

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: Consecuencias de abuso sexual por agresor del mismo  
sexo en una mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -  
CAS-**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ileana Patricia García Alonzo

Guatemala, noviembre 2019

**Estudio de caso: Consecuencias de abuso sexual por agresor del mismo  
sexo en una mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -  
CAS-**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ileana Patricia García Alonzo

Licda. Leticia Padilla Zuleta (Asesora)

Licda. Claudia Nineth Hernández García (Revisora)

Guatemala, noviembre 2019

## **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

Vicedecano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

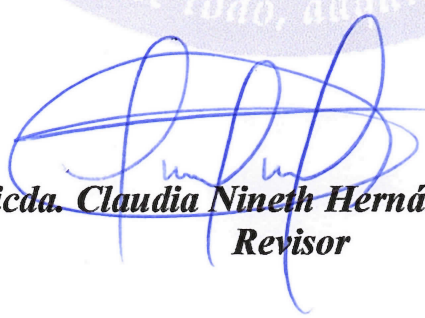
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre año 2017.**

En virtud de que la presente Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Consecuencias de abuso sexual por agresor del mismo sexo en una mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”**. Presentada por el (la) estudiante: **Ileana Patricia García Alonzo** previo a optar al grado Académico 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.

  
**Lieda. Leticia Padilla Zuleta**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala diecinueve de noviembre del año 2019.**

*En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: “Estudio de caso: Consecuencias de abuso sexual por agresor del mismo sexo en mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-”. Presentada por el (la) estudiante: Ileana Patricia García Alonzo, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



**Licda. Claudia Nineth Hernández García**  
**Revisor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de noviembre 2019. -----**

En virtud que la presente Tesis con el tema "**Estudio de caso: Consecuencias de abuso sexual por agresor del mismo sexo en una mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-**", presentado por el (la) estudiante **Ileana Patricia García Alonzo** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico 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 el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1 Marco de Referencia</b>	
1.1. Antecedentes	1
1.2. Descripción	2
1.3. Ubicación	2
1.4. Organización	3
1.5. Organigrama	3
1.6. Visión	4
1.7. Misión	4
1.8. Programas establecidos	4
1.9. Justificación de la investigación	5
<b>Capítulo 2 Marco Teórico</b>	
2.1. Trastorno depresivo persistente (Distimia)	6
2.1.1. Factores de riesgo	8
2.1.2. Complicaciones	8
2.1.3. Prevención	9
2.2. Concepto de niñez	10
2.3. Definición de abuso sexual infantil	11
2.3.1. Sobre el abuso sexual	13
2.3.2. Características del abuso sexual	14
2.3.3. Factores de riesgo	15
2.3.4. Fases	16
2.3.5. Tipos de abuso	18
2.3.6. Niveles de abuso sexual	19
2.3.7. Indicadores	21
2.4. Antecedentes de los derechos del niño	21
2.5. Derechos fundamentales de los niños y adolescentes	22
2.6. Secuelas de abuso sexual	24



2.7. Otros problemas	25
<b>Capítulo 3 Marco Metodológico</b>	
3.1. Planteamiento del problema	27
3.2. Pregunta de investigación	28
3.3. Objetivo General	28
3.4. Objetivos específicos	29
3.5. Alcances y límites	29
3.5.1. Alcances	29
3.5.2. Límites	29
3.6. Metodología	30
3.7. Descripción de pruebas	31
<b>Capítulo 4 Presentación de Resultados</b>	
4.1. Sistematización de estudio de caso	33
4.1.1. Datos generales	33
4.1.2. Motivo de consulta	33
4.1.3. Historia del problema actual	33
4.1.4. Historia clínica	34
4.1.5. Historia familiar	37
4.1.6. Examen del estado mental	39
4.1.7. Resultado de pruebas (cuantitativos y cualitativos)	39
4.1.8. Otros estudios diagnósticos	44
4.1.9. Impresión Diagnóstica	44
4.1.10. Diagnóstico según DSM-5	44
4.1.11. Recomendaciones	46
4.1.12. Plan de tratamiento	46
4.2 Análisis de resultados	50
<b>Conclusiones</b>	51
<b>Recomendaciones</b>	52
<b>Referencias</b>	54

<b>Anexos</b>	56
<b>Lista de Imágenes</b>	
Imagen No. 1 Mapa de ubicación CAS	2
Imagen No. 2 Organigrama CAS	3
Imagen No. 3 Genograma	37
<b>Lista de cuadros</b>	
Cuadro No. 1 Pruebas e instrumentos aplicados	39
Cuadro No. 2 Resultados de Whodas 2.0	41
Cuadro No. 3 Resultados de P-IPG	42
Cuadro No. 4 Resultado de cuestionario de depresión de Beck	43
Cuadro No. 5 Plan terapéutico	49

## **Resumen**

En la presente documentación se expone el estudio de caso realizado como parte de la Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, campus central, zona 16 ciudad capital. Como parte del proceso de práctica de la alumna Ileana Patricia García Alonzo; llevándola a cabo en el Centro de Asistencia Social -CAS- con ubicación 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel., Ciudad Guatemala, con un tiempo de duración aproximado de diez meses, de enero a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, Marco de Referencia se detalla la información descriptiva de la infraestructura y procesos que se realizan en el Centro de Asistencia social, la historia de la institución, misión, visión, ubicación, talleres o programas para padres de familia que asisten a terapia.

El capítulo 2, Marco teórico proporciona los conceptos básicos sobre abuso sexual infantil y las secuelas en la vida adulta, lo que permite una comprensión global del estudio de caso. Así como la definición correcta de distimia, su sintomatología y repercusiones en la vida diaria del paciente que presenta esta condición y que interfiere significativamente con su vida diaria.

En el capítulo 3, Marco Metodológico, en este se detalla el planteamiento del problema, partiendo de la pregunta de investigación, acompañada de los objetivos, límites, alcances, metodología empleada todo desde un punto de vista cualitativo. Se explicará la manera y procesos en los que se desarrolló la etapa de psicodiagnóstico. Las pruebas apropiadas para poner en marcha las actividades expuestas en el plan terapéutico elaborado exclusivamente y a base de las necesidades de la paciente.

Capítulo 4, Presentación de resultados, en este apartado se dan a conocer los resultados de todo el proceso de investigación se presenta la sistematización del estudio de caso, describiendo información importante de la paciente, En el cual se lleva la ficha informativa y se proporciona toda la información necesaria para comprender el diagnóstico y la prevalencia en la vida de la paciente.

## **Introducción**

En el siguiente trabajo se presenta la investigación, análisis y resultados que se derivaron, tras el estudio de caso de una víctima femenina de abuso sexual en la infancia entendida en el Centro de Asistencia Social (UPANA), así como el desarrollo de secuelas han afectado su vida desde su niñez. A su vez se ha evidenciado la forma en la cual se generan mecanismos de defensa que le permiten desarrollarse, desempeñándose de manera funcional en la sociedad.

El abuso sexual infantil, como cualquier acción que atente la integridad de un niño, muestra daños significativos en lo físico, psicológico y emocional en el crecimiento de este, en ocasiones estos daños se convierten en permanentes, evitando el desarrollo integral, dejando grietas en todas las áreas en las que se desenvuelve. Esto deriva en un desequilibrio en las capacidades de entablar relaciones interpersonales asertivas y sanas.

Este abuso sufrido por niños desencadena sentimientos de culpa, miedo, falta de seguridad en el mundo y constante expectativa que las personas que se acercan desean hacer daño. Se puede evidenciar que los abusos sexuales en la infancia son difíciles de detectar, ya que por miedo o intimidación los niños tienden guardar silencio y por lo tanto optan por no delatar a su agresor, se evidencia la particularidad en el caso, denota información sobre la persona que ejerce abuso, cabe mencionar que tanto la víctima como la agresora son del mismo género, es decir ambas son de sexo femenino, lo cual deriva temor en la persona de estudio de caso, puesto que los padres de familia o adultos responsables no creen en lo que ha padecido la usuaria.

El desarrollo del estudio de caso se llevó a cabo mediante la aplicación de diversas habilidades terapéuticas, así como haciendo uso de técnicas como la entrevista clínica, a su vez evaluaciones pertinentes con la finalidad de indagar en la historia de vida de la paciente, esto dio como resultado la pregunta de investigación, generando un objetivo general, derivando objetivos específicos, propiciando la exploración de la historia familiar, laboral y personal de la víctima, con el fin de determinar las secuelas del abuso sexual.

El trabajo de práctica profesional dirigida se dio con una paciente del Centro de Asistencia Social -CAS- quien presentaba signos y síntomas de un episodio de depresión mayor, la paciente buscó ayuda por iniciativa propia, en donde se inició el proceso psicodiagnóstico utilizando una amplia gama de herramientas para el diagnóstico y dar un abordaje terapéutico apropiado para la paciente.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1. Antecedentes**

La implementación del Centro de Asistencia Social surge como proyección social, o bien como responsabilidad social educativa. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de brindar servicio de salud mental para niños, adolescentes y adultos, a un costo accesible para población de la ciudad capital.

Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la facultad de Humanidades, en la cual estos puedan brindar acompañamiento psicológico y apoyo emocional a la población que así lo requiera. Siendo -CAS- una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para acceder a ayuda psicológica y mejorar su salud integral.

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

## 1.2. Descripción

La práctica profesional dirigida se realizó en el Centro de Asistencia Social de la Universidad Panamericana, localizado en la zona 9 de la ciudad capital. El cual funciona desde año 2015, brindando asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Este centro cuenta con ocho cubículos dispuestos para la atención de los usuarios, recepción, sala de espera, sala de reuniones, cocina y dos baños.

## 1.3. Ubicación

El centro de se encuentra ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel.

**Imagen 1**  
**Mapa de Ubicación -CAS-**



Fuente: Google Maps (Año 2017)

## 1.4. Organización

Presentación de organigrama, funciones principales del personal y número de persona que atiende el centro.

## 1.5. Organigrama

A continuación, se presenta el organigrama de CAS, el cual detalla la organización jerárquica de la institución.

**Imagen 2**  
**Organigrama CAS**



Fuente: Centro de asistencia Social (CAS), elaboración propia, 2017.



## 1.6. Visión

La visión del Centro de Asistencia Social -CAS- es el siguiente: “Proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética.”

## 1.7. Misión

La misión del centro es brindar asistencia Social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

## 1.8. Programas establecidos

Se proporciona apoyo psicológico y de consejería social por practicantes de Universidad Panamericana a población, a su vez se cuenta con programas para la población estudiantil entre los cuales se mencionan a continuación:

Escuela para padres, se enfoca en brindar apoyo a los padres o cuidadores primarios de los usuarios, por medio de charlas enfocadas en temas relacionados a las etapas de crecimientos, intereses y posibles situaciones que se puedan presentar en los diversos ámbitos en los que los usuarios se relacionan, esto con la finalidad de fortalecer sus habilidades y conocimientos para una correcta adaptación y relación.

Talleres promotores de prevención juvenil, siendo los practicantes los facilitadores en los mismos, en los cuales se promueve factores de prevención sobre adicción, suicidio, identificación de emociones y fortalecimiento de inteligencia emocional.

## 1.9. Justificación de la investigación

Universidad Panamericana de Guatemala es una institución educativa comprometida con la formación de profesionales de excelencia, es por esta razón que junto a la Facultad de Humanidades exigen la realización de 350 horas de práctica, con la finalidad de cerrar pensum de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, de esa manera dar oportunidad de desarrollar destrezas, así como habilidades para el abordaje profesional, como característica primordial de esta casa de estudios, la cual busca apoyar a la sociedad guatemalteca estableciendo precios accesibles para toda la población, dando así un espacio gratuito a los estudiantes para ejercer aprendizaje y fortalecer formación como terapeuta.

Como aporte a los estudiantes de esta carrera, a su vez a la población guatemalteca se propone la siguiente investigación con el objetivo de proporcionar información sobre las consecuencias que tiene el abuso sexual en la etapa infantil y sus consecuencias en la vida adulta, así mismo es una oportunidad que tiene el terapeuta practicante para aplicar las destrezas que se requieren para un abordaje profesional y de calidad.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

En el siguiente capítulo, se fundamentará la investigación y estudios previos que ayudaron a la realización de análisis relacionada a la problemática derivada del flagelo de abuso sexual en la infancia, así también las secuelas en la vida adulta del estudio de caso de sistematización de práctica en Centro de Asistencia Social –CAS-

#### **2.1. Trastorno depresivo persistente (Distimia)**

Considerada un tipo de depresión caracterizada por su ser menos grave, a su vez comprende síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan a la persona que la padece, sin embargo, impide funcionar al máximo denotando baja energía o no sentirse bien. En ocasiones, las personas que padecen de distimia suelen experimentar episodios de trastorno depresivo mayor, el cual suele caracterizarse por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso motor, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes, estos síntomas causan malestar clínico significativo.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por más días que no, como lo indica el propio sujeto u observado por los demás, por lo menos 2 años

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes

1. Falta de apetito o comer en exceso
2. El insomnio o hipersomnia
3. Baja energía o fatiga
4. La baja autoestima

5. concentración o dificultad para tomar decisiones pobres

6. Los sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses a la vez.

D. Criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presente durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro espectro de la esquizofrenia determinado o indeterminado y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento. (pp.168-169)

Es importante que el profesional en salud mental posea amplio dominio herramientas que le permitan identificar si una persona presenta este tipo de trastorno, puesto que una oportuna evaluación derivará plan terapéutico adecuado para cada caso respetando la individualidad de estos, dando resultados efectivos para el bienestar integral.

### 2.1.1. Factores de riesgo

Según lo descrito en artículo publicado en Mayo Clinic (2019) refiere que:

Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que pierda interés en las actividades normales de la vida cotidianas, en las que la persona manifieste sentimientos de desesperanza, improductividad, baja autoestima y sensación general de ineptitud.

Es importante identificar los factores que implican riesgos, cabe destacar las señales que se evidencian desde una temprana edad hasta los primeros años de la adultez, con consecuencias a largo plazo, que podrían derivar a crónicas. Algunos de los factores incrementan las posibilidades de desarrollarlo, un punto a considerar sería el tener un familiar de primer grado que padezca dicha afección. Así también otra situación precipitante sería el estrés elevado, la pérdida de un ser querido, problemas financieros, entre otros.

### 2.1.2. Complicaciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014):

Existen repercusiones en la vida de las personas que padecen depresión crónica, esto va desde la evidencia de una pobre calidad de vida, dificultad para desempeñarse en el área laboral o estudiantil, en ocasiones la persona que padece estos trastornos busca encontrar momentos de equilibrio abusando de sustancias, esto incrementa la dificultad para establecer vínculos sanos y asertivos con los miembros de su familia o amigos, cuando estos pensamientos llegan a los puntos más graves se presentan

pensamientos para autolesionarse que da sensación de bienestar momentáneo, si la personas no es trata a tiempo esto puede tener finales trágicos como el suicidio.

Las complicaciones que se presentan al inicio de este trastorno se pueden percibir como momentáneas o en algunos casos normales debido a situaciones que pueda estar experimentado la persona, sin embargo; es aquí cuando la intervención terapéutica juega un rol importante y debe ser la herramienta para modificaciones importantes en la rutina del paciente; cuando se presentan con un trastorno ya avanzado el proceso es más agresivo y no se considera únicamente la intervención personal, cuando las autolesiones o pensamientos suicidas se evidencian se debe contar con una red de apoyo que pueda colaborar fuera de la clínica, por lo que ningún síntoma y signo debe ser desestimado.

### 2.1.3. Prevención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) indica:

Que la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas, debido a que este trastorno comienza en la niñez o adolescencia, es difícil implementar factores de protección que eviten su desarrollo. En los folletos proporcionados durante la campaña mundial por el día de la salud pública se detalla información sobre algunas acciones que pueden ayudar con los síntomas de este padecimiento.

Es de suma importancia identificar a una persona que genere confianza y se pueda expresar los verdaderos sentimientos sin ser etiquetados o juzgados. El realizar actividades físicas que resulten agradables aun cuando el ánimo no sea el óptimo,

acompañarlo de una buena alimentación y suficientes horas de sueño o momentos de descanso. Por último, es importante evitar el consumo de sustancias psicoactivas se conviertan en adicciones perjudiciales el tomar conciencia y buscar ayuda de un profesional en la salud puede colaborar en la adquisición de información necesaria para evitar prácticas que perjudiquen las relaciones interpersonales.

Si bien es cierto que este tipo de trastornos son difíciles de evitar o detectar en los primeros indicios, es recomendable el optimizar desde la niñez el estilo de vida, buscando en los padres la capacitación sobre los temas de depresión, sus síntomas o signos, trabajando en brindar un entorno seguro y libre de abusos, de cualquier tipo que puedan ser factores que propicien o desencadenen estos sentimientos.

## 2.2. Concepto de niñez

El autor Ossorio (2002), definen la niñez como:

Una de las etapas del desarrollo de las personas que abarca el periodo comprendido entre el nacimiento y los siete años, etapa en que se establecen las bases del raciocinio hacia la edad adulta. En lo civil implica plena incapacidad de obrar, y en lo penal, total inimputabilidad. Por lo que es la etapa de construcción de las herramientas que le ayudaran para insertarse a la sociedad.(p. 622)

Es la etapa de la niñez a la que se enfocan los aspectos de desarrollo, tales como los procesos biológicos que involucran aspectos como la movilidad que incluye crecimiento de musculo esquelético, sensación, maduración neurológica, así como la coordinación. Los procesos intelectuales incluyen pensamiento, donde se desarrolla las capacidades cognitivas de aprendizaje en el que se puede así mismo las habilidades para el desenvolvimiento social que

lleva implícitos rasgos de la personalidad que contiene influencias culturales y sociales debido al entorno en el que se desenvuelve o está expuesto.

### 2.3. Definición de abuso sexual infantil

Se determina como el contacto inapropiado, que ejerce una persona mayor con un niño o niña sin su consentimiento, dicha acción es realizada con la finalidad de obtener la propia satisfacción del que comente este abuso, el abusador incurre en mentiras o manipulación psicológica, debido a la falta de conocimiento de la víctima, cuando la presión psicológica no es suficiente, los agresores podrían utilizar diversas prácticas más agresivas ante dicha negativa o rechazo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) maltrato infantil es:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [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.

Los abusos cometidos a un menor son atentados contra el desarrollo integral que se supone el entorno primario o sociedad busca para cada uno de ellos. Las consecuencias de estos son determinantes en el desarrollo siendo una causa de sufrimiento, estos abusos pueden desencadenar problemas en el sistema nervioso y alto porcentaje de replicar estas conductas y convertirse en abusadores.

Volnovich (1999) describe que:

En la época contemporánea, los niños eran concebidos de maneras diferentes a las de la actualidad, desde los veían como entes sujetos a derechos y deberes según su edad.



En el siglo XX, se reconoce como “el siglo del niño” ya que han adquirido importancia, donde los padres, cuidadores, maestros y médicos han logrado una transformación significativa.

Esto conlleva a cambios importantes que llevan a ubicarse en el lugar de los niños y apartarse del lugar del adulto. “Cambio que propone colocarse en el lugar de los niños para comprenderlos, para adecuarse a sus posibilidades, a sus necesidades, a su deseo” (p.35)

La historia muestra que esta problemática no es moderna, ha evolucionado según la época, los constantes intentos de erradicar estas prácticas violentas hacia la niñez han llevado a dar avances, permitiendo iniciar la cultura de denuncia, espacios de exposición de temas relacionados con los abusos en los que los niños son los actores principales, así mismo, se proporciona información con fácil acceso a padres de familia, docentes y personas el cuidado de los niños.

Berliner y Elliott (2002) describen lo siguiente:

Entre los aspectos importantes a considerar; es que el abuso incluye el contacto sexual, derivado de la fuerza o amenaza de uso de la fuerza, independientemente de la edad de los participantes, así también, de todos los contactos de carácter sexual entre un adulto hacia un niño o una niña, se considerará si el menor ha sido engañado o bien si entiende la naturaleza sexual de la actividad. Otro aspecto para considerar es aquel que hace referencia al contacto sexual cometido por un niño mayor a uno pequeño, a su vez, puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, que por lo tanto la víctima sea incapaz de dar su consentimiento informado. (p. 55)

Con los aportes anteriores se puede evidenciar, el abuso que se comete hacia un niño, niña o adolescente tendrá la característica de falta de conocimiento o información por parte de la víctima, en relación con las prácticas que se busca tener con ellos, así mismo propone que la mayoría se dan por parte de familiares cercanos, ya que tienden a tener fácil acceso a la víctima trabajando en una conexión empática o de confianza.

### 2.3.1. Sobre el abuso sexual

Lima Bamaca (2007) en su trabajo de investigación indica:

Las conductas que asume el agresor hacia la víctima pueden generar información errónea al momento de ejecutar los comportamientos relacionados con el abuso, puesto que percibirá que hay cierta intención de la víctima en ser partícipe de lo que como victimario realiza por lo que inician las acciones de abuso con la noción de consenso. (pp. 71 - 72)

Por lo anterior se puede indicar que dependiendo de la edad que tenga la víctima los agresores deben contar con justificaciones para los abusos que comenten, en ocasiones pueden indicar haber tenido diálogos con las víctimas donde hacen referencia que lo que sucede no es grave por lo que confunden el escenario y logran el cometido, al ser expuestos tienden a señalar y culpar a los niños bajo estos criterios de supuestos consentimiento por el menor.

Manuel Ossorio (2002) define que:

Otros comportamientos que se consideran como abuso por su naturaleza sexual como: Pederastia debe entenderse como la inversión sexual masculina, que recae sobre niños y adolescentes. En sentido estricto se refiere a la inversión típica de la apetencia sexual, pero en un sentido amplio se le ha dado el alcance mezclado de intelectualidad conocido como amistad socrática. (p. 707)

Este concepto deja en evidencia que la atracción en este tipo de abuso trasciende la barrera física transformándose en un gusto por la forma de pensar del individuo y lo que rige la forma de actuar, esta es una combinación de deseo sexual y gusto intelectual, el agresor muestra afinidad en gustos que no son acordes a su edad para tener acceso a las víctimas y fomentar una relación basada en los intereses comunes.

Galimberti Umberto (2002) define en su diccionario como:

Exhibicionismo el impulso, predominantemente del varón, de exhibir los genitales con el fin de causar una reacción de sorpresa, terror y disgusto. Así mismo define pedofilia como también llamada efebofilia, la pedofilia es una atracción erótica hacia niños o adolescentes del mismo sexo o del otro, que no se traduce necesariamente en actos sexuales, como en el caso de la pederastia. (pp. 469-809)

Actualmente se ha evidenciado, que las mujeres también cometen abuso sexual, independientemente de la relación que se tenga, madre, abuela, madrastra, tías, primas o inclusive maestras, es difícil el poder hacer el comparativo en relación con la cantidad de hombres que lo hacen. El abuso se puede dar desde los cuidados primarios durante el cambio de pañal, de ropa o la ducha. Es alarmante el hecho de no detectar el abuso cometido por el género femenino, dejando la ideología como uno de los factores que lo impiden, siendo en su mayoría historias que se narran únicamente de manera verbal, sin dejar ningún precedente, es decir ninguna denuncia.

### 2.3.2. Características del abuso sexual

Este problema social constituye una forma de violencia que afecta física, mental y socialmente a la víctima, que en el caso de los niños se encuentran ante una serie de circunstancias que lo colocan en situación de desventaja y vulnerabilidad, ante la inmadurez psicosexual del menor. Es necesario comprender que el abuso sexual, no se limita a una

relación entre hombre-niña, ya que puede ser entre hombre-niño, mujer-niño, mujer-niña, sin embargo, el primer caso es el más frecuente.

Así mismo en muchos casos, el agresor forma parte del entorno social del menor y no de un extraño. No se produce en forma aislada, sino que este comportamiento se extiende en el tiempo, los niños perciben la intención dañina y agresiva del individuo que abusa de ellos cuando este realiza la exploración de su cuerpo. Se produce en muchos casos cuando el adulto ejerce de figura de autoridad o el niño se encuentra en relación de dependencia con el mayor de edad.

### 2.3.3. Factores de riesgo

Bringiotti (1999) indica que:

Los factores de riesgo son aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda. El proporcionar el valor adecuado a estos indicios es crucial para la correcta intervención de violencia de cualquier índole a los infantes en general, también sirve como centro para su constante supervisión durante el proceso de recuperación por medio de intervención psicológica. (pp. 32-33)

Algunos de los factores de riesgo citados sobre el tema se pueden establecer como factores de riesgos las pocas destrezas de seguridad personal que los niños tienen, se debe considerar que en Guatemala culturalmente si tiene un retraso en el refuerzo de técnicas para verbalizar o evidenciar cualquier tipo de abuso. Otro factor cultural que afecta la niñez guatemalteca es la exposición al abuso físico y sexual normalizado a dinámicas disfuncionales en el núcleo familiar como falta de cercanía en la relación materno-filial, padres poco afectivos físicamente, violencia en la pareja.

La negligencia por los cuidadores también es un factor de riesgo ya que no contar con las atenciones básicas los pone en situaciones de vulnerabilidad y falta de una figura de

protección, más si existen discapacidades físicas, mentales o cuidadores que abusen de sustancias adictivas.

#### 2.3.4. Fases

Es oportuno tener claro el desarrollo del abuso sexual infantil, es por ello que se debe describir las fases que este conlleva, el conocimiento de las mismas pretende el reconocerlas por lo tanto promover diversas acciones informativas para los niños, niñas o adolescentes que colaboren en determinar en donde se encuentre el abuso y proporcionar un correcto proceso de diagnóstico.

Sgroi Suzanne (1982) describe las fases:

La de preparación se caracteriza por las prácticas que tiene el agresor para ganar la confianza del niño o niña, así como la de los padres o cuidadores primarios, con la finalidad de acceder de manera fácil en cuanto a pasar momentos a solas se refiere, ya que los padres dan consentimiento, por lo que evitan sospechas o cuestionamientos formando “una amistad especial”. Dicha confianza puede ser ganada mediante dar regalos o hacer favores.

En la fase de interacción sexual, el agresor ya ha logrado tener acceso, por lo que busca establecer una vinculación afectiva para lograr que la víctima guarde el secreto y crea que lo que pasará es normal y no es malo. Las prácticas en esta fase empiezan a tener mayores estados de gravedad ya que se empieza a utilizar el recurso de la violencia y coacción, por parte de la víctima se empieza a mostrar rechazo, desagrado, pero los padres o cuidadores no lo evidencian rápidamente y muchas veces lo consideran como rabieta o mala educación del niño o la niña.

Durante la fase del develamiento el agresor es expuesto, esto se puede dar porque la víctima encontró el valor para hablar o porque hay evidencia física, como laceraciones, dolor, infecciones en los genitales entre otras formas. Esto desencadena tensión en el círculo familiar y se pueden iniciar las denuncias contra el agresor.

Fase de reacción al develamiento aquí se da la crisis en el núcleo familiar, cabe mencionar que en la mayoría de los casos en esta última fase se desencadenan sentimientos de culpa y frustración por las personas que eran responsables de los infantes ya sea porque el agresor es o no parte del círculo primario, es una fase llena de sensibilidad ya que surgen dudas por parte de los cuidadores sobre el abuso, esto puede tener una reacción de retracción por falta de protección a la víctima, por amenazas por el agresor, esto puede tener como resultado el no realizar la denuncia, en los mejores casos esta fase le sirve a las familias para iniciar el proceso de remediación y búsqueda de ayuda para la víctima y el núcleo completo para su aceptación y superación. (pp. 59-65)

Todas las fases expuestas por la autora se refieren al proceso en el que el abuso se da, lo agresores tienden a seguir un protocolo que cuentan de pasos que les permiten alcanzar el objetivo de cometer el abuso sexual a un menor, tienen a tener éxito ya que se interesan por los gustos de la víctima, buscan que la empatía sea una columna importante en la relación, si son adolescentes buscan interesarse en lo que está de moda o les dan la impresión de interesarse por los problemas que los aquejan esto logra que ellos se identifiquen y sea más fácil el convencerlos de responder a los estímulos.

Los tocamientos son las primeras prácticas en las que se da el abuso, esto mide los límites de la víctima, cuando se ha instalado la forma en la que ocurre el abuso, se avanza en las siguientes etapas, que contienen abuso por medio de penetración con los órganos sexuales u

objetos que cumplan esta función. En esta fase las amenazas juegan un rol importante ya que serán el medio por el cual la víctima guardará el secreto y no expondrá al agresor por temor. La última fase es de suma importancia en la vida de la víctima ya que es la oportunidad que busca para ser rescatada del abuso e iniciar el proceso de sanación tanto individual como familiar, lastimosamente no en todas las situaciones se logra ya que los cuidadores dudan de los relatos, esto es más evidente cuando el abusador es miembro de la familia. Hay algunas madres que por temor a perder lo constituido por la sociedad como núcleo familiar, también por la vergüenza ante la exposición de la información, hay tendencia a obviar el abuso por dependencia económica y temor del futuro incierto.

### 2.3.5. Tipos de abuso

Lima Bamaca (2007) refiere que:

El abuso sexual infantil cuenta con diversos tipos de prácticas, por lo que se clasifica en grupos que inician con lo de mayor gravedad hace énfasis a diversos aspectos a considerar entre los que se encuentran relaciones sexuales genitales – orales (cunilinguismo), esto hace referencia violentar la parte genital del menor. A su vez, la penetración en el ano del niño con el dedo (s), pene u otro objeto extraño. O bien, la penetración en la vagina, en este apartado también se tiene la explotación de menores en el comercio sexual, que se entiende que personas hacen efectivos pagos por tener acceso a estos niños que muchas veces han sido extraídos de sus hogares o en los peores casos algún familiar es quién ofrece este servicio.

Los tipos de abuso sexual no se limitan a una sola práctica, por lo que al momento de evidenciar un caso es indispensable contar con un grupo multidisciplinario que se encargue de evaluar y evidenciar todas las características de las agresiones en el caso de ser físicas. El

contexto en el que se desarrollan estos abusos no se debe encuadrar únicamente a espacios de escasos recursos ya que son prácticas que se dan en todo estrato social.

Lima Bamaca (2007) detalla:

En el segundo grupo que se denominan con menor gravedad, en este grupo se las prácticas de masturbación por parte del menor frente al abusador, frotar los genitales contra cualquier parte del cuerpo, obligar al menor a tocar o manipular los genitales del adulto que se puede introducir como un juego al igual que la exposición a pornografía y tocamiento de los genitales del menor. Se cuenta con abusos sexuales incipientes que van en la línea de observación del agresor a la víctima durante la ducha, el cambio de ropa, alguna actividad física, puede tener besos íntimos y tocamientos sobre la ropa. (pp. 79 - 80)

El abuso sexual infantil tiene diversos tipos que se desarrollan desde la observación en donde el agresor inicia en prácticas que tienden a confundirse con actividades cotidianas. Estas intervenciones en la vida de la víctima dejan al descubierto las rutinas por lo que permite el análisis de espacios en los que se podría dar la agresión esto con la finalidad de llegar al contacto físico y avanzar en otros tipos más agresivos de abuso.

### 2.3.6. Niveles de abuso sexual

Lima Bamaca (2007) manifiesta que:

El abuso sexual puede afectar diversos niveles de la integridad de la víctima, estos se reflejan en tres niveles a los cuales se debe estar atento para detectar algún cambio significativo, se inicia con el nivel físico en cual se evidencian enfermedades de transmisión sexual, irritaciones en los genitales, constante aseo de los genitales o



negación a hacerlo, dolor al orinar, infecciones genitales frecuentes y en varios casos lo más evidente es el embarazo.

Otro nivel que se ve altamente afectado es el psicológico, ya que en este la víctima puede presentar signos y síntomas depresivos, se empiezan afectar otros entornos en donde se debe relacionar con otras personas, se muestran agresivos, tienden a disminuir el rendimiento escolar y tienden a replicar conductas sexuales inadecuadas durante los juegos de roles o los juguetes que tenga.

El comportamiento es otro nivel que puede ser evidente ya que se vuelven retadores con sus figuras de autoridad, tienden a desear retirarse del lugar en el que viven, más cuando el abuso es en ese lugar, en otras oportunidades tienen regresiones en las etapas evolutivas del desarrollo. (p. 80)

Al momento de sufrir abuso desde cualquier dimensión, no se puede generalizar e indicar que a todos o todas las víctimas de abuso les afectará de la misma manera, sin embargo; hay aspectos que se pueden tener como un parámetro, el aspecto físico puede ser el que de los primeros signos que se presenten ante al abuso, el descuido personal y falta de interés en la higiene son aspectos a los que se deben prestar atención cuando se sospecha que algo está ocurriendo.

El área psicológica de la persona que sufre abuso, evidencia una descompensación por la constante lucha entre la culpa o rechazo a lo que vive, esta es una de las áreas que al no ser atendidas puede hacer que la víctima se exponga a peligros que atenten contra su vida, la conducta y comportamiento no se puede dejar a un lado, ya que los niños y adolescentes al momento de ser vulnerados de laguna manera pueden sufrir cambios en el humor, mostrarse menos receptivos al afecto físico, poco interés por todas las actividades que tengan un fin recreativo y tienden al aislamiento.

### 2.3.7. Indicadores

Cuando se trata de víctimas enfocado a los adolescentes, es posible detectar; el comportamiento violento, las riñas constantes con otras personas, dificultad para memorizar. Cambios de humor notables, preocupación por los temas relacionados con la sexualidad; ideación e intentos de suicidio, miedo a la soledad, desconfianza, consumo de sustancias prohibidas, baja autoestima y sentimiento de culpa son algunos de los indicadores a tomar en cuenta para evaluar el comportamiento de quien ha sido víctima de abuso sexual.

### 2.4. Antecedentes de los derechos del niño

Philippe Aries (1986) cita lo siguiente:

En la Antigüedad, la niñez fue ajena al concepto de persona, por tanto, en el mundo jurídico, niños o niñas al igual que mujeres o esclavos no eran considerados como tal, más aún, el infanticidio, era una práctica frecuente en Roma, mientras que en Grecia se practicaba la exposición y la inmolación de infantes. La situación de las niñas y niños, a lo largo de la Edad Media, permanece en las sombras, si bien con el advenimiento del cristianismo se proscribieron todas aquellas prácticas contrarias a éstos, y es a partir del siglo XIV donde se suponen que se comienza a conceder cierta importancia a la infancia.

Para comprender la historia de los derechos de los niños y niñas se debe reconocer que en la antigüedad no eran reconocidos como entes meramente sujetos a derechos que protegieran la vida y la integridad. Todas estas vulneraciones inician la brecha para que se inicie la redacción de garantías y determinación de cuidados adecuados para el desenvolvimiento desde una postura de reconocimiento como personas merecedoras de una vida digna.

Álvarez R. (2011) cita lo siguiente:

Haciendo referencia a la declaración de los derechos del niño, llamada Declaración de Ginebra, los hombres y mujeres de todas las naciones, reconociendo que la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, declaran y aceptan como deber, por encima de toda consideración de raza, nacionalidad o creencia ser favorecido por su condición, por ello se describe en el siguiente párrafo, información sumamente importante en relación con los infantes, veamos entonces.

Se ha de considerar que, el niño debe ser puesto en condiciones de desarrollo normal, desde el punto de vista material y espiritual, a su vez, proveer alimentación, servicios médicos, es decir brindar toda la ayuda necesaria, considerando los casos de niños desadaptados los cuales deberán ser reeducados, así también al huérfano o abandonado brindar apoyo en hogares de acogida para su protección. En casos de suceso de calamidad, el niño será prioridad. (pág. 2)

Los aportes brindados a lo largo de las historias evidencian la lucha por alcanzar los avances en el resguardo de la niñez, dejando claramente la responsabilidad del estado y los adultos el brindar los ambientes apropiados para un óptimo desarrollo físico, moral y espiritual sin la exclusión de ningún tipo. Todo lo antes descrito tiene un impacto significativo, por lo que las experiencias tempranas en los niños negativas o positivas serán contribuciones y aportes directos a la sociedad.

## 2.5. Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes

Los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes son un grupo de normas jurídicas que tienen como objetivo cuidar y garantizar el bienestar del menor en todos los ámbitos de la vida, esto hasta que cumpla la mayoría de edad, estos derechos tienen las

características de ser inalienable e irrenunciables, quiere decir que nadie tiene el poder de anularlos por ningún motivo.

Las personas que los vulneren serán castigadas, es por esto por lo que el Congreso de la república de Guatemala indica que el conjunto de derechos individuales que todo guatemalteco tiene son derecho a la vida; igualdad; integridad personal; libertad; identidad; respeto; dignidad y petición; a la familia y adopción.

El Congreso de la República de Guatemala, (2003) refiere que:

La legislación en Guatemala contiene en el decreto número 27-2003 del Congreso de la República de Guatemala, la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, clasifica los derechos humanos en individuales y sociales que establece en el artículo 56 el derecho social a la protección por la explotación y abusos sexuales; ya que los menores de edad tienen la protección en contra de los problemas sociales relacionados con la explotación y abusos sexuales, el artículo establece; la incitación o la coacción para que se dedique a cualquier actividad sexual; su utilización en la prostitución, espectáculos o material pornográfico; Promiscuidad sexual; y el acoso sexual de docentes, tutores y responsables. (pp. 12-13).

Esto se refiere a las garantías que los niños, niñas y adolescentes tienen por el hecho de ser guatemaltecos, al determinar lo anterior se hace evidente que el cuidado de la integridad de los menores es de los padres de familia, (madre o padre, dependerá de la circunstancia) o cuidadores asignados legalmente ya sea por abandono o negligencia, estos pueden ser abuelos, tíos u otra persona en la disposición de hacerse responsable por el menor.

## 2.6. Secuelas de abuso sexual

Las consecuencias que deja el abuso sexual en la vida de las víctimas, en especial las infantiles pueden trascender a varias áreas de su vida y de no ser tratado de forma oportuna pueden postergarse a lo largo de su vida, afectando su adultez. Si el abuso fue perpetuado por un familiar tiende a ser más difícil la superación, ya que puede ser que la víctima siga teniendo contacto con este miembro.

Durante el trabajo se han evidenciado algunas secuelas del abuso sexual, en los siguientes párrafos detallaremos otro tipo de consecuencias, se iniciará con los efectos físicos como daños en la función de esfínteres, contusiones por golpes previos al abuso, laceraciones en el área genital.

También pueden desencadenar dolores en diversas partes del cuerpo, enfermedades en la piel como alergias, rosácea, trastornos alimenticios y en ocasiones en las adolescentes se presentan problemas en el periodo menstrual.

Las consecuencias emocionales denotan comportamientos desadaptativos, mayor vulnerabilidad, conducta defensiva o en ocasiones falta de emotividad a situaciones en las que se espera tener reacciones de empatía o comprensión, se difumina los límites en los valores sociales, pérdida de fe en una deidad y expresiones de crueldad con animales o personas más débiles.

Lima Bamaca (2007) describe que:

Hay algunas prácticas inadecuadas que los niños, niñas o adolescentes pueden implementar en su vida cotidiana como buscar la estimulación sexual de otros niños o adultos, también es común que aparezca la gratificación sexual por lo que se inicia la masturbación excesiva en privado o pública cuando los límites han quedado nulos, estas prácticas se pretenden disminuir hasta eliminarlas en el proceso de recuperación,

los niños o niñas inician la comprensión que estas prácticas no son adecuadas a su edad. (pp. 103-105).

Las consecuencias de abuso sexual infantil son evolutivas y tienden a acompañar a la víctima en todos los ambientes de la vida a corto, mediano o largo plazo, éstas serán determinadas por el impacto del abuso experimentado por cada víctima, por lo tanto, la capacidad para afrontarlo para cada individuo es única. Al momento de ser develada la agresión, la intervención que se proporcione será fundamental para la superación y reintegración adecuada de la víctima al entorno.

## 2.7. Otros problemas

Lima Bamaca (2007) describe:

Otras secuelas de abuso sexual infantil que llegan a la adultez son de tipo relacional, se puede mencionar la revictimización física ya que la víctima tiende a buscar las mismas prácticas en sus parejas, tienen a polarizar los sexos y no encontrar el balance entre lo que son y deberían de ser las atribuciones de cada uno. Esto hace común que se den problemas familiares o maritales debido a la no superación del abuso, esto también afecta la relación con las figuras parentales cuando no se cuenta con apoyo o credibilidad en el momento de verbalizar la experiencia traumática y al momento de convertirse en padres pueden desarrollar falta de vínculos a los hijos. (p.106)

El abuso sexual en la infancia trasciende a la adultez desencadenando una serie de dificultades en la forma en la que se desarrolla en todos los ámbitos de la vida, según lo antes mencionado, haciendo énfasis a las relaciones interpersonales, se podría decir que el sujeto de abuso adoptará una postura más vulnerable, ya que evidenciará actitudes defensivas hacia otros, con el objetivo de resguardar su seguridad, con la finalidad de no replicar el abuso de

ninguna forma. Al no ser atendido el trauma habrá mayor probabilidad de desarrollar enfermedades que requieran atención clínica.

Lima Bamaca (2007) cita lo siguiente:

El área sexual también puede tener consecuencias negativas o disfunciones sexuales ya que la víctima puede mostrar rechazo a las relaciones sexo genitales, problemas en la etapa de excitación o problemas para alcanzar el coito, esto puede suceder por recuerdos de los abusos, en ocasiones dificultad en determinar la orientación sexual ya que vinculan la agresión al sexo con el victimario. Pero en otras ocasiones se puede presentar desarrollar promiscuidad y prácticas sexuales riesgosas. (pp. 107)

Las secuelas por abuso en la infancia derivan de manera significativa en el área de la sexualidad, esto podría generar confusión en la preferencia sexual haciendo dudar a la víctima ya sea la culpa de permitir el abuso o no denunciarlo pronto. Los problemas sobre el desarrollo de la actividad sexual pueden trascender a lo físico y provocar trastornos que eviten una vida sexual saludable.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### 3.1. Planteamiento del problema

Según lo descrito en artículo publicado en la Revista de Psiquiatría (2001) refiere que:

La palabra distimia significa, de acuerdo con su etimología, mal humor, y a pesar de que se nombra por primera vez por Platón como uno de los aspectos generadores de las enfermedades del alma, junto con la morosidad, el cuerpo hipocrático parece referirse a ella cuando hace alusión al tipo (Typus) como una tendencia a desarrollar la enfermedad conocida como melancolía, tendencia que refleja una discrasia (en términos de Platón), desequilibrio entre el alma y el cuerpo.

La fuente del fenómeno distímico se sitúa en una región que enlaza lo psíquico con lo somático. Esta región puede definirse como la región del individuo en donde convergen lo personal de lo psicológico con lo ha-personal de lo biológico, o si se prefiere, como la posibilidad de la huella natural orgánica y lo espiritual de su physis, que la proyecta y encauza a través de su existencia (pp. 51-52)

Cabe mencionar que desde la antigüedad se han reconocido las emociones como pilares importantes de la formación de la personalidad de un individuo por lo que tiende a sufrir cambios o carencias de desarrollo asertivo, esto afecta diversos aspectos anulando la posibilidad de encuadrar la evolución emocional del ser humano sin considerar el entorno y las experiencias, reconociendo que trasciende de lo físico y se convierte en algo más profundo y significativo.



Se debe considerar que la paciente manifestó, reconocimiento de tristeza la mayor parte del día pensamientos suicidas en episodios intensos, sentimiento de culpabilidad por abuso sexual sufrido de niña y por tener una relación con dos personas al mismo tiempo, baja autoestima, aislamientos, mala relación con los padres y hermanos, rechazo a su físico, inhibición del deseo sexual, rechazo a la comandad maya.

Se presenta a continuación la problemática de una mujer adulta víctima de abuso sexual infantil por persona del mismo sexo y diferente grupo étnico a los 4 años, esto desarrolló varias secuelas entre ellas la más significativa y motivo de esta investigación; estadio de depresión persistente, actualmente tiene 25 años, se le llamará M. para respetar la confidencialidad del caso.

### 3.2. Pregunta de investigación

¿Qué consecuencias tiene el abuso sexual por agresor del mismo género y diferente etnia en una mujer de 25 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-?

### 3.3. Objetivo general

Identificar los factores que influyen en el desarrollo consecuencias de una mujer adulta a causa de abuso sexual en la infancia.

### 3.4. Objetivos específicos

- Determinar la duración de los episodios depresivos en la víctima.
- Reconocer los factores generadores de discriminación hacía personas de la cultura maya.
- Reconocer las secuelas físicas, psicológicas y relacionales que vive una víctima de abuso sexual en la infancia por una persona del mismo sexo.
- Explicar cómo se ve afectada y deteriorada la valía personal a consecuencia del abuso sexual infantil.

## 3.5. Alcances y límites

### 3.5.1. Alcances

Entre los alcances evidenciados desde el inicio de la intervención terapéutica con fecha 23 de febrero al 7 de noviembre de 2017, en el caso de estudio de la Práctica Profesional Dirigida de Psicología Clínica y Consejería Social, se pueden mencionar una asertiva alianza terapéutica, con los usuarios atendidos. Con la usuaria M. se trabajó y proporcionó la ayuda necesaria y seguimiento constante para la culminación del proceso terapéutico de una manera honesta, objetiva y enfocada en aspectos positivos.

La usuaria logró disminuir progresivamente los episodios de depresión persistente, culpa, frustración, miedo, expectativas irreales sobre ella misma y el proceso, se promovió la aceptación de responsabilidad, aceptación de eventos traumáticos, iniciativa para la búsqueda de soluciones, fortalecimiento del interior, identificación de cualidades positivas, fortalezas y herramientas que posee.

En general con los casos atendidos se lograron resultados positivos, avances en las áreas personales, actitudinales, interpersonales y familiares, todo esto a base de enfoques y corrientes terapéuticas que proporcionan las directrices para el manejo adecuado de los diferentes trastornos diagnosticados.

### 3.5.2. Límites

Las dificultades que se evidenciaron en este proceso fueron producidas por eventos propios de los usuarios, más no de la institución, cabe mencionar por ejemplo la inasistencia de los pacientes, quienes indicaba motivos como la falta de tiempo por lo laboral, distancia del hogar al centro, así como la situación económica.

### 3.6. Metodología

Esta investigación se dio por medio del método cualitativo, asignado por la materia Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. La investigación se fundamentó en el estudio de caso enfocado al caso de la paciente femenina adulta joven, quien acude a -CAS- por iniciativa propia ya que su calidad de vida estaba afectada por la intensidad de los síntomas presentados. La usuaria desde el inicio mostró disponibilidad, aceptación, sin embargo, evidenciaba signos y síntomas característicos de ansiedad, nerviosismo, a su vez expectativas con proyección positiva de las sesiones.

Para el estudio de caso se hizo uso del psicodiagnóstico, observación analítica, entrevista clínica, evaluación por medio de pruebas proyectiva, evaluaciones psicométricas, mediante las cuales se mostraron sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración, falta de vinculación a las figuras paternas, problemas en relaciones interpersonales, desánimo, pensamientos irracionales, rechazo el propio ser entre otros, también se hizo uso de cuestionarios, diálogos abiertos, diversos ejercicios en clínica y tareas para realizar en casa. La usuaria acude a -CAS- ya que en ese entonces se encontraba atravesado una crisis emocional originada por la relación sentimental que sostenía con dos personas. Comento que recién uno de los dos hombres noto la infidelidad, descubriendo la relación que mantenía con su jefe. La paciente indicó sentir vergüenza, sentimientos de culpa, a su vez, percepción de no poder continuar con su vida.

Mediante la entrevista, se indago en la historia de la usuaria, sin embargo, se observó lagunas de información, en el transcurso del abordaje, la paciente logra compartir un suceso de la infancia temprana refiriendo haber sido víctima de abuso, a la vez, comentó, que lo veía como un acto normalizado en la vida y lo tanto común para los niños o niñas.

Se inició el proceso psicodiagnóstico con la entrevista clínica, el examen del estado mental, para lo cual se hizo uso de la observación, así como habilidades terapéuticas, derivando así el rapport. Posterior a ello, se determinó una batería de prueba las cuales incluían pruebas proyectivas de la figura humana, persona bajo la lluvia, pruebas psicométricas como P- IPG para evaluar personalidad y los cuestionarios de Depresión de Beck, CAQ y Cuestionario WHODAS 2.0.

El resultado obtenido después de la batería de evaluaciones proporcionó datos con los cuales se pudo justificar las afecciones psicológicas, emocionales y conductuales que presentaba la usuaria. Con estos resultados se logró llegar al diagnóstico Trastorno de depresión persistente (Distimia) 300.4 (F34.1)

Con base a las necesidades de la usuaria, completando con los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se estructuró un plan terapéutico basado en la Terapia Integrativa, tomando los enfoques cognitivo conductual, gestáltico y centrado en el cliente, para lograr disminuir síntomas y signos indeseados con el propósito de lograr una vida más armoniosa y plena.

Se evidenció compromiso por parte de la usuaria, asistiendo a la mayor cantidad de citas posibles, al lograr cambios significativos durante el proceso, decidió cambiar de trabajo y esto dificultó el poder tener sesiones cada semana sin embargo el deseo por mejorar era evidente presentándose a sesiones de media hora o cada 15 días, también se modificó el día de atención para la culminación del plan terapéutico. Se lograron alcanzar los objetivos propuestos exitosamente, evidenciado en distintos momentos del proceso que dichos avances lo logros eran genuinos y permanentes en su vida.

### 3.7. Descripción de pruebas

Las pruebas proyectivas son instrumentos que ayudan a revelar aspectos inconscientes de la conducta de una persona, da un amplio rango de respuestas subjetivas y tienen dimensiones específicas para cada sujeto. Pruebas proyectivas, figura humana, árbol y familia. Estas

pruebas evaluar en general la personalidad, conducta y madurez mental, para indagar en la exploración de emociones, deficiencias, carencias. Se le proporciona al usuario una hoja de papel en blanco, lápiz, borrador y sacapuntas.

Proyectiva mayor bajo la lluvia se comprenderá como una evaluación complementaria, que descubre la percepción del sujeto sobre los métodos que tiene para afrontar cualquier circunstancia. Hace referencia a elementos puntuales en la dinámica de la figura con el entorno de lluvia, desde el movimiento de cuerpo hasta la expresión. Se aplica con hojas de papel en blanco, lápiz, sacapuntas y borrador.

Inventario de depresión de Beck, contiene preguntas simples de comprender, su fácil aplicación, permite un enfoque directo en cuanto a síntomas depresivos. Se enfoca en evidenciar síntomas depresivos según criterios del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM 5). Se aplica de manera individual, se da la hoja de preguntas y se cuenta con una hoja para registrar la ponderación de las respuestas y elaborar la gráfica de resultados, se proporciona el material y lápiz o lapicero.

Cuestionario WHODAS 2.0, es una prueba que se aplica a una población comprendida desde los 12 años en adelante, sin embargo, de mayor uso en adultos, se enfoca se en evidenciar las habilidades físicas o mentales del paciente, debe responder una serie de preguntas en las cuales se mostrara deficiencia o funcionalidad en las áreas de interés para el proceso terapéutico. Este cuestionario sustituye la evaluación de la actividad global EEAG del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV-TR), el WHODAS 2.0 se incluye en la reciente actualización del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales 5 (DSM-5).

La prueba de personalidad P-IPG es un recurso completo, mide 8 aspectos de la personalidad los cuales son ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional, sociabilidad, cautela, originalidad, relaciones personales y vigor, al evaluar todas estas áreas tiene como objetivo medir rasgos estables de la personalidad, desde el factor autoestima relacionados con la adaptación y eficiencia del paciente ante situaciones sociales, educativas, laborales entre otras.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1. Sistematización de estudio de caso

##### 4.1.1. Datos generales

Datos Generales

Nombre: M.

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 28 de agosto de 1,992.

Edad: 24 años.

Estado Civil: soltera

Escolaridad: cierre de pensum de contaduría Pública y Auditoría.

Institución: XXXX

Profesión: Auditora

Ocupación y lugar de trabajo: MGI

Religión: cristiana evangélica

Dirección: San José Pínula

Teléfonos: Casa: XXXX      Celular: 3428-XXXX      Trabajo: XXXX

Referido por: Amiga C.L.P.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 23 de febrero de 2,017

##### 4.1.2. Motivo de consulta

La consultante refiere “no sé, todos tenemos algo de qué hablar” (SIC)

##### 4.1.3. Historia del problema actual

La usuaria acude a terapia refiriendo “todos tiene algo que contar”. La paciente indica que desde hace unos meses su vida ha sido inestable emocionalmente, ya que inicio una relación

romántica con un compañero de trabajo, pese a que esta persona se mostraba distante y poco detallista.

Al poco tiempo de iniciar esta relación, empezó a ser cortejada por otro compañero del trabajo, que indica que suplía sus necesidades emocionales por lo que entablo una relación paralela con esta persona, sin que ninguno de los dos supiera de la otra relación.

A los meses de iniciar ambas relaciones, el segundo compañero de trabajo noto que ella mantenía dos relaciones románticas, por lo que decidió terminar con esta. En este momento la usuaria indica que descubrió que los sentimientos más fuertes eran para esta persona.

De esta situación se originan sentimientos de culpa, ya que inició su vida sexual con ambos, y refiere que los “lastimó” y que “no tiene orientación en su vida”, muestra mínimo interés por las actividades diarias que debe realizar, esta situación se intensifica porque ambos trabajan en el mismo lugar.

#### 4.1.4. Historia clínica

Personales no patológicos

Son todos los antecedentes no patológicos de la persona, los cuales se detallan a continuación.

Historia prenatal

Indica no tener conocimiento de esta área de su vida.

Nacimiento

Indica no tener conocimiento de esta área de su vida.

Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres; indica no tener conocimiento de esta área de su vida.

Fue abusada a los 4 años por la sobrina de la cuidadora, esto duró alrededor de 3 años tiempo en el que la intimidaba esta figura femenina, decidió no decirle a nadie por temor. Sin embargo, recuerda haber tenido una infancia feliz y agradable, llena de bellos momentos junto a sus padres hasta los 10 años que fue el momento de la separación.

#### Evolución de lenguaje

El desarrollo del lenguaje fue afectado ya que nació con frenillo lingual corto a los dos años fue operada para corregir esta situación.

#### Desarrollo escolar

Indica haber sido una estudiante promedio, estudiante que entregaba las tareas en tiempo, no se le dificultaban las materias y considera que el promedio de notas era el esperado y la satisfacía.

#### Desarrollo social

Refiere que su relación con compañeros era poca, siempre ha sido selectiva al escoger a sus amistades, se ha desarrollado como una persona tranquila e introvertida, no disfruta ser el centro de atención prefiere pasar desapercibida. Disfruta de las actividades al aire libre y de paseos tranquilos.

#### Adolescencia

En la etapa de adolescencia indica haber sido una adolescente con las mismas problemáticas de todos, no dio angustias a su padre, respetaba los horarios de entrada y salida, creció sin formar relaciones significativas o vínculos sentimentales.

#### Adulthood

M. indica que ha sido una persona con una vida tranquila, llena de buenos momentos y algunos difíciles de superar, el divorcio de sus padres marcó su vida de forma negativa, ya que la práctica de paternidad del padre no ha sido la habitual. Cuando el padre inició una nueva relación dejó que sus hijos vivieran solos en la casa donde se encuentra el negocio familiar y él compró una casa al frente donde convivía con su actual pareja, esto hizo que M.



sintiera abandono por parte de él, a partir de esta situación considera que la relación empezó a deteriorarse. Con la madre siempre ha tenido una constante comunicación, pero no es profunda ya que no le tiene confianza para contar todo lo que pasa.

Decidió mudarse a la capital con una tía para poder seguir los estudios universitarios. Se desenvolvió adecuadamente hizo algunos amigos y le fue bien, sin embargo, es en ese tiempo donde decide iniciar la relación que duró tres años, siendo esta una relación abusiva, fue golpeada y abusada psicológicamente, la expareja constantemente la acusaba de ser una prostituta.

La pareja tenía el control de todos los círculos en los que se desenvolvía la usuaria, revisaba el celular, llegaba a buscarla sin aviso a la universidad, cuando las cosas no eran de su agrado la agredía, indica la paciente que siempre la golpeaba en lugares poco visibles, luego del abuso le pedía disculpas, después de un tiempo la usuaria aceptaba este trato por miedo, por esta razón nunca le contó a familiares o amigos, decidió seguir continuar hasta el punto de quebranto cuando su ex pareja la intentó ahorcar; logró comprender que si seguía en esa postura con el tiempo el abuso podría terminar en muerte. Luego inició a laborar en el primer trabajo y es en este lugar donde se dan las relaciones que la tiene en el proceso psicológico actualmente.

#### Historia psicosexual y vida marital

M. fue abusada sexualmente a los cuatro años, esto duró aproximadamente tres años. Este abuso fue espaciado ya que la persona que abusaba llegaba al lugar cada tres meses aproximadamente. Indica que la señorita la alejaba de su hermano y amigos, la llevaba a un lugar alejado donde no la escuchaban, iniciando el abuso sexual, le tapaba la boca y al terminar le indicaba que debía de guardar silencio y no decirle a nadie lo que pasaba, la usuaria indica que en varias ocasiones pedía que no lo hiciera o que se detuviera, pero jamás fue escuchada. Hoy es un tema que se ha empezado a trabajar en clínica, indica haber tenido la confianza de contárselo a una amiga e indicó sentir apoyo al igual que en la terapia.

Inicio vida sexual por voluntad propia a los veintitrés años con dos personas paralelamente, indica que no es placentero ya que revive las sensaciones que tenía al momento de ser abusada, refiere que la personas que abusaba de ella era de corte, por lo que le es molesto y desagradable interactuar con las personas de descendencia indígena, se siente cohibida y esto se intensifica cuando siente el olor según ella, peculiar en estas personas. Culmina el acto, pero evita los encuentros sexuales. Logra culminar el acto sexual pero no es placentero o agradable, prefiere evitarlo.

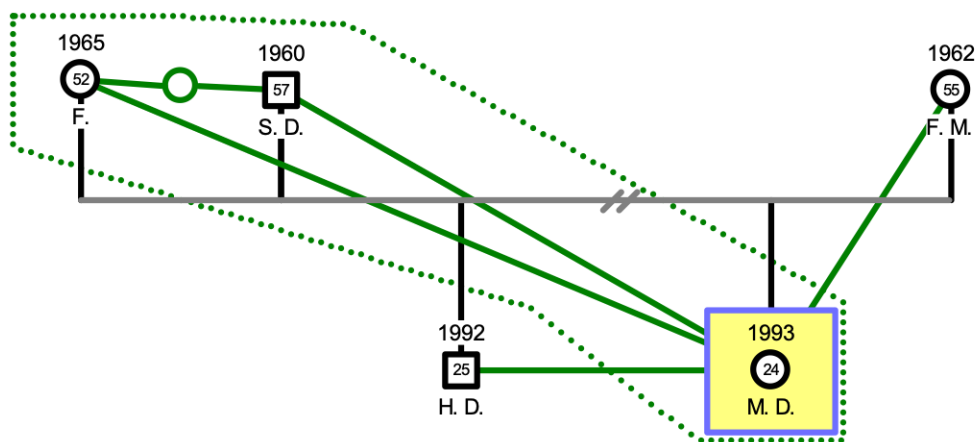
#### Personales patológicos

Historia médica; M. indica no haber tenido enfermedades significativas en su infancia ni adultez.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: No ha presentado ningún desorden emocional.

#### 4.1.5. Historia familiar

**Imagen 3**  
**Genograma**



Fuente: elaboración propia (2017)

Observación: La consultante indica no tener relación con los miembros de su familia, vive sola y platica esporádicamente con el padre y hermano, con la madre habla diariamente pero

no toca algunos temas personales. Actualmente la usuaria vive en la casa del padre, al hermano no lo frecuenta ya que es policía y los turnos evitan que esto sea posible, la relación con la madre es la misma. Indica nuevamente que no tiene relación con otros familiares y que ya no cuenta con abuelos.

#### Estructura familiar

La familia de M. está formada por el padre, madre y hermano. A la edad de los diez años los padres se divorciaron. Vivió con la madre y hermano por un tiempo, la madre tenía episodios de depresión y actitudes preocupantes, salía por las noches a caminar y regresaba por las madrugadas, luego de varios episodios la madre hablo con M. y su hermano para que le ayudaran a tomar la decisión de quedarse o irse a Estados Unidos, ambos le indicaron que si esto era la mejor opción que debía de hacerlo para mejorar anímicamente, la madre se va de viaje y decide que la estadía será permanente.

La consultante fue a vivir a la casa del padre, aquí tenía la panadería, al pasar el tiempo el padre inició una relación con otra mujer por lo que decidió dejar a sus hijos viviendo en la panadería y él tenía una casa adicional donde vivía con la nueva pareja, fue así hasta has que M. a los 18 años decidió mudarse a la capital para poder seguir los estudios universitarios.

La relación con el padre es aceptable, indica que ha tenido mejoras, él le apoya económicamente desde que dejó el trabajo para culminar el proceso de tesis. Con la madre tiene comunicación constante sin embargo no habla con ella de temas personales, la relación con el hermano dejó de ser distante, actualmente intenta llamarle más y mantener comunicación por medio de mensajes de texto o llamadas telefónicas.

#### Antecedentes familiares

Indica no tener información de alguna afección médica relevante o situación que deba referirse. No refieren antecedentes de problemas mentales en las familias, no se tiene información o recuerdos sobre si los episodios depresivos de la madre fueron tratados

clínicamente. Aunque por el relato de la consultante la madre presentaba síntomas depresivos mayores.

#### 4.1.6. Examen del estado mental

La usuaria se presentó a la sesión de forma voluntaria. Su vestimenta es acorde a su edad, se encuentra orientada en tiempo y espacio, su lenguaje verbal es fluido, su lenguaje gestual es acorde al relato, hace constante contacto visual, es precisa en sus pensamientos y motivos por los que se encuentra en la sesión.

Se mostró empática y cómoda al momento de compartir su información. Es clara en indicar los temores que la aquejan, muestra sentimientos de culpa y miedo por la situación con las personas del trabajo, muestra una personalidad introvertida, insegura pero dependiente económicamente. Se preocupa por ella misma, muestra leve insatisfacción con su aspecto físico.

El humor y ánimo se ven afectados la mayor parte del tiempo, muestra poco interés por las actividades fuera de casa, en ambientes con flujo de personas, prefiere estar en casa y no salir a menos que sea necesario. Se evidencia insatisfacción en las necesidades sociales, reconoce que las figuras masculinas de su vida han marcado la manera en la que ella escoge pareja, sin embargo, las expectativas son constructivas y realistas.

#### 4.1.7. Resultado de pruebas (cuantitativos y cualitativos)

**Cuadro 1**  
**Pruebas e instrumentos aplicados**

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Persona bajo la lluvia	23. 03.17
Figura humana	23.03.17

WHODAS 2.0	06.04.17
P- IPG	06.04.17
Inventario de Beck	06.04.17

Fuente: elaboración propia, (2017)

La prueba proyectiva menor persona bajo la lluvia, muestra que la dimensión del dibujo es pequeña lo que puede denotar timidez, inseguridades, sentimientos inadecuada percepción de sí misma, mayor acercamiento al margen izquierdo representando el pasado, el inconsciente, depresión, fatiga, desaliento, algo que queda sin resolver. La presión en el trazo es débil puede mostrar intuición y poco contraste, el tiempo y secuencian fue el adecuado para su realización.

El movimiento muestra sentimientos de amenaza. Las nubes y lluvia proyectan hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse, la ausencia de paraguas indica falta de defensa. La cabeza, boca y ojos, localización del yo, retraimiento, el cuello angosto proyecta en ocasiones puede sentir inmovilidad.

En la prueba de la Figura Humana (Machover) el primer dibujo de la prueba fue una persona del sexo opuesto realizado al margen inferior de la hoja y al centro de esta donde se proyectan sentimientos de inadecuación, inferioridad, timidez, bajo nivel energético, represión de sentimientos. Se pueden observar proyección de conductas impulsivas, necesidad de sustento con tendencia a deprimirse. La prueba refiere expresiones de ansiedad, fuerte apego o dependencia a la figura del sexo opuesto.

Se proyecta sentimientos de vergüenza y culpa, desorden sexual, ostenta un fuerte dominio sobre sus impulsos. Deseo de contacto de relaciones, pero con dificultades para las mismas. Insuficiencia sexual y preocupación con relación a ella.

En la prueba proyectiva Figura Humana (Femenina) la proyecta retraimiento e inseguridad, actitud de ataque, falta de autoconfianza, tendencia a deprimirse, sentimiento de

inadecuación, coquetería, inadecuación intelectual, sentimiento de vergüenza y culpa. Conflicto de virilidad en relación con la conducta sexual desviada, infantilismo, conductas guiadas por lo instintivo que, por lo intelectual, culpa relacionada a actividades manipulativas, inestabilidad. El dibujo es pequeño, al borde del margen inferior, con una leve inclinación, omite los brazos que refleja la necesidad de afecto en las relaciones.

**Cuadro 2**  
**Resultado WHODAS 2.0.**

Dominio		Porcentaje	Interpretación
D1	Comprensión y comunicación.	46%	Habilidad para comprender y comunicar ideas tiene una leve dificultad.
D2	Capacidad para moverse en su alrededor.	35%	En la movilidad se puede ver alguna dificultad para la relación con su entorno.
D3	Cuidado personal.	37%	En el cuidado interpersonal se puede notar un leve descuido.
D4	Relación con otras personas.	70%	Se puede evidenciar un grado de dificultad para relacionarse con otras personas.
D5	Actividades de la vida diaria.	53%	Presenta un leve déficit en sus actividades diarias.
D6	Participación en sociedad	22%	Presenta rasgos moderados para su participación en la sociedad.

Fuente: elaboración propia (2017)

La prueba muestra un elevado grado de dificultar para relacionarse con las personas del entorno, se proyecta un leve déficit en la realización de sus actividades diarias, en la habilidad para comprender y comunicar ideas se ve afectado al igual que el cuidado personal, la prueba refleja habilidad para participar en la sociedad, pero aún se denota una ligera incomodidad.

**Cuadro 3**  
**Resultado de P- IPG**

Puntuación bruta	PPG					IPG			
	A	R	E	S	AE	C	O	P	V
	10	18	7	9	44	12	10	7	16
Percentil	2	9	0	2		1	2	0	7

Fuente: elaboración propia, (2017)

Los resultados de la prueba refieren que la usuaria en el área de ascendencia (A) tendencia a escuchar más que hablar, carece de confianza en sí misma permite que otras personas tomen la iniciativa. En el área de responsabilidad (R) tendencia a la inestabilidad y poca capacidad para perseverar en las actividades que no son de su interés. En el área de estabilidad emocional (E) muestra ajuste emocional deficiente.

En el área de sociabilidad (S) muestra evitación las relaciones sociales. En el área de cautela (C) refleja tomar decisiones precipitadas o repentinas. En el área de originalidad (O) refiere dificultad para participar de actividades que le obliguen a reflexionar o discutir. En el área de relaciones personales (P) refleja falta de confianza en las demás personas. En el área de vigor (V) se proyecta baja energía para realizar las actividades y tendencia a cansarse fácilmente.

Se puede observar que una personalidad pasiva, evita tener iniciativa en las actividades, muestra inestabilidad y falta de interés en las actividades sociales, tendencia a tomar algunas decisiones de forma precipitada, no confía en las personas de su entorno y la energía que tiene es poca por lo que se cansa con facilidad. El porcentaje para medir autoestima no llega a los rangos de evaluación, claramente se encuentra por debajo de lo esperado en la prueba.

**Cuadro 4**  
**Resultados de Inventario de Depresión de Beck**

No.	Dimensión	Puntuación	No.	Dimensión	Puntuación
1	Estado de ánimo	2	12	Aislamiento social	2
2	Pesimismo	2	13	Incapacidad de decisión	5
3	Fracaso	2	14	Imagen corporal	3
4	Descontento	5	15	Incapacidad para el trabajo	3
5	Sentimiento de culpa	3	16	Trastorno de sueño	2
6	Necesidad de castigo	6	17	Fatigabilidad	2
7	Odio a sí mismo	1	18	Pérdida de apetito	1
8	Auto acusaciones	4	19	Pérdida de peso	1
9	Impulsos suicidas	1	20	Hipocondría	0
10	Llanto	2	21	Perdida de libido	2
11	Irritabilidad	2	Total		50

Fuente: elaboración propia (2017)

Fueron respondidos 21 ítems, las áreas con ponderación más alta son necesidades, auto acusación, incapacidad de decidir, perdida de la libido, seguimos con estado de ánimo, pesimismo, fracaso, llanto, irritabilidad, aislamiento social, imagen corporal, incapacidad para el trabajo y fatigabilidad. Con la puntuación obtenida se indica claramente una depresión extrema, recomendación de acompañamiento psicológico.



#### 4.1.8. Otros estudios diagnósticos

Ninguno

#### 4.1.9. Impresión diagnóstica

La consultante M. ha crecido en un hogar poco estable y con dificultades que ha debido de manejar con sus propias herramientas. En la actualidad se relaciona correctamente con sus compañeras de la universidad, pero indica que sus relaciones interpersonales son adecuadas, sin embargo, muestra retraimiento y poco interés en actividades fuera de su zona de confort. En las pruebas realizadas se expresa claramente inseguridad, baja autoestima, pérdida de interés diarias y falta de propósitos personales, percepción inadecuada de ella misma, sentimientos de culpa, pérdida de libido, alto nivel en depresión e ideas de querer acabar con su vida.

Durante la aplicación de técnicas la paciente tuvo la oportunidad de expresar más sentimientos relacionados a los recuerdos del abuso sexual, fue capaz de enfrentar el recuerdo y aceptar que estos afectan en su vida adulta.

Uno de los síntomas presentados fue el impulso de vómito al estar en contacto con recuerdos del abuso sexual y de la persona que lo realizaba, verbalizó que esta persona la obligaba a practicarle sexo oral, esto desarrollo en ella poca tolerancia para los olores naturales del cuerpo afectándole en la vida sexual en la vida adulta. Se les expuso a elementos de la comunidad indígena a lo que reaccionó con asco, se puede ver que esto es una secuela adicionada al trastorno identificado.

#### 4.1.10. Diagnóstico según DSM-5

El trastorno diagnosticado a M. afecta directamente el estado de ánimo de forma crónica, por lo que se experimentan episodios de extrema tristeza, desánimo por relacionarse con el entorno y pensamientos en ocasiones fatalistas, lo que afecta la vida cotidiana

significativamente en todas sus áreas, familiar, laboral, de amistad y amorosa, es de suma importancia la evaluación y diagnóstico correcto ya que se puede llegar a confundir con otro trastorno depresivo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 Trastorno de depresión persistente (Distimia) 300.4 (F34.1)

- Con características melancólicas.
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual moderado.

Es un tipo de depresión menos grave, comprende síntomas crónicos a largo plazo, que no lo incapacitan, pero le impiden funcionar al máximo de su energía o sentirse bien. En ocasiones, las personas que padecen de distimia experimentan también episodios de trastornos depresivos mayor. (American Psychiatric Association, 2014, p 168)

Cumple con los criterios:

A. “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por más días que no, como lo indica el propio sujeto u observado por los demás, por lo menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:

1. Falta de apetito o comer en exceso.
2. El insomnio o hipersomnia.
3. Baja energía o fatiga.
4. La baja autoestima.
5. Concentración o dificultad para tomar decisiones pobres.
6. Los sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses a la vez.

D. Criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presente durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro espectro de la esquizofrenia determinado o indeterminado y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento. (American Psychiatric Association, 2014, p 168)

#### 4.1.11. Recomendaciones

Se recomienda que la paciente inicie un proceso terapéutico basado en la perspectiva integrativa, utilizando los modelos cognitivo conductual para la modificación de pensamientos irracionales, fortalecimientos de auto valía personal.

Así mismo se sugiera utilizar el enfoque gestáltico y plan de Gioconda Batres para el cierre de círculos, perdón y aceptación del pasado. Por último, enfoque centrado en el cliente para el enfoque en una vida saludable, cuidados personales en el presente y mejoras en sus relaciones interpersonales.

#### 4.1.12. Plan de tratamiento

Tomando en cuenta las necesidades que en ese entonces manifestó la paciente, se realizó un plan de tratamiento adecuado, se aplicó la terapia integrativa, ya que se ha comprobado que la fusión de modelos y técnicas tiene un mayor alcance para la reestructuración del paciente de una forma integral, abarcando así todas las áreas en las que se muestra un evidente malestar.

Modelo integrativo hace referencia a la “integración de una manera coherente y consistente de varias formas de psicoterapia” (Cuenca, 2008, pág. 1)

Este modelo nos lleva a una integración de los 4 elementos fundamentales de una persona, fisiológico, cognitivo, emocional y conductual, en donde cada uno responde a una pregunta; ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Qué?, preguntas esenciales para que la persona logre una sanación completa comprendiendo desde la raíz la situación, llevándola a su realidad, aceptándola y haciéndose parte de la superación de esta como protagonista y no como antagonista de una posible ficción.

Al utilizar este tipo de abordaje la paciente evidenció modificaciones significativas en su vida, como la toma de decisiones por ella misma, aceptación de responsabilidad en diversas áreas de la vida infantil a la adultez, control de emociones y mejoras laborales, así mismo mostró avances al regresar a la casa del padre y afianzar un círculo de amistades en donde se siente segura, querida y aceptada.

Logró fortalecer la autoestima afirmando pensamientos positivos de ella misma. Con el plan de Gioconda Batres y el enfoque gestáltico fue capaz de aceptar el abuso sufrido de niña y la liberación de culpa y temores que los recuerdos le ocasionaban.

#### Cognitivo conductual

Esta perspectiva sostiene que la persona que ha pasado por episodios depresivos exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de sí mismo, del mundo y el futuro.

La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo. Es por esto por lo que a partir de las técnicas empleadas se inicia la reprogramación cognitiva, en donde se hilos los objetivos para lograr una estructura fundamentada en nuevos pensamientos positivos con resultados evidentes para la paciente.

## Gestalt

Nace de un principio y fundamento holístico, dando sentido a la frase “el todo es más que la suma de todas las partes” ya que se pretende que la usuaria evalúe el estado de todas sus áreas haciendo consiente de las mejoras a realizar y así alcanzar o iniciar una vida plena cerrando círculos y aceptando el pasado.

## Centrada en el cliente

Con este enfoque se buscó que la paciente lograra percibirse así misma de una forma positiva y amable, entendiendo las experiencias vividas, dándoles propósito más que un evento aislado sin aprendizaje, con esto se logró el crecimiento personal, la capacidad de desarrollar amor propio y dejar de un lado los sentimientos de rechazo hacía sí misma.

## Perspectiva terapéutica

La práctica profesional es basada en la comunicación asertiva entre terapeuta y paciente, tomando como principio la honestidad, claridad de los procesos y apertura a las necesidades de la paciente. Considerando que no quedará excluido ningún área de tipo emocional ni cognitivo. Se utilizará lenguaje comprensible y contextualizado a la realidad de en la que se desenvuelve la paciente. Logrando promover cambios en su actuar diaria de una manera consiente y efectiva.

## Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 8 meses aproximadamente 25 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos cada una.

**Cuadro 5**  
**Plan Terapéutico**

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas
Síntomas del estado de ánimo depresivo (distimia).	<p>Contrarrestar síntomas del estado de ánimo depresivo fortaleciendo identificado lo positivo de las diversas situaciones.</p> <p>Mejorar los sentimientos de culpa.</p>	<p>Realizar estrategias para disminuir los síntomas del estado de ánimo.</p> <p>Protocolo para la detección de la ideación suicida.</p> <p>Contrato de vida.</p> <p>Silla vacía (Gestalt)</p> <p>Carta de despedida (Gestalt)</p> <p>La máquina del tiempo imaginaria (C.C.)</p>
Reconocimiento como víctima de abuso sexual.	<p>Reconocerse como víctima de abuso sexual en la infancia.</p> <p>Superar los recuerdos traumáticos en las relaciones personales.</p>	<p>Guía de trabajo de 21 sesiones de Gioconda Batres</p> <p>Guía de trabajo de 21 sesiones de Gioconda Batres.</p> <p>Regresión al abuso sexual.</p> <p>Desensibilización olfativa.</p> <p>Exposición elementos de la cultura maya.</p>
Baja autoestima	<p>Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc.</p> <p>Alcanzar el perdón hacia ella misma y las personas que la han lastimado.</p> <p>Identificar el círculo de la violencia.</p>	<p>Llevar a cabo técnicas tales como: círculo de afecto, consintiéndote a ti mismo, el niño que llevamos dentro, el espejo, reforzadores positivos, déjate una nota, mi autorretrato y visualización.</p>

Fuente: elaboración propia (2017)

## 4.2 Análisis de resultados

Tomado como base en la investigación el objetivo general y los objetivos específicos expuestos, se sugieren los siguientes resultados:

En base a la entrevista clínica y examen mental de la paciente, se concluye que MJ sufrió durante su infancia abuso sexual por parte de una persona del mismo género de la comunidad maya, durante su desarrollo este evento provoco secuelas en la forma de desenvolverse socialmente, provocando ruptura en las relaciones familiares. Así mismo la paciente presentaba desarrollo desprecio y rechazo hacía la comunidad maya.

En el caso de MJ, se comprueba en base a las pruebas realizadas que efectivamente, presentaba episodios de depresión prolongados, baja autoestima, secuelas de abuso sexual y rechazo a la comunidad maya, debido a que la paciente presentaba falta de valoración personal, recuerdos vivido sobre el abuso sexual, repudio por las personas que utilizan corte o cualquier elemento de esta comunidad, mala relación con la figura masculina y disminución en la interacción social.

En base a las pruebas realizadas y herramientas de investigación, se concluye que MJ está siendo afectada por el trastorno depresivo persistente, con características melancólicas, con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual moderado y Abuso sexual infantil, confirmado 995.53 hallazgo ulterior.

Esto se pudo constar, debido a los signos y síntomas que afectaban su vida diaria. Como, por ejemplo, Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por más días que no, como lo indica el propio sujeto u observado por los demás, por lo menos 2 años, presencia, mientras está deprimido, Falta de apetito o comer en exceso, el insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, la baja autoestima, concentración o dificultad para tomar decisiones pobres, los sentimientos de desesperanza. Siendo estos, los principales síntomas característicos del trastorno.

## Conclusiones

Se concluye que después de sufrir abuso sexual en la infancia la posibilidad de desarrollar entre los factores que influyen está el de posible padecimiento de trastorno de depresión, provocando desequilibrio en la salud mental agravándose por no ser atendido en el tiempo correspondiente.

Se determina que el abuso sexual infantil desarrolla impacto psicológico negativo en la conducta y desenvolvimiento social de las víctimas, esto ya que se observa en periodos depresivos siendo estos de larga duración en el tiempo, van desde 2 días y en casos como el atendido cubren periodos prolongados como años, en los que se provoca aislamiento, falta de interés en actividades sociales por consiguiente se complementa con baja estima de sí mismo.

Entre las secuelas emocionales originadas debido al abuso sexual infantil por una persona de etnia diferente, se puede mencionar desvalorización del yo, rechazo a la comunidad indígena, evitando la relación con personas originarias de esta etnia, lo cual denota un daño significativo en la estabilidad emocional.

Se puede decir que el abuso sexual infantil desarrolla como consecuencia el sentimiento de culpa, miedo y frustración generando dificultades en las relaciones personales iniciando en el núcleo familiar, en el transcurso de los años, estos sentimientos se proyectaron en todas las áreas de la vida, evidenciándolo en el retraimiento y dificultada para confiar en el entorno. Como consecuencia al abuso por una persona del mismo género se presenta dificultad para la vinculación asertiva con las figuras femeninas o dependiendo el caso.

Se enfatiza que después de sufrir abuso sexual infantil se compromete la valía personal, la autorregulación emocional, la toma de decisiones asertiva, el autoconcepto que engloban otras características importantes para el desarrollo integral es por esta razón que se debe apoyar en modelos terapéuticos para un óptimo desarrollo del tratamiento psicológico, en cual se pretende reconstruir la percepción de la víctima.



## **Recomendaciones**

Se recomienda en caso de abuso sexual infantil identificado dar apoyo psicológico a lo más pronto posible con el objeto de disminuir el impacto causado por la experiencia traumática e implementar factores de protección para evitar el desarrollo un cuadro depresivo y su sintomatología en el transcurso del desarrollo a la adolescencia y adultez.

Se recomienda en casos de abuso sexual infantil identificado ser observadores activos de los síntomas y signos que pueden presentar en todos los ámbitos en los que se desenvuelva el niño, niña o adolescentes, al evidenciar periodos largos de tristeza, llanto sin aparente motivo buscar ayuda profesional.

Se recomienda concientizar a las víctimas de abuso sexual por personas de diferente etnia que no es una conducta globalizada, exponer de forma racionada a imágenes, objetos o personas que representen esta etnia, siguiendo un protocolo proporcionado por un profesional respetando el tiempo de sanación de la víctima.

Se recomienda que la familia o personas que conformar el núcleo de hogar apoyen verbalmente a la víctima indicando que no es culpable de lo sucedido, invitándole a participar de pequeñas actividades en las que se evite el aislamiento y se produzcan actividades positivas para erradicar la necesidad de anularse del entorno en el que debe desarrollarse.

Se recomienda que al contar con ayuda profesional se determine el plan de acción en el que se cuente con un plan de tratamiento personalizado que busque la reintegración emocional de la víctima en donde sea capaz de adquirir técnicas y conocimientos que le ayuden a detectar otros tipos de abuso y pueda hacer uso de la denuncia.

Al profesional de la Salud mental se le recomienda tener conocimiento de los diferentes modelos terapéuticos para tratar el abuso sexual, así como las secuelas que pueden presentarse en el funcionamiento de una persona que fue víctima de este flagelo.

Reconociendo que cada víctima es diferente por lo que los procesos serán únicos y especializados.

## Referencias

Volnovich, J. (1999). *El niño del siglo del niño*. Argentina: Lumen.

Álvarez, R. (2011). *El concepto de la niñez en la conversación sobre los derechos del niño y en la legislación mexicana*. Recuperado de:  
<https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/convencion-int.pdf>

Cuenca, C. y otros (2008). *Una introducción a la psicoterapia integrativa*. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/document/375298144/Una-introduccion-a-la-Psicoterapia-Integrativa-Carmen-Cuenca-terapia-1-pdf>

Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales quinta edición DSM 5*. México: Editorial Medica Panamericana.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Editorial Siglo XXI, Editores S.A. (P. 469-809). Recuperado de:  
<https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/galimberti-umberto-diccionario-de-psicologc3ada.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Folleto sobre la depresión*. Recuperado de:  
<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Maltrato infantil*. Recuperado de:  
[https://www.who.int/topics/child\\_abuse/es/](https://www.who.int/topics/child_abuse/es/)

Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Recuperado de: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>

Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil*. Buenos Aires: Miño y Dávila. P. 32-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545422003.pdf>

Lima Bamaca, M. V. (2007). *Abuso Sexual de Menores*. (Tesis de Grado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04\\_7129.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_7129.pdf)

Aries Philippe. (1986). Revista de Educación. *Historia de la Infancia y la Juventud*. No. 281. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/1973>

Berliner y Elliott (2002). *Abuso sexual de niños del Manual de la APSAC*. Sociedad Profesional Estadounidense sobre el Abuso de Niños, sobre Maltrato Infantil, Segunda Edición, P 55-79, 2002. Eds. - NCJ- 198699.

Mayo Clinic. (2019). *Trastorno persistente (Distimia)*. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/persistent-depressive-disorder/symptoms-causes/syc-20350929>

Revista Colombiana de Psiquiatría (2001) Vol. XXX No. 1. *Fenomenología y Distimia*  
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v30n1/v30n1a05.pdf>

Ossorio Manuel. (2002). *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*. Guatemala: Destacan. Recuperado de: <http://www.herrerapenalosa.com/images/biblioteca/Diccionario-de-Ciencias-Juridicas-Politicas-y-Sociales---Manuel-Ossorio.pdf>

Congreso de la República de Guatemala. (2003). *Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*. Ley, Guatemala. Recuperado de: [http://www.oas.org/dil/esp/ley\\_de\\_proteccion\\_integral\\_de\\_la\\_ninez\\_y\\_adolescencia\\_guatemala.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_la_ninez_y_adolescencia_guatemala.pdf)

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de Variable

Nombre completo: Ileana Patricia García Alonzo.

Título de la sistematización: Desarrollo de trastorno depresivo persistente como consecuencia del abuso sexual por un agresor del mismo género perteneciente a un grupo étnico diferente, en una mujer de 25 años atendida en Centro de Asistencia Social -CAS-

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
Síntomas del estado depresivo. Discriminación a personas o elementos de la cultura maya. Abuso sexual Baja autoestima	Desarrollo de secuelas por abuso sexual por una persona del mismo género y diferente etnia. (Trastorno depresivo persistente (Distimia))	Duración de los episodios depresivos.	¿Se desarrolla el trastorno depresivo persistente como consecuencia del abuso sexual por un agresor del mismo género perteneciente a un grupo étnico diferente, en una mujer de 25 años atendida en Centro de Asistencia Social -CAS-?	Identificar los factores que influyen en el desarrollo del trastorno depresivo persistente y secuelas a causa del abuso sexual infantil por una persona del mismo sexo y de diferente etnia	Disminuir los síntomas del estado depresivo.
		Factores precipitantes en la discriminación a personas o elementos de la cultura maya.			Reconoce los factores generadores de discriminación hacía personas de la cultura maya.
		Secuelas físicas, psicológicas y relacionales del abuso sexual durante la infancia. Falta de valoración y aceptación.			Reconocer las secuelas físicas, psicológicas y relacionales que vive una víctima de abuso sexual en la infancia por una persona del mismo sexo. Explicar cómo se ve afectada y deteriorada la valía personal a consecuencia del abuso sexual infantil.

Fuente: elaboración propia (2017)

## **Anexo 2**

### **Registro semanal**

Nombre del practicante:

Fecha de sesión:

Nombre del usuario:

No. de sesión:

Si el usuario es un niño, las sesiones con los padres se enumeran según la secuencia.

Si el usuario no se presenta, en el número de sesión se agrega 00

Instrucciones: A la brevedad posible, de haber realizado la sesión se llenará la siguiente información. Sea específica (o), citando literalmente si es posible.

Resumen del estado mental del/ la paciente:

Anotaciones:

El resumen del estado mental aplica para la primera y última sesión

Contenido: ¿Qué áreas fueron discutidas durante la sesión?

Proceso: Describa los sentimientos del/ la paciente, cambios en sentimientos durante esta sesión. Relacione la concordancia entre emociones y lo que estaba sucediendo en ese momento.

Ideas: ¿Qué ideas le transmitió el/ la paciente?

Intervenciones: ¿Qué Hizo usted? ¿Cómo respondió el/la paciente?

Técnicas: identifique las técnicas empleadas durante la sesión.

Impresiones: ¿Qué sintió usted durante esta hora? ¿Después de la hora?

¿Cómo avalúa su trabajo durante esta sesión?

Metas: Predicciones y planes para la próxima sesión.

### **Anexo 3**

#### **Contrato de vida**

A continuación, vas a leer un compromiso contigo mismo. Cuando aceptes firmar este contrato estarás comenzando el primer día de tu nueva vida.

Yo, \_\_\_\_\_, En este día prometo:

Iniciar una nueva etapa y hacer más con mi vida, alcanzar la grandeza que existe dentro de mí y que está esperando ser utilizada.

Hoy dejaré de huir de mí mismo y ya no fracasaré jamás, este es el día que por fin tengo el valor de enfrentarme a las circunstancias y los problemas y los venceré uno a la vez. No volveré a tomar el camino fácil.

Sacrificaré placeres temporales disciplinando mis apetitos físicos y emocionales por alcanzar la excelencia en mis esfuerzos de acercarme a mi meta.

Alimentaré mi mente de información y mi espíritu de positivismo y entusiasmo, y en mi continua jornada no permitiré que mi mente sea invadida por el ocio, ya que tengo la fuerza de voluntad necesaria para evitarlo.

Hoy también renuncio a la Desidia, Pereza, Ignorancia, Debilidad de Carácter y otros malos hábitos que hundan al ser humano en las tinieblas de la mediocridad y del conformismo.

Pagaré el precio necesario de alcanzar esta meta, porque sé que el dolor del fracaso es mayor que cualquier sacrificio o trabajo.

Sé que al firmar este contrato estoy dando un paso importante en mi vida porque al cumplirlo estaré preparado para continuar con mi siguiente meta y por primera vez puedo comprobar que tengo control de mi destino. Por fin empezaré a ser inmensamente feliz realizando mis sueños, y he dejado mentiras y excusas en el pasado.

Ya no me conformaré con solo limosnas de la vida para sobrevivir; para triunfar nací y fui diseñado y hoy sé que las grandes puertas de la felicidad, la riqueza y la tranquilidad se abrirán para mí y para mis seres queridos.

Hoy me comprometo a luchar por mi vida, y cuidar de ella.

Yo, \_\_\_\_\_ me comprometo a cumplirlo por mi propio bien.



**Anexo 4**  
**Contrato terapéutico**

Yo:

\_\_\_\_\_ acuerdo  
que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño.

En el caso de sentirme muy mal haré lo siguiente:

Hacer actividad física (ej.; pasear, hacer ejercicio):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hacer algo que me resulta agradable:

\_\_\_\_\_

Llamar y hablar con un amigo y otra persona (Nombre y teléfonos)

\_\_\_\_\_

Línea de prevención del suicidio: 53925953

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma