

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Trauma a causa de abuso sexual en mujer de 49 años  
atendida en la ONG World Vision del municipio de Palestina de Los Altos,  
Quetzaltenango**

(Sistematización de Practica Profesional Dirigida)

Jackeline Adalila Ramírez Cardona

San Marcos, octubre 2018

**Estudio de caso: Trauma a causa de abuso sexual en mujer de 49 años  
atendida en la ONG World Vision del municipio de Palestina de Los Altos,  
Quetzaltenango**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Jackeline Adalila Ramírez Cardona

Lic. Carlos Grijalva Barrios (Asesor)  
M.A. Laura Eunice Mejia Tuche (Revisor)

San Marcos, octubre 2018

## **Autoridades Universidad Panamericana**


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

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

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

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, Noviembre de dos mil dieciocho-----**

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Trauma a causa de abuso sexual en mujer de 49 años atendida en la ONG World Vision del municipio de Palestina de los Altos, Quetzaltenango". Presentada por la estudiante: Jackeline Adalila Ramírez Cardona, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
Carlos Grijalva Barrios  
Asesor

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala octubre de 2018.**-----

En virtud de que **la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“Trauma a causa de abuso sexual en una señora de 49 años”**. Presentada por el (la) estudiante: **Jackeline Adalila Ramírez Cardona**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licenciada Laura Eunice Mejia Tuche**  
**Revisor**

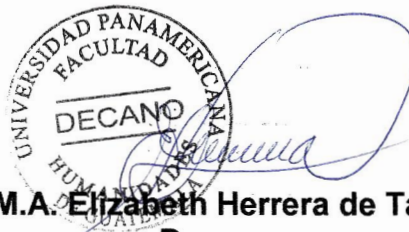


# UPANA

Universidad Panamericana  
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**, Guatemala octubre del dos mil dieciocho. -----

En virtud que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Trauma a causa de abuso sexual en mujer de 49 años atendida en la ONG World Vision del municipio de Palestina de Los Altos, Quetzaltenango"**, presentado por el (la) estudiante **Jackeline Adalila Ramírez Cardona** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, **para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



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

**Nota:** *“Para efectos legales, únicamente la sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”*

## **Dedicatoria**

A Dios:

Por ser fuente inagotable de Sabiduría.

A Mis Padres:

Juan Ramírez y Leticia Cardona, por el apoyo que día a día me brindan, por ser pilares fundamentales de mi formación.

A Mis Hermanos:

Melfri y Ferdy Ramírez Cardona

A Mi Esposo:

Diego Escobar, por el apoyo incondicional y sabios consejos que me ha brindado.

A Mis Catedráticos:

Por compartirme sus sabios consejos y brindarme su amistad.

A La Universidad Panamericana:

Casa de estudios que me brindo los conocimientos necesarios, para ponerlos en práctica.



## Contenido

Resumen	i
Introducción	iii
<b>Capítulo 1. Marco de referencia</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación	5
<b>Capítulo 2. Marco teórico</b>	<b>6</b>
2.1 Trastorno de Estrés Postraumático	6
2.1.1 Causas del Estrés Postraumático	8
2.1.2 Efectos del Estrés Postraumático	9
2.1.3 consecuencias del Estrés Postraumático	10
2.1.4 Criterios Diagnósticos	11
2.1.5 tratamiento y terapias para el Estrés Postraumático	15
2.2 Abuso Sexual	17
2.2.1. causas del abuso sexual en Adolescentes	22
2.2.2 Efectos de Abuso sexual	25
2.2.3 Consecuencias del Abuso Sexual	26
2.2.4 Criterios Diagnósticos	28
2.2.5 Terapia Cognitivo Conductual	32
<b>Capítulo 3. Marco Metodológico</b>	<b>33</b>
3.1 Planteamiento del problema	33

3.2 Pregunta de investigación	34
3.3 Objetivos	34
3.3.1 Objetivo general	34
3.3.2 Objetivos específicos	34
3.4 Alcances y límites	34
3.5 Metodología	35
<b>Capítulo 4 Presentación de resultados</b>	<b>36</b>
4.1 Sistematización de estudio de caso	36
4.2 Plan terapéutico	44
<b>Conclusiones</b>	<b>48</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>50</b>
<b>Referencias</b>	<b>51</b>
<b>Anexos</b>	<b>53</b>

## **Resumen**

La presente investigación está basada en casos reales de personas que sufren del trastorno de estrés postraumático, fue realizada en los meses de marzo a septiembre del presente año en el PDA de Palestina de Los Altos de la ONG World Visión. Es una institución que trabaja en beneficio de la niñez, especialmente a los más pobres y vulnerables de las comunidades del municipio en donde se establece. Es una confraternidad de cristianos que tienen como fin ayudar al necesitado y proclamar las buenas nuevas de Jesucristo en todas partes del mundo, surge como una iniciativa de poder ayudar al prójimo a través de programas que se ejecutan con madres y niños en situación crítica de desnutrición. Así mismo la orientación a familias para la crianza responsable de sus hijos y su estimulación a temprana edad.

Esta sistematización contiene de forma general los procesos que se llevaron a cabo para cumplir una fase más de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, donde se abre el espacio para identificar y tratar casos, brindándoles una respectiva orientación para el manejo de conflictos, comportamientos y actitudes que percuten en su vida diaria.

En el primer capítulo de esta sistematización se plantea una descripción general de la Institución donde se efectuó el proceso de la Práctica Profesional Dirigida como antecedente del caso que se trató. El capítulo dos presenta los temas de relevancia que conforman el marco teórico de esta sistematización, considerado la base de todo el proceso de práctica, los temas relevantes que se presentan son los conceptos y las definiciones de: el trastorno de estrés postraumático, al abuso sexual en menores de edad y su repercusión en la vida adulta, las causas, efectos y consecuencias de las mismas, desde el punto de vista de varios autores.

En el tercer capítulo se presenta la metodología e instrumentos que se utilizaron para resolver el caso, tomando en cuenta la descripción general de la paciente que fue tratada en cada una de las sesiones que se llevaron a cabo. El cuarto y último capítulo hace referencia de los resultados que se obtuvieron en el caso, el avance que se tuvo a través de la aplicación de terapias que se

aplicaron en el tratamiento de la paciente. Esto es lo que contiene en forma general la siguiente sistematización desde su inicio hasta su final.

## **Introducción**

En nuestras actividades diarias tendemos a recaer en algún momento y caemos en depresión, el estrés, el cansancio, el agotamiento y muchas presiones que nos brindan nuestras actividades o rutina diaria. Por lo que se recurre mucha a veces a la Psicología como una forma de aliviar todas nuestras tensiones, a través de un proceso y tratamiento adecuado para ayudarnos a resolver nuestros problemas y así mejorar nuestro estado emocional y por ende las relaciones con las personas que interactúan con nosotros. Es por esto y muchas cosas más que la Psicología Clínica se ha convertido en una verdadera necesidad para la persona que busca ayuda y orientación por alguna causa o problema que lo agobia.

En la presente sistematización se enfoca la importancia de la psicología clínica como tal basado en un hecho, donde se desarrolla un diagnóstico sobre la paciente para determinar el tipo de tratamiento que se le debe aplicar. Esto demuestra la importante intervención de la psicología en la vida de la persona.

El caso se enfocó mucho en el estrés postraumático en la paciente, que se caracteriza por la imposibilidad de recuperarse después de experimentar o presenciar un evento atemorizante. El trastorno por estrés postraumático es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos por ansiedad. Se puede padecer de este trastorno después de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos sexuales o un accidente grave. Su tratamiento a tiempo ayuda a que las personas puedan salir de ello y superar los conflictos que hayan sufrido en el pasado para incorporarse a la vida social a la que pertenece.

El trastorno de estrés postraumático entre dentro del grupo de enfermedades mentales que tiene que ver con las secuelas y el daño psíquico. No se debe olvidar por lo tanto que una situación estresante puede desencadenar no solo un TEPT sino un gran número de enfermedades mentales que afectarían en gran manera a las personas que lo padecen.

Dentro de esta sistematización también se incluye información importante sobre el Abuso Sexual a menores, sus causas, efectos y consecuencias. El abuso sexual a menores es uno de los tipos de maltrato infantil con graves repercusiones en sus víctimas y que usualmente se da con otros tipos de violencia. Este tipo de abuso se da más en las niñas, por ser indefensas y ser el sexo de atracción para la mayoría de abusadores. Es un sentimiento angustiante con el que viven muchos niños, niñas y adolescentes.

Este tema es complicado y sumamente serio, ya que en muchas familias, pueblos y culturas es un tema que no sale a la luz, por ser un secreto tanto del abusador que no quiere ser descubierto como de la víctima que tiene miedo de enfrentar las reacciones o los sentimientos de culpabilidad. Muchos niños y niñas que han sido víctimas tienen que vivir en un secreto desgarrador hasta que una tercera persona intervenga y saque a luz el caso para ser tratado por un profesional de la Psicología. El abordaje de todos estos temas me ayudaron en gran manera para saber llevar y tratar el caso de la paciente que se refiere en esta sistematización, misma que queda como una gran experiencia de aprendizaje para la formación de mis conocimientos y preparación para ejercer mi profesión en el futuro.

# Capítulo 1

## Marco de referencia

### 1.1 Antecedentes

Hablar del tema de abuso sexual es algo normal dentro del Municipio de Palestina de Los Altos, debido a que la situación cultural ha impuesto el machismo a un nivel muy alto, y se convierte en algo normal que una niña pueda perder la virginidad, especialmente en las áreas rurales ya que existe la ideología que los padres invierten económicamente en ellas y tienen el derecho de tener relaciones sexuales con sus hijas, n otro caso son abusadas sexualmente por personas violentas que se dedican a actos delictivos, también en otras ocasiones son engañadas en las relaciones de noviazgo cuando tiene una relación sexo genital y luego son burladas dejándolas en el abandono y con embarazos no deseados, teniendo que enfrentar una cruda realidad solas y con poco apoyo.

Esta situación conlleva a que en las comunidades las niñas entre 12 y 16 años tienen que tener pareja o por lo menos un hijo para no ser etiquetadas o excluidas de la comunidad. Debido a esto hoy en día se puede determinar que la mayoría de víctimas tienden a sufrir al revivir o estar expuestas a una situación similar.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS (1986) la explotación sexual a un niño implica que este es víctima de un adulto o una persona evidentemente mayor que el con fines de satisfacción sexual, el delito puede tomar diversas formas, llamadas telefónicas obscenas, ultraje a pudor, voyeurismo, violación, incesto, prostitución, de menores.

“El abuso sexual ocurre cuando un adulto en una posición de poder o control emplea a un niño o niña para su estimulación sexual estableciendo contacto he interacciones con estos mediante el engaño o la fuerza física, el maltrato sexual más frecuente es el incesto que afecta a los niños de todas las edades, las víctimas en su mayoría son mujeres y los victimarios son varones,

especialmente los padres adoptivos, y amigos de las madres.” (Lago Barney, Rojas Gerrero, Posada Vidales , & Montúfar Neira, 2005, págs. 41-42).

## 1.2 Descripción

El lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida fue en la ONG World Visión del municipio de Palestina de Los Altos, Quetzaltenango. Es una organización privada internacional que con el apoyo de diversos países, desde hace más de 60 años, lleva ayuda a los niños más vulnerables de los países en desarrollo. Llevando a cabo programas de desarrollo sostenible, ayuda humanitaria y promoción de la justicia, en este caso el país donante es Taiwán.

World Visión es una organización cristiana de desarrollo y asistencia humanitaria, enfocada en el bienestar de la niñez. El compromiso es especialmente con los más pobres y vulnerables, no es solo el centro e nuestra identidad y trabajo en Guatemala, sino algo que comparten más de 24 mil colaboradores en más de 100 oficinas alrededor del mundo. Se fundó en Guatemala en el año 1995.

El PDA de Palestina de los Altos llegó al municipio en el año 2013 y ha beneficiado a mucha niñez de muchas comunidades de dicho lugar. El Área específica donde se pudo intervenir y brindar atención sobre el ejercicio profesional dentro de la organización de la institución fue patrocinio que consiste en visitas domiciliarias a familias que participan en los programas, mismas que fueron identificadas con casos particulares de atención diversa.

## 1.3 Ubicación

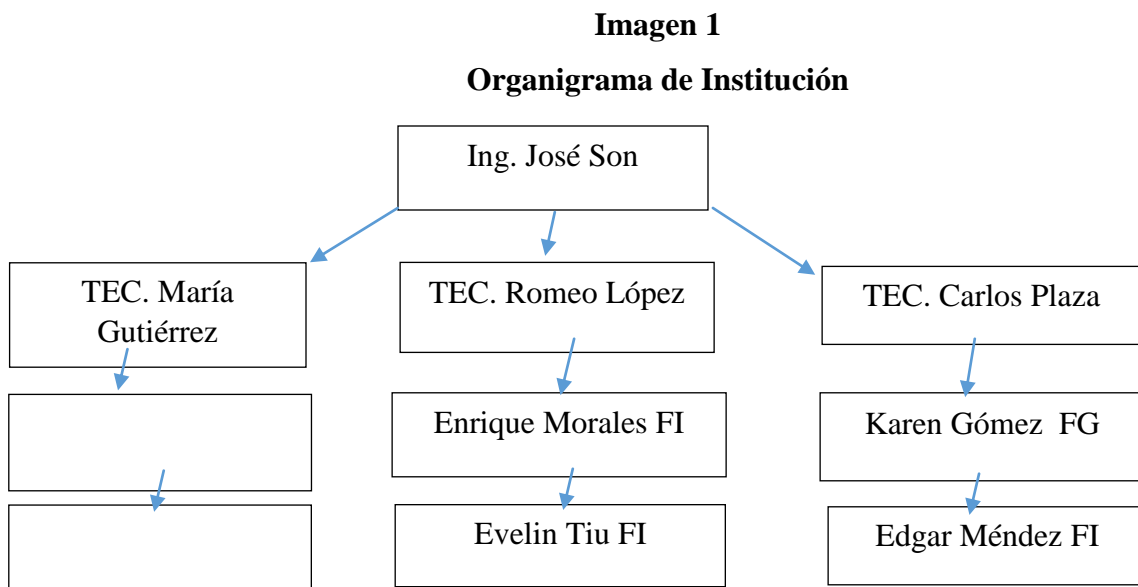
Barrió Los Pinos zona 1, Palestina de los Altos, Quetzaltenango.



## 1.4 Organización

- Ing. José Wiliam Son: es el gerente de PDA, vela por el cumplimiento de las ejecuciones financieras y de los proyectos planificados en el PDI y la ITT.
- TEC. María Gutiérrez: es la encargada de patrocinio es decir la que vela el contacto directo con los patrocinadores de Taiwán, por medio de requerimientos como: IL, SL, GN, APR, TN.
- TEC. Romeo López: vela por el cumplimiento de los programas del proyecto de DIN, los programas que se manejan dentro de la institución.
- TEC. Carlos Plaza: vela por el cumplimiento de los modelos de OCGL y MVR, en donde se trabaja con líderes comunitarios.
- F.G. Karen Gómez, es facilitadora guía, es la encargada de consolidar los requerimientos del PDA.
- F.I. Andrea, Enrique, Rocío, Evelin, Edgar, son los encargados del trabajo de campo para cumplir con los requerimientos establecidos por los técnicos.

## 1.5 Organigrama



Fuente: Institución

## 1.6 Visión

“Nuestra visión para cada niño y niña, vida en toda su plenitud, nuestra oración para cada corazón, la voluntad para hacer esto posible.”

## 1.7 Misión

World Visión es una confraternidad internacional de cristianos cuya misión es seguir a Jesucristo nuestro Señor y Salvador trabajando con los pobres y oprimidos, para promover la transformación humana, buscar la justicia y testificar buenas nuevas del Reino de Dios.

## 1.8 Programas establecidos del Centro de Práctica

- CDIN (Centro de Desarrollo Integral de la Niñez) donde se brinda estimulación temprana y aprestamiento escolar para niños de 0 meses a 5 años o que no asistan a un Centro Educativo.
- Olla Común: se trabaja con niños y niñas que se encuentran en el parámetro de peso y talla establecidos para su edad, donde se capacitan a madres para la elaboración de alimentos nutritivos para la familia.
- Sembradores de Esperanza: se trabaja con niños de 9 a 12 años, con el fin primordial de prepararlos para ejercer capacidades de gestión y liderazgo, bajo principio bíblicos para beneficio de su comunidad.
- Creciendo Sanos: en este programa se monitorea la talla y peso de los niños, conjuntamente con personeros del Centro de Salud.
- Comprensión Lectora: en este programa se fomenta la lectura a los niños y niñas en edad escolar con temas de relevancia. También en la capacitación a docentes sobre la importancia y el valor que se le debe dar a la lectura.

- Patrocinio: es el que maneja requerimientos especiales para los patrocinadores, entre ellas se incluyen IL, SL, APR, TN, GN, CMS.

## 1.9 Justificación

Esta investigación y trabajo profesional realizado, tiene varias razones que motivan su ejecución y que percuten en mi carrera como la oportunidad de tratar casos reales detectados, a base de los diferentes tratamientos que se le puede brindar. Tomando en cuenta que la violencia contra las mujeres y en especial las agresiones sexuales continúan siendo un grave problema en nuestra sociedad particularmente en mi municipio y sus comunidades. Se expone el tratamiento de una señora con TEPT asociado a una violación cuando era joven por parte del novio; quien había agredido sexualmente a la joven de 15 años, hoy una señora, en su comunidad de origen.

Este caso dio lugar a un tratamiento donde puse en práctica mis conocimientos y me conlleva a tener y ganar experiencia para mi preparación profesional en el ramo de la psicología. Este trabajo permite la identificación de casos similares para poder brindar una ayuda oportuna.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### 2.1 Trastorno de estrés postraumático

“El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se definen por su etiología más que por su sintomatología. Su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Desde su descripción en 1889 por Oppenheim como “neurosis traumática”, siempre ha estado relacionado con enfrentamientos bélicos. Con el paso de los años se ha relacionado determinadas alteraciones psíquicas con la aparición de diferentes situaciones traumáticas” (Diaconu, 2009-2010, pág. 3).

Según Diaconu los síntomas de estrés postraumático no definido tiene tiempo establecido, ya que el tiempo tiene una variación, es decir el caos puede venir en distintas áreas de la vida ya sea en meses o años más tarde y puede impactar significativamente en el estado emocional de una persona, de una manera negativa ya que en muchos casos la sintomatología puede empeorar con el tiempo sobre todo cuando una persona experimenta este trastorno, debido a que empiezan a reflejar mecanismos de defensa como: la proyección, regresión, intelectualización, entre otras, estas desglosan problemas relativos al ambiente social que pueden afectar la vida emocional de las persona.

“El TEPT se caracteriza por una triada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y cualquier edad. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública para su alta prevalencia, por afectar de preferencia a la población activa,” (Santiago, 2002, pág. 3)

Para poder diagnosticar el estrés postraumático se puede establecer en cualquier edad ya que este surge como resultado a cualquier eventualidad que pueda ocurrir dentro de la propia familia, en la calle o incluso en el trabajo. En nuestra época ha sido catalogado como un problema de salud que viene afectando la vida cotidiana y las relaciones personales, ya que la persona presenta temores al momento de sentirse expuesta a re experimentar ciertas convivencias, ya que hoy en día el medio donde nos desarrollamos nos hace cada vez más vulnerables en padecer de un hecho traumático.

Las personas con Trastorno de Estrés Postraumático experimentan una y otra vez el acontecimiento traumático, en forma de recuerdos o pesadillas y tienden a evitar situaciones similares, otros posibles síntomas son: la irritabilidad, la dificultad de concentración, el aislamiento social, miedos, nerviosismo o depresiones. No solo las personas que han experimentado una situación traumática pueden enfermarse de este trastorno sino también los testigos que han experimentado un suceso muy grave, con el accidente de otra persona.

Nos podemos dar cuenta que todas las personas al momento de presenciar un acontecimiento traumático o revivir esos recuerdos, son muy vulnerables a padecer una inestabilidad emocional o incluso padecer anhedonia, es decir que no son capaces de poder identificar sus propias emociones. El miedo es un factor determinante para que la persona se aisle o tenga conductas que no había presentado antes de sufrir el evento traumático. Se trata de un acontecimiento o una experiencia vivida por parte de la persona, ya que el trastorno de estrés postraumático está relacionado con una posible amenaza que la persona experimenta al momento de hablar o recordar una situación angustiosa, esta misma experiencia puede desencadenar una reacción conocida como estrés postraumático, esta puede durar meses o incluso años según el tratamiento que recibe la persona.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10 “El trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o situación tanto breve como prolongada de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica que causarían malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el

hombre, accidentes graves, el ser testigo de una muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura de una violación o crimen. (F62.0).

Dentro de la clasificación de enfermedades se evidencia que el trastorno de estrés postraumático afecta en gran medida a las personas sin acepción de edades, ya que todas las personas estamos propensos un evento traumático ya sea personal o familiar.

Lo más importante es saber buscar un tratamiento adecuado para poder estabilizar la vida emocional de las personas que han sido víctimas o personas que han presenciado eventos que han provocado un trauma en ellas. Según la CIE determina que el trastorno surge como una respuesta tardía al evento traumático que ha afectado a la persona, esa es una afirmación consistente ya que surgen casos que no son tratados a tiempo y únicamente se nota con el cambio de comportamientos en la persona. Esto tiene su origen y debe ser tratado desde su origen para encaminar a la persona a una vida emocional y social sana y productiva.

### 2.1.1 Causas del estrés postraumático

Santiago, Nov (2002) afirma: “El estresor del sujeto puede ser víctima de un acontecimiento traumático por sufrir en sí mismo la experiencia por presentar una situación traumática, o incluso por enterarse a través de un tercero acerca de lo que le ocurrió a él. Entre las causas más frecuentes del TEPT, por sexo se tiene en los hombres las experiencias de combate o el haber presenciado muertes graves o lesiones, en cambio en las mujeres destacan las violaciones y los ataques sexuales. (Santiago, 2002, pág. 13)

Una persona que ha experimentado un acontecimiento angustioso o traumático, esta propenso a experimentar una inestabilidad emocional, la mujer tiene el doble de probabilidades de desarrollar el estrés postraumático ya que son más vulnerables a padecer un evento traumático y estos afectan en gran medida a las relaciones interpersonales y familiares. Las causas más probables en los hombres según Santiago es la experiencia propia en los problemas, esto implica en muchas oportunidades ser víctima o testigo de acontecimientos violentos que dejan secuelas y más tarde produce el estrés postraumático.

En el caso de las mujeres existe más probabilidades de recaer en este trastorno en su mayoría por los ataques sexuales que sufren en su contra, las estadísticas de violencia a la mujer muestran que el mayor porcentaje de mujeres violentadas ha sido de una manera sexual ya sea por violaciones o abusos a menores de edad.

### 2.1.2 Efectos del estrés postraumático

El TEPT puede presentarse en cualquier edad y venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad los síntomas pueden ser ligeros o graves, las personas se irritan fácilmente o suelen tener violentos arranques de cólera o de mal humor, en casos severos los afectados presentan dificultad para trabajar o socializar, en general los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de otra persona. (Peralta Gomez, 2006, pág. 12)

Algunas personas expuestas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde del evento traumático teniendo como consecuencia una inestabilidad emocional.

La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada. Las reacciones patológicas son consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos; más aún se ha estigmatizado a aquellas personas que no mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004). Sin embargo la realidad demuestra que si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias. (Vera Poseck, Carbelo Vaquero, & Vecina Jimenez, 2006, págs. 40 - 41)

El estrés postraumático tiene efectos negativos en la persona que los padece y desarrolla este trastorno, se pueden considerar como reacciones normales ante estos sucesos traumáticos. En

consecuencia se muestran cambios en los comportamientos y estados emocionales asumiendo que se debe a la situación traumática que experimenta el individuo. Sin embargo para Bonanno no en todos los casos las personas llegan a desarrollar este trastorno, ya que en muchas personas el estado vivencial de eventos traumáticos puede ser una oportunidad para aprender y beneficiarse, capaces de superar de una forma acelerada una experiencia y que al final llegan a provocar cambios significativos en la persona.

El TEPT es un trastorno de ansiedad relativamente frecuente en la población general. Sin embargo el establecer su incidencia no ha resultado tarea sencilla, quizá por la propia evolución conceptual, los criterios diagnósticos incluso por el análisis y valoración de los factores epidemiológicos. En un principio los datos se basaban en estudios sobre una población muy precisa y limitada como eran las víctimas de conflictos bélicos, pero actualmente y con los cambios de criterios, estas cifras se han incrementado sustancialmente, sobre todo en la población expuesta a episodios traumáticos variados.

### 2.1.3 Consecuencias del estrés postraumático

“El TEPT debe ser la personalidad de la víctima. Evidentemente que la estructura de una personalidad influirá, ya que cada vivencia se elabora mediante la propia manera personal de ser.” Así siguiendo a Eysenck encontramos los siguientes tipos de personas: las que encajan en el eje de la “estabilidad emocional” caracterizadas por ser maduras, buen control de los sentimientos y emociones, bajo nivel de ansiedad, seguras de sí mismas, buena autoestima, capacidad de reflexión y toma de decisiones proporcionales y adecuadas a cada situación,... todo significa tener buenos recursos psicológicos para afrontar un acontecimiento negativo y especialmente catastrófico.

Y las que pertenecen al eje “neocriticismo” inestabilidad emocional; mal control de los sentimientos y emociones, inseguras, baja tolerancia a la frustración, tendencia a la ansiedad, negación de la realidad y no afrontamiento de aquello que les contraría, pasividad e impulsividad, magnificando lo que les sucede, y se complacen en la victimización o autocompasión. Esta



carencia de recursos psicológicos hace a estas personas muy vulnerables a los acontecimientos que entrañan sufrimiento, amenaza, inseguridad, experimentando mayor daño y mayor resistencia al tratamiento. La característica de introversión y extraversión actuará en ambos tipos de personas como un factor negativo o positivo, respectivamente al favorecer la extraversión mejor contacto interpersonal y la comunicación de las vivencias con otras personas, mientras que la introversión aísla, aumenta la soledad y disminuye la red de apoyo social. (Casado Blanco & castellano Arrollo, 2012, pág. 14)

Según la revista podemos darnos cuenta que las personas que padecen el trastorno de estrés postraumático tienden a padecer anhedonia es decir una incapacidad para el disfrute de emociones ya que padecen episodios violentos como también depresivos.

#### 2.1.4 Criterios diagnósticos

F43. 10 Trastorno de Estrés Postraumático TEPT, ocasionado por abuso sexual y físico.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático (s).
2. Presencia directa del suceso (s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej. socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El criterio A no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (0 más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza después del suceso(s) traumático(s).

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso(s) traumático(s) que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativas y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D, y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativas: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo los síntomas disociativas no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). (Psiquiatría, 2014, págs. 271-272)

## 2.1.5 Tratamiento y terapias para el estrés postraumático

Terapia de Relajación muscular progresiva de Jacobson:

Una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día, que originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos: primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar como los músculos se relajan.

Normas Básicas: En la relajación es esencial la concentración. Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a.

El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo, Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos. La luz debe ser tenue. La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales.

El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz y si es posible se puede aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos olores como por ejemplo el aroma de lavanda lo cual se puede conseguir con un ambientador adecuado.

La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige.

Siéntese cuando se encuentre cómodo/a tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente:

- Tense los músculos lo más que pueda.
- Note la sensación de tensión.
- Relaje esos músculos.
- Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Por ultimo cuando tense una zona, debe tener el resto del cuerpo relajado. Empecemos por la frente. Arrugue la frente todo lo que pueda, note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio, notando como los músculos se van relajando y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en cada parpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo, poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Siga con la nariz y labios. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez. Con el cuello haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso, vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última.

Seguidamente ponga su brazo tal y como aparece en el gráfico, levántelo, cierre el puño cuando pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo, abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo, repítalo con el otro brazo. Haga exactamente lo mismo con las piernas.

Después incline su espalda hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda. Lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda. Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos. Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo, tense fuertemente los músculos del estómago (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos. Proceda de igual forma con los glúteos y los muslos. (Lopez Garcia & Del Castillo Hernandez, 2012)

La técnica de relajación de Jacobson sirve para que las personas tengan una buena salud física y una calidad de vida, esto con el fin de buscar un bienestar personal mediante la relajación el paciente puede experimentar una tranquilidad mental al momento de suprimir progresivamente sus tensiones musculares con esto el paciente puede identificar la diferencia entre tensión y relajación.

## 2.2 Abuso sexual

Entendemos como abuso sexual a los contactos e interacciones entre una persona adulta con una menor de 18 años con la finalidad de obtener gratificación sexual y/o estimularse sexualmente él mismo o a otra persona. Se determina como abuso por la manera indecente en que se lleva a cabo, nuestra sociedad padece de este fenómeno, su identificación y tratamiento a tiempo ayuda a reducir riesgos en menores de edad.

El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de edad, siempre y cuando medie una situación de abuso de poder por razón de edad, sexo, clase social, coerción, amenazas entre otros. Se le llama “abuso” precisamente porque existe una relación desigual entre quienes participan en esta interacción, estando la persona abusadora en una posición de autoridad y poder que se utiliza para someter al niño, niña o adolescente en las actividades sexuales.

Generalmente los abusos a menores se da en una forma involuntaria y para la persona que impone autoridad obtiene una satisfacción, mientras que el menor de edad queda como una herida física y emocional que percute en su vida familiar y social. Muchos de los abusos a menores se da por discriminación o rechazo a personas, clases sociales y económicas y otras, muchas veces se quedan impunes estos actos de violencia y maltrato infantil.

Es un abuso de la confianza y un aprovechamiento de la vulnerabilidad e inexperiencia del o la menor de edad para realizar acciones que se dirigen a la satisfacción de la persona abusadora.

Muchas de las violaciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes se cometen dentro del hogar y por parte de quienes tienen la responsabilidad de protegerles. Es lamentable cuando el

abuso proviene del mismo hogar, esto provoca inestabilidad social, emocional y psicológica en los niños y niñas. Se debe crear conciencia a miembros de la familia para que puedan existir buenas relaciones en el seno del hogar, especialmente de padres alcohólicos o hijos con problemas de drogas.

Este fenómeno debe erradicarse en todos los medios posibles porque es inaceptable que los abusos sexuales a menores provengan de sus progenitores, nos imaginamos el trauma que resultara en la vida de estos menores al saber que sus propios padres o familia fueron los abusadores, esto crearía un conflicto de nunca terminar y tiende a padecer el estrés postraumático posteriormente.

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual con frecuencia callan, por miedo, culpa, impotencia, desvalimiento, vergüenza y otros. Suelen experimentar un trauma peculiar y característico de este tipo de abusos: se sienten cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Este trauma psíquico se potencia con el paso del tiempo, cuando la consecuencia de lo sucedido es mayor.

Si bien la mayoría de las víctimas de abuso sexual e incesto paterno filial son niñas y adolescentes del género femenino, también los varones sufren abusos que callan por temor a ser cuestionados respecto a su orientación sexual y por miedo a ser vistos como agresores sexuales. Guardar silencio ante estas crudas realidades genera el estrés postraumático que debe ser tratado con responsabilidad para integrar a la persona víctima a sus relaciones de vida cotidiana, de lo contrario se corre el riesgo que los niños tengan una inestabilidad adecuada y una madurez sexual inestable.

Las niñas que sufren de abuso sexual deben ser tratadas con especial atención ya que son más vulnerables a los traumas de estrés postraumático, al igual que los varones se les debe tratar con especial cuidado haciéndole ver que no es culpable y que ha sido abusado y de esta manera denunciar todos los casos de violencia que se detecten y frenar estos índices alarmantes de abusos a menores.



Por su parte Morillas Fernández lo define como toda aquella acción u omisión consistente en poner en peligro la integridad física o mental o la seguridad de un menor de 18 años por parte de sus familiares o personas responsables de su cuidado; conceptualización que añade respecto de la anterior dos importantes matices: a. la víctima ha de ser menor de dieciocho años y b. indica que dentro del entorno social referido por Pedreira, la violencia doméstica se extendería concretamente a los cuidadores o responsables principales del menor.

Poner en peligro la integridad de un niño o niña es más que violencia intrafamiliar, es un abuso que no debería pasar, ya que se debe valorar la vida de los menores de edad. Tal como propone Morillas Fernández pone en peligro la integridad física y la seguridad de los menores por parte de sus mismos familiares o responsables de su cuidado. Es responsabilidad de los padres velar por la seguridad de sus hijos y evitar a toda costa el abuso a ellos, aun cuando en la misma familia exista la persona abusadora, tomando conciencia de la vida, como un regalo especial de Dios y que ninguno tiene el derecho de abusar del que es indefenso y no puede reclamar sus derechos.

Abuso Sexual: cualquier acción de un familiar que involucre a un menor en actividades de índole sexual. Dentro de este grupo diferenciamos las acciones que incluyen contacto físico de aquellas otras que carecen de este elemento. Dentro de esta tipología se citan el incesto, (familiares cercanos) estimulación sexual, (contactos, masturbación) vejaciones, violación, exhibicionismo, explotación sexual (pornografía infantil, prostitución) y otros.

“La violencia hacia la infancia en todas sus formas no escapa a estas cosmovisiones. A lo largo de la historia los niños han sido olvidados, desacreditados, no tenidos en cuenta. El hecho de tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien, no se extiende mucho en el tiempo, si miramos hacia atrás. Dicho de otro modo: el ser humano no siempre consideró que debiera cuidar adecuadamente de su prole. Este hecho en algún punto relativamente moderno.” (Baita & Moreno, 2015, pág. 12)

La violencia contra la niñez, incluyendo los abusos sexuales se ha venido dando desde años atrás a través de las generaciones, muchas sin ser detectadas mucho menos denunciadas, quizá por

creencias culturales pertinentes o por cosmovisión de los pueblos. Tal como lo afirma Moreno en su edición esto es relativamente moderno, el hombre no había tomado la conciencia de cuidar y proteger a los niños que son la descendencia humana hasta nuestros días.

El cuidado y la protección de la niñez nos conlleva a tomar conciencia del peligro que corren los menores al ser abusados, por lo tanto se debe considerar los tratamientos adecuados para este tipo de abusos, ya que a pesar de que se ha tomado la iniciativa de proteger a los menores de edad, existe en varias partes del mundo el abuso, muchos de hechos ocultos, que en su momento de detectarlos deben ser tratados para evitar los trastornos de estrés postraumáticos en los menores en una vida futura y que pueda generar complicaciones en su vida social y familiar.

La Organización Mundial de la Salud OMS en el 2004 afirma que: los abusos y la desatención de que son objeto los menores de edad, incluidos todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, 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.

La OMS estipula claramente que los abusos sexuales y maltrato físico y psicológico a menores de edad ponen en peligro su integridad, salud y desarrollo emocional, esto provoca una inestabilidad en la vida de los menores. Por lo que se debe tener un sentido amplio de responsabilidad y conciencia para actuar ante el peligro y garantizar la sobrevivencia y el desarrollo de una niñez libre de violencia y abusos.

(Martinez Lopez, 2000, pág. 13) Refiere: el fenómeno del abuso sexual infantil es un problema que lo han padecido los niños desde siempre y en todas las culturas y que durante mucho tiempo y aun hoy es negado. En los países anglosajones se ha reconocido y abordado desde hace más de diez años. En nuestro país empieza a emerger la toma de conciencia sobre este problema que podemos decir que todavía permanece en gran parte desconocido.

La estigmatización social, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la negación, la ocultación, la duda, la banalización, el catastrofismo, el alarmismo, “secreto profesional” mantienen a las

víctimas en una conspiración de silencio de la que, en muchos casos participa el resto de la sociedad y los propios profesionales encargados de la atención al niño que asisten, en silencio, impasibles a este problema.

El problema de abusos sexuales a menores permanece en gran parte ocultos bajo sistemas de cultura que muchas veces no son justificadas para permanezca en el silencio. Muchas de estas situaciones han permitido que por muchos años no se ha reconocido mucho menos tratado este tipo de abusos, que muchas veces trascienden a problemas emocionales que dejan secuelas y más tarde se convierten en trastornos de estrés postraumático.

Muchos casos son desapercibidos por personal de salud, encargados de la atención a menores, esto se encierra en un círculo vicioso denominado “secreto profesional” que a la larga se convierten en cómplices de los abusadores. Tal como lo argumenta la Consejera Pilar Martínez este problema por mucho tiempo ha sido negado y en nuestro país se empieza a tomar conciencia del fenómeno, esperamos que este problema se erradique por completo y tener los tratamientos adecuados a los que ya son víctimas de estos abusos. La consejería debe ser un elemento clave para orientar a la niñez a decir no a los abusos sexuales.

El abuso sexual provoca problemas psicológicos-emocionales que pueden aparecer inmediatamente después de la agresión, en la adolescencia si se produjeron en la infancia o incluso en la edad adulta si no lo comunico a nadie o no recibió las ayudas necesarias. Cuando un niño es víctima de abuso sexual lo puede comunicar con palabras, pero también puede expresarlo con cambios en su conducta o actitud, siendo necesario en ambos casos creer al niño, hacerle ver que el único responsable es el agresor y hacerle sentir seguro y protegido frente al agresor y la repetición de los abusos.

Muchos cambios de actitud de las personas que han sido víctimas del abuso son calificadas como inadecuadas, y en muchas ocasiones son penalizadas con castigos severos, pero en realidad estos cambios de actitud son la manera en la que las víctimas lo expresan y en la mayoría de casos son ignorados y tomados como algo normal.

Las importantes repercusiones en el desarrollo psico-emocional del niño y los diferentes problemas psicológicos – psiquiátricos que pueden provocar, así como para su diagnóstico y tratamiento hacen que los servicios de salud mental tengan un papel relevante en la atención al abuso sexual infantil.

Por otra parte está el agresor que también requiere de atención por los problemas y patologías que han dado lugar a que cometiera el abuso y las implicaciones legales que este acto conlleva. Aquí es donde el trabajo y la atención psicológica intervienen como un medio efectivo para tratar cualquier abuso o violencia a la niñez. La psicología tiene un campo amplio en los diferentes comportamientos y caracteres de la persona tanto de la víctima que padece como de la persona abusadora, identificando las causas e implicaciones legales que conllevan a este tipo de comportamientos.

### 2.2.1 Causas del abuso sexual en adolescentes

(Viviano Llave, 2012, págs. 26-30) refiere que: “ En toda situación de violencia, en este caso en las situaciones de abuso sexual, es necesario considerar los factores de riesgo en los dos actores presentes en la relación abusiva, la víctima y la persona abusadora; los factores de riesgo del nivel personal que corresponden a las víctimas de abuso, son:

- El niño o niña sufre maltrato, o vive situaciones de carencia afectiva por lo cual acepta e incluso busca contactos afectivos que pueden desembocar en abuso sexual.
- El niño o niña vive bajo estilos autoritarios de crianza, que generan pobre autoestima y le colocan en posición de sumisión frente a las personas adultas, dejándole impotente para decir no, defenderse e incluso para denunciar las situaciones abusivas.
- Niños, niñas o adolescentes con discapacidad física y/o psíquica.
- Madre negligente, ausente o deprimida que no brinda cuidado y supervisión.
- Presencia de padrastro o hijastros.

- Ausencia de personas adultas en los cuales la o el menor de edad pueda confiar.
- Padres y madres que consideran que sus hijos e hijas son su propiedad.
- Familia con modelos sexuales inapropiados, que además exponen a los y las menores de edad a situación de estimulación sexual.
- Frecuentes cambios de domicilio que impiden establecer vínculos sociales que pueden constituir factores protectores frente al abuso.
- Padres y madres que desconocen la tecnología de las redes sociales (Facebook, twitter, etc.) por lo que no pueden supervisar la interacción de sus hijos.
- La aceptación de la utilización de las niñas en comerciales y actividades artísticas en las que adoptan características adultas y “erotizadas” (bailes, concursos de belleza)

Todas las causas de abuso sexual que menciona Viviano, son las responsables de los diferentes abusos que se cometen a menores de edad. Muchas de ellas tan aceptables en la vida de las familias. Se debe tomar conciencia de la responsabilidad en primer lugar de los padres, en una crianza responsable tanto paternal como maternal para estabilizar un crecimiento y desarrollo adecuado de los hijos. Al igual que en la familia, la escuela y las masas sociales juegan un papel importante en la educación y formación integral de la niñez, ya que por medio de una buena orientación a padres e hijos se puede evitar todo tipo de abusos a los menores.

Muchas de las causas de abuso sexual a la niñez, son consideradas en gran parte responsabilidad de los padres por no establecer las condiciones necesarias de un hogar, no tener una orientación adecuada a los hijos, dejarnos de importar las acciones que realizan, supervisar las actividades que hacen en redes sociales, analizar cuidadosamente las relaciones y cambios de comportamiento de los hijos y básicamente creerle al niño ante cualquier queja que hagan sobre situaciones anómalas de cual son víctimas de un adulto. En muchos casos se deja de creer al niño y darle la razón a la persona adulta que en su condición puede estar abusando a los menores de edad, esto puede ocurrir en aquellos hogares donde existen padrastros, muchas mujeres prefieren escuchar a su pareja y no a sus hijos.

Todas estas situaciones nos conllevan a tener una niñez inestable con muchos problemas que al final afectan en su relación con los demás y más que eso afectan su personalidad, conducta y

estado emocional generando trastornos de estrés postraumático, que en muchas ocasiones repercute en la vida adulta.

Todo efecto tiene su causa y por consecuencia los abusos sexuales a menores y violencia intrafamiliar se originan por acciones propias de los actores, en este caso de los padres y personas cercanas con intenciones de abuso y agresión. Se debe evitar a toda costa estas acciones que permitan los abusos sexuales a menores. Es tiempo de erradicar estos problemas a través de una buena orientación a padres y niños de las familias de nuestro país. Y lo más importante tomar en cuenta a Dios en la relación familiar y que el temor a Dios sea el vínculo perfecto para eliminar los abusos a menores.

(Baita & Moreno, Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia, 2015, pág. 33) Presenta las siguientes causas por las que se da el abuso sexual a menores:

- Presencia de un padrastro (en algunos países la prevalencia de ASI por parte de padrastros es mayor que la prevalencia de ASI por parte de los padres biológicos.
- Falta de cercanía en la relación materno – filial (cuando la madre es el progenitor no ofensor)
- Madres sexualmente reprimidas o punitivas.
- Bajos ingresos en el grupo familiar (en algunas fuentes se plantea directamente a la pobreza como factor de riesgo; no obstante es necesario aclarar que esto no inhabilita el hecho de que el abuso sexual también ocurre en familias de clase económicamente más acomodadas).
- Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor.
- Antecedentes, en los adultos, de maltrato físico o negligencia afectiva en la infancia, o a ver sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro. A su vez si un niño ha padecido situaciones de malos tratos y/o abuso sexual, estos antecedentes se convierten en un factor de riesgo.
- Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor.
- Relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal.

- Fácil acceso a las víctimas (no solamente incluye a familiares, sino también a maestros, cuidadores, etc.)

Estos factores de riesgo que propone la UNICEF en relación a los abusos sexuales a menores son aceptables ya que se establecen claramente las causas que muchas veces generan la violencia y el maltrato infantil. En la mayoría de casos los padres carecen de conocimientos sólidos que permitan una buena orientación a sus hijos, en muchos casos es la negligencia en no darle el tiempo necesario a los hijos, se ocupan más en las actividades diarias de sobrevivencia, que aclaro no son malas, al contrario muy necesarias, pero el afecto y atención a los hijos se nos olvida descuidando el papel de ser padre o madre responsable.

### 2.2.2 Efectos del abuso sexual

(Viviano Llave T. , 2012, págs. 26-34) Refiere: “El abuso sexual infantil es el resultado de la conjunción de una serie de factores, no existe causa única. Es fundamental por ello, conocer e identificar los factores de riesgo para actuar promoviendo factores de protección en las poblaciones o comunidades en la que los primeros tengan una alta presencia.

El abuso sexual en la niñez y adolescencia produce diversos efectos negativos cuya gravedad depende de factores tales como:

- La duración del abuso (abuso prolongado/ esporádico) y la frecuencia del mismo.
- La intensidad y el tipo de abuso. El uso o no de violencia física (agresión sexual/ abuso sexual).
- El uso de amenazas.
- La edad de la persona agresora y de la víctima.
- La identidad de la persona abusadora (abuso intrafamiliar/ abuso extra familiar).
- Característica de personalidad del niño o niña. La reacción de la familia ante la revelación del abuso.

- La presencia de dificultades para salir de la relación abusiva.
- La prontitud y eficacia de las medidas adoptadas por el entorno próximo en el proceso de detección y revelación.
- El hecho de que se proporcione atención a la familia y a la red social del niño o niña para que sepan cómo abordar el problema.
- Implicación inadecuada de la víctima en un procedimiento judicial.

Las actividades de abuso sexual a menores tienen sus efectos negativos que persisten directamente en la personalidad, relación, comportamiento y acciones de la víctima. Viviano presenta estos factores que generan los efectos negativos en el niño o niña que es víctima del abuso. Existen casos en la que el abuso se da de una manera constante, se toma como normal y entra en juego la intensidad y el tipo de abuso que cuando es cometido por un miembro de la familia por lo regular se oculta bajo amenazas que la persona abusadora establece a su víctima, está en muchas ocasiones hace que se repriman las emociones las cuales repercuten en la vida adulta.

Por lo general existe una gran diferencia de edades entre el ofensor y la víctima, no es lógico que un niño de corta edad sea la que provoque el abuso, el ofensor es una persona adulta o con intenciones de dañar y obtener gratificaciones sexuales de su víctima. De debe tomar en cuenta estos efectos negativos que produce los abusos sexuales y tomar conciencia en la familia y en la sociedad la protección a los menores de edad, especialmente de las niñas que son las más vulnerables a este tipo de abusos.

### 2.2.3 Consecuencias del abuso sexual

A corto plazo: (periodo inmediatamente después del abuso)

- Dimensión emocional: Sentimientos de tristeza y desamparo. Cambios bruscos de estado de ánimo.



- Irritabilidad y rebeldía: Temores diversos, vergüenza y culpa, ansiedad.
- Dimensión cognoscitiva: Baja en el rendimiento escolar, dificultades de atención y concentración. Desmotivación general.
- Dimensión conductual: Conductas agresivas, rechazo a figuras de autoridad. Hostilidad y/o temor frente al agresor.

A mediano plazo: (1 – 3 años referencialmente)

- Dimensión emocional: Depresión manifiesta o enmascarada en diversos trastornos: trastornos ansiosos, trastornos del sueño, terrores nocturnos, insomnio, trastornos alimenticios, distorsión del desarrollo sexual, intentos de suicidio.
- Dimensión cognoscitiva: Trastornos del aprendizaje, Repitencia escolar.
- Dimensión conductual: Fuga del hogar, deserción escolar, consumo de drogas y/o alcohol, delincuencia, interés excesivo por juegos sexuales. Masturbación compulsiva, conductas sexuales de riesgo.

A largo plazo: (3 años en adelante)

- Dimensión emocional: Baja autoestima y pobre autoconcepto, disfunciones sexuales, depresión. Trastornos emocionales diversos, sentimientos de ser diferente a los demás.
- Dimensión cognoscitiva: Fracaso escolar.
- Dimensión conductual: promiscuidad sexual, prostitución, alcoholismo y/o drogadicción. Inadaptación social, relaciones familiares conflictivas.

Cualquier persona que ha sido víctima de abusos sexuales sufre consecuencias que percuten en su vida social, familiar, laboral y de relación. Muchas de estas consecuencias se manifiestan en los cambios de comportamiento y personalidad, por lo general toman conductas agresivas, el rechazo al agresor y personas en general. Por ejemplo si su agresor fue un hombre, es difícil entablar una buena relación con personas de sexo masculino de su medio, como compañeros y amigos. Se prioriza un miedo y falta de aceptación, esto debido a las conductas que son parte de las consecuencias que sufre la víctima.

Las personas que sufren las consecuencias de un abuso sexual tienen cambios repentinos en sus relaciones y entran en un estado de aislamiento y depresión, que se convierte más adelante en trastornos de estrés postraumático, trastornos ansiosos, agresividad y fracaso en las áreas de su vida. Estas consecuencias y otras deben ser tratadas desde la raíz, para ayudar a la persona a integrarse a la vida social y diferenciar entre la realidad y la crueldad del abuso. Integrar a una persona que ha sufrido abuso sexual es el trabajo de nosotros los psicólogos en nuestro trabajo profesional y antes de esto brindar orientación para evitar todo tipo de abusos.

#### 2.2.4 Criterios diagnósticos

F43. 10 Trastorno de Estrés Postraumático TEPT, ocasionado por abuso sexual y físico.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático (s).
2. Presencia directa del suceso (s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej. socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El criterio A no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

5. Presencia de uno (0 más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza después del suceso(s) traumático(s).
6. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

7. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
  8. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
  9. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
  10. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- 
6. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
    - Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
    - Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  7. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso(s) traumático(s) que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
  8. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativas y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

9. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
10. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
11. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
12. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
13. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
14. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
15. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
  - Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  - Comportamiento imprudente.
  - Hipervigilancia.
  - Respuesta de sobresalto exagerada.
  - Problemas de concentración.
  - Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Especificar si:

Con síntomas disociativas: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

### 2.1.9 Terapia Cognitiva Conductual

Pinto, C. (2008) Refiere que la terapia conductual, “Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que lo rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos”. (P. 1)

La Terapia Cognitiva Conductual, le ayuda al paciente a cambiar la forma de cómo piensa y cómo actúa, de la cual se sentirá mejor, buscando la forma de mejorar el estado anímico en el

presente. Esta terapia es eficaz para tratar: trastornos de ansiedad, depresión, obsesiones, estrés postraumático, fobia social, entre otras.

Permite escuchar detenidamente al paciente, se considera al hombre como un sistema conductual, quizá el objetivo es ir evaluando a la persona desde la primera palabra e ir analizando detenidamente, dar importancia a todo lo que dice. Se debe de detectar el pensamiento negativo para cambiarlos racionalmente en positivo. Cognitivo se refiere específicamente a la conciencia, de los pensamientos y sobre todo de las emociones.

Se considera prioridad a los pensamientos, para luego ir modificando la propia conducta. Por lo tanto la idea central es producir un cambio total en el paciente en la forma de ver el mundo, la propia vida, cambiando la forma equivocada de ver las cosas acerca de la propia existencia. Es un proceso destinado a promover cambios en el sistema mental del propio paciente, y pueda obtener una adecuada resiliencia para afrontar cualquier acontecimiento que se presente en el transcurso de la vida.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento de problema**

El hecho de que se le dificultara relacionarse con las demás personas a causa de reprimir un acontecimiento traumático, fue el motivo por el que la señora RMDV de 49 años de edad, originaria de Chiquimula, con residencia en Palestina de Los Altos Quetzaltenango, se presentara a la clínica psicológica ubicada en la sede de World Visión del referido municipio, presentando tristeza, anhedonia, es decir la incapacidad para experimentar el placer en las cosas que realiza, con respecto al círculo familiar está compuesto por sus 4 hijos, por otro lado ella es la tercera hija según el orden de nacimiento de 5 hermanas, desde muy pequeña no contó con el apoyo de su progenitora, por lo que se vio en la necesidad de independizarse, desafortunadamente a la edad de 13 años fue víctima de abuso sexual por parte de su novio quien la sedo para cometer el acto, al momento cuando reacciono se dio cuenta que estaba llena de sangre y con la ropa interior en las rodillas, cuando la familia se enteró no le brindó apoyo más bien la criticaron eso provoco que ella se sintiera inferior a los demás.

El hecho de enterarse que una vecina fue víctima de abuso sexual hizo que ella presentara un estado de alerta constante que le provoca intranquilidad, estos son los principales síntomas que la paciente presenta, al mismo tiempo proyecta sus vivencias a causa de lo acontecido, esta ha generado que la paciente presente dificultad para relacionarse con el grupo primario de apoyo, debido a que la falta de apoyo y comprensión del mismo hizo que ella reprimiera sentimientos y pensamientos lo que en la actualidad influyen para que ella tenga un comportamiento anormal.

La falta de apoyo y el hecho de revivir mediante la proyección el evento traumático hacen que se involucren directamente las emociones, ya que en algunos pacientes con estrés postraumático los lóbulos parietales parecen tener funciones de carácter integrador de las varias áreas de asociaciones corticales; la amígdala la cual parece ser activada cuando los sujetos son expuestos a

situaciones traumáticas, y los cambios que experimentan y la manera en que influye este tipo de traumas en la vida adulta, hacen que el tema que se investiga tenga mayor relevancia.

## 3.2 Pregunta de investigación

¿El abuso sexual en la adolescencia repercute en la vida adulta?

## 3.3 Objetivos

### 3.3.1 Objetivo general

Identificar la repercusión que tiene el abuso sexual en la vida adulta en los diversos ámbitos donde la persona interactúa.

### 3.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las causas y efectos que produce el abuso sexual.
- Elaborar el trauma tomando en cuenta los factores de riesgo.
- Reconocer las características que presentan las víctimas de abuso sexual para poder prevenir el mismo.

## 3.4 Alcances y límites

Dentro de las limitantes que existieron fue el hecho de que la paciente estaba estudiando y al mismo tiempo velaba por el bienestar de su familia, ante esta dificultad con esfuerzo y voluntad logro participar en las sesiones establecidas logrando resultados satisfactorios.



### 3.5 Metodología

Se eligió la ONG World Vision, debido a que es una institución que trabaja en beneficio a la niñez, especialmente con los más pobres y vulnerables de las comunidades del municipio donde se establece, además es una confraternidad de cristianos que tiene como fin primordial ayudar al necesitado y proclamar las buenas nuevas de Jesucristo, debido a ello surge la iniciativa de brindar apoyo psicológico a través de los programas que se ejecutan, las metodologías establecidas fueron de acuerdo a los problemas que se presentaron y son descritas a continuación:

Entrevista: se define como una conversación seria que tiene un fin determinado y posee tres funciones: recoger datos, informar y motivar (Bingham Moore 1941).

Se utilizó el Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM V, para poder realizar diagnósticos y determinar el abordaje del mismo.

Dentro del plan terapéutico se trabajaron psicoterapias, y técnicas de acorde a las necesidades del paciente.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1 Sistematización del estudio de caso

##### Ficha clínica

##### a) Datos Generales:

Terapeuta: Jackeline Adalila Ramírez Cardona

Fecha de consulta: 02/05/2017

Paciente: RMPV

Lugar y fecha de nacimiento: Chiquimula, 10 de diciembre de 1968

Sexo: Femenino

Edad: 49 años

Dirección, 1-49 Zona 3 Palestina de los Altos, Quetzaltenango.

Escolaridad: Diversificado

Ocupación: Estudiante Actualmente

Religión: Evangélica

Estado civil: separada

Referencia: PEM. Erwin Diego Escobar Gómez, Docente de “Instituto Werner Gadiel Morales Hernández” Palestina de los Altos Quetzaltenango.

##### Motivo de consulta

“Me siento mal cada vez que pasan los días, me siento mal encerrada en mi casa, pero prefiero hacerlo así ya que me da miedo hablar en público, siento que todo el mundo me crítica y se ríen de lo que digo”.

## Historia del problema actual

“cuando empecé a estudiar nuevamente mi familia me critico mucho, me decían que parecía güira ya que estaba demasiado vieja para hacerlo”

Fecha de inicio y duración: “desde el inicio del ciclo escolar me sentí rara ya que no conocía a mis compañeros de clase y me daba miedo y pena de que se burlaran o me avergonzaran en público, ya que ellos por la tecnología son más despiertos y yo por ser vieja no tengo las mismas oportunidades”

Factores precipitantes: Algunos factores de riesgo son: que la familia critica el hecho de que ella este estudiando, la economía y el miedo al rechazo del grupo de estudiantes.

Impacto de la enfermedad: Presenta dificultad para relacionarse con los demás, temor a ser juzgada o rechazada.

## Historia clínica o antecedentes

Personales no patológicos:

Historia prenatal: Nació por parto Normal, el embarazo se dio en una situación no adecuada, ya que los padres estaban separados y la madre por amor acepto pasar la noche con el padre a pesar de que él tenía otra mujer, al momento de contarle sobre el embarazo el negó todo y no acepto, en ese momento la madre desesperada empezó a buscar formas para abortar, y cuando tenía cinco meses de embarazo tomo una poción que un brujo le había dado para perder al bebe, pero gracias a la pronta intervención de una hermana el hecho no se dio.

Desarrollo psicomotriz: Normal

Desenvolvimiento escolar: rendimiento Bueno

Adolescencia: a la edad de 13 años fue víctima de abuso sexual, en esta ocasión fue sedada para que el acto se consumiera por parte del novio, a los 16 años se fue a vivir a la ciudad capital, allí conoció a una persona de la tercera edad que le brindó apoyo con la condición de que viviera con él, en esa época resultó embarazada de su primer hijo, muriendo la pareja dos años después de empezar la relación.

A los 22 años empezó una nueva relación con una persona de la tercera edad, en esta época un joven menor a ella la empezó a enamorar ella sintiendo una atracción física tuvo relaciones sexuales con él, donde resulto embarazada de su segunda hija, la pareja de la tercera edad se hizo responsable de la niña y le brido el apoyo necesario.

Adultez: a los 35 años se unió nuevamente con otra pareja con la cual convivio por ocho años con él cual tuvo dos hijos, al principio todo era bonito pero con el paso del tiempo él la humillaba demasiado, la trataba mal, la agredía físicamente y nunca hacia valer la voz ni el voto de ella, la relación fue cada día más dura hasta tal punto de que la obligaba a tener relaciones sexuales de distintas posiciones, incluso él tenía la fantasía de verla a ella con otro hombre teniendo relaciones, debido a ello surgió la propuesta indecente de cambiar de parejas con un amigo, eso la frustró tanto ya que todo se tenía que hacer como él lo quería, en ese momento tomo la decisión de abandonarlo para que no le hiciera más daño, pero fue muy difícil porque después de eso empezó a ingerir alcohol y este acto hizo que las personas empezaran a criticarla y avergonzarla, a la edad de 47 años empezó a asistir a una iglesia donde su vida se transformó, pero las criticas seguían y cada vez eran más fuertes.

Personales Patológicos:

Historia Familiar:

Problemas mentales y orgánicos de la familia: Ninguno

## Examen mental o evaluación semiológica

- Apariencia: vestimenta adecuada, higiene corporal aceptable, su postura corporal (cabizbaja), denota temor a no decir bien las cosas.
- Actitud: manifiesta tener conciencia del problema actual.
- Conducta: tímida, desconfiada y triste
- Lenguaje: Dificultad para articular palabras, tono de voz muy bajo, lenguaje comprensivo y adecuado.
- Curso del pensamiento: Lentitud para responder preguntas, discurso entendible, logra comunicar lo que desea.
- Contenido del pensamiento: Realista
- Percepción: no presenta alteración en la percepción de estímulos a través de los sentidos.
- Humor: Tranquilo
- Afecto: Triste, temerosa
- Inteligencia: aceptable
- Orientación: manifiesta orientación en tiempo y espacio
- Memoria: aceptable
- Control de impulsos: adecuado
- Capacidad de Juicio: adecuado
- Capacidad de Insight: adecuada
- Confiabilidad: aceptable

Discernimiento para el diagnóstico:

F43.10 Trastorno de Estrés Postraumático, ocasionado por abuso sexual y físico.

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las formas siguientes:

Experiencia directa del suceso(s) traumático (s).

Presencia directa del suceso (s) ocurrido a otros.

Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej. socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El criterio A no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Presencia de uno (0 más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza después del suceso(s) traumático(s).

Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso(s) traumático(s) que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativas y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

La duración de la alteración (Criterios B, C, D, y E) es superior a un mes.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativas: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).



Nota: Para utilizar este subtipo los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Diagnóstico Semiológico: Presentó un cuadro clínico de recuerdos traumáticos intrusivos, que le venían a la cabeza continuamente. Estos recuerdos le provocaban pensamientos negativos, irritabilidad y sentimientos de culpa por la situación vivida, que a su vez provocaban síntomas de ansiedad. Tenía dificultad para mantener el sueño y deterioro social.

Diagnóstico Psicodinámico: La paciente presenta un deterioro en su entorno social, familiar y miedo que le provoca el estar en público o ser punto de atracción, lo que ha provocado un bajo rendimiento escolar. Se considera que el temor que siente es al momento de interactuar con las demás personas.

Evaluación multiaxial

Eje I: F43. 10 Trastorno de Estrés postraumático 309.81

Eje II: Utiliza mecanismos de proyección, desplazamiento, intelectualización y represión.

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social, y grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG = 60 -51

## Diagnóstico diferencial

F43.0 Trastorno de estrés Agudo 308.3

## Evaluación Pronóstico

Favorable, si la paciente recibe el apoyo necesario para su recuperación emocional.

## Plan terapéutico

Entrevista: se define la entrevista como una conversación seria que tiene un fin determinado y posee tres funciones: recoger datos, informar y motivar. (Bingham Moore 1,941).

Enfoque cognitivo conductual: Las funciones de la terapia cognitivo conductual es ayudar a entender problemas complejos, situaciones difíciles, y hechos extremos los cuales van ligados en: pensamientos, emociones, sensaciones físicas, comportamientos. Los cuales se reflejan de una manera positiva o negativa dependiendo del contexto en el que se traten.

El tratamiento cognitivo conductual se concentró en mejorar el estado de ánimo de la paciente y reducir los niveles de ansiedad, se trabajó en fases: Psicoeducación. Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento mejorar habilidades sociales, entrenamiento en relajación, intervención en la respiración, y desensibilización sistemática.

## 11. Notas evolutivas:

### Primera sesión:

Entrevista: se define la entrevista como una conversación seria que tiene un fin determinado y posee tres funciones: recoger datos, informar y motivar. (Bingham Moore 1,941).

Llenado de ficha clínica, establecimiento de Rapport y determinación del motivo de consulta. Esta permitió tener un dialogo abierto con la paciente que se mostró interesada logrando con ello el objetivo de conseguir información a profundidad, en donde se le cuestiono en relación al

problema, los síntomas que presentaba y datos generales sobre su vida. Se mostró como una persona inteligente y con temor para hablar. Durante la entrevista estuvo llorando de forma continua, narraba su situación con dificultad, con mucho malestar y ansiedad.

Segunda sesión:

Parte educativa: se platicó aspectos del problema para poder ampliar los temas a explicar a la paciente. Para que tuviera una visión más amplia de lo que estaba pasando y aprendiera técnicas para manifestar sus sentimientos. Se dieron a conocer conceptos con relación a violencia de género en relaciones de pareja y relaciones sexuales, para que comprendiera su situación y pudiera afrontarla y conociera la realidad de las cosas. (Ella siempre se culpaba y pensaba que era normal porque su mamá siempre se lo decía).

Tercera sesión:

Se trabajó Psicoeducación debido a que es importante dar información a los pacientes acerca de los acontecimientos traumáticos de cómo manejar los síntomas y la adaptación a los mismos ya que suelen tener expectativas distorsionadas acerca de sí mismos, en esta sesión se le enseñó a la paciente a perdonar, esta actividad fue realizada con el fin de que pudiera aceptar el pasado y avanzar en una nueva realidad, se le trajo a la memoria todas las veces que ella dejó que la lastimaran sin que pudiera intervenir o decir lo que realmente pensaba o quería.

Se le impulsó para que pudiera recordar los eventos traumáticos sin que se reprochara y se intervino para que se dejara el dolor atrás aceptando su pasado y que se viera como una nueva persona, se dejaron para la casa ejercicios de autonomía. En esta sesión la paciente mostró cierta inseguridad por temor a ser juzgada y no responder correctamente.

Cuarta Sesión:

Intervención escolar: El docente refirió que habían detectado que ella era muy apartada del grupo y muy callada, esto sucedió poco después de que se enterara que una vecina fue víctima de abuso sexual, esta conducta está afectando la personalidad de la paciente ya que le dificulta relacionarse en las actividades grupales, y todo por temor a que se burlen u opinen mal de ella.

Esto ayudo a que se pudiera identificar el porqué del aislamiento de la paciente en lugares públicos ya que se siente expuesta a revivir otro evento traumático.

Quina sesión:

Técnica de relajación Autógena de Schultz. Técnica útil para conseguir un estado de reposo físico, dejando los músculos en completo abandono, y la mente libre de toda preocupación, nos permite tomar conciencia de todo nuestro cuerpo. (Helena Echeverría).

Se trabajó una reestructuración cognitiva y ejercicios de relajación. En la que la paciente aprendió a controlar sus niveles de ansiedad mediante la respiración, se le instruyo para que aprendiera a respirar de forma correcta y lograra controlar sus precisiones.

También se le hablo acerca de la importancia que tiene el relacionarnos con otras personas y que todos tenemos una libertad de expresión, con el fin de que ella pueda vencer esos temores que la agobian al momento de interactuar con los demás.

Sexta sesión:

Técnica para elevar el nivel de autoestima (Fernández Paula, 2014), en esta sesión se dialoga con la paciente sobre la importancia de sanar el interior para que esto se vea reflejado en el exterior. Ya que la paciente presentaba creencias muy distorsionadas acerca de su personalidad, en la vida no siempre se tendrá respuesta a lo que se espera de las personas que lo rodean, pero ella debe ser fiel a sus ideales, no dejándose influenciar por las opiniones del exterior.

Se trabajó en reducir el nivel de autoacusación, haciendo un compromiso consigo misma de seguir trabajando para su bienestar emocional y físico, también se le invita a que siga buscando la ayuda espiritual ya que ella manifiesta que le ha ayudado mucho para sanar sus heridas y no sentirse juzgada.

## Conclusiones

La importancia de la Psicología se da no solo por la consecuencia lógica como ciencia, sino que en gran medida está determinada por los diferentes problemas que el hombre padece en su vida social, cuyas soluciones se relacionan en las particularidades psíquicas del hombre, su personalidad, comportamientos, niveles de estrés y otros.

La intervención de la psicología clínica en la resolución de casos particulares de la vida social del hombre, aumenta en gran medida la productividad en el trabajo, estudio y familia, el perfeccionamiento del sistema de dirección, conservación y desarrollo de la salud y sobre todo mantener altos niveles de rendimientos de la persona, teniendo una estabilidad emocional adecuada.

Una experiencia traumática en la vida de una persona puede constituirse en una discontinuidad súbdita en la vida, por lo que se debe identificar los síntomas de TEPT e iniciar un tratamiento que prevenga el decaimiento de la persona a una situación crítica e inestable.

El psicólogo clínico utiliza varias herramientas dentro de una terapia con el fin de reestructurar pensamientos catastróficos que pueden surgir en relación a los sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control por parte de la persona.

El individuo que sufre trastorno por estrés postraumático pierde en gran parte el interés por participar en actividades de su medio que lo influye, se aleja de los demás, pierde la capacidad de expresar sus sentimientos, tiene fobia en situaciones que se relacionan a su caso, adopta conductas indeseables que perjudica su relación con los demás y experimenta desesperanza respecto al futuro.

El abuso sexual es el proceso desmedido en la que se involucra a niños, niñas y adolescentes dependientes e inmaduros, en proceso de crecimiento y desarrollo, en actividades sexuales ya sea

por la fuerza o engaño, que no alcanzan a comprender plenamente y no son capaces de dar su consentimiento y por temores no denuncian en su momento.

El abusador es una persona inmadura, reprimida, agresiva que provoca miedo a sus víctimas, y en otros casos se presenta como una persona que tiene contacto con los niños, no actúa con violencia sino al contrario con seducciones y regalos logra sus hechos maliciosos que dañan al niño niña que es abusada.

Debemos tomar en cuenta que los abusos no solo se ven en lugares humildes, sino en lugares en donde a la familia le sobran sus comodidades, este fenómeno es una enfermedad mental que no mide estatus sociales, sino únicamente se trata de una gratificación o satisfacción sexual de la persona abusadora a su víctima que en este caso son los niños y niñas.

## **Recomendaciones**

Una persona que padece de traumas, trastornos o cualquier otra enfermedad mental debe buscar ayuda profesional para ser tratado, esto puede ayudar en superar secuelas del pasado a través de una orientación adecuada por medio de los psicólogos clínicos.

Las familias deben recurrir a un psicólogo clínico para que los ayude a tratar los diferentes problemas que afectan en cada individuo en particular. Y si en una familia no existen situaciones de traumas y trastornos deben recibir una buena orientación sobre principios básicos de una familia feliz. De esta manera velar por el bienestar emocional se la familia.

El Estado de Guatemala debe establecer una sección de orientación donde exista un psicólogo clínico en diferentes lugares del país para brindar atención a las personas que sufren y padecen de enfermedades traumáticas y de trastorno. Especialmente a los niños, que muchas veces por situaciones traumáticas que han pasado tienden a tener un bajo rendimiento escolar y comportamientos inadecuados.

El Psicólogo clínico debe ser una persona profesional preparada, con conciencia social y amor a su prójimo, que tenga los conocimientos necesarios y los instrumentos adecuados para tratar casos especiales en la vida de las personas.

Todas las personas debemos tomar conciencia que la vida es algo maravilloso que Dios nos ha brindado y que debemos cuidarla tratando en lo que se pueda llevar una vida sana si conflictos, y si por razones del destino aparece en un cuadro de víctima ante una agresión sexual, un trauma por un suceso violento o un trastorno por ansiedad, debe buscar ayuda profesional, acercarse a sus padres, buscar ayuda, no quedarse estancado y perder el sentido de la vida. La vida no acaba con un problema, la vida continua y algo muy importante, todo suceso traumático puede superarse y sanarse.

Se recomienda a padres que amen a sus hijos, ellos son nuestra progenie que perdurará en muchas generaciones, no les hagamos daño con los abusos sexuales intrafamiliares, al contrario velemos a que nuestros hijos crezcan sanos y sin malos tratos ni violencia, cualquier acto de abuso denunciar y tratar al niño.

Si por una u otra razón alguna persona ha sido abusadora o piensa hacerlo, frenemos nuestro acto malhechor y pensemos que nuestros hijos pueden sufrir lo mismo, valoremos a los niños y no los hagamos daño.

A las Instituciones del Estado, trabajar en conjunto para garantizar la sobrevivencia de los niños a través de acciones que protejan a nuestros niños de los abusos, identificando y castigando severamente el abusador y tratar a los niños que han sido víctimas para que tengamos una niñez sana para el futuro de nuestro país.



## Referencias

- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Uruguay: Taller de Comunicación.
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Uruguay: Taller de comunicación.
- Casado Blanco, M., & castellano Arrollo, M. (2012). Trastorno por estres postraumatico en la practica medico legal. *Revista Española de Medicina Legal* , 14.
- Diaconu, A. (2009-2010). *EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) DE ORIGEN LABORAL*. Barcelona: UPF-UD.
- Lago Barney, G., Rojas Gerrero, G., Posada Vidales , A., & Montúfar Neira, M. (2005). síndrome del Maltrato Infantil. En G. Lago Barney, *Síndrome del Maltrato Infantil* (págs. 41-42). Colombia: Precop SCP.
- Lopez Garcia, J. A., & Del Castillo Hernandez, M. D. (19 de Enero de 2012). *Confederacion Salud Mental España*. Obtenido de Confederacion Salud Mental España : <https://consaludmental.org/centro-documentacion/promocion-salud-personas-trastornos-mentales-8776/>
- Martinez Lopez, P. (2000). *Atención al abuso sexual Infantil*. Madrid: --.
- Peralta Gomez, M. (2006). Manifestaciones del acoso laboral mobbing y sintomas asociados al estres postraumatico . *Red de revistas cientificas de America Latina y el Caribe, España y Portugal*, 12.

Psiquiatria, A. A. (2014). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5a ed.). España: Medica Panamericana.

Santiago, N. (2002). Tratrono de estres postraumatico aspectos clínicos . *Revista chilena de neuropsiquiatria*, 3.

Vera Poseck, b., Carbelo Vaquero, B., & Vecina Jimenez, M. L. (2006). *LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA*. Madrid, España: seccion Monografica.

Viviano Llave, T. (2012). *abuso sexual, estadisticas para la reflexion y pautas para el diagnostico*. Perú: Corporacion Nuevo Milenio.

Viviano Llave, t. (2012). *Abuso Sexual: Estadisticas para la reflexion y pautas para la prevencion*. Peru: Corporacion Nuevo Milenio.

## **Anexos**

## Anexo 1

### ONG Word Vision



Fuente: elaboración Erwin Escobar

Personal del Programa de Desarrollo de Área Wordl Visión, palestina de los Altos,  
Quetzaltenango



Fuente: elaboración Erwin Escobar

Clínica Psicológica, del Programa de Desarrollo de Área Wordl Visión, palestina de los Altos, Quetzaltenango