

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Abordaje Psicoterapéutico en niñas y adolescentes institucionalizadas
a consecuencia de agresión sexual**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Helen Georgina de León Soto

Guatemala, febrero 2014

**Abordaje Psicoterapéutico en niñas y adolescentes institucionalizadas
a consecuencia de agresión sexual.**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Helen Georgina de León Soto (Estudiante)
M Sc. Rebeca Ramírez de Chajón (Asesora)

Guatemala, febrero 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque
Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana

M Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

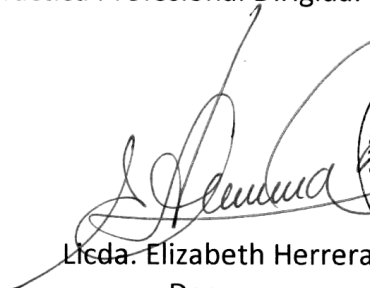
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS


ASUNTO: Helen Georgina de León Soto
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social** de esta Facultad
solicita autorización para realizar su **Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Helen Georgina de León Soto** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano





UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Abordaje Psicoterapéutico en niñas y adolescentes institucionalizadas a consecuencia de agresión sexual”**. Presentada por el (la) estudiante: **Helen Georgina de León Soto**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala febrero dos mil catorce.-----


En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“Abordaje Psicoterapéutico en niñas y adolescentes institucionalizadas a consecuencia de agresión sexual”. Presentada por el (la) estudiante: **Helen Georgina de León Soto**,
previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala febrero dos mil catorce.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Abordaje Psicoterapéutico en niñas y adolescentes institucionalizadas a consecuencia de agresión sexual". Presentada por el (la) estudiante: **Helen Georgina de León Soto**, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*


Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Agradecimientos

- A Dios: Ser maravilloso que me dio fuerzas y fe para creer lo que me parecía difícil de terminar, por estar conmigo siempre y ser mi sustento en todo momento.
- A mis hijos: Mariafer, Chinito y Ximenita con todo mi amor, que éste triunfo sirva para ustedes como una motivación y un ejemplo fácil de superar.
- A mis padres: Como un testimonio de cariño y agradecimiento por su ejemplo, amor, consejos y apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida.
- A mis hermanos: Por estar siempre allí cuando más los necesitaba, demostrando su amor y apoyo incondicional en los momentos en donde sentía desfallecer.
- A mi familia: Por el cariño y ánimo que me prodigaron a lo largo de estos años de estudio.
- A mis amigas: Carol, Zandi, Claudia, Hilda, Karla, amigas especiales que me permitieron entrar en su vida y compartir momentos inolvidables que siempre guardaré en mi corazón.
- A mi asesora: Lic. Rebeca de Chajón, por sus comentarios y tiempo dedicado en todo el proceso de elaboración del presente trabajo de investigación.
- A mis Profesores: Licda. Cynthia Brenes, Lic. Eugenia de García, Lic. Guillermo Téllez, gracias por sus enseñanzas, son un ejemplo a seguir en mi carrera profesional.

Nota: Para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1: Marco de Referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Perfil de Ingreso al programa residencial	2
1.5 Ubicación de la Institución	3
1.6 Organización	3
1.7 Programas establecidos	5
1.8 Organigrama de la institución	8
1.9 Planteamiento del problema	9
1.10 Objetivos	10
Capítulo 2: Referente Teórico	11
2.1 Abuso en la infancia y adolescencia	11
2.2 Agresión Sexual en la niñez y adolescencia	12
2.3 Victimología	18
2.4 Leyes de Protección Nacional para la Niñez y Adolescencia	22
2.5 Intervención Psicológica individual en casos de Agresión Sexual	29
Capítulo 3: Referente Metodológico	35
3.1 Metodología para la sistematización de Práctica Profesional Dirigida	35
3.2 Técnicas Metodológicas para el Proceso de Práctica Profesional Dirigida	35
3.3 Población atendida en el Centro de Práctica	37
3.4 Cronograma de Actividades Realizadas	38
3.5 Programa de Curso de Práctica Profesional Dirigida	39
Capítulo 4: Presentación de Resultados	40
4.1 Análisis de Resultados	40
4.2 Caso Clínico	41

4.3 Alcances	56
4.4 Limitaciones	56
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Referencias	59
Anexos	61
Contenido de Anexos	62

Resumen

A continuación se presenta el trabajo de investigación de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede Naranjo, el cual se desarrolló durante los meses de marzo a octubre de dos mil trece, en Asociación La Alianza ubicada en la 13 avenida 0-37 zona 2 de Mixco, Colonia la Escuadrilla, del departamento de Guatemala, dicha institución es una organización de carácter privado y de asistencia social que se dedica principalmente a servir a las niñas y adolescentes en una situación de desamparo que sufren violación a los derechos humanos, en diferentes escenarios de la vida familiar, social, comunitaria, calle y que les hace estar en condición de riesgo social, entidad que abrió sus puertas para la realización de la Práctica Profesional Dirigida.

En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la institución, programas, visión, misión y los objetivos del presente informe. El trabajo de atención clínica se realizó con padres de las niñas y adolescentes residentes, niñas en proceso de reintegración y personal de la institución, que requirieron el servicio psicológico, por presentar problemas en una o más de las siguientes áreas: afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales.

El segundo capítulo presenta la base teórica del presente informe, temática relacionada con agresión sexual, victimización, institucionalización, abordajes psicoterapéuticos utilizados con los niños, niñas y adolescentes institucionalizados.

El tercer capítulo menciona la forma en que se realizó el abordaje psicoterapéutico con los pacientes atendidos en la institución, realizando un proceso psicodiagnóstico para evaluar la problemática que presentaban, y elaborar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados de manera que permitiera abordar de una manera integral todos los casos.

En el capítulo cuatro se realizó el análisis del caso contrastado con la teoría investigada lo cual dio origen a conclusiones y recomendaciones del tema investigado; así también se incluyen los respectivos anexos, con la documentación de respaldo a la Práctica Profesional Dirigida.

Introducción

La agresión sexual en niños, niñas y adolescentes denominada A.S.I. es un flagelo que existe en toda sociedad y se da en todo nivel socioeconómico, no se conocen los datos exactos de este tipo de abuso debido a que muchos casos tienden a ocultarse, es evidente que la sintomatología y consecuencias físicas, emocionales y conductuales que presentan en la niñez y la adolescencia, y sigue siendo hasta la fecha un tema de difícil discusión y abordaje.

El estado de Guatemala en busca de proporcionar protección a la niñez y adolescencia guatemalteca ha creado una normativa legal, administrativa, social y educativa en la cual se garantiza el libre goce de sus derechos y libertades, en la cual establece que los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en riesgo de sus derechos elementales, deben ser institucionalizados.

La institucionalización es una medida en donde los niños, niñas y adolescentes son separados de la tutela familiar y llevados a instituciones que brindan protección y abrigo; el lado positivo es que se les separa de las personas que les causan daño, pero el lado negativo de la institucionalización es que al ser separados de sus hogares se les priva de su libertad, ocasionando muchas veces consecuencias como: inseguridad, desorientación, autoinculpación por no poder comprender dicho proceso de protección.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la institución

La Práctica Profesional Dirigida se realizó en Asociación La Alianza en el municipio de Mixco, departamento de Guatemala, es una organización de carácter privado, no lucrativa, no religiosa, apolítica, social, cultural, educativa, humanitaria y de asistencia social; se dedica principalmente a servir a las niñas y adolescentes en una situación de desamparo que sufren violación a los derechos humanos, en diferentes escenarios de la vida familiar, social, comunitaria, calle; y que les hace estar en condición de riesgo.

Su finalidad es proteger y salvaguardar a todos las niñas y adolescentes de los abusos de cualquier naturaleza que viven expuestos por carecer de discernimiento necesario para comprender su alcance, y el derecho que tienen a una vida que les permita desarrollarse y crecer como personas, accediendo a la educación, a la instrucción y a una formación integral en valores, que los convierta en el futuro en ciudadanos útiles para su patria y para sí mismos; así también promoviendo la reintegración familiar y comunitaria, por medio de la cual se pueda lograr que las niñas y las adolescentes puedan tener una vida familiar segura y sana, que les permita desarrollarse integralmente dentro de un ambiente natural y social.

Dentro de los principios institucionales que rigen la Asociación La Alianza, se encuentran:

La urgencia: dando una atención inmediata de las necesidades básicas, físicas y espirituales, de las niñas y adolescentes que llegan al albergue sin condicionamiento o costo alguno.

Santuario: la confianza que la niña o la adolescente deposita en sus educadores y en todos los adultos que le rodean dentro del programa, es guardada como un derecho de privacidad.

Estructura: se fomenta un cambio de hábitos y actitudes que contribuyan a un mejor desempeño físico, psicológico, social y espiritual de la vida cotidiana de la niña y la adolescente.

Comunicación de Valores: se transmite con la relación directa, acciones y ejemplo, tanto valores morales y sociales que guíen su vida independiente; Opción: la niña o la adolescente tiene derecho de tomar sus propias decisiones y este derecho es respetado por los educadores o facilitadores.

1.2 Misión

“Servir y proteger a la niñez y la adolescencia desamparadas, haciendo con los niños, niñas y adolescentes un pacto de confianza, respeto absoluto y amor incondicional. Nuestro compromiso es crear oportunidades excepcionales para el desarrollo personal y su bienestar, con el fin de que puedan alcanzar su más alto potencial y ser plenos sujetos de derecho.”

1.3 Visión

“Ser una instancia de referencia en la protección y cuidado de niñas, niños y adolescentes en situación de calle o en alto riesgo social, comprometida con la observancia y cumplimiento de sus derechos humanos, que los estimula a vivir, desde su condición de sujetos, una ciudadanía plena, generando procesos de sensibilización social y de incidencia política, que permitirán una mejor comprensión de la problemática de la niñez y adolescencia y promoverán nuevas formas de atención hacia la misma, procurando a la vez la pronta reinserción a sus entornos familiar y comunitario.”

1.4 Perfil de Ingreso al programa residencial

El programa residencial existe para rehabilitar y reintegrar a diversos escenarios de la vida social a las niñas y adolescentes comprendidas entre los 12-18 años, víctimas de trata, a través de un modelo basado en la Resiliencia. Inicialmente Asociación la Alianza atiende a niñas y adolescentes entre los 12 y 18 años, que están en alto riesgo de ser víctimas potenciales, considerando entre ellas a las que hayan sufrido violencia familiar de manera sostenida, que hayan sido ultrajadas sexualmente, que vivan en situación de calle y otras asociadas como

alcoholismo y drogadicción en niveles que puedan atender y que se asocien a estas problemáticas.

1.5 Ubicación de la Institución

La Asociación La Alianza, se encuentra ubicada en la 13 avenida 0-37 zona 2 de Mixco, Colonia la Escuadrilla, a 500 metros de la calzada Roosevelt, frente al Centro Español; colinda al norte con la zona 3 de Mixco, al sureste con la zona 7 de la ciudad capital, al suroeste con la zona 1 de Mixco y al sur con la zona 10 de Mixco.

1.6 Organización

Asociación La Alianza cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Una Directora Nacional, quien vela por el cumplimiento de planear, organizar, dirigir, integrar, controlar, supervisar las funciones de toda la organización.
- Una Directora de programas, quien es la encargada de planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las actividades de las áreas de programas de la Asociación.
- Una Directora de desarrollo, quien ejecuta las labores profesionales para la gestión, organización y seguimiento de programas y proyectos con agencias, personales individuales y cooperación.
- Un Director administrativo financiero, encargado de definir las políticas administrativas financieras y modelos para su aplicación, así como coordinar actividades para el óptimo funcionamiento de las instalaciones y optimización de los recursos de la institución.
- Una Directora de personal e informática, quien tiene como función principal organizar, planificar, controlar, supervisar, evaluar y coordinar las actividades que desarrollan el capital humano y Tecnología de acuerdo al marco filosófico de la Asociación la Alianza.

- Dos Trabajadoras sociales, quienes tienen a su cargo la intervención social en todos los niveles (individual, familiar, grupal y comunitario).
- Dos Psicólogas, las cuales se encargan del acompañamiento psicológico directo con las niñas y adolescentes residentes.
- Dos Licenciados en Procuración, quienes brindan acompañamiento y seguridad legal a las niñas y adolescentes.
- Ocho educadoras, quienes tienen el cuidado permanente de las niñas y adolescentes.
- Un Contador, encargado de las actividades contables y estados financieros.
- Un asistente administrativo, encargado de llevar la agenda de trabajo de la gerencia que asiste.
- Un Piloto, encargado de conducir los vehículos motorizados para cumplir las diferentes comisiones de trabajo.
- Dos Cocineras, encargadas de la preparación de la alimentación de las residentes.
- Una persona de mantenimiento, quien organiza y coordina las actividades de mantenimiento de las oficinas y las áreas a cargo.

La infraestructura con la que cuenta Asociación La Alianza consiste en dos edificios de dos plantas cada uno, en el primer edificio se localizan las oficinas administrativas y de personal, en el segundo edificio llamado “Residencia” es donde permanecen las niñas, adolescentes y bebés atendidos, este edificio cuenta con dos cabañas de niñas y adolescentes y una cabaña de madres adolescentes, estas tres cabañas cuentan con tres módulos de adaptación, los cuales son:

- Orugas, ó modulo de reintegración: aquí se ubican a las niñas y adolescentes de primer ingreso.
- Capullo, ó módulo de reconocimiento: se ubican a las niñas y adolescentes que ya son conscientes de la situación que las ha llevado a la institución.

- Mariposa, o módulo de fortalecimiento: se encuentran las niñas y adolescentes que ya han superado el proceso de adaptación y manejo de la situación conflictiva inicial, apoyando a las niñas y adolescentes que se encuentran en los módulos anteriores.

En la cabaña de madres adolescentes se cuenta con una sala cuna, en donde se le ofrece a los bebés estimulación temprana, adicionalmente se encuentran las áreas de cocina, comedor, enfermería, sala de visitas, área verde y patio de juegos.

1.7 Programas establecidos

Asociación La Alianza se basa en cuatro ejes de trabajo, el eje uno, es el de Sensibilización y Educación Pública, en donde se forma e informa preventivamente a los actores clave de los sectores público y privado en los temas de trata de personas y factores de protección integral para la niñez, y la adolescencia; en el eje dos, se brinda protección y abrigo, el objetivo es ofrecer una atención integral a la población residente mediante un proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y preparación para su adecuada reintegración a los entornos familiar y comunitario; en el eje tres se brinda apoyo legal a las niñas y adolescentes para la resolución de casos legales en donde se garantice los derechos de las mismas; en el eje cuatro o de incidencia se establecen alianzas o coaliciones con el fin de apoyar estratégicamente a la niñez y adolescencia desamparada del país.

Los ejes de trabajo han puesto en marcha la creación y ejecución de los siguientes programas:

1.7.1 Área de Psicología

- Programa residencial Etapa 1: Integración

El abordaje psicoterapéutico de Asociación La Alianza, surge ante la necesidad de brindar apoyos concretos que produzcan transformaciones individuales en las niñas y adolescentes que serán atendidas en la Residencia. En esta etapa de integración se darán a conocer los principios y valores que rigen la vida de las residentes y del personal.

- Programa residencial en la etapa 2: Reconocimiento

Esta etapa se enfoca en el seguimiento de los avances que se han dado en la etapa 1, en la cual se crean rutinas, metas y proyectos de vida en las niñas y adolescentes, planteando nuevos retos que permitan que las adolescentes se preparen para la vida independiente. Es aquí donde se incorpora al grupo primario de apoyo para lograr en la manera de lo posible una reinserción a la vida normal.

- Programa residencial en la etapa 3: Fortalecimiento

En este programa el enfoque es el acompañamiento y las expectativas en cuanto a la reintegración familiar y social, realizando un proceso de seguimiento en el cual se evalúan los avances y los posibles riesgos que cada niña enfrenta.

1.7.2 Área de Trabajo Social

- Programa residencial Etapa 1: Integración

Este programa llamado también de inserción residencial, se realiza inicialmente con una fase de documentación inicial, motivo del ingreso, recopilación de información preliminar del caso. El objetivo de este programa es crear un ambiente de confianza y empatía entre las niñas y los elementos humanos que brindan atención en Asociación La Alianza; es en esta etapa en donde se tendrá el primer contacto con la familia en el ambiente social en donde se desarrolla, lo cual permitirá abordar la realidad social y económica de la adolescente propiciándose una relación de acercamiento con el grupo primario de apoyo.

- Programa Residencial Etapa 2: Reconocimiento

Esta fase es importante porque se identifican las fortalezas y debilidades encontradas a través del diagnóstico, en los niveles social, familiar e individual, se brindará apoyo en la búsqueda de alternativas educativas que cumplan con las necesidades de cada niña y adolescente, en esta etapa ya se han detectado las capacidades individuales para propiciar los encuentros familiares, buscando una alternativa sana de reinserción a la sociedad.

- Etapa 3. Fortalecimiento

En esta etapa la integración de la niña o adolescente se ha logrado dentro de la residencia, así como también se ha tenido un encuentro con el grupo primario de apoyo, en donde se ha evaluado la preparación psicobiosocial de cada niña, y observar si se ha logrado la preparación de la misma para reintegrarse al medio social, se considera que se han restituido sus derechos que con anterioridad fueron violentados. En esta etapa se evalúa si existe la posibilidad de acogimiento familiar, si las instancias legales lo consideran pertinente, a la desinstitucionalización, con un debido proceso de seguimiento.

1.7.3 Área Médica

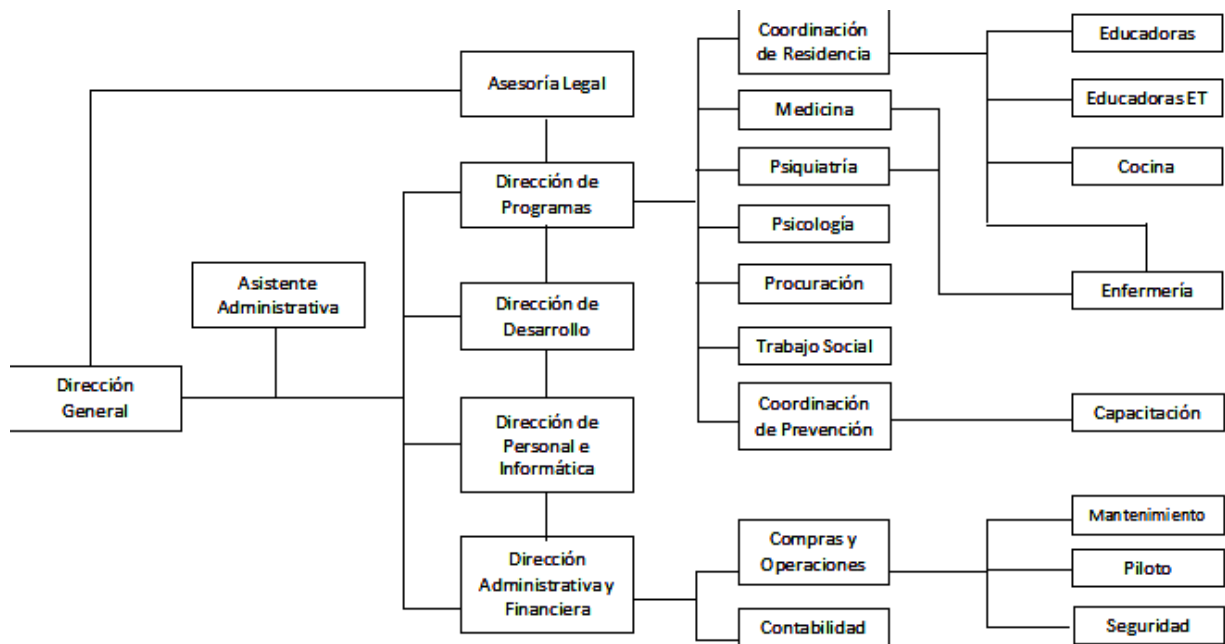
- Preventivo

Este programa tiene como finalidad programar, organizar y orientar las actividades de promoción y conservación de la salud, así como la prevención de enfermedades, educando al personal sobre medidas de higiene, primeros auxilios en emergencias y desastres.

- Curativo

Este programa consiste en abordar las emergencias de salud que se presenten dentro de la residencia, realizar visita médica urgente si lo amerita el caso, brindar tratamiento o referir a las niñas y adolescentes a un centro de atención público, así como realizar consultas médicas a las niñas y adolescentes residentes una vez por semana.

1.8 Organigrama de la Institución



Fuente: Asociación La Alianza.

1.9 Planteamiento del problema

La agresión sexual en niños, niñas y adolescentes es cada día más frecuente en la sociedad guatemalteca, dicha agresión sexual es cometida generalmente por una persona cercana al niño, niña ó adolescente, el victimario puede ser desde los padres biológicos, padrastros, tíos, abuelos, e incluso maestros o tutores, dicho flagelo se da en todos los ámbitos de la sociedad guatemalteca.

Los niños presentan síntomas como tristeza, inestabilidad, miedos inexplicables, rendimiento académico deficiente, problemas para dormir, problemas físicos, conductas sexualizadas, abuso o consumo de drogas y alcohol, y en ocasiones comportamientos suicidas, agresiones tanto físicas como psicológicas, maltrato y abandono familiar, falta de apoyo o apoyo familiar deficiente.

La agresión sexual origina pérdida de autoestima, trastornos físicos, trastornos psicológicos, problemas de relación, ruptura en las relaciones familiares y sociales, así como conductas antisociales delictivas, prostitución y trata de blancas.

Ante esta situación el Estado de Guatemala adopta medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para salvaguardar la integridad de los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de agresión sexual, y se encuentran en riesgo o vulnerabilidad, institucionalizándolos (as) en casas hogar en donde se violan los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes privándoles del derecho fundamental de libertad; desencadenando estrés y enfermedades que muchas veces se somatizan al no comprender por qué fueron separados (as) del núcleo familiar y llevadas a un ambiente extraño.

En estos hogares se les brinda una atención integral, sin embargo ésta usualmente no logra concretarse, especialmente en el aspecto psicológico, la atención se ve limitada debido a factores como: falta de personal, tiempo de institucionalización, sobrepoblación, falta de presupuesto, casos en que se requiere una atención profunda.

Es importante mencionar que para poder superar acontecimientos traumáticos como lo es una agresión sexual y el proceso de institucionalización, es imprescindible contar con un abordaje

psicoterapéutico individual, que cubra las necesidades de las niñas y adolescentes, y les ayude a integrar y/o superar dicha problemática; además desarrollar estrategias de afrontamiento y mejorar la capacidad de Resiliencia. Lo anterior con el propósito de superar el trauma, erradicar sentimientos de culpabilidad, abordar los trastornos psicológicos, fortalecer la autoestima y lograr un equilibrio emocional y una adecuada reinserción a la sociedad.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales abordajes psicoterapéuticos para las niñas y adolescentes institucionalizadas que han sido víctimas de agresión sexual?

1.10 Objetivos

Objetivo general

- Describir los principales abordajes psicoterapéuticos para las niñas y adolescentes institucionalizadas que han sido víctimas de agresión sexual.

Objetivos específicos

- Enlistar los síntomas físicos y conductuales que manifiestan las niñas y adolescentes institucionalizadas que han sido víctimas de agresión sexual.
- Explicar las consecuencias psicológicas que pueden desarrollar las niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual.
- Identificar las características del abordaje psicoterapéutico que reciben las niñas y adolescentes institucionalizadas víctimas de agresión sexual.
- Estructurar un documento psicoeducativo de aporte al centro donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Abuso en la infancia y adolescencia

El abuso o maltrato es toda acción relacionada con el cuidado, atención y afecto que trastorne la salud física y mental de un niño, niña o adolescente. Según la Organización Mundial de la Salud, “el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato que causen o puedan causar un daño a la salud, al desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. El abuso infantil es un problema que se da en todo el mundo, aún en los países desarrollados, y en toda clase social.

El uso de la violencia intrafamiliar destruye la dinámica familiar lo cual complica la interacción adecuada del niño, niña o adolescente con su entorno social, esto genera conductas violentas que a su vez dan origen a la pérdida de valores y a incrementar la incidencia criminal en el país.

2.1.1 Tipos de abuso infantil

En el tema de abuso infantil existen distintos tipos entre los cuales se encuentra: el abuso sexual, el abuso físico, el abuso emocional o psicológico, el abuso intelectual y la negligencia o abandono.

Dentro del abuso sexual infantil se encuentra el abuso directo, es decir aquellas actividades en las que hay un contacto directo entre el abusador y la víctima, por ejemplo: incesto, agresiones sexuales (tocamiento, besos, abrazos, masturbación), violación (copulación, sexo anal, sexo oral), actividades sexuales remuneradas, entre otras; el abuso sexual infantil indirecto refiere aquellas actividades como la pornografía, exhibicionismo, pornografía, abuso sexual verbal, ingreso a espectáculos, distribución de material pornográfico, entre otros.

Uno de los tipos más comunes en la sociedad guatemalteca de maltrato infantil es el abuso físico, este tipo de abuso se refiere a los actos violentos en donde se violenta la integridad del niño, niña o adolescente, en la mayoría de los casos estas agresiones son realizadas por los propios padres o tutores.

El abuso intelectual se refiere a la falta de apoyo para el niño, niña o adolescente para que desarrolle sus ideas y métodos para solucionar sus problemas, en este abuso se ridiculiza lo que el niño, niña o adolescente piensa o no se le permite pensar, perturbando su crecimiento intelectual y violando su derecho a la libre expresión.

El abuso emocional o psicológico se presenta con frecuencia en el maltrato infantil, y toma la forma de abuso verbal y social, es decir que agrede la estabilidad emocional del niño, niña o adolescente, de forma continua y consecuyente. El objetivo de dicho comportamiento es hacer sufrir a la víctima mediante la intimidación, culpabilización, desvalorización, vejámenes, humillaciones, y rechazo.

Así también la negligencia o abandono es tipificada como un tipo de abuso infantil, esto se refiere a la falta de proveer las necesidades básicas de un niño, niña o adolescente por parte de sus padres o personas encargadas, en este tipo de abuso las necesidades básicas del niño, niña o adolescente no son satisfechas o atendidas.

2.2 Agresión sexual en la niñez y adolescencia

El Abuso Sexual Infantil conocido por sus siglas A.S.I. es considerado un tipo de maltrato infantil, que se caracteriza por contactos e interacciones entre un niño (a) ó adolescente y un adulto, en donde se aprovecha de su situación de superioridad, el menor sufre una experiencia traumática dañando tanto su integridad física como la psicológica.

Este tipo de abuso se da en toda cultura y todos los ambientes sociales, y regularmente ocurren dentro del seno familiar, por personas afines o cercanas al menor, hay varios factores que impiden que se logre establecer con certeza la cantidad de niños (as) o adolescentes que son sometidos a este tipo de abusos, entre estos factores está el de manipulación, coerción y amenazas a las que está expuesto el (la) menor, otro aspecto muy importante es la secretividad con que se realiza, y la única vía de revelación es el testimonio de las víctimas, las cuales por temor muchas veces no hablan del hecho traumático; otro factor importante también es la proximidad del abusador, muchas veces son secretos a voces en las familias que nunca llegan a develarse.

Los comportamientos más comunes por parte del abusador consisten en la exhibición de sus órganos sexuales, tocar o besar a los menores, realizar conversaciones de carácter sexual, exhibir películas de contenido sexual, inducir a los niños (as) a realizar actividades y/o desnudos de carácter erótico.

El niño, niña o adolescente abusado tiene la sensación de que toda actividad sexual es terriblemente mala, así mismo cuando el abuso sexual es prolongado desarrolla una pérdida de autoestima, puede volverse muy retraído(a), perder la confianza en los adultos e incluso llegar a considerar el suicidio.

Según el informe de ODHAG 2009 – 2010 en Guatemala registró un total de 410 casos de denuncias por violación de derechos de niños, niñas y adolescentes y de estos 233 fueron por abuso físico, emocional o psicológico, 39 por violencia sexual y 82 por descuido o negligencia.

El año pasado, 11.356 niños fueron víctimas de abuso sexual, 7.002 de maltrato físico y 1.152 sufrieron lesiones por negligencia de los adultos, informó la no gubernamental Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil, tras haber investigado los casos atendidos en todos los hospitales públicos y centros de salud del país.

2.2.1 Tipos de Agresiones sexuales

1. Violación: acceso carnal a otra persona, por vía vaginal, anal o bucal, mediante el uso de la fuerza o intimidación, cuando la persona se encuentre privada de sentido o se abuse de su enajenación, si es menor de 12 años.
2. Agresión sexual: cualquier conducta sexual consistente en tocamientos, contactos corporales, besos en zonas íntimas, caricias, incluso por encima de la ropa, masturbación, entre otros.
3. Estupro: acceso carnal a un niño/a mayor de 12 años y menor de 18. Se obtiene el consentimiento por medio de la superioridad, abuso de autoridad o engaño.
4. Corrupción de menores: agresiones sexuales a menores de una forma reiterada o continuada a lo largo del tiempo.
5. Exhibicionismo: Exhibición de órganos genitales, sin contacto corporal alguno.
6. Acoso Sexual: Comportamientos sexuales ofensivos y reiterados.

2.2.2 Fases de la agresión sexual

La agresión sexual de un menor es un proceso que consta generalmente de varias etapas o fases, Gómez (1997) las clasifica de la siguiente manera:

- Fase de Seducción

En esta fase el abusador (a) manipula al menor en base a la dependencia y la confianza, realiza una preparación del lugar y el momento del abuso; en esta etapa se incita al niño o adolescente a participar por medio de regalos o muchas veces juegos en los cuales exista un contacto.

- Fase de Interacción Sexual Abusiva

Esta fase se realiza de manera progresiva, incluye comportamientos exhibicionistas, voyeurismos, caricias con intenciones eróticas, masturbación, y otras conductas sexuales; es en esta fase en donde se realiza la agresión sexual.

- Fase de Instauración del Secreto

En esta fase el abusador (a), generalmente por medio de amenazas intimida al menor y le impone el silencio a quien no le queda más remedio que callar y adaptarse a la manipulación del abusador.

- Fase de Divulgación

En muchos casos esta fase no se llega a dar debido a que muchos de los abusos quedan ocultos por parte de las víctimas, a veces esta fase llega a darse cuando el niño llega a su etapa de adolescencia o incluso adultez.

- Fase Represiva

Después de la fase de divulgación se tiende a negar, restarle importancia o justificar el abuso para no perder la cohesión en la familia, sobre todo si el abusador (a) es un familiar cercano, esto generalmente ocurre más en las familias disfuncionales.

2.2.3 Síntomas de la agresión sexual

A continuación se elaboró un cuadro el cuál contiene signos o indicadores que sirven como guía para la detección de posibles casos de abuso sexual en el menor o adolescente:

Síntomas físicos	Síntomas conductuales
<p>Ropa interior rota, manchada o con sangre.</p> <p>Picazón, hinchazón, dolor, lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales.</p> <p>Infecciones urinarias frecuentes, dolor al orinar.</p> <p>Secreción en el pene o la vagina.</p> <p>Enuresis o Encopresis.</p> <p>Olor extraño en el área genital.</p> <p>Enfermedades venéreas.</p> <p>Embarazo.</p> <p>Enfermedades psicósomáticas.</p>	<p>Entre los síntomas más comunes expresados por los niños y adolescentes se encuentran :</p> <p>Los cambios repentinos y bruscos de conducta.</p> <p>Baja repentina en el rendimiento escolar.</p> <p>Relaciones deficientes con los compañeros.</p> <p>No le gusta cambiar de ropa en actividades grupales.</p> <p>Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad.</p> <p>Regresión a una etapa de desarrollo anterior.</p> <p>Fugas.</p> <p>Infracciones a la ley.</p> <p>Relatos directos o indirectos de haber sido víctima de abuso sexual.</p> <p>Excesivo interés en temas sexuales.</p> <p>Promiscuidad.</p> <p>Masturbación excesiva.</p> <p>Tendencia a abusar sexualmente de personas menores.</p> <p>Temor a una persona en particular.</p> <p>Temores nocturnos, pesadillas.</p> <p>Resistencia a regresar a la casa después de la escuela.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

2.2.4 Consecuencias emocionales y psicológicas de la agresión sexual

Existe un sin número de consecuencias o secuelas negativas que presentan los menores al haber sido abusados sexualmente, y pueden ser tanto a nivel físico, psicológico o comportamental.

Las consecuencias son diferentes si el abusador (a) pertenece a la familia, podría ser más traumático debido a los sentimientos contradictorios en relación a la confianza y la protección que el menor espera de los propios familiares, también el grado de violencia con que fue realizado y la duración del mismo, estos factores pueden afectar en mayor medida.

Dentro de las consecuencias a corto plazo se pueden encontrar las siguientes:

- Físicas: Se encuentran las pesadillas y problemas de sueño, cambios de hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres.(Enuresis y Encopresis)
- Conductuales: Como el consumo de drogas y alcohol, fugas, conductas autodestructivas o suicidas, hiperactividad, rendimiento académico bajo.
- Emocionales: El miedo generalizado, aislamiento, ansiedad, culpa y vergüenza, depresión, baja autoestima, rechazo al cuerpo, agresividad.
- Sexuales: Conocimiento sexual precoz para su edad, masturbación compulsiva, exhibicionismo y problemas de identidad sexual.
- Sociales: Retraimiento social, conductas antisociales, y un déficit en habilidades sociales.

Las consecuencias a largo plazo pueden llegar a configurar patologías definidas, por ejemplo:

- Físicas: dolores crónicos generales, hipocondría o trastornos psicósomáticos, alteraciones del sueño y pesadillas constantes, problemas gastrointestinales, desorden alimentario.
- Conductuales: intento de suicidio, consumo de drogas y alcohol, trastorno de identidad.
-

- Emocionales: depresión, ansiedad, baja estima, dificultad para expresar sentimientos.
- Sexuales: fobias sexuales, disfunciones sexuales, falta de satisfacción o incapacidad para el orgasmo, alteraciones de la motivación sexual, mayor probabilidad de sufrir violaciones y de entrar en la prostitución, dificultad para establecer relaciones sexuales.
- Sociales: problemas de relación interpersonal, aislamiento, dificultades de vinculación afectiva con los hijos

2.3 Victimología

La victimología es una disciplina que proviene de la criminología, fue a mediados del siglo pasado con la obra principal “El criminal y su Víctima” de Von Henting (1948) que ponía énfasis en la figura de la víctima, la cual no se contemplaba dentro de la criminología, y fue allí en donde se elaboró la clasificación de la víctima y los tipos psicológicos que se consideraban vulnerables o victimizables.

La victimología por lo tanto, se diferencia de la criminología al hacer énfasis en la dinámica propia de la víctima, la victimización y la prevención, es importante analizar que el hecho delictivo genera en las víctimas un desgaste tanto económico, físico, psicológico y social, este desgaste puede causar la sensación de vulnerabilidad e impotencia.

2.3.1 Tipología de la Víctima

Landrove (1998) describió las tipologías más utilizadas en la actualidad, siendo éstas:

Víctimas no participantes: Este tipo de víctimas denominadas inocentes en la clasificación de Mendelson (1963), se refiere a que todos los miembros de la sociedad poseen la potencialidad de convertirse en víctimas.

- Víctimas participantes

Son las que desempeñan cierto papel en el desarrollo del hecho criminal, ya sea de forma voluntaria o involuntaria; pueden ser personas que de alguna manera dieron pie a la provocación del delito, así también omitiendo precauciones o incitando a realizarlos o bien personas que han planeado de antemano su propia victimización.

- Víctimas especialmente vulnerables

Son personas que muestran cierta predisposición a convertirse en víctimas, factores como edad, raza, estado físico, mental, o determinadas profesiones de vulnerabilidad.

- Víctimas Familiares

Se hace referencia a aquellas víctimas que pertenecen al mismo grupo familiar que el victimario; por ejemplo suelen ser mujeres, niños y ancianos.

- Víctimas simbólicas

El victimario elige a la víctima individual con la finalidad de atacar una serie de valores, ó ideologías.

- Víctimas colectivas

Esta denominación hace referencia a evidenciar que no siempre en la comisión de un delito hablamos únicamente de víctima individual y victimaria, sino que determinados colectivos, la comunidad etc.

- Víctimas falsas

Individuos que por diferentes razones denuncian una situación delictiva en su persona que nunca ha ocurrido; esta situación bien puede darse de forma consciente por la persona (víctima simuladora), o bien por una creencia errónea de que ha sido objeto de tal victimización (víctima imaginaria).

2.3.1 Tipos de Victimización

Es importante también mencionar el proceso por medio del cual una persona se convierte en víctima, dicho proceso es llamado victimización, dentro de este proceso se puede hablar de tres tipos los cuales son:

- Victimización Primaria

La victimización primaria se refiere a la maltrato en sí que ha sufrido la persona, desencadenado por un hecho delictivo. Landrove (1988) refiere que la victimización primaria refleja la experiencia individual de la víctima tanto física, económica, psicológica o social.

- Victimización Secundaria

La victimización secundaria se refiere a la inclusión de la víctima en el proceso legal del Estado, las víctimas sirven como testigos en juicios, pruebas, careos, ruedas de reconocimiento que les suponen un alto nivel de estrés, trayendo consigo consecuencias psicológicas y sociales.

- Victimización Terciaria

Este tipo de Victimización etiqueta a la persona en su rol de “víctima” en la sociedad en donde se desarrolla.

2.3.1 Perfil de los niños, niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual

Los menores de edad se vuelven un blanco fácil debido a su condición de sometimiento y dependencia. Los casos de abuso sexual suelen darse más frecuentemente dentro del seno familiar, mientras menos autoestima tenga el niño, niña o adolescente tendrá una mayor probabilidad de que sea vulnerable ante este tipo de abuso, si los vínculos afectivos con los padres son lejanos el niño (a) o adolescente, será un blanco fácil del agresor, al igual que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales o físicas serán más vulnerables ante este tipo de agresiones; la información que los padres proporcionen a los hijos(as) en relación a este tema los hará más vulnerables y no sabrán cómo actuar cuando se presenten este tipo de situaciones y no podrán evitarlos.

Un factor de riesgo familiar para los niños, niñas y adolescentes sería también el autoritarismo de alguno de los integrantes del núcleo familiar, la poca o mala comunicación entre los miembros del núcleo familiar, la ausencia de expresiones afectivas, carencia de reforzadores positivos, pocas o nulas normas o límites familiares.

2.3.4 Institucionalización de niños, niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual

La separación de los niños, niñas y adolescentes de sus familias, como una medida de protección se realiza solo en casos en donde tal separación sea necesaria y se logre determinar que existe un riesgo de sus derechos elementales, ya que la institucionalización priva a los menores de la

libertad, así como también del vínculo familiar y comunitario quitándoles ese sentido de pertenencia, transmisión de valores e identidad.

Goffman (1984) aduce que las niñas y niños institucionalizados permanecen en lugares de residencia, donde una gran cantidad de individuos en igual situación, comparten una rutina diaria administrada de manera formal.

Dicha Institucionalización se realiza bajo un esfuerzo que se coordina por medio de una red, tanto de instituciones del Estado como de organizaciones no gubernamentales ONGs. Los cuales juegan un papel importante en el acompañamiento de procesos de detección y atención integral, estas instituciones realizan alianzas de cooperación en función de la atención integral de las víctimas.

Uno de los momentos más delicados de la Institucionalización es el ingreso a los centros de protección, ya que la separación, la pérdida afectiva, la identidad y el ambiente referencial son pérdidas, denotando una desvalorización personal, inseguridad, desorientación, autoinculpación por no poder comprender lo que sucede.

Nordys (2006), señala que como consecuencia a corto plazo de la institucionalización puede aparecer problemas de depresión, regresión, somatización, déficit perceptivo y motor, e incluso una interpretación errónea de la situación que está viviendo, y a largo plazo, podrían ser la modificación del carácter y la personalidad, alteración de la capacidad para relacionarse con sus pares y figuras parentales, así como también un rendimiento escolar deficiente.

2.4 Leyes de Protección Nacional para la Niñez y Adolescencia

La Convención de los Derechos del Niño en 1990 en su artículo 1 define:

“Para los efectos de la presente convención, se entiende por niño (a) todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”

Los conceptos modernos utilizados en las ciencias jurídicas y sociales se refieren a este grupo de la población a niños y niñas que comprenden desde cero a trece años de edad y adolescentes a aquellos que se encuentran entre los trece a los dieciocho años de edad.

Una de las obligaciones del Estado de Guatemala es garantizar a los habitantes el pleno goce de sus derechos y libertades, ya que su obligación es proteger la salud, física, mental, emocional y moral de la niñez y adolescencia, por tal motivo se han creado leyes de protección para la niñez y adolescencia dentro del marco legal guatemalteco siendo unas de éstas:

2.4.1 Ley de protección integral de la niñez y adolescencia

Llamada también Ley PINA vigente desde el 2003, establece que el estado deberá adoptar medidas necesarias para su protección:

“ARTÍCULO 54. Obligación estatal. El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de:

a) Abuso físico: que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental, provocándole lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor.

b) Abuso sexual: que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.

c) Descuidos o tratos negligentes: que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la posibilidad de hacerlo.

d) Abuso emocional: que ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, niña o adolescente.

Cualquier persona que tenga conocimiento sobre un hecho de los descritos anteriormente deberá comunicarlo de inmediato a la autoridad competente más cercana, quien a su vez deberá realizar las diligencias pertinentes a efecto de que se sancione drásticamente a los que resultaren responsables de los mismos.”

Y en la sección VIII se establece que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de explotación o abuso sexual:

“ARTÍCULO 56. Explotación o abuso sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual, incluyendo:

- a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.
- b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico.
- c) Promiscuidad sexual.
- d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables.”

2.4.2 Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas

La ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas establece que el estado garantizará el derecho de integridad personal, prohibirá todo procedimiento inhumano que degrade o implique violencia física psicológica, sexual o coacción moral, adoptando medidas necesarias para prevenir, sancionar o eliminar cualquier tipo de violencia contra los niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores.

Esta ley está regida por principios rectores como la confidencialidad, la protección especial, la no re victimización, interés superior del niño, niña o adolescente, la no discriminación, derecho de participación, respeto a la identidad cultural, información, proyecto de vida, presunción de minoría de edad y la restitución del ejercicio de sus derechos.

En los capítulos 10, 11, 12 de la Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas se refieren a la víctima y a sus derechos:

“Artículo 10. Víctima. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por víctima a la persona que, individual o colectivamente, haya sufrido daños, lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal. También se considera víctima a los familiares o a las personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Artículo 11. Derechos de la víctima. Son derechos de la persona víctima, por lo menos, los siguientes:

- a. Privacidad de identidad de la víctima y de su familia.
- b. La recuperación física, psicológica y social.
- c. La convivencia familiar.
- d. Asesoría legal y técnica y a un intérprete durante la atención y protección, para tener acceso a la información en el idioma que efectivamente comprenda.
- e. Asesoría legal y técnica y a un intérprete para el adecuado tratamiento dentro del hogar de protección o abrigo. Para las personas menores de edad, la Procuraduría General de la Nación asignará los abogados procuradores correspondientes.
- f. Permanencia en el país de acogida durante el proceso de atención para la persona víctima de trata.
- g. Reparación integral del agravio.
- h. La protección y restitución de los derechos que han sido amenazados, restringidos o violados, y otros que tengan por objeto salvaguardar el adecuado desarrollo de su personalidad, integridad y sus derechos humanos.

Los derechos enunciados en este artículo son integrales, irrenunciables e indivisibles.

Artículo 12. Restitución de derechos. Los derechos a restituir, proteger o garantizar, entre otros, son: la vida, la integridad, la salud, la educación, condición de vida adecuada, la convivencia familiar, la recuperación emocional, la capacitación técnica, la recreación y todos aquellos reconocidos por la Constitución Política de la República de Guatemala, leyes, tratados y convenios internacionales vigentes en el país.”

2.4.3 Perfil de los niños, niñas y adolescentes institucionalizadas

Dentro de las características que presentan los niños, niñas y adolescentes institucionalizadas se encuentran:

- La pérdida de la confianza básica: el niño, niña o adolescente percibe un mundo frustrado y es debido a esto que se dificulta su adaptación.
- Bajo Auto concepto: de esto dependerá la manera en que el niño, niña o adolescente enfrentará los desafíos a los cual estará expuesto.
- Distorsión en las relaciones interpersonales: esta distorsión se da, en temas como el desapego, así como una inestabilidad en los afectos y las relaciones indiscriminadas, todos los efectos mencionados dan como resultado un sentimiento de frustración.
- Manifiestan dificultades en el autocontrol de la conducta: El niño, niña o adolescente aprende a depender de la rutina y los controles externos y pierde autonomía ganando dependencia.
- La Falta de Iniciativa: el sentimiento de desesperanza y la sensación de no tener mucho control sobre los hechos, más la falta de experiencias variadas, los hace enfrentar las situaciones con limitaciones propias. Se mueven hasta donde les enseñaron, hacen lo permitido.
- Conductas de Supervivencia: pelear para conseguir espacio; patear para conseguir atención; movimientos auto estimulatorios para gratificarse en un medio no gratificante y para evadir la insatisfacción, acumulan los objetos, lo cual tiene un trasfondo en la necesidad de contener algo que sea propio y en relación a la necesidad general que se siente.

2.4.4 Perfil de las instituciones encargadas de otorgar protección a los niños, niñas y adolescentes

La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia y la convención sobre los derechos del niño, reconocen los derechos de protección especial para la niñez y adolescencia en situaciones de vulnerabilidad, todos los programas de atención y protección a la niñez y adolescencia en situaciones de vulnerabilidad y/o desprotección deberán restituir y fortalecer el vínculo familiar y comunitario que apoya su identidad y sentido de pertenencia, transmite valores, conocimientos y prácticas socio-culturales; la separación de niños, niñas y adolescentes de sus familias como medida de protección solo podrá ocurrir en aquellos casos en que tal separación sea necesaria en el interés superior del niño, en caso de que éste sea objeto de maltrato o descuido de sus padres. Entre las instituciones públicas especializadas para la implementación de la Protección Integral se encuentran:

- Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia.
- Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia.
- Unidad de Protección a la Adolescencia Trabajadora.
- Procuraduría General de la Nación.
- Ministerio Público.
- Unidad Especializada de la Niñez y Adolescencia de la Policía Nacional Civil.
- Juzgados de Paz.
- Juzgados de la Niñez y Adolescencia.
- Juzgados de Adolescentes en Conflicto con la Ley.
- Juzgados de Control de Ejecución de Medidas.
- Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez y Adolescencia.
- Ministerios y Secretarías del Gabinete Social.
-

Todas ellas tienen responsabilidades específicas en el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia los Ministerios de Educación, Salud, Trabajo, Gobernación, Cultura y Deportes, Agricultura y Finanzas; SEGEPLAN y SOSEP. La ejecución de las políticas de protección

integral de la niñez y la adolescencia será responsabilidad de los diferentes organismos a quien corresponda según la materia.

El Consejo Nacional de Adopciones es el encargado de la autorizar los hogares de protección privados, a la fecha se encuentran 31 autorizados, ocupando Asociación La Alianza el numero veintitrés, con una capacidad de atención de 98 niñas y adolescentes. Actualmente cuentan con un presupuesto para atender a 52 niñas y adolescentes.

2.4.5 Abordaje Psicológico de Asociación La Alianza

El abordaje psicológico que Asociación La Alianza presta a las niñas institucionalizadas consiste en:

- a. Evaluación Diagnóstica inicial
- b. Atención Psicológica individual
- c. Atención psicológica grupal
- d. Derivación a evaluación psiquiátrica (en caso de ser necesario)
- e. Acompañamiento en evaluaciones neurológicas o de CI (cuando es requerido)
- f. Entrevista con la madre de la niña o adolescente (en caso de ser necesario)
- g. Atención en crisis
- h. Informes para audiencias
- i. Acompañamiento para procesos penales
- j. Acompañamiento a bebés en estimulación temprana
- k. Acompañamiento a los encuentros por la mañana
- l. Apoyo a psiquiatría en la elaboración de agenda, discusión de casos, para diagnóstico diferencial, y coordinación con enfermería.

2.5 Intervención Psicológica individual en casos de agresión sexual

La agresión sexual infantil, es un problema psicosocial que cada vez se presenta con mayor incidencia en la sociedad guatemalteca, por lo anterior se busca identificar que tipos de abordajes son más utilizados en el tema de agresión sexual a manera de ayudar al niño emocionalmente a superar el trauma.

Desde el punto de vista psicológico, es importante mencionar que se debe recurrir a diferentes métodos y técnicas que ayuden al niño o adolescente a enfrentar las consecuencias emocionales y psicológicas que este trauma pudo haber causado en su personalidad. Dentro de las diversas intervenciones terapéuticas se trabaja con ellos en psicoterapia de grupo, de familia y terapia individual. Iglesias (2001) definió la intervención terapéutica como toda acción o proceso que se caracteriza por promover la salud, en la búsqueda del estado general de bienestar físico, mental y social de los personas.

Por lo tanto en la atención de casos de maltrato y/o abuso sexual infantil y adolescente, entendemos intervención terapéutica como toda acción o proceso que se dirige a interrumpir la cadena de repetición del maltrato y a restituir el estado de bienestar en los afectados. Según Cristian Pinto Cortéz (2011) la psicoterapia individual para el tratamiento de la Agresión sexual en niños es una oportunidad para el niño y que éste logre orientar una elaboración e integración de la experiencia traumática.

2.5.1 Principales tipos de abordaje psicoterapéutico para la niñez y adolescencia víctima de agresión sexual

El tratamiento del abuso sexual infantil requiere la utilización simultanea de distintas formas de terapia, ya que cada terapia cumple funciones distintas que representan diferentes aspectos del proceso global y contribuyen a los objetos generales de la intervención en sí, así que mientras que la terapia de familia pretende conseguir unas interrelaciones más apropiadas dentro de la misma (resolviendo los problemas y conflictos en las relaciones familiares), el tratamiento de grupo y terapia individual se centran en las necesidades individuales de cada miembro.

Algunos autores mencionan que el tratamiento de los niños víctimas de abuso sexual se debe ocupar de sus creencias y actitudes, reacciones emocionales y repuestas conductuales. La introducción al niño en la sexualidad adulta interfiere en su desarrollo normal produciendo con frecuencia creencias y actitudes inadecuadas.

2.5.1.1 Terapia individual

Dentro de los abordajes que las víctimas de agresión sexual necesitan se encuentra el abordaje clínico individual, el cual cuenta con una serie de lineamientos para la implementación de las fases de evaluación e intervención terapéutica, estos lineamientos deben ser tomados en cuenta por los profesionales en salud. Dicho abordaje se considera de suma urgencia en la salud mental, debido a que la víctima genera un estrés intenso y sufrimiento emocional por lo que muchas veces se deberá proporcionar una intervención en crisis, ya que puede alterar la homeostasis de la víctima y superar los mecanismos de afrontamiento que ésta cuenta; se debe realizar una evaluación y detectar posibles riesgos vitales en el paciente como la autoagresión ó incluso una re victimización.

2.5.1.1.1 Fases del abordaje clínico individual

En el abordaje psicoterapéutico individual se dan una serie de fases de abordaje que son contempladas a continuación:

- Fase de Atención en Crisis: Esta fase se da al comienzo del proceso psicoterapéutico en el cual el psicoterapeuta evalúa los riesgos a los que está expuesta el menor , así como también los mecanismos de afrontamiento, y la vulnerabilidad del menor a manera de evitar cualquier tipo de riesgo que ponga en peligro su vida.

- Fase de Estabilización: En esta fase se favorece la movilización de los recursos del menor, restaurando su sensación de seguridad, y activando al grupo primario de apoyo.

- Fase de Facilitación: El terapeuta realiza la función de acompañamiento al menor facilitando la comprensión del evento traumático, se ayuda a la reelaboración de comprensiones alternativas tratando de quitar pensamientos de culpabilización y expresión de las emociones.

- Fase de solución de problemas específicos: Se abordarán problemas que se hayan generado por la agresión sexual, motivando al menor a darse cuenta de las posibles soluciones del mismo.

- Fase de Restauración de auto eficacia: Se promoverá la visión de sí misma, abordando temas como autoestima, auto concepto y auto motivación que favorezcan la restauración de su funcionamiento independiente y la orienten a fijarse metas a futuro al haber superado el hecho traumático.

- Fase de Remisión a Servicios de Salud mental: Esta fase se aplicará solo cuando el menor presente una problemática compleja que necesite una medicación por un profesional en la materia.

- Fase de Remisión y Seguimiento: Cuando el terapeuta evalúe al paciente y determine que el menor ha superado el trauma y ha encontrado su homeostasis, se le dará de alta al tratamiento dejando sesiones esporádicas para su seguimiento.

2.5.1.2 Terapia de Familia

Este tipo de terapia se basa en el supuesto de que el abuso sexual infantil es un síntoma de disfunción familiar de manera que es necesario abordar el tratamiento de las víctimas y de los integrantes del sistema familiar. Según Furniss (1991) es importante bloquear el abuso sexual, ya que es un hecho psicológico y una realidad de la familia, el abusador tiene que asumir la responsabilidad total y absoluta del abuso, si ambos padres asumen su responsabilidad en la crianza del niño, la terapia debe centrarse en la relación diádica madre-niño (el papel desempeñado por la madre, las propias dificultades de comprensión de la madre).

2.5.1.3 Terapia de grupo

En la terapia de grupo Sturkie (1992) distingue cinco modelos:

- El Modelo Tradicional que se caracteriza por proporcionar solo un marco básico en el que se trata el impacto de la agresión sexual en las interacciones del niño, en este tipo de modelo son los participantes lo que marcan la pauta.
- El modelo de juego-evolutivo, el cual es utilizado principalmente con niños pequeños en las interacciones padres-niños más que en el abuso sexual y se sirve del juego.
- En el Tratamiento estructurado, el terapeuta no se limita a facilitar el proceso, sino hay un elevado nivel de organización en cuanto a temas y ejercicios.
- La terapia Artística, ésta se centra en el arte utilizando la expresión indirecta y simbólica de ideas y sentimientos.
- El tratamiento paralelo que utiliza grupos de niños y padres, abordando cada uno de ellos los mismos temas de tratamiento.

En este tipo de terapia el grupo se convierte en un elemento de estabilidad y de apoyo en aquellos casos, que como consecuencia de la revelación del abuso, la víctima percibe una reacción negativa de su entorno, aquí el niño logra experimentar cambios significativos. Este

tipo de tratamiento suministra al niño un contexto seguro en el que tiene acceso a diversas oportunidades educativas como son el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales, el descubrimiento de soluciones alternativas a sus problemas, la experimentación de nuevas conductas como la asertividad y un feedback sincero sobre estas conductas por parte del grupo.

2.5.2 Principales procesos psicoterapéuticos utilizados en niños, niñas y adolescentes institucionalizadas

Terapia	Descripción
<p style="text-align: center;">Terapia Cognitivo Conductual</p>	<p>La terapia cognitivo-conductual es una orientación de la terapia cognitiva enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recoge las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes.</p>
<p style="text-align: center;">Programación Neurolingüística</p>	<p>(PNL) es un modelo de comunicación interpersonal que se ocupa fundamentalmente de la relación entre los comportamientos exitosos y las experiencias subjetivas en especial, modelos de pensamiento subyacentes. También constituye un sistema de terapia alternativa que pretende educar a las personas en la autoconciencia y la comunicación efectiva, así como cambiar sus modelos de conducta mental y emocional.</p>

Terapia Género Sensitiva	Terapia centrada en la mujer y sus relaciones con el entorno, busca cambios tanto individuales como sociales específicos en el ámbito femenino, produciendo efectos psicoterapéuticos y humaniza la percepción de la mujer.
Terapia Breve centrada en soluciones	Esta terapia no se centra en el pasado, sino más bien se centra en el presente y el futuro. El psicoterapeuta hace uso de una curiosidad respetuosa para invitar al paciente a imaginar su futuro preferido, el terapeuta y el paciente empezarán a prestar atención a cualquier iniciativa que vaya en ese sentido, ya sea que se trate de pequeños incrementos o de grandes cambios. Se plantean preguntas acerca de la historia del paciente, sus fortalezas, recursos y las excepciones al problema.

Fuente: Elaboración Propia.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida.

En esta investigación se utilizó el método cualitativo, este método es el más utilizado en las ciencias sociales, ya que se basa en principios teóricos como la fenomenología, la hermenéutica y el análisis de las conductas humanas, utiliza la recolección de datos no cuantitativos lo cual genera una caudal de conocimientos adecuados a la práctica de la psicología, como instrumentos se utilizaron las observaciones primarias, anamnesis, examen del estado mental, entrevistas no estructuradas para la recolección de la información, pruebas proyectivas y cuestionarios de registro de conducta, las cuales son de suma importancia para la realización de la historia clínica, y la elaboración del plan terapéutico.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida.

Procesos metodológicos

- La observación.
- Entrevistas no estructuradas.
- Examen mental.
- Test psicológicos.

Todos los anteriores se utilizaron para recolectar información del paciente y para la elaboración de la historia clínica.

Metodología Clínica

- a. Test proyectivos:
 - Árbol
 - Familia
 - Figura humana
 - Persona Bajo la lluvia

b. Test psicométricos:

- Escala de depresión de Beck
- Escala de depresión de Hamilton

Esta metodología se utilizó para la recolección de síntomas y problemática que presentó cada paciente.

Técnicas Psicodiagnósticas

DSM IV TR

Se utilizó el Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales para realizar el diagnóstico diferencial y diagnóstico Multiaxial en los casos atendidos.

Enfoques Psicoterapéuticos

a. Terapia Cognitiva Conductual con las siguientes técnicas:

- Economía de fichas.
- Reestructuración cognitiva.
- Reforzamiento social.
- Entrenamiento en asertividad.

b. Programación Neurolingüística con las siguientes técnicas:

- Relajación.
- Logro de objetivos.
- Libera tus capacidades.
- Cambio de conductas.
- Sentimientos nocivos.
- Solución de problemas.
- Creencias limitantes.
- El estrés.

- El perdón y el rencor.
- El duelo.
- La depresión.

c. Gestalt

- Técnicas supresivas.
- Técnicas expresivas.
 - silla caliente.
 - silla vacía.
 - expresar lo no expresado.

d. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

- Tareas.
- Prescripciones paradójicas.
- Cuentos y metáforas.

Las técnicas anteriores fueron utilizadas en los procesos individuales de la población atendida en Asociación La Alianza.

3.3 Población atendida en el centro de práctica

Se atendieron a adolescentes en proceso de reinserción social víctimas de agresión sexual, padres de familia de las niñas internas y personal de Asociación la Alianza.

3.4 Cronograma de actividades realizadas:

No.	Fecha	Actividad	Descripción	Temática
1	De marzo a octubre del 2013. Lunes y Martes de 14:30 a 17:30 y Miércoles de 14:30 a 16:30	Atención Clínica Individual	Atención a: Padres Personal de la institución Adolescentes en proceso de reintegración. Sesiones de 45 minutos programadas cada 8 ó 15 días según la asistencia a la Institución.	Depresión Problemas de Relación Distimia Manejo de la ira y enojo Abuso sexual infantil Estrés Postraumático Problemas paterno filiales Autoestima
2	De junio a octubre del 2013 1 vez al mes	Talleres Psicoeducativos dirigido a madres adolescentes	Se abordaron temas con el objetivo de dar a conocer el proceso de desarrollo físico, emocional y conductual, así como también afrontamiento de problemas, propiciar relaciones sanas madre e hijo, identificar fortalezas y mejorar la salud integral en las madres y que éstas puedan replicarla en sus hijos.	Desarrollo biopsicosexual Autoconocimiento Autoestima Autoconcepto Sexualidad Comunicación Patrones familiares Dinámica familiar Estrategias de resolución de conflictos Desarrollo evolutivo Maternidad responsable Disciplina Relaciones sanas Resiliencia Redes de apoyo Higiene y alimentación Afrontar desafíos y Toma de decisiones.
3	De junio a octubre del 2013. 1 vez al mes	Talleres Psicoeducativos para padres	Se abordaron temas en los cuales se propició espacios de reflexión sobre el abordaje de las	Autoestima Principios y valores, Virtudes Capacidades Apego

			problemáticas que enfrenta el grupo familiar, promover la participación consciente y activa, identificar las estrategias de resolución de conflictos, enfrentar desafíos, promover el desarrollo integral de la familia.	Tipos de familia Roles en la familia, Comunicación Límites Equidad de género Resolución de conflictos Toma de decisiones Resolución de crisis situacionales Afrontamiento de problemas Comunicación asertiva La escuela Drogodependencias, Infidelidad.
4	Octubre del 2013	Cierre de casos informes clínicos	Elaboración de informes finales para la institución	Conclusiones y/o recomendaciones de casos
5	Octubre del 2013	Planificación del campamento “Yo soy”	Coordinación y planificación de actividades a desarrollar durante los 2 días de campamento de las niñas y adolescentes.	Liderazgo, autoestima, asertividad, manejo de emociones, trabajo en equipo, y principios y valores

Fuente: Elaboración Propia.

3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida (ver anexos)

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de resultados

4.1.1 Descripción del caso atendido

Durante el periodo de Práctica Profesional Dirigida se atendió el caso de una adolescente de 16 años la cual fue víctima de agresión sexual, y por no contar con una red de apoyo adecuada fue institucionalizada lo que exacerbó los síntomas suscitados por la agresión sexual, dicho evento traumático ocasionó repercusiones en su vida, ya que al ser reintegrada al seno familiar presentó sintomatología que antes del evento traumático y la institucionalización no presentaba.

Siendo la agresión sexual un evento altamente traumático y que fue vivido por la paciente como un atentado contra su integridad física y psicológica aunado a esto el proceso de institucionalización en donde fue privada de sus derechos constituyeron una forma de victimización en la cual dejó como sintomatología, ansiedad, problemas en las relaciones interpersonales, bajo rendimiento escolar entre otros, se realizó una batería de pruebas en las cuales se evidenció la psicopatología presentada concluyendo que además de la agresión sexual vivida por la paciente se encontraron problemas en el grupo primario de apoyo, problemas de relación, baja autoestima.

Por lo anterior se realizó un abordaje psicoterapéutico en dos fases; la primera fase consistió en aplicar la terapia Breve, intensiva y de urgencia para que pudiera elaborar el trauma ocurrido y la segunda fase un programa psicoeducativo en el cual se abordaron temas como autoconcepto, autoestima, manejo de estrategias de afrontamiento, para mejorar sus relaciones interpersonales, las cuales estaban generando la problemática en el proceso de reintegración tanto familiar como social.

4.1.2 Análisis Clínico Teórico

Según la teoría investigada se logró establecer que la agresión sexual en niños, niñas y adolescentes provoca malestar clínicamente significativo en la víctima, esta sintomatología puede ser tanto física como comportamental, causando muchas veces consecuencias emocionales y psicológicas tanto a corto, mediano o largo plazo, al contrastar esta teoría con el caso expuesto anteriormente se puede mencionar que la paciente desarrolló una sintomatología como baja autoestima, rendimiento académico bajo, agresividad, conductas antisociales, un déficit en las habilidades sociales y problemas de relación.

Es importante mencionar que en la institucionalización como medida de protección que realiza el estado de Guatemala priva a los menores de su libertad y esto se realiza solamente en casos en donde tal separación sea necesaria y se logre determinar que existe un riesgo de sus derechos elementales, lo cual se evidenció en el caso atendido pues la paciente no contaba con un grupo de apoyo adecuado en el manejo de la agresión sexual, quitándole el sentido de pertenencia e identidad, generando en la paciente ansiedad, desvalorización personal, desorientación y capacidad de relacionarse con las figuras parentales.

Ante tal situación se puede inferir que es necesario llevar a cabo un proceso de atención psicológico individual para el manejo tanto de la agresión sexual como de la institucionalización para que la paciente pueda elaborar dichos procesos a su vida y generar estrategias de afrontamiento en donde pueda alcanzar una atención integral para la reintegración a la sociedad.

4.2 Caso Clínico

Informe del caso atendido durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida, supervisada por el Licenciado Guillermo Téllez, y asistente la Licenciada Sharon Flores de España.

Informe Psicológico

Datos Generales

Nombre: J. J.

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 5 mayo de 1997

Edad: 16 años

Escolaridad: 3ro. Básico

Profesión: estudiante

Dirección:

Teléfono:

Religión: Católica

Referido por: Institución

Fecha de inicio de la evaluación: 15/05/13

Nombre y profesión de los Padres (menores de edad)

Nombre del Padre:	E. E.
Edad:	38 años
Profesión:	Chofer
Lugar de trabajo:	A. L. P . J .
Teléfono:	
Religión:	Católica
Nombre de la Madre:	N.
Edad:	35 años
Profesión:	comerciante
Lugar de trabajo:	P. A.

Pruebas aplicadas /Instrumentos

- Test de la Figura Humana
- Test de la Familia
- Test del árbol
- Test de persona bajo la lluvia

Motivo de Consulta

La paciente quien fue niña institucionalizada y se encuentra en periodo de reinserción fue referida por la institución para llevar tratamiento psicológico en el abordaje de agresión sexual.

Historia del Problema Actual

Los abuelos paternos de JJ refirieron en la entrevista inicial que JJ fue una chica tímida e insegura, hace dos años atrás a los 14 años pidió permiso para salir a una fiesta de una amiga y lo vieron como algo positivo para que se relacionara con amistades el problema radicó en que no regreso a su casa, situación que los preocupó mucho, los abuelos pusieron una denuncia en el Ministerio Público por su desaparición.

Los abuelos continuaron con la búsqueda y al cabo de varios días la encontraron en casa de una amiga, cuando reportaron su aparición en el Ministerio Público se logró determinar que JJ fue víctima de agresión sexual al salir de la fiesta de su amiga por sujetos desconocidos, debido a esto fue retirada del cuidado parental para realizar las investigaciones del caso. Al realizar la investigación se procedió a dar la custodia a los abuelos paternos, los cuales siguieron asumiendo esa responsabilidad, pero fue a raíz de la violación y la institucionalización de JJ que ha manifestado muchos problemas de conducta, al indagar sobre el tipo de abordaje que se le brindó se pudo constatar que el abordaje fue básicamente de acompañamiento al proceso legal que sustentaba.

Historia Clínica

Historia prenatal

Los abuelos paternos refirieron que los papás de JJ se unieron debido al nacimiento de ella, la relación de ambos padres fue conflictiva desde el inicio de la relación, la madre muchas veces amenazaba con abortarla pues refería que no quería traer al mundo a una niña con tanta inestabilidad, por otra parte la abuela paterna refiere que la madre cuidaba mucho de su cuerpo y siempre hacía referencia que se le iba a arruinar, así como también el tener un bebé ya no le permitiría seguir trabajando.

Nacimiento

Al nacer JJ recibió malos tratos por parte de la madre y la abandonó cuando tenía 1 año de edad, el papá por problemas económicos tuvo que emigrar hacia los Estados Unidos dejando a JJ al cuidado de los abuelos paternos desde entonces.

Desarrollo psicomotriz

La abuela paterna refiere que tuvo un desarrollo normal, camino al año de edad, y tuvo control de esfínteres a los 3 años de edad.

Evolución de lenguaje

La evolución del lenguaje en JJ fue normal, articulando las primeras palabras a los 6 meses.

Desenvolvimiento escolar

El abuelo paterno refiere que JJ durante la primaria nunca presentó problemas escolares, fue hasta que comenzó los básicos que empezó a tener problemas en el rendimiento escolar.

Desenvolvimiento social

JJ refiere que tiene pocas amigas, indicando que es muy selectiva con las mismas, comenta con risas que trata mal a los chicos que no le agradan, hizo la referencia que no le gusta juntarse con chicas conflictivas aunque refiere que ahora ya sabe defenderse de todos, en cuanto a las relaciones familiares refiere que no le interesa relacionarse con su familia, pues nunca le ha importado a nadie, a pesar de vivir en la misma casa con el papá refiere que pasa hasta días sin verlo y que él solo quiere a sus hermanos, la poca relación que sostiene con él es conflictiva al abordar el tema de la relación con su mamá refiere que es nula, comenta con lágrimas en los ojos que no tiene ningún sentimiento bueno hacia su madre pues ella no la quiere, y que se lo ha demostrado con acciones pues solo la ha visto 2 veces en su vida, y que esas 2 experiencias no le han dejado nada bueno. JJ que para ella sus padres son sus abuelitos, pero que últimamente se han puesto insoportables pues la cuidan mucho, y refiere “no sé porque me cuidan tanto si de

todos modos ya me violaron”.

Historia médica

JJ refiere que no tiene conocimiento de enfermedades significativas.

Antecedentes de desórdenes mentales anteriores:

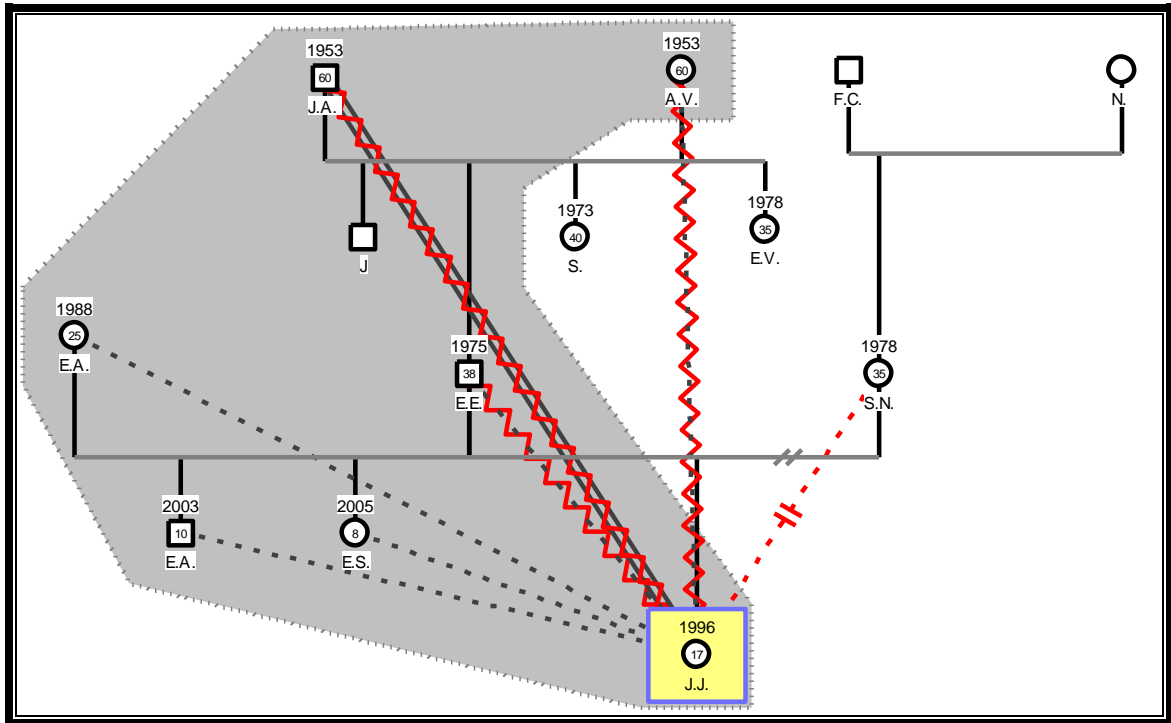
No refiere tener conocimiento de ninguna enfermedad mental en su familia.

Historia familiar

Estructura de la familia nuclear del sujeto:

Por respeto a la confidencialidad de la paciente se utilizaron iniciales de nombres ficticios.

Genograma



Fuente: Elaboración Propia.

2013

Relaciones

- La relación con su papá es conflictiva.
- Las relaciones con los abuelos paternos habían sido buenas, JJ refiere que siempre le han dado un buen trato y buenos cuidados, últimamente la protegen mucho y eso le genera molestia y enojo.
- Las relaciones con sus hermanos de parte de papa no son muy buenas.
- La relación con su madre es nula.

Estructura Familiar

JJ vive en casa de los abuelos paternos, en donde comparte la habitación con ellos, el padre de JJ vive en la misma casa pero vive en un cuarto aparte con su segunda esposa y sus 2 hijos, en la misma casa vive el tío de JJ con su esposa e hijos. A pesar de vivir en la misma casa del papá JJ refiere que no tiene comunicación con él.

Antecedentes Familiares

JJ refiere que sus abuelos le han contado que su mamá la quería abortar pues no quería que se le arruinara el cuerpo, y cuando JJ tenía un año los padres se separan, la madre se va a vivir a Retalhuleu y la deja bajo el cuidado de los abuelos paternos, el padre viaja ese mismo año a Estados Unidos y regresa a los 5 años casándose con la segunda esposa. JJ refiere que su papa tampoco la quiere que nunca se ha hecho cargo de ella, su padre nunca asumió su rol, que todo lo que necesita se lo dan sus abuelos.

Examen del estado mental

- Presentación (descripción general):

Joven de 16 años, piel morena, contextura delgada, cabello quebrado al hombro, altura promedio baja, su edad aparente acorde a su edad cronológica, se observa una higiene personal adecuada, denota rebeldía en el trato con sus abuelos paternos, nivel de conciencia alerta, actitud de ataque y a la defensiva, viste pantalón de lona y blusa color negro mangas largas, con marcas de cortes en las muñecas.

- Conducta motora y estado afectivo

JJ se presenta a clínica con una actitud retadora, se puede observar ira reprimida, denotando enojo y ansiedad.

- Estado cognoscitivo

Manifiesta atención sostenida la mayor parte del tiempo, se encuentra orientada en tiempo, espacio, lugar y situación, con un volumen y tono de voz bajo , su lenguaje es fluido y comprensible, la memoria remota , y reciente normal.

- Pensamiento

En las primeras sesiones JJ presentaba pensamientos de sentirse rechazada por las figuras parentales denotando ira y enojo.

- Estado de ánimo

Presenta un estado de ánimo decaído.

Resultados de las pruebas

- Test de la Figura Humana

Autor: Karen Machover

Resultados

JJ se proyecta con sentimientos de inadecuación, inferioridad y retraimiento al sentirse rechazada, denota una infravaloración de la imagen parental posiblemente relacionado al rechazo que sufrió desde el vientre materno , se proyecta como una persona insegura denotando sentimientos de ansiedad, presenta una actitud de ataque esto podría relacionarse a las relaciones con su padre y hermanos , tendencia a la regresión. JJ se proyecta con falta de certeza y una

necesidad de protección y aislamiento frente a las presiones externas, proyecta una personalidad antisocial, denota trastorno en las relaciones interpersonales relacionado con sentimientos de vergüenza y culpa lo cual podría generar dificultades en los contactos familiares, desprecio y percepción de rechazo de otros hacia ella lo cual podría estar generando una vivencia de debilidad o fragilidad corporal. JJ denota también una preocupación de insuficiencia sexual.

- Test de la familia

Resultados

JJ proyecta pulsiones poderosas, audacia, violencia con instintos primordiales de conservación de la vida, se puede relacionar con depresión y apatía, proyecta una necesidad de aprobación e inseguridad, presenta sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento, percibiendo el ambiente amenazante inhibiéndose ante él, denota una ausencia física y emocional, desvalorización de tanto de su persona como en miembros de la familia lo cual genera conflicto intrapsíquico, denota una perturbación en las relaciones interpersonales utilizando mecanismos de defensa como evitar oír cosas del exterior. Proyecta conductas masturbatorias esto podría relacionarse con la agresión sexual de la cual fue víctima cuando tenía 14 años, busca satisfacciones en la fantasía, denota una falta de confianza en los contactos sociales, denotando cautela y hostilidad posiblemente desarrollado como defensa para evitar decepciones.

- Test del Árbol

Resultados

Este índice se realizó en la prueba de JJ quedando así:

Edad: 16 años

- a. AB: 120
- b. $CD: 110 = 120 \frac{16}{7.5}$
- c. $\frac{110}{7.5} = 14.6$ años

Edad de Conflicto: 14.6 años.

Fuente: Elaboración Propia.

Al calcular el índice de Wittgenstein dio como resultado que sufrió un fuerte impacto o trauma a la edad de 14.6 años, esto se confirma con la anamnesis de la agresión sexual sufrida hace dos años atrás.

JJ se proyecta como una persona enérgica, impaciente, con una sensibilidad explosiva y un humor variable, con un predominio de la razón, frialdad, sentimientos de inferioridad.

Denota reserva, distancia y una difícil adaptación, protegiéndose del medio para evitar salir dañada. Se proyecta como una persona con deseos de demostrar su capacidad.

JJ percibe a miembros de su familia desvalorizados, esto se confirma con su anamnesis ya que relata que ninguno de su familia la ha podido apoyar sus hermanos varones ha podido salir adelante, en cambio las hermanas han logrado hacer mucho en la vida. No quiere oír las cosas de su exterior. Proyecta una alta incidencia de miedo, angustia, perfeccionismo, depresión, ansiedad y culpa por conductas socialmente inaceptadas.

- Test proyectivo de la figura bajo la lluvia

En los resultados del test de la persona bajo la lluvia JJ se proyecta con timidez, desvalorización, sentido de inadecuación, introversión, excesiva defensa y control, despersonalización, sintiéndose

amenazada por su entorno, se proyecta con conflictos sin resolver, con un pasado que pesa y frena su evolución, una necesidad de búsqueda interior, conflictos con la figura materna, necesita refugio y evasión, con baja tolerancia a la frustración, también denota sufrimiento fetal y traumas desde la madre embarazada, durante el nacimiento y los primeros años de vida, regresión anal impulsiva, ausencia de represión de impulsos, egoísmo.

Impresión diagnóstica

La paciente fue llevada a consulta por presentar conductas agresivas y malas relaciones con todos los miembros de la familia a raíz de una agresión sexual de la cual fue víctima, al realizar exámenes proyectivos se pudo determinar que JJ sufrió rechazo de ambos padres desde su infancia provocando en ella una autopercepción de minusvalía y abandono, en sus pruebas diagnósticas se proyecta con agresividad, violencia, retraimiento, inseguridad en las relaciones con una tendencia a crear una barrera entre ella y el ambiente, aunado a esta percepción el abuso del cual fue víctima podría haber propiciado conductas agresivas y violentas como una manera de protegerse de las presiones externas, e inestabilidad lo cual podría estar generando en JJ conductas de ansiedad, depresivas y antisociales.

La paciente cumple con algunos criterios de estrés postraumático como haber estado expuesta a un acontecimiento traumático, respondiendo con temor y desesperanza, recuerdos del acontecimiento recurrentes, que provocan malestar significativo, irritabilidad, ataques de ira y una sensación de desapego en las relaciones.

Presenta también algunos criterios del trastorno negativista desafiante, manifestándose en discusión con adultos, desafía activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir sus demandas, es colérica y resentida, el trastorno de la conducta provoca un deterioro significativo en la actividad social y académica. Por lo anterior se puede concluir que los comportamientos arriba descritos se originaron a raíz de la agresión sexual sufrida a los catorce años, siendo este el objeto de atención por el cual fue llevada a consulta.

Evaluación multiaxial

- Eje I: T74.2 Abuso Sexual del niño [V61.21]
- Eje II: Z03.2 ningún diagnóstico [V71.09]
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo:
Descuido emocional y físico de ambos padres
Permisividad por parte de los abuelos.
Problemas de relación
Relaciones interpersonales conflictivas en el hogar con todos los
Miembros de la familia.
Problemas relativos a la enseñanza
Bajo rendimiento escolar
- Eje V: 60-51 actual

Recomendaciones

Se recomienda el seguimiento del proceso psicoterapéutico para tener la adecuada intervención en cuanto al trastorno que presenta, ayudar a la paciente y brindar herramientas que le ayuden a superar la sintomatología, así como implementar un programa psicoeducativo, con temas como autoestima, autoconcepto, y motivarla y orientarla para que pueda superar y cerrar ciclos de su vida que evitan a su vez que tenga ese equilibrio emocional que necesita y llevar ese equilibrio necesario para su bienestar tanto físico como psicológico, también el poder desarrollar estrategias de afrontamiento que le ayuden a superar las experiencias traumáticas vividas.

Plan terapéutico

El plan terapéutico se realizará en sesiones presenciales y tareas para la casa, asistiendo el paciente una vez cada 15 días, de 45 minutos a 1 hora por sesión, para abordar el tema de agresión sexual y técnicas para el manejo de conflictos, asertividad, autoestima y autoconcepto.

Terapia breve intensiva y de urgencia

Es una psicoterapia de igual valor que las otras. Su corta duración, hablando de cinco a seis sesiones, permite la focalización y trabajo del síntoma principal, lo que hace eficaz el proceso, en situaciones de suma emergencia. Dicha terapia se centra en un método de aprendizaje o desaprendizaje de mecanismos desadaptativos.

Fuente: Elaboración Propia.

Tratamiento

1. Sesión

Sesión Inicial basada en la recopilación de historia clínica de la paciente, síntoma principal, evolución del síntoma principal, síntomas secundarios, antecedentes personales, familiares.

2. Sesión

Aplicación de pruebas proyectivas
Revisión y planeación

3. Sesión

Se explorará más detenidamente para seleccionar las áreas y métodos de intervención.

4. Sesión

Intervención específica sobre suceso traumático de agresión sexual.

5. Sesión

Se realizará una intervención sobre las sesiones anteriores, y se abordará el tema de ansiedad por separación.

6. Sesión

Se realizará un repaso de las cosas que descubrimos (insight), se abordarán otros temas de interés de la paciente, se aclararán dudas respecto a síntomas adicionales los cuales puede estar presentando.

7. Sesión

En esta sesión se trabajará técnicas de comunicación asertiva, control de impulsos.

8. Sesión

Se abordarán temas de autoconocimiento, autovalía, autoconcepto.

9. Sesión

Se realizará el seguimiento, evaluando como ha sido su desempeño y el abordaje de los síntomas específicos.

Lic. Guillermo Téllez
Supervisor de Práctica

Helen Georgina de León Soto
Practicante de Psicología

Fuente: Elaboración Propia.

4.3 Alcances

Se realizó un abordaje psicoterapéutico con la paciente, iniciando con una batería de pruebas proyectivas, en donde se evidenciaron las consecuencias sufridas, como ansiedad, conductas depresivas, retraimiento, inestabilidad, las cuales se abordaron con resultados positivos en el tratamiento psicoterapéutico, que le ayudaron a mejorar esta sintomatología producto de la agresión sexual, también se realizó un abordaje con la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, y el manejo de estrategias de afrontamiento, para la mejora de sus relaciones interpersonales, se logró fortalecer el autoestima y Autoconcepto, manejo de estrategias de afrontamiento y relaciones interpersonales por medio de charlas psicoeducativas en las cuales demostró una notoria mejoría.

4.4 Limitaciones

- Economía insuficiente de la familia para poder movilizarse hacia el centro de práctica, repercutía en el incumplimiento de las citas y que el proceso fuera a un ritmo menor que el esperado.
- Anuencia de la familia a llevar un proceso familiar, el cual se considera importante para el abordaje integral de la paciente.

Conclusiones

1. Los principales síntomas físicos a raíz del abuso sexual en niñas y adolescentes son : dolor, infecciones urinarias frecuentes, enuresis, encopresis, temores nocturnos, pesadillas, enfermedades venéreas, enfermedades psicosomáticas; síntomas conductuales, así también una baja en el rendimiento escolar, cambios repentinos y bruscos de conducta, relaciones deficientes con los compañeros y la familia, conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad, fugas e infracciones a la ley.
2. Las consecuencias psicológicas que presentan los niños, niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual pueden agudizarse con el paso del tiempo, si éstas no son abordadas adecuadamente, ocasionando patologías como trastornos psicosomáticos, desordenes alimenticios, intento de suicidio, consumo de drogas y alcohol, fobias sexuales, problemas de relación y trastornos de personalidad, entre otras.
3. El proceso de Institucionalización es un mecanismo que a pesar de constituirse en un medio de protección para los niños, niñas y adolescentes viene a exacerbar la sintomatología de los mismos privándoles de libertad, del vínculo familiar y comunitario, sentido de pertenencia y por ende su identidad.
4. La atención facilitada a las niñas y adolescentes residentes de Asociación La Alianza reside en elaborar una evaluación diagnóstica inicial, atención psicológica individual, utilizando la terapia Breve Centrada en Soluciones en donde se aborda la sintomatología que va emergiendo en el proceso, derivación a evaluaciones psiquiátricas, y elaboración de informes para los procesos legales, quedando sin abordar muchas veces la agresión sexual.
5. Dentro de los principales abordajes utilizados para el tratamiento de agresión sexual en niños se encuentran: la Terapia Cognitiva, Terapia Cognitiva Conductual, Terapia de Juego y Terapia Género Sensitiva, los cuales han generado resultados positivos.

Recomendaciones

1. Se debe prestar especial atención a la sintomatología individual que presentan los niños, niñas y adolescentes víctimas de agresión sexual que han sido institucionalizados para elaborar un abordaje psicoterapéutico adecuado y evitar el desarrollo de patologías físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales.
2. Realizar una intervención integral en los niños, niñas y adolescentes, no solo abordando la problemática actual sino las secuelas que ocasiona una agresión sexual en el futuro utilizando los abordajes que han demostrado ser eficaces para la resolución del hecho traumático en sí.
3. Promover en los niños un plan de vida que genere expectativas reales sobre su reinserción a la sociedad, estableciendo que si bien es cierto la Institucionalización no es la mejor opción, ésta les brinda un soporte que genera oportunidades para desarrollarse a futuro.
4. Que las Autoridades de Asociación La Alianza puedan integrar al proceso psicológico el abordaje terapéutico individual no solo de las problemáticas emergentes, sino abordar la problemática por la cual han sido institucionalizadas, para lograr una reinserción tanto al seno familiar como a la comunidad a la cual pertenecen.
5. Es necesario realizar un abordaje terapéutico en el cual se atienda de una manera integral, tanto el trauma sufrido por la agresión sexual como el proceso de Institucionalización, este proceso debe ser adecuado a las necesidades particulares de cada niño, niña o adolescente utilizando abordajes que hayan demostrado su efectividad con anterioridad dentro del contexto guatemalteco.

Referencias

Bibliográficas

- Acosta Tieves, N. (2002). **Maltrato Infantil: Un reto para el próximo milenio.** (2ª.Ed.) La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- ADIMA. (1993). **Guía de atención al Maltrato Infantil. Sevilla: Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato.** Gráficas Calima S.A.
- Almaguer, S.L.y Garcia, J.H. (1998). **Adolescentes sin amparo filial: algunos procesos dinámicos de su comportamiento.** Trabajo de Diplomado. Universidad de Oriente. La Habana, Cuba.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (2000). **Guía para la evaluación del abuso sexual infantil.** Madrid: Pirámide
- Casado , J., Huertas, J., Martínez, C. (1997). **Niños Maltratados.** Madrid: Edigrafos S.A.
- Echeburúa, E. (2004). **Superar un trauma.** Madrid: Pirámide.
- Furniss. (2000). **Diagnóstico del Abuso Sexual Infantil y Tratamiento de las Víctimas.** Madrid: Ed. Siglo XXI .
- Franzoi, S. (2006). **Psicología Social.** México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Gonzalez, G., Miranda, M., Lagos, M. & Vargas, P. (2001). La agresividad física en un grupo de niños institucionalizados. Chile : Universidad Andres Bello.
- Iglesias. (2001). **Intervención terapéutica; Manual de Reflexión y Procedimientos de atención de Casos de Maltrato y Abuso Sexual Infantil.** Lima Perú: Ed. Cesip.
- Landrove, G. (1990) **Victimología.**(1a. Ed.) España: Tirant lo Blanch

Luna, M. (2010). **Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria.** Documento de Divulgación Latinoamericano.

Mardones, J. & Mate, R. Eds. (2003) **La ética ante las víctimas.** Barcelona: Anthropos.

Massip, J. y Garrido, E. (2007). **La evaluación del abuso sexual infantil. Análisis de la validez de las declaraciones del niño.** Sevilla: Eduforma.

Morris, C. & Maisto, A. (2001). **Introducción a la Psicología.** (1a. Ed.) México, D. F.: Pearson Educación.

Oblitas, L. (2008). **Psicoterapias Contemporáneas.** México: Cengage Learning.

ODHAG.(2011). **Observatorio de la situación de la niñez y la adolescencia. 2009-2010.** (1ª.Ed.) Guatemala.

Sampieri , R (1991). **Metodología de la Investigación .** México: McGraw-Hill interamericana

Slaiken, K. (2000). **Intervención en crisis.** México: Ed. Manual Moderno.

Bellak, L.(1993). **Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.** México:Manual Moderno.

Internet

Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002). **Informe de la OPS para la OMS.**

Recuperado el 03 de noviembre del 2013 de: www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf

Pinto, C.(2011, junio) **Aproximación a la psicoterapia con niños, niñas y adolescentes sobrevivientes del abuso sexual.** Revista Electrónica de Psicología Social

Poiésis. Recuperado el 04 de noviembre del 2013 de

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/80/53>

Anexos

Listado de Anexos.

- 1. Programa de Práctica Profesional Dirigida.**
- 2. Carta de solicitud para realizar la Práctica Profesional Dirigida en Asociación La Alianza.**
- 3. Formato de Aceptación de Práctica Profesional Dirigida.**
- 4. Carta de finalización de Práctica Profesional Dirigida.**
- 5. Carta de realización de talleres para padres de familia y madres adolescentes realizados en el Centro de Práctica.**
- 6. Programación de talleres “Escuela para Padres “.**
- 7. Programación de talleres “Madres adolescentes”.**
- 8. Carta de entrega de aporte a Asociación La Alianza.**
- 9. Aporte para el Centro de Práctica.**
- 10. Estadísticas de atención del Centro de Práctica.**

Programa de Práctica Profesional Dirigida

PROGRAMA OFICIAL



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	Práctica IV -Profesional Dirigida-
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III
Trimestre:	X
Sede:	

Ciclo:	2013
Código:	
Jornada:	
Horario:	

Mes	Año
Enero	2013

Fecha de Recepción

Sello de Registro y Control Académico

Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil prestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

1 Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

Guatemala 25 de febrero, de 2013

Licda. Carolina Escobar Sarti
Directora Nacional
Asociación La Alianza
Presente

Estimada Licenciada Escobar,

Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte.

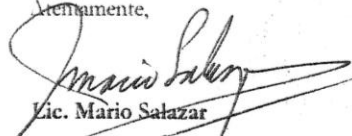
Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras alumnas: **Zandi Verenice Orozco Rodas y Helen Georgina De León S.**, de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: **Asociación La Alianza**.

Las estudiantes deben llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Cabe mencionar que la información que se maneja tanto de su apreciable institución, como de los pacientes en general, se realiza de manera confidencial, y al momento de presentar los casos para supervisión no se presentan datos de los pacientes (nombres/apellidos), ya que solamente se manejan sus iniciales, para la privacidad respectiva.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,



Lic. Mario Salazar
Director General Campus El Naranjo
Universidad Panamericana

Vo.Bo. Institución





UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Asociación La Alianza

DIRECCIÓN: 13 av. O-37 zona 2 col. La Escudrilla, Mixco

NOMBRE DEL ENCARGADO: Celia Aideé López López

Teléfono del Contacto/Encargado: 2250-5151 ext. 110 ó 122

PUESTO: Psicóloga / Directora de Personal

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN - POBLACIÓN QUE ATIENDE:

Protección integral de niñas, niños y adolescen-
tes víctimas de trata, violación sexual o alto
riesgo social y madres adolescentes víctimas
de los delitos anteriores.

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: Helen Georgina de León Soto

GRADO: 5to. Año Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: lunes, martes y miércoles

Horario: 15:00 a 18:00 y 15:00 a 17:00

FECHA DE INICIO DE LA PRÁCTICA: 25.02.13

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO

[Firma] 

helandeleon1@gmail.com



Guatemala, 11 de noviembre de 2013

A QUIEN INTERESE

PRESENTE

Por medio de la presente, se hace constar que la estudiante **Helen Georgina de León Soto**, cursante del quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, quien se identifica con documento personal de identificación (DPI), código único de identificación (CUI) 1868 33253 0101, realizó sus 500 horas de Práctica Profesional en Psicología en Asociación La Alianza en los meses de marzo a octubre del presente año, mostrando responsabilidad, compromiso y apoyo en lo requerido.

Para los efectos que a la interesada convengan, extendiendo la presente, en el día y fecha indicados arriba.

Atentamente,

Inga. Ana Cecilia Muñoz Sosa
Directora de Personal e Informática



Guatemala, 13 de noviembre de 2013

A QUIEN INTERESE

PRESENTE

Por medio de la presente, se hace constar que la estudiante **Helen Georgina de León Soto**, cursante del quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, quien se identifica con documento personal de identificación (DPI), código único de identificación (CUI) 1868 33253 0101, realizó sus Prácticas Profesionales en Psicología en Asociación La Alianza brindando apoyo específico al Programa de Reintegración Familiar en el proyecto de Escuela Familiar y Escuela de Adolescentes madres en los meses de junio a octubre del presente año.

Para los efectos que a la interesada convengan, extiendo la presente, en el día y fecha indicados arriba.

Atentamente,


Licda. **Irma Yaneth Alfaro Contreras**
Trabajadora Social

Licda. IRMA YANETH ALFARO CONTRERAS
Trabajadora Social
Colegiada No. 8,111



Asociación La Alianza
13 Av. 0-37 Zona 2 de Mixco Colonia La Escudrilla
PBX. 2250-5151 Página web www.la-alianza.org

Guatemala, 26 de noviembre de 2013

Señores
Departamento de Psicología
Asociación La Alianza. Guatemala.
Presente

Atención: Licda. Regina Villagrán

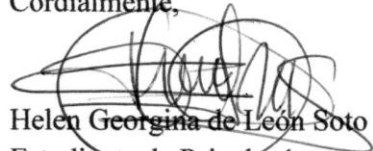
Es un gusto poder saludarle y a la vez desearle éxitos en sus labores diarias dentro de la Institución a la cual pertenece.

Por este medio agradezco una vez más la oportunidad que me brindaron para realizar el proceso de práctica profesional dirigida, como parte de mi formación profesional en Psicología Clínica y Consejería Social.

Habiendo culminado dicha etapa y como parte del proceso investigativo de mi formación académica, hago entrega de, un “ **Modelo de Atención Psicoterapéutica individual** ”, como material de apoyo en el abordaje psicológico con las niñas y adolescentes institucionalizadas en la Asociación.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



Helen Georgina de León Soto
Estudiante de Psicología

Vo.Bo. Institución



Propuesta de Modelo de Atención Psicoterapéutica Individual para el Centro de Práctica Asociación La Alianza

Introducción:

Dentro del proceso de práctica se puso en evidencia la necesidad de un Modelo de Atención Psicoterapéutica Individual en el cual se atendieran las necesidades para el abordaje de la agresión sexual y el proceso de institucionalización, los cuales son indispensables para la reintegración de las niñas y adolescentes residentes de Asociación la Alianza.

Objetivo:

Realizar un abordaje Psicoterapéutico integral dentro de la Institución y así ayudar a las niñas y adolescentes a una mejor reintegración a la vida social y familiar.

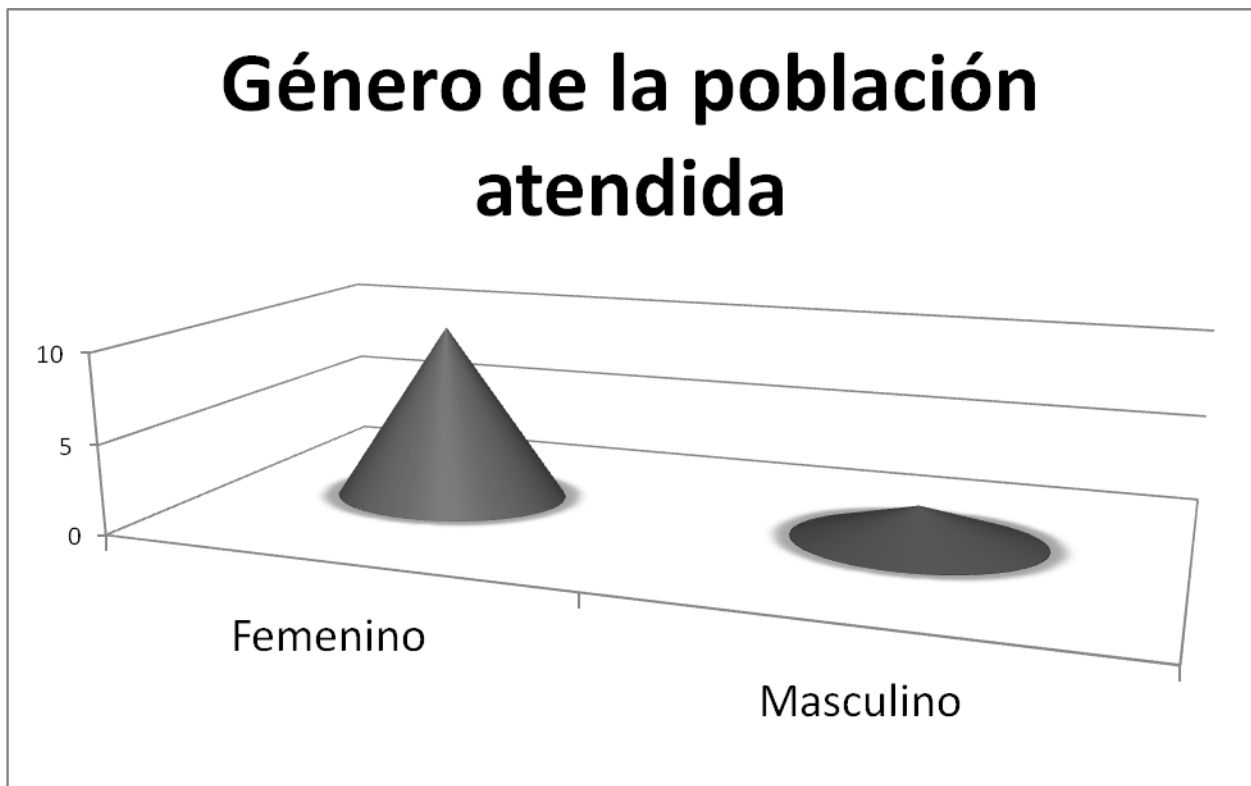
MODELO DE ATENCIÓN PSICOTERAPEUTICA INDIVIDUAL PARA EL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL QUE SE ENCUENTRA INSTITUCIONALIZADO

	ABORDAJE	OBJETIVO	TÉCNICA
1	Terapia Psicoanalítica	Favorecer la comunicación del paciente con la experiencia vivida. Se trata que el niño entienda sus sentimientos problemáticos y sus defensas de manera que pueda tratarlos, convertir lo inconsciente en consciente	Catarsis emocional : Explicar que no deben sentirse culpables Dar seguridad que este abuso no se repetirá. El abuso se puede superar y la vida continúa Motivar la libre expresión
2	Psicoterapia Cognitiva	Implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las conductas indeseables, lo que se pretende es reestructurar patrones de ideas negativas.	Reestructuración Cognitiva: Técnicas de Autocontrol de pensamiento. Técnicas de autocontrol del cuerpo Entrenamiento de Habilidades: Relajación muscular progresiva. Detención del pensamiento Distracción Cognitiva. Entrenamiento en asertividad
3	Ludoterapia	Que el niño se exprese mediante el juego y pueda manifestar sus sentimientos y pensamientos.	Juego libre, Juego Planificado.
4	Redacciones	Motivar la libre expresión de pensamientos, por medio de la escritura la niña o adolescente entra en contacto al conocimiento y aceptación de ella misma y al descubrimiento de la dirección y el sentido de su vida.	Diario personal.

5	Psicoeducación en Sexualidad	<p>Proporcionar una adecuada educación sexual ajustada a su edad y nivel cognitivo y el abordaje de la masturbación.</p>	<p>Talleres para abordar las condiciones óptimas que deben cumplirse para una buena sexualidad. Por Ejemplo: Que se dan en adultos y no en niños. Consentimiento mutuo, Fuera de la familia, Tener una pareja estable.</p>
---	------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Estadísticas de Atención en el Centro de
Práctica
Asociación “La Alianza”*

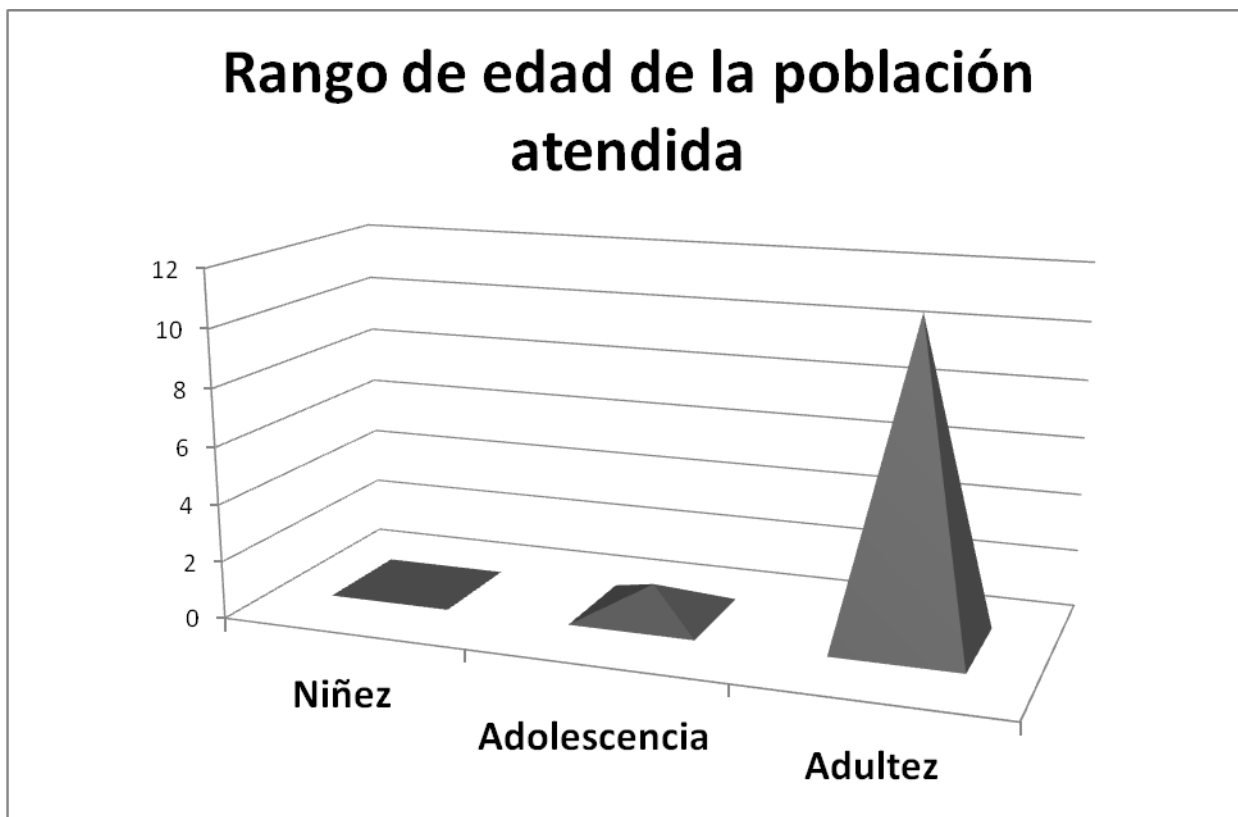
Gráfica 1: Distribución por género



Fuente: Elaboración propia.

Referencia: De los 12 casos atendidos 2 casos fueron del sexo masculino y 10 al sexo femenino.

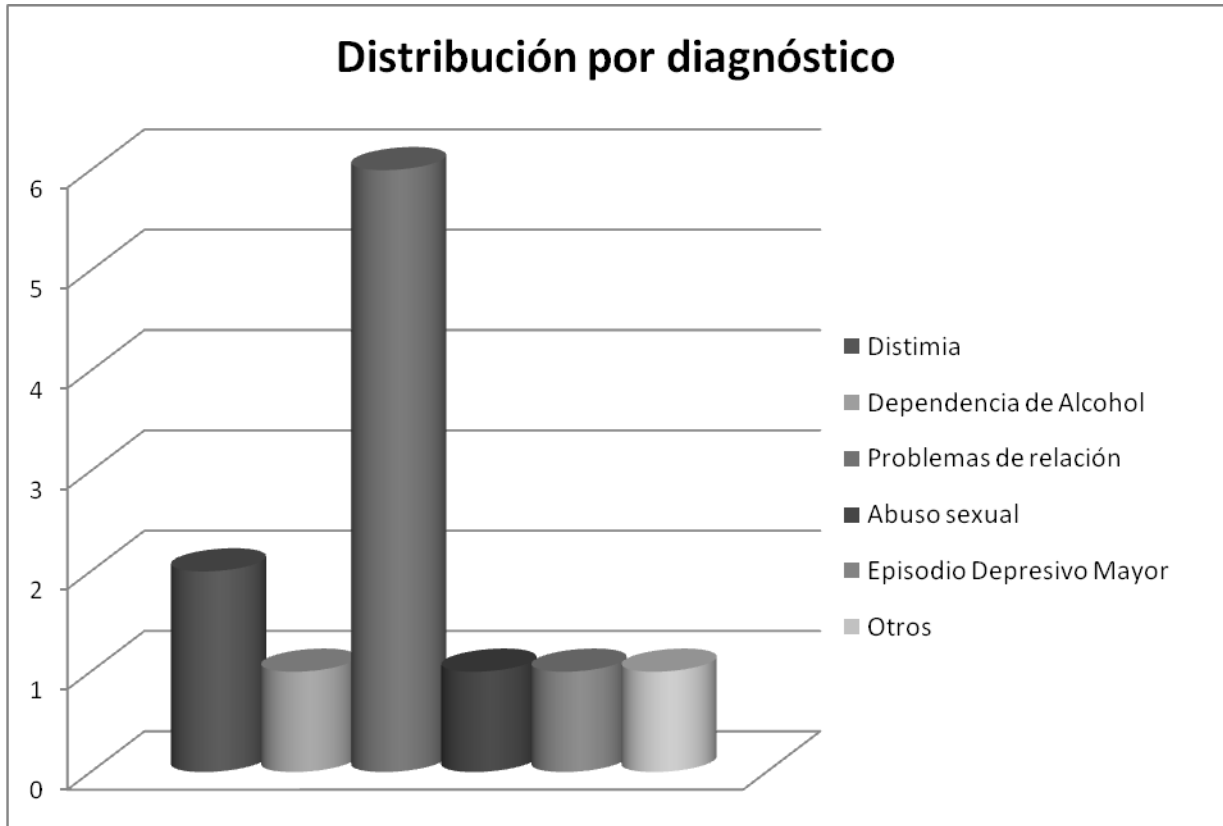
Gráfica 2: Distribución por edad



Fuente: Elaboración propia.

Referencia: El 91 % de la población atendida corresponde a adultos y el 9 % a adolescentes.

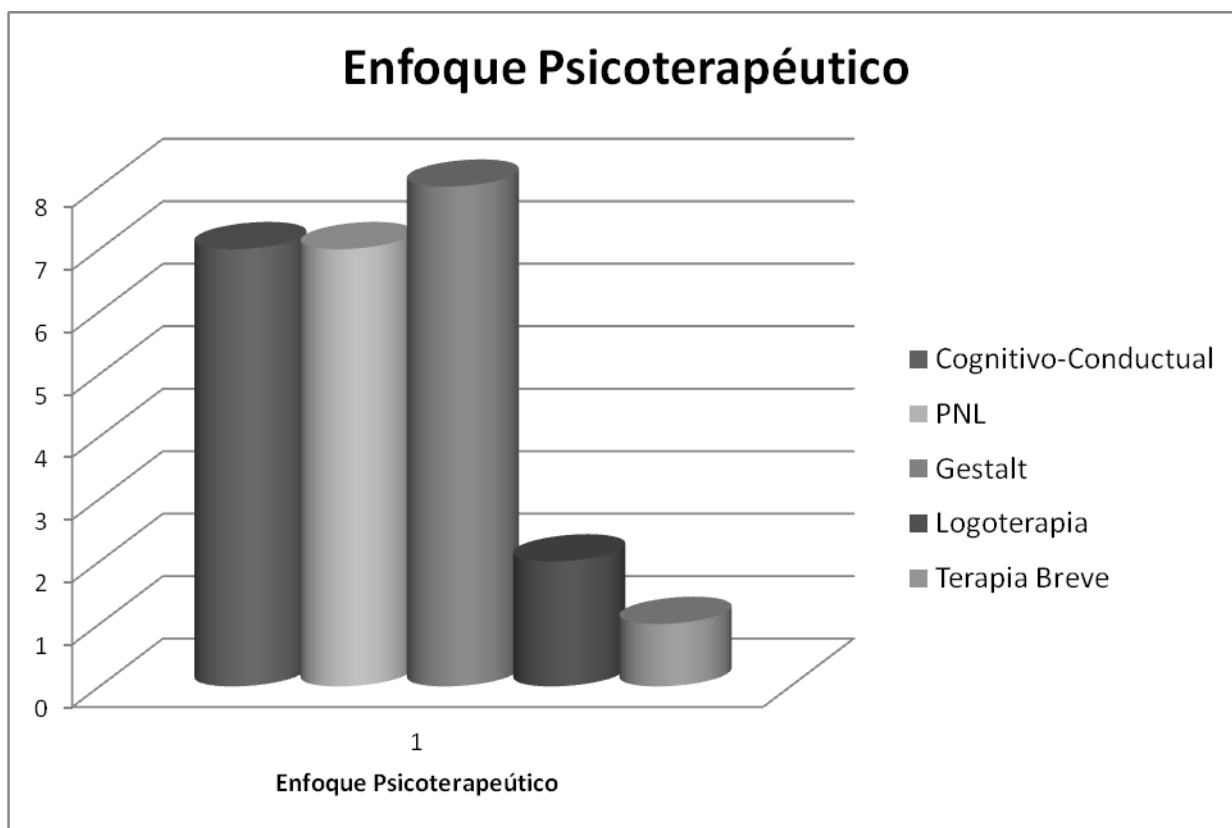
Gráfica 3: Distribución por diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

Referencia: Dentro de los casos atendidos en el centro de práctica el diagnóstico con mayor incidencia fue el de problemas de relación con un 50%, seguido del trastorno distímico con 16 %, dependencia al alcohol, episodio depresivo mayor, abusos sexual y otros diagnósticos con un 8.33 %.

Gráfica 4: Distribución por enfoque de abordaje terapéutico



Fuente: Elaboración propia

Referencia: Dentro de los enfoques más utilizados se encuentran la Terapia Gestalt, PNL, Cognitivo Conductual, Logoterapia y Terapia breve de urgencia.