

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



**Estudio de caso: Relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo
persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro
de Asistencia Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Nancy Elizabeth López Díaz

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: Relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo
persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro
de Asistencia Social (CAS)**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Nancy Elizabeth López Díaz

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

Licda. María Fernanda Ramírez Hernández (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Autoridades de la Facultad de Ciencias Sociales

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	MSc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Nancy Elizabeth López Díaz*

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: julio 2017

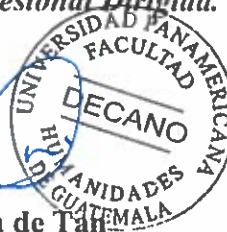
Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *Práctica Profesional Dirigida* 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: *Nancy Elizabeth López Díaz* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.

M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Decano

Facultad de Humanidades



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio dos mil diecisiete.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Estudio de Caso: Relación entre Abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)**". Presentada por el (la) estudiante: **Nancy Elizabeth López Díaz** 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.



Licda. Mirna Paola Gaitán Láinez
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 2017.-----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Relación entre abuso sexual, y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)". Presentada por el (la) estudiante: Nancy Elizabeth López Díaz, previo a optar al grado Académico de Licenciatura 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.


Licda. María Fernanda Ramírez
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio del dos mil diecisiete.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema “Estudio de caso: Relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)”, presentado por Nancy Elizabeth López Díaz, previo a optar grado académico de Licenciatura 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.



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

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

Agradecimientos

- A Dios:** Por su misericordia y gracia. Porque Jehová da la sabiduría, y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia. Proverbios 2:06
- A mis padres** Roberto Antonio López Gutiérrez y Otilia Díaz Morales que me apoyaron en momentos de dificultad.
- A mis hijas** Maryorie y Ashtin Carballo, por su cariño y apoyo.
- A mi nieta** Fátima Méndez Carballo quien me inspira a seguir cada día.
- A mi novio** Luis Aldana por sus consejos sabios, apoyo, motivación y comprensión en todo momento.
- A mis compañeras:** Gracias por todos los momentos inolvidables compartidos.
- En especial:** Cesia García, gracias por su amistad, cariño, apoyo y ayuda en todo momento.
- A mi asesora:** Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez.

Gracias por el apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas Establecidos	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	3
1.8 Justificación de la Investigación	3
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 Trastorno depresivo persistente (distimia)	5
2.2 Abuso sexual	8
2.3 Negligencia (adolescencia y adultez temprana)	11
2.4 Falta de apoyo en la red familiar	13
2.5 Dependencia relacional	15
Capítulo 3	18
Marco Metodológico	18
3.1 Planteamiento del problema	18
3.2 Pregunta de investigación	20
3.3 Objetivos	20
3.3.1 Objetivo General	20
3.3.2 Objetivos Específicos	20
3.4 Alcances y límites	21

3.5	Método	22
	Capítulo 4	25
	Presentación de Resultados	25
4.1	Sistematización de Estudio de Caso	25
4.2.	Análisis de Resultados	35
	Conclusiones	39
	Recomendaciones	40
	Referencias	41
	Anexos	44

Listado de imágenes

Imagen1 Organigrama Centro de Asistencia Social (CAS)	2
Imagen 2 Genograma	27

Listado de Cuadros

Cuadro 1 Pruebas e instrumentos aplicados	29
---	----

Resumen

En la presente investigación se expone el estudio de caso que se desarrolló como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, sede El Naranjo, el cual se llevó a cabo durante los meses de febrero a noviembre del año 2016.

La investigación fue realizada en el Centro de Asistencia Social (CAS), ubicado en la 7ª. Avenida 3-17 de la zona 9, Edificio Buonafina 3er nivel oficina 2, de la Ciudad de Guatemala, en el cual se ofrecen los servicios de asistencia psicológica a personas que así lo requieran.

Se hace referencia en el primer capítulo, al funcionamiento en general del Centro de Asistencia Social y la proyección, misión y visión ante la sociedad. Se hace mención de la finalidad con respecto a la formación de los estudiantes para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la carrera de Licenciatura en Psicología requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, adecuado y profesional a los casos que son atendidos en el centro.

En el segundo capítulo, se aborda la temática del abuso sexual y el trastorno depresivo persistente (distimia); y la relación que pudiera tener los síntomas provocados por el evento traumático y los factores que influyeron en el desarrollo del trastorno.

El Marco Metodológico, tercer capítulo, se exponen el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, y estructura la metodología a seguir con la investigación del caso de estudio.

En el cuarto capítulo, en la presentación de resultados, se aborda a detalle el caso de estudio, luego de su exposición, se encuentra, la respuesta a la pregunta de investigación y permite comprender la etiología, progreso y repercusión de la variable de estudio en la paciente. Se elaboraron las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Introducción

El abuso sexual es un sentimiento angustiante con el que vive la sociedad actual. El tema del abuso sexual es complicado, y sumamente serio, abordarlo es hablar de un tabú, algo que es poco tratado a la luz pública, por ser un secreto, tanto para el abusador, que no quiere ser descubierto, como para la víctima, que está completamente desorientada y siente un miedo terrible. Las personas que sufren el abuso sexual tienen que vivir con un secreto desgarrador. ¿Por qué? porque a no ser que intervenga una tercera persona, la víctima seguirá atrapado en una situación dañina y perversa, debido a la vergüenza, el temor, la confusión y las amenazas del abusador.

El abuso sexual se define como el contacto e interacción entre un niño y un adulto cuando el adulto (el agresor) usa el niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en posición de poder o control sobre otro. El abuso sexual es cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. El rechazo parental puede provocar baja autoestima y se asocia con problemas de conducta tales como bajo rendimiento escolar, agresión física y abuso de drogas. A su vez, se lo ha vinculado con actividad sexual precoz y embarazo en la adolescencia, en lo que se denomina sustitución de amor por sexo.

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. La sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo en el largo plazo. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o de estrés postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El Centro Asistencia Social es una proyección social de Universidad Panamericana, que busca apoyar a la población Guatemalteca con atención psicológica accesible.

La implementación del Centro de Asistencia Social, surge como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel. Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas. En la cual puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo el Centro de Atención Social (CAS) una oportunidad de contribuir con personas que no cuentan con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

Asimismo, el Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología. Como parte de su preparación académica, fomenta principios y valores de ética y moral, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

1.2 Descripción

La estructura física del Centro de Asistencia Social, se compone de; sala de espera con capacidad para ocho personas, una recepción, una oficina de coordinación, una sala de reuniones con capacidad para ocho personas, ocho clínicas de atención aptas para dar terapia individual y de pareja, un cuarto de juegos, una cocineta con equipamiento básico y dos servicios sanitarios.

1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social, está ubicado en la Ciudad de Guatemala, en la 7ª avenida 3-17 zona 9, Edificio Buonafina 3er. Nivel, oficina 2.

1.4 Organización

El Centro de Asistencia Social surge con triple propósito, proyectarse socialmente, prestar un servicio de responsabilidad social y servir como centro de práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Humanidades, Escuela de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana; quien supervisa de manera directa y personalizada por el alto desempeño de los profesionales que realizan sus prácticas en dicho centro.

Funciona a través de los fondos provenientes de la Universidad y de las cuotas módicas de las terapias que se dan en el centro. El Centro está dirigido por Rectoría, Consejo Directivo, Decanatura, Departamento de Coordinación y cuenta con el servicio de secretaría.

A continuación se presenta el Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS):

Imagen 1
Organigrama del Centro de Asistencia Social (CAS)



Fuente: proporcionada por coordinación del Centro de Asistencia Social, septiembre, 2016.

1.5 Programas Establecidos

Actualmente, el Centro Asistencia Social no cuenta con programas adicionales a la atención psicológica.

1.6 Visión

El Centro de Asistencia Social, tiene como Visión: “Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad Guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética”.

1.7 Misión

El Centro de Asistencia Social, tiene como misión: “Brindar asistencia Social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida”.

1.8 Justificación de la investigación

La realización de la presente investigación fue desarrollada como parte del pensum universitario de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana. Con el objetivo de brindar asistencia formativa a los futuros profesionales; para poner en práctica los conocimientos, las capacidades y habilidades adquiridas de forma integrada con pacientes; durante un período de nueve meses consecutivos, el cual inició en el mes de febrero y finalizó en el mes de noviembre del presente año.

Cabe resaltar, que la investigación del caso de estudio tiene como finalidad determinar la relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años de edad, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS); así como identificar de qué forma la negligencia parental, la falta de apoyo de la red familiar, y la dependencia relacional contribuyeron al desarrollo del trastorno depresivo persistente.

Es importante el estudio del tema de abuso sexual, ya que la persona que sufre por haber sido víctima del abuso, sufre deterioro en la salud física, emocional y mental. Impidiendo el desarrollo integral de la persona.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Todos los seres humanos experimentan sentimientos como la tristeza, melancolía, alegría y placer. Los dos primeros no son patológicos, pero si persisten por un tiempo prolongado pueden llegar a serlo; y podrían incapacitar al individuo de sus funciones sociales, emocionales, escolares y laborales; provocando depresión.

Sarason, (2006), refiere que la distimia se define como un cuadro caracterizado por síntomas depresivos leves y crónicos (p. 337).

El Trastorno Depresivo Persistente solía llamarse distimia; éste trastorno se manifiesta en la persona que lo padece por medio de períodos continuos de estados de ánimo bajos. Algunas personas que padecen el trastorno depresivo persistente, presentan en algún momento episodios de depresión mayor.

DSM-5 (2013) El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, al hacer referencia al trastorno depresivo persistente (distimia), agrupa el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV (p. 169).

La presencia del trastorno depresivo persistente afecta significativamente la capacidad funcional y provoca cambios en el afecto, la cognición y las funciones; que deterioran gradualmente la salud mental de quien la padece hasta el punto donde podría colapsar.

En (2013), Según el DSM 5

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente es un estado de ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes, según el criterio A, y presencia, durante la depresión, de dos o más de los síntomas siguientes del criterio B: Poco apetito o sobre alimentación; insomnio o hipersomnias; poca energía o fatiga; baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso y, por definición tiene un curso crónico (p. 168, 169 y 170).

La presencia de antecedentes depresivos en el ámbito familiar cercano incrementa la probabilidad de sufrir depresión. La aparición y cronificación de la depresión se relaciona especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. La presencia de factores potenciadores como el estrés, ansiedad, incapacidad para encauzar los problemas en cualquiera de sus ámbitos contribuye con la presencia de un cuadro depresivo.

Cardenas, Feria, Vásquez, Palacios, de la Peña (2010), menciona que

La etiología de la distimia es multifactorial, es decir, muchos factores pueden influir en su aparición. Dentro de estos factores se pueden incluir factores genéticos, alteraciones en la estructura del cerebro, en los neurotransmisores; y por último factores ambientales, que incluyen todo aquello que rodea al menor, por ejemplo, circunstancias familiares, escuela, relaciones con compañeros y amigos, consumo de drogas, etc. En muchos casos los adolescentes que presentan un trastorno distímico tienen el antecedente de algún familiar, ya sea padre, abuelo, tíos o hermanos que tienen o tuvieron alguna vez en su vida algún trastorno del ánimo. Esto permite ver el importante papel que la herencia y la carga genética tienen en la presentación de las enfermedades mentales (p. 17).

El abuso sexual tiene efectos perjudiciales para el desarrollo psicológico, sexual y social en la persona que lo ha sufrido, poniendo en peligro la imagen que tiene de sí mismo. Se incrementa el miedo de volver a ser víctima de agresión; y paulatinamente el estado de salud en general se va deteriorando.

En (2008) Chávez, Rivera, Ángeles, Díaz, Allen, Lazcano. Indican “el abuso sexual en la infancia es reconocido como un factor de riesgo asociado a trastornos mentales de tipo depresivo, de ansiedad, de personalidad, sexuales, fobia social, adicciones y padecimientos físicos como las infecciones sexuales, entre otros” (p. 2).

Es entonces, de suma importancia que la persona que padece un trastorno depresivo persistente adquiera los métodos o técnicas necesarias a fin de contrarrestar la presencia de pensamientos disfuncionales que provocarían una conducta inapropiada y alterarían el estado de salud física, emocional y mental.

De acuerdo con Ybarra, Orozco, Valencia (2015), Según la base teórica elaborada por Beck, (1991) sostiene;

Una persona puede ser vulnerable a la depresión debido a que tiene pensamientos disfuncionales, los cuales pueden permanecer latentes por muchos años (previos a, y entre episodios depresivos), pero pueden ser activados por estresores ambientales. Los pensamientos disfuncionales se refieren a sentirse desesperanzado o carente de afecto, insertos en esquemas que la persona emplea para interpretar sus experiencias. Cuando los esquemas se activan, cualquier situación remotamente relacionada con la autovalía o la aceptación social se interpreta como una prueba de desesperanza o carencia de afecto. Lo anterior, tarde o temprano conduce a depresión. A fin de eliminar la depresión, se deben cuestionar los pensamientos disfuncionales, eliminarlos y reemplazarlos por otras interpretaciones más constructivas de las experiencias (p. 67).

La afectividad negativa, es un factor de riesgo que pronostica la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Cervera, (2011) aporta;

Un tema que preocupa a los médicos y los pacientes es el de la recaída, pues el 50% de los pacientes tienen un segundo episodio, y la recurrencia sube al 70% tras dos episodios y hasta el 90% después de tres. Con esas cifras de recaídas una cuestión de capital importancia es el mantenimiento del tratamiento durante un tiempo prolongado. Aunque no hay reglas fijas se recomienda el mantener el tratamiento entre seis y doce meses tras la recuperación, así como el hacer un descenso progresivo del mismo y nunca la supresión brusca pues se han descrito síndromes de supresión cuando se hace de forma brusca. En la práctica el tiempo medio de los tratamientos es de un año (p. 18).

2.2 Abuso Sexual

La problemática del abuso sexual está llevando a las sociedades, a la búsqueda de instrumentos para mejorar la educación sexual, y sobre todo concientizar a las familias sobre tan alarmante fenómeno; el cual es cometido en contra de niños, niñas, adolescentes e incluso adultos. Por lo general el abusador no es necesariamente un psicópata, no tiene un perfil determinado para identificarlo; puede parecer una persona amable, conocido y que sin embargo ejecuta este acto delictivo.

El delito de abuso sexual es mucho más frecuente de lo que se cree, este fenómeno permanece escondido porque, aunque hay agresores ajenos al núcleo de la familia, normalmente las personas que abusan son cercanas a la familia. Sin embargo, este es un ilícito que se ha preferido ignorar, como una manera de rehuir a la parte de responsabilidad que les corresponde. El abuso sexual es un problema muy complejo al cual no se le puede dar batalla desde un solo frente, es necesario del trabajo de varios actores y de múltiples acciones para detenerlo y castigarlo ante la ley.

En (2013), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron la violencia sexual como

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La coacción puede abarcar: Uso de grados variables de fuerza; intimidación psicológica; extorsión; amenazas. También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada (OPS y OMS, 2013, p. 2).

El abuso sexual se considera de alto impacto, debido a las consecuencias en la víctima, los familiares y al mismo tiempo las consecuencias legales en el victimario, ya que es una conducta que es penada por la ley, la sociedad también la juzga y etiqueta a ambos, a la víctima y el victimario.

De acuerdo con Petrzelová (2013), El acoso y el abuso sexual aparecen en todos los países, grupos étnicos y distintos estratos sociales, independientemente de la religión, la cultura o el nivel educativo de los agresores siendo los niños las principales víctimas (p. 18).

La discriminación, la culpabilización de la víctima, el desconocimiento de las consecuencias que deja el hecho traumático, los vínculos terapéuticos negativos, entre muchos más factores, pueden hacer que el sobreviviente pierda la posibilidad de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas y/o psicológicas, y podrían prevenir que el trauma se perpetúe y la violencia continúe.

En (2000) de acuerdo con Echeburrúa y Guerricaecheverría, citado a Petrzelová (2013) refiere que “el abuso sexual constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales que en conjunto interfieren en el desarrollo psicosexual del

niño, y si el ambiente que lo rodea no cumple con las necesidades del niño para su desarrollo óptimo, provocará secuelas que retornarán en cualquier momento de su vida” (p. 18).

El abuso sexual no siempre implica un acto forzado y violento, ya que algunas veces el agresor utiliza el engaño y la manipulación como forma de ganarse la confianza para cometer el abuso. Son diversos los ambientes y las formas en que se cometen los abusos; y de igual manera existe una variabilidad considerable en el tipo y en la intensidad de la sintomatología que presentan las víctimas, existiendo algunas que desarrollan complejos e intensos cuadros, mientras que otras no presentan ningún tipo de síntoma.

Compas y Phares (1991), Lazarus y Folkman (1984), citando a Pereda (2009), atribuyen a que

El abuso sexual, el desarrollo de esta sintomatología y la presencia o ausencia de ciertas variables no únicamente relacionadas con las características objetivas del estresor (frecuencia y duración del abuso, coerción física por parte del agresor) sino también con factores individuales (sentimiento de culpa, autoestima, estrategias de afrontamiento) y psicosociales (apoyo social tras la revelación, re-victimización en los juzgados), de manera consistente, facilitaría la aparición de trastornos psicopatológicos, mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a ese estresor (p. 140 y 141).

Es de suma importancia el apoyo que pueda darse de manera puntual y profesional a la persona que ha sufrido un abuso sexual; ya que el tratamiento sería más efectivo y los vínculos familiares se reforzarían. En ese sentido la ausencia de apoyo, posponer o ignorar la sucesión del evento traumático provocaría la manifestación de síntomas, conductas y cogniciones inadecuadas en la persona afectada.

En (2013), Según Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia, afirman “es de considerar que la mayoría de los estudios con personas víctimas de abuso sexual son de corte retrospectivo,

donde vienen siendo evaluados mucho tiempo después de la experiencia de abuso, cuando son ya adultos, para analizar los trastornos asociados, pero poco se sabe sobre el impacto que tienen actores patogénicos y salutogénicos a corto plazo sobre el abuso sexual en los adolescentes que aporten elementos para el diseño de programas de intervención puntual”(p. 109).

Los tratamientos comprometen tanto a la víctima como a la familia, eso incluye la consulta con un profesional, a partir de ahí, se procederá conforme a la evolución del tratamiento y el consejo de los especialistas. Lo principal es ayudar a la familia y cuidar a la víctima, que debe sentirse contenido, admirado y sin prejuicios alrededor. Siempre habrá que creerles a los niños o adolescentes y recurrir al asesoramiento de profesionales de la salud.

2.3 Negligencia

Varias son las frases que suelen escucharse en relación a lo difícil que representa cumplir con los roles de padre y madre. Se cometen errores que a veces son subsanables y remediabiles en el corto plazo, sin embargo algunas acciones pueden generar una grave trasgresión de los derechos de los hijos y afectar de manera negativa y permanente su desarrollo.

Marroquín (2016), citando a Papalia (2005) sugiere “este tipo de padres demuestran escaso afecto a los hijos y establece límites deficientes, les dejan a ellos gran parte de la responsabilidad material y afectiva, se enfocan en sus propias necesidades y no en las del hijo” (p. 504).

Cuando no son atendidas las necesidades afectivas, se rompen los lazos emocionales; provocando la disfuncionalidad familiar. Cuando sucede algún evento significativo ya sea positivo o negativo no se dice debido a la desconfianza hacia las figuras paternas; debido a que se tiene formada la idea de que no mostraran interés en conocer lo que sucede.

De acuerdo con Ruiz y Gallardo (2002), Polansky, De Saix y Sharlin (1972) identifican la negligencia “como un fenómeno invisible, silencioso, insidioso, provocado por una indiferencia generalizada familiar; por esto los casos de negligencia suelen ser en su mayoría más crónicos y de mucho peor pronóstico” (p. 261).

Al existir negligencia parental, no se desarrolla apropiadamente la crianza y la educación de los hijos en un ambiente óptimo, y sobresalen las actitudes distantes, se manifiesta la escasa sensibilidad a las necesidades. Las familias con este estilo de crianza proyectan ausencia de normas; es el típico padre que no impone límites y tampoco proporciona afecto. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles entonces los hijos tienden a mostrar baja autoestima, episodios depresivos, impulsos destructivos y conducta delictiva.

En (2012), Según Mark Dangerfield expone “en el contexto de las relaciones afectivas, sobre todo con las personas que asumen los cuidados parentales, el niño va aprendiendo e incorporando unos modelos de manejo de su propia vida emocional. Algo que nos ayuda también a comprender cómo se ha ido organizando la dinámica familiar y nos permite diseñar una intervención pertinente en el trabajo con las familias” (p. 22).

Por percepciones culturales, erróneamente no se ha valorado al ser humano como tal; en sentido general se ha menospreciado la dignidad y las necesidades afectivas. Al no asumir las responsabilidades que conlleva la formación de una familia, cualquier situación que no sea atendida podría deteriorar en sentido general la salud de la persona que vive la situación.

Pérez (2009) refiere;

Hasta el momento no ha existido una representación social de la negligencia como forma de violencia en sí misma y como generadora de violencia explícita. Hacer visible los efectos de la negligencia y su gravedad permite plantear alternativas para poder hacerle frente. El adultismo, prioriza los derechos de los adultos sobre los de la infancia y supone la justificación de un funcionamiento de negligencia parental e institucional. Contar con una tipología de

perfiles parentales negligentes proporciona más información sobre sus características y el modo adecuado de abordarlos. Además el porcentaje de casos de negligencia existentes en una sociedad posibilita definir el grado de desprotección de su infancia y de su propia sostenibilidad (p. 1).

2.4 Falta de apoyo en la red familiar

Por naturaleza el ser humano, es inherentemente social, necesita del semejante para satisfacer cada una de las necesidades fisiológicas, afectivas, de pertenencia, de seguridad y de evolución. Y, para cubrir muchísimas de esas necesidades, cuenta con la Familia. La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Ésta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. La familia juega un papel importante en la protección de los hijos.

Según Monroy (2002), indica “la familia está siendo cada vez más afectada por sus cambios estructurales y dinámicos y por el incremento considerable de la violencia intrafamiliar, con efectos desastrosos en los niños, madres y adolescentes de ambos sexos” (p. 3).

La modernidad ha generado transformaciones en la dinámica interna familiar, debido a que ésta le ha facilitado a la mujer ingresar al mercado laboral, la planificación familiar, la preparación académica y la reconciliación consigo misma. Las nuevas facetas de la mujer en el contexto social han suscitado modificaciones significativas en la dinámica familiar, debido a que la responsabilidad del hogar ya no es sólo asunto del género femenino, sino que al hombre le ha tocado empezar a compartir con la mujer la responsabilidad tanto económica como la distribución de las tareas hogareñas.

En este sentido, surge la necesidad de comprender la dinámica familiar desde sus características; comunicación, afecto, autoridad y roles, porque de esta forma se contribuirá a mejorar las relaciones entre los diferentes miembros del núcleo familiar.

De acuerdo con Sinche y Suárez (2006) con respecto a la “funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia” (P. 38).

Al hablar de los eventos propios del desarrollo en las personas, suelen suceder situaciones que podrían afectar la estabilidad emocional; otras situaciones podrían considerarse como crisis. Queda esclarecido, que no necesariamente han de tener implicaciones negativas para la familia; pero si se hace énfasis en la importancia de la valoración que la familia haga del evento y su significación. Es de destacar el papel de los recursos que haga la familia en calidad de protectores y moduladores de las crisis.

En (2007) Echeburrúa y de Corral, citando a Avia y Vázquez, (1998); Tedeschi y Calhoun, (2004), refieren que “hay personas que han sufrido un suceso traumático y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma. De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos” (p. 377).

2.5 Dependencia relacional

Desde su nacimiento, el ser humano experimenta cierta dependencia aunque no esté consciente de ello; el acercamiento con la figura materna le provee satisfacer necesidades de alimento, protección y afecto. Creando así un vínculo muy fuerte; paralelamente se van generando relaciones de dependencia con otras figuras como lo es la figura paterna quien complementa la satisfacción de ciertas necesidades.

De acuerdo con Riso (2012) citando a Salguero (2016) refiere que “el apego es una vinculación mental y emocional que en su mayor parte es obsesiva a objetos, personas, actividades, ideas o sentimientos lo cual crea que se busque en una persona placer y seguridad. La persona que es apegada a la pareja se sentirá vacía sin una relación estrecha y le será difícil e imposible ser feliz, lograr sus metas y se le dificultará tener una vida normal y satisfactoria. Las personas dependientes constantemente piensan que sin su fuente de apego la cual es la pareja no podrán sobrevivir o simplemente sienten que no son nada sin él o ella” (p. 17).

Conforme va creciendo y desarrollando este nuevo ser surgen otras necesidades que se cumplen según los recursos que posean; algunas veces las necesidades de afecto, cariño, motivación y respeto se ven realizadas; en otras ocasiones se dejan en el olvido y la atención se ve centrada en las necesidades de alimentación, de un lugar donde dormir, vestimenta y la lista parece terminar.

Todo ser humano, desde que nace queda expuesto a una serie de riesgos del medio ambiente donde se desarrolla. Este ser sigue el instinto de confiar en las figuras paternas quienes le procrearon, y que desde su primer día de nacido velaron por su bienestar. Cuando sufren algún daño físico o emocional, se recurre como es lógico a las figuras paternas a la espera de que provean los medios suficientes para sanar el daño que han sufrido.

Cuando no hay respuesta ante la demanda de atención para que el daño sea atendido, gradualmente se va perdiendo el vínculo que los había unido desde el nacimiento mismo; creando así una distancia entre los miembros de la familia y un sentimiento de traición por ignorar la atención que requería en su momento.

Desde ese momento la persona afectada física o emocionalmente por algún evento traumático ocurrido se ve limitada a confiar en las figuras parentales o familiares y se va haciendo de la idea de buscar apoyo en alguien ajeno a la familia, el cual podría darle la atención que tanta falta le hace para subsanar o para olvidar temporalmente lo que le ha sucedido. Disfrazando así el malestar interno y agravando los estados de salud física y mental según el caso.

De acuerdo con Oliva, (2004), citando a Bowlby (1980) hace referencia al modelo interno activo o modelo representacional; el cual es una representación mental del individuo de sí mismo, y de las relaciones con los otros. Este modelo se construye a partir de las relaciones con las figuras de apego y va a servir al sujeto para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás y para dirigir su conducta. En ese sentido, se constituyen las bases de la propia identidad y de la autoestima.

Cuando se es dependiente, la autoestima es baja y se tiene un bajo autoconcepto. Siempre se está en busca de la aprobación de los demás y se tiene dificultad para ser ellos mismos, manifestando inseguridad y la necesidad de alguien para que les proporcione seguridad.

En 2008, Riso sostiene;

Depender de la persona que se ama es una manera de enterrarse en vida, un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el autorespeto y la esencia de uno mismo son ofrendados y regalados irracionalmente. Cuando el apego está presente, entregarse, más que un acto de cariño desinteresado y generoso, es una forma de rendición guiada por el miedo con el fin de preservar lo bueno que ofrece la relación. Bajo el disfraz del amor romántico, la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable

hasta convertirse en un anexo de la persona “amada”, un simple apéndice. Cuando la dependencia es mutua, el enredo es funesto y tragicómico: si uno estornuda, el otro se suena la nariz. O, en una descripción igualmente malsana si uno tiene frío, el otro se pone el abrigo (p. 5).

Cuando se da la dependencia relacional, en su totalidad el ser humano que la padece pierde el contacto con la realidad y gradualmente pierde autonomía y el sentido de existencia. Conforme transcurre el tiempo los estados de ánimo depresivos hacen aparición y deterioran los estados de salud.

De acuerdo con Beattie (2013) cuando se es dependiente no se es selectivo en las relaciones, las necesidades no son satisfechas y se permanece en ellas de igual forma, pensando que es mejor que estar solo. Cuando termina la relación y se comienza con una nueva, la cual está cargada de frustraciones por no haber satisfecho sus necesidades.

Al fomentar un ambiente de relaciones inestables, destructivas y marcadas por un fuerte desequilibrio, se idealiza y magnifica al otro; lo que incapacita y hunde al dependiente, que por más intentos que haga logrará pocos avances en la recuperación de los estados de salud, ya que la visión que tiene de la problemática dista de la realidad.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La salud es un concepto que abarca mucho más que la ausencia de enfermedad. El estado de salud es un estado natural, y los medios para lograrlo radican en las posibilidades de cada persona. El estado de ánimo en una persona juega un papel importante en su salud; todas las personas manifiestan ciertos comportamientos derivados de sentimientos, los cuales pueden ser normales si son manifestados en los momentos considerados como adecuados para su expresión.

Al estar alterados los estados de ánimo, se convierten en trastornos; por ejemplo el trastorno depresivo persistente el cual presenta síntomas como estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día durante un mínimo de dos años, manifestado por poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias. Poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Aunque se desconoce la causa exacta de este trastorno, tiende a manifestar componentes hereditarios y ambientales, con mayor frecuencia en mujeres.

El trastorno depresivo persistente tiene multitud de etiologías, en las que se destacan problemas familiares, traumas en la niñez y adolescencia, como el abuso sexual el cual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento. Puede producirse entre adultos, entre un adulto y un menor o incluso entre menores. En la mayoría de casos de abuso sexual, son cometidos por un familiar, en segundo lugar por un conocido y por último por un desconocido. Los abusos sexuales pueden ser cometidos por individuos “adaptados” la dinámica de esa conducta está ligada a una momentánea excitación erótica que viene a desarrollarse bajo la influencia de estados de intoxicación como puede ser el alcohol, drogas.

No existen causas específicas que puedan explicar el abuso sexual, sin embargo se puede presentar por la existencia de características relacionados con los conceptos de “poder” y “socialización”.

El machismo existente en nuestra sociedad, promueve y mantiene costumbres culturales y sociales opresoras y abusivas. Este machismo se caracteriza por otorgar al sexo masculino superioridad y autoridad y por la desigualdad de poder que existe entre el hombre y la mujer.

Los abusos sexuales son preocupación de todas las sociedades actuales, en algunas se establecieron leyes para proteger a las mujeres y a los menores, otras van encaminadas al mismo propósito. Sin embargo cabe mencionar que las mujeres que han sobrevivido al abuso sexual, guardan silencio ante la vejación cometida en su contra. Por vergüenza, dolor, el castigo social y de sus familias, que a menudo las culpabilizan y aíslan e incluso las responsabilizan del ataque; provocando así un daño lento, continuo hasta convertirse, en un problema emocional, como ansiedad, depresión, trastornos que deben ser tratados profesionalmente para que la persona pueda retomar el control de su vida.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro del grupo de pacientes que fueron atendidos para brindarles apoyo psicológico en el Centro de Asistencia Social, (CAS); durante 2016, se seleccionó a la paciente de estudio, una mujer de 30 años quien se presentó durante las primeras sesiones con signos y síntomas físicos de preocupación, desconfianza, ansiedad y nerviosismo.

A nivel cognitivo, sus pensamientos eran negativos relacionados al miedo, mostrando una fuerte carga emocional al recordar el abuso sexual del que fue víctima; hasta llegar al punto de provocar un estado de ánimo deprimido, sobrealimentación, hipersomnias, poca energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza y la capacidad para relacionarse con otros, trabajar o realizar las actividades del día a día.

Luego de varias sesiones en las cuales se realizaron todas las evaluaciones pertinentes, se determinó que hubo dos factores que agravaron el evento sucedido; el primero fue el hecho de no haber recibido apoyo emocional por parte del círculo familiar y el segundo no haber recibido el tratamiento profesional oportuno.

Motivo por el cual se hizo necesario hacer un estudio de la relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo persistente; para evaluar el daño emocional y establecer la correlación entre el evento ocurrido y la sintomatología presente. Además de contribuir con los aportes resultantes del estudio del presente caso con fines educativos.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre el abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)?.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social, (CAS).

3.3.2 Objetivos Específicos

- Describir cómo el abuso sexual afectó a la paciente de estudio.
- Establecer cómo la negligencia impactó al caso de estudio.
- Analizar cómo la falta de apoyo en la red familiar incidió en la paciente de estudio.
- Considerar cómo la dependencia relacional influyó en la paciente de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica Profesional Dirigida, se encuentran la evaluación cognitiva que tiene el sujeto del evento ocurrido y el desarrollo de nuevas habilidades. Se propició el cambio de las cogniciones de la paciente, que eran elemento causal de la conducta, luego de completar el proceso terapéutico con veinte sesiones de psicoterapia, con técnicas Cognitivo Conductuales en su mayoría, y utilizando terapia Gestalt y Logoterapia como complemento, lo que produjo un cambio notorio de los pensamientos, sentimientos y actitudes de la paciente así como del desenvolvimiento social, mejorando la autoestima y provocando el autocontrol.

Además se tuvo la oportunidad de poner en práctica diferentes técnicas psicológicas y su efecto positivo en el cambio de pensamientos, acciones y manejo de emociones en cada situación, corroborando nuevamente la eficacia de la terapia en las personas.

3.4.2 Límites

Entre los límites que se encontraron vale la pena mencionar que la paciente en las primeras cinco sesiones centraba su atención en aportar información sobre lo que le sucedía entre una sesión y otra, desde una perspectiva personal y fuera de los objetivos que se pretendían alcanzar o tratar. Otro limitante que se dio en las primeras cuatro sesiones fue que durante la mayor parte del tiempo de la sesión la narración de los eventos se hacía acompañar de un llanto sollozante; el cual no permitía en ocasiones captar con claridad el contenido del mensaje; y de alguna manera estaba evitando avanzar con el proceso terapéutico.

3.4.3 Temporalidad

El proceso psicológico se llevó a cabo en ocho meses continuos durante 20 sesiones de 50 minutos cada una.

3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo de estudio de caso y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la Investigación Psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Procedimiento: La investigación se basó en el estudio de caso de una paciente de 30 años, cuyas iniciales son; S.W. quien fue atendida en el Centro de Asistencia Social, (CAS). La paciente, en las primeras sesiones presentaba signos y síntomas de preocupación, desconfianza, ansiedad y nerviosismo que le producían deterioro significativo en su desempeño diario. Debido a que la paciente no había podido superar el evento traumático de abuso sexual en el pasado.

Mediante la observación, entrevistas, historia clínica, batería de pruebas psicológicas aplicadas se realizó el psicodiagnóstico del caso de estudio, en el cual la paciente proyectaba la necesidad de reconocimiento, estancamiento en el pasado, pesimismo, debilidad y síntomas depresivos. Expresaba pérdida de contacto con la realidad, denotaba falta de riqueza imaginativa y manifestaba no tener dirección intencional.

Proyectaba acción bloqueada, dependencia e idealismo con falta de equilibrio, inestabilidad, y tendencias al trastorno. Reflejaba angustia, impulsividad y proyectaba considerarse símbolo sexual. Manifestaba retraimiento; poca fortaleza para sostenerse, dificultad para el aprendizaje y problemas de identidad; además de evasión de problemas. Reflejaba incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Exteriorizaba sentimientos de insatisfacción, por no lograr sus

metas, sentimientos de automenosprecio. Emocionalmente cambiante. Escasa tolerancia a la frustración y con una dinámica familiar distante.

Dentro del proceso de evaluación psicológica las pruebas que se aplicaron; Test persona bajo la lluvia, Test de la familia, Cuestionario de Whodas-2.0, Test 16PF-5, Escala de Hamilton para depresión, ansiedad y la aplicación de Escala de Actitudes y Creencias.

Luego de establecer el diagnóstico de trastorno depresivo persistente se llevó a cabo el proceso terapéutico, iniciando con Terapia Cognitiva de Beck y Terapia Racional Emotiva, en la cual demostró un compromiso serio y una fuerza de voluntad digna de reconocer; obteniendo resultados positivos en reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades.

También fue utilizada la técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR, para tratar y superar los trastornos asociados al trauma; donde la participación de la paciente fue efectiva.

Se aplicó de igual manera Terapia Cognitiva Conductual mediante la técnica de reestructuración cognitiva para que el desenvolvimiento en las actividades donde tenía participación desarrollará asertividad.

Con la aplicación de Terapia Gestalt a través de la Silla Vacía, se obtuvieron resultados sorprendentes. Se buscaron recursos internos, se canalizaron en busca de soluciones y se descubrió la capacidad de análisis y autosanación. Se descubrió la potencia del diálogo, evitando el enfrentamiento, conflicto y la negación.

Por último se utilizó la Logoterapia, a través del diálogo socrático se guió a través de una serie de preguntas a la paciente para que tomara conciencia de la libre voluntad que poseía, y que pusiera en práctica el dar respuestas por sí misma ante lo que la vida pudiera plantearle. Como reforzador se utilizó el Empoderamiento Intrínseco, para aumentar la estima personal que estaba deteriorada.

Se efectuaron las recomendaciones correspondientes a la evaluación psicológica, entre las cuales se puede mencionar que fue necesario un acercamiento con las figuras paternas para mejorar y fortalecer la autoestima, y autonomía.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre:	S.W
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	16 de marzo 1986
Edad:	30 años
Escolaridad:	Bachiller en ciencias y letras
Ocupación:	Ama de Casa
Religión:	Católica
Dirección:	Guatemala
Referido por:	Madre de la paciente
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	30 de marzo del 2016

II. Motivo de consulta

“Me violaron a los 18 años, es algo que no he podido superar” (SIC).

III. Historia del problema actual

La paciente manifestó que cuando tenía 18 años, fue abusada sexualmente por una persona desconocida. Cuando tenía 19 años, dio a luz a su primer hijo, producto del noviazgo de dos años. Cuando tenía 20 años, el padre del niño abandono a ambos. A la edad de 23 años, tuvo otra pareja sentimental con la que procrearon a otro hijo, al año siguiente su nueva pareja los abandonó. Cuando tenía 26 años, contrajo matrimonio con su nueva pareja, estuvieron casados

tres años y luego se divorciaron; de éste matrimonio no hubieron hijos. El esposo de la paciente comenzó a notar ciertos cambios en la forma de comportarse y de cómo le trataba. Durante los últimos dos meses que estuvieron casados, un familiar de la paciente murió, en consecuencia fueron visitados por algunos familiares del extranjero a darle sepultura; la paciente de inmediato inicio cierta relación sentimental con el primo, incluyendo el acto sexual.

Sucedido esto, el primo del paciente viajo al extranjero; hizo dos viajes a Guatemala, y en esas dos ocasiones tuvo relaciones sexuales con la paciente. El primo de la paciente está casado, tiene tres hijos; y en varias ocasiones le dijo a la paciente que se divorciará y que retornará a Guatemala, para formar un nuevo hogar con ella. La paciente recibió varias llamadas telefónicas del extranjero, en las cuales le preguntaban si mantiene una relación sentimental y sexual con el primo que la visitó. Estas llamadas fueron hechas por la esposa del primo de la paciente. El último acontecimiento en la vida sentimental de la paciente fue el hecho que terminó relaciones sentimentales y sexuales con el ex esposo y con el primo, ya que sospechaba que estaba en estado de gestación. Debido a la sospecha de un posible embarazo, la paciente manifestó no contar con los recursos necesarios para la crianza.

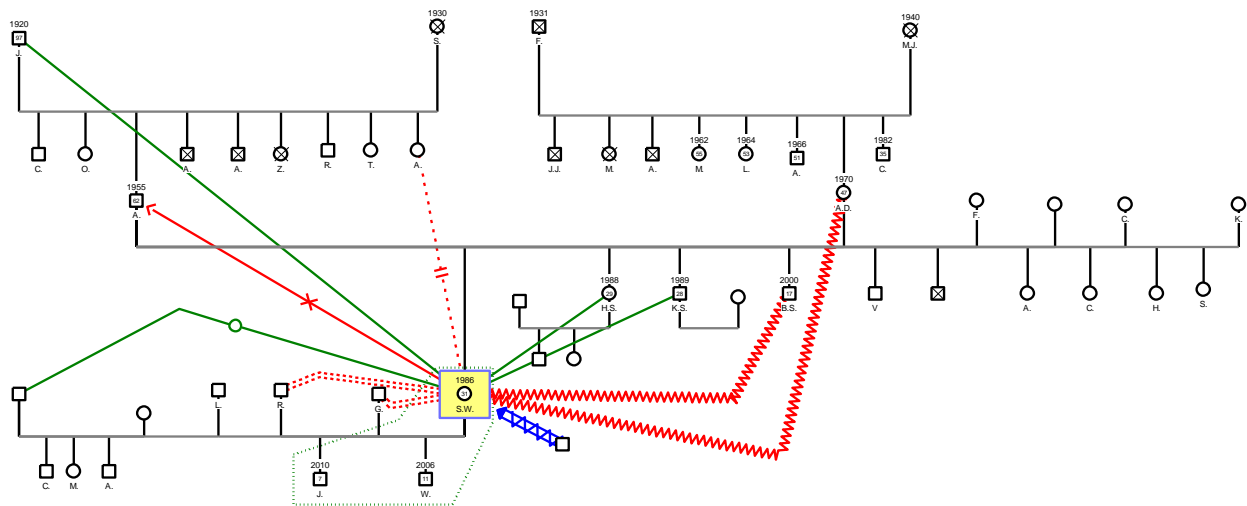
IV. Historia Clínica

La paciente manifestó que sus padres estaban felices al saber que ella nacería; el ambiente en el hogar estaba rodeado de felicidad. Gateó a los ocho meses, al año de nacida ya se paraba, caminaba y dijo sus primeras palabras. En la etapa preescolar le llamaban la atención por no seguir instrucciones. Nunca le ha gustado la idea de realizar algún deporte, siempre ha sido muy sociable, sin embargo su círculo de amistades ha sido siempre reducido. Siempre le ha gustado participar en actos escolares. Desde que era adolescente mostró cierta rebeldía y problemas con la autoridad. Empezó a trabajar a los 19 años, en el taller de su papá, en el cual venden repuestos para vehículos, cuando estaba esperando a su primer hijo.

Su segundo empleo fue en el Ministerio de Cultura y Deportes por un periodo de dos años. Trabajó eventualmente en el taller de su papá. La primera relación sexual fue con su novio a los 18 años de edad; sus padres siempre la orientaron sobre el tema. No ha tenido ninguna intervención quirúrgica. A los 24 años recibió terapia por abuso sexual durante un período de cuatro meses. Abandonó la terapia por considerar que los resultados que estaba obteniendo no eran los esperados; no le hicieron evaluaciones y no fue diagnosticada. Asimismo desertó de los estudios y el trabajo, decidió dedicarse a tiempo completo en casa.

V. Historia familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: elaboración propia, mayo 2016.

Estructura familiar: La familia cuenta con seis miembros, la relación entre hermanos y las figuras paternas han sido distantes. La actitud de la familia ante la situación de la paciente fue indiferente. La paciente ha sido dependiente económicamente de sus padres, no ha tenido ningún tipo de ingresos extras. El padre ha tenido varias parejas e hijos fuera de matrimonio; posee un

negocio propio el cual se dedica a vender repuestos para vehículos. La madre se ha dedicado a tiempo completo al hogar y a estudiar psicología. Las figuras paternas han gozado de un estado de salud física y mental aceptable. La relación de la paciente con su madre ha sido distante, con el padre ha mantenido una relación estrecha.

En orden cronológico, su primera hermana H., casada, ama de casa. Luego, K., casado, contador de profesión. Le sigue B., adolescente, soltero, estudiante; y con quien la paciente siempre ha tenido constantes peleas, por creer que B., ha sido el hijo consentido de la madre. La relación de la paciente con su primer hijo ha sido distante y con su segundo hijo la relación ha sido cercana.

VI. Examen del estado mental

Paciente de 30 años de edad, sexo femenino, con una estatura de un metro con setenta y cinco centímetros, de complexión robusta. Vestía atuendo deportivo; cabello lacio, color de tez morena, ojos café oscuro. De aspecto higiénicamente descuidado. Mostró una actitud amable y colaboradora al momento de entrar a la clínica, relató su malestar de manera constante, aunque en determinados momentos le fue difícil emitir palabras debido al llanto sollozante. Orientada en tiempo, espacio, persona y situación. Su conciencia lúcida, su memoria remota y reciente en buenas condiciones.

El proceso de su pensamiento fue perseverativo dado que el diálogo fue en referencia al abuso sexual experimentado. Con memoria y uso de razonamiento dentro de los parámetros aceptables. Su lenguaje fue fluido y coherente, el tono de su voz moderado. A lo largo de la sesión mantuvo una posición corporal encorvada en los momentos de llanto inclinaba el rostro y cubría su boca con la mano derecha. Mostró poseer buena capacidad de insight. Fue notorio el constante cambio en su estado de ánimo entre una sesión y otra; en algunas sesiones indico sentirse alegre, feliz; mientras que en otras se sintió triste y culpable porque cree que propició ciertos elementos para que el evento ocurriera; manifestó sus deseos de estar solo durmiendo.

VII. Resultados de las pruebas

En el proceso terapéutico realizado a W, mostró colaboración e interés; sin embargo es importante mencionar que en cuanto a la realización de las pruebas proyectivas y psicométricas mostró incomodidad para realizarlas. Finalizó el proceso terapéutico mostrando satisfacción por los logros obtenidos.

Cuadro 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
Test persona bajo la lluvia	27-04-16
Test de la familia	27-04-16
Test de Whodas-2.0	04-05-16
Test 16PF-5	11-05-16
Escala de Hamilton para Depresión	18-05-16
Escala de Hamilton para Ansiedad	18-05-16
Escala de Actitudes y Creencias	25-05-16

Fuente: elaboración propia, Junio 2016.

Resultados de las pruebas proyectivas

Test persona bajo la lluvia: Expresó la necesidad de reconocimiento. Reflejó vivir en el pasado, simbolizó pesimismo, debilidad y síntomas depresivos. Hay asuntos que están sin resolver. Expresó pérdida de contacto con la realidad, denotó falta de riqueza imaginativa y manifestó no tener dirección intencional. Proyectó acción bloqueada, dependencia e idealismo con falta de equilibrio, inestabilidad, y tendencias al trastorno. Expresó angustia, impulsividad y exterioriza considerarse símbolo sexual. Manifestó retraimiento y recorte de percepción; poca fortaleza para sostenerse, dificultad para el aprendizaje y problemas de identidad; además de evasión de problemas.

Test de la familia: Expresó la necesidad de aprobación, manifestó inseguridad, sentimientos de inferioridad, y síntomas depresivos. Simbolizó percepción del ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Expresó dificultad en el contacto con los demás y sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente. Proyectó sentimientos de agresión física y dependencia.

Resultado de las pruebas psicométricas

Test Whodas 2.0: Expresó discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Test 16PF-5: Expresó en:

Factor B - Razonamiento: Breve medida de inteligencia, sensibilidad a la escolaridad, pensamiento concreto, bajo nivel de instrucción por una importante ansiedad. Factor C - Estabilidad: Expresó sentimientos de insatisfacción, por no lograr sus metas, sentimientos de automenosprecio. Emocionalmente cambiante. Escasa tolerancia a la frustración. Factor E - Dominancia: Proyectó la tendencia a pensar a que los demás no se interesan por ella, expresó signos de sumisión, desconfianza e indecisión. Factor F - Animación: Reflejó sentimientos depresivos como desinterés, insatisfacción, ánimo bajo, autodesprecio, pesimismo. Factor G - Atención y normas: Expresó una conducta transgresora de inconformismo, no convencional y manifestó ruptura con las expectativas sociales. Factor O - Aprensión: Expresó inundación por sentimientos de culpa y remordimiento en su conciencia. Proyectó tendencias depresivas, aprensivas, inseguridad y despreocupación. Factor Q4 - Tensión: Proyectó síntomas de tensión, y ansiedad manifestada en problemas de sueño, impaciencia e irritabilidad, resultantes de un exceso de demandas del entorno.

Escala de Hamilton de depresión: Proyectó una calificación de 15 puntos, dicho resultado se consideró como Trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Reflejó puntuaciones considerables en estado de ánimo, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, insomnio y dificultades para realizar trabajos y actividades.

Escala de Hamilton para Ansiedad: Proyectó una calificación de 12 puntos, dicho resultado no se considera como un cuadro ansioso.

Escala de actitudes y creencias: Proyectó en Contenido de pensamiento, específicamente en comodidad, una puntuación de 25 puntos; el cual requiere tratamiento.

VIII. Impresión diagnóstica

W. paciente de 30 años de edad, sexo femenino, originaria de la ciudad de Guatemala, tuvo como primera pareja a G, con quien procrearon a W. La segunda pareja fue R, con quien procrearon a J, la tercera pareja fue I con quien contrajo matrimonio, no tuvieron hijos; se divorció de I por tener una relación sentimental fuera del matrimonio con N, quien fue la última pareja sentimental.

W., comentó que en la infancia tenía comportamiento rebelde y problemas con la autoridad. Recuerda las infidelidades consecutivas de su padre, lo que ha provocado muchas peleas en el hogar.

Además, refirió que a los 18 años fue abusada sexualmente y fue seis años después de ocurrido el hecho, que recibió terapia por un período de cuatro meses la cual abandonó por creer que no estaba obteniendo los resultados esperados. Comentó que no ha sido feliz, ha creído ser la culpable de haber provocado de alguna forma el abuso sexual de que fue víctima; manifestó no poder disfrutar de ninguna actividad social.

IX. Evaluación según DSM-5

De acuerdo a la entrevista clínica, pruebas proyectivas y psicométricas, los resultados conllevan a diagnosticar un Trastorno Depresivo persistente (Distimia), con ansiedad moderada de inicio temprano, de gravedad moderada. Proyectó una calificación de 15 puntos, dicho resultado se considera como Trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Reflejó puntuaciones

considerables en estado de ánimo, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, insomnio y dificultades para realizar trabajos y actividades.

Según la valoración del cuestionario aplicado WHODAS, la paciente presentó discapacidad significativa en las áreas de: Cuidado personal, relaciones con personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad; que requerían intervención. Se descarta la existencia de un cuadro ansioso de moderada intensidad que amerite tratamiento, ya que el puntaje obtenido está a cuatro puntos abajo. Aunque no se considera como trastorno la impulsividad sexual que manifestó, se tomó en cuenta en el plan terapéutico.

X. Recomendaciones

Se recomendó buscar un acercamiento con las figuras paternas, para mejorar y fortalecer la autoestima, la valía y la independencia. Luego dar solución a los problemas que se han dejado inconclusos. Fue conveniente de igual manera hacer consciencia de que todo acto trae consigo consecuencias, y toda decisión afecta para bien o mal el curso de una vida y de las personas involucradas en el círculo más cercano. Fue necesario ayudar a que la toma de decisiones sea apegándose a la realidad que se está viviendo.

XI. Plan Terapéutico

Método EMDR: Se utilizó el método de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimientos Oculares (EMDR) para tratar dificultades emocionales que fueron causadas por experiencias difíciles en la vida de la paciente. También se usó EMDR para aliviar la angustia de hablar en público, para mejorar el rendimiento en el trabajo, en los deportes y en las interpretaciones artísticas. El modelo se ha basado en la filosofía de que los seres humanos son capaces, bajo condiciones apropiadas, de moverse naturalmente hacia una mayor salud e integración. Se ha usado para resolver material emocional perturbador derivado de eventos perturbadores o traumáticos y también como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el crecimiento natural y el proceso curativo. Mediante la

aplicación del EMDR se buscó estimular mediante movimientos oculares o cualquier otra estimulación bilateral, el Sistema de Procesamiento de Información Fisiológico (SPIA), la capacidad natural del cerebro humano, para que la información que se almacenó disfuncionalmente se reprocese, es decir, se reorganice a nivel cerebral, de manera que pueda asimilarse la experiencia y así poder recordar el evento traumático con el menor dolor posible. De esta forma, el recuerdo traumático dejó de afectar en el presente. Se pretendía obtener una reducción de los síntomas, un cambio en las creencias y la posibilidad de funcionar mejor en la vida cotidiana.

Terapia Cognitiva de Aaron Beck y Albert Ellis: Los componentes de la Terapia Cognitiva de Beck son: La triada cognitiva, los esquemas y las distorsiones cognitivas. Este modelo pretende averiguar la forma en que el sujeto ha tenido estructurada su experiencia del mundo, y se persigue una reestructuración para que se produzca un cambio a nivel afectivo y conductual. Objetivos principales: Aliviar o reducir la sintomatología prioritaria, identificar y modificar la triada cognitiva, identificar y modificar los esquemas, preparar el final de la terapia.

Terapia Racional Emotiva, Técnica A, B, C: Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, poniendo énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, las creencias, pensamientos e imágenes mentales. Parte del esquema donde A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Hay que tomar en cuenta que B (creencias y pensamientos sobre A), son mediadores importantes entre A y C, llegando a ser las principales y más directos responsables de C (consecuencias). El objetivo de la terapia era detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad como las creencias dogmáticas y absolutistas que la originaron.

Perspectiva cognitiva-conductual: Postula que las emociones y conductas de la personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que esa persona interpreta la situación y luego lo traduce en conducta. Esta perspectiva sostiene que la persona con síntomas depresivos exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado

una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro. Se supone que estos procesos y contenidos de pensamiento subyacen a los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales. La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales y conductuales llamados “esquemas” o “pensamientos y conductas automáticas negativas” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo.

Perspectiva Gestáltica: Las bases de la Gestalt son el aquí y el ahora, lo obvio y la toma de consciencia ("darse cuenta") de lo que hacemos realmente en nuestras vidas, cómo lo hacemos y qué es lo que queremos o necesitamos en realidad (y cómo podemos conseguirlo).

La propuesta de que todo lo que percibimos es el resultado de procesos organizadores, de carácter no innato, y por tanto la realidad que nos rodea no es absolutamente determinante, nos hace dueños de la libertad de percibir infinidad de realidades alternativas alterando controladamente los principios organizadores de nuestra consciencia.

Al igual que en otras terapias humanistas, la Terapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y consciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción. Esta terapia movilizó el pasado vivido, y estableció un contacto con el presente y un intercambio favorable con el entorno. Cambió el "por qué" por el "cómo" otorgando perspectiva y orientación.

Perspectiva Logoterapéutica: propone que la voluntad de sentido es la motivación primaria de la persona. Este modelo contempla al ser humano como en constante desarrollo y evolución, lo que implica un movimiento y procesos constantes. La persona se encuentra en relación con su medio, ya que es vista como ser en el mundo, lo que implica que su existencia se vea enfrentada a circunstancias que le exigen respuesta. La logoterapia postula que el ser humano no está motivado por la búsqueda del placer o el poder sino que está orientado al sentido de la vida. El ser humano es el ser en busca de sentido. En ese orden de ideas, se utilizó la logoterapia en busca de la autodeterminación de la paciente a partir de su responsabilidad y en el contexto de su mundo de valores y sentido.

Empoderamiento Intrínseco: La utilización del empoderamiento intrínseco tuvo como objetivo aumentar la fortaleza espiritual de la paciente, para impulsar cambios positivos de las situaciones que ha vivido y que la han perturbado. Desarrolló además, confianza en sus propias capacidades y acciones, auto control, estima alta, seguridad completa en su persona, control de emociones, estuvo, en definitiva, con el poder de su lado para dirigir su vida.

El plan terapéutico aplicado, se basó en el modelo Cognitivo, Racional Emotivo, Psicoanálisis, Cognitivo Conductual y Gestalt. Teniendo como objetivo propiciar el cambio de las cogniciones a la paciente; la identificación de los incidentes originales que establecieron el problema, los disparadores que lo mantienen o intensifican; para desarrollar los recursos y habilidades necesarias para establecer la conducta deseada.

Contribuyó a examinar las cogniciones que afectaban las actividades en las que participaba y se involucraba; y la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permiten el establecimiento de relaciones satisfactorias; buscar recursos internos y las posibles vías de solución, descubrir la capacidad de análisis y autosanación, la potencia del diálogo por encima del enfrentamiento, del conflicto o la negación.

Encontrar por medio de preguntas, señalamientos, descripciones y el elemento más importante, la relación misma, ayudando a tomar conciencia de la libre voluntad, a dar respuesta por sí mismo ante lo que la vida le plantee y a aumentar la estima personal; impulsando cambios positivos en la forma de pensar y actuar.

4.2 Análisis de resultados

Abuso Sexual y el trastorno depresivo persistente

En (2008) Chávez, Rivera, Ángeles, Díaz, Allen, Lazcano. Indican “el abuso sexual en la infancia es reconocido como un factor de riesgo asociado a trastornos mentales de tipo depresivo, de ansiedad, de personalidad, sexuales, fobia social, adicciones y padecimientos físicos como las infecciones sexuales, entre otros”(p. 2).

La paciente de estudio al inicio del proceso terapéutico, refirió no haber podido superar el abuso sexual sufrido durante la adolescencia; se pudo evidenciar que a raíz de este evento la paciente presentó síntomas como aislamiento y retraimiento social, anhedonia, dificultad para funcionar en las actividades diarias, fatiga, desaliento, pereza y agotamiento, por más de dos años; presentando así, los criterios requeridos para el diagnóstico de trastorno depresivo persistente.

Impacto del abuso sexual

En (2000) de acuerdo con Echeburúa y Guerricaecheverría, citado a Petrzelová (2013) refiere que “el abuso sexual constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales que en conjunto interfieren en el desarrollo psicosexual del niño, y si el ambiente que lo rodea no cumple con las necesidades del niño para su desarrollo óptimo, provocará secuelas que retornarán en cualquier momento de su vida” (p. 18).

La información obtenida durante el proceso de diagnóstico, reflejó los síntomas provocados por el abuso sexual y el deterioro significativo en la salud física, mental y emocional. Es relevante el hecho, del deterioro emocional causado por el abuso sexual; el cual combinado con el tiempo en el que no se recibió la atención profesional provocaron la complicación del estado de salud.

Formando así una combinación de cogniciones, emociones y conductas autodestructivas; adicionalmente, las figuras paternas fueron desvalorizadas, y los sentimientos de rabia, culpa, impotencia, necesidad de evasión, inhibición social, aislamiento, hostilidad y agresividad; provocaron el aumento gradual de síntomas depresivos.

Repercusiones de la negligencia parental

Marroquín (2016), citando a Papalia (2005) sugiere “este tipo de padres demuestran escaso afecto a los hijos y establece límites deficientes, les dejan a ellos gran parte de la responsabilidad material y afectiva, se enfocan en sus propias necesidades y no en las del hijo” (p. 504).

Según la investigación, es de resaltar que la negligencia fue evidente en el hecho de que no se le dio el seguimiento respectivo cuando ocurrió el abuso sexual; lo cual agravó el hecho ocurrido; cuando se tenían los medios disponibles para solventar esa situación, o darle seguimiento a un suceso y no se realizó; generó automáticamente un rechazo de la paciente hacia las figuras que debieron cumplir con esa función.

La paciente, por el rechazo exteriorizaba conductas de rebeldía, agresividad y evitación de la figura materna, manifestando la falta de apoyo teniendo como consecuencia rencor e infravaloración personal.

Análisis de la falta de apoyo en la red familiar

De acuerdo con Sinche y Suárez (2006) con respecto a la “funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia” (p. 38).

En la investigación del caso de estudio, resultó interesante el hecho de que no hubo ningún miembro de la red familiar que mostrara interés en apoyar y dar seguimiento para que los daños emocionales, físicos y psicológicos ocasionados luego de ocurrido el evento traumático fueran tratados de manera profesional. El desarrollo de la paciente pudo haber sido normativo si se hubieran puesto de manifiesto lazos afectivos eficientes.

Influencia de la dependencia relacional

En 2008, Riso sostiene;

Depender de la persona que se ama es una manera de enterrarse en vida, un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el autorespeto y la esencia de uno mismo son ofrendados y regalados irracionalmente. Cuando el apego está presente, entregarse, más que un acto de cariño desinteresado y generoso, es una forma de rendición guiada por el miedo con el fin de preservar lo bueno que ofrece la relación. Bajo el disfraz del amor romántico, la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable hasta convertirse en un anexo de la persona “amada”, un simple apéndice. Cuando la dependencia es mutua, el enredo es funesto y tragicómico: si uno estornuda, el otro se suena la nariz. O, en una descripción igualmente malsana si uno tiene frío, el otro se pone el abrigo (p. 5).

En la presente investigación se comprobó, que las necesidades emocionales no fueron satisfechas, antes de la crisis, durante y posteriormente al abuso sexual. En consecuencia se recurrió a la búsqueda de una figura que satisficiera las necesidades emocionales. La dependencia relacional generó la privación de pensamientos y actuación por voluntad propia; provocó daños considerables en la física, mental y emocional.

Conclusiones

La comisión del abuso sexual, trae consigo la aparición de síntomas que afectan la salud mental, emocional y física de la víctima; en el caso de estudio se refleja que al no ser atendido de forma puntual y profesional el abuso sexual y la manifestación de los primeros síntomas condujo al desarrollo del trastorno depresivo persistente.

La sintomatología presentada en el caso de estudio tras el abuso sexual, fue de deterioro de la salud emocional de la paciente, provocando cogniciones negativas y autodestructivas; acompañadas de conducta desadaptativas. La estima personal sufrió daños significativos manifestando sentimientos de rabia, culpa, impotencia, necesidad de evasión, inhibición social, aislamiento, hostilidad y agresividad; y aumentaron gradualmente de síntomas depresivos.

La negligencia familiar ante el abuso sexual cometido, provocó daños emocionales en la paciente, desestabilizando el desarrollo normativo en el plano cognitivo, lingüístico y social. Como consecuencia se desvalorizó a las figuras parentales.

La falta de apoyo de la red familiar mostrada a la paciente originó la manifestación de cogniciones negativas que dañaron la autoestima, y provocaron el distanciamiento familiar.

La dependencia relacional de la paciente, fue provocada por la carencia afectiva temprana, acompañada de negligencia, maltrato y abuso. Estas circunstancias propiciaron que la paciente estuviera permanentemente en la búsqueda de alguien que compense dichas carencias.

Recomendaciones

Ante la gran variedad de reacciones y síntomas presentados en el abuso sexual, es imperante la necesidad de proporcionar la asistencia de manera puntual y profesional para subsanar los daños ocasionados y evitar la sucesión de trastornos.

Atender las necesidades emocionales, y buscar los medios profesionales necesarios para estabilizar la salud mental, física y emocional, tras la comisión del abuso sexual se hacen necesarios para evitar la complicación del cuadro clínico.

El cumplimiento de roles es vital para la prevención, detección, guía y apoyo de cualquier evento que suceda a algún miembro de la familia. Ya que permite el desarrollo individual, el establecimiento y mantenimiento de relaciones afectivas eficaces. Generando recursos para poder afrontar y dar respuesta a las diferentes problemáticas y necesidades familiares

Estrechar vínculos afectivos en la red familiar, permitirá el desarrollo de todos los miembros; y atención pronta a cualquier necesidad que se presente.

Se recomienda el proceso terapéutico para tratar la dependencia emocional, para mejorar la calidad de vida, mejorar las relaciones, recuperar la individualidad y mejorar la estima; permitiendo el desarrollo integral.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales*. (DSM-5). España: Panamericana

Beattie, M. (2013). *La nueva codependencia*. (3ª. Ed.). México: Grupo editorial patria, S.A. de C.V.

Petrzelová, J. (2013). *El abuso sexual de menores y el silencio que les rodea*. España: Plaza y Valdez.

Riso, W. (2008). *Amar o Depender*. Argentina: Océano.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología Anormal*. (11ª Ed.). México: Person Educación.

Ybarra, J., Orozco, L., Valencia, A. (2015) *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. El manual moderno S.A. de C.V.

Internet

Cardenas, E., Feria, M., Vásquez, J., Palacios, L. De La Peña, F.; (2010) *Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes*. 02-10-2016 Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf.

- Chávez, R., Rivera, L., Ángeles, A., Díaz, E., Allen, B., Lazcano, E. (2008). *Factores de abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos México*. (tesis) 30-09-2016 Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/177.pdf>.
- Cervera, G. (2011). *Guía de tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos*. 28-09-2016 Recuperado de https://www.academia.edu/9104636/Guia_para_el_tratamiento_de_los_Trastornos_Depresivos_o_Ansios_-_Dr._Gaspar_Cervera?auto=download.
- Dangerfield, M. (2012). Temas de psicoanálisis. *Negligencia y violencia sobre el adolescente: Abordaje desde un hospital de día*. Núm. 4. 05-10-2016 Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/06/Pdf-Mark-Dangerfield2.pdf>.
- Echeburúa, E; De corral, P. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y para qué?*. 15/10/2016 Recuperado de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/04%20echeburua%20373-387.pdf>.
- Marroquín, A. (2016). *Patrones de crianza inadecuados y su influencia en el desarrollo del trastorno de fobia social, en una niña de doce años*. Centro Educativo San Judas Tadeo, Guatemala.
- Monroy, A. (2002). *Salud Y Sexualidad En La Adolescencia Y Juventud*. 12/10/2016 Recuperado de <https://www.clubensayos.com/Psicología/Salud-Y-Sexualidad-En-La-Adolescencia-Y-Juventud/1511321.html>.
- Oliva, A. (2004). Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente. *Estado actual de la teoría del apego*. Núm. 4 (Vol. 1) pp. 65-81 Recuperado de: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender*

y abordar la violencia contra las mujeres. 04/10/2016 Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf.

Pereda, N. (2009). Papeles del Psicólogo. *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual Infantil*. Núm. 2 (Vol. 30) pp.135-144. doi: 1702.

Pérez, O. (2007). Psicología sin fronteras: Revista electrónica de Intervención psicosocial y Psicología Comunitaria. *Negligencia y desprotección de la infancia*. Núm. 1-2 (Vol. 2). pp. 4-12. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388877>.

Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., Vinaccia, S. (2013). *Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual*. Revista de psicopatología y psicología clínica, núm. 2 (vol. 18), 107-117 doi: 710.

Ruiz, I., Gallardo, J. (2002). *Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas*. (Tesis) 10/10/2016 Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v18/v18_2/05-18_2.pdf.

Salguero, k. (2016). *Rasgos de dependencia emocional de mujeres estudiantes de psicología clínica y psicología industrial*. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Sinche, E. Suarez, M. (2006). *Introducción de estudio de la dinámica familiar*. Fascículos CADEC. 12/10/16. Recuperado de: <http://idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA%20V1N1%20Parte2.pdf>.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: **Nancy Elizabeth López Díaz**

Título de la sistematización: **Estudio de caso: Relación entre abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS).**

Carrera: **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**

Problemática 1	Variable de estudio (tema a investigar) 2	Sub-temas de la variable de estudio 3	Preguntas de investigación 4	Objetivo general 5	Objetivos específicos 6
Abuso sexual en la adultez temprana	Trastorno depresivo persistente	Abuso Sexual	¿Qué relación existe entre el abuso sexual y el trastorno Depresivo Persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social.(CAS)?	Determinar la relación que existe entre el abuso sexual y el trastorno depresivo persistente en una paciente de 30 años, atendida en el Centro de Asistencia Social. (CAS)	Describir como el abuso sexual afectó a la paciente de estudio
Desatención, falta de apoyo y orientación en la etapa de la adolescencia.		Negligencia (adolescencia y adultez temprana)			Establecer cómo la negligencia impactó al caso de estudio.
Indiferencia emocional hacia el abuso sexual mostrada por parte de las		Falta de apoyo en la red familiar			Analizar como la falta de apoyo en la red familiar incidió en la

figuras paternas durante la adolescencia.					paciente de estudio.
Dependencia hacia la relación de pareja (autoestima y habilidades sociales)		Dependencia Relacional			Considerar, cómo la dependencia relacional influyó en la paciente de estudio