who told you about it (e.g., friend, scout, doctor, etc.) :

.....  
.....



**Q8 :** Has an adult or an older child ever not respected you by demanding you or forcing you to...

	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>I don't want to answer</b>
a) look at his/her genitals ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) undress and show him/her your genitals ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) watch him/her masturbate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) undress with another child and fondle each other in front of him/her ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <u>be fondled</u> (caresses, rubs, kisses on the whole body and/or your genitals) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <u>fondle</u> him/her (caresses, rubs, kisses on the whole body and/or his/her genitals) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) look at pornographic pictures, drawings, films, videotapes or magazines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) be naked and to expose your genitals for picture taking or filming ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) submit to full sexual intercourse with penetration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) submit to having his/her fingers or an object introduced in your body ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

You may wish to give a more detailed answer. Here is some space you may use to comment...

.....

.....

.....

.....

**Q 9 :** If you experienced several of the situations described in question 8, one of them may have affected you far more than the others. If so, please indicate which one stands out by providing the corresponding letter in the list, i.e., "a" to "j"

If you were subjected to several situations described in question 8, answer the following question (Q 10) with the situation that affected you most in mind, i.e., the one you just provided for question 9.

**Q 10 :** If you were subjected to one (or more) situation/s described in question 8, it happened to you :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> once                   | <input type="checkbox"/> I can't remember        |
| <input type="checkbox"/> between 2 and 5 times  | <input type="checkbox"/> it never happened to me |
| <input type="checkbox"/> between 6 and 10 times |  |
| <input type="checkbox"/> over 10 times          |  |

**Q 11 :** How old were you when it happened the first time ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> under 6 years old           | <input type="checkbox"/> between 12 and 14 years old |
| <input type="checkbox"/> between 6 and 8 years old   | <input type="checkbox"/> between 14 and 16 years old |
| <input type="checkbox"/> between 8 and 10 years old  | <input type="checkbox"/> I can't remember            |
| <input type="checkbox"/> between 10 and 12 years old | <input type="checkbox"/> it never happened to me     |

**Q 12 :** Are you still subjected presently to any of these situations ?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| yes                      | no                       | it never happened to me  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Q 13 :** If not, how old were you the last time it happened to you ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> under 6 years old           | <input type="checkbox"/> between 12 and 14 years old |
| <input type="checkbox"/> between 6 and 8 years old   | <input type="checkbox"/> between 14 and 16 years old |
| <input type="checkbox"/> between 8 and 10 years old  | <input type="checkbox"/> I can't remember            |
| <input type="checkbox"/> between 10 and 12 years old | <input type="checkbox"/> it never happened to me     |

If you were subjected to several situations described in question 8, answer the following question (Q 14) with the situation that affected you most in mind, i.e., the one you provided for question 9.

**Q 14 :**

	yes	no	<u>it never happened to me</u>
At the time it happened, did you feel...			
a) threatened or in danger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) unable to say no out of embarrassment/shame/fear ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) forced to go along for other reasons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) neither forced nor threatened ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were you...			
e) subjected to physical abuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) able to avoid the situation/s, e.g., by refusing to go along, running away, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you wish, use the space below to complete your answers freely.

.....

.....

.....

.....

**Q 15 a :** What was the gender of the person (or people) who got you in this (or these) situation/s ? (several answers possible) :

- male
- female
- it never happened to me

**Q 15 b :** How old would you say s/he was (or they were) ?

- 1st person        year old
- 2nd person        year old
- 3rd person        year old

**Q 16 :** This person (or these people) was (or were) a : *(several answers possible)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stranger                 | <input type="checkbox"/> mother's or father's friend                                    |
| <input type="checkbox"/> baby-sitter              | <input type="checkbox"/> brother or sister  |
| <input type="checkbox"/> family friend            | <input type="checkbox"/> half brother or half sister                                    |
| <input type="checkbox"/> neighbour                | <input type="checkbox"/> uncle or aunt  |
| <input type="checkbox"/> teacher                  | <input type="checkbox"/> grandfather or grandmother                                     |
| <input type="checkbox"/> instructor               | <input type="checkbox"/> someone else <i>(specify without giving the person's name)</i> |
| <input type="checkbox"/> peer                     | .....   |
| <input type="checkbox"/> father or mother         | .....   |
| <input type="checkbox"/> stepfather or stepmother | <input type="checkbox"/> it never happened to me  |

**Q 17 :** Did you ever talk to anyone about this (or these) event/s ?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| yes                      | no                       | it never happened to me  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If you did : *(several answers possible)*

- I was helped
- I was not believed
- nothing changed
- I asked that it be kept secret
- I asked that nothing be done

**Q 18 :** Who did you talk to about this (or these) event/s ? *(several answers possible)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> father              | <input type="checkbox"/> someone teaching a Fact of Life class  |
| <input type="checkbox"/> mother              | <input type="checkbox"/> school nurse   |
| <input type="checkbox"/> brother or sister   | <input type="checkbox"/> doctor   |
| <input type="checkbox"/> grandparent/s       | <input type="checkbox"/> friend   |
| <input type="checkbox"/> other family member | <input type="checkbox"/> another person outside the family<br><i>(specify without providing a name)</i> |
|  | .....   |
|  | .....   |
|  | <input type="checkbox"/> it never happened to me  |

**Q 19 :** Do you know of another youngster who experienced similar events and who spoke to you about them ?

yes

no



**Q 20 :** How did you find this questionnaire ?

yes

no

useful



boring



clear



too difficult



embarrassing



interesting



too long



If you wish, please add comments here :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

You got to the end of the questionnaire.

You have time to read it over and check if you answered all the questions.

Please, remain seated at your desk, we will collect all the questionnaires at the same time.

Thank you once again for your help!

## ANEXO G

### The Modified Scale for Suicide Ideation

#### **Instructions**

**The purpose of this scale is to assess the presence or absence of suicide ideation and the degree of severity of suicidal ideas. The time frame is from the point of interview and the previous 48 hours.**

#### **1. Wish to die**

*Over the past day or two have you thought about wanting to die?*

*Do you want to die now?*

*(If the patient wants to die ask: Over the past day or two how often have you had the thought that you wanted to die? A little? Quite often? a lot?)*

*When you have wished for death, how strong has the desire been? Weak? Moderately strong? Very strong?)*

- 0. None - no current wish to die, hasn't had any thought about wanting to die.
- 1. Weak - unsure about whether he/she wants to die, seldom thinks about death, or intensity seems low.
- 2. Moderate - current desire to die, may be preoccupied with ideas about death, or intensity seems greater than a rating of 1.
- 3. Strong - current death wish, high frequency or high intensity during the past day or two.

#### **2. Wish to live**

*Over the past day or two have you thought that you want to live?*

*Do you care if you live or die?*

*(If the patient wants to live ask: Over the past day or two how often have you thought about wanting to live? A little? Quite often? A lot? How sure are you that you really want to live?)*

- 0. Strong - current desire to live, high frequency or high intensity.
- 1. Moderate - current desire to live, thinks about wanting to live quite often, can easily turn his/her thoughts away from death or intensity seems more than a rating of 2.
- 2. Weak - unsure about whether he/she wants to live, occasional thoughts about living or intensity seems low.
- 3. None - patient has no wish to live.

### **3. Desire to make an active suicide attempt**

*Over the past day or two when you have thought about suicide did you want to kill yourself? How often? A little? Quite often? A lot?  
Do you want to kill yourself now?*

0. None - patient may have had thoughts but does not want to make an attempt.
1. Weak - patient isn't sure whether he/she wants to make an attempt.
2. Moderate - wanted to act on thoughts at least once in the last 48 hours.
3. Strong - wanted to act on thoughts several times and/or almost certain he wants to kill self.

### **4. Passive suicide attempt**

*Right now would you deliberately ignore taking care of your health?  
Do you feel like trying to die by eating too much (too little), drinking too much (too little), or by not taking needed medications?  
Have you felt like doing any of these things over the past day or two?  
Over the past day or two, have you thought it might be good to leave life or death to chance, for example, carelessly crossing a busy street, driving recklessly, or even walking alone at night in a rough part of town?*

0. None - would take precautions to maintain life.
1. Weak - not sure whether he/she would leave life/death to chance, or has thought about gambling with fate at least once in the last two days.
2. Moderate - would leave life/death to chance, almost sure he/she would gamble.
3. Strong - avoided steps necessary to maintain or save life, e.g., stopped taking needed medications.

**CUT-OFF INSTRUCTIONS - If Item 1 and Item 2 are scored less than "2" and Items 3 and 4 are scored 0, then STOP. Otherwise continue with full scale.**

### **5. Duration of thoughts**

*Over the past day or two when you have thought about suicide how long did the thoughts last?  
Were they fleeting, e.g., a few seconds?  
Did they occur for a while, then stop, e.g., a few minutes?  
Did they occur for longer periods, e.g., an hour at a time?  
Is it to the point where you can't seem to get them out of your mind?*

- 0. Brief - fleeting periods.
- 1. Short duration - several minutes.
- 2. Longer - an hour or more.
- 3. Almost continuous - patient finds it hard to turn attention away from suicidal thoughts, can't seem to get them out of his/her mind.

### **6. Frequency of ideation**

*Over the last day or two how often have you thought about suicide? Once a day? Once an hour? More than that? All the time?*

- 0. Rare - once in the past 48 hours.
- 1. Low frequency - twice or more over the last 48 hours.
- 2. Intermittent -approximately every hour
- 3. Persistent - several times an hour.

### **7. Intensity of thoughts**

*Over the past day or two, when you have thought about suicide, have they been intense (powerful)?*

*How intense have they been? Weak? Somewhat strong? Moderately strong? Very strong?*

- 0. Very weak.
- 1. Weak.
- 2. Moderate.
- 3. Strong.

### **8. Deterrent to active attempt**

*Can you think of anything that would keep you from killing yourself? (Your religion, consequences for your family, chance that you may injure yourself seriously if unsuccessful).*

- 0. Definite deterrent - wouldn't attempt suicide because of deterrents.  
Patient must name one deterrent.
- 1. Probable deterrent -can name at least one deterrent, but does not definitely rule out suicide.
- 2. Questionable deterrent - patient has trouble naming any deterrents, seems focused on the advantages to suicide, minimal concern over deterrents.
- 3. No deterrents - no concern over consequences to self or others.



## **9. Reasons for living and dying**

*Right now can you think of any reasons why you should stay alive?*

*What about over the past day or two?*

*Over the past day or two have you thought that there are things happening in your life that make you want to die?*

*(If the patient says there are clear reasons for living and dying, ask what they are and write them verbatim in the section provided. Ask the remaining questions)*

### Living

### Dying

*Do you think that your reasons for dying are better than your reasons for living?*

*Would you say that your reasons for living are better than your reasons for dying?*

*Are your reasons for living and dying about equal in strength, 50-50?*

0. Patient has no reasons for dying, never occurred to him/her to weigh reasons.
1. Has reasons for living and occasionally has thought about reasons for dying.
2. Not sure about which reasons are more powerful, living and dying are about equal, or those for dying slightly outweigh those for living.
3. Reasons for dying strongly outweigh those for living, can't think of any reasons for living.

### **Method:**

*Over the last day or two have you been thinking about a way to kill yourself, the method you might use?*

*Do you know where to get these materials?*

*Have you thought about jumping from a high place? Where would you jump?*

*Have you thought about using a car to kill yourself? Your own? Someone else's?*

*What highway or road would you use?*

*When would you try to kill yourself? Is there a special event (e.g., anniversary, birthday with which you would like to associate your suicide?*

*Have you thought of any other ways you might kill yourself? (note details verbatim).*

(The interviewer should try to get as detailed a description as possible about the patient's plan and degree of specificity - Record this information in narrative fashion below and then rate item 10)

---

---



---



---



---



---



---



---

### **10. Degree of specificity/planning**

0. Not considered, method not thought about.
1. Minimal consideration.
2. Moderate consideration.
3. Details worked out, plans well formulated.

### **11. Method: Availability/opportunity**

*Over the past day or two have you thought methods are available to you to commit suicide?*

*Would it take time/effort to create an opportunity to kill yourself?*

*Do you foresee opportunities being available to you in the near future (e.g., leaving hospital)?*

0. Method not available, no opportunity.
1. Method would take time/effort, opportunity not readily available, e.g., would have to purchase poisons, get prescription, borrow or buy a gun.
2. Future opportunity or availability anticipated - if in hospital when patient got home, pills or gun available.
3. Method/opportunity available – pills, gun, car available, patient may have selected a specific time.

### **12. Sense of courage to carry out attempt**

*Do you think you have the courage to commit suicide?*

0. No courage, too weak, afraid.
1. Unsure of courage.
2. Quite sure.
3. Very sure.

### **13. Competence**

*Do you think you have the ability to carry out your suicide?*

*Can you carry out the necessary steps to insure a successful suicide?*

*How convinced are you that you would be effective in bringing an end to your life?*

0. Not competent.
1. Unsure.
2. Somewhat sure.
3. Convinced that he/she can do it.

### **14. Expectancy of actual attempt**

Over the last day or two have you thought that suicide is something you really might do sometime?

Right now what are the chances you would try to kill yourself if left alone to your own devices?

Would you say the chances are less than 50%? About equal? More than 50%?

0. Patient says he/she definitely would not make an attempt.
1. Unsure - might make an attempt but chances are less than 50% or about equal, 50-50.
2. Almost certain - chances are greater than 50% that he/she would try to commit suicide?
3. Certain - patient will make an attempt if left by self (i.e., if not in hospital or not watched).

### **15. Talk about death/suicide**

Over the last day or two have you noticed yourself talking about death more than usual?

Can you recall whether or not you spoke to anybody, even jokingly, that you might welcome death or try to kill yourself?

Have you confided in a close friend, religious person, or professional helper that you intend to commit suicide?

0. No talk of death/suicide.
1. Probably talked about death more than usual but no specific mention of death wish. May have alluded to suicide using humour.
2. Specifically said that he/she wants to die.
3. Confided that he/she plans to commit suicide.

**16. Writing about death/suicide**

*Have you written about death/suicide e.g. poetry, in a personal diary?*

0. No written material.
1. General comments regarding death.
2. Specific reference to death wish.
3. Specific reference to plans for suicide.

**17. Suicide note**

*Over the last day or two have you thought about leaving a note or writing a letter to somebody about your suicide?*

*Do you know what you'd say? Who would you leave it for? Have you written it out yet?*

*Where did you leave it?*

0. None - hasn't thought about a suicide note.
1. "Mental note" - has thought about a suicide note, those he/she might give it to, possibly worked out general themes which would be put in the note (e.g., being a burden to others, etc.)
2. Started - suicide note partially written, may have misplaced it.
3. Completed note - written out, definite plans about content, addressee.

**18. Actual preparation**

*Over the past day or two have you actually done anything to prepare for your suicide, e.g., collected material, pills, guns, etc.?*

0. None - no preparation.
1. Probable preparation - patient not sure, may have started to collect materials.
2. Partial preparation - definitely started to organize method of suicide.
3. Complete - has pills, gun, or other devices that he needs to kill self.