

**Abuso sexual infantil y su impacto en la construcción de la
personalidad de la víctima primaria**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Zandi Verenice Orozco Rodas (estudiante)

M.A. Rebeca Ramirez de Chajón (asesora)

Guatemala, febrero 2014

Autoridades de Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque
Secretario General

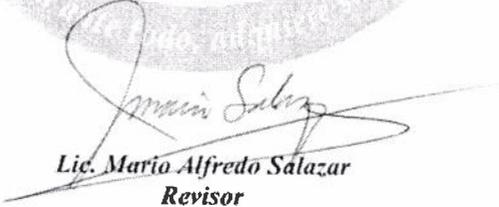
Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador Campus El Naranjo

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

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Abuso sexual infantil y su impacto en la construcción de la personalidad de la víctima primaria", Presentada por el (la) estudiante: Zandi Verence Orozco Rodas, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.

Guatemala noviembre dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Abuso sexual infantil y su impacto en la construcción de la personalidad de la víctima primaria". Presentada por el (la) estudiante: Zandi Verenice Orozco Rodas, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor

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

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Abuso sexual infantil y su impacto en la construcción de la personalidad de la víctima primaria". Presentada por el (la) estudiante: **Zandi Verónica Orozco Rodas**, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **Impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida**.*


Licda. Elizabeth Herrera
Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

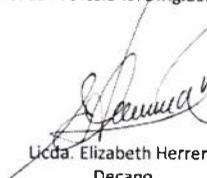
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Zandi Verenice Orozco Rodas
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social** de esta Facultad
solicita autorización para realizar su **Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decano



Dedicatoria / Agradecimiento

A Dios, por ser quien me ha dado la vida y la ha llenado de grandes bendiciones, a Él que con su infinito amor me ha brindado aprendizajes y experiencias de crecimiento espiritual, personal y profesional, llevándome de su mano y siendo en todo momento mi fuente de amor, sabiduría y fortaleza. Anhele honrar su nombre a través de mi trabajo y servicio a otras personas.

A mis padres, Merici Orozco e Ilma Rodas de Orozco, a quienes expreso mi más sincero agradecimiento y reconocimiento, ya que con su amor, sacrificio, paciencia y trabajo, han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente. Les dedico a ellos este logro, porque han sido mi ejemplo de esfuerzo, perseverancia y valentía, sus consejos y palabras de aliento, han representado incentivo para mi vida personal y profesional.

A mis hermanas, Karen y Amilza, les agradezco su cariño, lealtad, confianza y apoyo; ellas han sabido aconsejarme en mis decisiones y alentarme en los momentos difíciles.

A mis sobrinas: Mariana, Estrella, Dana e Isabella, les dedico también el cumplimiento de esta meta, que sea para ellas un ejemplo de que los sueños se pueden realizar, impregnándolos de pasión, esfuerzo y dedicación.

A Universidad Panamericana, casa de estudio que abrió sus puertas para que yo encontrara el camino profesional, aportando además a mi crecimiento personal, a través de su formación en principios y valores.

A mis catedráticos, les agradezco el tiempo, conocimiento, experiencia y sabiduría que han compartido conmigo. Por ser ejemplo e inspiración para ejercer con profesionalismo y calidez humana esta carrera.

A mis amigas y compañeras de estudio: Helen de León, Hilda Rivas, Claudia Ramos, Karla González y Carolina Aguilar, les agradezco su apoyo, motivación y cariño, su amistad ha sido de gran bendición en mi vida.

A todas las personas, profesionales e instituciones, que colaboraron conmigo en el transcurso de esta carrera, y que con sus vivencias, trabajo y experiencia, aportaron a mi crecimiento profesional y personal, les expreso mi agradecimiento de manera especial.

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	iii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Ubicación de la institución	2
1.3 Organización	3
1.4 Programas establecidos	4
1.5 Organigrama	9
1.6 Planteamiento del problema	10
1.7 Objetivos	11
Capítulo 2	
Marco Teórico	13
2.1 Abuso infantil	13
2.2 Niveles de incidencia de abuso sexual infantil en Guatemala	19
2.3 Victimología	25
2.4 Factores que constituyen la personalidad en la niñez y adolescencia	30
2.5 Factores de protección que favorecen el desarrollo personal de las víctimas primarias de abuso sexual infantil	41
2.6 Procesos psicoterapéuticos de abordaje en casos de abuso sexual infantil	42
Capítulo 3	
Marco Metodológico	57
3.1 Método	57
3.2 Metodología	58
3.3 Población atendida	61
3.4 Cronograma de actividades	62
3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida	63

Capítulo 4	
Presentación de Resultados	64
4.1 Análisis de resultados	64
4.2 Caso clínico	70
4.3 Logros	94
4.4 Limitaciones	95
Conclusiones	97
Recomendaciones	99
Referencias	101
Anexos	105

Resumen

El trabajo de investigación expuesto a continuación, está basado en el enfoque cualitativo de la investigación, presentando el estudio de un caso llevado a cabo en la Práctica Profesional Dirigida, como parte del proceso de formación técnico-profesional en psicología clínica y consejería social.

La investigación pretende establecer el impacto del abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad de la víctima primaria; para lo cual se contó con la información obtenida de los casos clínicos atendidos en Asociación La Alianza, institución que fungió como centro de práctica, donde la población atendida estuvo integrada por adolescentes y mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia.

El proceso de investigación inició con el desarrollo del capítulo uno o marco referencial, en el cual se describen aspectos generales de la institución donde se brindó la atención psicoterapéutica, conteniendo información como: ubicación, organización, programas llevados a cabo y la jerarquización del recurso humano y la incidencia de cada uno en el cumplimiento de la misión y visión de la institución. Así también, en este apartado se plantea la problemática a investigar, en este caso bajo la interrogante ¿De qué manera impacta el abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad de la víctima primaria? Esto permitió establecer los objetivos de trabajo y la delimitación del estudio.

Seguidamente en el capítulo dos o Marco Teórico, se desarrollan los temas: abuso sexual infantil, niveles de incidencia en el país, victimología, factores que constituyen la personalidad y abordajes psicoterapéuticos en casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual; temática que sustenta la investigación.

En el capítulo tres o Marco Metodológico se explica el uso de la metodología cualitativa, misma que representó mayor utilidad por el estudio de casos clínicos atendidos en psicoterapia, además se describe el proceso realizado en la Práctica Profesional Dirigida, donde se llevó a cabo la evaluación, diagnóstico y abordaje psicoterapéutico de las pacientes atendidas; como el propio

proceso de investigación. Finalmente en el capítulo cuatro, se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio investigativo, realizando un análisis teórico-clínico de la temática indagada; para luego dar paso a las conclusiones finales de la investigación y las recomendaciones pertinentes.

Introducción

La presente investigación surge a raíz de llevar a cabo el proceso de Práctica Profesional Dirigida en Asociación La Alianza, institución que alberga a niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil, donde la constante principal es el abuso sexual.

Pese a que la atención psicoterapéutica, no se brindó directamente a esta población, sino a las adolescentes que forman parte del programa de reintegración social que lleva a cabo la institución, luego de que las niñas cumplen con su estadía en la asociación por emanaciones legales; así como la atención brindada a las madres de las niñas y adolescentes institucionalizadas actualmente y personal de la asociación que tiene contacto directo con las menores. Existiendo en esta población atendida una característica común, en su mayoría, tanto madres de familia como trabajadoras de la asociación, había sufrido también de abuso sexual en la infancia.

Un caso en particular suscitó la investigación en la cual se correlacionara el abuso sexual infantil con la construcción de la personalidad, ya que se daba en las primeras etapas de desarrollo donde ésta última se encuentra en formación. La interrogante expuesta por la paciente hacía referencia a cómo sería su percepción e interpretación del entorno y por ende su comportamiento, si no hubiera sido víctima de abuso sexual en la infancia, pues era consciente que este evento había sido de gran impacto en su experiencia.

En Guatemala los altos índices de abuso sexual infantil demandan la apertura de instituciones que brinden protección a la niñez y adolescencia, quienes se ven desprotegidos principalmente, cuando los abusos sufridos son a manos de familiares. Referencias obtenidas de los casos reportados a las autoridades respectivas, sin embargo, un gran número de casos quedan fuera de estos datos por no ser denunciados. De tal manera que no se les brinda la atención necesaria y repercuten en otras afecciones tanto a nivel personal como social. En el sentido individual, se infiere cómo un evento de abuso sexual en la infancia puede influir en el constructo de personalidad que el individuo está formándose. Son diversos los factores que se involucran en esta relación de abuso y personalidad, mismos que varían de persona a persona, sin embargo,

para una comprensión general del tema, pueden ser clasificados en dos vertientes: factores de riesgo y factores de protección. Elementos que se consideran tanto previos a un hecho de abuso sexual, como luego de que éste ocurra. En ambos casos, la familia y el sustento emocional que ésta brinde o no a la víctima, junto a la asistencia estatal que se tenga, hacen una diferencia considerable para contrarrestar las consecuencias negativas que produce el abuso sexual en la salud mental del niño, niña o adolescente, concibiendo incluso rasgos de personalidad disfuncionales interpersonalmente, hasta trastornos de personalidad y otras psicopatologías.

En tal sentido la labor del profesional en psicología, cobra mayor importancia para brindar la atención oportuna y eficiente en estos casos, y propiciar una mejor calidad de vida para los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

Capítulo 1

Marco Referencial

1.1 Descripción de la institución

Asociación La Alianza (ALA) es una organización de carácter privado, no lucrativa, no religiosa, apolítica, social, cultural, educativa, humanitaria y de asistencia social; heredera de una larga tradición de trabajo a favor de la niñez y la adolescencia desamparadas del país y forma parte de Covenant House International; abrió sus puertas el 10 de diciembre de 2010, Día Internacional de los Derechos Humanos.

La institución tiene como finalidad primordial, contribuir en mejorar la calidad de vida de las niñas y adolescentes que se encuentran en situación de desamparo, que sufren violación a los derechos humanos en diferentes escenarios de la vida familiar, social, comunitaria, calle y les hace estar en condición de riesgo social. Entre la población también se encuentran niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales, violencia intrafamiliar, madres adolescentes en situación de alto riesgo, además de niñas y adolescentes víctimas de trata de personas, éste último considerado como uno de los problemas con mayor incidencia en Guatemala actualmente.

Asociación La Alianza, basa su trabajo en un enfoque de derechos, por ello se sirve, atiende y cuida de manera integral pero transicional y con fines transformadores a las niñas y adolescentes que se reciben. En la actualidad ALA, alberga en su residencia a 51 adolescentes, 3 niñas y 6 bebés, cifra que se incrementa constantemente.

Asociación La Alianza ofrece atención integral a su población, lo que significa cumplir con los parámetros de seguridad, educación y cuidados para las niñas y adolescentes, lo cual incluye el diseño de un plan de vida para cada una según sus particulares circunstancias, procesos de educación formal e informal, alimentación balanceada, servicios médicos y psicológicos

especializados y personalizados, apoyo y acompañamiento legal para cada caso, y programas de capacitación en áreas técnicas y vocacionales.

1.1.1 Misión

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

1.1.2 Visión

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

1.2 Ubicación de la institución

Asociación La Alianza, se encuentra ubicada en el límite territorial del municipio de Mixco (Zona 2) y el municipio de Guatemala (zona 11), ambos del departamento de Guatemala. Esta dirección hace que la institución sea de fácil ubicación y acceso; ya que se encuentra dentro del casco urbano. La dirección domiciliar es 13 avenida 0-37 zona 2 de Mixco, Colonia la Escuadrilla, a un costado de la Calzada Roosevelt.

1.3 Organización

Asociación La Alianza cuenta con los recursos humanos y de infraestructura oportunos para llevar a cabo la labor de la institución. En cuanto al recurso material, ALA cuenta con dos edificios de dos plantas cada uno, en el primero se localiza las oficinas administrativas, donde se ubican los departamentos de recepción, procuración, psicología, psiquiatría, trabajo social, recursos humanos, área administrativa, comedor, sala de juntas y salón de usos múltiples. El segundo edificio es llamado “Residencia”, y es donde permanecen las adolescentes, niñas y bebés atendidos; este inmueble cuenta con dos cabañas, una para niñas y adolescentes, y otra para madres adolescentes, cada cabaña cuenta con tres niveles, distribuidos de la siguiente manera:

Nivel uno: “Orugas”, es el módulo de integración, en el cual se ubican a las niñas y adolescentes de primer ingreso.

Nivel dos: “Capullo”, es el módulo de reconocimiento, aquí se ubican a las niñas que ya son conscientes de la situación que las ha traído a la institución.

Nivel tres: “Mariposa”, módulo de fortalecimiento, donde se encuentran las niñas y adolescentes que ya han pasado por el proceso de adaptación y manejo de la situación conflictiva inicial.

La cabaña de madres adolescentes cuenta con una sala cuna, en la cual bebés reciben estimulación temprana. Adicionalmente en este edificio se encuentran las áreas de cocina, comedor, enfermería, sala de visitas, área verde y patio de juegos.

En cuanto al recurso humano de la institución, se encuentra encabezado por la Directora Nacional del proyecto, quien vela por el cumplimiento de planear, organizar, dirigir, integrar, controlar, supervisar las funciones de toda la organización; una Directora de Programas, quien es la encargada de planificar, organizar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y evaluar las actividades de las áreas de programas de la Asociación; una Directora de Desarrollo quien ejecuta las labores profesionales para la gestión, organización y seguimiento de programas y proyectos con agencias, personales individuales y cooperación, un Directora Administrativo Financiero quien es la encargada de definir las políticas administrativas y financieras, y modelos para su

aplicación, así como coordinar actividades para el óptimo funcionamiento de las instalaciones y optimización de los recursos con que cuenta la institución.

Una Directora de Personal e Informática quien tiene como función principal organizar, planificar, controlar, supervisar, evaluar y coordinar las actividades que desarrollan el capital humano y tecnología de acuerdo al marco filosófico de la asociación. Seguidamente en la jerarquía se suman dos Trabajadoras Sociales, quienes tienen a su cargo la intervención social en los niveles individual, familiar, grupal y comunitario; dos psicólogas, quienes se encargan del acompañamiento psicológico directo con las niñas y adolescentes residentes; dos licenciados en procuración, quienes brindan acompañamiento y seguridad legal a las niñas y adolescentes; ocho educadoras, quienes tienen el cuidado permanente de las niñas y adolescentes; un contador, encargado de las actividades contables y estados financieros; una asistente administrativa, encargada de llevar la agenda de trabajo de la gerencia que asiste; un piloto, encargado de conducir los vehículos motorizados para cumplir las diferentes diligencias de trabajo; dos cocineras, encargadas de la preparación de la alimentación de las residentes; una persona de mantenimiento, quien organiza y coordina las actividades de mantenimiento de las oficinas y las áreas a cargo. Este equipo de trabajo pende a nivel nacional del Consejo Nacional de Adopciones, que a su vez se rige por las emanaciones de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República.

1.4 Programas establecidos

Asociación La Alianza, se basa en cuatro ejes de trabajo: Eje uno: Sensibilización y Educación Pública, el cual consiste en sensibilizar, formar e informar preventivamente a actores claves de los sectores público y privado, así como a amplios sectores de la sociedad guatemalteca, en los temas de trata de personas y de la doctrina de protección integral de la niñez, identificando las responsabilidades y acciones de intervención que competen a cada actor y sector. Eje dos: Protección y abrigo, el objetivo es ofrecer una atención integral a nuestra población residente mediante un proceso sistemático de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación de la

autoestima, y preparación para su adecuada reintegración a los entornos familiar y comunitario, contando con un equipo multidisciplinario, profundamente comprometido y muy profesional.

Eje tres: Apoyo legal, el fin es apoyar a la niñez y adolescencia víctima de trata o d otro tipo de violación a sus derechos, dentro de las instalaciones residenciales y más allá, con el fin de acompañar y dar seguimiento a sus casos en el sistema de justicia, y garantizar que sus derechos sean plenamente respetados. Eje cuatro: Incidencia, se establecen alianzas, forma parte de redes, movimientos, coaliciones que coordinan a distintos niveles, con el fin de apoyar estratégicamente a la niñez y adolescencia desamparada del país. Contribuye también a impulsar leyes, políticas públicas o acciones específicas de beneficios para la niñez y adolescencia de Guatemala.

Estos puntos de trabajo han dado paso a la creación y ejecución de los siguientes programas:

1.4.1 Área de Psicología

1.4.1.1 Programa residencial en la etapa uno: Integración

La etapa de integración, es el punto inicial de la atención de las adolescentes que ingresan a la Asociación La Alianza. En esta etapa se orientará a la adolescente en cuanto a los principios y valores institucionales, los distintos programas que se trabajan, la estructura institucional. Se pretende que en esta etapa, las adolescentes que ingresan puedan adaptarse en el tiempo que de acuerdo a su situación individual les tome para que cuando presenten avances en los distintos espacios de su vida (relaciones sociales, la estructura del programa, la continuidad a su proyecto de vida, y un proceso psicológico que le permita la catarsis y la profundización de las temáticas que le afectan), puedan integrarse a la etapa dos.

1.4.1.2 Programa residencial en la etapa dos: Reconocimiento

Esta etapa de atención, está enfocada en el seguimiento de los avances que se han dado en la etapa uno, por ejemplo la creación de rutinas, la claridad de las metas en cuanto a los proyectos de vida individuales. Se dará seguimiento a los avances y se plantearán nuevos retos que

permitan que las adolescentes se preparen para la vida independiente. Es aquí donde la red de apoyo externa a la residencia, por ejemplo la familia nuclear o extendida, toma especial relevancia y, en los casos en los que esto es posible, se pretende enfocar el trabajo en lograr las condiciones básicas que le permitan la reinserción. En aquellos casos en los que las familias se constituyeran como un espacio de riesgo, el trabajo se enfocará en la búsqueda de apoyos externos, por ejemplo becas de estudio, la búsqueda de alternativas para que se le pueda dar continuidad a los estudios, las capacitaciones, entre otros.

1.4.1.3 Programa residencial en la etapa tres: Fortalecimiento

El trabajo a desarrollar en esta etapa, se enfoca en el acompañamiento y análisis de los temores y las expectativas con relación a su reintegración familiar, social y/o en vida independiente. Posterior a la salida de la adolescente de la residencia, se realizará un proceso de seguimiento para evaluar los avances, los posibles riesgos y apoyarle en lo que necesite para garantizar un proceso favorable.

1.4.2 Área de Trabajo Social

1.4.2.1 Etapa uno. Integración

Ciclo de inserción residencial, que conlleva una fase de documentación inicial, la verificación del motivo del ingreso, recopilación de información preliminar del caso, propiciar un primer acercamiento institucional brindando información del Programa Residencial que trabaja Asociación La Alianza.

Propiciar en las niñas y adolescentes, que sean referidas al Programa Residencial un ambiente de confianza y empatía hacia la institución y su equipo de colaboradores quienes le brindarán una atención integral de abrigo y protección.

Durante el proceso de atención social personalizado, se realizará la investigación del caso, la cual permitirá elaborar el diagnóstico y tratamiento sugerido para cada niña y adolescente atendida, a su vez permitirá socializar en el equipo integral en salud, la información recopilada.

En esta etapa de integración se tendrá el primer contacto con familia lo cual permitirá abordar la realidad social y económica de la adolescente propiciándose un acercamiento con el núcleo familiar.

1.4.2.2 Etapa dos. Reconocimiento

Esta parte del proceso es importante, ya que se identifican las fortalezas y debilidades encontradas a través del diagnóstico social tanto a nivel socio-familiar como también a nivel individual. La intervención social a nivel comunitario es fundamental, por lo que se buscarán las opciones educativas que se adecuen al perfil de las adolescentes atendidas que así lo requieran. Se buscarán alternativas de educación informal si fueran necesarias, se brindará apoyo en las actividades cotidianas en las residencias. En esta fase de transición ya se han identificado las capacidades individuales, debe de existir un nivel de aceptación personal, para propiciar los encuentros familiares, además ejecutar acciones que busquen la reinserción al entorno familiar o prepararlos para una vida independiente, con un plan de vida a futuro inmediato. Todo lo descrito requiere un acompañamiento constante de trabajo social, para identificar, los avances y limitantes de cada caso. La intervención comunitaria será un elemento que definirá los procesos psicosociales a utilizar, por ejemplo el apoyo emocional y psicológico que se tenga que brindar a los grupos familiares. Esta parte se trabajará en coordinación con la profesional de Psicología.

1.4.2.3 Etapa tres. Fortalecimiento

Dentro de la residencia, se ha logrado la integración de la adolescente con su grupo, se ha reconocido, aceptado y ha tenido un reencuentro con su grupo familiar, se han identificado las opciones de vida futura, se han preparado social y psicológicamente para integrarse a la sociedad, se considera que se han restituido sus derechos que con anterioridad fueron violentados. En esta

etapa se evalúa si existe la posibilidad de acogimiento familiar para proceder, si las instancias legales lo consideran pertinente, se lleva a cabo la desinstitucionalización, con un debido proceso de seguimiento y monitoreo en el área de intervención comunitaria.

1.4.1 Área Médica

1.4.1.1 Preventivo

Este programa tiene como finalidad: programar, organizar y orientar las actividades de promoción y conservación de la salud, así como la prevención de enfermedades de la forma siguiente:

- a) Coordinar y controlar todas las acciones de promoción y prevención en salud por medio de la puesta en marcha de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación.
- b) Proporcionar información relacionada a temas de interés a grupos de NNA de acuerdo a edad y sexo.
- c) Educar al personal que está a cargo de todas las internas, sobre medidas de higiene para prevenir enfermedades transmisibles.
- d) Adiestrar al personal, acerca de primeros auxilios y conductas y acciones ante la presencia de desastres.

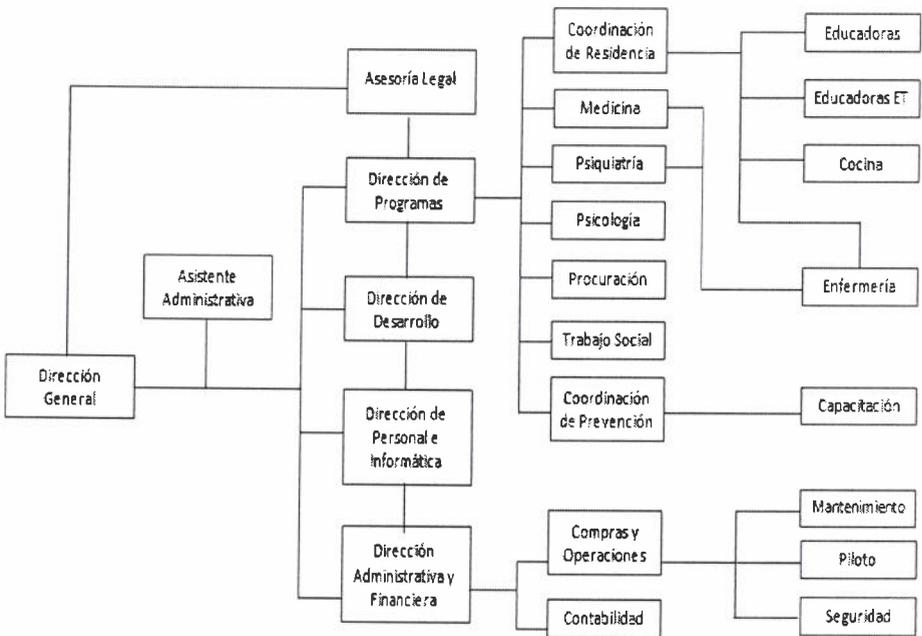
1.4.1.1 Curativo

Este programa, consiste en reaccionar ante las emergencias de salud que se presenten conforme a los tratamientos que corresponda.

- a) Realizar visita médica urgente, al presentarse un cuadro agudo de patología que ponga en riesgo la vida del niño, niña y adolescente.
- b) Brindar el tratamiento pertinente, o bien referir al niño, niña o adolescente a un centro del sistema de atención pública según corresponda.
- c) Realizar consulta médica una vez por semana a todo aquel paciente que aqueje de algún síntoma o signo de enfermedad.

1.5 Organigrama

Asociación La Alianza



Fuente: Asociación La Alianza.

1.6 Planteamiento del problema

En los casos de niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, se ha observado un cuadro sintomatológico emocional, que despliega esencialmente elementos como falta de autoestima, desvaloración, vergüenza, culpa, desesperanza, además tienden a conductas agresivas u hostiles, así también al aislamiento o aplanamiento afectivo, manifestando timidez y/o represión, las niñas y adolescentes expresan desconfianza ante su entorno, ya que regularmente los victimarios de los abusos han sido personas cercanas a ellas, esto también es evidencia de la inadecuada comunicación con los padres o cuidadores primarios, en la mayoría de los casos la ausencia de los padres es evidente, por cuestiones de trabajo o abandono; así también es evidente la expresión de temor, sentimientos de vacío, expresión emocional superficial, que conlleva a que las niñas y adolescentes sean fácilmente influenciadas, lo que implica que la denuncia o el cese del abuso se dificulte.

Las causas de fondo en estos casos, por lo regular es la negligencia y desprotección de los padres, desintegración familiar, disfunción en los roles familiares, escasa red de apoyo, entre otros.

Estas situaciones en mención, repercuten en las niñas y adolescentes, en áreas generales como: problemas académicos, sociales y existenciales; el rechazo familiar y social es evidente, además de la estigmatización y la revictimización. Muchos de estos casos también han repercutido en embarazos no deseados y por ende en abortos o madres adolescentes, estas situaciones y la carencia de apoyo de familiares, o en varios casos, donde algún familiar cercano es el abusador, repercute en que las niñas y adolescentes deben ingresar a programas legales, donde las consecuencias son separarse de su núcleo familiar y social, mismo que representa riesgo para su integridad y esto conlleva a que la niña o adolescente sea institucionalizada.

De manera específica se puede incidir que el abuso sexual en la infancia puede tener repercusiones en relaciones afectivas inestables, conducta dependiente, inestabilidad emocional, represión o sumisión en las relaciones afectivas, impulsividad o exposición a situaciones de peligro, dificultan en el establecimiento de límites, conductas de autoagresión, consumo o abuso

de sustancias, comportamiento sexual inadecuado o bien problemas clínicos de depresión, ansiedad, conducta alimentaria, somatización, incluso en trastornos o rasgos de trastornos de personalidad.

Ante estos cuadros sintomatológicos y las implicaciones del propio abuso, como de los causantes, es imprescindible fortalecer la valía personal de la niña o la adolescente, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, identificar redes de apoyo familiar o social que representen protección, identificar y fortalecer capacidades, habilidades y fortalezas. Además desarrollar resiliencia, comunicación asertiva y proyecto de vida.

Por lo anterior expuesto, se genera la siguiente interrogante:

¿De qué manera impacta el abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad de la víctima primaria?

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar el impacto del abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad de las víctimas primarias.

1.7.2 Objetivos específicos

- Enlistar los principales indicadores conductuales que manifiestan los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Identificar los niveles de incidencia de abuso sexual infantil en Guatemala.
- Analizar los factores de riesgo predisponentes de conflictos psicológicos en las víctimas primarias de abuso sexual infantil.
- Determinar los efectos en la construcción de la personalidad de niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual.

- Estimar los factores de protección que favorecen el desarrollo personal de las víctimas primarias de abuso sexual infantil.
- Enlistar los procesos psicoterapéuticos de apoyo a niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Estructurar un documento psicoterapéutico de aporte a Asociación La Alianza, centro donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Abuso infantil

Se entiende como abuso o maltrato infantil a toda acción u omisión relacionada con el cuidado, atención y afecto que perturbe la salud física y mental de un niño, niña o adolescente. En palabras del psicólogo Miguel Costa Cabanillas (2002), definir el abuso o maltrato “implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño. Y aquí reside precisamente la gran dificultad para definirlo, ya que hay una falta de consenso social respecto a lo que constituyen formas de crianza peligrosas e inaceptables. Resulta difícil establecer la raya de separación entre lo que es un maltrato y lo que no lo es”.

Según la Organización Mundial de la Salud, “el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato (...) que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

El abuso infantil, es un problema a nivel mundial, pese al abordaje que el sistema sanitario brinda al respecto, el maltrato infantil sigue siendo una de las problemática de mayor incidencia social, especialmente en países subdesarrollados.

Si además del abuso infantil como tal, se le agrega el factor intrafamiliar, es decir maltratos que ocurren en el seno de la familia, se incrementan las causas que contribuyentes a la problemática social que actualmente se vive en el país; cuyo producto último es el aumento en la incidencia criminal, lo que resulta evidente para la sociedad, pero no hay que menospreciar el impacto que ocasiona en la propia percepción del individuo y que repercute en su dinámica familiar y social. El maltrato destruye el núcleo familiar, al romper los lazos de confianza y amor que son fundamento mismo de ella. El uso de la violencia por parte de los padres y/o cuidadores pone en

tela de juicio la realidad de afecto de los progenitores hacia los hijos, así como del cumplimiento de su rol y responsabilidades dentro de la dinámica familiar.

2.1.1 Tipos de abuso infantil

Existen distintos tipos de maltrato infantil, dentro de ellos: el abuso sexual, el abuso físico, el abuso emocional o psicológico, el abuso intelectual y la negligencia o abandono.

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

Por su parte el abuso físico, es una de las formas más comunes de maltrato infantil en la actualidad, este tipo de abuso refiere aquellos actos violentos donde se transgrede la integridad física del niño, niña o adolescente, dentro de esta categoría se encuentra el abuso físico evidente y encubierto, los cuales incluye actividades tales como golpes, quemaduras, estrangulación, tirar el pelo, bofetadas, pellizcos, abuso disfrazado de disciplina, nutrición física insuficiente o excesiva, observar el abuso físico por otros, es decir el cuerpo del niño, niña o adolescente no es tratado con respeto o no se le brinda la seguridad que requiere.

El abuso emocional o psicológico se presenta con frecuencia en el maltrato infantil, toma la forma de abuso verbal y social, de carácter activo o pasivo, es decir que agrede a la estabilidad emocional del niño, niña o adolescente, de forma continua y sistemática, el objetivo de dicho comportamiento es hacer sufrir a la víctima mediante la intimidación, culpabilización, desvalorización, vejámenes, humillaciones, rechazo, devaluación, aprovechando el afecto o apego que el niño, niña o adolescente tenga hacia el agresor. El abuso emocional o psicológico,

es el tipo de maltrato infantil más difícil de identificar y evaluar, por lo que la gravedad se estima según su frecuencia e impacto psicológico que ocasiona a la víctima.

Un tipo de maltrato infantil poco abordado es el abuso intelectual, el cual hace referencia a la falta de apoyo u orientación al niño, niña o adolescente en cuanto a sus ideas, pensamiento y métodos para solucionar problemas, es decir, se ridiculiza o ataca el pensamiento del niño, niña o adolescente, no se le permite pensar por sí mismo (a), no se le apoya cuando tiene ideas distintas a la de los progenitores o ambiente sociocultural, sobreprotección de los padres o cuidadores, no se atiende o no se resuelven las dudas, entre otros.

Finalmente la negligencia o abandono, también es tipificada como un tipo de abuso infantil, esto se refiere a la falta de proveer las necesidades básicas de un niño, niña o adolescente por parte de sus padres o personas encargadas. Se define como aquella situación donde las necesidades de alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación, cuidados médicos y actividades cognitivas básicas no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, niña y adolescente.

2.1.2 Indicadores de abuso sexual infantil

Usualmente las situaciones de abuso sexual infantil son descubiertas por la observación directa de la conducta del niño, niña o adolescente, por los síntomas fisiológicos, y en menor incidencia porque el (la) propio (a) niño, niña o adolescente revela la situación; en los casos donde ocurre un único episodio de abuso sexual y es perpetrado por extraños, y donde existen figuras familiares protectoras, al niño, niña o adolescente le resulta más fácilmente develarlo. Caso contrario al abuso sexual intrafamiliar o ejercicio por personas cercanas a la familia, donde además suele suceder de manera reiterada, los niños, niñas y adolescentes son generalmente obligados a guardar silencio por los adultos implicados en el abuso, por lo que es necesario tener presente esta posibilidad y buscar activamente signos o indicadores que confirmen o refuercen la sospecha que exista.

La sospecha de que un niño, niña o adolescente viva situaciones de abuso sexual puede surgir a través de indicadores físicos, indicadores emocionales y de comportamiento. Esto no quiere decir que al existir un solo indicador, no es necesariamente síntoma o señal de abuso sexual, debido a que estos indicadores no conforman un cuadro unificado y diferenciado, pudiendo estar presentes en otros cuadros psicopatológicos de la infancia.

Según estudios realizados por la organización no gubernamental *Save the Children International*, refieren los siguientes indicadores de abuso sexual infantil:

2.1.2.1 Indicadores o síntomas físicos

- Enrojecimiento y /o dolor en los genitales.
- Marcas extrañas en el cuerpo, moretones, mordeduras, brotes, rasguños, entre otros.
- Presencia de enuresis (incontinencia urinaria) o encopresis (defecarse).
- Infecciones urinarias.
- Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Aumento general de trastornos somáticos tales como: dolores de estómago, cabeza, entre otros.
- Tono de voz o lenguaje propio de un niño o niña más pequeño.
- Embarazo temprano de 9 a 14 años particularmente.
- Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse en frente de otros.
- Comerse las uñas, los dedos, los labios, hasta romperlos, infectarlos o hacerlos sangrar.
- Adolescentes mujeres, involucradas en pornografía o prostitución.
- Adolescentes mujeres, que desean casarse jóvenes para salir de sus hogares o situaciones abusivas.
- Comportamiento seductor u obsesivo en relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas.
- Masturbación excesiva.

- Tendencia a abusar sexualmente, particularment de parientes o amigos menores en edad.
- Sentimientos de disociación, es decir, el o la adolescente tiene la sensación de que se está viendo a sí mismo (a) como en un sueño.
- Temor a la homofobia en los adolescentes varones (miedo a ser considerados homosexuales, temor y odio hacia los homosexuales).

2.1.1.2 Indicadores o síntomas emocionales

- Hacia el agresor y/o familiares: desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar, conducta antisocial.
- Hacia sí mismo/a: vergüenza, culpa, estigmatización, baja autoestima e histeria.
- Tono afectivo: ansiedad, angustia, depresión, entre otros.
- Sexualidad: exceso de curiosidad, precocidad de conductas, prostitución infantil.
- También puede provocar problemas del sueño y/o comida, problemas escolares y falta de concentración.
- Labilidad emocional.
- Temor hacia los adultos en general.
- Comportamiento mucho más tímido de lo normal
- Comportamiento más dependiente de los padres de lo usual.
- Hiperactividad.
- Incapacidad de concentrar la atención en algo por mucho tiempo.
- Comportamiento regresivo, propio de un niño, niña o adolescente de menos edad.
- Comportamiento sexual inadecuado para la edad, en la relación con otros niños, niñas y adolescente en dinámicas lúdicas.
- Incapaz de relacionarse bien con los pares.
- Comportarse en forma muy agresiva generalmente, llega a pelear con otros (as).

- Temeroso (a) de alguien en particular, o por el contrario quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial.
- Comportamiento como si nada en el mundo le interesara.
- Temor a la oscuridad.
- Muy somnoliento (a) en la escuela.
- Ticks nerviosos en la cara.

2.1.2.3 Indicadores o síntomas conductuales

- Conducta sexual precoz.
- Práctica de juegos sexuales precoces.
- Mayor exposición a una nueva situación de abuso. Debido al desarrollo de conductas sociales precoces y a la constante búsqueda de afirmación de su persona, el niño abusado busca el contacto íntimo con otros.
- Tendencias obsesivas: comprar y limpiar en exceso, abuso de sustancias.
- Fuga del hogar.
- Sentarse al filo de la silla y con los brazos cruzados, producto de la gran inseguridad que les aqueja.
- Posición encorvada del cuerpo (hombros hacia delante), lo que refleja su sentimiento de inseguridad y vergüenza.
- En algunos casos, dificultad en la coordinación de sus movimientos.
- Comportamientos extremos de acuerdo a sus rasgos de personalidad, que van de ser muy callados y reservados, con un comportamiento de extrema sumisión, hasta tener conductas hiperactivas, agresivas o inadaptadas.
- Temor, ante las figuras de autoridad o adultos cercanos.
- Vergüenza de su propio cuerpo, lo consideran sucio, feo, y poco atractivo, lo que los lleva a desarrollar conductas de seducción y/o promiscuidad para probarse a sí mismos que tienen valor para los demás y que son deseables.

2.2 Niveles de incidencia de abuso sexual infantil en Guatemala

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 20 por ciento de las mujeres y 5-10 por ciento de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en su etapa de niñez, mientras que 25 a 50 por ciento de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que cada hora un niño o niña es víctima de violencia sexual en Guatemala y sólo en el 2012 el Ministerio Público (MP) recibió 4 mil 367 denuncias relacionadas con este delito; mismas que han sido tipificadas como agresiones sexuales, violaciones y violación a la intimidad sexual de menores de edad, ésta misma entidad refiere que los datos estadísticos revelan que los departamentos con las más altas tasas de abuso sexual infantil son: Escuintla, Alta Verapaz, Suchitepéquez y Huehuetenango. Sin embargo, según referencia de la Organización No Gubernamental “El Refugio de la Niñez”, éstas cifras representan una parte de la realidad nacional, ya que se deben estimar los casos que no son denunciados, además de que muchos de estos delitos quedan impunes.

Según referencias de la Comisión Nacional Contra el Maltrato y Abuso Sexual Infantil (CONACMI), en el año 2010 alrededor de 11 mil 500 niños y niñas, fueron víctimas de abuso sexual, 7 mil víctimas de maltrato físico infantil y 1 mil 200 sufrieron lesiones por negligencia de los adultos, cifras que son resultado de las investigaciones de casos atendidos en todos los hospitales públicos y centros de salud del país.

Miguel Ángel López, comisionado de Conacmi, refiere: "Revisamos las boletas de los hospitales nacionales y esta información nos permitió que el país dimensionara la magnitud del problema del maltrato infantil". En dicha investigación se demuestra las siguientes evidencias de maltrato infantil: quemaduras, lesiones, fracturas, infecciones de transmisión sexual, violaciones, trata de personas, como encabezado de una larga lista de vejámenes que sufren los niños, niñas y adolescentes, donde una de las características que llama más la atención es, que los victimarios usualmente se encuentran en el entorno familiar o social cercado del menor de edad. "Nueve de

cada 10 casos, los agresores son familiares, y en ocho de cada 10, el abuso se cometió en la casa del menor" datos expuestos por Conacmi.

Por su parte el director administrativo de la institución citada, Haroldo Quevedo, indica: "En los primeros 8 meses de este año (2013), más de 1,000 niñas menores de 15 años han dado a luz, eso es sólo la punta de todo el iceberg que es gigantesco, porque hay muchas chicas abusadas que no llegan a quedar embarazadas, así que el número es enorme".

Por su parte Nora Montoya, de la no gubernamental Fundación Sobrevivientes, la cual ofrece atención social, psicológica y legal a mujeres, adolescentes, niños y niñas abusados en Guatemala, refiere que la fundación atienden entre 25 y 40 casos diarios de violencia intrafamiliar, donde a menudo se detectan abusos sexuales a los menores. Asimismo, Marco Antonio Garavito, representante de la Organización No Gubernamental "Liga Guatemalteca de Higiene Mental", indica "las denuncias y la visibilización del problema han aumentado gracias al trabajo de movimiento sociales".

En el caso de los abusos sexuales, Marco Antonio Garavito refiere: (...) "la situación evidencia la falta de educación formal sobre sexualidad y la existencia de muchos tabúes sobre el tema, razón que hace muy importante la discusión de este asunto en el hogar, ya que muchos niños y niñas ni siquiera han llegado a la escuela y ya son víctimas de sus familiares".

2.2.1 Factores de riesgo del abuso sexual infantil

El mayor factor de riesgo con respecto al abuso sexual infantil es la ignorancia. Es importante abordar el tema con los niños, niñas y adolescentes, utilizando la terminología adecuada para su edad. Para esto es imprescindible la comunicación y relación familiar, misma que incide en los factores siguientes:

- Falta de educación sexual
- Baja autoestima
- Carencia afectiva

- Actitud pasiva
- Dificultades en el desarrollo asertivo
- Tendencia a la sumisión
- Aislamiento social
- Timidez o retraimiento
- Inadecuada comunicación con los progenitores o las figuras de autoridad

Elementos que exponen en mayor medida al niño, niña o adolescente a ser víctima de abuso sexual, tanto en la propia dinámica familiar como en su contexto social cercano.

2.2.2 Factores de protección ante el abuso sexual infantil

Los factores protectores ante el abuso sexual infantil en nuestro país, corresponden a la esfera personal, familiar, escolar y social. Elementos que integrados influyen en la prevención o amparo de los niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso sexual.

2.2.2.1 Esfera personal

- Reconocer partes del cuerpo.
- Identificar partes íntimas (genitales).
- Conocimiento de los derechos y responsabilidades individuales.
- Límites adecuados en la relación con pares y con adultos.
- Reconocer los distintos tipos de caricias, por las partes del cuerpo en que se dan (partes visibles y partes privadas) y sentimientos que provocan (vergüenza, alegría, entre otros.).
- Normas de seguridad familiar (dirección y teléfono de casa)
- Identificación de personas de confianza dentro y fuera de la familia.
- Diferenciar responsabilidad sobre hechos (reconocimiento de daño evidente) y culpas atribuidas (trasladar idea y responsabilidad de daño).

- Diferenciar entre información que se debe guardar y secretos que no deben ocultarse.
- Concepto del abuso sexual e identificación acorde a la edad.

2.2.2.2 Esfera familiar

- Promover diálogo y comunicación.
- Incentivar actividades compartidas e intercambio de ideas y experiencias cotidianas.
- Buscar estrategias adecuadas de disciplina.
- Expresar afecto con gestos y actitudes.
- Enseñar que respeto no es sumisión, que pueden decir no, a los adultos cuando las propuestas que les hagan no son claras, los disgusten o incluyan guardar secretos.
- Desechar idea que lo que sucede en casa es asunto privado y no es asunto de nadie más.
- Asegurarles a los niños, niñas y adolescentes que los progenitores o figuras de autoridad, estarán dispuestos a ayudarlos en cualquier problema y demostrarlo con actitudes reales.
- Promover trato igualitario entre los sexos.
- Revisar las actividades que pueden realizar solos y aquellas que requieren orientación y/o supervisión.
- Estar atentos a la conducta de sus hijos e hijas, y buscar ayuda cuando sea necesario.

En cuanto a las áreas escolar y social, se rigen a las emanaciones jurídicas legales, temas a bordar en los enunciados que continúan.

2.2.2.1 Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia en Guatemala

La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia es una ley que funciona como un instrumento jurídico de integración familiar y promoción social, que persigue lograr el desarrollo

integral y sostenible de la niñez y adolescencia guatemalteca, dentro de un marco democrático e irrestricto respecto a los derechos humanos. Todo ello de acuerdo al Decreto 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala.

En relación a la temática planteada se hace referencia puntual a los siguientes artículos:

Ley de Protección integral de la niñez y adolescencia	Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas	Ley contra la violencia intrafamiliar	Ley de desarrollo social
<p>ARTÍCULO 11. Integridad. Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.</p> <p>ARTÍCULO 50. Seguridad e integridad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la protección contra el secuestro, el tráfico, la venta y trata para cualquier fin o en cualquier forma. El Estado deberá desarrollar actividades y estrategias de carácter nacional, bilateral y multilateral adecuadas para impedir estas acciones.</p> <p>ARTÍCULO 54. Obligación estatal. El Estado deberá adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para</p>	<p>ARTÍCULO 8. Protección. Es la pronta, integral y efectiva intervención de la autoridad competente para garantizar a la víctima el acceso a medidas administrativas o judiciales que eviten la continuidad de la amenaza, restricción o violación de sus derechos, así como la restitución y reparación de los mismos. Las autoridades competentes, bajo su propia responsabilidad, deben iniciar de oficio los procedimientos administrativos y judiciales para garantizar la protección de la víctima.</p> <p>ARTÍCULO 9. Atención. Es la pronta, integral y efectiva intervención de la autoridad competente que garantiza a la víctima su recuperación física y psicológica, así como la reinserción social y familiar, con particular cuidado a su edad, género e identidad cultural. En los programas de atención se debe consultar y considerar las opiniones de las víctimas. Se deberán establecer mecanismos para facilitar la participación de conformidad con su edad y madurez en casos de personas menores de edad.</p>	<p>ARTÍCULO 7. De las medidas de seguridad. Además de las contenidas en el artículo 88 del Código Penal, los Tribunales de Justicia, cuando se trate de situaciones de violencia intrafamiliar, acordarán cualquiera de las siguientes medidas de seguridad. Se podrá aplicar más de una medida: a) Ordenar al presunto agresor que salga inmediatamente de la residencia común. Si resiste, se utilizará la fuerza pública. b) Ordenar la asistencia obligatoria a instituciones con programas terapéutico-educativos, creados para ese fin. c) Ordenar el allanamiento de la morada cuando, por violencia intrafamiliar, se arriesgue gravemente la integridad física, sexual, patrimonial, o psicológica de cualquiera de sus habitantes. d) Prohibir que se introduzcan o se mantengan armas en la casa de habitación, cuando se utilicen para intimidar, amenazar o causar daño a alguna de las personas integrantes del grupo familiar. e) Decomisar las armas en posesión del presunto agresor, aun cuando tenga licencia de portación. f) Suspenderle provisionalmente al</p>	<p>ARTÍCULO 4. Equidad. En el marco de la multiculturalidad que caracteriza a la Nación guatemalteca, la equidad de género, entendida como la igualdad de derechos para hombres y mujeres, la paternidad y maternidad responsable, la salud reproductiva y maternidad saludable, son principios básicos y deben ser promocionados por el Estado</p> <p>ARTÍCULO 16. Sectores de especial atención Para efectos de la presente Ley, se consideran como grupos o sectores que merecen especial atención en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de la Política de Desarrollo Social y Población, a los siguientes: Niñez y Adolescencia en situación de vulnerabilidad. Dentro de la Política de Desarrollo Social y Población se</p>

Ley de Protección integral de la niñez y adolescencia	Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas	Ley contra la violencia intrafamiliar	Ley de desarrollo social
<p>proteger a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de:</p> <p>a) Abuso físico: que ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental, provocándole lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el ofensor.</p> <p>b) Abuso sexual: que ocurre cuando una persona en una relación de poder o confianza involucra a un niño, niña o adolescente en una actividad de contenido sexual que propicie su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción incluyéndose dentro del mismo cualquier forma de acoso sexual.</p> <p>c) Descuidos o tratos negligentes: que ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y crianza de un niño, niña o adolescente, no satisfacen sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica, teniendo la</p>	<p>ARTÍCULO 10</p> <p>Víctima. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por víctima a la persona que, individual o colectivamente, haya sufrido daños, lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal. También se considera víctima a los familiares o a las personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.</p> <p>ARTÍCULO 11.</p> <p>Derechos de la víctima. Son derechos de la persona víctima, por lo menos, los siguientes:</p> <p>a. Privacidad de identidad de la víctima y de su familia,</p> <p>b. La recuperación física, psicológica y social,</p> <p>c. La convivencia familiar,</p> <p>d. Asesoría legal y técnica y a un intérprete durante la atención y protección, para tener acceso a la información en el idioma que efectivamente comprenda.</p> <p>e. Asesoría legal y técnica y a un intérprete para el adecuado tratamiento dentro del hogar de protección o abrigo. Para las personas menores de edad, la Procuraduría General de la Nación asignará los abogados procuradores</p>	<p>presunto agresor, la guarda y custodia de sus hijos e hijas menores de edad.</p> <p>g) Ordenar al presunto agresor abstenerse de interferir, en cualquier forma, en el ejercicio de la guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas.</p> <p>h) Suspenderle al presunto agresor el derecho de visitar a sus hijos e hijas, en caso de agresión sexual contra menores de edad.</p> <p>i) Prohibir, al presunto agresor que perturbe o intimide a cualquier integrante del grupo familiar.</p> <p>j) Prohibir el acceso del presunto agresor al domicilio permanente o temporal de la persona agredida y a su lugar de trabajo o estudio.</p> <p>k) Fijar una obligación alimentaria provisional, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.</p> <p>l) Disponer el embargo preventivo de bienes, del presunto agresor. Para aplicar esta medida no será necesario ningún depósito de garantía. A juicio de la autoridad judicial competente, el embargo recaerá sobre la casa de habitación familiar y sobre los bienes necesarios para respaldar la obligación alimentaria en favor de la persona agredida y los dependientes que correspondan, conforme a la ley.</p> <p>m) Levantar un inventario de los bienes muebles existentes en el núcleo habitacional, en particular el menaje de casa u otros que le sirvan como medio de trabajo a la persona agredida.</p>	<p>considerarán disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación de servicios públicos y privados para dar atención adecuada y oportuna a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.</p> <p>ARTICULO 26.</p> <p>Programa de salud reproductiva.</p> <p>Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El Programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones. Adolescentes. En todas las</p>

Ley de Protección integral de la niñez y adolescencia	Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas	Ley contra la violencia intrafamiliar	Ley de desarrollo social
<p>posibilidad de hacerlo.</p> <p>d) Abuso emocional: que ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, niña o adolescente.</p> <p>ARTICULO 56. Explotación o abuso sexual. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra toda forma de explotación o abuso sexual, incluyendo:</p> <p>a) La incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual.</p> <p>b) Su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico</p> <p>c) Promiscuidad sexual.</p> <p>d) El acoso sexual de docentes, tutores y responsables</p>	<p>correspondientes,</p> <p>f. Permanencia en el país de acogida durante el proceso de atención para la persona víctima de trata.</p> <p>g. Reparación integral del agravio.</p> <p>h. La protección y restitución de los derechos que han sido amenazados, restringidos o violados, e</p> <p>i. Otros que tengan por objeto salvaguardar el adecuado desarrollo de su personalidad, integridad y sus derechos humanos.</p> <p>Los derechos enunciados en este artículo son integrales, irrenunciables e indivisibles.</p> <p>ARTÍCULO 12. Restitución de derechos. Los derechos a restituir, proteger o garantizar, entre otros, son: la vida, la integridad, la salud, la educación, condición de vida adecuada, la convivencia familiar, la recuperación emocional, la capacitación técnica, la recreación y todos aquellos reconocidos por la Constitución Política de la República de Guatemala, leyes, tratados y convenios internacionales vigentes en el país</p>	<p>n) Otorgar el uso exclusivo, por un plazo determinado, del menaje de casa a la persona agredida. Deberán salvaguardarse especialmente la vivienda y el menaje amparado al régimen de patrimonio familiar.</p> <p>ñ) Ordenar, al presunto agresor, que se abstenga de interferir en el uso y disfrute de los instrumentos de trabajo de la persona agredida. Cuando ésta tenga sesenta (60) años o más o sea discapacitada, el presunto agresor no deberá interferir en el uso y disfrute de instrumentos indispensables para que la víctima pueda valerse por sí misma o integrarse a la sociedad.</p> <p>o) Ordenar al presunto agresor, la reparación en dinero efectivo de los daños ocasionados a la persona agredida, o a los bienes que le sean indispensables para continuar su vida normal. Se incluyen gastos de traslado, reparaciones a la propiedad, alojamiento y gastos médicos. El monto se hará efectivo en la forma y procedimiento que la autoridad judicial estime conveniente para garantizar que la misma sea cumplida.</p>	<p>unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Victimología

Término que se le asigna a la disciplina que trataba de poner de relieve la figura de la víctima, surge como una rama de la criminología y se dedicada al estudio del otro elemento integrante de la dinámica criminal, la víctima.

La victimología se ocupa del conocimiento de los procesos de victimación y desvictimación, es decir de las diversas dimensiones de la victimación (primaria, secundaria y terciaria) y de las estrategias de prevención, reducción, de respuestas sociales, jurídicas y asistenciales tendientes a la reparación y reintegración social de la víctima. Autores como Israel Drapkin y Aniyar de Castro, la victimología es una ciencia nueva, autónoma, con objeto, método y fin propios. El objeto es la víctima, el estudio psicológico y físico de la víctima, de los factores victimógenos, y con el auxilio de otras disciplinas, debe procurar la formación de un sistema efectivo para la prevención y estrategias de intervención.

En cualquiera de los casos, la victimología es fundamentalmente el estudio de la víctima, de la persona que padece un sufrimiento físico, psicológico y social, a consecuencia de la violencia o de una conducta antisocial, que puede estar tipificada ante la ley como un daño al bien jurídico, o no; de la valoración de las secuelas y las formas terapéuticas de reparación o reintegración social. Y en el devenir de la persona en víctima, se puede producir los tipos de victimización.

2.3.1 Tipos de víctimas

Existen diversas formas de victimización, la victimización primaria se relaciona con las consecuencias directas del hecho delictivo, tanto en la víctima como en sus allegados e incluso, en algunos casos en la comunidad; la victimización secundaria, enfatiza en el desamparo y maltrato que se produce en el contacto con los operadores del sistema penal; y la victimización terciaria, que es el resultado del desamparo de la asistencia social, la ayuda pública y la materialización del acto de justicia, que pueden producir venganza o aprovechamiento de la condición de víctima. En función de esta descripción se realiza la siguiente clasificación de víctimas:

2.3.1.1 Víctima primaria

Persona que sufre de manera directa o indirecta, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático. , económicos o de rechazo social.

2.3.1.2 Víctima secundaria

Llamada también como víctima colateral, y es la persona que necesariamente tiene relación con la víctima primaria o directa.

2.3.1.3 Víctima terciaria

Persona que han sufrido las secuelas del acto delictivo, sin que tengan relación directa con la víctima primaria.

2.3.1.4 Víctima gregaria

Personas que no tienen relación estrecha con la víctima directa, sin embargo por el impacto del delito pueden resultar afectadas emocional o socialmente.

Marta González, criminóloga cubana, realiza la siguiente conceptualización de cada una de las tipologías anteriores.

- “Víctima Participante: Es la persona que activamente interviene en la dinámica criminal, aparece cuando se produce un determinado nivel de actividad victimal en la materialización del delito”.
- “Víctima por Imprudencia: Es la persona cuya negligencia e irreflexión conductual aporta las condiciones facilitadoras de la ejecución delictiva”.
- “Víctima Provocadora: Aporta el factor causal anterior inmediato al acto delictivo, implica una actitud agresora precedente del sujeto pasivo del delito. La conducta

provocadora posee múltiples variantes de manifestación, por ejemplo: actitudes ofensivas personales, injurias verbales, abierto enfrentamiento y animadversión al futuro criminal, entre otros”.

- “Víctima Voluntaria: Aparece cuando la propia persona convertida en víctima condiciona el proceso de su victimización a un requisito predeterminado”.
- “Falsas Víctimas: Las personas que aducen, faltando a la verdad, haber sido víctimas de conductas criminales; en esta categoría se presentan sustanciales diferencias entre víctima simuladora y víctima imaginaria”.
- “Víctima Simuladora: Surge cuando la persona que se aduce víctima, proclama su supuesta condición para dañar malévolamente al presunto delincuente. En esencia, este comportamiento simulador es en sí mismo un delito de Acusación Falsa, reconocido en la mayoría de los ordenamientos penales modernos”.
- “Víctima Imaginaria: Presunta victimización en la que la persona actúa de buena fe, en la creencia errónea de que ha sido objeto de una agresión delictuosa. El error puede motivarse por percepciones alteradas producto de inestabilidad psíquica o viciadas apreciaciones de la realidad”.
- “Víctimas Ocultas: Son las que poseen como característica común el de permanecer ocultas, lo que no excluye que en su “anonimato” puedan pertenecer a cualquiera de las categorías o clasificaciones antes desarrolladas”.

2.3.2 Perfil de la víctima de abuso sexual

Es complejo definir un perfil único de víctimas de abuso sexual infantil, ya que, el niño, niña o adolescente presenta características diversas tanto a nivel personal, familiar, como social; esto

influye en la propia vulnerabilidad o amenaza a la que es sujeto el menor, elementos que constituyen el riesgo al que se ve expuesto. Con base a la observación de niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, se indican de manera general, las características siguientes:

- Reservados (as).
- Introversos (as).
- Aislados (as), poco relacionados.
- Sumisos (as).
- Obedientes.
- Presentan carencias afectivas.
- Niños y niñas que por su estadio evolutivo no hablan o no se expresan aún con claridad.
- Desconocimiento de la propia sexualidad.
- Desconocimiento de las reglas de interacción social.
- Hijos (as) de madres adolescentes o adultas jóvenes.
- Niños, niñas o adolescentes con necesidades especiales: Retraso del desarrollo, discapacidad física, psíquica o sensorial, trastornos de la conducta.
- Integrantes de familias disfuncionales.
- Expuestos a violencia familiar, en todas sus expresiones (puede darse el abuso sexual como una consecuencia colateral del conflicto parental).
- Establecimiento de vínculos afectivos/apoyo inadecuados o insanos.
- Perteneciente a familias con tendencia a aislarse del contexto social.
- Estructura familiar rígida, patriarcal, machista y punitiva.
- Antecedentes familiares de abuso sexual infantil.
- Integrantes de hogares donde la figura de autoridad es: ausente, poco accesible emocionalmente, no hay comunicación y confianza.
- Sobrevaloración de la descendencia en el incesto (como estrategia para mantener a la familia unida y/o temor a la disolución familiar).

2.3.3 Revictimización

Esta hace referencia a la víctima, pero el prefijo re, indica la característica de la condición de su repetición. Es decir, la re-victimización hace referencia a la experiencia que victimiza a una persona en dos o más momentos de su vida.

En este sentido hay dos líneas que considerar, la primera se refiere al hecho de que un niño, niña o adolescente sea víctima dos o más veces de un abuso, en temporalidades distintas o por victimarios distintos, o bien, al hecho de que un niño, niña o adolescente sea víctima de una acción de abuso y el propio proceso sanitario, legal y social, en pro de su construcción biopsicosocial, lo hagan someterse repetidamente a la experiencia traumática.

Cuando un niño, niña o adolescente ha sido víctima de abuso sexual, se generan cambios en su vida personal, familiar y comunitaria. Surgen efectos psicosociales que interfieren en la calidad de vida y el bienestar general de las víctimas., en función de esto es imprescindible evitar la revictimización, ya que es habitual que el niño, niña o adolescente aún no haya alcanzado a través de un proceso adecuado la elaboración de la vivencia traumática, cuando se le expone a situaciones similares o que afloran la experiencia anterior, lo cual puede provocar un agravante para la salud física y emocional, incluso repercutiendo en algunos casos extremos, en la precipitación de trastornos mentales.

2.4 Factores que constituyen la personalidad en la niñez y adolescencia

La personalidad es un constructo psicológico, que se refiere a, un uso dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una circunstancia. El concepto puede definirse también como, el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida, de modo tal, que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones, posee algún grado de predictibilidad.

La personalidad está formada por el temperamento y al carácter, el primero se refiere al conjunto de rasgos determinados mayormente por la biología de una persona.

Con esto se hace referencia a las reacciones emocionales del individuo, que vienen determinadas por su sistema neuroendocrino y otros factores genéticos. Por su parte el carácter se refiere a la combinación de valores, sentimientos y actitudes en el individuo. Este elemento está influenciado por factores culturales de la sociedad en la que vive la persona.

La personalidad humana ha sido sujeta a diversidad de estudios, y como producto de ello se tienen diversas teorías que tratan de explicarla, en este caso se abordará desde la perspectiva psicoanalista de Sigmund Freud, el psicoanálisis contemporáneo de Erik Erikson y Otto Kernberg.

Sigmund Freud, planteó la hipótesis de que las tendencias infantiles se convierten en rasgos permanentes de la personalidad del adulto, refiriéndose a que los rasgos principales de la personalidad se establecen en la infancia y la niñez temprana, tanto en el desarrollo normal como en el anormal en el primer caso, las características se expresan de forma moderada y en armonía con el resto de la personalidad, sin causar conflictos con el medio. En el desarrollo anormal, los rasgos infantiles crean muchos problemas porque se expresan primitivamente, produciendo conflicto en el sujeto y desaprobación social. Para Freud, el motivo principal de la vida, manifestado desde la infancia, es la búsqueda del placer. El niño busca aquello que le resulta agradable y evita aquello que le resulta doloroso.

Este proceso búsqueda-evitación se da de diversas maneras, durante toda la existencia. En la base de este proceso se encuentra la "libido", término que acuñó a la energía sexual que hace que el individuo se movilice hacia lo que le resulte placentero. S. Freud delineó cuatro etapas de desarrollo psicosexual de la personalidad: oral, anal, fálica y de latencia, que en conjunto llevan a una última: etapa genital.

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



**Abuso sexual infantil y su impacto en la construcción de la
personalidad de la víctima primaria**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Zandi Verence Orozco Rodas

Guatemala, febrero 2014

Etapa	Edad	Características
Oral	0 – 1 año	<p>La boca es la zona predominante de obtención de placer.</p> <p>La succión no nutritiva es la primera actividad de satisfacción de la libido.</p> <p>Doble función: Nutrición y placer sexual.</p>
Anal	1 – 3 años	<p>La libido se orienta hacia los esfínteres que eliminan heces y orina.</p> <p>El placer se halla ligado a las funciones excretoras, que podrán ser expresadas sádicamente por el niño como una vía de expresar hostilidad.</p>
Fálica	3 – 6 años	<p>La libido se desplaza hacia los genitales: Falo (niño) y Clitoris (niña).</p> <p>Los genitales siempre son erógenos, pero ahora disminuye la excitabilidad de las otras zonas.</p> <p>La manipulación genital se vuelve placentera. Toda la estimulación libidinal conduce a la excitación genital.</p> <p>Aparecen fantasías relacionadas con actividades sexuales del progenitor del sexo opuesto.</p> <p>Complejo de Edipo o de Electra. A partir de este proceso se produce la interiorización de las normas dando lugar al superyó.</p>
Latencia	6 – 11 años	<p>Periodo de calma sexual, fruto del complejo de castración. Se caracteriza por la recesión temporal del interés en las gratificaciones sexuales. El ello se aplaca, el yo se refuerza y el superyó actúa severo. No existe latencia absoluta, excitabilidad intermitente. La libido pierde su carácter objetivo genital. Se dirige a perfeccionar las facultades de sublimación del sujeto.</p>
Genital	Adolescencia	<p>Los impulsos reaparecen y la libido se “reactiva”.</p> <p>La sexualidad produce la genitalización de la propia adultez.</p> <p>Inicialmente, mantiene los objetos libidinosos de la infancia: temor al incesto.</p> <p>Se superan las fases exclusivamente auto eróticas.</p> <p>Se renuncia a las finalidades infantiles: La niña debe renunciar a su masculinidad y el niño supera el complejo de castración.</p> <p>La libido se orienta hacia la Relación heterosexual extrafamiliar, característica de los adultos. La persona identifica un objeto de satisfacción no incestuoso.</p> <p>Este cambio debería resolverse antes de los 25 años.</p>

Fuente: Pérez, C. El desarrollo según la teoría psicosexual de Sigmund Freud. Universidad San Sebastián, Chile.

Dentro de estas etapas, se va generando un sistema dinámico de energías constituido por tres factores básicos: Ello (principio del placer), Yo (realidad objetiva) y Súper Yo (normativas); los cuales forman la estructura de la personalidad. Freud refiere que, cuando el niño (a) nace es una masa de instintos e impulsos que tienden a su inmediata satisfacción, sin ninguna conciencia de la realidad objetiva. Por ejemplo, el niño (a) siente hambre y llora para satisfacerla, sin importar si en ese momento puede o no ser alimentado.

Todas estas "pulsiones" innatas constituyen el "Ello", la parte más primitiva e inconsciente de nuestra personalidad. Poco a poco, el contacto que el niño (a) tiene con el mundo que lo rodea (su familia), va produciendo en él la "conciencia" (darse cuenta) y una parte de ese "Ello" se modifica surgiendo el "Yo", una parte que entra en contacto con la realidad exterior. Con el transcurso del tiempo, el "Yo" adquiere algunas normas de cultura: hábitos, valores, prohibiciones, entre otros; principalmente por medio de lo que aprende de los padres en los primeros años de su vida. Estas normas se incorporan al niño (a) sin que él se dé cuenta de este proceso, formándose así el "Super yo"; el cual se convierte en la parte moral y censora, vigilante de los actos del "yo" (lo que hacemos) y en permanente confrontación con el "Ello".

Por su parte, Erik Erikson propone una teoría del desarrollo de la personalidad, que se caracteriza por ser un proceso continuo y secuencial, que abarca desde el nacimiento hasta la madurez, proceso por el cual el Yo adquiere su identidad. Toma como base fundamental, algunos de los principales postulados de la teoría psicoanalítica, la cual hace énfasis en los procesos emocionales, tanto inconscientes como conscientes, atribuyéndoles el carácter de fuerzas motivacionales básicas. Erikson relaciona su obra con la problemática y el dilema de su tiempo, las variables condiciones de una era de cambio, los movimientos sociales con síntomas de alienación. Erikson dividió el crecimiento de la personalidad en ocho etapas psicosociales, las primeras 4 son similares a las etapas freudianas oral, anal, fálica y de latencia. El proceso de desarrollo está regido por el principio epigenético de maduración: las fuerzas heredadas son las características que definen las etapas de desarrollo, las fuerzas sociales y ambientales influyen en esas etapas predeterminadas genéticamente.

El desarrollo de la personalidad, es afectado tanto por factores biológicos como sociales, o por variables tanto personales como situacionales. Cada etapa del desarrollo tiene su crisis particular que necesita algún cambio en nuestra conducta o personalidad, las etapas son:

ESTADIOS	CRISIS psicosociales	RELACIONES / VINCULACIONES	FUERZAS BÁSICAS	PATOLOGIA ANTIPIATIAS
1.- Infancia	Confianza Vs. Desconfianza	Madre / Orden cósmico	Esperanza	Retraimiento
2.- Niñez temprana	Autonomía Vs. Vergüenza	Padres / De ley y orden.	Voluntad	Compulsión
3.- Edad de juego	Iniciativa Vs. Culpa	Familia Básica / Dramáticas e ideales	Finalidad	Inhibición
4.- Edad escolar	Industria Vs. inferioridad	Vecindad, escuela / Formalismo-Tecnología	Competencia	Inercia
5.- Adolescencia	Identidad Vs. Confusión	pares, grupo, liderazgo/ Ideología	Fidelidad	Repudio
6.- Juventud	Intimidad Vs. Aislamiento	Amistad, sexo: Aliativos / cooperación y competición.	Amor	Exclusividad
7.- Adultez	Generatividad Vs. Estancamiento	Generacionales: trabajo dividido- casa compartida/ Cultura-Educación-Tradicón	Cuidado	Actitud rechazante
8.- Vejez	Integridad Vs. deseesperanza	Especie humana (mis especies) / Filosóficas	Sabiduría	Desdén

Fuente: Erikson, E. El ciclo de la vida. Barcelona.

Hay que tener en cuenta que, en cada una de las etapas, las personas pueden verse enfrentadas a las malignidades y las maladaptaciones que son contrarias a las virtudes psicosociales que deben adquirir en cada fase, y en ese lapso pueden suscitarse las patologías de la personalidad.

En éste último enunciado, se enfoca la teoría de Otto Kernberg, quien estudia la personalidad y sus tipos de trastornos; para el abordaje de estas psicopatologías de la personalidad, usa una herramienta que decide llamar “entrevista estructural”, la cual tiene como función central identificar la organización estructural interna de individuo, para ello, se basa en tres aspectos: evaluar los síntomas del paciente; los problemas de su funcionamiento en varias áreas de la vida, tales como familiares, sociales, laborales, entre otras; la identidad, juicio de realidad y mecanismos de defensa. Lo que permite este tipo de entrevista es no solo centrarse en la sintomatología del paciente, sino también en su subjetividad, ya que da indicios de otros aspectos como: conducta, forma de relacionarse con el entrevistador y algunos rasgos de personalidad.

Kernberg concibe la personalidad como: una interacción entre las relaciones de objeto adquiridas en la infancia junto con aspectos estructurales innatos. Esto lo diferencia de varios autores con enfoque psicoanalítico que le dan mayor o total prevalencia a las vivencias infantiles. Propone cinco etapas del desarrollo de la personalidad: En primer lugar está el autismo normal o periodo indiferenciado primario, el desarrollo de este periodo se da durante el primer mes de vida, y se caracteriza porque aún no se ha logrado constituir una unión entre el sí mismo y el objeto, que sea lo suficientemente estable. En la segunda etapa encontramos la simbiosis normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas del sí mismo con el objeto, esta etapa se da entre el segundo y sexto mes de vida, acá hay una relación en la que predomina un afecto, ya sea completamente 'bueno' o totalmente 'malo'.

La tercera etapa es la de las diferenciaciones del sí mismo con el objeto, consiste en la expulsión de la vivencia mala del sí mismo y del objeto, pasando a ser una representación que se instalará en el núcleo de la constitución del Yo. La cuarta etapa es en la que se reemplazan los mecanismos arcaicos y se reemplazan por otros menos primitivos; aquí se percibe a los objetos como totales y además se consolida la estructura psíquica conformada por el Yo, el Ello y el Superyó. Para finalizar, la quinta etapa en donde se espera alcanzar la consolidación del Superyó y el Yo esto es lo que le permitirá al sujeto responder con madurez a las exigencias de la vida.

Kernberg, propone tres características que conformaran el desarrollo de determinada personalidad, ya sea normal o patológica, en primer lugar está la identidad de yo, a partir de las relaciones de objeto y de las vivencias infantiles tempranas, el sujeto va internalizando una imagen de sí mismo, puede ser positiva o no, esto de acuerdo a cada sujeto; este aspecto de la identidad del yo está presente en la estructura neurótica, pero ausente en la limitofe y la psicótica; se evalúa pidiendo al paciente una breve descripción de sí mismo y de las personas significativas para él. El siguiente aspecto tiene que ver con el juicio de realidad, cuando se adquiere la conformación de la identidad del Yo, el sujeto puede diferenciar entre el Yo y el no-Yo, se diferencia el origen intrapsíquico de los estímulos externos; acá se detecta alguna falla por medio de preguntas que den cuenta de la existencia de ideas delirantes o alucinaciones, sino entonces se interroga por las concepciones que se tienen de realidad, si esto tampoco es entonces

en la relación terapéutica se trata de detectar si hay mecanismos de defensa primitivos, que son los que inmediatamente se ven reflejados, pues interfieren en la relación transferencial y contratransferencial; este aspecto se mantiene en la estructura neurótica y la límite, mientras que en la estructura psicótica no.

Por último los mecanismos de defensa, que pueden ser los avanzados o los primitivos, los avanzados son: la represión, la proyección, proyección avanzada, intelectualización, racionalización, negación avanzada y formaciones reactivas; y en los primitivos encontramos la escisión que esta junto a la proyección primitiva, idealización primitiva, omnipotencia, devaluación y negación primitiva que van de la mano con la idealización primitiva. Lo importante acá es hacer una distinción clara entre estos tipos de mecanismos defensivos, el de los avanzados es más discreto y no se detectan tan directamente en la relación terapéutica, mientras que los primitivos interfieren inmediatamente en ella, pueden detectarse en el discurso, se dan contradicciones, junto con actitudes de rechazo, de angustia, de agresividad. Con esta lógica entonces, la estructura límite y psicótica tiene mecanismos de defensa primitivos, mientras la estructura neurótica los tiene avanzados.

2.4.1 Rasgos de personalidad

Existe complejidad al definir rasgos o factores específicos que formen el constructo de personalidad; diversas son las teorías que han investigado este tema, cada teórico ha planteado una propuesta personal, sin embargo para efectos del presente estudio se tomará como base la teoría de Raymond Cattell, este autor propone 16 factores de personalidad que se miden a través del cuestionario 16 PF, cuyo instrumento revela los rasgos que el individuo manifiesta, expresados en dos rangos: alto y bajo. Estos rangos descriptores refieren los opuestos en cada uno de los factores evaluados.

2.4.1.1 Factores básicos

- Factor A: mide el carácter del individuo, el grado en que la persona busca establecer contacto con otras personas.
- Factor B: evalúa la inteligencia, con base en el predominio del pensamiento abstracto (característico de una persona de inteligencia mayor) o concreto (indicador de una inteligencia menor).
- Factor C: se relaciona con la estabilidad emocional, y la manera como la persona se adapta al ambiente que le rodea.
- Factor E: mide el grado de control que tiende a poseer la persona en sus relaciones con otros seres humanos. Se determina si es dominante o sumiso.
- Factor F: se relaciona con el nivel de entusiasmo evidente en contextos sociales.
- Factor G: evalúa la internalización de los valores morales; estructuralmente se explora el súper-ego descrito por Sigmund Freud.
- Factor H: mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona de un dominio parasimpático o simpático.
- Factor I: se utiliza para medir el predominio, ya sea de los sentimientos o del pensamiento racional, en la persona en su toma de decisiones al conducirse en su diario vivir.
- Factor L: explora la identidad social del individuo, específicamente mide en qué grado la persona se siente identificada o unida a la raza humana en general.
- Factor M: se basa en la forma de percibir de los humanos, la percepción se nutre del contacto directo entre los cinco sentidos y el ambiente.
- Factor N: se relaciona a las máscaras sociales, describe en qué grado las personas se ocultan, mostrando sólo aquellos rasgos que generen las respuestas que desean obtener de los demás.
- Factor O: explora la autoestima, con base a tendencias a experimentar culpa o inseguridades. Este factor no pretende categorizar a las personas entre altas y bajas

autoestimas ya que el nivel al momento de la prueba puede ser uno de carácter transitorio, influenciado por eventos recientes.

2.4.1.2 Factores de segundo orden

- Factor Q1: explora la orientación psicológica hacia el cambio. Las personas que la prueba define como Q1+ están abiertas y dispuestas al cambio.
- Factor Q2: mide el grado de dependencia.
- Factor Q3: explora los esfuerzos del individuo por mantener una congruencia entre su yo ideal y su yo real, moldeándose de acuerdo a patrones establecidos y aprobados por la sociedad.
- Factor Q4: mide las sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo, comúnmente conocida como tensión nerviosa.

2.4.2 Patrones de personalidad a consecuencia del abuso sexual infantil

Los rasgos de personalidad, son características de la persona relativamente permanente en el tiempo y/o frente a diferentes situaciones.

En cuanto al abuso sexual infantil, las características de personalidad consecuentes son generalmente atributos negativos, ya que los rasgos de personalidad positivos existentes previo al abuso pueden verse minimizados o desplazados.

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, habitualmente refieren los siguientes rasgos de personalidad:

- Temeroso (a).
- Inseguro (a).
- Introvertido (a).
- Estricto (a).
- Rígido (a)
- Meticuloso (a).

- Con escasa confianza en sí mismo (a).
- Suspicious
- Celoso (a).
- Susceptible.
- Desconfiado (a).
- Rencoroso (a).
- Impulsivo (a).
- Demandante de atención.
- Dependiente.
- Irritable.
- Agresivo (a)
- Desconsiderado hacia los demás.
- Inestabilidad afectiva.

2.4.2 Trastornos de personalidad en mujeres adultas, víctimas de abuso sexual infantil

Se denomina estado de personalidad, al conjunto de características que posee una persona, elementos constantes que forman parte de ella de manera estable. Es importante describir este concepto para dar pie a al concepto de trastorno de personalidad, el cual se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Las personas diagnosticadas con un trastorno de la personalidad pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos.

Cuando el individuo se ve expuesto al abuso sexual infantil, se suscitan alteraciones en su constructo mental, de tal manera que estudios develan la presencia de psicopatologías de personalidad como el trastorno esquizotípico de la personalidad, incluido en el grupo A, según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. Investigaciones pertinentes indican que la relación del abuso sexual infantil eleva la verosimilitud

de presentar un trastorno esquizotípico de la personalidad en la edad adulta, sin embargo, el factor que genera mayor impacto en esta patología es el abuso emocional o psicológico, mismo que con frecuencia está ligado al abuso sexual.

Otras investigaciones han relacionado el abuso sexual grave (mayor frecuencia y cronicidad, uso de violencia, conductas más intrusivas) con síntomas esquizotípicos tales como: distanciamiento de las relaciones sociales y/o restricción de la expresión emocional.

También se ha relacionado el abuso sexual infantil con los trastornos del grupo B, que incluye trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista; que han sido los más estudiados debido a su relevancia clínica y social. En el aspecto clínico, el trastorno límite es el trastorno de personalidad más prevalente entre las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual infantil, definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una elevada impulsividad, que puede reflejarse en la existencia de abuso de sustancias, desórdenes alimenticios y conductas sexuales promiscuas, entre otros; seguidamente figura el trastorno histriónico de la personalidad, caracterizado por un patrón de excesiva emotividad y la constante búsqueda de atención. En relación al ámbito social, el trastorno antisocial de la personalidad se ve expuesto como consecuencia del abuso sexual infantil, dentro de otras manifestaciones de violencia o maltrato en la niñez y/o adolescencia.

Los trastornos del grupo C no presentan con tanta frecuencia investigación empírica vinculando el abuso sexual con su desarrollo, sin embargo en ciertos estudios que se han realizado al respecto, se constata una fuerte relación entre las estrategias de afrontamiento evitativas o dependientes, incluidas dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad por evitación y trastorno de la personalidad por dependencia. Algunos autores refieren la asociación entre el abuso sexual infantil y el trastorno de personalidad evitativo, controlando la comorbilidad con el resto de trastornos.

2.5 Factores de protección que favorecen el desarrollo personal de las víctimas primarias de abuso sexual infantil

2.5.1 Factores Personales

- Temperamento
- Disposición para la interacción social
- Facilidad para la adopción de estrategias de afrontamiento
- Habilidades en el procesamiento de información social (reaprendizaje)
- Valía personal

2.5.2 Factores Familiares

- Apego con figuras parentales.
- Padres o cuidadores responsables y comprometidos con desarrollo integral del niño, niña o adolescente.
- Familia nutridora de afecto y apoyo emocional.
- Comunicación familiar asertiva.
- Estructura familiar estable (equidad de género, roles, disciplina).

2.5.3 Factores Sociales

- Red de apoyo (amigos, vecinos, otros familiares).
- Acceso a servicios de salud médico y psicológico.
- Asistencia estatal en el ámbito social y legal.
- Programas psicoeducativos.

2.6 Procesos psicoterapéuticos de abordaje en casos de abuso sexual infantil

Teniendo en cuenta el impacto negativo, que genera el abuso sexual infantil en las víctimas directas, así como en las personas que les rodean, es de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y oportuna para mitigar la crisis que desencadena dicha experiencia.

En este sentido el profesional en psicología debe considerar varios aspectos antes de decidir las estrategias y los pasos para manejar un caso de abuso sexual infantil.

Entre los aspectos que hay que tomar en cuenta están:

- Aclarar a la persona la posición del psicólogo frente al abuso, la víctima y el abusador.
- Evitar asumir posiciones valorativas, es decir, no juzgar y no criticar. Por el contrario, el (la) psicólogo (a) debe ser objetivo, para que la víctima directa y la familia se sientan escuchados y aceptados.
- Es probable que el (la) terapeuta se sienta afectado (a) por la situación de la víctima, al punto de sentir angustia o rabia. Lo importante es reconocer estos sentimientos y evitar que intervengan en la labor psicoterapéutica, ya que esto le puede impedir brindar una ayuda objetiva y efectiva.
- Conocer sus propias limitaciones y remitir adecuadamente a la víctima.
- Disponer del tiempo necesario, mostrando una actitud abierta, sensible y empática.
- Haber sido entrenado adecuadamente para intervenir en estados de crisis.
- Tratamiento confidencial del caso.
- La intervención debe hacerse en el momento que se solicita, pues si se pospone podría implicar una retractación, perder a la víctima y su familia, y favorecer que se repita el ciclo de abuso.
- Cuando el abuso sexual infantil es intrafamiliar, cada progenitor (a) y el niño, niña o adolescente deben ser entrevistados por separado.
- Brindar confianza para aliviar las tensiones que puedan interferir con los objetivos del proceso psicoterapéutico.

La estrategia global es ayudar al paciente víctima de abuso sexual infantil, a ganar confianza y aprender de las experiencias adversas. Para conseguir esto, hay que explicar al paciente que los errores no indican fracaso, sino que deben ser considerados como oportunidades de aprender algo más acerca del problema. El objetivo es ayudar al paciente a introducir pequeños cambios durante un largo período de tiempo, no a provocar cambios rápidos. El plan debe ser realista, claro para el paciente y llevada a la práctica de forma consiente. Se necesita de mucha paciencia en el tratamiento de trastorno de personalidad.

El paciente debe sentir que se le valora como persona, y que puede confiar en el psicólogo (a); la relación no debe llegar a ser intensa ni dependiente, hay que definir y explicar con claridad al paciente la función de cada uno. Es necesario ser muy cuidadoso a la hora de fijar límites con algunos pacientes con trastorno de personalidad, especialmente para aquellos de personalidad histriónicas dependiente y agresivos.

El tratamiento no debe centrarse exclusivamente en los deterioros de la personalidad, siempre que sea posible hay que animar al paciente a desarrollar su talento y habilidades mediante estudios o aprendizajes complementarios. Estas soluciones mejoran en primera instancia la baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza y sintomatología ansiosa-depresiva, que son un problema frecuente en los casos de abuso sexual infantil. Hay que ayudar al paciente a identificar y descubrir nuevas formas de afrontar aquellas situaciones que habitualmente le causan problemas, y pueden ponerle en riesgo de ser revictimizado. Si el paciente es incapaz de aprender nuevas respuestas, hay que ayudarle a reorganizar su vida de tal forma que estas situaciones aparezcan con menor frecuencia.

2.6.1 Procesos individuales

2.6.1.1 Asesoramiento psicoeducativo

Uno de los objetivos centrales es, capacitar a la víctima para informar de manera inmediata de posteriores episodios de abuso sexual y otras formas de maltrato. Para esto es necesario enseñar a

la víctima a identificar y comprender su propia sexualidad de una forma sencilla y objetiva, darle pistas claras e inequívocas de cuándo un acercamiento tiene una doble intencionalidad, instruir a la persona en técnicas de evitación de situaciones que suponen un claro riesgo de abusos sexuales, según las experiencias pasadas, aspecto a considerar principalmente con niños, niñas y adolescentes, con quien también es fundamental enseñarles a distinguir lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual.

El objetivo inicial con el (la) paciente, en esta fase es, poner nombre a lo sucedido. En el caso de los menores, deben conocer el significado de la sexualidad de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel de edad. Se utilice o no el término abuso en función de la edad o del nivel de comprensión de la víctima, lo que resulta fundamental es recalcar que se trata de una experiencia impuesta, bien sea por la fuerza o, en la mayoría de las ocasiones, por el abuso de poder y el engaño. El terapeuta debe explicar a la víctima, de forma tranquila y sin dramatismos, el proceso abusivo y las causas del mismo, así como los factores que han hecho posible que lo mantenga en silencio durante un tiempo prolongado. Se debe reforzar a la víctima, en todo momento, el hecho de haberlo revelado, así como eliminar cualquier sentimiento de culpa o responsabilidad por las consecuencias derivadas de esa develación.

2.6.1.2 Intervención psicoterapéutica individual

La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados, así como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas.

Los ejes que deben considerarse en este tipo de intervención son los siguientes:

- Elaboración cognitiva y emocional del abuso: Los menores tienden a utilizar la disociación o la negación de la experiencia, como mecanismos inapropiados de superación del trauma. Una y otra protegen a la víctima de un trauma que no puede ser procesado adecuadamente en la conciencia.

Mediante la disociación, las emociones se separan del recuerdo de lo ocurrido: el niño, niña o adolescente no niega la agresión, pero se muestra incapaz de sentir malestar o, en todo caso, lo atribuye a una causa distinta. En otras ocasiones, la víctima niega incluso la existencia de lo sucedido (negación total) o minimiza su importancia o gravedad (negación parcial) y actúa como si nada hubiera ocurrido. Esta respuesta se encuentra claramente influida por la reacción del entorno ante el descubrimiento del abuso y se acentúa en función de las consecuencias que de ello se hayan derivado, esto con frecuencia ocurre ante el abuso sexual intrafamiliar. Ante esto se trata de enseñar al niño, niña, adolescente o adulto, estrategias adecuadas para superar el malestar emocional.

Relatar los abusos y, lo que es más importante, expresar los sentimientos y pensamientos experimentados permite el desahogo emocional, lo que supone romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña. Por ello, resulta necesario ayudar al menor a reexperimentar las emociones habidas, a reconocer la intensidad de las mismas y a discriminarlas adecuadamente. Se trata de enseñarle que son reacciones normales ante una situación fuera de lo normal.

El objetivo último es facilitar que el menor digiera adecuadamente el atracón emocional que ha experimentado y que es responsable de los síntomas existentes; ante esto el (la) terapeuta puede recurrir a técnicas como: la escucha activa, la narración dirigida y/o cualquier estrategia que facilite la expresión emocional, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes (dibujos, fichas, cuentos, juegos, entre otros), todo ello en función de su desarrollo evolutivo y de sus capacidades y recursos.

- Sentimientos de culpa y vergüenza: La culpa puede referirse a cuestiones diversas: la asunción de la responsabilidad de los abusos, la ocultación y el mantenimiento del secreto respecto a algo malo, cierto disfrute de una relación clandestina o la obtención de algún tipo de privilegios. Asimismo, la existencia de un proceso judicial que puede conllevar una sanción legal grave al agresor es posible que refuerce el sentimiento de culpa de la

víctima, especialmente si existía un vínculo afectivo entre ambos, como ocurre en el abuso sexual intrafamiliar.

La eliminación de los sentimientos de culpa y de vergüenza del menor se aborda mediante técnicas cognitivas encaminadas a reevaluar y modificar las ideas distorsionadas que los producen para ajustarlas a la realidad de los hechos. El (la) paciente debe comprender que el único responsable de lo sucedido es el agresor y ser consciente de los motivos que le han llevado a permanecer en silencio hasta ahora. Todo ello puede llevarse a cabo mediante la discusión racional, la exposición a ejemplos o relatos representativos y la lectura de materiales o de cuentos específicos y juegos. La intervención de la víctima en el proceso judicial requiere una preparación específica.

- Sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima: La baja autoestima deriva de los sentimientos de estigmatización y de indefensión vinculados al abuso sexual, así como de la tristeza sufrida por la decepción habida con el abusador. Al haber vivido la víctima una situación fuera de lo normal, se puede sentir diferente al resto, malo o sucio y con una mancha que nunca va a poder borrar.

Se trata de mejorar esta visión negativa del menor, resultado de la distorsión de la imagen de sí mismo. El (la) terapeuta debe hacer consciente al menor de que el abuso sufrido constituye una experiencia negativa de su pasado y que, sin embargo, puede recuperarse y lograr una vida normal. También el (la) psicoterapeuta deberá modificar los pensamientos distorsionados y favorecer una imagen personal positiva y no estigmatizada de la víctima. El objetivo es integrar los aspectos positivos y negativos que forman parte de su forma de ser, así como potenciar la atención selectiva a las cualidades mientras se abordan las debilidades o defectos que puedan solucionarse.

- Reexperimentación emocional y evitación cognitiva: Más allá de un simple recuerdo, el paciente víctima de abuso sexual infantil puede revivir las situaciones abusivas sufridas

intensa y frecuentemente. Esta reexperimentación, acompañada de una reacción psicofisiológica de sobresalto, puede presentarse en forma de pesadillas o de pensamientos o imágenes recurrentes e invasivos. El malestar emocional generado puede llevar a la víctima a tratar de eludir y a enterrar en el olvido sus vivencias traumáticas como un mecanismo protector. Sin embargo, lo conveniente en estos casos no es la evitación, sino lograr la integración emocional de las experiencias vividas en la historia vital de una forma gradual. Cuando los síntomas de reexperimentación persisten, es necesario acompañar este desahogo emocional de técnicas específicas de exposición en imaginación, de manera que la víctima consiga ordenar y mantener cierto control sobre los recuerdos e imágenes. Para ello, se elaboran jerarquías de secuencias que se exponen al menor de manera gradual y segura en la compañía tranquilizadora del terapeuta. En el caso de menores de edad, los dibujos o los muñecos pueden facilitar esta tarea de exposición, según la etapa de desarrollo.

- Ansiedad, miedos y conductas de evitación: La mayoría de las víctimas reaccionan con miedo y ansiedad tras una situación de abuso sexual. Aunque estas emociones pueden considerarse como una reacción adaptativa normal en una situación de estrés, pueden ser también la base de futuros comportamientos inadecuados si se generalizan a otras personas o situaciones no peligrosas e interfieren gravemente en la vida cotidiana del niño. La función del terapeuta puede incidir en técnicas de relajación y control de la ansiedad.
- Desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales: La víctima de una experiencia traumática, como lo es el abuso sexual, pierde confianza en sí misma, pero también en los demás. El (la) paciente puede llegar a considerar al resto de personas, en unos casos, como potencialmente peligrosas y, en otros, como ajenas o insolidarias con su dolor, según Echeburúa (2004). Por ello, la superación de la desconfianza de la víctima hacia los demás requiere, en primer lugar, que el niño (a) aprenda a discriminar en quién puede confiar, sin llegar a establecer generalizaciones erróneas.

La propia relación constituye una oportunidad para el modelado de una relación sana. La reevaluación cognitiva desempeña un papel muy importante en este contexto. Una vez más, se trata de normalizar los esquemas cognitivos que se producen tras los abusos sexuales, lo que se debe llevar a cabo mediante técnicas diversas en función de la edad, la capacidad y los recursos personales del paciente, especialmente cuando son menores de edad. Además de la discusión racional de estos pensamientos distorsionados, pueden utilizarse técnicas de representación de papeles (role playing), fichas y materiales específicos orientados a desarrollar sus habilidades sociales a fin de facilitar el éxito del paciente en sus contactos interpersonales.

- Hostilidad, rabia y agresividad: Al igual que en el caso de sus familiares, el menor también puede desarrollar reacciones de ira como resultado de la decepción, la frustración y la impotencia. Estas emociones pueden dar lugar a una personalidad hostil y negativa y se pueden manifestar hacia el exterior, con conductas agresivas y antisociales, o hacia el interior, mediante comportamientos autodestructivos, tales como consumir drogas o comer en exceso. El (la) terapeuta debe ayudar al paciente a expresar su rabia con procedimientos constructivos, por ejemplo el entrenamiento en el control de la ira, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.
- Alteraciones en el área sexual: La sexualización traumática puede manifestarse en forma de inhibición sexual, que podría llegar hasta una fobia o a la aversión al sexo, de dificultades de identidad sexual y de hipersexualidad, que se refleja en diversas conductas disfuncionales: sexualidad precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, promiscuidad sexual e incluso aparición de comportamientos abusivos hacia otros. En estos casos se ha aprendido a disociar el sexo del afecto y a utilizarlo de una forma instrumental.

La intervención terapéutica requiere modificar actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad, así como abordar mitos y falsas creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual o la homosexualidad. Merece especial mención este último punto, sobre todo en el caso de niños mayores o adolescentes varones que han sido víctimas de abuso por parte de un adulto de su mismo sexo y han experimentado algún tipo de placer en esos contactos. Lo ocurrido no denota necesariamente una orientación homosexual ni supone un determinismo sobre su orientación sexual futura.

Asimismo, el (la) terapeuta debe incluir, también en los casos precisos, el entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas del sexo opuesto. “Si en chicas adolescentes con relaciones de pareja aparecen determinadas disfunciones sexuales (falta de deseo sexual, anorgasmia o vaginismo), será necesario intervenir específicamente sobre ellas a través de técnicas concretas, tales como el incremento de la propia conciencia sensorial, la focalización sensorial con la pareja o el incremento de las fantasías eróticas” (Carrasco, 2002).

Sugerencia de abordaje psicoterapéutico individual

Enfoque	Objetivo	Técnicas
<p>Cognitivo-conductual: su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Destaca que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y trastornos psicopatológicos.</p>	<p>Enseñar al niño, niña o adolescente, a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas inadaptadas, en este caso, la propia experiencia de abuso sexual. Esto a través del desaprendizaje o extinción de la conducta inadecuada, o bien, aprendiendo un comportamiento más adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pensamientos • Detención de pensamientos automáticos • Reestructuración cognitiva • Identificación del diálogo interno • Entrenamiento asertivo • Ejercicios de relajación
<p>Logoterapia: focaliza la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas filosóficos o espirituales, subyacentes a los conflictos psicológicos.</p>	<p>Dirigir al niño, niña o adolescente a que plantee su propio proyecto de vida, superando la frustración existencial que conlleva el abuso sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intención paradójica • Derreflexión • Diálogo socrático

Enfoque	Objetivo	Técnicas
Programación Neurolingüística: su función es transformar las situaciones vitales que marcaron la identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.	Reestructurar los programas mentales que el abuso sexual generó en el niño, niña o adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> • Reencuadre • Anclaje
Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.	Procesar los acontecimientos inconclusos, que han generado malestar psicológico en el niño, niña o adolescente; para abordarlos en tiempo presente e integrarlos como un todo a la experiencia de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Silla vacía • Role playing • Afecto inducido • Juego de polaridades • Fantasías guiadas • Expresión de la ira
Análisis Transaccional: se enfoca en el conocimiento y análisis de los estados del Yo, juegos psicológicos, transacciones (relaciones) y guiones de vida.	Propiciar la autonomía emocional en el niño, niña o adolescente, a través del autogobierno afectivo, responsabilizándose de los propios pensamientos, sentimientos y acciones, así como, deshacerse de patrones inapropiados.	<ul style="list-style-type: none"> • Escena clave del guión de vida • Análisis de la regresión • Fantasías de la obra de teatro
Ludoterapia: enfoque que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento y para resolver sus problemas de adaptación. El juego constituye un medio para explorar el entorno en el cual se encuentra inmerso el niño y lograr comprenderlo e interactuar con él.	Desarrollar en el niño, niña o adolescente, habilidades sociales, sensoriales, emocionales y cognitivas; luego de la experiencia impactante del abuso sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado en arcilla o plastilina • Dibujo mural • Pintura digital • Psicodrama con titeres • Narración de cuentos

Fuente: Elaboración propia.

2.6.2 Procesos familiares

Una vez garantizadas, la seguridad y la protección de la víctima directa de abuso sexual, el terapeuta debe ayudar a los familiares a comprender lo sucedido, sobre todo cuando se trata de un abuso crónico intrafamiliar que ha tenido lugar sin el conocimiento o sospecha.

Se trata de explicar la dinámica del proceso, la ambivalencia de la víctima respecto al abusador (el pacto de silencio establecido) y las motivaciones del agresor, a efectos de evitar los

sentimientos de culpa por no haber cumplido con su función protectora y de facilitar la toma de decisiones adecuadas.

Asimismo se debe informar a los familiares acerca de las posibles consecuencias psicológicas del maltrato en el menor (síntomas clínicos o conductas anómalas), con el objetivo de detectarlas de forma temprana, amortiguar su impacto con un apoyo emocional adecuado y buscar ayuda profesional en los casos precisos.

Conviene también indicarles la necesidad de una escucha activa y respetuosa ante las confidencias habidas (dar crédito a lo sucedido) y señalarles el tipo de conductas apropiadas con el menor para facilitar su recuperación emocional. El objetivo fundamental en este tipo de abordajes es la normalización de la vida de la víctima y el restablecimiento de las pautas habituales de conducta en la vida cotidiana, que es uno de los mejores indicadores de mejoría.

2.6.2.1 Intervención psicoterapéutica familiar

La respuesta de los familiares, ante la revelación del abuso puede llegar a ser más intensa que la de la propia víctima, sobre todo en casos donde la madre debe afrontar el hecho de que su pareja ha abusado de su hija (o), o cualquier otra dinámica de abuso sexual intrafamiliar.

El terapeuta debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia y de las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Los ejes del tratamiento son los siguientes

- Negación del abuso: La negación del abuso por parte de los familiares está asociada al carácter abyecto de lo ocurrido, al sentimiento de culpa por haber fallado en la protección del menor, en casos de abuso sexual infantil, y a la posible separación del abusador (no siempre deseada), así como a la vergüenza social experimentada y al reproche penal. Por ello, hay que abordar con los familiares la utilización de la negación como estrategia

inadecuada de afrontamiento y sustituirla por otras que favorezcan la aceptación del abuso como paso previo para adaptarse a la nueva realidad.

- Sentimientos de culpa, de fracaso e incapacidad y de estigmatización a sensación de fracaso como padres en su función de protección del menor de edad y su temor ante el futuro generan un profundo malestar emocional y una percepción como padres defectuosos e incapaces. Es preciso, por ello, reevaluar las ideas disfuncionales relacionadas con la culpa y la vergüenza, hacer frente a las atribuciones internas, re atribuir la responsabilidad de la ocurrencia de los abusos exclusivamente al abusador y reajustar su capacidad protectora en relación con sus hijos.
- Rabia, resentimiento y deseos de venganza: El rencor, la ira y los deseos de venganza surgen con frecuencia en estos casos y son de difícil manejo a nivel clínico. Se trata de emociones que atormentan a los afectados por la situación traumática en su lucha interna por controlarlos y no dejarse llevar por ellos, ya que los consideran como propios de malas personas. Por todo ello, es importante abordar estas emociones negativas a través de una serie de pasos. En primer lugar, el familiar afectado debe aceptar que constituyen emociones lógicas tras un impacto semejante y que son habituales en muchas personas en sus mismas circunstancias. En segundo lugar, el familiar no debe resistirse a la hostilidad y la rabia, que son reacciones esperables, sino aprender a canalizarlas adecuadamente. Y, por último, en consonancia con lo anterior, se debe llevar a cabo un entrenamiento específico en control de impulsos y una reestructuración cognitiva para hacer frente a las ideas disfuncionales que el sujeto irá poniendo en práctica de forma habitual en su vida cotidiana.
- Ansiedad, depresión y baja autoestima: La sintomatología ansioso-depresiva es la más habitual en estos casos y tiene como consecuencia un cambio en la autoestima, que conlleva una percepción más negativa de sus propias capacidades y cualidades. El clínico debe considerar todas estas variables y abordarlas a nivel terapéutico mediante técnicas de

relajación y reestructuración cognitiva, así como mediante estrategias orientadas a reforzar la autoestima en la vida cotidiana y a recuperar un ritmo de vida adaptativo y gratificante.

- Deterioro de las relaciones familiares y de pareja: Las relaciones familiares pueden verse afectadas por una multitud de sentimientos encontrados. Así, la víctima puede sentirse culpable por haber mantenido oculto el abuso, pero al mismo tiempo responsabilizar a las figuras cercanas por no haberse percatado de la situación abusiva y no haberla protegido. De la misma manera, los cuidadores de la víctima pueden presentar fuertes sentimientos de culpa y fracaso por no haber sabido proteger al menor y, sin embargo, responsabilizarlo al mismo tiempo por su silencio. Asimismo, los posicionamientos y alianzas de los diferentes miembros de la familia con la víctima o con el agresor pueden generar un malestar añadido.

Por tanto, resulta fundamental abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las emociones asociadas a los abusos y a su revelación, así como las diversas percepciones en relación con las reacciones de cada uno. Todo ello puede llevarse a cabo en el tratamiento individual y también a través de una terapia de pareja (en el caso de que esta se haya visto afectada tras los abusos) o atención individual a algún miembro de la familiar que lo requiera particularmente, además de la víctima directa.

Sugerencia de abordaje psicoterapéutico familiar

Enfoque	Objetivo	Técnicas
<p>Sistémico o vincular: Enfoque que permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción. Engloba todos los integrantes del sistema, las interacciones y la interdependencia entre ellos.</p>	<p>Integrar las percepciones y puntos de vista de los miembros de la familia, en función del impacto del abuso sexual infantil en la dinámica familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reencuadre • Ilusión de alternativas • Desplazamiento del síntoma • Clarificación • Narración de cuentos metafóricos • Internalización expuesta

Enfoque	Objetivo	Técnicas
		<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de roles • Psicodrama
Cognitivo-conductual: su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Destaca que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y trastornos psicopatológicos.	Entrenar a los miembros de la familia con nuevas conductas y estrategias de comunicación y afrontamiento de conflictos.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo • Entrenamiento asertivo
Logoterapia: focaliza la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas filosóficos o espirituales, subyacentes a los conflictos psicológicos.	Generar en la familia un nuevo proyecto de vida, que incluya metas individuales y familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático
Programación Neurolingüística: su función es transformar las situaciones vitales que marcaron la identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.	Reestructurar la dinámica familiar existente, roles y funciones de cada miembro en la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Posiciones perceptivas • Relajación
Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.	Integrar la experiencia pasada de abuso sexual en el niño, niña o adolescente, a la actual concepción de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de polaridades • Juego de proyecciones
Análisis Transaccional: se enfoca en el conocimiento y análisis de los estados del Yo, juegos psicológicos, transacciones (relaciones) y guiones de vida.	Propiciar la empatía entre los miembros de la familia, para que puedan entender los estados emocionales que experimenta cada uno, luego del abuso sexual infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Tres sillas

Fuente: Elaboración propia.

2.6.3 Procesos grupales

Las terapias grupales son útiles en el tratamiento psicológico donde se pueden emplear grupos para apoyar a los pacientes y sus familiares. Esta terapia tiene objetivos de apoyo de grupo, aprender de otros, contrastar opiniones propias con la de los otros. Se presenta relaciones entre pacientes y el terapeuta se debe asegurar el terapeuta de que estas relaciones no lleguen a ser demasiado intensas.

Esta modalidad de abordaje terapéutico brinda ampliamente beneficios en el tratamiento del abuso sexual infantil, ya que permite aminorar la estigmatización en la víctima, al no verse diferente, ya que al encontrarse con otras personas que han experimentado una situación similar y las emociones y sentimientos que eso conlleva, puede resultar para el paciente un gran paso hacia adelante en su recuperación, e inclusive puede despertar el altruismo al brindar ayuda a otros en situaciones más desfavorecedoras; además una de las consecuencias del abuso sexual es la tendencia al retraimiento, en este sentido la terapia de grupo propicia el contacto con otros. Mejorar las relaciones interpersonales es importante, se debe disminuyendo el aislamiento social y la psicoterapia de grupo provee experiencias de socialización prudentes ante la situación vivida, abordando la comprensión interpersonal como tema básico.

A través de la interacción con pares, el proceso grupal promueve el desarrollo de la empatía, en el caso de los niños, niñas y adolescentes ayuda a registrar y respetar tanto las propias necesidades y opiniones, como las de los demás. Junto con ello, el grupo fomenta la adquisición de estrategias no violentas para la resolución de conflictos y genera una mejoría en la autoestima de quienes lo integran.

Además en este tipo de abordajes se proporciona un ambiente protegido para explorar el evento traumático. El abuso sexual vulnera la capacidad de la persona para confiar en otros. En particular, la experiencia de haber sido dañados o desprotegidos por personas que estaban encargadas de su cuidado, genera importantes sentimientos de suspicacia y temor hacia el mundo adulto. Desde esta perspectiva, en el caso de los menores de edad, la presencia de otras personas en terapia otorga seguridad y facilita la relación con los terapeutas adultos, de modo que esta modalidad terapéutica puede ser menos amenazante que el contacto uno a uno que se establece en un formato individual.

Sugerencia de abordaje psicoterapéutico grupal

Enfoque	Objetivo	Técnicas
Sistémico: enfoque que permite unir y organizar los conocimientos con la	Propiciar la externalización de la propia experiencia de abuso sexual,	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de cristal

Enfoque	Objetivo	Técnicas
intención de una mayor eficacia de acción. Engloba todos los integrantes del sistema, las interacciones y la interdependencia entre ellos.	incidiendo en la propia elaboración del evento, así como en la de otras víctimas.	
Cognitivo-conductual: su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Destaca que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y trastornos psicopatológicos.	Generar nuevos modelos cognitivos y conductuales en el niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual, y la incidencia de estos elementos en sus relaciones interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> • Auto observación y auto registro • Asignación de tareas en casa (diario, carta sin fin, entre otros) • Tiempo fuera
Logoterapia: focaliza la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas filosóficos o espirituales, subyacentes a los conflictos psicológicos.	Fomentar el altruismo o acción participativa socialmente, ante situaciones similares a la experiencia de abuso vivida.	<ul style="list-style-type: none"> • Intención paradójica
Programación Neurolingüística: su función es transformar las situaciones vitales que marcaron la identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.	Minimizar la revictimización y estigmatización que experimentan los niños, niñas y adolescentes ante el abuso sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Anclaje • Posiciones perceptivas • Relajación
Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.	Elaborar personal y socialmente la experiencia de abuso sexual, a través de la percepción que se tenga de la situación.	<ul style="list-style-type: none"> • Te ofrezco una frase • Yo tengo un secreto • Me hago responsable • Silla caliente
Ludoterapia: enfoque que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento y para resolver sus problemas de adaptación. El juego constituye un medio para explorar el entorno en el cual se encuentra inmerso el niño (a) y lograr comprenderlo e interactuar con él.	Desarrollar en el niño, niña o adolescente, habilidades sociales, sensoriales, emocionales y cognitivas; luego de la experiencia impactante del abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión corporal • Modelado en arcilla o plastilina • Dibujo mural • Pintura digital • Psicóteres • Narración de cuentos

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Método

La naturaleza del estudio requirió la aplicación del método cualitativo, ya que posee las características de ser un proceso inductivo, subjetivo, generativo y de carácter incluyente, en el cual el razonamiento parte de la interpretación de casos particulares y produce conocimientos generales. En la presente investigación, se tomó como muestra uno de los casos clínicos atendidos durante el periodo de práctica profesional dirigida, objeto de estudio particular que engloba la temática de la influencia del abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad. Para la recopilación de información, el método cualitativo o inductivo hace uso de instrumentos abiertos, en este sentido se utilizaron como técnicas de recolección de datos: la observación y la entrevista.

La observación en esta investigación implicó tomar registro de los hechos, describir y analizar los fenómenos observados y clasificar la información obtenida, de esta manera se estableció la relación directa del sujeto que observa, en este caso el practicante, con el objeto observado, paciente atendida por abuso sexual infantil. Por su parte, las entrevistas se llevaron a cabo tanto a la muestra en estudio, como a otras fuentes de la institución, que proporcionaron información valiosa y prudente para la investigación.

Las técnicas en mención hicieron posible la comprensión del objeto de estudio, el impacto del abuso sexual en la construcción de la personalidad de niñas y adolescentes; dando pie a la riqueza interpretativa de los resultados obtenidos y pretendiendo alcanzar los objetivos planteados en la presente investigación.

Como parte final del proceso se llevó a cabo la fase de sistematización de la práctica profesional dirigida, la cual propició la inquietud del estudio y la elección de la temática a investigar.

3.2 Metodología

La investigación dio inicio con los casos de adolescentes y mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil, que fueron atendidas en Asociación La Alianza, centro en el que se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida.

Para realizar la fase de diagnóstico, se hizo uso de recursos evaluativos para determinar la correlación entre el fenómeno de abuso sexual infantil y el impacto en la formación de la personalidad de la paciente atendida.

3.2.1 Procesos metodológicos

- La observación
- La entrevista no estructurada
- Examen Mental
- Historia clínica
- Test psicológicos

En este último rubro, los test psicológicos fueron instrumentos de recolección de información. En esta metodología clínica de recolección de datos se utilizó la siguiente batería de pruebas:

- Test proyectivos

a) Test de la figura humana

Esta prueba vehiculiza aspectos de la personalidad del sujeto evaluado en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. De esta forma el dibujo de una persona al involucrarse la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del propio cuerpo. Es decir, la persona proyecta su propio Yo; confluyen sus experiencias personales y sus representaciones psíquicas, imágenes de

estereotipos sociales y culturales que tienen mayor o menor peso para el sujeto. Aceptación o no de su etapa vital, identificación y asunción del propio sexo y el grado de estabilidad y auto dominio.

b) Test del árbol

Este instrumento evalúa vida interior del individuo de manera profunda, en el que se proyectan sentimientos prohibidos y profundos del sujeto, arraigados en la personalidad, presencia de huellas de experiencias impactantes o traumas tempranos, cualidades de socialización, destructividad, impulsos instintivos que pueden estar fuera del control yoico o existencia de insuficiente capacidad de contención personal.

c) Test de la persona bajo la lluvia

La función de esta prueba es, evaluar las ansiedades, temores y conflictos del sujeto, valorar mecanismos defensivos predominantes y la efectividad de los mismos, la estructura psicológica subyacente o indicios de alguna patología. Con la aplicación de esta prueba se puede inferir sobre la auto imagen del individuo y su reacción o relación con los elementos y mundo circundante.

- Test psicométricos

a) Escala de impacto de eventos

Esta prueba evalúa la percepción subjetiva que la persona tiene de un hecho estresante, es decir, es útil para identificar de manera cualitativa y cuantitativa el nivel de impacto que determinada evento ha generado en la experiencia del individuo.

b) Cuestionario de los 16 factores de personalidad (16 PF)

Instrumento de medida de espectro amplio de personalidad para adolescentes y adultos que tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden. A través de esta prueba se puede obtener un perfil de personalidad del sujeto, así como la detección de ciertos rasgos indicadores de trastornos psicológicos a través del perfil obtenido. Las escalas del cuestionario 16 PF están orientadas cuidadosamente hacia conceptos básicos de la estructura de la personalidad humana, validado con respecto a los factores primarios de la personalidad y originados en psicología general. Los factores que se evalúan en el cuestionario son: sociabilidad, solución de problemas, estabilidad emocional, dominancia, impetuosidad, responsabilidad, empuje, sensibilidad, suspicacia, imaginación, diplomacia, seguridad, rebeldía, individualismo, cumplimiento y tensión.

Los resultados de las pruebas reflejaron la siguiente sintomatología: inseguridad, vergüenza, culpa, desconfianza, baja autoestima, autodesvaloración, además tienden a un perfil de personas sensibles, tímidas, introvertidas y autocríticas. También se ven expuestos mecanismos de defensa como racionalización, supresión, represión y aislamiento o aplanamiento afectivo. Los individuos evaluados presentan estados de ánimo depresivos, ansiedad, carencia afectiva, inestabilidad o dependencia emocional, problemas relacionales, revictimización e inhibición social; rasgos y patologías de la personalidad. La siguiente fase consistió en generar una impresión diagnóstica, para lo cual se hizo uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en la versión revisada DSM IV-TR; mediante una evaluación diferencial y multiaxial. Esta fase contribuyó a plantear el programa de tratamiento, tipo de intervención y técnicas psicoterapéuticas a utilizar.

3.2.2 Proceso psicoterapéutico

- Terapia cognitivo- conductual
 - a. Registro de pensamientos

- b. Detención de pensamientos automáticos
- c. Reestructuración cognitiva
- d. Identificación del diálogo interno
- e. Entrenamiento asertivo
- f. Ejercicios de relajación
- Programación neurolingüística
 - a. Reencuadre
 - b. Anclaje
- Logoterapia
 - a. Intención paradójica
 - b. Derreflexión
 - c. Diálogo socrático
- Terapia gestáltica
 - a. Silla vacía
 - b. Role playing
 - c. Afecto inducido
 - d. Juego de polaridades
 - e. Fantasías guiadas
- Análisis transaccional
 - a. Escena clave del guión de vida

Siendo utilizadas según las características de cada caso atendido, características del paciente y los hallazgos en el proceso evaluativo y de diagnóstico.

3.3 Población atendida

Se brindó atención clínica a mujeres adolescentes y mujeres adultas.

3.4 Cronograma de actividades

Fecha	Actividad	Descripción	Temática
De marzo a octubre de 2013.	Atención Clínica Individual	Atención a adolescentes del programa de reintegración, madres de familia y personal de la institución. Sesiones de 60 minutos, programadas cada semana o cada 15 días según la disponibilidad de la paciente.	Abuso sexual infantil Ansiedad Depresión Problemas paterno-filiales Problemas de relación Autoestima
De junio a octubre, impartidos 1 vez al mes.	Talleres Psicoeducativos dirigidos a madres adolescentes institucionalizadas.	Se abordaron temas con el objetivo de dar a conocer el proceso de desarrollo físico, emocional y conductual, el afrontamiento de problemas, propiciar relaciones sanas madre - hijo, identificar capacidades y fortalezas, salud integral en las madres y en sus hijos.	Desarrollo biopsicosocial Autoconocimiento Autoestima Autoconcepto Sexualidad Comunicación Patrones familiares Dinámica familiar Estrategias de resolución de conflictos Maternidad responsable Disciplina Resiliencia Redes de apoyo
De junio a octubre, impartidos 1 vez al mes.	Talleres Psicoeducativos dirigidos a padres de familia.	Se abordaron temas en los cuales se propició espacios de reflexión sobre el abordaje de las problemáticas que enfrenta el grupo familiar, promover la participación consciente y activa, identificar las estrategias de resolución de conflictos, enfrentar desafíos, promover el desarrollo integral de la familia.	Autoestima Principios y valores Virtudes y capacidades Apego Tipos y roles en la familia Comunicación, límites y disciplina Equidad de género Resolución de conflictos Toma de decisiones Resolución de crisis vitales y situacionales Drogodependencia Alcoholismo

Fecha	Actividad	Descripción	Temática
			Violencia intrafamiliar
Octubre	Cierre de casos	Elaboración de informes finales para la institución.	Conclusiones y/o recomendaciones de los casos.
Octubre	Planificación de campamento “Yo soy”.	Coordinación y planificación de actividades a desarrollar durante los dos días de campamento.	Liderazgo, autoestima, asertividad, manejo de emociones, trabajo en equipo y principios y valores.

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida

El curso de Práctica IV –Profesional Dirigida-, correspondiente al quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, fue impartido por el Licenciado Guillermo Tellez y la asistente auxiliar Licenciada Sharon Flores.

El programa de estudios de dicha cátedra, se incluye en los anexos de la presente investigación.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de resultados

4.1.1 Descripción del caso clínico atendido

Durante el período de Práctica Profesional Dirigida se atendió el caso de una paciente cuyo motivo de consulta fue la experiencia de abuso sexual que sufrió en la infancia, hecho que aún en la actualidad le representaba dificultad de abordarlo e integrarlo a su experiencia de vida, además de las repercusiones que el evento había generado en su vida personal, familiar y social.

Con base a lo referido por la paciente, como punto de partida en el proceso psicoterapéutico, se ahondo en la historia clínica y familiar, obteniendo datos relevantes en función de lo reportado, los cuales se contrastaron con los signos y síntomas evidenciados en el examen mental realizado constantemente a la paciente.

La sintomatología manifestada refería: sentimientos de culpa, vergüenza, desconfianza, aislamientos social, desapego, distanciamiento afectivo, restricción en la expresión emocional, perturbación cognitiva, pensamientos intrusivos, fuerte uso de mecanismos de defensa de orden superior, racionalización, intelectualización, formación reactiva, entre otros; afloramiento de emociones negativas relacionadas al evento del abuso sexual infantil, interiorizado como un evento traumático, según la propia paciente; quien se cuestionaba sobre cómo sería su vida si este evento no hubiese ocurrido, haciendo referencia al impacto que ocasionó en su personalidad, ya que previo al abuso recordaba ser una niña afable, sociable y extrovertida. Efectivamente en este caso, la paciente presenta un perfil de personalidad patológico, según la descripción que realiza el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR, se clasifica como trastorno esquizoide de la personalidad, diagnóstico que se obtuvo luego del respectivo proceso evaluativo.

Las características que presenta un individuo con este tipo de psicopatología, incluye las manifestadas por la paciente, descritas anteriormente; mismas que se suscitan y asocian al abuso sexual sufrido en la infancia.

Lo relevante en este caso es que el abuso sexual infantil ha generado el malestar psicológico en la paciente, no así las consecuencias de él, evidenciadas por el trastorno de personalidad, es decir, estas características psicopatológicas no generan en la paciente malestar clínicamente significativo, pues fueron introyectadas a temprana edad, influyendo en su habitual y actual dinámica de comportamiento. En función de ello, el abordaje psicoterapéutico brindado se orientó en la integración adecuada de la experiencia traumática del abuso sexual infantil, a la actual dinámica de vida de la paciente, esto mediante la reestructuración de esquemas cognitivos, nuevos modelos de conducta, sujetos a su perfil de personalidad, entrenamiento asertivo para la expresión afectiva, estrategias socialmente adaptadas para las relaciones interpersonales y el afrontamiento de conflictos. Asimismo se abordaron los temas de valía personal y potencializar las características de resiliencia que manifiesta la paciente. Todo esto se abordó desde el enfoque cognitivo conductual, programación neurolingüística, análisis transaccional y terapia Gestalt.

4.1.2 Análisis clínico-teórico

Según las teorías investigadas en relación al abuso sexual infantil, contrastadas con el caso clínico atendido, permiten atender la interrogante de investigación expuesta al inicio del estudio: ¿De qué manera impacta el abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad de la víctima primaria? Para lo cual se infiere que, uno de los factores que influyen en el impacto del abuso sexual en el niño, niña o adolescente, es la temporalidad de los hechos, refiriendo tanto la edad en que ocurre el abuso, como la persistencia del evento. En el primer caso por las necesidades biológicas y afectivas que presenta la víctima de abuso en su etapa de desarrollo y en el tema de temporalidad, por las secuelas que suscita un solo episodio de abuso, frente a las manifestadas ante la reincidencia de los hechos. Este último elemento generalmente está ligado a la cercanía del menor con el abusador.

La relación cercana o vínculo entre el niño, niña o adolescente víctima con el abusador, es otro de los factores que influyen en el impacto del abuso sexual infantil. En este sentido, se habla de abuso sexual infantil intrafamiliar o incesto, cuyo impacto suele ser aún mayor tanto a nivel personal como colectivo, ya que la víctima primaria internaliza una imagen distorsionada de la figura “protectora” o de autoridad en el hogar, por lo regular los abusadores dentro de la familia suelen ser tíos, padres, padrastros, abuelos, hermanos, entre otros, expresados en género masculino con base a diversos estudios que revelan que en su mayoría los abusadores son hombres. Por su parte el impacto a nivel externo o colectivo, ocurre en primera instancia en la estructura y dinámica familiar, existiendo desintegración familiar por la aprehensión del abusador, la institucionalización del niño, niña o adolescente que se encuentra en riesgo; luego el impacto a nivel social o cultural, suele originarse la revictimización y/o estigmatización de las víctimas, primarias y colaterales.

Esta situación también repercute generalmente en que la víctima se abstenga de hablar y/o denunciar el abuso, que más allá de la coerción, manipulación, intimidación y abuso de poder que ejerce el sujeto sobre el menor, se ven desplegados en este último, sentimientos de vergüenza y culpa ante las consecuencias derivadas de esa develación. Este tipo de silencio en la víctima hace que el abuso quede en secreto y favorece la continuidad; en estas circunstancias se deben considerar elementos como la falta o inadecuada comunicación familiar, inaccesibilidad afectiva con las figuras de autoridad en el hogar, que no ofrecen en la percepción del niño, niña o adolescente el sentido de protección. Hay personas adultas que sufrieron abuso sexual en la infancia y que han callado la situación y se han mostrado asintomáticas debido al arraigo de mecanismos psicológicamente defensivos, que les permitió omitir o reprimir el evento y no es sino hasta la aparición de una afección emocional colateral, por ejemplo: abuso sexual de un hijo, problemas graves de relación, patologías relacionadas al estrés y ansiedad, trastornos de la personalidad, situaciones que evocan las emociones asociadas al abuso; que se manifiestan las secuelas del abuso sexual infantil.

Una secuela más de la no revelación de este tipo de hechos es, el abuso sexual transgeneracional, es decir la repetición del abuso de generación en generación, tanto de manera consciente como

inconsciente; esto no refiere que la víctima sea expuesta o revictimizada, sino del aporte o ayuda que puede implicar su experiencia para la prevención de éstas situaciones. Existen reportes de casos, en su mayoría de mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, cuyos hijos (as) también han sido víctimas, sin que ellas lo sepan, o bien, aun siendo conscientes las madres de tal situación, lo callan debido a la inadecuada introyección de la propia experiencia de abuso sufrido. En este aspecto, es importante considerar la responsabilidad de la familia ante una situación o sospecha de abuso sexual, particularmente de los progenitores o cuidadores adultos, quienes deben velar por la protección del menor, como medida preventiva o bien, observar e identificar indicadores que presuman exista abuso sexual en los niños, niñas o adolescentes; tanto si el abuso es intrafamiliar o no, y llevar a cabo las acciones necesarias ante tal situación. Estas acciones o pasividad, resultan ser de gran impacto en la víctima directa, ya que se ésta interioriza como existe o no el apoyo externo, especialmente de su red más cercana.

Otro elemento a considerar en el abuso sexual infantil es, la minimización de los hechos, tanto a nivel individual como social, generalmente se toma con mayor gravedad o impacto la violación sexual, menguando otros elementos igual de importantes en el abuso sexual como la agresión sexual, la masturbación, el tocamiento, la intimidación, la coacción, entre otros.

El factor género, también se encuentra inmerso en la correlación de abuso sexual y la percepción del Yo en el individuo; fuentes de información consultadas refieren mayor incidencia de abuso sexual infantil en el género femenino, así también existen referencias que indican que en el género masculino puede suscitarse mayor perturbación ante un abuso de este tipo, referencia que puede ser verificada con la teoría psicosexual de Sigmund Freud, la cual describe que dentro de la etapa fálica del desarrollo psicosexual, la niña adopta un rol receptor en la dinámica psicosexual, mientras que el niño introyecta el rol activo, el cual se ve alterado ante un abuso sexual, donde el niño es sometido psicológica y físicamente al poder del adulto abusador.

El abuso sexual infantil, impacta psicológicamente de distintas maneras a la víctima, registros indican que este tipo de abuso junto al abuso psicológico o emocional, son los tipos de maltrato que afectan en mayor medida a los individuos. Las implicaciones van desde procesos cognitivos

alterados, mecanismos desadaptativos de comportamiento hasta carencias afectivas, en las cuales la autoestima se ve altamente afectada, misma que interfiere en la vida cotidiana y en el proyecto de vida del niño, niña o adolescente.

En cuanto al plano emocional, el abuso sexual infantil aflora una gama de emociones en el menor, por lo general la culpa, el miedo, la tristeza, la frustración y la vergüenza son de las emociones más recurrentes, mismas que conllevan a sentimientos o conductas de desconfianza, suspicacia, agresividad, superficialidad, comunicación no asertiva, entre otros; elementos que forman parte de los rasgos o trastornos patológicos de personalidad, particularmente en los cuadros clínicos de personalidad dependiente, límite, evitativa, esquizoide o histriónica. Sin embargo, paralelo a esto se encuentran otros elementos como la capacidad de resiliencia del niño, niña o adolescente que le permita afrontar el abuso sexual, aminorando sus consecuencias y evitando la instalación de tales patologías en su psique, es decir un psiquismo menos dañado; así como la importancia del apoyo familiar y social en el afrontamiento del evento, brindando el soporte emocional que la víctima directa requiere.

Lo descrito anteriormente se ve reflejado en el caso de la paciente atendida por abuso sexual infantil, manifestándose en el caso varios de los factores incidente en el impacto del abuso sexual infantil en la personalidad de la víctima primaria.

La paciente fue víctima de este tipo de maltrato en reiteradas ocasiones a la edad de 5 a 6 años, según la teoría Freudiana este período denominado etapa fálica del desarrollo psicosexual, se caracteriza principalmente porque la manipulación genital se vuelve placentera; produciendo ambivalencia ante un abuso sexual, cuyo primer indicador emocional es la culpa, emoción relacionada también al estadio de edad del juego que presenta la teoría Eriksoniana, la cual que refiere la crisis psicosocial de iniciativa versus culpa, ante los hechos que se experimentan, produciendo a largo plazo la aparición de patologías o antipatías relacionada a la inhibición.

Otro factor relacionado al caso es el vínculo que la paciente sostenía con el abusador, quien pese a no ser un familiar era parte de la red cercana de la familia; esto influyó en que la paciente guardara silencio por temor y vergüenza, aduciendo que su familia no iba a creer en ella o iba a

hacer sufrir a las personas que la querían, que sería rechazada socialmente, las consecuencias que podía tener el abusador, pensamientos que iban desde no ser penado legalmente hasta ser privado de libertad y las repercusiones que eso generara. Este silencio fue roto durante el proceso psicoterapéutico, donde la paciente decidió develar a la madre y otras personas emocionalmente significativas para ella, lo ocurrido en la infancia; lo cual representó gran avance en el proceso pues la actitud de la paciente denotaba empoderamiento ante un tema que hasta entonces había sido sensible de abordar.

Como elemento impulsor de esta revelación fue el temor que refirió la paciente respecto a que una situación similar les pudiera ocurrir a sus sobrinas de 3 y 6 años; circunstancia que puede asociarse como precipitante de que la paciente buscara ayuda terapéutica, es decir una situación actual, como la etapa de desarrollo de sus sobrinas, pudo resurgir las emociones reprimidas del abuso sexual sufrido en la infancia, así también se relaciona a romper con la premisa de abuso sexual transgeneracional.

En el proceso psicoterapéutico se atendió la sintomatología que presentaba la paciente, en función del perfil de personalidad, la cual fue afectada a raíz del abuso sexual, manifestada en la actualidad como trastorno esquizoide de la personalidad, caracterizado por distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, asociados estos elementos al impacto psicológico que generó el abuso en el psiquismo de la paciente. Situación donde no existió apoyo familiar ni social, debido al secreto que la paciente guardó y donde no fueron atendidos los indicadores de abuso; sin embargo, la capacidad de resiliencia en la paciente permitió que las consecuencias no se extendieran más de las que actualmente presenta.

4.2 Caso clínico

4.2.1 Datos generales

Nombre:	A.E.G.C.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	24/06/1985
Edad:	28 años
Estado Civil:	Soltera
Escolaridad:	Estudios Universitarios
Profesión:	Docente
Religión:	Católica
Dirección:	Zona 7.
Teléfonos:	-----
Inicio del proceso:	23/04/2013
Entrega de informe:	31/08/2013
Número de sesiones:	08 sesiones

4.2.2. Pruebas aplicadas (instrumento y fecha de aplicación)

- Test de la Figura Humana

Fecha de aplicación: 20/05/2013

Autor: Machover, K.

Descripción: El dibujo de la Figura Humana pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no tan sólo se limita a efectuar un simple dibujo sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad.

También se puede hipotetizar, según los elementos y características del dibujo, acerca de las capacidades y competencias cognitivas e intelectuales del individuo.

Justificación de aplicación: Esta prueba es útil para encauzar un diagnóstico, ya que permite la evaluación de la personalidad bajo la autopercepción inconsciente de la paciente y en el caso de A.E.G.C., será de gran utilidad esa proyección, considerando el uso recurrente del mecanismo de racionalización e intelectualización, de tal manera que se pueda obtener información inconsciente de su autopercepción.

- Test Persona Bajo La Lluvia

Fecha de aplicación: 20/05/2013

Autor: Querol, S.

Prueba proyectiva aplicable a cualquier edad, todas las profesiones y ambos sexos. Este instrumento es de utilidad para tener un perfil del paciente, respecto a cómo manifiesta su actitud frente a situaciones adversa, que representen amenaza hacia él.

Justificación de aplicación: Esta prueba brinda información importante respecto a mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas, lo cual es esencial a considerar para estructurar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades, capacidades y habilidades de A.E.G.C.

- Test del Árbol

Fecha de aplicación: 15/07/2013

Autor: Koch, K.

Descripción: Prueba proyectiva que evalúa la vida interior del individuo, sentimientos prohibidos y profundos del sujeto, arraigados en la personalidad, presencia de huellas de experiencias impactantes o traumas tempranos, cualidades de socialización, destructividad, impulsos instintivos que pueden estar fuera del control yoico o existencia de insuficiente capacidad de contención personal.

Justificación de aplicación: En función de la historia clínica de A.E.G.C., es importante evaluar con esta prueba dos aspectos esencialmente: rasgos de personalidad y trauma, si éste último

existiera en relación al abuso sexual reportado por la paciente, y la influencia de esta experiencia en la constitución de su personalidad.

- Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF

Fecha de aplicación: 15/07/2013

Autor: Cattell, R.

Descripción: Instrumento de medida de espectro amplio de personalidad para adolescentes mayores de 16 años y adultos que tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden (o escalas primarias de personalidad) y cinco dimensiones globales de personalidad (antes factores de segundo orden). A través de esta prueba se puede obtener un perfil de personalidad del sujeto, que va desde la detección de ciertos rasgos indicadores de trastornos psicológicos a través del perfil, hasta la evaluación de la eficacia del tratamiento mediante cambios en las respuestas pre y post intervención, pasando por la individualización de determinados componentes terapéuticos en función de las características de personalidad del paciente.

Justificación de aplicación: En el caso de A.E.G.C., a través de la observación clínica y el examen mental se han detectado ciertos rasgos de personalidad, además de la auto presentación de la paciente, características que pueden contrastarse mediante este instrumento y poder confirmar o descartar un cuadro clínico de trastorno de personalidad.

- Escala de Impacto de Eventos

Fecha de aplicación: 15/07/2013

Autor: Horowitz, M.

Descripción: Prueba que evalúa la percepción subjetiva que la persona tiene de un hecho estresante, es decir, es útil para identificar de manera cualitativa y cuantitativa el nivel de impacto que determinada evento ha generado en la experiencia del individuo.

Justificación de aplicación: En el caso de A.E.G.C., ésta escala puede facilitar información importante respecto al grado de afectación que ha tenido el abuso sexual del que fue víctima durante la niñez, según su propia percepción.

4.2.3 Motivo de consulta

“Me considero una persona de carácter fuerte, en mi casa a veces piensan que soy muy dura, pero soy de la idea de que las personas no necesitan de la ayuda de alguien más, cuando tienen un problema pueden salir adelante por sí mismos... pero en el diplomado de orientación familiar que estoy estudiando en la iglesia, una psicóloga me dijo que tenía asuntos emocionales que trabajar y por eso me decidí venir... creo que aún no he superado totalmente el abuso sexual que sufrí cuando era niña”.

4.2.4 Historia del problema actual

A.E.G.C. trabaja en Asociación La Alianza, como educadora de las niñas que se encuentran en la casa hogar, víctimas de abuso sexual o violación. Este ambiente, sumado a los estudios que A.E.G.C. está recibiendo en la iglesia a la que asiste (diplomado en orientación familiar), han generado en la paciente la intención de buscar ayuda psicológica, ya que a la edad de 5-6 años aproximadamente, según refiere, fue víctima de abuso sexual por parte de una persona adulta, amigo de su familia. Esta situación generó gran impacto en A.E.G.C., quien refiere que en su momento sabía que era algo malo pero el miedo no le permitió decirlo y pedir ayuda, ya que el abuso se dio en repetidas ocasiones. A.E.G.C. está consciente que esto le afectó en su comportamiento y carácter, pues desde entonces ella ha cambiado mucho su forma de ser.

Además, estos hechos los ha reservado para sí misma, únicamente a su novio es a quien le ha contado lo ocurrido, indica que él no la juzga y eso la hace sentir tranquila, sin embargo, su inquietud está en que su tía, mamá y hermana desconocen lo sucedido y A.E.G.C. considera que parte de superar el “trauma” como ella misma llama al evento, es compartírselo a ellas tal

experiencia. Además, indica que aún le es difícil hablar del tema, pues por mucho tiempo lo ha reprimido, queriendo olvidar lo que pasó, pero está consciente que es algo que debe enfrentar para superarlo. Asimismo, indica que al superar esta experiencia, podría ayudar de mejor manera a las niñas que tiene a su cargo en el trabajo y sobre todo prevenir a su hermana en función de la integridad de sus dos sobrinas, expresa sentir temor que a ellas les pase lo mismo.

4.2.5 Historia clínica

- Personales no patológicos

Historia prenatal

La paciente refiere que el embarazo tomó por sorpresa a sus padres, sin embargo, ambos padres y la hermana mayor de la paciente aceptaron rápidamente la llegada del nuevo integrante a la familia.

Nacimiento

A.E.G.C. no reporta mayor información de esta etapa, indica que debido a la relación distante con la madre, desconoce los detalles de su nacimiento. Únicamente hace referencia a no haber tenido ninguna complicación o enfermedad de gran impacto en esta fase del desarrollo.

Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres.

Al igual que en la etapa anterior, la paciente no refiere detalles. Indica que la madre se fue de casa cuando A.E.G.C. tenía 3 años, quedando al cuidado de una tía materna. Refiere que no recuerda tener una mala experiencia al respecto, ya que por estar pequeña siempre percibió a su tía como figura materna, A.E.G.C. indica que su tía era madre soltera de dos niños, y al quedarse a cargo de ella y su hermana mayor, es decir, cuatro niños en edades de 3-7 años, la tía no

recuerda detalles aspectos relacionados a la evolución neuropsíquica de la paciente.

Evolución de lenguaje

La paciente no reporta detalles al respecto, indica no recordar esta información. Únicamente dice recordar que antes de los 5-6 años de edad, era “muy platicadora”, luego de esta edad, se tornó más callada y solitaria.

Desarrollo escolar

A.E.G.C. inicio sus estudios a la edad de 6 años (nivel preescolar). Refiere que su desempeño en toda su vida escolar fue bueno, obteniendo buenas notas y esforzándose por hacer bien las cosas, para no preocupar a su tía. La paciente indica haber estudiado siempre en colegios para niñas o señoritas, lo cual no le era de agrado porque refiere que se daban muchos problemas (envidias, rumores, entre otros). Se graduó de diversificado a la edad de 18 años, como maestra de educación preprimaria. Actualmente cursa estudios universitarios, diplomado en orientación familiar; manifestando su deseo de superación y agrado por el estudio.

Desarrollo social

La paciente indica que los primeros años de su infancia, recuerda haber sido una niña sociable, jugaba con su hermana y sus primos. A la edad de 6 años aproximadamente eso cambió, A.E.G.C. indica que no le gustaba jugar en la calle, elegía estar dentro de la casa, jugar donde no se ensuciara; prefería estar sola. Esta conducta ha permanecido como una característica de personalidad de la paciente, a la fecha A.E.G.C. no le agrada trabajar en grupo, prefiere realizar actividades individuales, refiere no tener muchos amigos, en el trabajo indica que es amable y les habla a todos, sin embargo, no es de entablar conversaciones profundas. Manifiesta que uno de los aspectos que determina acercarse emocionalmente a alguien y convivir socialmente con esa persona, es la honestidad que le transmitan.

Adolescencia

A.E.G.C. indica que no fue una etapa normal para ella, únicamente refiere que se consolidaron aspectos de su personalidad y carácter, ser independiente, no ser emocional, actitud madura para la edad cronológica, entre otros. La relación en casa fue siempre cordial, con su tía, primos y hermana, sin embargo, indica que tanto en casa como en la escuela le tocaba ser la defensora de su hermana, “por ser de carácter débil, ella siempre se dejaba de todos, era víctima de muchas injusticias”.

Adulthood

Luego de haberse graduado como maestra de educación preprimaria, a la edad de 18 años A.E.G.C. inició su vida laboral. Desempeñándose en el área educativa, dos años más tarde, decide cambiarse de trabajo y labora como mesera en una cadena de restaurantes, refiere que el cambio se debió a crecimiento económico, a pesar de que las actividades y jornadas laborales eran pesadas. Posteriormente inició a laborar en Asociación La Alianza, donde actualmente se desempeña como educadora de las niñas que están en la casa hogar. A.E.G.C. considera que tiene un propósito al estar trabajando allí, ya que puede utilizar su experiencia personal, para ayudar a niñas que han pasado lo mismo (abuso).

Al inicio de esta etapa de adultez, A.E.G.C. vuelve a tener contacto con la madre, quien regresa de México para vivir con ellas (hermana y la tía); la madre de A.E.G.C. ha tenido un hijo más, de quien la paciente y su hermana están enteradas, más no lo conocían. Actualmente la convivencia es agradable entre los miembros de la familia, según indica la paciente, aunque manifiesta que a pesar de saber quién es su verdadera madre, sus sentimientos como figura materna están fijados en su tía, quien la crio y con quien considera tener ese vínculo afectivo, expresado como confianza, afecto, comunicación. Historia

Psicosexual y vida marital

Actualmente, A.E.G.C. tiene una relación de noviazgo, en la cual lleva tres años. Refiere que su

novio tiene carácter totalmente diferente a ella, él es más paciente, tranquilo y sumiso; “yo soy el fuego y él es el agua”, refiere A.E.G.C. El problema más frecuente que tienen en la relación, es a causa de los celos que expresa A.E.G.C., ella refiere que a pesar de confiar en su novio, una experiencia anterior de infidelidad la hace dudar y tener pensamientos-emociones-conductas de celos, aunque expresa muy explícitamente que no es a causa de inseguridad.

- Personales patológicos

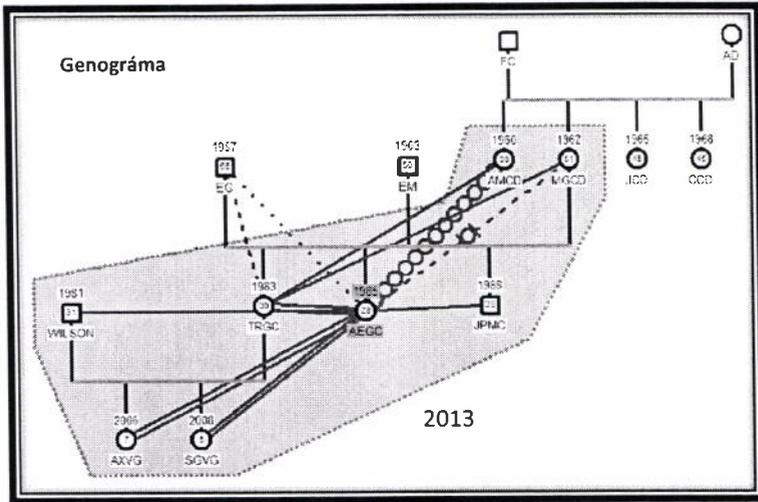
Historia médica

En general, la paciente refiere buena salud física. No tiene referencias de enfermedades significativas.

Antecedentes de desórdenes mentales

La paciente indica no haber ningún antecedente al respecto.

4.2.6 Historia familiar



Fuente: Elaboración propia.

- Situación socioeconómica y cultural de la familia

La paciente refiere que durante su niñez y adolescencia la familia mantuvo una economía estable, a pesar de vivir con su tía materna, quien era madre soltera. La madre de A.E.G.C. regularmente aportaba económicamente al hogar. En la actualidad A.E.G.C. representa apoyo económico para las necesidades a sufragar en casa, al igual que sus dos hermanos, la mayor que se encuentra casada y tiene dos hijas, y vive en casa, y el hermano menor quien es soltero. La tía y la mamá de A.E.G.C. no laboran, se encargan de las labores domésticas y el cuidado de las dos sobrinas de la paciente.

- Vida familiar durante la infancia, niñez, adolescencia y adultez. Relación de los miembros entre sí

A.E.G.C. es la hija menor de M. y E., tiene una hermana mayor, "Teresa". A la edad de 3 años, la paciente junto a su hermana de 5 años en ese entonces, fue dejada al cuidado de su tía materna, debido a que la madre se separó de papá de A.E.G.C., y decidió irse a vivir a México. Esto implicó la ruptura familiar, sin embargo, reporta la paciente que no recuerda muy bien esa época, por tanto no tiene sentimientos positivos o negativos al respecto. Manifiesta que nunca sintió el abandono de sus padres, en particular de la madre, pues para ella la figura materna fue su tía. Caso contrario a lo que recuerda que sucedió con su hermana, quien por tener más años, sí percibió como abandono el hecho de que su madre las dejara.

A.E.G.C. ha tenido relación de manera muy esporádica con su padre, en ocasiones pasan meses sin comunicarse. Actualmente la relación es casi nula. La madre de A.E.G.C. regresó a Guatemala cuando la paciente tenía 20 años, previamente sostenían comunicación vía telefónica de manera irregular, durante este tiempo de distanciamiento, la madre de A.E.G.C. tuvo otra relación conyugal y tuvo un hijo varón, tres años menor que la paciente.

Hoy en día viven en casa, además de la paciente, su tía, la madre, su hermano menor, la hermana mayor con su esposo y sus dos hijas. A.E.G.C. expresa que la relación entre todos es cordial, sin embargo, ella se siente más cercana emocionalmente con su tía, a diferencia que con su mamá, quien ha tratado de acercarse a ella y reporta A.E.G.C. que no le guarda rencor, ni la juzga, pero que realmente no logra verla como madre, lo cual no le crea conflicto, simplemente le guarda cariño y respeto. La relación de A.E.G.C. con su hermana es característica pues según reporte de la paciente, a pesar de ser la menor, ella tiene el rol de autoridad, mayor madurez, fortaleza emocional y toma de decisiones.

- Problemas mentales, genéticos hereditarios o congénitos

La paciente no reporta ninguno.

4.2.7 Examen del estado mental

- Presentación (descripción general)

Paciente de complejión física delgada, estatura promedio, aproximadamente 1.60 cm. Tez clara, cabello oscuro, en todas las sesiones lo lleva recogido en un moño alto, por lo que no se puede definir textura y largo. Ojos color café, utiliza anteojos. No tiene perforados los oídos para utilizar aretes. No usa maquillaje, en ciertas ocasiones solo delinea los ojos. Vestimenta informal.

A.E.G.C. se proyecta como una persona segura, expresado en su lenguaje verbal y corporal, sostiene con facilidad el contacto visual, su postura es relajada y controlada. Su actitud es de apertura, colaboración, amabilidad y control de emociones.

- Conducta motora y estado afectivo

Se conduce con propiedad. Recurre a muchos gestos faciales, especialmente expresión en los ojos. A pesar de abordar temas complejos, A.E.G.C. mantiene una sonrisa en el rostro, casi todo el tiempo y en todas las sesiones. Disminución en la expresión emocional, contiene el llanto o la expresión de enojo. El timbre y tono de voz son adecuados, ritmo fluido y buena entonación al hablar.

- Estado cognoscitivo

Atención sostenida, capacidad de concentración adecuada. Se presenta en estado de consciencia. Ubicada en tiempo, espacio y persona.

Lenguaje verbal espontáneo y fluido, comprensible y coherente. Memoria inmediata, reciente y remota en buenas condiciones, sin embargo, hay eventos correspondientes a ésta última que han sido reprimidos (uso recurrente de mecanismos de defensa: racionalización, negación, intelectualización, represión o supresión). Comprensión de instrucciones complejas, juicio práctico y facilidad para la abstracción.

- Pensamiento

Pensamiento lógico, egosintónico y coherente. El contenido de los pensamientos está orientado hacia proyecciones en el futuro, aspiraciones y metas. Alta capacidad de introspección y razonamiento.

- Estado de ánimo

Cierta congruencia entre el contenido cognitivo y la expresión afectiva, se contiene la expresión de emociones, principalmente tristeza e ira; fuerte control sobre ellas. En sesión reprime el llanto, aunque ha habido ocasiones en las que ha dejado fluir sus sentimientos y emociones, expresadas en llanto y reproches. En cuanto a la expresión del enojo, A.E.G.C. expresa que le resulta muy fácil “explotar”, por ejemplo en casa y con su novio, a diferencia de lo que ocurre en el trabajo o en la clínica, donde mantiene el control.

4.2.8 Resultados de las pruebas

- Test de la Figura Humana

Fecha de aplicación: 20/05/2013

La paciente se proyecta como una persona perseverante, segura, autodirigida, introvertida, facilidad para la adaptabilidad y control de conductas y emociones. Manifiesta tendencia a la regresión e inmadurez, usualmente centrada en sí misma, necesidad de aislamiento y de

protección frente a presiones externas, ante las cuales también puede reaccionar con actitud de ataque y relativa libertad de ansiedad. A.E.G.C. expresa satisfacción genuina con el rol de género femenino, sin embargo, en el tema sexual, proyecta desorden o inadecuación, así como actividad sexual precoz, que se corrobora con el evento de abuso sexual narrado en su historia clínica.

A.E.G.C. proyecta su Yo interno como una persona refinada, asociada a actitudes de crítica (interior y exterior), persona excesivamente moral que ostenta fuerte dominio de sus instintos. Manifiesta dificultad en las relaciones interpersonales, por posibles sentimientos de culpa, vergüenza y falta de confianza en los contactos sociales y su productividad; compensando la deficiencia de autoestima por una imagen de individuo socialmente dominante y enérgico, utilizando los ojos y gestos principalmente faciales, como arma social de aprobación y dominio. A.E.G.C. proyecta también susceptibilidad a la defensa, arranques de mal humor, debilidad, como mecanismo compensatorio ante el deseo de contacto afectivo y necesidad de apoyo.

- Test Persona Bajo La Lluvia

Fecha de aplicación: 20/05/2013

A.E.G.C. proyecta necesidad de reconocimiento y apoyo social, presión de la figuras parentales, conflictos con la figura materna, que implica necesidad de aferrarse a algo que le provea seguridad y sentido de pertenencia. Necesidad de búsqueda interior. Fuerte tendencia a vivir en el pasado, donde se resguardan acontecimientos inconscientes orientados hacia lo materno y primario de la afectividad. Se repite mucho la fijación hacia el pasado en función de conflictos sin resolver, que aún pesan y frenan su evolución, siendo por ello acontecimientos traumáticos.

La paciente se visualiza como una persona introvertida, sensible, conciliadora, diplomática, adaptable, constante, equilibrada, objetiva, controlada y reflexiva sobre sí misma.; que conlleva al aislamiento emocional, tensión o ansiedad ante la impaciencia, exigencia y obstinación frente al desempeño de los demás en función de sus relaciones sociales.

La paciente hace particular proyección en la zona intelectual (la cabeza), la cual representa para sí, el centro de todos los estímulos, con gran tendencia a la racionalización y otorgar poder al aspecto intelectual, expresado en la autoconfianza y valoración de sus habilidades cognitivas, que

le permiten enfrentar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, propiciando la capacidad de prever.

- Test del Árbol

Fecha de aplicación: 15/07/2013

A.E.G.C. se define de manera proyectiva como una persona delicada, con debilidad de energía, sensibilidad explosiva, dulzura, humor cambiante, impaciente, insegura, alta capacidad de imaginación, cierto grado de obsesión, crítica y tendencia agresiva.

La paciente se percibe y se proyecta con fuerte deseo de superación, frente a sentimientos de inferioridad, autoafirmación por compensación del sentido de impotencia. Intelectual, ética, permeable, sociable, pese a la incertidumbre ante el ambiente, en el cual se desempeña con cierta pasividad, inhibición de afecto y emociones.

A través de diferentes aspectos que evalúa esta prueba, se obtienen resultados constantes de fijación al pasado, particularmente en este test se evalúa la edad promedio en que pudo existir un trauma, la cual refiere una edad de 9 años 6 meses; no existiendo relación directa con lo referido por la paciente en cuanto al momento que se suscitó el abuso sexual. Sin embargo, hay muchos momentos de la niñez que la paciente indica no recordar.

- Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF

Fecha de aplicación: 15/07/2013

La paciente refiere resultados bajos en la escala de Afabilidad y Animación, la primer evalúa la orientación emocional que generalmente desarrolla una persona en una situación de interacción social. A.E.G.C. puntea en su extremo bajo, por lo que manifestando una estructura de personalidad bajo las características de ser reservada, fría, minuciosa, distante, precisa y desapasionada. Mientras que en la escala de Animación, entendida como el grado de

impulsividad que manifiesta el individuo, refiere aspectos como sobriedad, prudencia, taciturna, cautelosa y seria.

En lo que respecta a los extremos altos de los factores de personalidad evaluados, se sitúan las áreas de escrupulosidad, suspicacia, imaginativa, aprensión, análisis-crítica y autosuficiencia. La escrupulosidad se refiere a la escala que ofrece información del superyó, por ello se le denomina atención a las normas, que en su polo positivo como es el caso de A.E.G.C., representa a individuos rectos y moralmente íntegros, perfeccionistas, autodirigidos, metódicos y ordenados. La escala de suspicacia evalúa la confianza que ofrece una persona a los motivos o intenciones de los demás, esta escala condiciona un alto grado de las relaciones interpersonales, en el polo alto se hace referencia a individuos precavidos, desconfiados y ambiguos. La escala M, refiere la abstracción o tipos de temas y cosas donde una persona dirige su atención; las personas como A.E.G.C., con mayor puntuación son imaginativas, poco convencionales, extravagantes y creativas.

Referente a la escala O, que ofrece una visión de cómo se autopercibe una persona, es decir su autoapreciación; en el polo más alto se encuentran las personas más aprensivas, inseguras y deprimidas, con tendencias a la culpa y la inseguridad, que se contrasta con la historia clínica de la paciente.

A.E.G.C. puntea alto en la escala Q1 que representa la apertura al cambio, en donde se describe al individuo que se separa de las normas establecidas y busca disfrutar de nuevas experiencias lejos de las constricciones más tradicionales, es tolerante y con apertura a las ideas nuevas. La escala Q2 que evalúa Autosuficiencia, es decir el grado en que una persona necesita de otras para poder hacer; la paciente se ubica en el polo positivo, en el cual se consideran a los individuos que tienden a la soledad y que disfrutan haciendo las cosas sin ayuda de nadie, prefieren sus propias decisiones y no dependen del grupo.

- Escala de Impacto de Eventos

Fecha de aplicación: 15/07/2013

El resultado cualitativo de la escala de impacto refiere una estadia en el rango moderado, es decir, el evento traumático ocasionó malestar psicológico significativo, expresado por perturbación cognitiva, pensamientos intrusivos, afloramiento de emociones negativas relacionadas al trauma y anestesia de sentimientos o aplanamiento afectivo.

4.2.9 Otros estudios diagnósticos

A la fecha no se reportan.

4.2.10 Impresión diagnóstica

La paciente expresa como conflicto principal el evento traumático al que estuvo expuesta, a causa del abuso sexual que vivió en la niñez, aproximadamente a la edad de 5-6 años, no recuerda la edad precisa. Esta situación ha generado el despliegue de cierta sintomatología característica en cuadros clínicos de trastorno de estrés posttraumático, cumpliendo con los criterios de estar expuesta a un acontecimiento traumático, donde su integridad física y psicológica ha sido amenazada, además de referir como respuesta ante el suceso, el sentimiento de desesperanza y temor.

Asimismo se evidencia la reexperimentación a través de recuerdos intrusos que provocan molestia, así como el malestar psicológico al exponerse a estímulos internos y externos que simbolizan o recuerdan el trauma, en este sentido, iniciar el proceso psicoterapéutico ha implicado ser el estímulo que remueve emociones y cogniciones respecto al abuso, pues indica la paciente que anterior a este proceso, hasta cierto punto había olvidado o evitado cualquier asociación a lo sucedido, evidenciando el uso del mecanismo de defensa de negación, supresión y represión, aunado a la sensación de desapego o enajenación frente a los demás y la incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (edad y sentimientos).

A pesar de estas características, no se cumplen otros criterios diagnósticos del TEPT, por ejemplo la temporalidad, síntomas de la activación (sueño, ataques de ira, dificultad para concentrarse, entre otras). Sin embargo, es importante considerar los aspectos que se expresan en este cuadro clínico, para abordar las alteraciones de los mecanismos de supervivencia, que conducen a posibles ataques de ansiedad, ira, frustración, aplanamiento del estado de ánimo; lo cual puede desembocar en desvalorización personal, pérdida de la autoestima, distorsión en la autopercepción y dificultades para la autorregulación emocional; aunado al desapego con la figura materna, lo cual genera una desvinculación afectiva que repercute en ausencia de sentido de pertenencia y abandono.

Adicionalmente, los signos y síntomas que presenta la paciente se han contrastado con un cuadro de trastorno adaptativo, ya que se reporta la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, el inicio del proceso terapéutico. Dicha alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente y tampoco corresponden a una reacción de duelo. Por lo que el cuadro sintomatológico presentado por la paciente, la queja principal de consulta, correlacionados a los métodos de evaluación psicológica y sus resultados, se tomará como eje de atención el abuso sexual sufrido en la infancia y el impacto que éste ha causado en la personalidad de la paciente; como un evento que desplegó un sinnúmero de recursos psicoemocionales para el afrontamiento, sin que se llegara a procesarlo de manera adecuada.

Basado en algunas teorías del trauma, en las que se hace especial referencia al impacto que éste tiene sobre la personalidad del individuo, es importante considerar que en el caso de la paciente, el evento traumático tuvo lugar en las primeras etapas de desarrollo evolutivo, donde se está construyendo la estructura de la personalidad, ya que luego del abuso sexual (actividad externa que se vincula al carácter), se generaron ciertos cambios de afectividad y conducta, sujetos al temperamento o actividad interna de la paciente que propiciaron un perfil de personalidad como lo describe el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, en su apartado de Trastorno esquizoide de la personalidad, a través de un patrón general de distanciamiento de las

relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, sin embargo la paciente refiere incluso que este patrón ha iniciado desde la niñez.

Es expresado por elección de actividades solitarias la mayor parte del tiempo, no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado, donde incluso no se confía en todos (por ejemplo, la madre y el padre), además se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás, en donde despliega mecanismos de defensa como la racionalización e intelectualización, asimismo la paciente muestra distanciamiento o aplanamiento de la afectividad. También se cumple con el criterio que refiere que estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Paralelo al perfil de personalidad, es importante referir el uso persistente de mecanismos de defensa como la racionalización, intelectualización, supresión y represión, como estrategias psicológicas inconscientes para hacer frente a la realidad, lo cual es natural en el individuo, sin embargo la importancia de considerarlos en el caso de la paciente, reside en que su uso puede repercutir en un comportamiento inadaptado, que afecte desfavorablemente la salud mental.

Otro aspecto importante a resaltar en la dinámica afectiva de la paciente es la relación con la figura masculina, en función del impacto que ha tenido la ausencia del padre, haber sido víctima de abuso por parte de un hombre, no convivir en casa con una figura masculina, haber estudiado en colegios de señoritas; lo cual puede implicar la dificultad inconsciente de relacionarse socialmente con este género, de tal manera que en la actualidad refiere problemas con la pareja afectiva, manifestando conflicto relacionados a celos, desconfianza, temores, emociones encubiertas y exigencias excesivas en la relación de noviazgo.

Es valioso considerar la resiliencia o capacidad que muestra la paciente para enfrentar ciertas situaciones adversas, adaptándose de manera positiva a ellas, bien enfocándolas a su crecimiento personal o vertiéndolas en ayuda social, motivo principal que la hace desempeñarse laboralmente

en el ámbito donde su experiencia individual pueda propiciar ayuda a otras personas. El factor de resiliencia no debe ser interpretado como ausencia de malestar o dolor emocional ante las amenazas o traumas, sino que representa la capacidad o estrategias personales para sobreponerse o intentar hacerlo de manera adaptativa ante sucesos de gran impacto emocional, esto se ve reflejado en el caso de A.E.G.C., a través de su automotivación, apertura y toma de decisiones que la han impulsado a disminuir los efectos del abuso del que fue víctima, así como a buscar ayuda para superar las secuelas negativas que aún persisten.

4.2.11 Evaluación multiaxial

- Eje I: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
Eje II: F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20]
Eje III: Ninguno
Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (abuso sexual en la niñez, desapego con figura materna –abandono-, ausencia de figura paterna).
Eje V: EEAG = 85

4.2.12 Recomendaciones

Se sugiere continuar con el proceso psicoterapéutico, el cual debe abordar el afrontamiento y resolución del evento traumático, de tal manera que dicha situación pueda reestructurarse cognitivamente e integrarla a la experiencia de vida de la paciente, en función de encontrar un nuevo sentido de ser, luego de tal experiencia. Asimismo se debe trabajar en relación a los modelos de conducta, estrategias actuales de desempeño social y afrontamiento de conflictos; los cuales se ven sujetos a estructuras cognoscitivas determinadas por fuerte uso de mecanismos de defensa del Yo, que aunado al temperamento de la paciente han construido su perfil de personalidad, y basados en ésta, se deben plantear nuevos modelos conductuales que incluyan la homeostasis entre emoción y cognición.

También es concerniente abordar el tema de la relación materno filial, subsanando el conflicto interno de desapego y abandono, de igual manera que la relación afectiva con la figura masculina, en función del efecto que ha tenido en la paciente, la ausencia del padre, el abuso perpetrado por una persona de este sexo y que actualmente interfiere en la relación afectiva con su pareja, expresada por desconfianza, demandas excesivas, temores y emociones encubiertas. Finalmente se debe trabajar los componentes de la valía personal (autopercepción, autoconcepto, autoestima, autorregulación, entre otros), que entrelazados al recurso de resiliencia que manifiesta la paciente, pueden favorecer el proceso psicoterapéutico.

4.2.13 Programa de tratamiento o plan terapéutico

En función del motivo de consulta y los datos obtenidos en el proceso de evaluación, la intervención clínica psicológica se orientará al abordaje del trauma aún no resuelto, patrones de comportamiento y estrategias de afrontamiento según el perfil de personalidad que presenta A.E.G.C., en función de integrar la experiencia traumática a la consciencia de la paciente, mediante la reestructuración de esquemas cognitivos y generando nuevos modelos de conducta. Asimismo abordar la valía personal y reforzar el recurso de resiliencia.

Para ello se abordará a través de un modelo de psicoterapia cognitivo conductual (terapia racional emotiva), modelo gestáltico, programación neurolingüística y análisis transaccional; el proceso psicoterapéutico constará de 12 a 14 sesiones de 60 minutos, a razón de dos sesiones por mes.

Problema clínico: Experiencia traumática
Tiempo: 4 sesiones aproximadamente
Justificación: Según el diagnóstico clínico psicológico, A.E.G.C. requiere atención en la resolución de un evento traumático de abuso sexual, para lo cual es conveniente trabajar con la sintomatología de ansiedad que aún genera la reexperimentación del suceso, esto a través de ejercicios de relajación, además de técnicas gestálticas que permitan asignar un sentido e integrar de manera positiva la experiencia.

Técnica	Objetivo	Recursos
<p>Respiración abdominal o diafragmática La paciente se debe sentar cómodamente en una silla, con la espalda erguida pero cómoda, y los brazos a los lados o sobre las rodillas. Debe cerrar los ojos, liberando la mente de pensamientos por un instante, e inhalar lentamente, hasta llenar los pulmones de aire por completo. Mantener el aire unos tres segundos, y exhalar lentamente. Exhalar hasta que no quede ni una gota de aire en los pulmones. Mantenerse así por uno o dos segundos, y repetir la técnica una o dos veces más.</p>	<p>Que la paciente tenga como recurso propio el control de su respiración; esto le permitirá autorregularse si en el transcurso de la sesión se descompensa emocionalmente. La terapeuta le hará referencia del recurso de respiración ya instalado, para que la paciente por si sola se estabilice.</p>	<p>Asiento cómodo. Música de relajación (no es indispensable).</p>
<p>Afecto inducido Luego de un proceso de relajación, el terapeuta alienta al paciente a la libre expresión de emociones y apoya en la clarificación de los sentimientos relacionados con el evento traumático.</p>	<p>Que la paciente se libere de emociones negativas relacionadas con el incidente, a través de ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en el momento del trauma, con la inclusión de aquellas emociones que han sido olvidadas o bloqueadas y aceptar y reelaborar los sentimientos.</p>	<p>Hojas y lapicero (si se considera necesario plasmar lo experimentado).</p>
<p>Lugar seguro Por medio de una visualización guiada del método EMDR, se guía a la paciente a encontrar un lugar seguro en su imaginación, al cual pueda ir mentalmente en momentos de tensión o ansiedad.</p>	<p>Que la paciente tenga un recurso auto aplicable en momentos de desequilibrio emocional, tanto en la clínica como en casa. Especialmente como estrategia ante la re experimentación del suceso traumático.</p>	<p>Guía de visualización "Lugar Seguro", metodología EMDR.</p>
<p>Implsión El terapeuta volverá a presentar, restablecer o reproducir simbólicamente aquella situación impactante, que ha generado malestar psicológico. Esto puede ser <i>in vivo</i> o en la imaginación de la paciente (más recomendable en un inicio), intentando alcanzar el nivel más elevado de ansiedad; al presentar una y otra vez la misma situación, los niveles de malestar (ansiedad, ira, frustración, entre otros) disminuirán.</p>	<p>Que la paciente reexperimente en un espacio seguro el evento traumático, para que vaya controlando paulatinamente sus emociones y el efecto que le producen.</p>	<p>Ninguno</p>

Técnica	Objetivo	Recursos
<p>Silla vacía</p> <p>Se sienta a la paciente en una silla que está de frente a otra que está vacía, se incita a la paciente a iniciar un diálogo con los pensamientos conflictivos, los sentimientos, entre otros. Si es prudente, puede generarse un intercambio de lugar entre ambas sillas, en donde la paciente representará a la otra persona, integrando un diálogo con ella misma, es decir, primero habla por sí misma, luego cambia de asiento a la otra silla, y brinda una respuesta por parte de la persona imaginada.</p>	<p>Facilitar la experiencia de expresar lo que ha quedado reprimido en relación al agresor o personas que la propia paciente considera como cómplices de la experiencia, por el hecho de no ayudarla en su momento (especialmente la madre).</p>	<p>2 sillas</p>

Fuente: Elaboración propia.

Problema clínico: Estrategias de afrontamiento (según perfil de personalidad)

Tiempo: 2 sesiones aproximadamente

Justificación: Las actuales estrategias de afrontamiento de la paciente, se condicionan a su perfil de personalidad, mismo que no puede ser modificado en su totalidad pues la estructura de su personalidad está creada, sin embargo, se puede hacer conciencia de los mecanismos de defensa que refuerzan dicha estructura, y por ende determinan ciertas actitudes y conductas, las cuales si pueden ser modificadas.

Técnica	Objetivo	Recursos
<p>Registro de pensamientos automáticos</p> <p>Se le entrena a la paciente para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones ante ellos (incluir uso de mecanismos de defensa), que conforman los pensamientos automáticos.</p>	<p>Que la paciente haga consciente la interpretación rígida que le da a los sucesos que experimenta, especialmente en función de mejorar la relación interpersonal, desempeño social, trabajo en equipo.</p>	<p>Hoja de autorregistro Lapicero</p>
<p>Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos</p> <p>A través del diálogo socrático, se recaba evidencia de la validez del contenido cognitivo que predomina en la paciente. Puede tomarse una situación en particular y</p>	<p>Que la paciente tenga evidencia concreta de la distorsión en el contenido del pensamiento, y que le permita realizar el reaprendizaje cognitivo bajo fundamentos reales, que le</p>	<p>Ninguno</p>

Técnica	Objetivo	Recursos
comprobar hipótesis (pensamientos) y resultados (consecuencias reales).	motiven a la obtención de resultados positivos.	
Cómo los pensamientos influyen en mis emociones Ejemplificar a la paciente, a través de la teoría racional-emotiva, cómo los pensamientos influyen en la expresión de emociones. Hacer uso de ejemplos de situaciones que la propia paciente refiera, donde hace uso de mecanismos de defensa como la racionalización y la intelectualización, que evitan que exprese lo que está sintiendo.	Que la paciente reconozca el poder de los pensamientos sobre sus emociones, y que se permita expresar libremente sus emociones y sentimientos, sin que dichas cogniciones los repriman.	Ninguno
Examen de opciones alternativas de interpretación A través de una serie de preguntas como: ¿Puede haber alguna explicación distinta a la que me ha referido, para el suceso que me comenta? ¿Qué otras cosas pensó sobre este suceso? Se orienta al paciente a que obtenga nuevas opciones de interpretación (reestructuración cognitiva), acompañadas de la inclusión de las emociones experimentadas.	Orientar a la paciente a encontrar alternativas de interpretación (nuevos modelos cognitivos) distintas a las que maneja usualmente, donde la expresión afectiva esta disminuida, integrándola para generar respuestas desde la perspectiva de la triada sentir-pensar-actuar.	Hojas para registro de respuestas
Dramatización de la escena clave del guion Rastrear la infancia de la paciente y detectar en la escena traumática, qué elemento, sensación, cognición, emoción, entre otros, dio lugar a una decisión tomada desde el Estado Niño (AT). La finalidad es explorar el guion de vida que se ha establecido la paciente.	Que la paciente tome consciencia de lo que está pasando en el aquí y ahora bajo la premisa de esa decisión tomada en el pasado; de esta manera suscitar el cambio terapéutico.	Ninguno

Fuente: Elaboración propia.

Problema clínico: Nuevos modelos de conducta (asertividad)

Tiempo 3 sesiones aproximadamente

Justificación: Como parte esencial en el abordaje psicoterapéutico, es importante el entrenamiento en nuevas habilidades que conlleven a la creación y establecimiento de nuevos modelos de conducta asertiva, que favorezcan las relaciones sociales de la paciente.

Técnica	Objetivo	Recursos
<p>Análisis de ventajas y desventajas</p> <p>Movilizar mentalmente a la paciente a que identifique lo negativo y positivo de sus pensamientos, y cómo influyen en su expresión de emociones y conducta.</p>	<p>Que la paciente genere por sí misma nuevas opciones o alternativas de convivencia social, considerando las necesidades y cualidades de su Yo y la percepción y reacción de las personas con la que se relaciona socialmente.</p>	<p>Formato de cuadro comparativo</p> <p>Lapicero</p>
<p>Proyección a futuro</p> <p>Luego de un ejercicio de respiración o relajación, se guía a la paciente a través de la visualización, que imagine o cree en su mente nuevos escenarios de vida. Se le pregunta por ejemplo: ¿en dónde se ve en determinado tiempo?, de no saber, se relacionara la pregunta con alguien que ama, en quien proyectará sus deseos.</p>	<p>Que la paciente visualice nuevos escenarios de vida, que le permitan sentir bienestar y le motiven a generar el cambio.</p>	<p>Asiento cómodo</p>
<p>El ensayo</p> <p>El terapeuta ofrece su Yo para compartir el ensayo de la nueva experiencia de la paciente. Asumiendo el rol de la persona que representa. La paciente deberá desplegar sus recursos y estrategias para construir dicho ensayo.</p>	<p>Que la paciente pueda compartir su experiencia traumática con las personas significativas para ella, sin que esto le cause vergüenza, ansiedad, desborde emocional, entre otros, en función de la intención que manifiesta la paciente de contar lo sucedido.</p>	<p>2 sillas</p>

Fuente: Elaboración propia.

Problema clínico: Valía personal (autoestima)

Tiempo: 3 sesiones aproximadamente

Justificación: En situaciones de abuso sexual, uno de los factores que se ve afectado es la autoestima de la persona que experimental tal evento. Por tal razón es indispensable abordar el tema de valía personal con la paciente, además de remarcar y reforzar la resiliencia que ha mostrado.

Técnica	Objetivo	Recursos
<p>Frasas incompletas Se le brinda a la paciente un formato con frases incompletas sobre la mujer, las cuales tendrá que completar sin detenerse a pensar, luego se discutirán sus respuestas.</p>	Identificar creencia sobre sí mismas como mujer.	Hojas impresas con el formato Lapiceros
<p>Identificación del diálogo interno Tras un ejercicio de respiración y/o relajación, se guiará a la paciente para que identifique sus pensamientos y describa qué siente, además de qué se dice así misma; el terapeuta deberá proporcionar alternativas que transformen el diálogo interno en argumentos reales y positivos.</p>	Que la paciente identifique cuál es su diálogo interno y cómo este influye en su autopercepción.	Asiento cómodo.
<p>Diálogo socrático Se le presenta a la paciente una historia o cuento de superación personal (Ejemplo: Video “El circo de la mariposa”) y mediante el dialogo que genera la opinión del mismo, el terapeuta induce al paciente a detectar y resaltar aspectos positivos ante las adversidades.</p>	Que la paciente encuentre las respuestas del dialogo socrático de la metáfora, construyendo un significado o sentido de ser a su propia experiencia.	Lectura de una historia, cuento o video de superación.
<p>Proyección en el espejo Se le proporciona a la paciente un espejo, lo más grande posible y se le indica que describa todos sus aspectos y cualidades positivas y negativas haciendo énfasis en las positivas.</p>	Que la paciente tome conciencia de sus cualidades en todos los aspectos de su vida; enfatizando las positivas, que confronten sus pensamientos negativos, derrotistas, distorsionados.	Espejo Hojas para anotar Lapicero

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Logros

- Se logró la reexperimentación del abuso sexual infantil, de manera controlada y segura. Rompiendo con la represión del mismo, lo que favoreció el reprocesamiento cognitivo del evento y la integración adecuada a la experiencia de vida.
- Se generó homeostasis psíquica en la paciente, logrando el equilibrio entre sus cogniciones y emociones.

- Se abordaron los mecanismos de defensa utilizados con frecuencia por la paciente, logrando que ella los identificara y los hiciera conscientes, para regular su uso y utilizarlos de manera adecuada, ya que estos restringían la expresión emocional.
- Se propició una mejor comunicación familiar, a través del entrenamiento de la paciente en cuanto a comunicación asertiva, es decir la paciente logró expresar sus necesidades, deseos, desacuerdos, expectativas, entre otros, de manera adecuada.
- La paciente logró interiorizar nuevos modelos conductuales, que le permitieron tener nuevas estrategias de socialización acordes a los rasgos de personalidad que presenta.
- La paciente aplicó nuevas estrategias de afrontamiento y solución de conflictos, mejorando sus relaciones interpersonales.
- Se fortaleció la valía personal de la paciente, mediante una evaluación realista y consciente de su autoimagen, autovaloración, autopercepción y autoestima.
- Se potencializaron las características de resiliencia presentes en la paciente, generando un aprendizaje de la experiencia negativa vivida y focalizándolo en altruismo o ayuda social.

4.4 Limitaciones

- La asistencia de la paciente a las sesiones terapéuticas no fue periódica, lo que ocasionó el no cumplimiento de ciertos objetivos de tratamiento.
- El fuerte uso de mecanismos de defensa avanzados, generaron momentos de resistencia en la paciente, limitando el abordaje puntual de ciertos temas.

- El diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad, generó que el plan terapéutico no se enfocara únicamente en el abuso sexual infantil, tema de mayor relevancia para la paciente, sino que ambos temas requerían del abordaje particular.
- La presencia de algunas crisis situacionales, ocasionaron que el programa terapéutico se estancara, limitando el tiempo para alcanzar los objetivos establecidos según el motivo de consulta y los aspectos detectados en el proceso de evaluación y diagnóstico.

Conclusiones

1. En Guatemala son altos los niveles de incidencia de abuso sexual infantil, pese a la participación activa de organizaciones defensoras de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
2. Las autoridades guatemaltecas reportan cifras elevadas de abuso sexual infantil, sin embargo, el panorama resulta más sombrío con todos aquellos casos que no son reportados ante las autoridades.
3. El género femenino es la población más afectada por el abuso sexual, tanto en la niñez como en la edad adulta.
4. Los principales factores de riesgo para que un niño, niña o adolescente sea víctima directa del abuso sexual, refieren: carencias afectivas, falta de educación sexual, ausencia o inadecuada comunicación con los progenitores o figuras de autoridad; elementos en los que se puede incidir la importancia y responsabilidades en la dinámica familiar, especialmente en los casos de abuso sexual infantil intrafamiliar.
5. Existen indicadores físicos, conductuales y emocionales que remiten que un niño, niña o adolescente es víctima de abuso sexual; mismos que deben ser identificados y atendidos para el abordaje holístico de dicha problemática.
6. Los efectos del abuso sexual infantil en la construcción de la personalidad, refieren ciertas características o rasgos, entre los cuales resaltan: inseguridad, introversión, rigidez, desconfianza, suspicacia, susceptibilidad, impulsividad, dependencia, inestabilidad afectiva, entre otros.

7. La familia y la red de apoyo social con que cuenta el niño, niña o adolescente que sufrió abuso sexual, constituyen los principales factores de protección que favorecen el desarrollo personal de la víctima, mediante el soporte emocional, acceso a servicios de salud médica y psicológica y atención legal.
8. Para un mejor abordaje psicoterapéutico en casos de abuso sexual infantil, es importante considerar la atención individual a la víctima primaria, así como la terapia familiar y psicoterapia de grupo o acceso a grupos de autoayuda; logrando una atención integral.
9. Las necesidades psicoafectivas que presentan las niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, institucionalizadas en Asociación La Alianza, requieren de la atención psicoterapéutica integral, contemplando la atención individual, familiar y grupal.
10. El abuso sexual infantil no determina un síndrome o perfil psicológico específico, la complejidad en establecer esta premisa reside en los diversos factores que influyen en el evento, mismos que varían en cada individuo.

Recomendaciones

1. Cuando se aborda la temática de abuso sexual infantil, uno de los componentes a considerar es el tema de prevención, se recomienda que en el ámbito familiar y social se implementen las medidas previsoras oportunas, que contribuyan a reducir los niveles de incidencia de abuso sexual infantil en Guatemala.
2. Dentro de los principales factores de riesgo de abuso sexual infantil, figura la estructura o dinámica familiar que rodea al niño, niña o adolescente víctima, en relación a esto se recomienda generar o fortalecer la comunicación asertiva intrafamiliar, especialmente entre padres e hijos, misma que pueda dotar de información, herramientas, estrategias de afrontamiento y apoyo hacia los menores.
3. El abuso sexual infantil muestra una gama de indicadores tanto a nivel físico, emocional y conductual; se sugiere prestar atención particular a cada una de las áreas, para atender de manera inmediata y eficiente al niño, niña o adolescente que está siendo víctima de abuso.
4. Los programas sociales, entidades legales y de salud estatal, organizaciones no gubernamentales representan factores de protección al niño, niña o adolescente víctimas de abuso sexual, ya que brindan la asistencia necesaria. Por lo que se sugiere la divulgación social de dichas instancias y sus respectivos protocolos de atención para que cualquier persona que tenga conocimiento de que un niño, niña o adolescente está siendo víctima de abuso sexual, pueda saber qué hacer y a dónde acudir.
5. Ante un evento de abuso sexual infantil, se recomienda buscar y recibir la asistencia psicoterapéutica puntual, para contrarrestar los efectos negativos que el abuso genera en la psiquis del niño, niña o adolescente; de no ser así estos efectos pueden cronificarse y repercutir en trastornos psiquiátricos.

6. Un abuso sexual infantil trae consigo una gama de consecuencias emocionales tanto para el niño, niña o adolescente víctima primaria, como para la familia, víctimas colaterales; en función de esto se sugiere la asistencia psicológica a ambas partes, para que de manera sistémica se logren avances significativos en el proceso de abordaje.

7. Las niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, institucionalizadas en Asociación La Alianza, manifiestan necesidades psicoafectivas particulares; por tal motivo se recomienda la implementación de un programa de abordaje psicoterapéutico integral, que contenga atención individual, familiar y grupal como elementos complementarios al actual programa psicoeducativo que llevan a cabo en dicha institución.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. (4ta. Ed.). Estados Unidos: Comité elaborador.

Arruabarrena, M. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: MASSON.

Asociación El Mundo de los ASI. (2012). *Manual para el tratamiento grupal del incesto y abuso sexual infantil*. Barcelona: ILANU

Asociación La Alianza. (2013). *Organigrama Administrativo*. Guatemala: Dirección de Personal e Informática

Asociación La Alianza. (2013). *Programas de Atención*. Guatemala: Dirección de Programas.

Blaug, M. (1985). *Método inductivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Campomanes, C. (1984). *Introducción a la filosofía*. España.

Comisión Interclesial de Justicia y Paz. (2010). *Los efectos psicosociales de la revictimización*. Colombia: Equipo Psicosocial

Engler. B. (1996). *Introducción al as Teorías de Personalidad*. (4ta. Ed.). México: McGraw-Hill.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1989). Convención de Naciones Unidas sobre Derechos del Niño.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill

Ley contra la Violencia Intrafamiliar. (1996). Congreso de la República de Guatemala. Decreto 94-96

Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. (2009). Congreso de la República de Guatemala. Decreto 09-2009

Ley de Desarrollo Social. (2001). Congreso de la República de Guatemala. Decreto 42-2001

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. (2003). Congreso de la República de Guatemala. Decreto 27-2003

Mellody, P., Wells. A., Keith. J. (2012). *La Codependencia*. (4ta. ed.) México: Editorial Paidós.

Ministerio Público de Guatemala. *Maltrato Infantil*. [Trifoliar]. Guatemala: Oficina de Atención a la Víctima.

Ministerio Público de Guatemala. (2007). *Plan de Política Victimológica*. Guatemala: Departamento de Coordinación de Atención a la Víctima.

Nuñez de Arco, J. (2008). *El Informe pericial en Psiquiatría Forense: Victimología*. Bolivia: Editorial Temis

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*. (9na. Ed.). México: McGraw-Hill

Pereda, N., Gallardo, D., Jiménez, R. (2011). *Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil*. Barcelona: Universidad de Barcelona

Perrone, R., Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. México: Editorial Paidós

Pueyo, A. (1996). *Manual de Psicología Diferencial*. Madrid: McGraw-Hill.

Internet

Adame Vásquez, M. (2011). *Abuso Sexual Infantil Nunca Más*. Recuperado el 04 de noviembre de 2013, de <http://migueladame.blogspot.com/2011/07/estadisticas-de-abuso-sexual-en.html>

Fondo de Población de Naciones Unidas. (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud*. Recuperado el 06 de noviembre de 2013, de http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/protocolo_para_el_abordaje.pdf

Galdos, S. *Prevención del Abuso Sexual Infantil*. Recuperado el 05 de noviembre de 2013, de <http://www.contraelabusosexualdelainfancia.com/art2.htm>

Martínez, J. *Terapia de grupo en abuso sexual infantil*. Recuperado el 05 de noviembre de 2013, de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_martinez.pdf

Organización Mundial de Salud. Maltrato Infantil. Recuperado el 05 de noviembre de 2013, de <http://www.paho.org/gut/>

Psicología Infantil. *Indicadores de abuso sexual*. Recuperado el 05 de noviembre de 2013, de <http://psinfantil.blogspot.com/2006/08/indicadores-de-abuso-sexual-infantil.html>

Psicología Oriente. (2012). *Otto Kernberg*. Recuperado el 04 de noviembre de 2013, de <http://psicologiaorientel.blogspot.com/2012/09/otto-kernberg.html>

Rubins, C. *Abuso sexual infantil; las secuelas en adultos*. Recuperado el 13 de noviembre de 2013, de <http://psicologiajuridica.org/psj120.html>

Salazar Salas, C. (2009). *Algunas normas para usar el estilo APA en los trabajos escritos*. Recuperado el 13 de noviembre de 2013, de <http://www.ucipfg.com/map/moodle/mod/resource/view.php?id=3212>

Save the Children. *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Recuperado el 04 de noviembre de 2013, de http://www.ifdcelbolson.edu.ar/mat_biblio/provivavoz/manual_save_childrens.pdf

Sepúlveda, T. *Versión sintética de la teoría freudiana de la personalidad*. Recuperado el 04 de noviembre de 2013, de <http://esepulveda.cl.tripod.com/freud.htm>

UNICEF Guatemala. *Abuso Sexual Infantil*. Recuperado el 04 de noviembre de 2013, de http://www.unicef.org/guatemala/spanish/childhood_protection_1521.htm

Anexos

Anexo 1

PROGRAMA OFICIAL



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabidurías"

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

Nombre del Curso:	Práctica IV - Profesional Dirigida	Ciclo:	2013
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III	Código:	
Trimestre:	X	Jornada:	
Sede:		Horario:	

Mes	Año		
Enero	2013		
Fecha de Recepción	Sello de Registro y Control Académico	Vo.Bo. Decanato	

Propósito del Curso:

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

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

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

Objetivos:

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

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos

Contenido Temático del Curso:

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

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

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

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos	

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

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

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

Bibliografía

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. Y Durand M. Thomson Learning. 7ª. edición México
- Manual de Psicopatología, Bellach A., Sandin B. & Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb. L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económica
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior. Editorial Cibe

Anexo 2



Guatemala 25 de febrero, de 2013

Lieida Carolina Escobar Sarti
Directora Nacional
Asociación La Alianza
Presente

Estimada Licenciada Escobar,

Después de estar en sus labores diarias me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Comportamiento Social, que muestra casos de estudios impartido.

Sea para nosotros de mucho agrado y para nuestros alumnos: Zandi Verónica Orozco Rojas y Helen Georgina De León Su, de gran aprendizaje tanto a su prestigiosa institución: Asociación La Alianza.

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

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

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

Atentamente,

Lic. Mario Sarazar

Director General Campus El Naranjo
Universidad Panamericana

Va. Bn. Institución



Anexo 3



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sobrevivir ante todo, adquirir sobrevivir"

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACION REQUERIDA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Asociación La Alianza

DIRECCIÓN: Carretera D-37 Zona 2, colonia La Escudrilla ^{México}

NOMBRE DEL ENCARGADO: Irma Tois Meneses Sánchez

Teléfono del Contacto Encargado: 2230-5151 ext 110

PUESTO: Psicóloga / Directora de Personal

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN - POBLACION QUE ATIENDE:
Protección y abrigo de niñas víctimas de trata,
violación sexual y riesgo social

Niñas niñas adolescentes y madres adolescentes

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: Zandi Orozco Rodas

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

HORARIO DE PRÁCTICA: Días Lunes, martes y miércoles

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

FECHA DE INICIO DE LA PRACTICA: Lunes 25 de febrero 2013

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO



zvorozco@hotmail.com

Anexo 4



Guatemala, 11 de noviembre de 2013

A QUIEN INTERESE

PRESENTE

Por medio de la presente, se hace constar que la estudiante **Zandi Verónica Orozco Rodas**, cursante del quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, quien se identifica con documento personal de identificación (DPI), código único de identificación (CUI) 2318 77013 0101, realizó sus 500 horas de Práctica Profesional en Psicología en Asociación La Alianza en los meses de marzo a octubre del presente año, mostrando responsabilidad, compromiso y apoyo en lo requerido.

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

Atentamente,



Inga Ana Cecilia Muñoz Sosa
Directora de Personal e Informática

Anexo 5



Guatemala, 13 de noviembre de 2013

A QUIEN INTERESE

PRESENTE

Por medio de la presente, se hace constar que la estudiante **Zandi Verónica Orozco Rodas**, cursante del quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social, quien se identifica con documento personal de identificación (DPI), código único de identificación (CUI) 2318 77013 0101, realizó sus Prácticas Profesionales en Psicología en Asociación La Alianza brindando apoyo específico al Programa de Reintegración Familiar en el proyecto de Escuela Familiar y Escuela de Adolescentes madres en los meses de junio a octubre del presente año.

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

Atentamente,


Licda. **Rosa Yaneth Alfaro Contreras**
Trabajadora Social
Licda. ROSA YANETH ALFARO CONTRERAS
Trabajadora Social
Consejería Rv. 8.13



Asociación La Alianza
13 Av. 9-37 Zona 7 de Miraflores Colonia La Escudrillita
P.O. Box 2250-5151 Página web www.la-alianza.org

Anexo 6



MÓDULO 1: AUTOCONOCIMIENTO Y RELACIONES SOCIALES

Objetivo: Conocerse, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo, son aspectos que le permiten a una persona tener claridad sobre el proyecto vital que quiere emprender y desarrollar las competencias que necesita para lograrlo. Conocerse es el soporte y el motor de la identidad y de la capacidad de comportarse con autonomía.

Temas: Autoestima
Principios y valores
Virtudes y capacidades
Apego (seguro, resistente, evasivo, desorganizado)

Sesión: 1

MÓDULO 2: DINÁMICA FAMILIAR

Objetivo: Propiciar espacios de reflexión sobre situaciones cotidianas y sobre criterios básicos de funcionamiento del grupo familiar, analizar las diferentes etapas que recorre una familia en su ciclo vital, favorecer la comunicación en el grupo familiar y con el entorno, así como identificar capacidades que posibiliten un crecimiento integral de los hijos y del grupo familiar.

Temas: Definición y tipos de familia
Roles y atribuciones
La comunicación
Límites y disciplina
Equidad de género
Resolución de conflictos

Sesiones: 1

Elaborado por: Zandi Orozco / Helen De León
Practicantes de Psicología, Universidad Panamericana

Maternidad responsable
Disciplina y comunicación efectiva con los hijos.

Sesiones: 1

MÓDULO 4: INTEGRACIÓN SOCIAL

Objetivo: Instar a realizar proyectos de vida, que sean reales y útiles en su desempeño social; identificando fortalezas para su desarrollo integral.

Temas: Habilidades, capacidades y fortalezas académicas y laborales
Aprender a relacionarse afectivamente
Resiliencia
Redes de apoyo

Sesión: 1

MÓDULO 5: HÁBITOS SALUDABLES

Objetivo: Dotar y crear conciencia en las madres jóvenes sobre la importancia de ser parte activa en la conservación y mejora de la salud integral; tanto de su persona, como de sus hijos.

Temas: Higiene y alimentación
Uso del tiempo libre
Comunicación asertiva y actitud empática
Afrontar los desafíos
Toma de decisiones

Sesión: 1

Elaborado por: Zandi Orozco / Helen De León
Practicantes de Psicología, Universidad Panamericana

Anexo 7



MÓDULO 1: YO

Objetivo: Conocer y aprender acerca de su proceso de desarrollo a nivel físico, emocional y conductual, permitiendo reflexionar sobre cambios físicos, sentimientos, emociones y pensamientos que conducen a la toma de decisiones y acciones en la vida.

Temas: Desarrollo biopsicosexual
Autoconocimiento físico y emocional
Autoestima y autoconcepto
Sexualidad

Sesiones: 1

MÓDULO 2: DINÁMICA FAMILIAR

Objetivo: Tener consciencia de los patrones familiares aprendidos y orientar en la reestructuración de los mismos, propiciando la toma de decisiones respecto a la formación de una nueva familia (selección de pareja, intereses emocionales y manejo adecuado de las crisis familiares).

Temas: Comunicación
Estructura y patrones familiares
Crisis familiares (abuso, violación, drogodependencia, etc.).
Cambios en la dinámica familiar
Estrategias de resolución de conflictos

Sesiones: 1

MÓDULO 3: MI HIJO

Objetivo: Crear y/o fortalecer el vínculo madre e hijo. Propiciando la autoconciencia del rol materno y consecuentemente propiciar una relación sana con el hijo (a).

Temas: Desarrollo evolutivo del niño.
Cuidados e higiene del bebé.

Elaborado por: Zandi Orozco / Helen De León
Practicantes de Psicología, Universidad Panamericana

MÓDULO 3: DESAFÍOS FAMILIARES Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Objetivo: Detectar lo antes posible las problemáticas del grupo familiar o de alguno de sus miembros, promover la participación consciente y activa de los miembros del grupo en el proceso de apoyo frente a estos desafíos.

Temas: Drogodependencia
Alcoholismo
Tabaquismo
Infidelidad
Trata de Personas
ETS
Abuso físico, psicológico y sexual

Sesiones: 1

MÓDULO 4: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE CONFLICTOS

Objetivo: Reconocer las dificultades que se presentan en la familia actual, buscar estrategias para enfrentar y solucionar esos desafíos. Que los padres desarrollen empatía hacia sus hijos, propiciando un acompañamiento adecuado en situaciones de inestabilidad emocional.

Temas: Manejar la tensión
Toma de decisiones
Resolución de crisis vitales (etapas de desarrollo)
Afrontamiento de problemas como: violación sexual, violencia intrafamiliar, abuso físico y psicológico, etc.

Sesiones: 1

MÓDULO 5: HÁBITOS SALUDABLES E INTEGRACIÓN SOCIAL

Objetivo: Promover el desarrollo en la familia, establecer lazos de convivencia familiar y social, adecuados para generar bienestar y salud integral, a pesar de las adversidades y problemas cotidianos.

Temas: Comunicación asertiva y motivación
Como escuchar a mi hijo
Administrando el tiempo
El padre/madre y la escuela

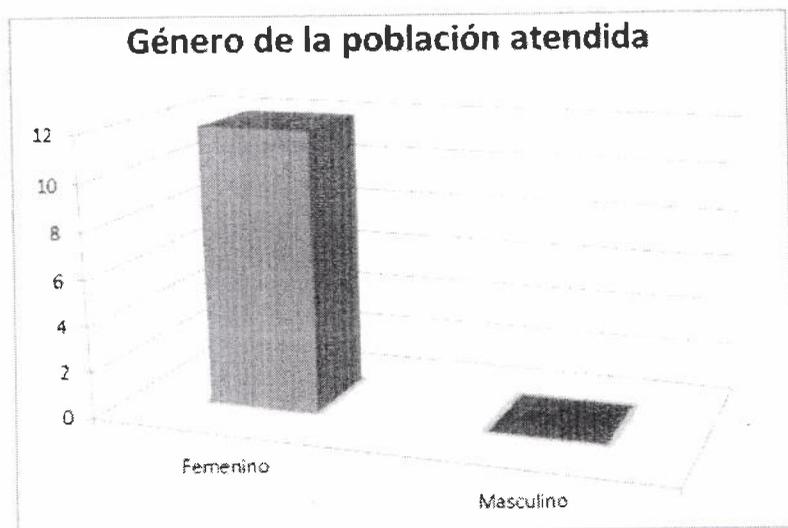
Sesiones: 1

Elaborado por: Zandi Orozco / Helen De León
Practicantes de Psicología. Universidad Panamericana

Anexo 8

Estadísticas de Atención

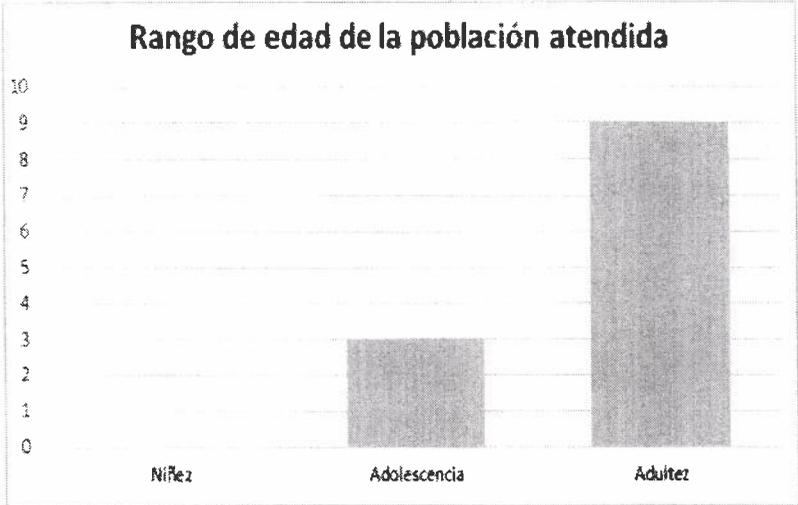
Gráfica 1: Distribución por género



Fuente: Elaboración propia

Referencia: El total de la población atendida correspondía al sexo femenino.

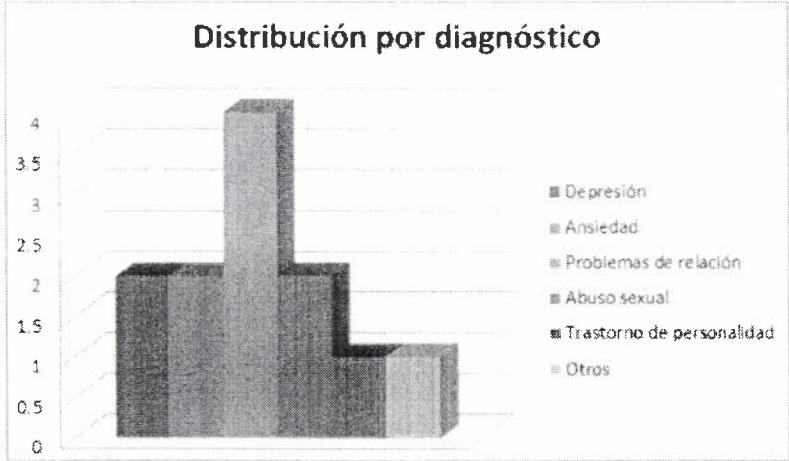
Gráfica 2: Distribución por edad



Fuente: Elaboración propia

Referencia: 25% de la población atendida corresponde a adolescentes y 17% a adultos.

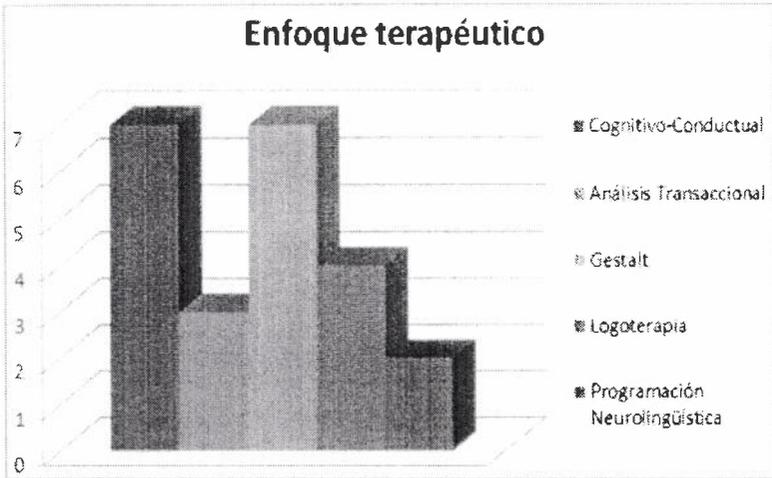
Gráfica 3: Distribución por diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

Referencia: El diagnóstico de mayor incidencia en la población atendida, con un porcentaje de 33% corresponde a Problemas de relación. seguido por Depresión, Trastorno de Ansiedad y Abuso Sexual con 17% y finalmente con 8% figuran los Trastornos de Personalidad y Otros diagnósticos.

Gráfica 4: Distribución por enfoque de abordaje terapéutico



Fuente: Elaboración propia

Análisis: Los enfoques más utilizados para el abordaje psicoterapéutico de los casos fueron: Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Gestalt, seguido de la Logoterapia y el Análisis Transaccional y finalmente de la Programación Neurolingüística.

Anexo 9

Guatemala, 25 de noviembre de 2013

Señores
Departamento de Psicología
Asociación La Alianza. Guatemala
Presente

Atención: Licda. Regina Villagrán

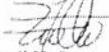
Les saludo en el deseo que la bendición de Dios se encuentre en sus actividades diarias colmándolas de éxitos.

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

Habiendo culminado dicha etapa y como parte del proceso investigativo de mi formación académica, hago entrega de, un *"Programa Psicoterapéutico Integrativo"*, como material de apoyo en el abordaje psicológico con las niñas y adolescentes institucionalizadas en la Asociación.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



Zandi V. Orozco Rodas
Estudiante de Psicología

Vo.Bo. Institución



Anexo 10

Programa Psicoterapéutico Integrativo Abordaje a Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual

• TERAPIA INDIVIDUAL

Objetivo general

Integrar de manera adaptativa la experiencia de abuso sexual en la experiencia de vida, contrarrestando el impacto psicoemocional negativo.

Temas a abordar

Elaboración cognitiva y emocional del abuso, sentimientos de culpa, vergüenza, estigmatización, tristeza y baja autoestima, re-experimentación emocional y evitación cognitiva, ansiedad, miedos y conductas de evitación, desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales, hostilidad, rabia y agresividad.

Enfoque	Objetivos específicos	Técnicas
<p>Cognitivo-conductual: su propósito central es que las personas básicas de personalidad intencional y desadaptativas son las causantes de una falta integración del medio. Demuestran que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y muestran el pensamiento lógico.</p>	<p>Enseñar al niño, niña o adolescente, a manejar respuestas adaptativas ante las criminales que les provocan respuestas inadecuadas, en este caso, la propia experiencia de abuso sexual. Esto a través del desarrollo de la conciencia de la conducta inapropiada, e bien, aprendiendo un comportamiento más adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pensamientos • Demostración de pensamientos automáticos • Reestructuración cognitiva • Identificación del diálogo interno • Experimentos sensitivos • Relajación
<p>Logoterapia: facilita la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas. Ellos son e importantes, subyacentes a los conflictos psicológicos.</p>	<p>Dirige al niño, niña o adolescente a que plantee su propio proyecto de vida, superando la frustración existencial que conlleva el abuso sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intención paradójica • Desindividuación • Diálogo existencial
<p>Programación Neurolingüística: se fundamenta en modificar las asociaciones verbales que ocurren en la</p>	<p>Reconstruir los programas mentales que el abuso sexual generó en el niño, niña o</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reencuadre • Anclaje

identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.	adolescente.	
Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.	Procesar los acontecimientos inconclusos, que han generado malestar psicológico en el niño, niña o adolescente; para abordarlos en tiempo presente e integrarlos como un todo a la experiencia de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Silla vacía • Role playing • Afecto inducido • Juego de polaridades • Fantasías guiadas • Expresión de la ira
Análisis Transaccional: se enfoca en el conocimiento y análisis de los estados del Yo, juegos psicológicos, transacciones (relaciones) y guiones de vida.	Propiciar la autonomía emocional en el niño, niña o adolescente, a través del autogobierno afectivo, responsabilizándose de los propios pensamientos, sentimientos y acciones, así como, deshacerse de patrones inapropiados.	<ul style="list-style-type: none"> • Escena clave del guión de vida • Análisis de la regresión • Fantasías de la obra de teatro
Ludoterapia: enfoque que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento y para resolver sus problemas de adaptación. El juego constituye un medio para explorar el entorno en el cual se encuentra inmerso el niño y lograr comprenderlo e interactuar con él.	Desarrollar en el niño, niña o adolescente, habilidades sociales, sensoriales, emocionales y cognitivas; juego de la experiencia impactante del abuso sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado en arcilla o plastilina • Dibujo mural • Pintura digital • Psicodrama con títeres • Narración de cuentos

■ TERAPIA FAMILIAR

Objetivo general

Propiciar la comprensión mutua y el apoyo emocional entre los miembros del sistema familiar ante el evento del abuso sexual infantil; además de reestablecer los roles y funciones dentro de la dinámica familiar.

Temas a abordar

Negación del abuso, sentimientos de culpa, fracaso e impotencia, ira, enojo, resentimiento y deseos de venganza, estigmatización, revictimización, deterioro de las relaciones familiares y de pareja.

Enfoque	Objetivo específico	Técnicas
<p>Sistémico o vincular: Enfoque que permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción. Engloba todos los integrantes del sistema, las interacciones y la interdependencia entre ellos.</p>	<p>Integrar las percepciones y puntos de vista de los miembros de la familia, en función del impacto del abuso sexual infantil en la dinámica familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición o reencuadre • Ilusión de alternativas • Desplazamiento del síntoma • Clarificación • Narración de cuentos metafóricos • Internalización expuesta • Cambio de roles • Psicodrama
<p>Cognitivo-conductual: su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Destaca que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y trastornos psicopatológicos.</p>	<p>Entrenar a los miembros de la familia con nuevas conductas y estrategias de comunicación y afrontamiento de conflictos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo • Entrenamiento asertivo
<p>Logoterapia: focaliza la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas filosóficos o espirituales, subyacentes a los conflictos psicológicos.</p>	<p>Generar en la familia un nuevo proyecto de vida, que incluya metas individuales y familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático

<p>Programación Neurolingüística: su función es transformar las situaciones vitales que marcaron la identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.</p>	<p>Reestructurar la dinámica familiar existente, roles y funciones de cada miembro en la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Posiciones perceptivas • Relajación
<p>Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.</p>	<p>Integrar la experiencia pasada de abuso sexual en el niño, niña o adolescente, a la actual concepción de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de polaridades • Juego de proyecciones
<p>Análisis Transaccional: se enfoca en el conocimiento y análisis de los estados del Yo, juegos psicológicos, transacciones (relaciones) y guiones de vida.</p>	<p>Propiciar la empatía entre los miembros de la familia, para que puedan entender los estados emocionales que experimenta cada uno, luego del abuso sexual infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tres sillas

• **TERAPIA GRUPAL.**

Objetivo general

Aprender de la experiencia de otras personas que también han sufrido abuso sexual, contrastando opiniones y ofreciendo nuevas alternativas de afrontamiento.

Temas a abordar

Relaciones interpersonales, aislamiento social, valía personal, responsabilidad y culpa, confianza, sentimientos, emociones, límites y espacio personal.

Enfoque	Objetivo específico	Técnicas
Sistémico: enfoque que permite unir y organizar los conocimientos con la intención de una mayor eficacia de acción. Engloba todos los integrantes del sistema, las interacciones y la interdependencia entre ellos.	Propiciar la externalización de la propia experiencia de abuso sexual, incidiendo en la propia elaboración del evento, así como en la de otras víctimas.	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de cristal
Cognitivo-conductual: su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Destaca que los procesos de pensamiento son los determinantes de la conducta y trastornos psicopatológicos.	Generar nuevos modelos cognitivos y conductuales en el niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual, y la incidencia de estos elementos en sus relaciones interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> • Auto observación y auto registro • Asignación de tareas en casa (diario, carta sin fin, etc.) • Tiempo fuera
Logoterapia: focaliza la existencia del individuo como ayuda en la solución de problemas filosóficos o espirituales, subyacentes a los conflictos psicológicos.	Fomentar el ahruismo o acción participativa socialmente, ante situaciones similares a la experiencia de abuso vivida.	<ul style="list-style-type: none"> • Intención paradójica
Programación Neurolingüística: su función es transformar las situaciones vitales que marcaron la identidad de la persona, para reescribir de manera consciente la historia de vida.	Minimizar la revictimización y estigmatización que experimentan los niños, niñas y adolescentes ante el abuso sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport • Anclaje • Posiciones perceptivas • Relajación

<p>Gestalt: abordaje holístico que se enfoca en el presente, la interpretación actual que se le da a cada proceso perceptivo que experimenta el individuo.</p>	<p>Elaborar personal y socialmente la experiencia de abuso sexual, a través de la percepción que se tenga de la situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Te ofrezco una frase • Yo tengo un secreto • Me hago responsable • Silla caliente
<p>Ludoterapia: enfoque que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento y para resolver sus problemas de adaptación. El juego constituye un medio para explorar el entorno en el cual se encuentra inmerso el niño y lograr comprenderlo e interactuar con él.</p>	<p>Desarrollar en el niño, niña o adolescente, habilidades sociales, sensoriales, emocionales y cognitivas; juego de la experiencia impactante del abuso sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión corporal • Modelado en arcilla o plastilina • Dibujo mural • Pintura digital • Psicótiteres • Narración de cuentos