

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



**Secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres atendidas
en la Liga de Higiene Mental**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Leidy Beatriz Xoyón Sutuj

Chimaltenango, octubre 2014

**Secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres atendidas
en la Liga de Higiene Mental**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Leidy Beatriz Xoyón Sutuj

Licda. Sonia Magaly Pappa (**Asesora**)

Licda. Miriam Aracely Caballeros García de Rossi (**Revisora**)

Chimaltenango, octubre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. 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 PSICOLÓGICAS

Decana	M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora de Licenciaturas	Licda. Ana Muñoz
Coordinadora de Egresos	Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS


ASUNTO: Leidy Beatriz Xoyón Sutuj

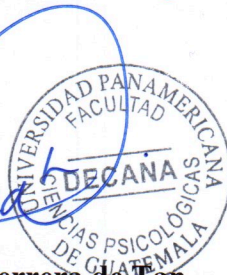
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación.

DICTAMEN: 14 de junio 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 **Sistematización de 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 **Leidy Beatriz Xoyón Sutuj** recibe la aprobación para realizar su Sistematización de Práctica Dirigida.


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan.
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.



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

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres, en la Liga de Higiene Mental". Presentada por el estudiante: **Leidy Beatriz Xoyón Sutuj**, 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.



S. Pappa
Licda. Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS. Guatemala, febrero de dos mil catorce.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica** con el tema: "**Secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres en la Liga de Higiene Mental**".

Presentada por la estudiante:

Leidy Beatriz Xoyón Sutuj

Quien se identifica con el número de carné 0909348, 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.

Licenciada Miriam Aracely Caballeros García de Rossi
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los trece días de octubre del año 2014.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema "**Secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres atendidas en la Liga de Higiene Mental.**" Presentado por: **Leidy Beatriz Xoyón Sutuj** 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 la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.**


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan.
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	1
1.1 Descripción del centro de práctica	1
1.2 Ubicación del centro de práctica	1
1.3 Organización	2
1.4 Programas establecidos	2
1.5 Organigrama	5
1.6 Planteamiento del problema	5
1.7 Interrogante	7
1.8 Objetivos	7
1.9 Delimitación del estudio	7
1.10 Aporte	8
Capítulo 2	9
Referente teórico	9
2.1 Abuso sexual	9
2.2 Causas	10
2.3 Consecuencias	13
2.4 Reacciones emocionales de las víctimas	16
2.5 Secuelas emocionales más profundas	19
2.6 Características del tratamiento del abuso sexual	22
Capítulo 3	24
Referente metodológico	24
3.1 Método	24
3.2 Delimitación	24
3.3 Procedimiento	25

Capítulo 4	26
Presentación de resultados	26
4.1 Logros en el proceso de práctica	26
4.2 Limitaciones	26
4.3 Casos clínicos del abuso sexual	27
4.4 Informes de otros casos atendidos	35
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias	48
Anexos	49

Resumen

A continuación se presenta el tema sobre las secuelas emocionales que el abuso sexual ha dejado en mujeres víctimas de este tipo de violencia; siendo este el tema central de este informe de sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, la cual es un requisito para culminar la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, está fue realizada en el Centro comunitario de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, ubicada en el Parcelamiento la Alameda de Chimaltenango.

En el primer capítulo se hace una descripción del centro en donde se realizó la práctica, haciendo referencia a sus funciones y organización; así también se habla sobre la población que atiende. Se dan a conocer todas las características físicas, ambientales y psicosociales de la institución como tal.

El segundo capítulo contiene la base teórica del presente informe, conlleva información sustentada en bibliografía existente sobre el abuso sexual y sus secuelas emocionales, las causas, las consecuencias, características de la víctima y del abusador, y el contexto de violencia que actualmente vive la población guatemalteca.

El tercer capítulo constituye la forma en que se realizó el proceso terapéutico con los pacientes, lo cual conllevó atención profesional requerida para dicho proceso, así como asesoría por parte de la universidad. Se estableció el plan terapéutico con cada paciente lo cual incluye el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento. Para finalizar el cuarto capítulo que registra los resultados y los casos relacionados con la temática analizada.

Introducción

La práctica profesional dirigida fue realizada en la comunidad de la Alameda del municipio de Chimaltenango, en donde la mayoría de pacientes son de género femenino, las cuales se presentaban con diversos problemas entre los cuales sobresalen, la baja autoestima, depresión, distimia, estrés, etc.

Muchos de estos problemas tienen como base, algún abuso o acoso sexual, sufrido en la niñez o adolescencia, esto sigue afectando en la vida adulta, de tal manera que algunas tienen como consecuencia un matrimonio conflictivo; un noviazgo con dificultades, como la dependencia, o simplemente no han logrado establecer alguna relación emocional estable.

Por tal motivo esta investigación se enfoca en las secuelas emocionales del abuso sexual en mujeres entre las edades de 15 a 30 años. Según informes presentados en Prensa Libre, el periódico de mayor circulación en Guatemala, refiere que sólo en el departamento de Guatemala, mensualmente son denunciados 200 casos de violencia sexual, y la mayoría de víctimas son mujeres y menores de edad, Por este motivo, el enfoque de la investigación, es recabar información relevante de las secuelas emocionales del abuso sexual, pero más aún elaborar una guía que promueva un plan terapéutico efectivo en el tratamiento de estos casos.

La práctica profesional dirigida, realizada en la Liga de Higiene Mental, permitió el contacto con diversos casos y distintas patologías, lo cual amplió la calidad de conocimientos que se poseía sobre los mismos. La atención prestada fue con todo el profesionalismo posible, la asesoría del coordinador del proyecto fue constante, lo que permitió el avance en los casos y el cierre satisfactorio de los mismos.

Las secuelas emocionales del abuso sexual, se manifiestan de diversas maneras por lo que muchas de las pacientes referían otras patologías, en el transcurso de las psicoterapias se fueron detectando estas secuelas, que estaban afectando su vida conyugal o familiar.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Descripción del centro de práctica

La práctica clínica se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitaria de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, en el municipio de Chimaltenango. En el año 2000 reinició sus actividades y ha venido formando a la niñez de dicho sector en diferentes temas de salud mental y educación, impartiendo diversos talleres. Continúa brindando atención psicológica en forma gratuita para personas de todas las edades y de ambos sexos, ya que hasta el momento ha contado con el apoyo de estudiantes de la Universidades Mariano Gálvez de Guatemala y Universidad Panamericana quienes brindan su apoyo con practicantes del último año de la Licenciatura en Psicología.

El centro cuenta con áreas verdes, un parque psicopedagógico y una cancha de papi futbol, espacio que es aprovechado por todos para recreación. Además cuenta con un salón de usos múltiples, el cual está a disposición de las diferentes organizaciones e instituciones que trabajan en actividades sociales.

Los problemas que comúnmente se presentan a las clínicas de la Liga guatemalteca de Higiene Mental son; violencia intrafamiliar, problemas de aprendizaje entre ellos, bajo rendimiento escolar, problemas de adaptación, dentro de los casos clínicos cabe mencionar, depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima.

1.2 Ubicación del centro de práctica

El centro comunitario de la Liga guatemalteca de Higiene Mental, está ubicado en el lote 456 del Parcelamiento, La Alameda del municipio de Chimaltenango, cuyo ingreso está en la carretera interamericana kilometro 55. Aproximadamente está a cuatro cuadras del Centro de Salud y el Hospital General del municipio de Chimaltenango.

Es de fácil acceso para las comunidades del municipio de Chimaltenango, Parramos, Antigua Guatemala, San Martín y Santa Apolonia, lugares de los cuales predomina el número de asistentes.

1.3 Organización

El Centro Comunitario de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental está a cargo del Coordinador del proyecto en el área de Chimaltenango, cinco psicólogos practicantes de diversas universidades y dos guardianes.

El Coordinador del proyecto es el enlace entre la institución, la comunidad y los centros educativos del municipio de Chimaltenango, pues realiza diversos talleres promoviendo los programas existentes en el Centro en diversas escuelas; asesora a los practicantes y realiza talleres y programas que permitan cumplir con los objetivos del Centro Comunitario, fomentar el cumplimiento de la misión y visión de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

1.4 Programas establecidos

Las áreas de atención con las que cuenta el centro comunitario de Higiene Mental del municipio de Chimaltenango son:

Área comunitaria

El centro de salud mental comunitaria que funciona en el Parcelamiento La Alameda, Chimaltenango. Ahí se desarrollan diversos programas, principalmente con niñez, juventud y mujeres adultas. Es un centro que permite la participación voluntaria de estudiantes de las universidades de Guatemala. Se cuenta con un estudio de radio, donde se desarrolla el programa de “Sueños Infantiles”, formación de niñez y juventud en procesos de comunicación radial.

Área de atención clínica

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental es una entidad privada no lucrativa, de carácter social, cuyo interés es trabajar por el bienestar psicosocial de las y los guatemaltecos. Dentro de sus 6 áreas de intervención, encontramos el área clínica, cuya finalidad es brindar una atención especializada y profesional para el desarrollo de la salud mental de quienes prescindan de este servicio.

Área de comunicación social

El propósito de esta área es acercar el trabajo de educación y salud a sectores amplios de la población, de manera que al utilizar los medios masivos de comunicación se pueda tener un mayor impacto sobre los temas que la Liga trabaja. Entre los programas y proyectos que se están desarrollando y que fueron desarrollados, están los siguientes:

Documentales de barro y de hierro: con estos documentales se buscó trasladar creativamente historias humanas que reflejan la condición de fragilidad y fortaleza de los guatemaltecos. El objetivo de los documentales es aportar a la reconciliación nacional dentro del actual contexto de post guerra. Destacar a través de la difusión de reportajes televisivos, escritos y radiales, basados en historias de guatemaltecos capaces de vencer la adversidad, la importancia que tiene la salud mental la cultura de paz en la construcción de un mejor país.

Campañas de sensibilización: se han realizado varias campañas de sensibilización, las cuales se realizan a través de *spots* televisivos y radiales, botones, afiches, *stikers* y algunas veces con vallas publicitarias. La campaña más reciente se realizó bajo el *slogan* “Nadie Nace Violento”.

Radio Revista “Mejores Días”: Se transmitió en la cadena radial Emisoras Unidas, durante tres años, en cadena nacional por 22 emisoras. En el año 2002 ganó el Premio UNICEF como programa radial del año.

Revista “Mejores Días”: revista de carácter bimensual, de la cual se publicaron 12 números. Su edición era de 1,000 ejemplar y circulaba principalmente en el interior del país, sobre todo a quienes habían sido nuestros oyentes en el programa radial. Su distribución era gratuita.

Radio teatros “Vamos al Mercado”: Son dos CD, con 10 radios teatros cada uno, que fueron transmitidos en radios departamentales y fue usado en distintas organizaciones, a la fecha, se utiliza principalmente en el trabajo con jóvenes.

Área de investigaciones

Esta es el área académica de la institución. A través de ella intentamos el abordaje analítico de diversos problemas sociales, principalmente aquellos vinculados a la situación de la niñez guatemalteca. Concurso de ensayos: durante el 2005, 2006 y 2007, se convocó a un concurso de ensayos donde el tema central fue la salud mental, premiando a los concursantes ganadores del primero, segundo y tercer lugar con premios en efectivo y la publicación de sus ensayos.

Área de capacitaciones

Objetivo: ser un centro de capacitación que contribuya a fortalecer relaciones sociales sanas y constructivas entre las personas de diversos sectores de la población guatemalteca, que promueva procesos de desarrollo a nivel individual, familiar, escolar, laboral y comunitario.

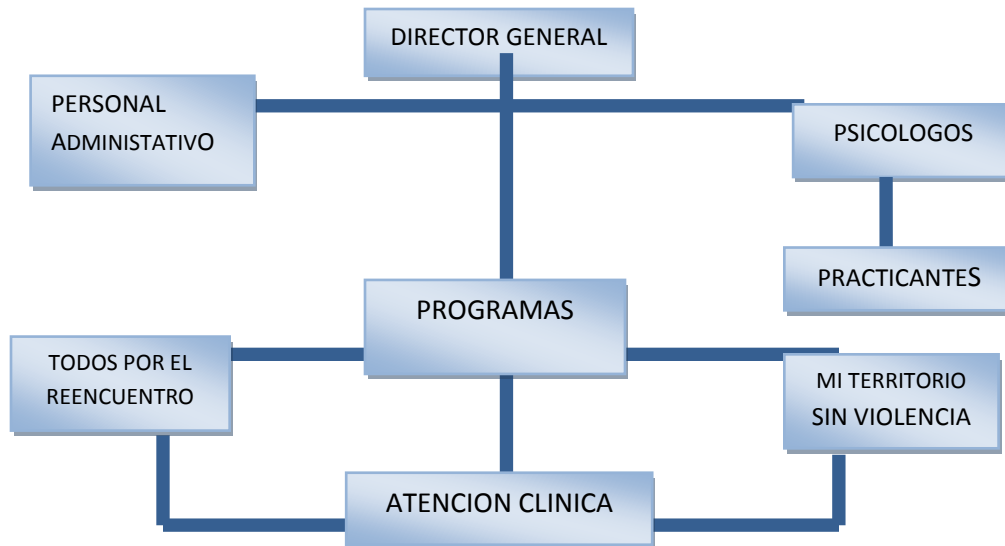
Metodología: los procesos de capacitación se desarrollan metodológicamente sobre la base de talleres, los cuales serán entendidos como un espacio educativo donde, a través de la experiencia de los participantes, es construido un nuevo conocimiento, conductas y actitudes respecto al manejo de los temas planteados en el proceso de capacitación.

Área de salud mental y violencia

En esta área es donde se desarrolla el programa “Todos por el Reencuentro”. Este programa tiene una antigüedad de 13 años y tiene como propósito acompañar psicosocialmente a familiares que

perdieron a sus hijos durante el conflicto armado interno, bien sea por desaparición forzada o por circunstancias del conflicto. Ello incluye el esfuerzo de búsqueda y reencuentro con aquellos que están vivos. Así mismo se encuentra el programa y el programa "Mi Territorio Sin Violencia".

1.5 Organigrama



Fuente: Centro Comunitario de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental

1.6 Planteamiento del problema

Las secuelas emocionales del abuso sexual es un tema muy común en los servicios de atención psicoterapéutica, en muchos casos no se realizan la denuncia pues en la mayoría los abusadores han sido familiares, las secuelas emocionales que esto conlleva son muy intensos, entre ellos el estrés post traumático, depresión, distimia y en algunas mujeres es casi imposible mantener una vida emocional estable, una relación de pareja sin dependencia o una relación familiar sana y permanente. El abuso sexual desestabiliza emocionalmente a la víctima por un largo periodo y esto no le permite conlleva relaciones estables.

El abuso sexual en la mujer es un tema poco comentado por las víctimas pero que afecta en gran medida la vida emocional de la mujer, es vital darle importancia a la estabilidad emocional de la mujer ya que es el fundamento de una familia y en la mayoría de casos es quien da sensatez en las decisiones familiares, sin embargo es importante que resuelva las situaciones que conllevan a tener secuelas emocionales, en las distintas etapas de la vida.

Es un problema latente en la sociedad ya que está atacando con una gran magnitud, siendo la mayoría de casos en el sexo femenino. Mujeres sin importar la edad están siendo víctimas de esta violencia y aunque no es un problema nuevo, no es hasta hace algunos años atrás que se le comienza a dar importancia.

Este atentado contra la integridad física y emocional contra la mujer es un tema no muy abordado por la población guatemalteca y más que todo en las mujeres que han sufrido dicho problema, ya que por temor a las consecuencias deciden reservar o callar estas experiencias y ocultar lo difícil que es afrontar la realidad en la que viven.

Como consecuencia las mujeres víctimas de abuso sexual presentan traumas que se manifiestan en un período no determinado después del hecho, que se conoce como estrés post-traumático. Este estrés aparece de diferentes formas o manifestaciones ya sean éstas agudas, crónicas o demoradas. Las consecuencias de sufrir un abuso son además de mentales, físicas ya que la mayoría de veces las mujeres son maltratadas y golpeadas antes de que el agresor sexual proceda a abusar de la víctima.

Las personas que presentan estrés post - traumático debido a un abuso sexual, no hablan de lo que les sucedió, por que evitan todo tipo de cosas que se relacionan con su experiencia. Las víctimas que han sido agredidas, presentan un cambio en su actitud, entre estos temor a quedarse solas, hablar con extraños, tener relaciones sexuales de nuevo, ya que la mayoría de las veces se culpan a sí mismas como si fueran las responsables de lo sucedido.

Es por esto que es necesario realizar una investigación para dar a conocer un mejor panorama del medio en el que se desarrollan mujeres que han sido víctimas de esta violencia, y demostrar las consecuencias que trae en su rehabilitación ya que sufren que un estrés post-traumático, que cambia sus actitudes y manera de pensar. Pero al mismo tiempo comprobar que el comportamiento de ellas no vuelve a ser el mismo y que la reacción ante dicho problema es diferente según la edad y madures que ellas presenten.

1.7 Interrogante

¿Cómo contrarrestar de forma efectiva las secuelas causadas por el abuso sexual en mujeres?

1.8 Objetivos

Objetivo general

Identificar las principales causas y efectos que tienen en la vida las mujeres abusadas sexualmente, con el fin de mejorar su pronóstico de recuperación.

Objetivos específicos

- Clasificar las causas más comunes y con mayor prevalencia en las víctimas de abuso sexual.
- Prevenir secuelas más profundas en las víctimas del abuso sexual.

1.9 Delimitación del estudio

- Lugar: Centro Comunitario de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental de Chimaltenango.
- Tiempo: Del mes de marzo al mes de octubre de 2013.
- Población: Público y personal del Centro Comunitario, específicamente mujeres entre los 15 y 30 años de edad.
- Recursos: entrevistas, test, talleres.

1.10 Aporte

Este informe, contribuye a brindar un panorama de la situación emocional de las mujeres asistentes a terapia y de la carga emocional que ha llevado durante el tiempo desde el abuso, esto permitirá adecuar el plan terapéutico para los futuros casos que se presenten con esta problemática, integrar de manera eficiente las situaciones conflictivas que surjan en sus relaciones afectivas y crear un plan de prevención para las mujeres de la comunidad, que les permita tomar medidas de seguridad, en casos de abuso o acoso sexual.

Capítulo 2

Referente teórico

2.1 Abuso sexual

Es un acto de control y fuerza que obliga a la víctima a tener contacto sexual en contra de su voluntad. Se dice que el abuso sexual es una explotación y puede tomar muchas formas. El abuso sexual es un acto criminal que pasa en cualquier lugar desde la familia, e incluso en lugares públicos. Es un contacto e interacción entre una mujer y un agresor cuando éste usa a la mujer para estimularse sexualmente en contra de la voluntad de la persona, atentando contra la libertad sexual con el uso de violencia o intimidación.

Las estadísticas reflejan que las principales víctimas siguen siendo las niñas y que parte de esos hechos terminan en embarazos no deseados; la falta de denuncias se ha evidenciado en niñas de 13 a 15 años, quienes prefieren callar por temor a escándalos o las familias encubren los hechos.

Para la Procuradora de la Niñez, los abusos van desde el manoseo hasta la penetración; la ley antes solo refería el incesto, pero ahora coloca figuras como el manoseo, violencia, trata de personas, agresiones sexuales y la violación, entre otros. En tanto, “para Rodríguez, editor de Siglo 21, estos casos se dan por la promiscuidad en la que viven algunas familias, pues todos viven en un mismo espacio” (Gamboa e Ixcot, 2010: 8).

“Los expertos coinciden en que en las mujeres se detectan los abusos principalmente en el tema de los embarazos y se ha observado que el fenómeno empieza de los 5 años en adelante. Según informes de 2011 de la organización Médicos Sin Fronteras. En 2008 esta organización conoció 352 casos; un año más tarde la cifra se elevó a mil 117, mientras en el 2010 los hechos reportados fueron 870”. (Gamboa e Ixcot, 2010: 8).

Muchas son las causas que conllevan un abuso sexual, en el contexto guatemalteco la mayoría gira en torno al machismo, fenómeno tan expandido en la población nacional.

2.2 Causas

Las causas que conllevan a que las mujeres sean más vulnerables al abuso sexual son múltiples, la mayoría son causas familiares y estas situaciones que surgen dentro de la familia elevan la dificultad de contrarrestar esta situación.

Se puede deducir que se trata de un conjunto de causas y circunstancias que desde hace poco tiempo están siendo objeto de estudio más profundo. Muchas de las causas en nuestro contexto guatemalteco apuntan a la forma desigual en que se tratan los géneros en nuestra sociedad, lo que crea las condiciones bajo las cuales las mujeres, niñas y adolescentes están expuestas a la violencia sexual.

Entre las principales causas del abuso sexual se plantean las siguientes, sin dejar de tomar en cuenta que existen otras no menos importantes.

La violencia sexual

Una persona que ha ido desarrollando sus actitudes y conductas y han sido aprendidas ya sea desde el hogar, o el medio en el que se desarrolla como persona; Se puede decir muchas veces que la violencia es un comportamiento aprendido, claro esto no lleva a nada bueno y por esta razón es que muchas mujeres son víctimas de dicha violencia, no se puede seguir un patrón de estas conductas pero sí podemos afirmar que la violencia se puede aprender en el medio en que el agresor se desarrolle.

Esto se basa en que la mayoría de agresores son generalmente hombres discretos, que no salen aparentemente de las normas de todas las profesiones y clases sociales, los abusadores, no actúan a causa de una necesidad sexual, ya que frecuentemente tienen contactos sexuales, para muchos

de ellos es objetivo primordial el abuso de poder, lo cual buscan a través del abuso sexual, en estos casos la sexualidad es usada como un medio para ejercer el poder.

Ciertos hombres van tan lejos que consideran a las mujeres una propiedad, que pueden utilizar a voluntad, de lo que ellos deducen el poder de abusar sexualmente. Una actitud violenta se excusa, afirmando que los hombres tienen necesidades sexuales más importantes y que la agresión es parte de su propia naturaleza.

Alcoholismo y drogadicción

El abuso de drogas y alcohol es responsable de una buena parte de la violencia doméstica que existe en nuestro país, pero sin embargo hay autores que no creen que el alcohol cause violencia sino que el agresor bebe con la intención de ser violento. Bajo los efectos del alcohol las personas realizan actos indeseables, por lo que suelen atacar con mayor viabilidad a una mujer, es el mismo caso con los adictos o consumidores de drogas, cuyos procesos psíquicos y físicos son alterados.

Bartoll y Bartoll (1986) citado por Saavedra (2013) manifiesta que: “un 50% de los delincuentes comete sus delitos bajo los efectos del alcohol y este mismo porcentaje se mantiene en la violación”. El alcohol actúa como medio facilitador de la conducta desinhibida, tanto en perfiles de agresores con escasas capacidades de relación como en aquellos de características más normalizadas

Soria y Hernández (1994) dicen que, “el alcoholismo severo se relaciona más con abuso intrafamiliar que con violación”.

La no protección de los padres

Cuando los padres anteponen las necesidades económicas, sociales o culturales a la necesidad de afecto y seguridad de los hijos, suelen descuidarlos de muchas maneras, por ejemplo, salir y dejarlos con vecinos que no conocen bien, trabajar por muchas horas sin saber exactamente quien cuida de sus hijos, no ponerles atención, no identificar las señales de alerta en sus hijos (llanto, tristeza, etc.), esto significativamente hace vulnerable a la niñas o adolescentes al abuso o acoso sexual.

En la mayoría de casos de niños abusados, es frecuente entrevistar a padres que también lo fueron en su infancia y que excepcionalmente se trata de sujetos asistomáticos, muchos de ellos han perdido la capacidad de ver los contextos riesgosos en los que se encuentran sus hijos, ya que ponen mayor importancia a lo que ellos sufrieron de niños o adolescentes.

Confianza extrema hacia extraños

En muchas ocasiones a los niño, niñas y adolescentes, no se les ha enseñado el cuidado que deben tener con extraños, y esto hace que el niño o niña, no identifique las señales de peligro, dan confianza desmesuradamente a extraños y esto puede provocar, situaciones con riesgo de abuso en los infantes.

Según Intebi V. (1998) “En los miembros más cercanos y menos sospechosos puede haber un acosador”.

Toda forma de abuso tiene significativamente secuelas o consecuencias que afectan la vida de la víctima, para fines de la investigación se describen los siguientes.

2.3 Consecuencias

Las secuelas que acompañan un abuso sexual, se clasifican en tres grandes grupos, las físicas, emocionales y sociales, a continuación se describe algunas consecuencias más sobresalientes en los casos atendidos en el centro comunitario de la Liga de Higiene Mental.

El 70% de personas presentan consecuencias, entre éstas: la desconfianza, miedo, hostilidad hacia el sexo de quien agredió o hacia la familia si siente que no fue protegida, vergüenza, ansiedad, culpa. Esto tiene un incremento del 5 al 15% en huidas de casa, fracaso escolar e ingestión de drogas; así como mayor incidencia de insatisfacción y disfunciones sexuales, depresión, angustia, mayor incidencia de embarazos no deseados y embarazos tempranos, inicio temprano de las relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual.

Las consecuencias de un abuso sexual afectan en gran medida la vida de la víctima y muchas de ellas no son conscientes de las mismas.

Entre las consecuencias más comunes que se han estudiado en víctimas de abuso sexual, dañando muchas veces permanentemente la salud emocional, están las siguientes:

Enfermedades mentales

Se dice que los que cometen abuso sexual dejan en la víctima secuelas que nunca se olvidarán, muchas veces la víctima queda severamente dañada tanto física como psicológicamente, de la última se puede decir que la víctima tiene tendencias a sufrir enfermedades mentales ya sea esquizofrenia, paranoia, desórdenes crónicos, hasta problemas alimenticios, sin que se tenga un tratamiento que brindan los especialistas no es fácil salir de dicho ciclo.

Las mujeres víctimas de violaciones u otras formas de violencia sexual sufren más enfermedades mentales a lo largo de su vida y su nivel de suicidio es más elevado. El nivel de mujeres que tienen enfermedades mentales pero no han padecido agresiones sexuales es del 28%,

la tasa de intentos de suicidio es de 1,6% en mujeres que no han sufrido violencias sexuales, mientras que alcanza al 6% en aquellas que han padecido un tipo de violencia y 34% en mujeres víctimas de tres o cuatro agresiones.

Tensiones y frustraciones en la vida

Muchas veces cuando la persona sufre un abuso en este caso sexual ve la vida de una manera diferente a la que los demás ya que piensa que no sirve para nada y que ella fue la culpable de todo lo que pasó y no lleva una vida normal o placentera, al contrario pasa llena de contradicciones y tensiones innecesarias que muchas veces con la simple ayuda de alguien o de algún especialista se puede resolver, pero como la víctima no confía en nadie queda encerrada en su propio mundo.

Sentimientos de culpa

Muchas veces la víctima a raíz de lo que le ha sucedido queda con un sentimiento de culpabilidad, ya que piensa que lo que le ocurrió fue causado por ella, pues piensa que pudo haber incitado de alguna forma al agresor pero lo que le ocurrió no es su culpa y no se deben de sentir así ya que fue algo que le pasó y tienen que salir adelante y seguir con su vida.

Los sentimientos generados por el abuso sexual pesan, algunas personas pueden convertirse en eternas víctimas, surgen sentimientos positivos y negativos a sí mismo, por eso es importante que en los primeros auxilios psicológicos que se le brinde a la víctima se le debe dejar en claro que no es culpa de ellas y que no fueron quienes provocaron haber sido abusadas.

Dificultad para mantener relaciones

Cuando alguien es víctima de un abuso sexual se ha comprobado que posee dificultad para mantener alguna relación amorosa como matrimonio, noviazgo, etc. Y también sexual ya que no puede dejar de pensar en lo ocurrido y lo que hacen es alejarse de la otra persona, por eso se dice

que las víctimas de abuso sexual poseen una personalidad más solitaria y de desconfianza hacia los demás

Lesiones físicas

Un buen porcentaje de víctimas de abuso presentan lesiones físicas ya que se comete usualmente con la utilización de la fuerza, armas, cuchillos, etc. Logrando que la víctima no se pueda defender quedando así dañada su integridad física.

Peligro de infecciones y enfermedades de transmisión sexual

Se corre un alto riesgo de que si el agresor está contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual tales como, el SIDA, sífilis, gonorrea y herpes, etc. la víctima pueda contagiarse de éstas, quedando así dañados sus órganos genitales, además si no se tiene un buen tratamiento de éstas quedará severamente dañado su aparato reproductor.

Rechazo del cónyuge y problemas conyugales

En mayor o menor medida, la violencia sexual provoca efectos negativos en las relaciones conyugales y suele deteriorar gravemente la sexualidad (pérdida del deseo o rechazo por parte de la esposa víctima y/o de su marido, dolores durante las relaciones sexuales, etc.) y los vínculos afectivos (sufrimiento de la víctima y transformación de su carácter, lo cual perjudica su relación con el otro y provoca conflictos y disputas, etc.).

En las sociedades tradicionales, es frecuente que el marido rechace (repudio, divorcio), abandone a su esposa violada o deje el domicilio conyugal cada vez más prolongados. Cuando continúa con la vida en común, dejar de lado a la mujer (en especial en el plano sexual), distanciarse de ella, o incluso maltratarla. El riesgo de repudio y de divorcio es mayor si la mujer queda embarazada después de la violación.

Las razones que llevan a los hombres a rechazar a su mujer son diversas: temen que se haya contagiado una enfermedad de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, o que esté embarazada; estigmatizados por la agresión o por temor a serlo, prefieren romper el matrimonio antes que ser el hazmerreír de su comunidad; se sienten deshonrados por un acto culturalmente comparable al adulterio.

Embarazos no deseados

A raíz de una violación la mujer puede quedar embarazada ya que no se usa protección y lo peor es que el hijo que tienen no es de ellas y no fue concebido con consentimiento propio sino que fue en contra de su voluntad y muchas veces lo que se hace a pesar de que es ilegal es recurrir al aborto.

2.4 Reacciones emocionales de las víctimas

Las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual, experimentan dicha victimización como un evento traumático que trae como consecuencia un choque emocional. Todo trauma de esta naturaleza, trae consigo una serie de características que la mayoría de las mujeres experimentan. Es importante notar que cada persona tiende a responder de manera única ante un evento, hecho que añade complejidad al tratamiento del trauma.

Como consecuencia del abuso sexual, muchas mujeres sienten que han perdido el control de sus vidas. Dicha sensación es el resultado de que durante el abuso sexual, la mujer es obligada a participar en contra de su voluntad. En la mayoría de los casos, dicha participación es pasiva. Sin embargo ella lleva a que la mujer sienta que ha perdido el control de su vida, de la misma manera como durante el abuso sexual la mujer no tiene el control sobre la situación.

La mayoría de las víctimas experimentan de nuevo el abuso de manera mental ya sea consciente, o inconscientemente a través de los sueños. Cuando esto sucede es como si el evento ocurriera de nuevo. Dicha experiencia se denomina "*flashback*"

En general, toda víctima de abuso sexual experimenta problemas de concentración. Estos se manifiestan en una dificultad de enfocar las ideas en lo que se está haciendo lo cual lleva a pensar que se está perdiendo el control de sí.

Otra fuente de culpabilidad, y una de las más comunes, es el "culparse a sí mismo". La víctima tiene tendencia a decirse: "No debí haberme vestido así", "No debí haber caminado a altas horas de la noche en ese lugar", etc. Este culparse a sí mismo es el resultado de nuestra sociedad, la cual tiende a poner toda responsabilidad de abuso sexual en la mujer. La imagen que se tiene de sí misma también se ve afectada como consecuencia del abuso sexual. La mayoría de mujeres dicen sentirse "sucias" y suelen bañarse varias veces al día para sentirse limpias.

Otra reacción bastante común es el sentirse triste o deprimida. Se tienen sentimientos de desespero, como si todo en la vida se diera por perdido. En ocasiones el desespero lleva al desconsuelo total, el cual puede conducir a la víctima al suicidio. Asociado al sentimiento de depresión se experimenta la pérdida del interés en cosas o actividades que antes solían disfrutarse. Nada suele llamar la atención como antes.

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, suele presentarse un desequilibrio en las relaciones interpersonales. Dicho desequilibrio es el resultado del aislamiento al que conlleva la depresión y la tristeza. También se experimenta un sentimiento de vergüenza que hace que no se quiera socializar con los demás. Es muy importante sentirse cerca de la familia y las amistades. Dichas relaciones contribuyen a la pronta recuperación de la persona.

No es sorprendente el hecho de que después de ser abusada sexualmente, la mujer pierde todo interés en las relaciones sexuales. El trauma causado por el abuso hace que la mujer rechace todo tipo de relación sexual. Dicha reacción se ve acentuada por la depresión la cual tiene como consecuencia la pérdida de la libido o apetito sexual.

La reacción más común de toda víctima de abuso sexual es el miedo. En el momento del abuso, la primera reacción es el miedo. Miedo de que el abuso cause heridas físicas (golpes, heridas de

arma blanca o arma de fuego). El miedo es también miedo a la muerte. En el momento del abuso la mujer asocia todo lo que la rodea con lo que le está sucediendo. Colores, sonidos, olores, lugares, todo se relaciona con el abuso sexual. Meses, e incluso años después del abuso dichas asociaciones persisten (ciertos olores recuerdan el evento, o ciertas personas recuerdan el abusador). La víctima del abuso por consiguiente tiende a evitar cualquier cosa o circunstancia que le recuerde el momento en que fue abusada (no volver al sitio de los acontecimientos, no vestirse de cierta manera, o salir de su casa a ciertas horas del día). En algunos casos, el miedo es tal, que las víctimas limitan sus actividades al mínimo. Algunas mujeres no salen de sus casas o evitan toda oportunidad de estar solas.

Las reacciones de miedo, falta de concentración, sentimiento de culpa, depresión, *flashbacks*, y otras mencionadas anteriormente, están relacionadas unas con otras. Por ejemplo, para algunas mujeres el hecho de revivir los acontecimientos mentalmente hace que ellas sientan que no tienen el control de sí. Dicha sensación conlleva a sentir miedo de cualquier circunstancia. Dicho en pocas palabras, las consecuencias que tiene un abuso sexual están relacionadas unas con otras en cadena.

Esto hace que el sentimiento de temor sea muy intenso. De las reacciones mencionadas anteriormente, el miedo es la reacción más común y una de las más debilitantes. Es esta la razón por la cual nuestro programa se enfoca en el tratamiento del miedo, el cual es una respuesta normal y predecible de toda situación de abuso.

2.5 Secuelas emocionales más profundas

Las secuelas emocionales son las repercusiones más profundas a las que está sometida la víctima de abuso sexual.

En ese sentido, Freud (1905) se refiere: “Como consecuencia de un conflicto sexual es frecuente el enfrentamiento con severas ambigüedades, distorsiones, confusiones y percepciones ambivalentes al punto de que su capacidad para la construcción de relaciones

integradas resulta casi sin excepción distorsionada, atravesando estas experiencias traumáticas todos los aspectos de la identidad, por lo tanto la autoestima siempre se ve severamente dañada”.

El sentimiento de vacío, o soledad existencial en que se establece la víctima, pues no asimila lo que ha ocurrido con su cuerpo, con su integridad, es otra consecuencia muy arraigada en el paciente de abuso sexual. Estos sentimientos crónicos de vacío son los que, muchas veces, conducen a los intentos de suicidio en otras etapas de la vida.

Freud (1905) utiliza el término escisión del yo para aludir a un fenómeno muy particular que advirtió especialmente en el fetichismo y las psicosis: la coexistencia, dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior, en cuanto esta contraría una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega de la realidad en juego y la sustituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente. Laplanche (1967) al respecto acota: “Este mecanismo interviene especialmente en la posición esquizoparanoide, en la que afecta objetos parciales, y vuelve a encontrarse en la posición depresiva, afectando al objeto total”.

A continuación se hablará de algunas reacciones de la víctima abusada sexualmente que podrían ser trastornos más severos.

Miedo y ansiedad

Es difícil separar estos dos conceptos. En general podemos decir que el miedo se refiere a un objeto específico (sea una persona, un lugar, o una situación). Cualquiera de estos elementos es identificado como causa de miedo.

La ansiedad (preocupación, estrés y falta de paz interior) es en general menos específica. Las víctimas de abuso sexual tienden a experimentar miedo y ansiedad. Semanas y a veces meses

después del evento, es común que las víctimas se sientan inseguras y piensen que algo malo va a ocurrir. Este sentimiento es el que denominamos ansiedad.

El miedo también se experimenta a nivel mental. Nuestros propios pensamientos pueden estimular reacciones físicas características de miedo. La víctima tiende a pensar que el abusador va a causarle daño de nuevo. Al estar sola en un lugar, la víctima tiende a pensar que hay alguien escondido en la oscuridad lista a asaltarle de nuevo. La soledad tiende a causar mucho miedo. En algunas ocasiones ciertos lugares o personas tienden a estimular este tipo de pensamientos paranoicos. En otros casos, dichos pensamientos aparecen sin causa determinada.

Algunas víctimas dicen pensar constantemente en la fotografía del abusador de manera espontanea, es decir el abuso se convierte en un recuerdo permanente. La mayoría de víctimas se esfuerzan en dejar de pensar en lo que ha pasado, tratando de ocupar la mente en otras actividades. Sin embargo, el recuerdo de los acontecimientos es algo que la voluntad se niega a controlar y esto causa perdida de concentración en las actividades cotidianas.

Trastornos del sueño

Muchas de las víctimas experimentan pesadillas a diario. Estas pueden incluso causar que la persona se despierte en medio de la noche aterrorizada sin poder recordar lo que estaba soñando. En una palabra, el momento de descanso se convierte en momento de terror, lo cual hace que la víctima sienta que no tiene control de su vida ni siquiera en el momento del sueño. En el peor de los casos, la persona tiende a pensar que se está "volviendo loca" puesto que no se siente en capacidad de controlar sus pensamientos. Es muy importante tener en cuenta que estas reacciones no son anormales. Cierta tipo de experiencias estresantes y traumáticas causan este tipo de reacciones en los seres humanos.

Conducta antisocial

Toda víctima de abuso responde al miedo y a la ansiedad a través de un cambio en el comportamiento. La persona tiende a controlar el miedo tratando de ignorar la molestia física y mental que el miedo y la ansiedad causan. En general se observa una tendencia a evadir todo tipo de circunstancia que cause miedo.

Todas estas consecuencias, o secuelas emocionales quedan en la víctima de abuso y llega a afectarle a tal punto que de no ser tratada a tiempo, arrastra las mismas secuelas durante toda su vida.

Esta investigación tiene como punto fundamental, promover un plan terapéutico, como una guía para los terapeutas que atiendan a pacientes en esta situación, se sabe que cada persona es un caso individual, pero se plantearán principios que ayuden a una terapia efectiva.

Trastorno del estrés postraumático

La Organización Mundial de la Salud (1992) define el estrés postraumático como:

“El trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores pre disponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo”.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

2.5 Características del tratamiento en el abuso sexual

En las primeras sesiones se deben registrar los síntomas que experimentaron durante su niñez y adolescencia, cuando sufrieron los abusos sexuales, síntomas que coinciden con la sintomatología propia de un estrés postraumático. Miedo, problemas para dormir, pesadillas, confusión, sentimientos de culpa, vergüenza, ira junto con la incapacidad de manejar estas emociones. Los peores efectos se presentan cuando es el padre el abusador, porque en ese caso la niña además pierde la confianza en el ser que debe protegerla y que representa su seguridad. Estas niñas se quedan indefensas frente al mundo masculino porque mezclan el sexo con el afecto, con el cuidado, el poder y el cariño. Y todo esto en secreto.

Durante la pubertad, la mayoría padecen muchas de estas secuelas: dolor de estómago, problemas de concentración, dolor de cabeza, trastornos en el sueño, fuertes molestias en el ciclo menstrual, junto con una pobre autoestima, odio a su propio cuerpo, depresión, fobias, ansiedad, comportamientos auto-agresivos y autodestructivos, llegando a mutilarse con cortaduras, quemaduras o golpes.

Y cuando se hacen adultas, estas mujeres generalmente presentan un cuadro de estrés postraumático crónico. El miedo y la desconfianza persisten y el hecho puede reaparecer en pesadillas y escenas intrusivas de recuerdo.

Muchas de ellas tratan de protegerse de estos síntomas dolorosos apartándose de las relaciones sexuales. Padecen depresión crónica y a veces se ven impulsadas a buscar alivio en todo tipo de adicciones (pastillas, alcohol...), episodios de automutilación y tentativas de suicidio. También presentan sentimientos negativos acerca de sí mismas, del sexo y de los varones, sentimientos generalizados de ansiedad y desconfianza, dificultades para establecer relaciones sociales, y cuando lo hacen, presentan una tendencia a mantener relaciones insanas, con malos tratos y problemas sexuales. (Los varones que han sido víctimas tienden a ser abusadores mientras que las mujeres tienden a ser maltratadas y nuevamente abusadas).

Las mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales suelen tener además mala salud o problemas psicosomáticos derivados de su actitud negativa hacia el propio cuerpo.

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1 Método

La siguiente investigación tiene un enfoque descriptivo, pues busca resultados inmediatos y observables, así mismo delimita las características de las personas y el fenómeno del abuso sexual a nivel emocional.

Las entrevistas, como instrumento aportan datos significativos para la investigación así mismo la observación estructurada sobre los pacientes, ya que estos dos instrumentos se basan en el contacto directo por lo que los datos son convencionales. El fenómeno investigado cuenta con datos cualitativos y no cuantificables, como lo son las emociones por lo que la investigación cualitativa, proporcionó la posibilidad de analizar la conducta de los pacientes.

El estudio de casos permitió profundizar en los aspectos generales del fenómeno, pretendiendo definir lógicamente las secuelas que en común presentaban los pacientes con dicho problema.

De acuerdo a lo anterior la utilidad de los estudios de caso es mayor cuando se trata de realizar indagaciones exploratorias. Son muy flexibles y adecuados para las fases iniciales de una investigación.

3.2 Delimitación

Área geográfica: la investigación se realizó en el Centro Comunitario de la Liga de Higiene Mental, del municipio de Chimaltenango, lugar en donde se realizó la práctica profesional dirigida.

Población: la muestra se limitó a pacientes mujeres, víctimas de abuso sexual durante la niñez, adolescencia y vida adulta, así mismo se contó con la asesoría del coordinador de la Liga de Higiene Mental para datos relevantes en la investigación.

Tiempo: el espacio utilizado para recaudar información, fue el mismo tiempo que duro la práctica profesional dirigida en el centro de la Liga de Higiene, lo cual tuvo la duración marzo a de octubre.

3.3 Procedimiento

Datos relevantes de la investigación fueron obtenidos en las entrevistas con pacientes asistentes a la Liga de Higiene Mental, quienes acudían con diversos motivos de consulta pero que se encerraban en un mismo problema: el abuso sexual. Para obtener suficiente información sobre los pacientes, se utilizaron documentos como el cuestionario intimo, y baterías de test proyectivos (test, test de la familia, test del árbol, test de la figura humana) y test psicométricos (test de inteligencias múltiples, OTIS, MMPI), para respaldar el diagnóstico.

La mayoría de pacientes abusadas sexualmente presentaban los siguientes síntomas: baja autoestima, depresión o ánimo depresivo, carencia afectiva, dependencia emocional, distorsiones perceptivas.

Seguidamente del diagnóstico se prosiguió con la elaboración del plan terapéutico, estableciendo los objetivos, terapias y técnicas a utilizar las cuales en su mayoría eclécticos guiados por un enfoque cognitivo conductual, psicodinámico y humanista existencia algunas de las técnicas más utilizadas fueron.

- La silla vacía
- Relajación
- Desensibilización sistemática
- TRE terapia racional emocional
- Terapia de Condicionamiento Operante

Consecutivo a las terapias se estableció un contrato para asistir con grupo de apoyo establecido en el centro de la liga de higiene mental, para fortalecer los logros y limitar las recaídas.

Capítulo 4

Presentación de resultados

A continuación se presentan los casos relacionados a la temática de investigación y otros atendidos en las clínicas de la liga de higiene mental. También se agregan los logros y limitaciones que se obtuvieron durante el ejercicio de la práctica profesional dirigida.

4.1 Logros en el proceso de práctica

- Aplicar adecuadamente los conocimientos adquiridos en los años de formación en la universidad.
- Contacto directo y constante con pacientes y casos clínicos de manera efectiva.
- Relación de confianza con la comunidad en donde se encuentra el centro de práctica.
- Se brindó un diagnóstico y tratamiento adecuado a los casos presentados.
- Realización de distintos tipos de terapias, terapia de pareja, de familia, terapias con niños, adolescentes y adultos.
- Identificación de las necesidades emocionales de la comunidad.
- Apoyo en la promoción de la salud mental.
- Ejercer la psicología con ética, demostrando valores y principios cristianos.
- Reconocer la salud mental de la comunidad, laborando en un centro céntrico de Chimaltenango

4.2 Limitaciones

- Poco tiempo para atender a los pacientes.
- Juegos deportivos que intervenían con concentración durante la terapia.
- Impuntualidad e inasistencia de los pacientes.

4.3 Casos clínicos de abuso sexual

Resumen de caso 1

I. Datos personales

Nombre del paciente: KNR
Edad: 20 años
Sexo: femenino
Religión: indefinido
Escolaridad: enfermera
No. de sesiones trabajadas: 7 sesiones
Fecha de inicio de la intervención: 7 de abril de 2013

II. Motivo de consulta

La paciente tiene sueños constantes que parecieran ser situaciones reales y no le permiten descansar pues se siente atrapada en ellos, esto desde los 6 años, también se mantiene de mal humor, se siente infeliz, sola y avergonzada.

III. Impresión clínica

Depresión
Distimia
Trastorno de personalidad

IV. Tratamiento

Terapia Racional Emotiva (TRE)

Ayudar a las personas a encontrar nuevos pensamientos alternativos y más constructivos que ayuden a la persona a sentirse mejor, a estar mejor y a conseguir sus objetivos y metas personales.

- Utiliza planes de tratamiento. Se centra en la resolución de problemas. Tiende a fomentar la independencia del paciente.
- Crear clima de confianza y seguridad
- Trabajar autoestima, autovaloración, identidad, autoconfianza y autoconocimiento de sensibilización hacia sus pesadillas y miedos de trasfondo.
- Reforzamiento positivo en el trabajo de contrarrestar las ideas irracionales
- Asimilación de conducta que le permita adaptación

Técnicas de relajación

- Control de la respiración y aislamiento cognitivo antes de dormir
- Manejo de la ansiedad al despertar de una pesadilla
- Ambientación de la habitación en donde duerme
- Hábitos físicos, alimenticios y emocionales que promuevan el sueño profundo
- Proceso de perdón.

V. Técnicas utilizadas

De la terapia cognitivo conductual

- Técnica para contrarrestar las ideas irracionales, negativismo y fatalismo
- TER para darle sentido a las ideas irracionales que tiene.

De la terapia humanista existencial terapia centrada en el cliente

VI. Descripción del proceso de la terapia

Se presenta muy decaída pues siente culpabilidad porque hay cosas que ha hecho y no se las ha dicho a su mamá, siente la necesidad de decirle pero a la vez no, hay un pensamiento que constantemente interfiere con su tranquilidad y es que tiene la inquietud de pertenecer a una iglesia Menonita, toda su familia perteneció a la iglesia pero se retiraron entonces ella cree que

asistiendo a la iglesia se sentía mejor consigo misma, sin embargo ella no quiere dejar muchas de las actividades que puede realizar no perteneciendo a una religión.

K platica de las parejas que ha tenido, y como ha terminado en reiteradas ocasiones sin ningún motivo, se siente triste y culpable porque ha tenido relaciones sexuales con todas sus parejas, manifiesta que nunca ha sentido satisfacción y considera la idea que la quieren solo por que han tenido intimidad con ella, tiene muchas ideas fantasiosas con el hombre perfecto que ella manifiesta un día llegara a su vida, está en constante lucha consigo misma para no enamorarse de una persona mas pero indica que si alguien la hace sentir bien, ella propone que sean novios y así comienza una relación que no dura más de 3 meses. Siente un gran conflicto pues su madre espera verla casándose vestida de blanco y ella considera que por haber tenido relaciones eso no será posible. Refiere que ha tenido muchos problemas en su casa pues una persona ajena a la familia, que vive con ellos le provoca muchos enojos y ella se siente muy angustiada pues nadie de la familia quiere que ella se vaya entonces condiciono a su mamá para que decidiera quien se ira de la casa si ella o Ingrid, entonces durante la semana estuvieron enojados con ella. Se trabaja sobre los asuntos que la enojan ya que en su mayoría le son insignificantes, y se refuerza la autoestima.

K se presenta muy decaída pues no ha dormido durante tres días con tranquilidad pues ha tenido sueños recurrentes, lo que le ha hecho imposible dormir, tiene a tener, miedo a la oscuridad, por lo que ha optado dormir con su mamá, ella se siente muy angustiada cuando recuerda sus sueños ya que hace muchos años ella recurrentemente no puede dormir, describe una de sus pesadillas de la siguiente manera, la persiguen por la calle y ella trata de huir, sin embargo la alcanzan y le es imposible escapar de esa persona entonces la trata de matar, cuando están por quitarle la vida ella despierta y esta en su cama, pero se da cuenta que sigue dormida y se siente atrapada en su sueño, entonces pide que la ayuden a despertar, pues su angustia crece, es así como K pasa las noches ya que el sueño se repite en reiteradas ocasiones. Se indaga en las actividades que realizo durante la semana y se descubre que estuvo en una entrevista de trabajo que le provoco mucha ansiedad, por lo que se hace referencia a esa situación como motivo de angustia en sus sueño. Se trabaja técnicas de relajación y autocontrol.

Se presenta triste y decaída pues ha terminado con la relación que tenía, refiere que no se siente querida que se siente muy sola y ve la necesidad de tener pareja como algo indispensable, en esa sesión se trabaja sobre autoestima específicamente sobre auto concepto y auto aceptación, inmediatamente define que ella se aprecia pero identifica que sus acciones la contradicen, reconoce la importancia de aceptar sus posibilidades, limitaciones, capacidades, etc. Define su valor como persona a base de una reflexión y se da la oportunidad de aceptar que su felicidad no depende de quienes la rodean sino de si misma. Se trabaja también técnica de relajación y se fijan las metas para su autorrealización.

K se presenta impaciente pues esta por confirmar una plaza, por lo tanto se siente muy nerviosa y ansiosa ya hizo planes de lo que hará con el dinero, se siente muy emocionada pues eso le dará mayor libertad e independencia de su familia, ha mejorado su relación y su carácter en cuando a los problemas que suscitan con Ingrid, refiere que no le da importancia a las cosas que no le corresponden solucionar y se siente mas tranquila, se ha propuesto pasar un tiempo sin pareja, y quiere asistir nuevamente a la iglesia.

VII. Fecha en que se cerró el caso

18 de agosto de 2013

VIII. Recomendaciones

- Fortalecer constantemente su autoestima.
- Reforzar su autoconocimiento
- Registro de control de sus relaciones emocionales
- Controlar su autorrealización

IX. Observaciones

- Es importante reforzar constantemente la inteligencia emocional.
- Se debe fortalecer el autocontrol.
- Verificar las habilidades que le ayuden a cumplir su autocontrol.

Informe de caso 2

I. Datos generales

Nombre del paciente: LJ
Edad: 26 años
Sexo: femenino
Religión: evangélica
Escolaridad: universitaria
Fecha de inicio de la intervención: 03 de marzo de 2013
No. de sesiones trabajadas: 12 sesiones

II. Motivo de consulta

Tiene que cumplir horarios de psicoterapia y siente que debe cerrar muchos círculos en su vida para estar bien, “no soy sociable necesito amigos

III. Impresión clínica

Depresión
Baja autoestima
Estrés
Ansiedad generalizada

IV. Tratamiento

El tratamiento se aplicó para reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación con la terapia cognitivo conductual específicamente las siguientes técnicas.

La Terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971), consta de las siguientes fases:

1. Valoración de la idoneidad de la TRP para el paciente.
2. Explicación del tratamiento y de su base racional.
3. Clarificación y definición de problemas.
4. Selección de metas alcanzables.
5. Generación de soluciones.
6. Elección de la solución preferida.
7. Puesta en práctica la solución elegida.
8. Evaluación de la terapia.

V. Técnicas utilizadas

Técnica de inoculación de estrés

Para la resolución de situaciones de estrés en la vida diaria que se caracteriza por su brevedad, sencillez de aprendizaje y efectividad. Sus objetivos son:

- Ayudar a los pacientes a identificar los problemas o conflictos como causa de malestar emocional.
- Enseñarles a reconocer los recursos que poseen para abordar sus dificultades y aumentar su sentido de control ante circunstancias negativas.
- Facilitarles un método sistemático para sobreponerse a sus problemas
- Dotarles de un método para afrontar dificultades en el futuro.

VI. Descripción del proceso de la terapia

L. se presenta con una actitud tosca e imponente, hace solicitud del contrato terapéutico lo cual garantizará la terapia, refiere que ha pasado una semana muy ocupada pues tiene muchas tareas, de su práctica, responsabilidades en casa, pues su mamá se enfermó, tuvo una reunión en la

escuela donde estudia su hermana, y tiene ciertos privilegios en la iglesia lo cual le ocupa tiempo. Manifiesta cierta desesperación por todas sus ocupaciones y refiere que todo se sale de control, también indica que ha discutido mucho con su padre, por diferencias y se siente culpable de no tener un trabajo y poder ayudar a sus padres económicamente.

L. se presenta nuevamente de malhumor, tiende a tener un lenguaje poco fluido, delimita sus respuesta a si o no por lo que dificulta el proceso de terapia, manifiesta que se siente muy mal consigo misma, pues no logra entablar buenas amistades, en la universidad no ha podido conocer a ninguna verdadera amiga, refiere constantemente que todo lo que diga será usado en su contra, se le dificulta conocer personas pues no encuentra temas interesantes de que hablar, se entabla el tema de la autoestima, para verificar su nivel de seguridad y su autoconfianza.

L. se presenta muy decaída pues ha tenido discusiones con su mamá, refiere que su mamá no le presta la atención debida, nunca es cariñosa y no se puede hablar con ella, su madre cambió mucho desde la muerte de su hermano, aunque siempre ha sido descuidada con ellos por lo que L al ser la mayor cuido de sus hermanos por mucho tiempo, se analiza la situación de su mamá y se busca la manera de que se relacionen de manera adecuada.

L se asusta cuando se cierra la puerta de la clínica, pues hay poca visibilidad, viene un recuerdo a su mente de su niñez, pero parece estar en shock, por lo que de inmediato, se hacen ejercicios de relajación para ubicarla en el tiempo y en el espacio, lo que responde inmediatamente. Seguidamente narra su recuerdo cuando tenía aproximadamente 8 años su mamá los dejaba reiteradamente con una vecina ella nunca los cuidaba, el hijo mayor de la vecina prohibía a sus hermanos jugar con sus juguetes y la condicionaba a que se dejará hacer lo que el quería para poder darle los juguetes a sus hermanos. Entonces el abusaba de ella sexualmente, eso jamás lo ha contado por que eso le hace sentir muy mal, sucia y culpable. Esta sesión permite una mejor relación con L porque ella ha evitado mucho a compartir la información.

Ahora L se presenta muy susceptible, y se ve más relajada pues ha practicado los ejercicios de relajación, así mismo se presenta con una carta que le dirige a su madre, diciéndole todo lo que por mucho tiempo ha deseado decirle y al leerla ella se siente muy triste y llora, se hace el ejercicio de la silla vacía, en donde ella termina de decir todo lo que desea decirle a su mamá.

VII. Fecha en que se cerró el caso

22 de septiembre 2013

VIII. Recomendaciones

- Trabajar constantemente la autoestima
- Reforzar el control de ideas irracionales
- Trabajar positivismo
- Establecer técnicas para el control de estrés

IX. Observaciones

- La paciente tiende a no realizar los ejercicios que se le asignan por lo tanto hay que llevar un control más estricto de los mismo, para obtener resultados.

4.4 Informe de otros casos atendidos

Informe de caso 3

I. Datos generales

Nombre del paciente: OR
Edad: 32 años
Sexo: Femenino
Religión: menonita
Escolaridad: tercero básico
Fecha de inicio de la intervención: 14 de de julio de 2013
No. de sesiones trabajadas: 9 sesiones

II. Motivo de consulta

La paciente se presenta con una situación de conflicto, pues hace 2 meses ella descubrió que su esposo le era infiel, en donde trabajaba, convivía con su otra pareja y había descuidado por completo a sus hijos y esposa. Al enterarse de la situación ella lo confronta y él le confirma el hecho, lo que hace que ella decida separarse de él y asiste a la clínica con la intención de fortalecerse para poder separarse.

III. Impresión clínica

Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno obsesivo compulsivo
Depresión

IV. Tratamiento

El tratamiento se estableció para el trastorno obsesivo compulsivo, por las ideas obsesivas, con la terapia cognitivo conductual y se fortaleció su autoestima con la terapia humanista existencial.

V. Técnicas utilizadas

Como una técnica alternativa utilizamos la técnica para la depresión

Técnica para Mejorar la Autoestima

Terapia Gestalt

Centrarse más en lo positivo. Estar conscientes de los logros y éxitos.

No compararse con nadie.

Confiar y aceptarse así mismos.

Esforzarnos para mejorar.

VI. Descripción del proceso de la terapia

La paciente se presenta cabizbaja y confundida, por la decisión que quiere tomar de separarse de su esposo. Llora todo el tiempo de la sesión, refiere que nunca pensó que él iba a dejarla. No se imagina a sus hijos sin papá y ella se siente incapaz de salir adelante, pero más que eso siente vergüenza por el que le dirán sus familiares. Se usa técnicas de relajación y técnica existencias para ubicarla en el aquí y ahora.

En esta sesión se obtuvo información del esposo, quien manifiesta que ella es muy controladora, le revisa el celular, la ropa, sus cosas de trabaja, a cada instante, con el fin de encontrar alguna señal de que él estaba con otra mujer. Cuando el sale a trabajar lejos de donde viven, ella llama constantemente según indica el son más de treinta llamadas para ver dónde está, y con quien. También refiere que ella se ha tomado el papel de madre de él y le dice que hacer, como vestirse, le corta el pelo. Ella le ha pedido que no se vaya a trabajar aunque esto signifique que ella lo tendrá que hacer, para mantener a la familia. También confirma que estuvo con otra persona, pues se sentía desesperado de la situación de pareja que lleva con O, pero que nunca dejaría a sus hijos porque los ama demasiado y a su esposa también.

O tiene gran ansiedad por saber lo que su esposo compartió en la sesión anterior, por lo que decide, narrar la situación tal y como la planteó su esposo, indica que se siente mal de tratarlo así

pero si ella lo descuida otra mujer se lo llevará y ella no se quiere quedar sola. Se trabaja con la TRE para contrarrestar las ideas irracionales.

O se presenta más tranquila, sin embargo al verifica los ejercicios semanales para el control de ideas obsesivas ella a continuado, incluso han discutido nuevamente y ella le pego a su esposo. Le dijo que se fuera de la casa pero luego ella lo siguió para que regresara. Se trabaja con técnica conductual para el control de pensamientos obsesivos y el control de impulsos.

En esta sesión se plantea en O que espera de su matrimonio, ella decide que quiere recuperar la paz con la que vivían por lo tanto, quiere corregir sus faltas, entonces trabajamos la terapia de pareja en donde los dos se confrontan y dicen que espera uno del otro. En esta sesión hubo un gran avance, pues se determinaron objetivos para mejorar la situación y tareas en pareja.

VII. Fecha en que se cerró el caso

08 de agosto de 2013

VIII. Recomendaciones

- Proseguir con la terapia en pareja

IX. Observaciones

- Dar constante ejercicios de control de impulsos.
- Fortalecer autoestima.

Informe caso 4

I. Datos generales

Nombre del paciente: JMS
Edad: 7 años
Sexo: masculino
Religión: menonita
Escolaridad: segundo primaria
Fecha de inicio de la intervención: 7 de abril de 2013
No. de sesiones trabajadas: 9 sesiones

II. Motivo de consulta

La madre del paciente refiere que “aún se orina en la cama, lo que le impide convivir con sus primos y es molesto pues moja toda la ropa de cama, es muy lento para actuar y pareciera que no escucha, por momentos. Cuando se enoja empuña las manos. Lloro constantemente cuando el papá lo ayuda en las tareas”

III. Impresión clínica

Enuresis,
Ansiedad por separación.

IV. Tratamiento

En las primeras sesiones se establecerá un clima de confianza y seguridad en el niño y con los padres la corrección de algunas conductas que están afectando al niño como, la falta de disciplina adecuada al momento de hacer tareas y visitas constantes a la escuela. trabajar autoestima; se iniciara con una autovaloración, descubriendo habilidades claves para mejorar en su estudio. Se descartaran problemas físicos, se usará calendario para registrar las veces que moja la cama, trabajando refuerzo positivo. Se trabaja con los padres la importancia de la figura paterna en la

formación de la personalidad del niño. Establecer horarios para consumo de líquidos y correcciones cuando el niño se orine.

De la terapia conductual se aplicará la técnica “gestos prohibidos” los padres aprenden a manejar el proceso de enuresis y modificar conductas que afectan la salud emocional del niño, la técnica economía de fichas y el registro de caras felices. Se incluye la terapia de juego.

Tratar la autoconfianza y seguridad en la escuela

V. Técnicas utilizadas

Terapia de Condicionamiento Operante

Los pasos básicos que se emplean siempre para aplicar esta forma de terapia son los siguientes:

- Identificación clara de las conductas indeseables o mal adaptativas que en la actualidad muestran los individuos.
- Identificación de los eventos que refuerzan y, en consecuencia, mantienen dichas conductas.
- Esfuerzos por cambiar el ambiente para que así esas conductas inadecuadas dejen de recibir reforzamiento.

VI. Descripción del proceso de la terapia

Entrevista con los padres, durante la entrevista, la madre refiere el problema conforme la situación, describe todos los signos que ha observado en el niño, en relación a su conducta. Manifiesta también su preocupación por el comportamiento agresivo del paciente se muestra ansiosa y desesperada. El padre, indica brevemente la relación entre madre e hijo. Pues considera que eso es el problema, pues la madre lo consiente mucho. Al conversar con el niño se muestra hostil hacia la terapeuta, pero cambia de actitud al utilizar la terapia de juego.

El niño se presenta nuevamente cabizbajo, pues sigue mojando la cama, durante la terapia el niño manifiesta que en la escuela lo molestan demasiado, que los demás niños le dicen “tonto” u otras expresiones que lo hacen sentir muy mal y ya no quiere presentarse a la escuela, cuando el comenta esto se muestra muy decaído. También refiere que su maestra no se da cuenta pues lo hacen cuando ella sale de clase a alguna reunión, esto se lo ha comentado a su mamá pero cuando ella ha llegado a hablar con su maestra, sus compañeros lo molestan más y esto no le agrada a él. Otras acciones que cometen en su contra son, quitarle la refacción o el dinero que lleva para su recreo, pegarle y provocarle caídas, hacerle malos gestos. Esto se le comenta a la madre para que pueda resolver de manera más formal esto en la escuela. Se establece la técnica economía de monedas para el control de enuresis. Se aplica test de la familia.

El paciente refiere que durante la semana dos días no se orinó por las noches en la cama, pero que es muy exigente con su recompensa por lo tanto la madre no muestra mucho interés por esta técnica, el niño manifiesta que ha habido algunos problemas en casa pues los padres han discutido muy fuerte por un celular, él refiere que le provoca miedo escuchar los gritos de su padre, pues su mamá se pone a llorar y le dice que se vaya de la casa, esto entristece a el niño pues no quiere que su padre se vaya de la casa. El niño también se ha mostrado agresivo con su hermano menor, quien también ha mostrado actitudes de agresividad, en esta sesión el niño no quiere realizar dibujos, ni jugar como se ha hecho en otras ocasiones, se conversa con la madre sobre la situación familiar y la manera correcta de abordar los problemas evitando que estos sean abordados frente a los niños. Se cambia a la técnica calendario de caritas en donde el niño deberá pintar una carita feliz si no se orina y una triste si lo hace.

El niño se presenta con felicidad pues ha dejado de orinarse durante 4 días a la semana y presenta el calendario que se le asignó la semana anterior, demuestra satisfacción por su logro, también menciona que sus padres no han discutido mucho y eso lo hace muy feliz, indica que en la escuela siguen molestándolo lo que lo impacienta, la madre a referido que no quiere hacer las tareas en casa, por lo que se aborda el tema con él, l indica que su papá lo regaña bastante por cualquier error que el comete al hacer sus tareas entonces se pone a llorar y luego sus padres discuten por eso , entonces el ya no quiere hacer sus tareas. Se habla de la responsabilidad que

implican las tareas y la iniciativa que el debe tener para hacerlas de manera adecuada. Se diseña durante la sesión el siguiente formato para el registro de días sin mojar la cama. Se discute con los padres sobre la disciplina asertiva en hijos escolares y como reforzar positivamente el proceso de tareas sin causar mayor estrés a los niños.

El niño se muestra con mayor confianza, sin embargo la situación en la escuela no ha cambiado y los padres optaron por enseñarle a defenderse a golpes, el no se siente en la capacidad de hacer eso, pero siente la presión de su padre. Este tema se aborda con los padres para reforzar las técnicas de disciplina y corrección con J se hace ver lo negativo de esta situación, y se les recomienda visitar al director de la escuela para presentar el caso y buscar soluciones que eviten esta situación en el aula en donde se encuentra J. No han aumentado los días en que ya no hay micción por lo que revisamos los hábitos de alimentación y rutina de todos los días con J en lo que se ha descubierto que duerme muy tarde, por lo que no percibe el momento exacto en el que desea ir al sanitario y se orina en cama, por lo tanto se establece en esta sesión un horario de actividades que permitan a J llevar una rutina adecuada a su edad.

En esta semana el niño presenta seis caritas pintadas por lo que es mayor su satisfacción ha modificado ciertos hábitos que le permiten controlar la micción de mejor manera, la situación de las tareas continua con dificultad pues no le gusta hacer sus tareas, se refuerza este tema con el paciente colocando un horario específico de estudio al cual se debe aplicar para obtener mejores resultados, la situación escolar que le afecta ha cambiado, pues la maestra toma cartas en el asunto y está más pendiente del niño, esto es muy satisfactorio para la madre y para él. Se refuerza la autoestima con ejercicios de autoconocimiento y autocontrol.

Para el niño es una situación muy difícil hacer tareas en casa, pues no copia las instrucciones que la maestra indica y siempre tiene que estar prestando cuadernos de otros niños para hacer las tareas. Se recomienda reforzar la lectura y escritura así como descartar problemas de audición y visión que estén provocando esta situación. El paciente ya no se orina en la cama, ha aprendido a identificar los momentos en los que necesita ir al sanitario y esto le resulta muy satisfactorio. La situación de las tareas aún está en proceso, se han descartado problemas auditivos y visuales por

lo que se refuerza la atención y concentración evitando que pierda algún curso. Se aplica test de la figura humana para medir CI.

El niño continua sin orinarse en cama por lo que ya no abarcamos este tema, con las tareas se ha mejorado siguiendo el horario y trabajando en conjunto con los padres, utilizando reforzadores positivos que le permita salir adelante en sus tareas, se le ha dado más confianza al niño motivándolo a hacer sus tareas a tiempo. Durante la terapia el niño juega con una pelota para verificar su nivel de ansiedad, la cual se manifiesta en normalidad y el niño se muestra atento y concentrado en toda la actividad.

VII. Fecha en que se cerró el caso

14 de Julio de 2013

VIII. Recomendaciones

- Recibir terapia familiar
- Fomentar la disciplina asertiva
- Autoeducación para mantener las relaciones de familia

IX. Observaciones

- Establecer horarios de estudio.
- Reforzar con cursos de lectoescritura y matemática.
- Establecer un clima de confianza y equilibrio emocional como familia.

Informe de caso 5

I. Datos generales

Nombre del paciente: ER
Edad: 14 años
Sexo: masculino
Religión: evangélico
Escolaridad: primero básico
Fecha de inicio de la intervención: 14 de julio 2013
No. de sesiones trabajadas: 9 sesiones

II. Motivo de consulta

La progenitora del paciente se presenta muy preocupada por el rendimiento escolar de E y por su conducta refiere que últimamente se ha mostrado rebelde e irrespetuoso, no cumple con sus tareas escolares ni domésticas.

III. Impresión clínica

- Angustia
- Ansiedad
- Depresión

IV. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual.

V. Técnicas utilizadas

Terapia de cognitivo conductual

Terapias basadas en el Condicionamiento Operante

Moldear la conducta de acuerdo a las distintas consecuencias que genera esta.

Cualquier persona, particularmente que quieren cambiar un comportamiento.

Reforzar o erradicar algún tipo de conducta.

- Identificación clara de las conductas indeseables o mal adaptativas que en la actualidad muestran los individuos.
- Identificación de los eventos que refuerzan y, en consecuencia, mantienen dichas conductas.
- Esfuerzos por cambiar el ambiente para que así esas conductas inadecuadas dejen de recibir reforzamiento.

VI. Descripción del proceso de la terapia

La madre del paciente se presenta ansiosa, por el comportamiento y el rendimiento escolar de su hijo, indica muchas faltas que ha cometido E, robar dinero de su bolso, salirse de la casa toda la tarde y regresar en horas de la noche, pelear y golpear constantemente a su hermana. También indica que no hace tareas y que ella se siente muy desesperada porque no sabe cómo controlar la situación con su hijo.

El paciente al ingresar a la clínica se muestra muy ansioso, pues cree que es un castigo, por lo tanto, se hace el encuadre de la terapia. Él indica que todo está bien y que no tiene ningún problema. Por lo que en toda la sesión hay resistencia.

El paciente se presenta con la disponibilidad de hablar y cuando indagamos en su infancia, comenta su tristeza por no conocer a su papá y llora pues él quisiera tener un papá cariñoso, que lo acompañe a jugar. No sabe las razones por las que sus padres ya no están juntos.

El paciente comenta todo lo que hizo durante la semana y sale a relucir que no ha dedicado tiempo suficiente a sus estudios por lo que se establece un horario de estudios para la casa y se hace un cronograma de sus tareas semanales y mensuales. Se establece un horario de estudio pues pronto tendrá evaluaciones.

El paciente refiere que no le fue bien en sus exámenes y está condicionado por su mamá, ya que sino tiene buenos resultados tendrá que ir a trabajar medio día para pagar sus estudios, pues ella ya no pagara nada si el no se esfuerza.

El paciente está trabajando medio día pues sus resultados no fueron satisfactorios, sin embargo muestra mucho interés, y su madre refiere que esta más responsable que antes por lo que se espera que ese cambio sea positivo. Ha tomado responsabilidad para sus estudios, sin embargo sigue portándose mal en casa por lo que se refuerza su conducta.

VII. Fecha en que se cerró el caso

22 de septiembre de 2013

VIII. Recomendaciones

- Reforzar hábitos estudio.
- Fomentar responsabilidades acordes a su edad

IX. Observaciones

- Seguir con el reforzamiento positivo

Conclusiones

Las secuelas del abuso sexual se manifiestan en distintas etapas de la vida de una víctima, es importante ejercer un buen rol de terapeuta que permita crear un clima favorecedor, en donde los pacientes pertinentemente comparten el suceso de abuso sexual y se pueda tratar durante la psicoterapia.

La práctica profesional dirigida ha significado la cumbre de los conocimientos adquiridos en la universidad, y el inicio próximo a la vida profesional independiente, ha sido motivo de satisfacción el contacto directo con los pacientes y aún más con los problemas que atañen a nuestra sociedad. Es significativo el aprendizaje que se vive más en el contacto directo, que con la teoría, sin embargo sin la base teórica toda práctica sería inútil.

En relación al tema planteado en la investigación, es importante y esencial tener conocimientos sobre el tratamiento indicado en estos casos, pues con frecuencia las pacientes atendidas han sido víctimas sexuales, siendo esto lo que aflora la situación emocional de ellas en el presente.

Como psicólogos es importante tener presente los recursos necesarios para afrontar cualquier patología que se presente, es importante que la investigación sea una constante para su profesión.

La práctica profesional dirigida es una herramienta básica, en la profesión de psicología porque permite la ejecución de técnicas y teorías que amplían el conocimiento del profesional.

Recomendaciones

Se recomienda a la clínica comunitaria de la liga de higiene mental, establecer profesionales clínicos, para los fines de semana ya que la población tiene más posibilidades de asistir los días domingos pues están de descanso, así mismo capacitar constantemente a los profesionales para que desarrollen un buen trato terapéutico con las víctimas de abuso sexual.

Establecer un programa de prevención para erradicar el abuso sexual infantil y prever herramientas que permitan a las niñas y adolescentes ser precavidas en el ámbito sexual.

Hacer periódicamente talleres que fortalezcan a los niños en el cuidado personal, dirigidos por estudiantes de psicología con el fin de hacer significativo el aprendizaje que están adquiriendo.

Establecer contacto con los centros terapéuticos comunitarios para apoyar en el proceso de salud mental de las comunidades cercanas a la universidad y hacer de los estudiantes un ente social de apoyo.

Fortalecer las competencias de los estudiantes de psicología para ejercer programas de apoyo en víctimas del abuso sexual.

Promover el aprendizaje de planes terapéuticos efectivos, en el caso de abuso sexual, así como la detección inmediata de abuso en niños y niñas contrarrestando inmediatamente las secuelas que estas pueden llegar a tener en la vida adulta.

Referencias

- Crooks, R. y Baur, K. (1999). *Nuestra sexualidad*. México: Editorial Thomson.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de Teoría Sexual. Vol VII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Gamboa, V. e Ixcot, A. (2010, junio 20). Causas de abuso sexual en Guatemala. *Siglo 21*, página 8.
- Intebi, V. (1998). *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*. EEUU: Ediciones GRANICA.
- Laplanche J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Ibérica: Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Soria, M. y Hernández, J (1994). *El agresor sexual y su víctima*. Editorial Boixareiu Universitaria.
- Saavedra, M. (2013, mayo 7). *Violencia Sexual*. Psicología social. Recuperado de:
<http://marlincita29.blogspot.com/2013/05/monografia-violencia-sexual-indice.html>.

Anexos

Anexo 1
Cartas y constancias



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2013

Liga de la salud mental
Chimaltenango

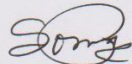
Respetable licenciado Israel López:

Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Leidy Beatriz Xoyón Sutuj pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

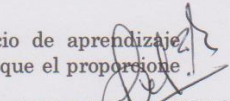
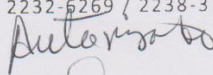
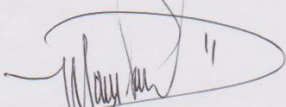
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo al alumno, esperando a la vez que el servicio que el proporcione beneficie de alguna manera a su institución.

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica




LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL
12 Calle "A" 0-17, Zona 1
Tels: 2232-6269 / 2238-3739


Licda. Miriam Caballeros
Coordinadora Sede Chimaltenango



LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL

Licenciada Sonia Pappa
Asesora de la práctica profesional
Universidad Panamericana de Guatemala

Cordiales saludos.

Por este medio se hace constar que la estudiante **Leidy Beatriz Xoyón Sutuj, numero de carnet 0909348** realizó la práctica profesional dirigida en instalaciones de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, ubicado en el lote 456 del Parcelamiento La Alameda del municipio de Chimaltenango cumpliendo con 500 horas hábiles de servicio, en los meses de marzo a septiembre, y se hace constar que estuvo bajo mi supervisión.

No esta de mas mencionar que la estudiante Xoyón Sutuj, demostró dedicación y mucho profesionalismo, en la atención a la población.

Atentamente,

Licenciado Israel López
Coordinador de proyecto
Área Chimaltenango



60
Años
1952 - 2012

4ta. Calle 2-10 Zona 1, Guatemala
Tels. 2232 - 6269 / 2238 - 3739
ligaghm@gmail.com

CENTRO DE ESTUDIOS INTEGRADOS

Licda. Sonia Pappa
Universidad Panamericana

Reciba cordiales saludos y muchas bendiciones de nuestro creador.

La presente es para hacer constar que la Profesora Leidy Beatriz Xoyón Sutuj, realizó cuatro talleres, tres de ellos durante un campamento realizado en nuestra institución el 24. 25. 26 de junio del presente y uno con los padres de familia durante una reunión el 9 de agosto.

Agradecemos la presentación de tan excelentes talleres que han dado fruto en nuestra comunidad educativa.

Atentamente;

Vo. Bo.
Sonia

Nereida
Profesora Nereida Rivera
Subdirectora



Anexo 2

Planificación de la práctica profesional dirigida

1. Planificación de práctica profesional

Planificación de actividades de práctica profesional dirigida

Centro de práctica: Liga Guatemalteca de Higiene Mental

Dirección: 12 calle "A" 0-27 zona 1

Fecha: marzo a agosto

Alumna practicante: Leidy Beatriz Xoyón Sutuj

2. Justificación

Es importante para los alumnos del quinto año de la carrera de psicología y consejería social, aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de aprendizaje universitario y con el fin de servir, orientar y brindar apoyo moral, emocional y psicológico a la población que asiste al centro de la Liga de Higiene Mental, se presta esta oportunidad de profesionalizar los conocimientos en la práctica, puesto que dicha institución presta servicio psicológico a la comunidad, siendo de mayor relevancia entre la población los problemas relacionados con las secuelas de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el maltrato infantil, la falta de identidad en los adolescentes y un gran número de familias disfuncionales entre otros, dándole importancia a la práctica profesional en el centro de la Liga de Higiene Mental en Chimaltenango.

3. Objetivos generales

- Brindar apoyo psicológico a la población sin discriminación de género, religión, o clase a través de capacitaciones talleres y sesiones individualizadas.

- Proporcionar las herramientas básicas para el automejoramiento de la salud mental evitando una dependencia entre paciente-terapeuta y por consiguiente al centro.

4. Objetivos específicos

- Organizar actividades de rapport con la población.
- Planificar y ejecutar talleres acorde a las necesidades psicológicas.
- Incrementar el nivel de autoestima y fomentar la identidad personal de la juventud.

Mes de enero-febrero

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Información sobre la práctica Entrega de programas y cronogramas Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica Elaboración de planificación de actividades mensuales.	Programa Cronograma Planificaciones Modelos de cartas	La alumna practicante realiza correctamente los trámites correspondientes para dar inicio a la práctica clínica.

Mes: marzo

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Análisis y elaboración de documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe clínico, Visitas al centro de práctica para acuerdos administrativos. Inicio de la práctica formal. Etapas de observación de las actividades del centro de práctica.	Bosquejo de historia clínica Observación estructurada	La alumna practicante prepara adecuadamente el material de apoyo para realizar adecuadamente la práctica formal.

Mes: abril

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Actividades de raportt en la comunidad e inicio de detección de casos. Dinámicas, juegos y entrevistas. Registro de casos con uso de formularios. Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas. Aplicación de examen mental. Discusión de casos.	Cronograma de actividades Agendas de juegos y dinámicas Machotes de entrevistas Documentos de registro Material de apoyo en las pruebas Análisis de resultados de test	La alumna practicante realiza adecuadamente las actividades de forma correcta los instrumentos de apoyo y evaluación.

Mes: mayo

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Análisis y aplicación de técnicas psicométricas. Psicoterapias psicoanalíticas, humanistas, cognitiva conductual, sistémicas. Psicodramas Atención de casos.	Exposiciones Laboratorios Investigaciones Psicodramas	La alumna practicante identifica las psicoterapias adecuadas a cada caso y manifiesta interés por el progreso en los casos asignados.

Mes: junio

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Evaluación de casos y del trabajo de práctica. Presentación y discusión de casos. Atención de casos individuales y familiares. Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos.	Historias clínicas Registro de anotaciones Datos estadísticos.	La alumna practicante organiza adecuadamente su trabajo para presentar buenos resultados y mostrar su profesionalismo.

Mes: julio

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Psicopatologías encontradas Capacitación o talleres a grupos de personas en el centro de practica o fuera de el. Análisis y discusión de casos Complementación de historias clínicas.	Investigaciones Exposiciones Ensayos Elaboración de planificación y cronogramas de capacitación.	La alumna practicante es capaz de ejercer adecuadamente la terapia según las necesidades de cada caso y lo manifiesta en os resultados satisfactorios que obtiene al final de la práctica.

Mes: agosto

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Informe final de casos Clausura de práctica profesional.	Informes Redacción de resultados Agenda de acto de clausura	La alumna practicante se muestra eficaz en su desenvolvimiento profesional y concluye con satisfacción la práctica.

Vo.Bo. Licda. Sonia Pappa
Catedrática de práctica profesional dirigida

Anexo 3

Cronograma de actividades

I Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad • La entrevista 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de conocimientos</p> <p>Diario de práctica</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p> <p>Comprobación Entrevista Psiquiátrica</p>	Enero, febrero
<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorios</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos</p> <p>Inicio de práctica</p> <p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>Investigación primer tema del Referente teórico</p>	Marzo
<p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p> <p>Marco de referencia de informe final (Capítulo 1)</p>	<p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/</p> <p>Dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p>	Abril

Evaluación psicológica Examen mental	Discusión de casos Elaboración de Marco de Referencia Aplicación examen mental	
---	--	--

II Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
<p>Análisis y aplicación de técnicas psicoterapéuticas:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas, Humanistas</p> <p>--Cognitiva-conductual, Sistémica, etc</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p> <p>Psicodramas</p> <p>Revisión temas de Referente teórico</p> <p>Atención de casos</p>	Mayo
Evaluación de casos y del trabajo de práctica	<p>Presentación y discusión de casos (Historias clínicas)</p> <p>Enviar cuestionarios de información</p> <p>Atención de casos individuales y familiares</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos</p>	Junio
<p>Psicopatologías encontradas</p> <p>Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él, por lo</p>	<p>Investigación de temas de referente teórico</p> <p>Exposición, análisis y discusión de casos</p> <p>Elaboración de Planificación y cronogramas de capacitación</p> <p>Ensayos en el aula</p>	Julio

menos 5	Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Planificación de proyecto de salud mental Entrega de 5 Historias clínicas completas	
Ejecución y elaboración de Proyecto de Salud Mental Elaboración de Capítulo 3 Referente Metodológico	Elaboración de Informes finales de casos Entrega de carta de agradecimiento para la Institución de práctica dada por la Universidad. Clausura de Práctica Ejecución de Proyecto de Salud Mental	Agosto

III Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales Elaboración de Capítulo 4 Presentación de resultados Primera revisión de informe final completo Segunda revisión de informe final	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Elaboración de resultados - Elaboración de gráficas y tablas Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Elaboración de Informe Final Correcciones semanales	Septiembre - octubre

Anexo 4

Planificación de talleres

Tema	Tiempo y Fecha	Competencia	Actividades	Material
La Autoestima	24 de Julio de 2013 9:00 am a 12:30 pm	Que la alumna Identifique la importancia de una autoestima sana Utilice herramientas cognitivas que favorezcan su autoestima	1. Dinámica inicial “ las frutas” 2 video “Mi complemento” 3 Actividad de reflexión 4 actividad “mi biografía”	Pliegos de papel manila Rota folios Mantas Material audiovisual

Tema	Tiempo y Fecha	Competencia	Actividades	Material
La inteligencia emocional	25 de Julio de 2013 2:30 A 4:30	Que la alumna Identifique las emociones mas frecuentes en su diario vivir. Conozca la forma de contrarrestar las emociones negativas	1. video “aceptado” 2 lectura y soluciones del trifoliar l “mis emociones” 3 Representación 4 Cancion infantil si me siento asi	Material audiovisual Trifoliar Lapiceros Rincón de dramatización

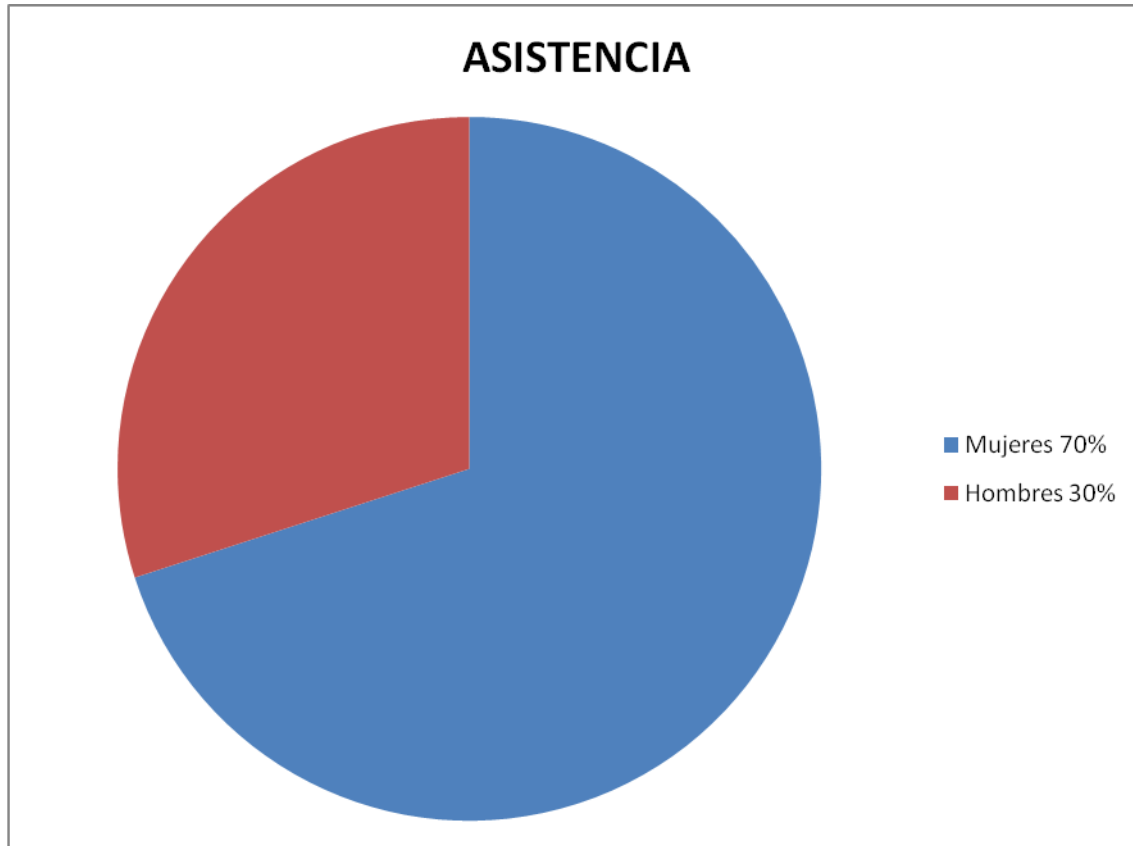
Tema	Tiempo y Fecha	Competencia	Actividades	Material
Recreación emocional	26 de Julio de 2013 2:30 A 5:30	Que la alumna Utilice métodos de relajación para evitar el estrés Disfrute de actividades de libre expresión	Dinámicas 1. estrategia de escape 2. el barco se unde 3. ñugi ñaga 4. guerra de agua 5. pelea de gallos	Lazos Pelotas Agua en bolsitas Espacio amplio Vendas para ojos

Tema	Tiempo y Fecha	Competencia	Actividades	Material
Consecuencias del estrés en la familia	9 de agosto de 2013 De 8:00 A 10:00	Que los padres de familia Manifiesten los efectos del estrés en su familia Reconozcan la importancia de la recreación familiar	Dinámica MI CASA Reflexión ¿Qué es el estrés? Exposición de lo que el estrés causa en las familias según las alumnas Dinámica LA SACUDIDA	Sillas

Anexo No. 5

Gráficas

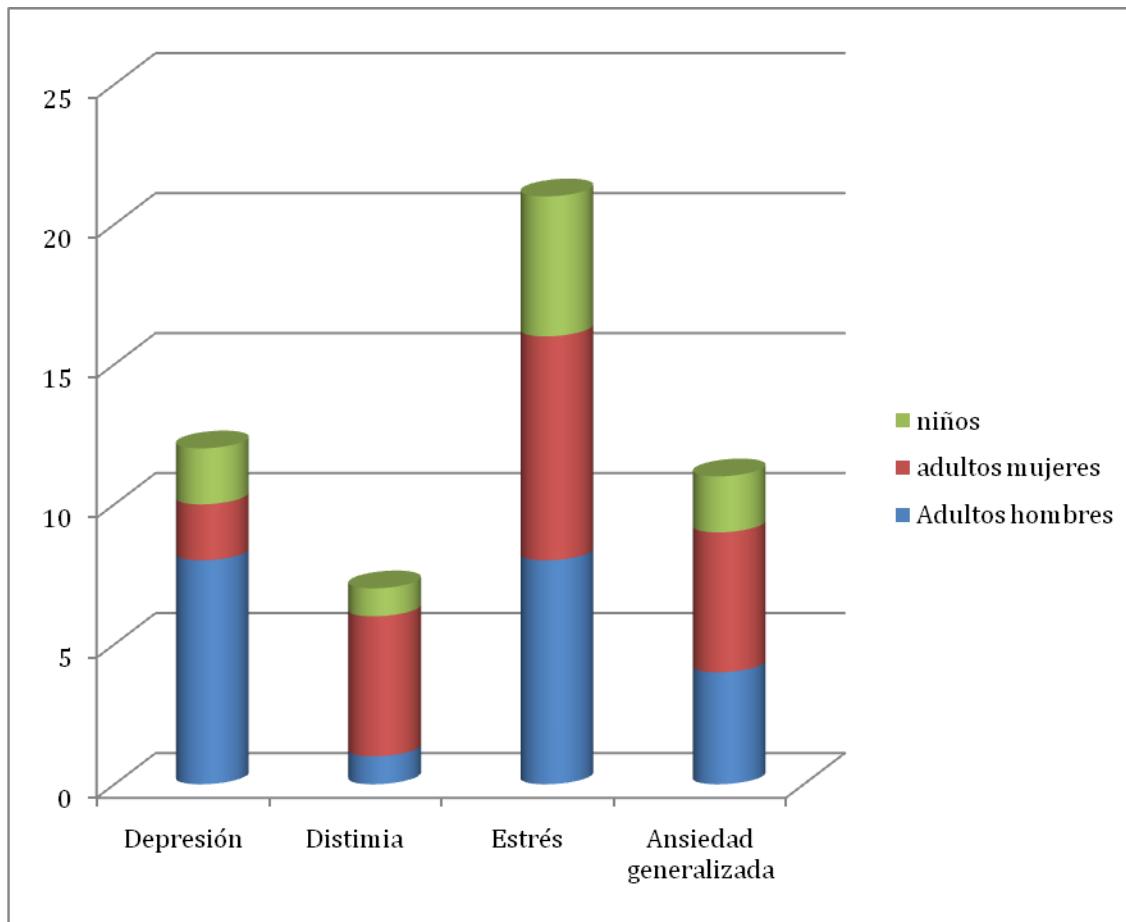
Gráfica 1 Asistencia de pacientes al centro de práctica



Fuente: Elaboración propia

La gráfica 1 representa la asistencia a psicoterapia, se puede visualizar que en un 70% asistieron más mujeres que hombres, quienes asistieron en un 30%.

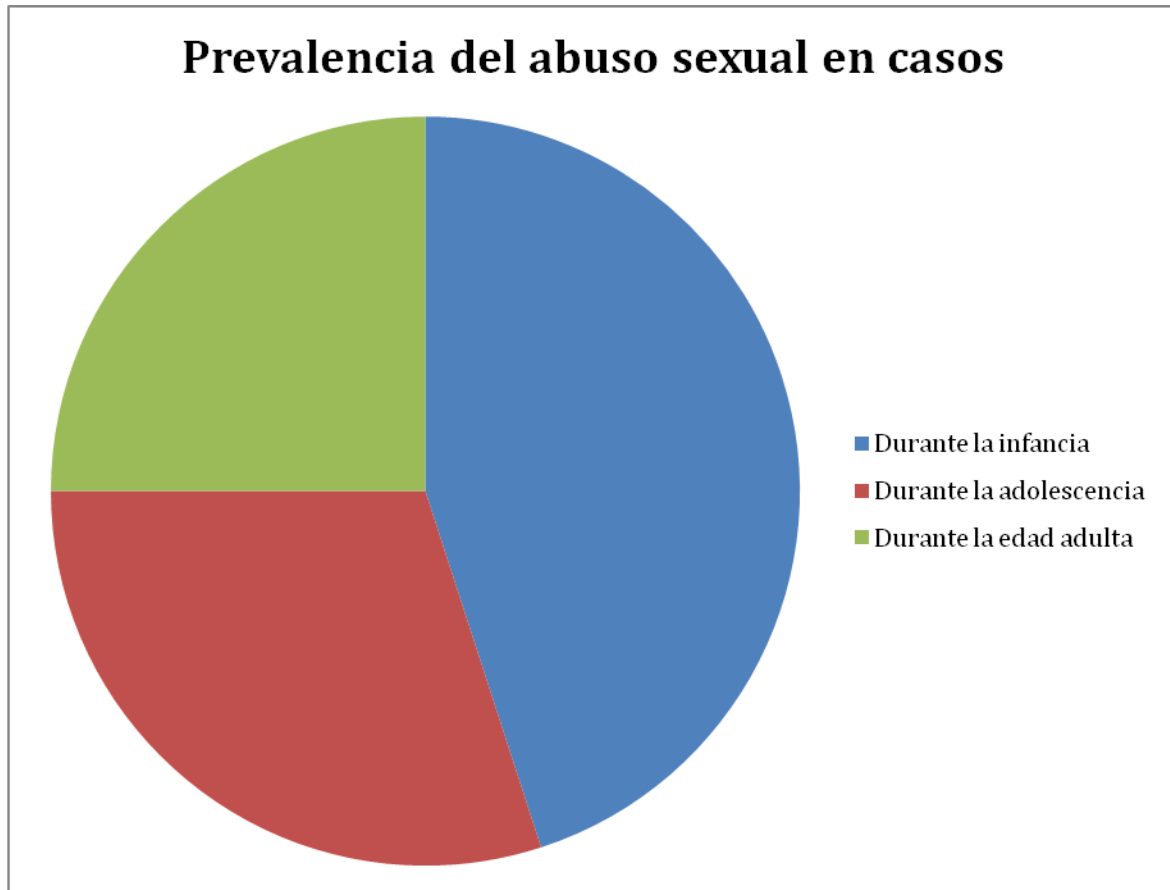
Gráfica 2 Casos atendidos con mayor frecuencia



Fuente: Elaboración propia

La gráfica representa que la patología más común era el estrés y la depresión, en su mayoría surgidos por algún tipo de abuso sexual.

Gráfica 3 Prevalencia de abuso sexual en casos atendidos



Fuente: Elaboración propia

La gráfica representa que la mayoría de víctimas, que se presentaron al centro de práctica en alguna etapa de la vida, habían sido víctimas del abuso sexual, en un 45% durante la infancia, un 35% durante la adolescencia y un 20% durante la edad adulta.