

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



Abuso Sexual

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Jaqueline Patricia Gamarro Méndez

Guatemala, marzo 2013

Abuso Sexual

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Jaqueline Patricia Gamarro Méndez (**Estudiante**)

Licda. M.A. Rebeca de Chajón (**Asesora**)

Licda. Vivian Poggio de McKnight (**Revisora**)

Guatemala, marzo 2013

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely de González

Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

Decana Facultad de Ciencias Psicológicas

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

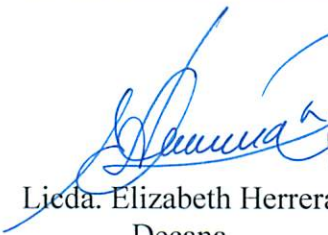
ASUNTO: ***Jaqueline Patricia Gamarro Méndez***

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 27 de febrero 2,013

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 y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta 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 ***Jaqueline Patricia Gamarro Méndez***, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----*

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Abuso Sexual”**. Presentado por el (la) estudiante: **Jaqueline Patricia Gamarro Méndez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología 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.*



*Licda. Rebeca Ramirez de Chajon
Asesora*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Abuso Sexual”**. Presentado por el (la) estudiante: **Jaqueline Patricia Gamarro Méndez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología 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.


Licda. Vivian Poggio
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los veintisiete días del mes de febrero del dos mil trece.....

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Abuso Sexual**", presentado por: **Jaqueline Patricia Gamarro Méndez** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología 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
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: Únicamente la autora es la responsable del contenido del presente artículo especializado
Ciudad de Guatemala, 2013

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1 Breve historia del Derecho de Defensa en Guatemala	1
1.1.1 Misión	3
1.1.2 Visión	4
1.2 Planteamiento del Problema	5
Capítulo 2	
Referente Teórico	7
2.1 Abuso Sexual	7
2.1.1 Leyes en Guatemala que protegen a la niñez y adolescentes del abuso sexual	12
2.2 Causas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes	15
2.3 Formas de abordaje psicoterapéutico en la infancia y adolescentes para el abuso sexual	16

Capítulo 3

Referente Metodológico	20
------------------------	----

Capítulo 4

Presentación de Resultados	22
4.1 Descripción de casos	22
4.2 Logros	28
4.3 Límites	29
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Referencias Bibliográficas	32
Anexos	34

Resumen

El presente trabajo de sistematización de práctica dirigida conlleva la siguiente descripción:

Capítulo I: Marco de Referencia, en este capítulo se incluye todo lo relacionado al centro de práctica, como su historia, misión, visión y la población a la que atiende. Asimismo, el planteamiento del problema, el cual es una pregunta del tema, con un objetivo general y dos específicos.

Capítulo II: Referente teórico, este capítulo se compone de toda la investigación del planteamiento del problema, que en este caso es el Abuso Sexual, describiéndose lo relacionado al tema.

Capítulo III: Referente metodológico, en este capítulo se incluye la población con la que se trabajó, las edades de los pacientes, pruebas o test que se utilizaron con los pacientes, así como el tipo de investigación cualitativa.

Capítulo IV: Presentación de resultados, en este capítulo se incluyen todos los casos trabajados durante el proceso de práctica, cada uno con su información general, motivo de consulta y diagnóstico multiaxial. Aquí en especial, se especifica el caso que llamo la atención para realizar dicha investigación. Asimismo, se incluye un pequeño resumen de los planes terapéuticos que se utilizaron con cada paciente.

Las conclusiones y recomendaciones son el referente al que se llegó luego del trabajo desarrollado en las distintas intervenciones terapéuticas aplicadas, con esto se completa el trabajo de sistematización pero más valioso aún, se es participante activo en la recuperación de personas que sufren este flagelo.

Introducción

Se considera abuso sexual, aquella situación en la que población infantil o adolescente participa en actividades sexuales, que violan tabúes sociales y legales de la sociedad, que el menor no comprende y para las que, en función de su desarrollo, no está preparado para dar su consentimiento. El abusador está siempre en posición de superioridad física y psíquica respecto a la víctima.

Los abusos sexuales tienen consecuencias en el desarrollo psicosocial del menor, que pueden afectar la relación con los demás, la afectividad, sexualidad, autoimagen, alimentación, sueño, rendimiento escolar, etc. Según López (1995) numerosas investigaciones indica que a corto plazo hay afectación clara en torno al 70% de las víctimas, mientras que entre un 20% y 30% consigue integrar la experiencia sin problemas aparentes. En el estudio de Caffaro-Rouget, Lang y VanSanten, el 49% de los casos no presentaba síntomas.

Según la práctica supervisada realizada durante el presente año, se trabajó con varias personas abusadas sexualmente. Se pudo observar, que las personas abusadas que solicitaron ayuda psicológica estaban entre las edades de 15 a 18 años, las cuales pertenecían a niveles socioeconómicos muy diferentes, esto indica que para los abusos no importan las edades ni el nivel socioeconómico de las personas.

Durante el proceso de terapia con las pacientes de abuso sexual, se utilizaron planes terapéuticos los cuales incluían técnicas y diferentes test psicológicos para poder obtener toda la información necesaria de las pacientes y efectuar el respectivo abordaje terapéutico.

Debido a estas sesiones y el problema de las personas, se decidió trabajar el tema del Abuso Sexual, el cual en el siguiente trabajo se describe con la mayor información de una forma más explícita y detallada. Este es un tema muy delicado, las vidas que han sido afectadas encuentran en la intervención terapéutica, una opción para superar los traumas y continuar con una vida de mejor calidad.

Capítulo 1

Marco de Referencia

La práctica supervisada del quinto año de Psicología Clínica y Consejería Social, fue realizada en el Instituto de la Defensa Pública Penal, quienes abrieron sus puertas para realizar la práctica con los pacientes, los días sábado en un horario de ocho a trece horas.

Como toda institución, la Defensa Pública Penal cuenta con una visión, misión y población que atiende.

1.1 Breve historia del Derecho de Defensa en Guatemala

Con el Decreto Papal basado en el Concilio de Zaragoza de 1585, el Papa Benedicto XII ordena y establece la participación de un Abogado en defensa de los necesitados, que no tuvieran medios para defenderse con el fin de administrar justicia al menesteroso y al huérfano, como al humilde y al pobre.

Época Moderna

En Guatemala se inicia este servicio público, por Real Cédula del 30 de noviembre de 1799, la cual ordena que los Abogados de Número, debieran ser Abogados gratuitos de los indios y pobres. Hacer el juramento por turno empezando por el más antiguo, no pudiéndose admitir excusa de éste cargo por ser inseparable del oficio.

Durante una época la defensa pública gratuita en Guatemala fue prestada por estudiantes de derecho como requisito previo a optar al título Abogado; más adelante, a cargo de los bufetes populares de las universidades del país, con estudiantes de los últimos años de la carrera de Ciencias Jurídicas y Sociales a quienes se les exigía el requisito de haber aprobado el curso de Derecho Procesal Penal, y principalmente, efectuar su práctica penal en los Tribunales de la República.

Previo a la modernización del sistema procesal penal guatemalteco, Guatemala participó en la Convención sobre Derechos Humanos realizada en San José Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969, donde se aprueba el Pacto de San José, que posteriormente suscribe y ratifica. En este pacto se establecen las garantías que protegen a todas las personas sindicada de haber cometido delitos o faltas.

Para el año 1988, los juristas argentinos, Julio Maier y Alberto Brinder, elaboraron un anteproyecto del Código Procesal Penal vigente, que es aprobado el 24 de septiembre de 1992 y cobra vigencia el 1 de julio de 1994. En esta misma fecha entra en vigencia el Acuerdo 12-94 de la Corte Suprema de Justicia, el cual regula el Servicio de Defensa Penal. En esta etapa, la Defensa Pública Penal depende totalmente de la Corte Suprema de Justicia.

En la actualidad

Con la transformación de los sistemas de justicia en América Latina, el proceso penal en Guatemala, pasó del sistema inquisitivo al sistema acusatorio, más respetuoso de las garantías constitucionales y procesales y en éste, otros actores irrumpen en el escenario de justicia. Se logra la inclusión de la Defensa Pública, como parte del Organismo Judicial, y se avanza implementando la oralidad en el juicio oral.

Como consecuencia, se concluye con la prioridad de crear una institución que en forma autónoma asumiera la defensa de las personas de escasos recursos, garantizando no sólo el derecho de defensa, sino también las garantías del debido proceso.

El 5 de diciembre de 1997, el Congreso de la República de Guatemala aprueba el Acuerdo Legislativo 129-97, que corresponde a la Ley del Servicio Público Penal, el cual entra en vigencia el 13 de julio de 1998. Con ello se abandona la dependencia institucional del Organismo Judicial. La autonomía funcional e independencia técnica le ha permitido extender su cobertura a los 22 departamentos de Guatemala y a los municipios, en donde se instaure Juzgado de Primera Instancia Penal y conquistar un posicionamiento y reconocimiento tanto a nivel nacional como internacional.

El Instituto de la Defensa Pública Penal (IDPP), es el organismo administrador del servicio público de defensa penal, para asistir gratuitamente a personas de escasos recursos económicos. También tiene a su cargo las funciones de gestión, administración y control de los abogados en ejercicio profesional privado cuando realicen funciones de defensa pública. Asimismo, la institución goza de autonomía funcional y total independencia técnica para el cumplimiento de su función, todo de acuerdo al Art. 1 de la Ley del Servicio Público de Defensa Penal.

La Ley de Servicio Público de Defensa Penal, establece que el IDPP tiene competencia para:

1. Intervenir en la representación de las personas de escasos recursos económicos sometidas a proceso penal, a partir de cualquier sindicación que las señale como posibles autores de un hecho punible o de participar en él, incluso ante las autoridades de la persecución penal.
2. Asistir a cualquier persona de escasos recursos que solicite asesoría jurídica cuando ésta considere que pudiera estar sindicada en un procedimiento penal.
3. Intervenir, a través de los defensores de oficio, cuando la persona no tuviere o, no nombrare defensor de confianza, en las formas que establece la Ley.

1.1.1 Misión

“Somos una entidad pública autónoma y gratuita que ejerce una función técnica de carácter social, con el propósito de garantizar el derecho de defensa asegurando la plena aplicación de las garantías del debido proceso, a través de una intervención oportuna en todas sus etapas.

Nuestra entidad desarrolla sus atribuciones con fundamento en el derecho de defensa que garantiza la Constitución Política de la República de Guatemala, los tratados y convenios Internacionales ratificados por Guatemala en materia de Derechos Humanos, la Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la mujer, así como en su Ley de Creación, reglamentos, en cumplimiento de los Acuerdos de Paz.”

1.1.2 Visión

“Ser una entidad de alta calidad técnico-legal con presencia, protagonismo y liderazgo en el Sistema de Justicia y en el medio social, con una estructura organizacional funcional eficaz y eficiente que permita tener la capacidad de atender a todas aquellas personas que requieran de su servicio de asistencia jurídica, priorizando a las de escasos recursos.

Asimismo, desea contar para ello con Defensores(as) Públicos(as) de alto nivel profesional, convertidos en agentes de cambio y transformación hacia una justicia integral, que respete la plena vigencia de los principios constitucionales y procesales del Derecho de Defensa.”

La atención está orientada a personas de escasos recursos económicos. El perfil de la población atendida es el siguiente:

- Personas adultas sujetas a procesos penales
- Niñez y adolescentes en conflicto con la ley penal
- Población indígena
- Atención de casos con enfoque de género
- Asistencia jurídica gratuita a víctimas de violencia y en temas de familia

¿Quién puede solicitar el servicio de defensa pública?

- Jueces
- Ministerio público
- Policía Nacional Civil
- El sindicado o sus familiares
- Cualquier ciudadano

¿En dónde se puede solicitar el servicio?

En la ciudad capital

- Unidad de Asignaciones

21 calle y 7 avenida, zona 1 Torre de Tribunales, Nivel 11 Centro Cívico

- Sede
7 avenida 10-35, zona 1
Teléfono: 2277-7200
- Asistencia Legal gratuita a la Víctima y sus Familiares
11 calle 8-49, zona 1
Teléfono: 1571

1.2 Planteamiento del Problema:

Durante los seis años consecutivos, desde 1998 hasta el 2003, se efectuó una investigación para determinar la frecuencia con la que niños y adolescentes resultaban víctimas de Abuso Sexual. Fueron atendidos por esta causa 120 menores y la revisión detallada de documentaciones existentes, arrojó un creciente aumento de la cifra de víctimas por años, las adolescentes de 11 a 15 años de edad y de procedencia urbana fueron las más afectadas, resultó el Abuso Lascivo, la forma más frecuente de presentación del abuso sexual, con alta frecuencia se recogieron antecedentes de interés, tales como:

- Otros tipos de maltrato infantil,
- Violencia intrafamiliar,
- Convivencia con padrastros y hombres de la tercera edad.

El Abuso Sexual Infantil es considerado un tipo de Maltrato Infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño, niña y un adulto (a), cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño (a) para estimularse sexualmente él mismo, estimular al niño o a otra persona.

Las estadísticas mundiales indican que el Abuso sexual infantil representa un importante problema social y de salud en numerosas regiones, pese a que se ha demostrado la existencia de un subregistro del fenómeno. Por ejemplo España y EEUU reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.

En América Latina más de 20,000 niños de los países más pobres son vendidos a pedófilos de EEUU, Canadá y Europa y más de 10,000 menores entre los 9 y 16 años de edad son destinados a prostíbulos con un precio inferior al de un equipo de vídeo.

Por todo lo anteriormente escrito, surge la siguiente pregunta:

- **¿Por qué es tan frecuente el abuso sexual en niños y adolescentes?**

Asimismo, se mencionan los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Describir las causas de la frecuencia de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.

Objetivos específicos:

1. Identificar los principales tipos de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.
2. Describir las causas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.
3. Enumerar las diferentes formas de abordaje psicoterapéutico para el abuso en la infancia y adolescencia.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Abuso Sexual

El abuso sexual, es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona, puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor, abuso sexual a menores y abuso sexual infantil o incluso entre menores.

El abuso sexual y la violación han producido diversas discusiones de tipo legal, moral, religioso y psicológico, y ha generado diversas estrategias o metodologías de enfrentamientos en los niveles de intervención tanto de prevención y reparación. Siendo un hecho tan antiguo, pareciera que a pesar de los intentos por erradicar dicho fenómeno social, está arraigado en el inconsciente colectivo, como una forma primitiva de dominación y de control de un ser humano sobre otro ser humano, donde la víctima pierde el control sobre su propia vida dejando ésta en manos de otros.

Desde un punto de vista Psicológico, tanto el abuso sexual como la violación, significan lo mismo. La perspectiva legal establecen diferencias, creyendo que es más grave si hubo o no hubo penetración; para la persona afectada no establece diferencia a nivel psicológico e inconsciente y comportamiento posterior. Si se piensa como Freud que el inconsciente se rige principalmente por el principio del Placer, y no por el de realidad, se puede explicar la huella que queda en la persona a nivel inconsciente, manifestándose en la transferencia, o si se piensa como los funcionalistas, se explicaría la aparición de los diferentes tipos de comportamientos sexuales desarrollado posteriormente, por las víctimas, que acorde a las leyes del aprendizaje, se fueron generalizando a otros contextos, a partir de condicionamientos encubiertos, los cuales no son controlado por las personas. Desde un punto de vista fenomenológico y existencial, cualquier ataque sexual significa la total pérdida de control y de humillación que deja una huella o mapa mental de difícil extinción. La mantención de la huella o mapa mental, también ha sido explicado desde diferentes teorías psicológicas, tales como la Psicodinámica que refieren a la repetición del

trauma como forma de elaborar la experiencia, como las teorías cognitivo conductuales que lo explican desde la teoría de la incubación.

Como actividad sexual se incluye cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos. También se incluye el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador. Cualquier acción que incite al menor a escuchar o presenciar contenido sexual impropio como observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, etc.

Freud habló de violencia sexual en cuatro oportunidades, en 1895 del acontecimiento y las marcas que deja en el inconsciente, en 1916 de re significación, cuidado que no vuelva a pasar a partir de la marca que quedo, en 1920 habla de la compulsión a la repetición, o sea, el abusador vuelve a hacerlo y el abusador intenta lo mismo, y en 1926 Freud habla del desamparo, cuando los hijos cuentan y la familia no cree y Freud siempre decía que los procesos que dejan marcas en la vida, que van a parar al inconsciente, y éste es la parte oscura de lo que se siente, se piensa y demás y lo que impulsa a que uno repita y se meta en callejones sin salida, o al revés si hubo algo lindo, pero hay cosas en el inconsciente que se pueden detectar enseguida y otras que llevan mucho más tiempo.

Las edades más vulnerables para el abuso sexual, se estiman entre los 3 a 4 años, y de los 8 a los 12 años.

Es muy importante la detección, porque los abusadores no se dirigen a una criatura solamente, sino a varios o varias, y acá juegan un rol importante padres, madres, y docentes en las escuelas, por ejemplo, cuando un niño muestra conductas erotizadas, muy despierto o se masturba, o presencia relaciones de los padres, las reacciones son psicósomáticas, de angustia y enfermedad, ira, dolores localizados crónicos, anorexia o bulimia, se agrede, se accidenta con frecuencia, adicciones compulsivas, síntomas psicopatológicos, aparecen miedos y quieren dormir vestidos, terrores a la oscuridad, no quieren quedarse solos, tartamudean o se vuelven mudos, hay que

tener mucho cuidado porque las marcas groseras de un abusador pueden manifestarse de cualquier manera, como así también nunca se manifiestan.

El incesto, abuso sexual, violaciones, acosos sexuales, suelen ser una de las causas olvidadas u ocultas, que llevan a algunas personas a buscar ayuda psicológica u otro tipo de tratamiento. Muchas personas, que han sufrido abuso sexual, no ven la posible relación entre los síntomas o estrés postraumático que presentan, y el abuso sexual que vivieron cuando niños. La mayoría ni siquiera recuerdan que les ocurrió y otras lo recuerdan de manera muy vaga. Algunas pacientes pasan por varios tratamientos y tardan años, antes de revelar que fueron abusadas o recordar lo que les paso, y es que los mismos mecanismos de defensa, que inicialmente protegieron al abusado y encerraron este problema en un lugar, impedirán la recuperación y el cambio, si no recibe el tratamiento adecuado.

Todo abuso sexual es una violación al cuerpo, a los límites y a la confianza. Es una ruptura a los límites personales, emocionales, sexuales y energéticos, que provocan heridas profundas y que dejan cicatrices a nivel físico, emocional, espiritual y psicológico, que producen en la personas una serie de síntomas. Sin embargo, estos síntomas, pueden ser las semillas para iniciar el proceso de recuperación.

El abuso sexual en niños, adolescentes y adultos es más común de lo que se piensa. Estudios muestran que una de cada cuatro niñas y uno de cada ocho niños serán sexualmente agredidos antes de cumplir 16 años. En el 90 por ciento de las veces el abusador es un hombre, y en más de un 80 por ciento de los casos será un conocido.

La mayoría de estos actos quedan impunes, ya que este tema hace parte de un tabú. La ignorancia y falta de comprensión de la familia, cultura, sistema, y sistema judicial, quienes muchas veces culpan a la víctima y encubren o excusan al abusador, hace que la persona no denuncie el acto, convirtiendo el abuso en un secreto. Existen al menos 10 millones de sobrevivientes secretos que llevan la carga de un abuso, nunca compartido.

Muchos niños no hablan, porque temen que si cuentan no les van a creer o les van a culpar, se sienten responsables y avergonzados. En el caso de un hombre es más difícil contar, porque si un hombre revela que fue abusado sexualmente su hombría y orientación sexual pueden ser cuestionadas. Por lo general, la gente asume que cuando un hombre ataca o viola sexualmente a otro hombre, el ofensor es homosexual y la víctima puede llegar a serlo también y convertirse en abusador más adelante. Estas nociones, populares son equivocadas, tienen su raíz en el mito de que el asalto sexual busca principalmente la gratificación sexual, y la gente ignora los asuntos del poder y el control. No todas las personas que fueron abusadas, se convertirán en abusadores, aunque si muchos de los abusadores, fueron abusados de niños.

Consecuencias del secreto o encubrimiento del abusador:

Aunque el abuso sexual es un tabú para muchos, es importante hablar sobre ello, para poder sanar, educar y prevenir, porque de lo contrario:

- El abusador no recibe el castigo y el tratamiento psicológico que necesita. Por ello, los abusos se repetirán.
- La víctima no recibirá el tratamiento psicológico adecuado y necesario. Perpetuando los síntomas postraumáticos que vienen después de un trauma, que van a limitar la vida.
- Las mujeres que tienen una historia de incesto, son más vulnerables a ser víctimas de violación, sino son ayudadas.

Por otra parte, en las familias los traumas tienden a repetirse de generación a generación. En unas familias se ve como la violación o abuso sexual, pasa de una generación a otra, si se deja en secreto y no se hace nada al respecto.

Otro problema grave que se presenta es que hay una fuerte correlación entre abuso sexual o coerción y el sexo de alto riesgo y los embarazos no deseados especialmente en adolescentes.

Por eso es tan importante que hablemos de los abusos sexuales y los reconozcamos como un problema social que hay que abordar

Cuando el abusado es un niño, el agresor emplea la manipulación emocional como chantajes, engaños, amenazas, violencia, etc. Es importante, considerar que una conducta es abusiva, cuando es vivida y sentida de este modo por la persona, cuando es mirada o tocada de un modo que la hace sentirse intimidada. La víctima nunca es culpable. El agresor, siempre es el responsable.

El motivo del ataque sexual, no es primordialmente el placer o la satisfacción sexual del ofensor, sino que tiene que ver con poder, control, dominación y humillación, indiferentemente de sí la víctima es masculina o femenina. El ataque sexual es una forma de violencia en la cual el sexo es utilizado como arma contra la persona de quien se abusa.

El violador, no siempre son unos viejos verdes, que tal vez pensamos, son personas, normales respetadas, incluso aparentan firmes valores morales y religiosos. Como por ejemplo, el padre, tío, primo, hermano, padrastro, abuelo, vecino, dirigente juvenil, maestro, guía espiritual, médico.

La mayoría de abusadores niegan el abuso con vehemencia. Sólo bajo evidencias legales y presión, algunos aceptan la acusación parcialmente, pero afirman que, no fue nada grave, nada de importancia, no le hice daño, la culpa fue suya, los niños no sienten.

Cuando se ven descubiertas suelen afirmar que lo sienten muchísimo, que nunca lo volverán a hacer, que ocurrió porque estaban borrachos o drogados. Los delincuentes sexuales son muy convincentes, hasta tal punto que quizás nos hagan dudar seriamente del menor. Pero recordemos que las niñas y niños no mienten sobre una cuestión tan grave, ya que poco o nada sabían sobre el sexo y su lenguaje.

Los delincuentes sexuales, reinciden y repiten sus abusos, a no ser que intervenga alguien y los frene. Prácticamente ninguno desistirá voluntariamente sino que necesitará una intervención judicial y un tratamiento psicológico, para hacerlo.

La mayoría de las niñas y niños que están siendo víctimas no se lo cuentan a nadie porque creen que la gente va a pensar que no es verdad o se sienten de alguna forma responsables y avergonzados. A veces desconocen incluso el vocabulario necesario para hablar sobre el tema y

por lo tanto no pueden expresarse adecuadamente. Aunque generalmente no lo expresan verbalmente, sí lo hacen mediante algunos cambios en su comportamiento.

Las heridas causadas por abuso sexual, sea este incesto, trauma sexual, violaciones, acoso sexual, molestaciones, o la mezcla de estos, mas los traumas de desarrollo que todos tenemos, en ocasiones nos fuerza a llevar nuestra atención donde la herida esta, por los síntomas que presentamos. El tratamiento toma su tiempo y a veces el camino puede ser largo y doloroso, pero si sanamos nuestras heridas vamos recobrando la inocencia de este niño que se perdió a una edad temprana, empezara de nuevo a sentirse vivo, conectado, aprenderá a estar dentro de su cuerpo de nuevo y relacionarse mejor con otros, a poner límites y empezar a confiar, su creatividad aumentara, se sentirá mejor con usted mismo y muy seguramente descubrirá aspectos maravillosos suyos que había olvidado.

2.1.1 Leyes en Guatemala que protegen a la niñez y adolescentes de abuso sexual

Ley P.I.N.A.

El carácter revolucionario y de avanzada de la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (P.I.N.A.), es indiscutible. Esta ley fue aprobada por el Congreso de la República de Guatemala (Decreto Número 27-2003), en el año 2003, y representa en definitiva, junto a la *Convención Sobre los Derechos del Niño* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ambos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas), los instrumentos jurídicos más importantes con las que cuentan los niños, niñas y jóvenes para hacer valer sus más sensibles e importantes derechos dentro y fuera del hogar y de la escuela.

Algunos de los artículos sobre los que se hace énfasis con los niños, niñas y adolescentes son los siguientes:

- **Artículo 53: Maltratos y agravios.**

Todo niño, niña o adolescente tiene derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión, punibles por la ley, ya sea por acción u omisión a sus derechos fundamentales.

Así mismo, tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato. El Estado estimulará la creación de instituciones y programas preventivos o psico-sociales necesarios, para dar apoyo y orientación a la familia y a la comunidad. Deberá proporcionar la asistencia necesaria, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, a quienes cuidan de ellas y al victimario.

- **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 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.

- **Artículo 55: Obligación de denuncia.**

El personal de las instituciones públicas y privadas, centros educativos, servicios de salud y otros de atención a los niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de denunciar los casos de maltrato que se detecten o atiendan en sus instituciones. En Guatemala los niños, niñas y adolescentes están protegidos por medio de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño y varios instrumentos internacionales relativos a la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas, las peores formas de trabajo infantil y los derechos humanos de las mujeres. Asimismo, Guatemala ha presentado su Primer Informe al Comité de los Derechos del Niño dando seguimiento al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la utilización de Niños en la Pornografía. Siguiendo las recomendaciones de la Declaración y Programa de Acción del Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Guatemala ha reformado su legislación y ha desarrollado algunas políticas públicas relativas a la materia.

Las principales leyes que protegen a los niños, niñas y adolescentes de la explotación sexual comercial son:

- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
- Ley de Dignificación y Promoción de la Mujer y Código Penal
- La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, vigente desde el año 2003, establece que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de explotación o abuso sexual (Art. 56). El Estado deberá adoptar las medidas necesarias para su protección (Art. 54).
- Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer aprobada por el Decreto de Ley 7-99 del año 1999, ordena al Ministerio Público omitir el nombre de la víctima de delitos sexuales (Art. 20), respetando y garantizando así su derecho a la privacidad, derecho definido por la Ley de protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Art.152).

2.2 Causas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes

El daño emocional causado a las víctimas, depende de las características relacionales en que sucedieron tales experiencias, la frecuencia en que sucedió tal experiencia dolorosa y las contingencias o ambiente externo, así como de características individuales de la víctima como sexo, edad, capacidades o habilidades intelectuales, experiencias previas, resiliencia, y reactividad genética o características temperamentales, etc.; y la mantención de tal daño dependerá del soporte externo o base socio afectiva con que cuenta. Sin embargo, a pesar del daño que se haya producido en una persona, hay maneras mejores y más sanas de vivir con dolores antiguos no resueltos.

Los sobrevivientes de abuso sexual o violación, por lo general experimentan problemas en su vida emocional y psico-sexual. Dentro de los problemas emocionales que podemos encontrar son los relacionados con asuntos de intimidad, de confianza en contactos sociales cotidianos o íntimos, baja autoestima, miedo y mal enfrentamiento al estrés, descontrol de la angustia, agresividad autodirigida, culpa, oscilaciones distímicas del ánimo, e ideación suicida o auto anulación. Dentro de lo psico-sexual podemos encontrar con problemas fisiológicos de excitación y orgasmo, identidad sexual, y desviaciones sexuales.

Con fines descriptivos se dividen las alteraciones en tres grandes grupos:

Alteraciones Psico-fisiológicas:

En algunos casos, el abuso relaciona estas emociones negativas con sentimientos sexuales, dejando a los sobrevivientes con toda posible disfunción, temor y abstinencia sexual, dolor vaginal o dispareunia y disfunción eréctil o impotencia funcional, inhabilidad para alcanzar un orgasmo o anorgasmia y dificultar para excitarse o sentir al menos sensaciones placenteras.

Alteraciones Conductuales:

Otros sobrevivientes caen presa de patrones malsanos, como de promiscuidad compulsiva, tales como las satiriasis y ninfomanías, llegando incluso en algunos casos a configurarse desviaciones sexuales o psicopatías tales como la pedofilia y los violadores. Pero reprimir o inhibir todos los sentimientos sexuales y una sexualidad malsana y fuera de control representa los dos lados de la

misma moneda, ambas constituyen una manera de dissociarse de las emociones dolorosas que el sexo puede producir.

Alteraciones de la Personalidad:

En general, también se aprecia en algunas personas que el abuso sexual contribuye o es origen de la alteración del desarrollo de la personalidad, e inclusive de la organización mental y emocional. En casos más graves, se asocia con alteración a la identidad; generándose la baja autoestima, la invalidación, manifestándose en cuadros de anorexia nerviosa, distímias, intento suicida, trastorno histérico, trastornos compulsivos, crisis de pánico, etc., y también en la elección u orientación sexual.

Psicoterapia orientada a la reparación de evento traumático:

Hay un camino fácil que conduce hacia una vida más sana, el cual se ha aplicado a algunos pacientes, y se han logrado resultados satisfactorios en la mayoría de los casos, a un tiempo breve de terapia, y a un menor costo emocional por parte del paciente.

2.3 Formas de abordaje psicoterapéutico en la infancia y adolescentes para el abuso sexual

Algunos expertos creen que éste requiere mucho tiempo de trabajo psicoterapéutico, y es algo que también requiere algo más que paciencia. Creen que las técnicas usadas, como la catarsis, las implosiones o inundaciones, etc., logran manejar la pena y sufrimiento contenido, y estos son procesos largos y dolorosos. Otros piensan que con esperar que el problema se solucione por si solo, sin tocar el tema y entregándoles pequeñas dosis de anestésicos y analgésicos del alma, farmacoterapia, es una buena estrategia.

La sexualidad no se cura espontáneamente, ya que hay que de alguna forma modificar la huella o mapa mental interfiriente con una respuesta natural de la sexualidad sana.

Muchas parejas no han tenido éxito en mejorar su problema sexual en años, y eso no hace ningún bien. Esto es algo que requiere ayuda, y finalmente la gente se da cuenta que el problema no está en ellos, que pueden llevar a cabo una acción.

La forma de abordar el problema no es en lo consciente, sino en lo inconsciente, por lo que es de menor importancia el contenido, sino que hay que involucrarse con el proceso inconsciente.

Lo primero que la persona desea es la disminución de los síntomas, y poder liberarse de un recuerdo aversivo, que muchas veces se torna obsesivo, disruptivo, y doloroso. Para ello, no es recomendable las anclas kinestésicas, ya que lo alterado en la persona es la pérdida de confianza con los contactos íntimos o corporales, ya que ellos fueron transgredidos en su espacio íntimo. Una forma que conozco que ha dado buenos resultados son las disociativas. Esta técnica se denomina: “Desensibilización-sensibilización.”

Desensibilización-sensibilización:

Esta técnica tiene dos pasos esenciales:

Desensibilización: La primera fase consiste en la reducción de carga emocional negativa asociada a los recuerdos del evento traumático. Se utiliza un proceso disociativo del recuerdo, que se traduce en tres sub fases:

- Congelamiento
- Relajación y anclaje auditivo
- Puenteo

Sensibilización: La segunda fase consiste en la amplificación de carga emocional positiva asociada a la actividad sexual.

Se utiliza un proceso asociativo de experiencias y sensaciones agradables en relación a la vida en pareja y actividad sexual. Se traduce en cuatro sub fases:

- Anclaje de experiencia sexual más reciente.
- Actualización de recurso psicológico inconsciente, y anclaje de éste.
- Desplazamiento de recurso psicológico y re-elaboración de experiencia sexual.
- Puenteo.

Signos de abuso sexual:

Puede existir un posible abuso sexual cuando el niño o niña:

- Tiene dificultades para caminar o sentarse.
- Se niega a cambiarse para clase de gimnasia o a participar en actividades físicas.
- Presenta una conducta sexual inapropiada para su edad o un conocimiento sobre sexo inapropiado para su edad.
- Si queda embarazada o contrae una enfermedad sexual, sobre todo si tiene menos de 14 años.
- Se escapa de casa.
- Informa de abuso sexual por parte de un padre u otro miembro de la familia.
- Tiene pesadillas o se orina en la cama.
- Tiene miedo a una persona concreta.

Puede existir un posible abuso sexual cuando el padre o madre:

- Es excesivamente protector con el niño, limita en gran medida el contacto de su hijo con otros niños, sobre todo con sexo opuesto.
- Es muy reservado y aislado.

Como parte del proceso de recuperación es importante que se busque a un psicólogo que ayude y con el que se sienta bien. Para trabajar con pacientes que han sufrido trauma y que el tratamiento sea efectivo, el terapeuta necesita saber sobre trauma, tener experiencia y conocer diferentes técnicas, de lo contrario, solo reforzará ciertos patrones.

Los sobrevivientes pueden andar el camino de diferentes maneras. Unos no van a terapia y continúan viviendo de una forma limitada, otros deciden ir a terapia y ven que “Trauma es un hecho de la vida, sin embargo no tiene que ser una cadena de perpetuidad”.

Guatemala

El fenómeno de la sociedad es sumamente grave; ha penetrado todas las esferas de la sociedad, la violación tiene como base las relaciones de poder, la lujuria y, posiblemente, la enfermedad.

Son encantadores, son gentiles, nos tratan bien porque estamos dentro de las instalaciones trabajando, nos acompañan a la puerta, nos cuidan, nos protegen; pensar que un violador es una especie de monstruo, es estar fuera de la realidad.

Solo 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.

En nueve de cada 10 casos, los agresores son familiares, y en ocho de cada 10, el abuso se cometió en la casa del menor.

Los casos registrados en Guatemala apenas representan la realidad de la situación. A nivel internacional, donde se han hecho muchos estudios se ha evidenciado que por cada caso registrado hay al menos nueve que no lo están.

Es que estos delitos pocas veces se denuncian. En los hospitales, por ejemplo, cuando se presenta un caso, los médicos tratan de salir de él cuanto antes para no verse involucrados en conflictos legales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 20 por ciento de las mujeres y cinco a 10 por ciento de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en su etapa de niñez, mientras que 25 a 50 por ciento de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos.

Capítulo 3

Referente Metodológico

Para la presente sistematización se utilizó el método cualitativo y en el proceso la realización de la práctica supervisada en el Instituto de la Defensa Pública Penal, se trabajó con seis casos de diferentes problemas, de los cuales la población fue niños, niñas y adolescentes, entre las edades de 10 a 18 años. De los seis casos trabajados el que llama la atención es el caso de Abuso sexual específicamente en niños y adolescentes.

Para poder obtener la información necesaria e indispensable, se aplicaron varios test psicológicos, siendo ellos los siguientes:

- Test de la Figura Humana
- Test del árbol
- Test de la familia
- Test de Apercepción Temática -TAT-
- CAT

También se utilizaron técnicas psicoterapéuticas como la silla vacía y el lugar seguro, las cuales fueron de gran ayuda para los pacientes, ya que lograban relajarse y sentirse protegidos.

Asimismo, para la investigación de dicho trabajo, se utilizó todo el material necesario que contuviera la información más completa del tema “Abuso Sexual”. Se investigó en bibliotecas, libros, tesis, seminarios, así como artículos de revistas, periódicos y algunos programas de televisión e internet.

Algunos libros que se consultaron son los siguientes:

- Maltrato Infantil Atención Inicial. Guía para la Detección y Atención a niños, niñas y jóvenes víctimas de maltrato y/o abuso sexual.
- Regulación del delito de acoso sexual en la legislación guatemalteca.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Descripción de Casos

Caso # 1
Datos Generales: H.J.R.S.
Motivo de Consulta: Refiere la paciente “mi tío político, esposo de mi tía de parte de mi mamá abusó de mi cuando tenía nueve años y hasta hace poco se lo dije a mi mamá, desde ese momento me he sentido muy sensible lloro por todo y no tengo confianza en nadie hasta desconfío de mi papá, ¿puede usted ayudarme a volver a ser la misma de antes?”
Evaluación Multiaxial
Eje I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático {309.81}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, perturbación familiar por separación, abuso sexual o físico. Problemas relativos al ambiente social, adaptación.
Eje V: EEAG 51-60
Plan Terapéutico: Se trabajó con la paciente ansiedad, inseguridad y baja autoestima, junto con la terapia existencial y conductual. Asimismo, se utilizaron las técnicas de la entrevista, la escucha activa, la observación, así como la técnica de la silla vacía y la del lugar seguro.

Caso # 2
Datos Generales: C.G.L.S.
Motivo de Consulta: Refiere la paciente “mi tío político, esposo de mi tía de parte de mi mamá abusó de mi cuando tenía como doce años, me tocaba por debajo de la ropa, no le pude decir nada pero desde ese momento dejé de ir a su casa y no me importó nada más. Mi mamá dice que necesito ayuda, aunque yo ya bloquee esa situación de mi mente.
Evaluación Multiaxial
Eje I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático {309.81}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, perturbación familiar por separación, abuso sexual o físico. Problemas relativos al ambiente social, adaptación.
Eje V: EEAG 51-60
Plan Terapéutico: Se trabajó con la paciente los síntomas de ansiedad, inseguridad y baja autoestima, con la terapia existencial y conductual. Asimismo, se utilizaron las técnicas de la entrevista, la escucha activa, la observación, así como la técnica de la silla vacía y la del lugar seguro.

Caso # 3
Datos Generales: J.M.S.R.
Motivo de Consulta: Refiere el paciente “que el problema es que su papá toma mucho y que nunca está en la casa”
Evaluación Multiaxial
Eje I: Z63.1 Problemas Paterno-filiales {V61.20}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primaria de apoyo, perturbación familiar por separación, abandono. Problemas de relación a la enseñanza, bajo rendimiento académico.
Eje V: EEAG 65
Plan Terapéutico: Se trabajó con el paciente, los síntomas de baja autoestima y afecto plano, utilizando la terapia conductual. Asimismo, se realizó la técnica del dibujo y del lugar seguro.

Caso # 4
Datos Generales: S.P.J.B.
Motivo de Consulta: Refiere la paciente “estoy aquí con usted porque me considero una persona neurótica, regaño mucho a mi hija por todo, además me siento muy insegura y temerosa y siento que tengo mi autoestima por los suelos. Me podría usted ayudar?”
Evaluación Multiaxial
Eje I: Z63.0 Problemas Conyugales {V61.1} F34.1 Trastorno distímico {300.4}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primaria de apoyo, perturbación familiar por separación, abandono. Problemas relativos al ambiente social, pérdida de un amigo, adaptación. Problemas laborales, desempleo.
Eje V: EEAG 65
Plan Terapéutico: Se trabajó con la paciente estado de ánimo deprimido, baja autoestima y conflicto de parejas, con la terapia cognitivo-conductual y la gestalt, así como la técnica de la silla vacía.

Caso # 5
Datos Generales: Y.J.P.P.
Motivo de Consulta: Refiere la paciente “mi mamá me trajo, porque desde que terminé mi relación de noviazgo con Edwin, hemos estado en problemas legales y mi familia y yo ya no vivimos tranquilos, siempre hay algún tipo de problema”
Evaluación Multiaxial
Eje I: F34.1 Trastorno distímico {300.4}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primaria de apoyo, problemas de salud e la familia, abuso sexual o físico, conflictos con los hermanos. Problemas relativos al ambiente social, dificultades para adaptarse. Problemas de vivienda inadecuada.
Eje V: EEAG 70
Plan Terapéutico: Se trabajó con la paciente estado de ánimo, baja autoestima, inseguridad, ansiedad, confianza y conflicto de parejas, con las terapias cognitivo-conductual y gestalt. Se realizaron las técnicas del lugar seguro y la silla vacía.

Caso # 6
Datos Generales: J.A.L.L.
Motivo de Consulta: Refiere el paciente “mi mamá dice que, desde que mi papá se fue de la casa mi comportamiento es más agresivo, pero yo lo hago porque quiero que mi papá regrese a vivir con nosotros”
Evaluación Multiaxial
Eje I: Z63.1 Problemas Paterno-filiales {V61.20}
Eje II: Sin diagnóstico
Eje III: Sin diagnóstico
Eje IV: Problemas relativos al grupo primaria de apoyo, perturbación familiar por separación, abandono. Problemas de relación a la enseñanza, bajo rendimiento académico.
Eje V: EEAG 65
Plan Terapéutico: Se trabajó con el paciente los síntomas de baja autoestima, la inseguridad y la confianza en sí mismo, con la terapia cognitivo-conductual. Asimismo, se trabajó la técnica del dibujo y el lugar seguro.

Para poder trabajar dichos casos, se utilizaron algunos formatos como el formato de la entrevista para así poder obtener toda la información necesaria del caso, así también se utilizaron algunas técnicas como la escucha activa, la empatía, la observación, técnicas como la silla vacía, el lugar seguro, proyecto de vida, cualidades de sí misma, etc., éstas lograron que los pacientes se sintieran más seguros y estables.

Con cada caso se trabajó un plan terapéutico en los cuales se trabaja con los pacientes lo siguiente:

- Ansiedad
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Estado de ánimo plano
- Estado de ánimo deprimido
- Conflicto de parejas
- Confianza

Todo lo anterior se trabajó en las sesiones que fueran necesarias para los pacientes, todo dependía del tipo de problema de cada uno.

Asimismo, se trabajo un programa de autoestima, ya que era indispensable elevarla en los pacientes. Así como un taller de Orientación para Padres de Familia.

4.2 Logros

Entre los logros y muy satisfactoriamente está el poder brindar la ayuda necesaria a las personas que llegaron a la Defensa solicitándola.

4.3 Límites

El lugar de práctica, que al inicio de las mismas no se contaba con un lugar específico para poder atender a las personas, así como la afluencia de las mismas no eran en horarios específicos, lo cual hacía imposible atender a todas las personas que llegaban. Todo esto hace que la experiencia adquirida sea mejor cada día.

Conclusiones

- Es muy importante la detección del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, para que los abusadores o abusadoras no continúen realizando sus ataques.
- Enseñar a los niños, niñas y adolescentes como defenderse ante una situación de abuso sexual, que se tengan todos los conocimientos necesarios para que así no puedan ser víctimas.
- Los violadores no siempre son gente muy adulta, ni familiares, lo son también gente de instituciones, parroquias, etc.
- La forma de abordar el problema no es en lo consciente, sino en lo inconsciente, por lo que es de menor importancia el contenido, sino que hay que involucrarse con el proceso inconsciente.
- El abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, representa un problema que la sociedad debe solucionar mediante la adopción de estilos de enfrentamiento que contribuyan a disminuir o eliminar la ocurrencia del delito y las posibles secuelas que en el orden físico o psíquico pudieran generar en las víctimas.
- Se deben utilizar diferentes técnicas psicoterapéuticas para poder ayudar a los niños, niñas y adolescentes a afrontar dicho problema.

Recomendaciones

- Con las técnicas utilizadas en los casos de sistematización, realizar un pequeño manual para el abordaje de casos en la institución.
- Realizar talleres o charlas informativas a padres e hijos, para que tengan todo el conocimiento necesario sobre el tema del abuso sexual.
- Educar a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno, crear programas de intervención para el diagnóstico oportuno de factores de riesgo y contribuir a su control o erradicación son formas prácticas de minimizar la incidencia de tan desagradables acontecimientos y de garantizarle a la niñez y la juventud una vida feliz.
- Para realizar las prácticas supervisadas, buscar centros en donde exista un psicólogo o psicóloga que pueda supervisar a las practicantes.
- Que Universidad Panamericana pueda crear su propio centro de práctica para las estudiantes de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Referencias

- Echeberúa, Enrique. (2000). *Abuso sexual en la infancia. Víctimas y agresores*. Editorial Ariel Barcelona.
- Finkelhor, David. (2005). *Abuso sexual al menor*. Editorial Pax México.
- Freyd, J. (1996). *Abusos sexuales en la infancia*. Editorial Morata Chile.
- Frosh, Stephen. (1997). *Abuso Sexual de Niños*. Editorial Paidós Buenos Aires.
- Howard, Carmen. (1998). *Maltrato Infantil Atención Inicial*. Primera Edición.
- Howard, Carmen. (1998). *Guía para la Detección y Atención a niños, niñas y jóvenes víctimas de maltrato y/o abuso sexual*. Primera Edición.
- Intebi, Irene. (2011). *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Editorial Granica, S. A.
- Malacrea, Marinella. (1998). *Trauma y Reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Editorial Paidós Buenos Aires.
- Rozanski, Carlos Alberto. (2003). *Abuso Sexual Infantil*. Editorial B. Argentina.
- Tobar Sala, Juan Carlos. (1999). *Violencia Sexual*.
- Referencia Web:

http://www.masternews.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=17205:el-abuso-sexual-desde-el-punto-de-vista-psicologico&catid=49:columnas&Itemid=94

- Referencia Web:

<http://galeon.hispavista.com/psicologorancagua/productos2264510.html>

http://www.cepvi.com/articulos/maltrato_infantil3.shtml

- Referencia Web:

<http://www.susmedicos.com/art-abuso-sexual.htm>

Anexos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PROGRAMA DE ESTUDIO

<p>Carrera:</p> <p>Nombre del Curso:</p> <p>Pre-requisito:</p> <p>Trimestre:</p> <p>Nombre del Catedrático:</p> <p>Extensión:</p>	<p>PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL</p> <hr/> <p>PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA V</p> <hr/> <p>PRÁCTICA IV</p> <hr/> <p>I-II-III</p> <hr/> <p>M.A. Cynthia Brenes</p> <hr/> <p>Campus Central</p>	<p>Ciclo: <u>2012</u></p> <p>Código: <u>5237</u></p> <p>Código: _____</p> <p>Jornada: <u>Plan Diario</u></p> <p>Sección: <u>Única</u></p>			
<p>FECHA DE RECEPCIÓN</p>	<p>MES 01</p>	<p>AÑO 2,012</p>	<p>Sello Registro y Control Académico</p>	<p>Firma Catedrático</p>	<p>Vo.Bo. Directora</p>



Licda. Elizabeth Herrera de Tan
DIRECTORA

II. Propósito del Curso

LA PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el Seminario de Integración y demás actividades programadas para aplicar la Psicología y consejería social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

III. Objetivos Generales

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.

Específicos

- 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.

IV. Contenido Temático del Curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico

2. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
3. Trabajo en comunidades de riesgo
4. Detección de situaciones de resiliencia
5. Creación de programas y proyectos

V. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

- * La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. 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 seguir los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso.
- + 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.

VI. Formas o Técnicas de Evaluación

Las áreas a evaluar les son informadas a los alumnos en cada una de las fases, pues éstas cambian en función de las actividades realizadas.

Cada inicio de trimestre se les entrega un MEMO, abordando las áreas que deben reforzar y sobre las cuales se evalúa.

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.

VII. Calendarización o Cronograma de Actividades

I TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Enero	
Sábado 26	Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Febrero	
Sábado 2	Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional
Sábado 9	Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Explicación de informe final de practica
Sábado 16	Reforzar temas para trabajo de practica en clase Idem
Sábado 23	Idem
Marzo	
Sábado 1	Primera parte: Presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Entrega de informe del mes de febrero
Sábado 8 (semana parciales)	Primera parte: Presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Entrega Perfil Institucional
Sábado 15	Primera parte: presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos
Sábado 22	Primera parte: presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos
Sábado 29	Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos
Abril	
Sábado 12	Primera parte: Presentación de casos 6 Segunda parte: supervisión de casos Entrega informe del mes de marzo Entrega de planificación de talleres
Sábado 19	Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos
Sábado 26	Primera parte: Presentación de casos 8

	Segunda parte: supervisión de casos
Mayo	
Sábado 3	Primera parte: presentación de caso 9 Segunda parte: supervisión de casos Entrega de informe de mes de abril FINAL PRIMER TRIMESTRE

VIII. Actividad de Aprendizaje Autónomo
(8 horas crédito, para cursos de Plan Fin de Semana)

Investigaciones por Internet

Preparación y actualización constante para el manejo de los casos asignados.

IV. Bibliografía

- ✓ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- ✓ Psicología Anormal. Barlow D. 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
- ✓ Psicologiapopular.com
- ✓ Comportamental.com
- ✓ Psicodirectorio.com
- ✓ Psicología-online.com
- ✓ Paginaschile.d/fest.htw
- ✓ Clinicas/ansiedad.com
- ✓



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR:

Con el fin de hacer de su conocimiento todo procedimiento contemplado en el curso de Práctica para que puedan tenerlo presente y cumplir de manera profesional y comprometida con su labor, se detallan a continuación algunos aspectos importantes que deben tomar en cuenta:

1. Cada alumno es responsable de buscar el Centro o Institución para realizar su experiencia de práctica. Son requisitos indispensables para la aprobación de su lugar de práctica que haya un psicólogo o psicóloga encargada, para que de ser necesario, los apoye en caso de requerirlo y sea el enlace con su supervisora de práctica y poder llevar así una mejor supervisión.
2. Recuerden que el objetivo de esta experiencia es integrar y poner en práctica todos los contenidos que han aprendido hasta ahora, por medio de un trabajo serio y profesional. Por lo que el trabajo que realicen en los Centros o Instituciones debe ir encaminado al área clínica y de consejería y ser realizado de manera responsable y seria, como lo requiere su profesión.
3. La clase en el Campus, los días sábado constará de dos fases o momentos. La primera fase es para que se realicen presentaciones de casos en las que cada alumno deberá exponer un caso clínico, evidenciando todo el proceso de psicodiagnóstico, con su respectiva impresión diagnóstica, diagnóstico multiaxial y recomendaciones. El segundo momento o fase será la supervisión de casos, en la que cada alumno prepara un caso para consultar, llenando previamente su hoja de supervisión de caso, y de acuerdo a un tiempo estipulado, va exponiendo uno a uno su caso y se hacen las recomendaciones pertinentes tanto por la catedrática como recomendaciones por su grupo de compañeros, como parte importante del ejercicio de desarrollo del criterio clínico..
4. En el período de presentación, tanto como en el período de supervisión de casos, se requiere su puntualidad para hacer el mejor uso posible del tiempo. Si a alguien le toca presentar caso, es importante que venga con anticipación y prepare su presentación, de manera que al iniciar el período se inicie con la clase. Después de 15 minutos de iniciado el caso, NO se dejará entrar a clase y deberán esperar hasta que inicie la supervisión para integrarse.
5. En el período de supervisión SIEMPRE y sin excusa, deben de llevar la hoja de supervisión de casos llena antes de la clase, no llenarla allí, para plantear de una manera, ordenada y profesional sus dudas.
6. Cuando una persona presente caso, se pide la atención completa al caso y la participación **INDISPENSABLE** de todos los compañeros, ya sea para comentarios, dudas, aportar conocimientos o ideas. Se les recuerda que la participación es parte importante del desarrollo de la clase y **se puntúa**.

7. En el momento de presentar caso, el docente llenará una hoja de evaluación la cual entregará posteriormente al alumno para que pueda ver objetivamente en qué aspectos necesita mejorar. Esta hoja la deberá imprimir quien presente su caso y entregarlo antes de iniciar la presentación junto con su folder con el informe correspondiente a su caso. Esta hoja se les dará a conocer con anticipación para que puedan prepararse profesionalmente. No se aceptará de ninguna manera cambios de fecha de presentaciones ni se justificará casos sin presentar por ninguna razón o falta de alguna parte del proceso. Es necesario preveer.
8. Los compañeros hacen también una retroalimentación escrita de la presentación de caso a sus compañeros, la cual entregan después de cada presentación. Esto también lleva nota en su zona.
9. Se hacen llamados de atención escritos cuando no se llenan los requerimientos planteados en asistencia, profesionalismo en casos, actitud profesional, etc. los que se archivan y se toma en cuenta para su evaluación.
10. De cada paciente atendido deben llevar un EXPEDIENTE, debidamente ordenado, rotulado, forrado, en donde tendrán todos los documentos necesarios para llevar el seguimiento del caso.
11. Deben llevar sus expedientes ordenados AL DIA. Se hace periódicamente una revisión de los mismos, notificándose en el periodo de clase semanal, quién entrega expedientes la siguiente semana, por lo que es indispensable tenerlos al día. Se evaluarán varios aspectos contenidos en la hoja de revisión de expedientes que también se les dará a conocer con anticipación. Esta hoja deben archivarla en la parte izquierda del expediente, pues después su supervisora revisará si las correcciones fueron hechas o si las sugerencias fueron tomadas en cuenta.
12. Las notas de registro semanal deben ser llenadas inmediatamente después de su cita con el paciente, y deben llenarse a computadora, utilizando lenguaje profesional y poniendo explícitamente lo que allí se les solicita. Recuerden que estas son indispensables para ver su trabajo y proceso de trabajo con los pacientes. Las mismas deberán estar al inicio cuando abren el fólder pues es más fácil ir archivando las hojas arriba que tener que sacar cada vez que incluyan una nueva el gancho y las demás hojas.
13. Se les solicita profesionalismo en el manejo de expedientes y casos, recuerden que están trabajando con personas, además la discreción en cuanto a la información que se maneja en clase de los diferentes casos.
14. Presentación y Orden de Expedientes

Con el fin de mantener la equidad en la forma de presentar y ordenar los expedientes de sus pacientes, de manera profesional, los parámetros a seguir son los siguientes:

- a. Todos los informes deben incluir carátulas y pestañas que identifiquen sus partes.
- b. El orden es el siguiente:
 - 1) NOTAS DE REGISTRO SEMANAL
 - 2) HOJAS DE ASESORIA
 - 3) INFORME CLINICO

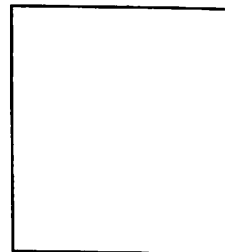
- 4) PLAN TERAPEÚTICO (Incluye fundamentación teórica) (Si lo hay)
- 5) PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS
- 6) FORMATO DE ENTREVISTA
- 6) DOCUMENTOS O MATERIAL CONSULTADO
- 7) OTROS: cartas a profesionales, referencias, contrato de vida...cualquier cosa que consideren importante incluir.

- 15. Deben de llevar un registro de todos los casos trabajados, en su registro personal de pacientes, el cual tiene una hoja específica de presentación y les servirá para su informe final de práctica.
- 16. Cada alumno deberá realizar un Diagnóstico institucional del lugar donde elabore sus prácticas, con el fin de conocer el contexto donde trabaja y tener información de primera mano que permita ayudar de manera más eficiente, dependiendo las necesidades del Centro o Institución. Se explicará detenidamente en clase.
- 17. Durante el segundo y tercer trimestre, los alumnos deberán implementar talleres, los cuales se planificarán durante el primer trimestre y se entregarán para revisión previa, en un formato específico de planificación de talleres, dado por su supervisora. La temática se elegirá según las necesidades del lugar y la población atendida, y deberá ser un taller en el segundo trimestre y un taller en el tercer trimestre.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE EDUCACION

FICHA DE INFORMACION
ALUMNOS DE PRACTICA V AÑO / 2012



<i>Nombre de alumno</i>	
<i>Carné</i>	
<i>Tel celular</i>	
<i>Correo electrónico</i>	
<i>Nombre Centro de Practica</i>	
<i>Dirección</i>	
<i>Persona de contacto/encargada</i>	
<i>Tel</i>	
<i>Horario</i>	
<i>Días de asistencia al centro</i>	
<i>Horario</i>	



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 22 de marzo 2012

Licda. Amalia Mazariegos
Coordinadora Nacional de Asistencia Legal Gratuita a la Víctima y sus Familiares
11calle 9-38 zona 1 Guatemala
Presente

Respetable Licda. Amalia Mazariegos:

Reciba un cordial saludo de la Decanatura de la Facultad de Ciencias Psicológicas. El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna: JAQUELINE PATRICIA GAMARRO MÉNDEZ. Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, pueda realizar la práctica en la institución que usted dignamente dirige.

Dicha práctica se encuentra contemplada en la Programación Académica y previo a la obtención al Título de Licenciatura.

La práctica será coordinada por Licda. Cinthia Brennes quien oportunamente estará realizando el monitoreo y supervisión.

Agradezco su atención y buenos oficios, al permitir que los estudiantes puedan cumplir con un requisito académico y proyectar la filosofía y labor social de Universidad Panamericana.

Atentamente,

Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas





INFORME DE HORAS TRABAJADAS EN CENTROS DE PRÁCTICA 2012

POR FAVOR DETALLE LA INFORMACIÓN QUE SE LE SOLICITA RESPECTO A LAS HORAS TRABAJADAS EN SU CENTRO DE PRÁCTICA

NOMBRE DEL CENTRO DE PRÁCTICA: Instituto de la Defensa Pública Penal

CONTACTO QUE SUPERVISÓ MI TRABAJO: Licda. Verónica Sierra

FECHA DE INICIO: 28 de abril de 2012

FECHA DE FINALIZACIÓN: 29 de septiembre de 2012

FECHA DE ASISTENCIA	ENTRADA	SALIDA	TOTAL DE HORAS
28/04/2012	08:00	13:00	5
05/05/2012	08:00	13:00	5
12/05/2012	08:00	13:00	5
19/05/2012	08:00	13:00	5
26/05/2012	08:00	13:00	5
02/06/2012	08:00	13:00	5
09/06/2012	08:00	13:00	5
16/06/2012	08:00	13:00	5
23/06/2012	08:00	13:00	5
07/07/2012	08:00	13:00	5
14/07/2012	08:00	13:00	5
21/07/2012	08:00	13:00	5
28/07/2012	08:00	13:00	5
04/08/2012	08:00	13:00	5
11/08/2012	08:00	13:00	5
18/08/2012	08:00	13:00	5
25/08/2012	08:00	13:00	5
01/09/2012	08:00	13:00	5
08/09/2012	08:00	13:00	5
22/09/2012	08:00	13:00	5
29/09/2012	08:00	13:00	5

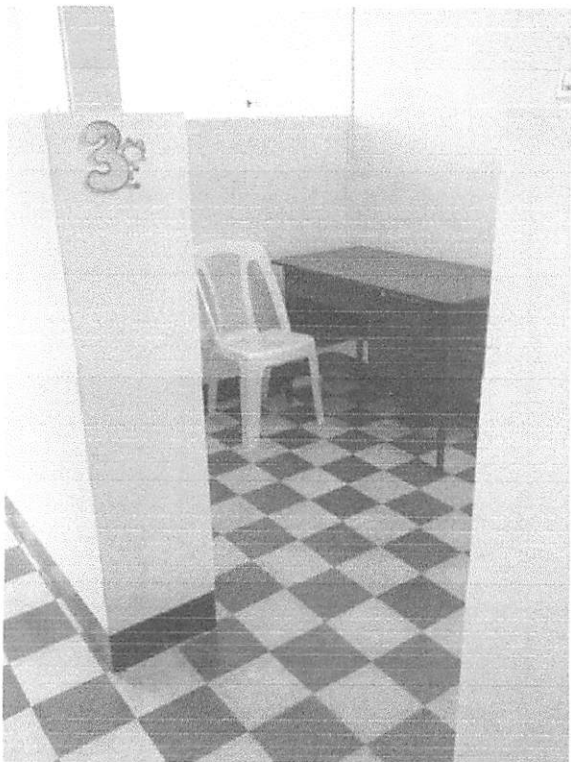
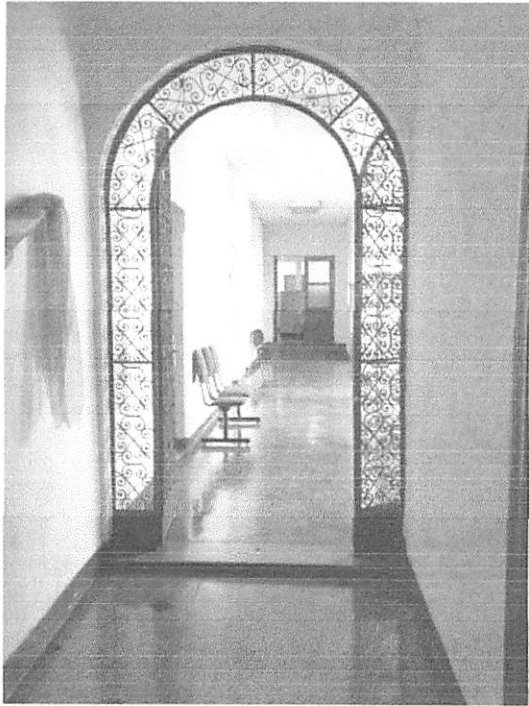
TOTAL DE HORAS TRABAJADAS: 105 horas

Jaqueline Patricia Gamarro Méndez

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRACTICANTE

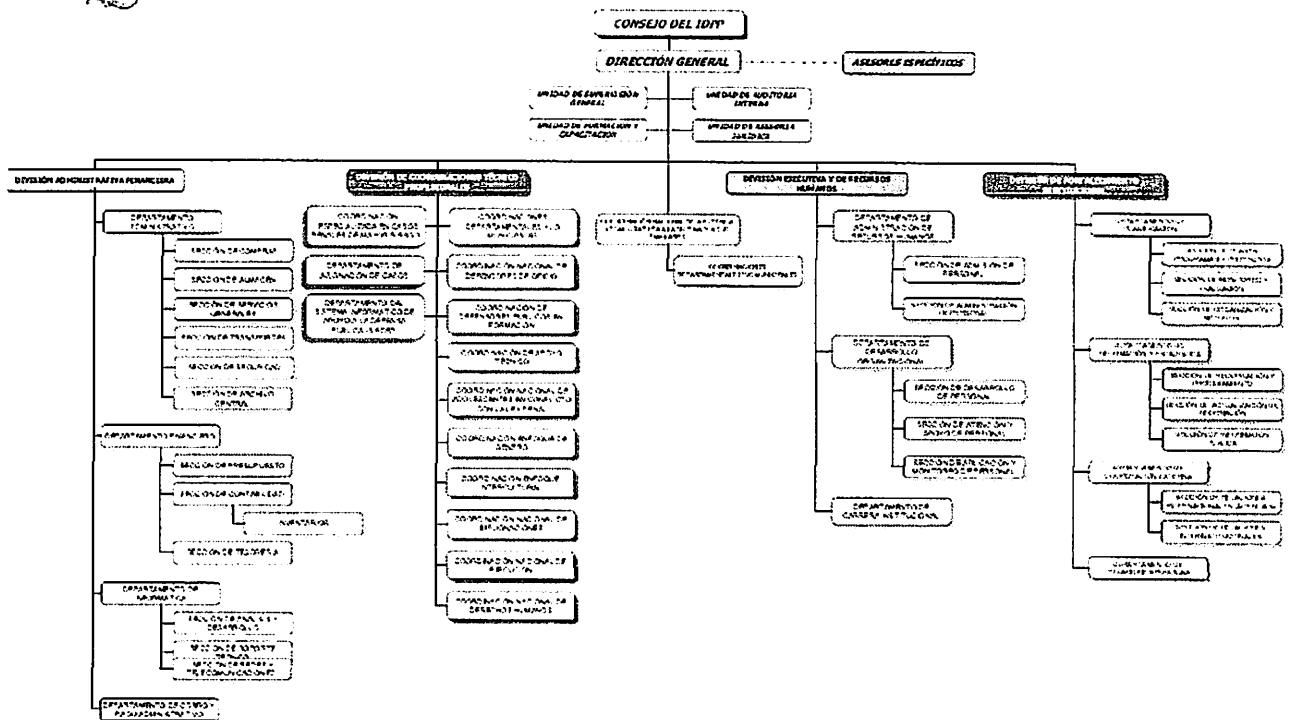
Licda. Amalia Mazariegos

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR





ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL INSTITUTO DE LA DEFENSA PUBLICA PENAL



FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA NIÑOS

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Idioma: _____

Fecha de la entrevista: _____ Cuota: _____

Referido por: _____

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Sobre el Motivo de Consulta

Motivo de consulta:

Cuando se iniciaron los síntomas:

Actitud de los familiares en relación con el problema del niño/a:

Consulta y tratamientos

previos: _____

En caso de recibir actualmente tratamiento o atención especializada, indicar cuál y con
quien: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

Relación del paciente con las figuras de autoridad en el hogar:(disciplina, castigos, estilo de
crianza, identifica la autoridad)

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia: _____

IV Antecedentes Personales

a. Concepción, gestación y nacimiento

Actitud de los padres en relación al embarazo (deseado, planificado, métodos anticonceptivos,
amenazas de aborto, causa de matrimonio, etc.)

Descripción del parto (color al nacer, tiempo en que mantuvo ese color, lloró inmediatamente, se dio: anoxia, hipoxia, ictericia, malformaciones, etc.):

b. Evolución neuropsíquica relativa a lactancia y alimentación

¿Recibió lactancia materna? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Describa cómo y cuándo se inició la alimentación sólida: _____

Si se presentaron dificultades con la lactancia o los alimentos sólidos, detállelo:

Peso y talla actual del niño/a: _____

Vacunación recibidas (detalle): _____

c. Evolución neuropsíquica relativa a motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres

Edad en que mantuvo fija la cabeza: _____

Edad en que se sentó: _____

Edad en que se paró: _____

Edad en que gateó y por cuánto tiempo lo hizo: _____

Edad en que caminó: _____

Descripción del movimiento:

Habilidades motoras que posee acorde a su edad _____

Se detecta movimiento hiperactivo, hipoactivo, o normal _____

Hay presencia de movimientos automáticos _____

Hay presencia de balanceo al estar sentado _____

Muestra movimientos asociados o agitados _____

Lateralidad _____

Descripción del sueño:

Horas de sueño diurno y nocturno _____

Calidad de sueño _____

Dificultades durante el sueño _____

Control de esfínteres:

Edad de control diurno: _____ Control nocturno: _____

Método de enseñanza: _____

Problemas relacionados: _____

d. Afecciones orgánicas que puedan haber incidido sobre la evolución y el desarrollo del niño

Enfermedades padecidas: _____

Hospitalizaciones: _____

Medicamentos: _____

Ha padecido de fiebres altas, convulsiones u otros (detallar en que situación se presento cada uno de los síntomas) _____

Padece algún problema médico (explicar): _____

e. Influencia del ambiente en la evolución del intelecto, hábitos, personalidad y psicosexualidad del niño.

Relación del niño con su ambiente (agresividad, dependencia, retraimiento, etc.):

Humor y afecto del niño/a:

Hábitos (se muerde las uñas, se chupa el dedo, pelo, objetos, investigar sobre horarios y rutinas, etc.):

Describa detalladamente el juego del niño/a, incluyendo sociabilidad (importante indagar, como se relaciona con sus pares, es aceptado, rechazado, tímido, etc.):

Ha manifestado curiosidad sexual (edad en que inicio esta curiosidad, como se maneja esta información en casa, quien da la información, se habla, etc.):

Evolución del lenguaje y aprendizaje:

¿Se dio balbuceo y vocalizaciones? _____ ¿A qué edad? _____

Edad en que dijo sus primeras palabras: _____

Edad en que dijo la primera frase: _____

Edad en que se hizo entender por los demás con claridad: _____

Edad en que terminaron los defectos de pronunciación: _____

Describa su habilidad para narrar acontecimientos o historias: _____

Describe su capacidad para entender lo que otros hablan y para seguir instrucciones:

Escolaridad:

Edad de inicio: _____

Adaptación: _____

Grado que cursa actualmente: _____

Instituciones a las que ha asistido (desde que inició hasta la fecha): _____

Actitud ante el estudio: _____

Rendimiento escolar: _____

Reporte de la maestra en cuanto a relaciones interpersonales: _____

Reporte de la maestra en cuanto a disciplina: _____

Detalle dificultades que se hayan presentado en el ambiente escolar: _____

OBSERVACIONES: _____

FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Idioma: _____

Fecha de la entrevista: _____ Cuota: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlo aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Sobre el Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

Consulta y tratamientos previos: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

Relación con las personas que convive: _____

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia: _____

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? _____

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)? _____

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones): _____

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar): _____

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad): _____

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): _____

Relaciones con compañeros y superiores: _____

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades): _____

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes): _____

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual): _____

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes): _____

OBSERVACIONES:



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
ESCUELA DE PSICOLOGÍA - CAMPUS CENTRAL
PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: _____

Institución de practica: _____

INFORME MENSUAL MES DE: _____

PROCESO PERSONAL

I. Nombre de paciente: _____

Motivo de consulta:

Diagnóstico: _____

Avances del mes:

No. de sesiones: _____

Inasistencias: _____

INFORME DE CIERRE DE CASO CLINICO

I. Datos Generales:

Nombre: Sexo:
Fecha de nacimiento: Edad:
Estado Civil:
Escolaridad:
Profesión:
Ocupación y lugar de trabajo: (en caso de adultos)
Religión:
Dirección:
Teléfono:
Referido por:
Fecha de inicio del proceso terapéutico:

II. Motivo de Consulta:

III. Descripción del proceso:

- Historia del problema actual :
- Información relevante de la historia clínica
- Nombres de las pruebas realizadas y una síntesis de su interpretación. Los proyectivos menores pueden ser interpretadas conjuntamente.
- Hacer una síntesis del proceso de evaluación, explicando qué se ha trabajado hasta el momento, logros y metas.
- Pendientes que quedan dentro del proceso :

IV. Impresión Diagnóstica

V. Diagnóstico Multiaxial

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

VI. Recomendaciones:

Nombre del alumno y firma