

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



**Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una adolescente
de 14 años a causa de abuso sexual**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sendy Judit Cifuentes Velásquez

Guatemala, junio 2017

**Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una adolescente
de 14 años a causa de abuso sexual**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Sendy Judit Cifuentes Velásquez

Licda. Maylin Cajaraville Angel (**Asesora**)

Licda. María Edith Manzano Figueroa (**Revisora**)

Guatemala, junio 2017

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

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

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

Decana	M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decana	M. Sc. Ana Lucrecia Muñoz de la Cruz
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

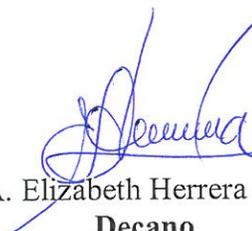
ASUNTO: *Sendy Judit Cifuentes Velásquez*

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

DICTAMEN: Mes de diciembre 2016

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

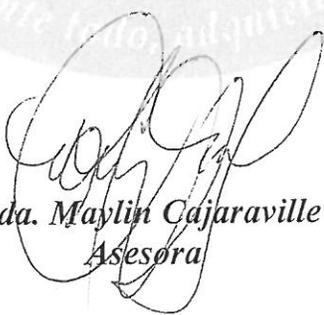
1. La solicitud hecha para realizar la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana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


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



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre de 2016.-----

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una adolescente de 14 años a causa de abuso sexual”. Presentada por el (la) estudiante: **Sendy Judit Cifuentes Velásquez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Licenciada. Maylin Cajaraville Angel
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del año 2017.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Trastorno depresivo mayor en una adolescente de 14 años a causa de abuso sexual.” Presentado por el (la) estudiante: Sendy Judit Cifuentes Velásquez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. María Edith Manzano
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del 2017.

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Trastorno depresivo mayor en una adolescente de 14 años a causa de abuso sexual", presentado por: Sendy Judit Cifuentes Velásquez, previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

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

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

Dedicatoria

A Dios: Por darme la sabiduría y entendimiento para poder alcanzar mis metas.

A mis padres: Roderico Cifuentes y Enma Velasquez. Con todo mi cariño y mi amor ya que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, gracias por motivarme y que con su esfuerzo me apoyaron con mis estudios.

A mi novio: Ervin kiesling con todo mi amor por apoyarme en el proceso de la elaboración de la tesis y por su tiempo y dedicación.

A la Universidad: Panamericana Por ser el medio para mi formación académica.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	3
1.3 Ubicación	4
1.4 Programas establecidos	4
1.5 Visión	5
1.6 Misión	5
1.7 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1 Depresión	6
2.1.1 Los trastornos depresivos	7
2.1.2 Tratamiento	10
2.2 Violencia	11
2.2.1 Violencia sexual	12
2.2.2 Ley de Protección Integral de la Niñez y adolescencia	14
2.2.3 Tratamiento médico	15
2.3 Agresividad	15
2.3.1 Tratamiento para casos de niños agresivos	17
2.4 Bajo rendimiento escolar	18
2.4.1 Tratamiento	20
Capítulo 3	22
Marco de Metodológica	22
3.1 Planteamiento del problema	22
3.2 Pregunta de investigación	22

3.3 Objetivos	23
3.3.1 Objetivos General	23
3.3.2 Objetivos específicos	23
3.4 Alcances y límites	23
3.5 Metodología	24
Capítulo 4	25
Presentación de Resultados	25
4.1 Sistematización de Estudios de Caso	25
4.2 Análisis de Resultados	36
4.3 Plan terapéutico	37
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias	45
Anexos	46

Lista de Imágenes

Imagen 1 Genograma	28
--------------------	----

Lista de Cuadros

Cuadro 1 Pruebas Instrumentos Aplicados	32
Cuadro 2 Escala de Puntuación CAQ	34
Cuadro 3 Presentación del plan terapéutico	37
Cuadro 4 Objetivos, técnicas y Recursos	37

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo dar a conocer los síntomas y signos de una paciente de 14 años de edad al ser abusada sexualmente. Debido a tal acto de inmoralidad por parte de su propio padre, fue desarrollando el trastorno de depresión mayor moderada; además al no ser tratada inmediatamente los síntomas fueron identificándose más en la paciente puesto que la adolescente carecía del conocimiento del tema de violencia sexual, por su inocencia estaba siendo engañada y accedía a los hechos de deshonestidad.

El trabajo se realizó en el Instituto Normal Central para Señoritas Belén donde se atendieron adolescentes de 12 a 18 años de edad la mayoría por violencia sexual.

Al momento de iniciar con la investigación se utilizaron varios instrumentos donde se entrevistó a los catedráticos de la institución por lo que fueron colaboradores al momento de realizar la entrevista. A las alumnas se les aplicaron las pruebas proyectivas menores: la figura humana, el árbol, la familia, pruebas mayores C.A.Q. Y la escala de depresión. Dando resultados asertivos a cada problemática que padecían las adolescentes de dicha institución.

Además, al aplicar las pruebas a cada adolescente que sufrió abuso sexual, algunas desarrollaron diferentes trastornos y sintomatología pero coincidían con los síntomas como: agresividad, depresión, bajo rendimiento escolar, por lo que al abordar a la adolescente de 14 años que fue víctima de violencia sexual, de ahí la importancia de tratar a una víctima de abuso sexual.

Introducción

La violencia sexual es una problemática que ha llegado a afectar mucho en estos tiempos en especial a las niñas, adolescentes y mujeres, por lo mismo se decidió hacer la investigación respecto al tema y sintomatología que padece la víctima. Para obtener el conocimiento adecuado de cómo tratar a una paciente que ha sido víctima de abuso sexual y ha desarrollado una depresión mayor moderada.

Actualmente nos podemos dar cuenta que las personas de escasos recursos no tienen otra opción más que trabajar para subsistir en estos tiempos no obstante dejan a sus hijos e hijas al cuidado de otras personas sin darse cuenta del peligro que pueda ocasionarles a los mismos, incluso si hay un padrastro en la dinámica familiar hay un alto porcentaje de que abuse de sus hijastras o hijastros, ya que estos resultados se observaron en el centro de práctica Belén.

Sin embargo, la adolescente que se atendió de 14 años de edad que, fue abusada sexualmente por su padre desarrolló una depresión mayor moderada, puesto que obtuvo su intervención psicológica adecuada para lograr superar dicha problemática. Al atender a la adolescente de 14 años se da a conocer que las mujeres están más expuestas a ser víctimas de violencia sexual, ya que son más vulnerables y débiles por lo mismo se le facilita más al agresor.

Al realizar la intervención, surgieron varias problemáticas y síntomas donde se inició la investigación de los siguientes temas: depresión, violencia sexual, bajo rendimiento escolar y agresividad. Por lo que a continuación se realizó la investigación de cada tema expuesto anteriormente.

La investigación realizada de cada tema fue de efectividad para enriquecer el conocimiento y saber la problemática que posee una adolescente abusada sexualmente.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Durante la época colonia las instalaciones del actual Instituto Normal Central para Señoritas Belén funcionaba como convento llamado Nuestra Señora de Belén y lo habitaban los frailes Betlemitas, la cual había sido fundada por el Beato Hermano Pedro de Betancourt en la antigua Guatemala, desde su llegada a la capitanía general de reino de Guatemala en 1650, el Beato fundó y sostuvo en una escuela de primeras letras, a la que llamo Belén.

La obra continuó cuando la ciudad se trasladó al Valle de la Ermita a causa de los terremotos de 1773. Desde la extinción de la Orden Betlemítica fue destinado su antiguo edificio para el establecimiento del asilo de las Hermanas de Nuestra Señora dirigido por las monjas Ursulinas. Como consecuencia de una conspiración descubierta en diciembre de 1813, fue clausurado el convento y la orden lo cual permitió a la municipalidad fundar una escuela para niñas.

Durante el régimen liberal se fundó en ese antiguo convento un Colegio Nacional Superior de Niñas (conocido también como la Escuela de Artes y oficios para señoritas), en virtud del acuerdo de fecha 20 de enero de 1875 con el decreto No. 133, en donde las alumnas contaban con un mínimo de 12 años de edad, inicialmente dependía de la Secretaría de Gobernación y posteriormente pasó a formar parte de la Secretaría de Fomento.

El colegio de niñas tuvo el carácter de Instituto de Secundaria, por lo que debe ser considerado como el más antiguo centro de educación femenina en este nivel pedagógico. El 25 de agosto de 1879 se dicta una disposición tendiente a la creación una sección normal en el referido colegio. Empieza a funcionar la primera normal de Señoritas Belén, de que se tiene noticia.

El centro educativo obtuvo progresos rápidos, debido a que entre sus colaboradoras se encontraban educadoras norteamericanas e inglesas. Su plan de estudios comprendía las materias siguientes: Ciencias Naturales, Pedagogía, Matemáticas, Dibujo, Lecciones de objetos, Calistenia (ejercicios de estiramiento muscular), Inglés, Geografía Francés, Gramática, Composición Castellana, Retórica, Moral e Historia Patria, Escritura, Costura, Labores de Manos y Piano. Este plan, que no es del todo deficiente, tiene el defecto de conceder muy poca importancia a los estudios pedagógicos.

El instituto de señoritas Belén no llenaba las necesidades del momento, ya que no producía ni el número ni el tipo de maestras que necesitaba Guatemala. El 28 de junio de 1888, se emite el acuerdo por el cual se crea la Escuela Normal de Señoritas, pero su inauguración se retrasó aún algunos años. Fue hasta 1893 cuando inició sus labores bajo la dirección de la maestra Rafaela del Aguilar.

Para producir el tipo de maestras que se necesitaba en ese momento se crearon 22 plazas de becarias, con el objeto de que al graduarse pudieran prestar sus servicios en los departamentos de donde eran originarias. Los frutos de este establecimiento no se dejaron esperas, convirtiéndose pronto en un centro de promoción de la educación femenina.

En 1899 se dictó una disposición por la cual se unían el Instituto de Señoritas Belén con la Escuela Normal de Señoritas, ya que ambos centros tenían atribuciones similares y las alumnas eran en su mayoría normalistas. De la escuela normal salió un grupo de maestras distinguidas que son honra del magisterio guatemalteco, en aquellos momentos difíciles, poner los cimientos pedagógicos en todos los ámbitos de la nación. Son dignas de recordar las señoritas Matilde Núñez, Felipa Cuervas y Amalia Samayoa Aguilar. Mayor reconocimiento merecen las directoras y maestras que dieron impulso al desarrollo de la educación desde el instituto Belén y la Escuela Normal de Señoritas.

El 6 de Mayo de 1968 el Instituto Belén fue declarado monumento Histórico debido a la vinculación en el proceso de emancipación política de Guatemala, y ratificada el 12 de junio de 1970 conforme al acuerdo Gubernativo 1210 Acuerdo de Creación de Zonas y Monumentos Arqueológicos, Históricos y Artísticos de los Periodos Prehispánicos e Hispánicos.

Hasta la actualidad se han graduado alumnas destacadas que han brindado orgullo al instituto como María Angelina Acuña Sagastume de Castañera (1905-2006) estudiante y graduada de bachiller en ciencias y letras en el instituto Belén, fundó y dirigió las revistas literarias Reflejos y Espiral; la gimnasta Ana Sofía Gómez Porras (1995-).

1.2 Descripción

El Instituto Normal Central para Señoritas Belén alcanza una cobertura para el año 2016 de 877 alumnas comprendidas entre las edades de 12 a 18 años, la población femenina proviene de diferentes lugares del municipio de Guatemala y municipios aledaños entre los que se encuentran Mixco, San Juan Sacatepéquez y San Pedro Sacatepéquez.

Para brindar atención educativa la población estudiantil dispone para su uso de 6 aulas para primero básico, 5 aulas para segundo básico, 4 aulas para tercero básico, 12 aulas para nivel diversificado.

El Instituto Normal Central para Señoritas Belén se encuentra ubicado entre la 12 y 13 calle y 10ma y 11 avenida de la zona 1; teniendo un espacio físico de 3,969 metros cuadrados esto incluye una capilla y la escuela sobre la 13 calle, de la estructura original solo se encuentra la fuente colocada en el segundo patio y cuarenta metros de la 12 calle haciendo esquina con la 10ma avenida, también posee cuatro accesos dos inhabilitados y dos habilitados: el principal por la 11 avenida y el secundario que es exclusivo para vehículos por la 13 calle atravesando la escuela de educación primaria No. 67 Aplicación de Belén.

El espacio interno está distribuido en la siguiente manera: 4 oficinas de uso administrativo, una sala de profesores; dos oficinas para el departamento de Orientación; un salón para enfermería (el cual no se encuentra habilitado); los laboratorios de Química y Biología; posee 29 salones de los cuales solo son utilizados 22; una sección de ayudas audio-visuales y biblioteca; la existencia de cuatro casetas de las cuales solo están en uso tres, dos son tiendas y una utilizada como librería en el que brindan el servicio de fotocopidora.

Existe el espacio de dos salones utilizados para actos uno con un cupo promedio de 700 personas y el otro para 125 personas; posee 10 corredores y 46 baños, una piscina que se encuentra en uso actualmente; 4 patios que brindan aire y son utilizados por las alumnas para las clases de educación física, danza practica de banda y en a la hora de recreo.

1.3 Ubicación

El nombre de la institución en donde se realizaran la practica IV es “Instituto Normal Central para Señoritas Belén”, se encuentra ubicado en la 11 avenida 12-20 de la zona 1 de la ciudad de Guatemala y el número telefónico es el 2232-9609, 4207-2460 y 44088748; el horario de atención es de 7:30 AM a 12:30 PM de lunes a viernes, realizando los días sábados escuela para padres, por la mañana.

Actualmente la persona al frente de la institución la señora Directora Licenciada Elsa Coralia De León Barrios. La persona encargada y responsable del departamento de Orientación es la Licenciada Marta Alicia Ixquiactap, se incluye el número de telefónico personal 4207-2460 para fines de información.

1.4 Programas establecidos

Apoyo psicológico gratuito por parte de las estudiantes de 5to año de la carrera de psicología clínica y consejería social de la universidad Panamericana.

Apoyo en programas de las estudiantes de trabajo Social de la universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela para padres.

1.5 Visión

Ser un centro formador de ciudadanas y formadoras que facilite la preparación académica integral con principios éticos, morales y espirituales; a través del aprendizaje participativo con metodología actualizada en ámbito social, científico, tecnológico cultural y con compromiso hacia una sociedad multiétnica, multilingüe y pluricultural que permita la búsqueda de soluciones.

1.6 Misión

Es una institución educativa pública, laica e innovadora integrada por docentes formadoras de formadoras que hacen uso de la tecnología y metodología actualizada, dedicadas a la formación de mujeres con preparación académica integral basada en principios y valores, para que éstas se desarrollen en una sociedad competitiva.

1.7 Justificación de la Investigación

Como requisito para optar al título de la Licenciatura en psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, es necesario que las estudiantes de 5to año realicen la Práctica Profesional Dirigida, la que se efectuó en el Instituto para señoritas Belén. Con el apoyo del área de orientación por medio de la licenciada Marta Ixquiactap quien fue la que autorizó la ejecución del ejercicio profesional asignando casos clínicos. El objetivo de brindar apoyo psicológico a las estudiantes fue para apoyar el fortalecimiento del área emocional. El período de práctica es de 10 meses, y 350 horas.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Depresión

La depresión es una enfermedad causada por varios factores y situaciones que afectan a la sociedad llegando al punto que se estresan demasiado y se deprimen ya que no saben manejar las situaciones que se les presentan. Vallejo dice desde la remota antigüedad y en diferentes culturas, existen descripciones del inexplicable fenómeno depresivo endógeno. Son parciales a las de hoy, aunque expresadas en diferente lenguaje y con interpretaciones religiosas o mágicas, o tipo científico oficial según los criterios de la época. La víctima y los espectadores muchas veces no lo valoraron como enfermedad (Vallejo, 1980 p.39).

Los griegos dan a conocer que la melancolía es el inicio de la manía y en un tiempo dado realizaron una observación, donde se dio cuenta la evolución por ciclos y al calmarse los síntomas a diferencia de otros trastornos las personas con melancolía recuperaban de inmediato su personalidad.

Siguiendo otras culturas, por ejemplo los teólogos y místicos, hacen referencia que los deprimidos que se sienten culpables es porque han cometido pecado y por lo mismo ellos se condenan a cierto punto que desean no estar con vida, porque sienten que le fallaron a Dios y saben que por la falta que han cometido tendrán que sufrir toda su vida.

Conforme fue pasando el tiempo algunos pensadores religiosos fueron analizando la depresión como una enfermedad y no como por causa de los pecados, ya que fueron observando algunos casos de la Biblia e hicieron comparaciones para poder llegar a la conclusión que la depresión era una enfermedad que cualquier ser humano podría obtenerla sin necesidad de haber cometido pecados. Mendels interpreta que las personas afroamericanas son las que menos padecen de la

enfermedad de depresión ya que estudios realizados por estadounidenses demostraron, que las personas con la piel oscura son menos vulnerables a dicho trastorno.

“Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestra de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parece no estar relacionada con la raza el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil” (Valdés, 2001. p.417)

2.1.1 Los trastornos depresivos

Darrel , Narrow, Kuhl, Kupfer (2012) , explican

el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Al contrario que en el DSM-IV, este capítulo de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo anterior "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (p. 155). Riesgos principales del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas, durante el cual existe estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye en el apetito o el peso y en la

actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de culpabilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio (p. 163)

Como se menciona anteriormente una persona con un estado deprimido sino se trata a tiempo puede llegar a tener ideas suicidas donde la persona se sienta sin alientos de nada, desvalorizada y al sentirse sola puede tomar la decisión de ya no querer seguir con vida ya que sus pensamientos son negativos. Por eso es importante que al ver que la persona está muy deprimida acudir ayuda con profesionales de salud mental para no lamentarse más adelante.

Es cierto en algunas ocasiones las personas dicen “me quiero morir”, sin embargo lo expresan por lo vulnerables que se encuentran pero en realidad no quieren morir, simplemente están pidiendo ayuda como lo mencionó una adolescente que fue abusada por su padre durante 7 años ya que ella carecía de conocimiento respecto a la sexualidad fue víctima durante muchos años hasta que escuchó en una charla sobre el tema violencia sexual.

Al enterarse de dicho tema la adolescente empezó a sentir indispuesta porque no podía creer que el padre le había hecho daño. Ella tuvo pensamientos suicidas incluso empezó a herirse los brazos con navajas para ver si le ocasionaba la muerte, hasta que de parte del juzgado la enviaron a tomar tratamiento psicológico, y expresa que le daba temor el quitarse la vida por eso solo se lastimaba los brazos para llamar la atención para que le ayudaran a poder salir adelante y olvidarse de lo ocasionado.

Para que un síntoma sea parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado clara comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, u ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funciona lento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado” (Darrel , Narrow, Kuhl, Kupfer, 2012 p 163)

“Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación y de concentración, el grado en que estos síntomas son variables hasta el infinito son frecuentes otros síntomas que predominan a veces en el cuadro clínico” (Mendels, 1977, p 17)

Como se mencionaba anteriormente los, síntomas pueden variar según la problemática que posea la persona con el trastorno depresivo, algunas personas pueden tener un estado de ánimo muy deprimido donde manifiestan llanto, tristeza insatisfacción por ellos mismos. Su pensamiento puede ser pesimistas, pueden tener pérdida de interés en actividades que realizaban con entusiasmo, disminución de la concentración y padecen ciertas áreas en de ideas de culpabilidad ante tal situación. Algunos síntomas somáticos que podrían manifestar serian pérdida o aumento de peso, sueño poco profundo o profundo, dolores físicos y pérdida o aumento del apetito. También se podría observar falta de arreglo personal y agitación o cansancio.

Mendels (1977) afirma

Aunque sea la tristeza la perturbación central del estado de ánimo, muchos pacientes depresivos ofrecen también rasgos de ansiedad y otros estados neuróticos. Pueden quejarse de tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos y multitud de preocupaciones. Pueden además sufrir el temblor y los accesos de sudoración comúnmente asociados a los estados de ansiedad” (p. 24)

Estos son algunos de los síntomas que indican que una persona está padeciendo de un trastorno depresivo. Es fundamental recalcar que no se puede generalizar estos síntomas hacia todas las personas que padecen de dicho trastorno ya que pueden variar según el estado de vulnerabilidad de cada ser humano.

Una adolescente de 14 años que fue abusada sexualmente manifestó un estado de ánimo deprimido, agresividad, bajo rendimiento escolar, ansiedad, temor y tristeza etc. Pese a esta sintomatología se le diagnosticó una depresión mayor moderada ya que al realizarle las pruebas

correspondientes se llegó a dicha conclusión. Al observar este caso se puede observar que en la mayoría de los casos no se puede evidenciar la misma sintomatología ni se puede generalizar ni asegurar lo que dice un libro respecto al tema ya que, en varias oportunidades se ha evidenciado que los síntomas cambian al observar a cada paciente.

Incluso hay una depresión que no se puede observar y se manifiesta por medio de enfermedades, en el libro de Mendels se pueden analizar varios casos donde manifiestan enfermedades las personas que van con el doctor y no encuentran cuál es la problemática que le está afectando la salud, hasta que llegan con un psicólogo u especialista de salud mental, se le hacen las pruebas correspondientes y encuentran que es una depresión que está afectando a la persona.

Mendels (1977) afirma “Las pruebas psicológicas: son muchos los test psicológicos de tipo general y muchas las escalas específicas de estimación que se emplean para el reconocimiento clínico de la depresión, para su diagnóstico diferencial, para medir el grado de gravedad y para seguir su curso durante un cierto periodo de tiempo” (p. 143)

Los test que resultan más efectivos para poder diagnosticar a un paciente con depresión, son las pruebas proyectivas menores, la escala de depresión de Beck y CAQ etc. Claro hay infinidad de pruebas para poder lograr llegar a la conclusión que un paciente padece de depresión. Al aplicarle estas 3 pruebas a una paciente de 14 años edad se evidenció con facilidad que padecía de depresión. Ya que dichas pruebas son prácticas de aplicar y confiables con lo que proyectan.

2.1.2 Tratamiento

Mendels (1977) afirma

“la psicoterapia basada en la teoría psicodinámica persigue como objetivo la resolución de los episodios periódicos y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacente, que es la que proporciona la base para la aparición de la enfermedad. Los principios básicos generales de la psicoterapia se aplican al tratamiento de la depresión.

No obstante, existen ciertos aspectos en la psicoterapia del depresivo que requiere una mayor aclaración” (p. 155)

Hay diversos modelos de psicoterapia que cada terapeuta elige, el que más se le facilite o el que sea más eficaz para poder abordar a un paciente de forma efectiva. Al momento de tratar a una paciente de 14 años de edad con diagnóstico depresivo mayor moderado se trabajó con Gestalt y Terapia Cognitivo Conductual por lo que se le aplicaron las técnicas correspondientes a las problemáticas que aquejaban a la paciente. Dando un resultado efectivo ya que la paciente finalizó sus terapias como se le indicó.

2.2. Violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones”. En nuestra sociedad a diario se observan situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, en el ámbito individual, familiar, social y político, que afectan tanto a hombres como a mujeres de todos los grupos etéreos.

Según Marijke (2003) los tipos de violencia más reconocidos son

- Física: es la agresión por golpes, cortaduras, heridas y otras.
- Sexual: cuando la persona es obligada a tener relaciones sexuales.
- Psicológicas: cuando la persona es agredida emocionalmente (verbal, gestos, actitudes u otros).
- Patrimonial: cuando la persona es despojada de sus bienes materiales y económicos (p 14)

La violencia se ha ido aumentando conforme pasan los años como menciona Marijke hay varios tipos de violencia pero el que es de nuestro interés en este caso es el de abuso sexual que es

cuando una persona es obligada a tener relaciones sexuales, en este caso la adolescente de 14 años no fue obligada si no engañada por su inocencia respecto al tema de violencia sexual.

2.2.1 Violencia sexual

Morales (2015) menciona que contra menores

Se considera abuso sexual infantil a toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder. Se trata de un problema universal que está presente, de una u otra manera, en todas las culturas y sociedades y que constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales. Supone una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño y puede dejar unas secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo. (p 16)

La mayoría de los casos de violencia sexual se da a través del núcleo familiar, pueden ser los padres, hermanos, tíos, tías, abuelos y primos ya que a los abusadores se les hace más fácil que su víctima esté cerca y sea menor ya que son más débiles. A lo largo de la formación académica se pueden dar cuenta que hay varios factores que causan un abuso sexual, por ejemplo las personas que están bajo efecto de alguna droga pierden el conocimiento y el control de sus impulsos y hacen cosas de las cuales al estar sobrios se arrepienten pero ya es demasiado tarde.

Otros de los factores es la desintegración familiar ya que las niñas o niños están expuestos a convivir con un padrastro o madrastra, en la mayoría de los casos y es ahí donde hay un alto porcentaje que los niños o niñas sufran de violencia sexual. Al igual que el abandono familiar las madres o padres deben de trabajar para poder subsistir y dejan a sus hijos al cuidado de la hermana o hermano mayor. Y es donde descuidan el hogar y los hermanos mayores por lo general están en la etapa de desarrollo, donde escuchan y empiezan a tener curiosidad respecto a la sexualidad.

Ya que en estos tiempos lo más común para poder aprender sobre dicho tema es la pornografía, lamentablemente es erróneo y daña la mente de los jóvenes que ven obscenidades, empiezan a sentir deseos y como ven a sus víctimas por lo general son menores y es ahí donde se aprovechan de sus hermanos, hermanas o algún familiar cercano que este vulnerable. Otro de los factores es que el abusador por lo general él fue abusado sexualmente en alguna etapa de su vida por lo que se vuelve a repetir a lo largo de su existencia. Se puede mencionar que es por algún trauma que obtuvo e inconscientemente realiza tal hecho delictivo.

Respecto a los hombres al ser abusados sexualmente pueden tener inclinaciones a hacia su mismo sexo, en el caso de las mujeres pueden traumarse hasta llegar a cierto punto de rechazar a los hombres o al contrario se vuelven adictas al sexo. También existen trastornos como la pedofilia que es una desviación sexual y enfermedad mental que puede hacer que la persona abuse de alguna menor edad ya que así satisfacen sus deseos.

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (59.9%) que los hombres (40.1 %) y se sitúan en una franja de edad entre los 6 y los 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior a (7-8), y un mayor número de niños en el intrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11.12 años) (Cheburúa, Guerrica Echevarría, 2009 p 14)

Al haber atendido pacientes en una institución estudiantil de señoritas se puede dar cuenta que quienes tienen mayor probabilidad de ser abusadas por sus padres son las niñas que los niños por sus madres. Al observar diversidad de señoritas nos podemos dar cuenta que las mujeres son más expuestas a ser abusadas ya que en dicha institución se pudo observar varios casos respecto al abuso sexual, como se observa el caso de la adolescente que fue el más relevante ya que fue abusada durante años por su progenitor por carecer de conocimiento respecto al tema de la sexualidad.

“La detección de abuso sexual: son conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto. Solo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al mismo tiempo en que ocurren. Existen

diferentes factores que pueden implicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima. El hecho de obtener ciertas ventajas como regalos, más paga etc. O el temor a ser acusado de seducción junto con el miedo de destrozarse a la familia o a las represalias del agresor” (Cheburúa, Guerrica Echevarría, 2009 p 18)

2.2.2 Ley de Protección Integral de la Niñez y adolescencia

En el artículo 1 Objeto de la Ley, Morales (2015) menciona que se establece que

Es un instrumento jurídico de integración familiar y promoción social, que persigue lograr el desarrollo integral y sostenible de la niñez y adolescencia guatemalteca dentro de un marco democrático e irrestricto respecto a los derechos humanos. Artículo 2: para efectos de la ley se considera niño o niña a toda persona hasta los trece años, y adolescente hasta los dieciocho años. Artículo 44: Todos los casos de sospecha o confirmación de maltrato o abuso sexual contra el niño, niña o adolescente detectados por personal médico o paramédico de centros de atención social, centros educativos y otros deberán obligatoriamente comunicarlos a la autoridad competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales (p. 17)

Al momento que la adolescente abusada sexualmente por su padre, escuchó que lo que le estaba sucediendo era un delito, inmediatamente lo comentó a sus maestras y ellas optaron por ir a denunciar al padre de la adolescente abusada lo cual actuaron con responsabilidad al cumplir con el artículo 44 de la ley de protección Integral de la niñez, al momento de realizar dicha obligación actuaron los del juzgado trasladando a la adolescente a un lugar seguro y aplicándole las respectivas pruebas para ver qué grado de violencia sexual obtuvo.

Sin embargo, el proceso penal es demasiado largo y el padre de la víctima escapó y no han podido enjuiciarlo porque no saben el paradero del abusador. Se puede observar que en los juzgados es tardado el proceso judicial lo cual hace que las personas se cansen o retiren la demanda porque el proceso es muy largo, cansado y se gasta en cada audiencia que solicitan ya sea por la gasolina o pasajes. Y optan por ya no seguir el proceso ya que tarda hasta años.

2.2.3 Tratamiento médico

Dentro del tratamiento médico se puede citar: tratar las lesiones provocadas por el ataque Prevenir la ocurrencia de embarazo. Prevenir y/o tratar Infecciones de Transmisión sexual. Dar profilaxis antirretroviral post exposición e inmunizar para tétanos hepatitis B Prevenir y tratar problemas psicológicos (Morales, 2015 p. 22)

Es de importancia llevar un proceso de tratamiento médico y psicológico para una persona que haya sufrido violencia sexual, porque no saben de qué enfermedades pudo ser infectada al momento del abuso y por eso deben realizarse los exámenes respectivo para poder descartar alguna infección o enfermedad contagiosa, también para poder evitar embarazos no deseados y si la víctima tuvo lesiones fuertes tratarlas de inmediato.

Respecto al tratamiento psicológico es de mayor importancia tratar a las personas que han sido abusadas sexualmente ya que si se ignora el tratamiento pueden ser más agravante la situación ya que la persona queda traumada y por lo mismo puede llegar a desarrollar ciertos trastornos, como estrés post traumático, depresión, trastorno de la personalidad y trastornos de la conducta etc. Por lo que es necesario la intervención de in mediato para que la persona víctima de violencia sexual no llegue a desarrollar dichos trastornos.

A la paciente de 14 años víctima de violencia sexual se le diagnosticó una depresión mayor moderada, la adolescente fue abusada a la edad de 7 años hasta los 13 años de edad por lo que al momento de aplicarle la prueba de Beck y CAQ llenó los criterios de una depresión por lo que se le trato de inmediato con técnicas de Gestalt y cognitivo conductual.

2.3. Agresividad

La agresividad es una conducta que se obtiene a través de falta de tolerancia, es cualquier forma de conducta que pretende causar daño físico o psicológico a alguien u objeto, ya sea este animado o inanimado. La palabra agresividad viene del latín "agredí" que significa "atacar". Implica que

alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto, incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físico o psíquico (Gutiérrez, 2011 p 20).

En la mayoría de casos con niños agresivos, se puede observar que la causa principal es que los padres son violentos al momento de corregirlos y eso hace que el niño sea agresivo con los demás en especial con los compañeros de clase o hermanos ya que ellos no ven quien se las debe si no quien se las paga. Por eso hay mucho bullying en las instituciones estudiantiles a causa de la formación que obtiene los niños en sus hogares.

Otro de los casos en niños con agresividad es que sufren de violencia intrafamiliar en sus hogares, conforme van creciendo van tomando la idea o el ejemplo conforme el comportamiento de los padres, y se vuelven una familia totalmente disfuncional, incluso los niños al ser mayores de edad al formar una familia pueden llegar a ser autoritarios y agresivos y todo a causa del ejemplo que obtuvieron durante su infancia.

Se ha observado en la mayoría de los casos que los niños se vuelven agresivos por problemas o traumas que han obtenido durante sus etapas de vida. Aunque las personas solo juzgan al niño o al adolescente por su comportamiento no saben cuál es la raíz de dicha problemática. Por eso es fundamental llevar a un niño o adolescente con profesionales de salud mental para saber cuál es el resultado de su agresividad.

”El niño agresivo suele estar distraído y tener problemas de concentración, lo que puede causar el que tenga algún tipo de accidente. Además, si actúa guiado por la ira, es muy probable que sus decisiones no sean las adecuadas, ya que al concentrarse en un estado tan fuerte de enfado no se puede pensar con claridad” (Gutiérrez, 2011 p 25).

Un ejemplo claro fue de una paciente con depresión mayor moderada por abuso sexual debido a la problemática vivenciada la paciente fue desarrollando agresividad con sus hermanos y compañeras de clase. Estaba encerrada en su problemática se sentía, culpable, con estado de ánimo deprimido, irritada, con resentimiento y vulnerable a cualquier situación que se le

presentará, debida a estos síntomas la paciente al no hablar sobre su problemática se mantenía con pensamientos negativos y odio todo le molestaba y actuaba y reaccionaba con agresividad hacia las personas que le rodeaban.

Causas de la agresividad en los niños Muchas veces la raíz de la violencia en la escuela suele ser: La falta de autoridad de los profesores, un estilo de relación autoritaria y/o violenta. La falta de pautas claras en el colegio para hacerle frente. 3. La incapacidad para detectar a las víctimas porque éstas y los agresores en general no buscan hablar sus problemas ni con sus padres ni profesores. 4. La falta de personas o lugares apropiados en el colegio para ayudar a las víctimas, donde los testigos puedan denunciar sin temor a ser ellos la próxima víctima (Gutiérrez, 2011 p 26)

2.3.1. Tratamiento para casos de niños agresivos

Gutiérrez (2011) indica que

El tratamiento que debe llevarse a cabo en estos casos tiene una doble vertiente, asistencia a la familia y al propio niño. Dicho tratamiento es complejo y debe estar integrado por la actuación en distintos hábitos, familia, escuela, 28 amistades o servicios sociales entre otros. Los padres requerirán, en la mayoría de las ocasiones, ayuda de personas capacitadas que les indiquen qué pautas han de seguir en casa. Las terapias de tipo psicológico girarán en torno a la reeducación del comportamiento y el aprendizaje del control de impulsos. (p 28)

Los tratamientos más efectivos en niños o adolescentes con agresividad son los de terapia cognitivo conductual ya que ayuda a cambiar la conducta de los pacientes de una forma efectiva, al utilizar las técnicas correspondientes y enfatizarse en la edad del paciente se nos facilita hacer la intervención oportuna con las técnicas que ayuden al paciente ya que hay diversidad de técnicas para tratar la conducta de los pacientes con agresividad.

Es fundamental que los padres apoyen a sus hijos al iniciar un tratamiento psicológico para que los resultados sean más efectivos. En el caso de la adolescente con agresividad por el abuso sexual se trabajó terapia cognitivo conductual junto con Gestalt por lo que se logró un tratamiento completo.

2.4. Bajo rendimiento escolar

El bajo rendimiento académico, ocurre en todos los niveles de inteligencia, incluyendo a los niños con subnormalidad mental; no se limita a aquellos con un CI promedio o superior. Las causas del bajo rendimiento académico son muchas; la más común del retraso en la escuela, es que el nivel de inteligencia es bajo para la escuela en cuestión. Puede encontrarse también en el hogar, en la escuela o en el joven. El problema puede provocarlo la enseñanza, los exámenes, el sistema de calificación o el propio examinador (Cardona, 2005 p 8).

Según Cardona (2005) las causas de un bajo rendimiento escolar es un nivel de inteligencia bajo. Sin embargo no solo nos podemos enfatizar en un CI bajo hay varios factores que pueden hacer que un niño o adolescente puede obtener bajas calificaciones, por ejemplo a las personas con escasos recursos se les dificulta entregar o cumplir con ciertas tareas que se le solicitan ya que en algunas hay que se gasta para realizar trabajos manuales y eso es uno de los factores por los que un niño o adolescente no cumple con lo solicitado debido a la falta de recursos.

También se dio a conocer en la institución que se trabajó con señoritas la falta de una buena alimentación y el no dormir adecuadamente, ya que es un factor que influye mucho en el rendimiento académico de un niño o adolescente ya que si no están bien alimentados pueden padecer de una anemia severa u otras enfermedades que causan que el niño o adolescente sea débil y no pueda concentrarse en sus estudios debido a la desnutrición que pueda padecer. Como se mencionaba anteriormente no dormir bien es otro factor importante para que el alumno no rinda en sus estudios, ya que si no han conciliado el sueño se mantiene irritado con cansancio y un desinterés académico. Por lo que no prestan atención e incluso se duermen en la institución.

En primer lugar se considera fracasado al alumno cuyas notas son generalmente inferiores a la media; aun cuando la experiencia nos ha hecho presentir que las notas no reflejan exclusivamente el valor objetivo del trabajo, e incluso en algunas ocasiones nos muestran la predisposición del docente corrector, su impulsividad, las variaciones de su humor etc. Sin embargo por muchas razones bien fundamentadas que pudiesen existir, las malas notas son los parámetros que tanto el alumno, su familia y los profesores consideran como el signo del fracaso. (Cardona, 2005 p 12)

Cardona menciona que un alumno con bajo rendimiento escolar es llamado o etiquetado como fracasado sin saber el gran daño que se le puede ocasionar a un estudiante que escuche dicha suposición, ya que no se puede generalizar porque hay situaciones donde los alumnos están padeciendo de un problemática que las personas carecen de conocimiento y solo juzgan sin antes investigar o indagar que le está sucediendo al alumno con bajas calificaciones.

Larra (1999) opina que el rendimiento escolar insatisfactorio no es sinónimo únicamente de una deficiencia intelectual, sino al contrario, muchas veces es compatible con una inteligencia normal o superior, lo cual indica que el aprovechamiento escolar es defectuoso, lo cual tiene siempre una causa que puede encontrarse en cualquiera de los aspectos físicos, emocionales, pedagógicos, socio ambientales y familiares. Respecto a estos factores que inciden en el rendimiento escolar.

La paciente de 14 años que fue abusada sexualmente, durante el atentado vivido mantuvo un bajo rendimiento escolar sin que las maestras, sus familiares y amigos se dieran cuenta. Lo que le estaba sucediendo no era por apatía si no porque estaba sufriendo de abuso sexual por lo mismo empezó a tener falta de interés en el estudio, cansancio, alteraciones en la alimentación y sueño. Todos estos síntomas hicieron que la paciente mantuviera un rendimiento académico bajo.

Por este caso y muchos más hay que tomar en consideración que no siempre es por apatía o pereza un bajo rendimiento de un alumno, hay que tomar medidas al momento de evidenciar algún caso que se presente en alguna institución y no juzgar o menospreciar a un alumno con dichas características anteriormente ya que pueden estar siendo víctimas de alguna situación en sus hogares o por falta de recursos.

2.4.1. Tratamiento

De acuerdo con Gonzáles (2012) el tratamiento incluye

- Diagnóstico de la situación y el alumno a partir de una exploración cognitiva, ambiental y emocional del niño o adolescente.
- Establecimiento de objetivos y activación del plan de tratamiento específico para cada problemática que mediante la exploración hayamos detectado que esté causando el bajo rendimiento.
- Técnicas de estudio, técnicas de organización y planificación de exámenes o trabajos, entrenamiento en lecto-escritura, estimulación cognitiva, técnicas de motivación, etc.
- Trabajo de la autoestima y aspectos emocionales del niño o adolescente.

Con los padres

Pautas psicoeducativas sobre la problemática, situación y necesidades del niño, estrategias de coordinación con la escuela, técnicas de gestión para los deberes y estudio, etc.

Con la escuela

Coordinación con la escuela para activar, si el caso lo requiere, adaptaciones curriculares o explicar el diagnóstico del alumno y sus necesidades correspondientes.

Es de mayor importancia tomar en cuenta los puntos expuestos anteriormente ya que están divididos cómo se debe de trabajar con un niño o adolescente y cómo se debe de llevar a cabo una terapia para lograr que el alumno mejore su nivel académico bajo. Hay infinidad de tratamientos a trabajar respecto a la problemática dicha anteriormente, pero para que sea efectiva el paciente debe ser perseverante y comprometido para que la intervención psicológica sea efectiva.

En el caso de la adolescente de 14 años con bajo rendimiento escolar debido a la violencia sexual que vivió, se inició la intervención con el tema de baja autoestima para mejorar su aspecto personal y cambiar los pensamientos negativos que la agobiaban. Seguido de terapia cognitivo conductual y Gestalt por lo que la paciente respondió muy bien a la intervención lo cual hizo que la paciente pudiera llegar a un rendimiento académico alto.

Se logró que la paciente obtuviera buenos resultados al momento de comprometerse a seguir al pie de la letra las sesiones correspondientes sin faltar a ninguna sesión ya que se trabajó, la depresión, la violencia sexual, la agresividad y el bajo rendimiento escolar, con las técnicas efectivas a dicha problemática, y los resultados son que la paciente ahora goza de una buena salud mental gracias a su compromiso y dedicación.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El trastorno de depresión es un estado de ánimo de vulnerabilidad y melancolía que hace que las personas con dicho trastorno mantengan una tristeza severa acompañado de rencor, ansiedad, llanto, pérdida o aumento de peso y disminución de interés en la mayoría de las actividades etc.

En la actualidad es considerado como el más común en las personas por la diversidad de estrés y ansiedad que les generan los problemas cotidianos por ejemplo en el trabajo, los estudios, la familia etc. Por lo que se vuelven vulnerables a dicho trastorno.

La paciente de 14 años que sufrió del trastorno de depresión mayor moderado a causa de violencia sexual manifestó los siguientes síntomas: el rencor, tristeza, llanto, ansiedad, bajo rendimiento escolar, agresividad hacia las personas etc. por lo que se vio afectada por dicha situación. Al hacer énfasis en dicho caso se da a conocer que hay infinidad de problemas que pueden afectar a las personas vulnerables y pueden desarrollar el trastorno de depresión u otros trastornos.

3.2 Pregunta de investigación

¿Por qué se desarrolla el trastorno depresivo mayor en adolescente de 14 años a causa de abuso sexual?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

Determinar la violencia sexual como causa del desarrollo de un trastorno depresivo mayor, en una adolescente de 14 años de edad.

3.3.2 Objetivos específicos

Identificar los rasgos característicos del trastorno depresivo mayor como consecuencia del abuso sexual en adolescente de 14 años.

Analizar cómo un estado de ánimo deprimido afectó el rendimiento escolar de adolescente de 14 años.

Identificar la agresividad como efecto de la violencia sexual en adolescente de 14 años.

Analizar la falta de interés en el estudio como factor influyente en el bajo rendimiento de adolescente de 14 años de edad.

3.4 Alcances y límites

Al momento de realizar la investigación se alcanzó enriquecer más el conocimiento respecto a las problemáticas que posee una adolescente abusada sexualmente. Uno de los limitantes expuestos fue el tiempo en que se dejó para la investigación.

3.5 Metodología

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo. Según Hernández, Sampieri (2005) basado en el estudio de caso sobre violencia sexual en adolescente de 14 años que presenta rasgos característicos del trastorno depresivo mayor, como parte de la asignatura Sistematización de la práctica Profesional Dirigida del quinto año de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social familiar y social.

Para lograr el método de investigación se inició con entrevistas con las maestras, para legir a las jovencitas con problemas de conducta para que pudieran iniciar el proceso terapéutico correspondiente. Luego se hizo la selección de pacientes con problemas y se les aplicaron pruebas psicológicas proyectivas menores y mayores para poder llegar a la conclusión de que problemática padecían. Al estar enteradas de la problemática que padecían cada paciente ya con las pruebas correspondientes se les aplicaron las técnicas necesarias a cada problemática.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Sistematización del Estudio de Caso

Datos generales

Nombre: A.J.O.P

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 25 de septiembre del 2001

Edad: 14 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: 1ro básico

Profesión: Estudiante

Ocupación: Estudiante

Motivo de consulta

La paciente refiere: “Necesito cambiar mi actitud soy muy grosera, me mantengo triste y enojada desde el problema con mi padre”.

Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración

La paciente refiere que su estado de ánimo obtuvo cambios hace un año cuando se dio cuenta que el padre abusó sexualmente de ella por medio de una charla sobre abuso sexual, ella se sintió triste, y enojada al enterarse de tal situación por lo que opto por demandar al padre.

Estresores o factores precipitantes

A. P. expresa que al momento de presentarse al juzgado le asignaron un psicólogo pero ella puso resistencia porque no sentía confianza para hablar lo sucedido. Ante el empeoramiento de los síntomas físicos el sobrepeso, el dolor de cabeza y la presencia de un estado emocional vulnerable la paciente decidió buscar ayuda profesional. Ahora que está lejos de su casa ella se siente triste porque le hace falta el amor de su madre.

Impacto del problema

Ante esta situación la paciente presenta sentimientos de tristeza, miedo e inseguridad. A. P. refiere que el problema le ha afectado en sus relaciones interpersonales y con su familia, por lo mismo demuestra distanciamiento con sus amistades y familiares ya que se mantiene muy irritada y vulnerable a cualquier situación, la paciente expresa que ha tenido cambios referente a su peso ya que debido a que maneja ansiedad le da hambre así mismo explica que ha tenido cambios en el sueño ya que no puede dormir porque se pone a pensar en lo sucedido y rompe en llanto hasta quedarse dormida.

Historia Clínica

Personales no patológicos

Historia prenatal

Tercer embarazo de la madre. Completó el período de 9 meses de gestación. Los padres manifestaron felicidad al momento de enterarse que la madre estaba en etapa de embarazo nuevamente.

Nacimiento

La madre no tuvo dificultades durante el parto.

Evolución neuropsíquica

La paciente considera que no tuvo problemas en este aspecto.

Evolución del lenguaje:

Fue satisfactoria ya que habló a la edad de 2 años sin dificultad alguna, según lo indica el paciente.

Desarrollo escolar

La paciente refiere que no fue una alumna dedicada y siempre tuvo bajo rendimiento escolar. Ha tenido dificultad para hacer amistades ya que ha mostrado conductas agresivas hacia sus compañeras.

Desarrollo social

Se considera una persona antisocial.

Adolescencia

Actualmente es muy agresiva y enojada con sus compañeras, se siente triste al momento de estar distanciada de su familia ya que por órdenes del juez ella tiene que estar viviendo con la prima, hasta que se resuelva el caso ya que fue víctima por abuso sexual por su padre.

Adulthood

No ha atravesado aun la etapa de la adultez.

Historia Psicosexual y vida marital

La paciente tuvo su primera experiencia sexual a la edad de los 7 años de edad por abuso sexual.

Personales patológicos

Historia médica

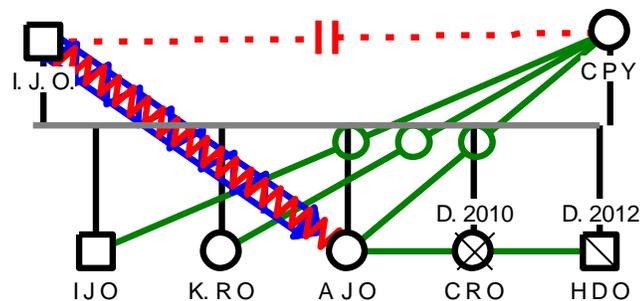
La paciente refiere que básicamente ha tenido buena salud.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

No se refiere ninguno.

Historia familiar

Imagen 1
Genograma



Fuente: Elaboración Propia

Estructura familiar

La familia nuclear está constituida por el señor I. O. de 54 años su mamá C. P. de 48 años su hermano I. O. mayor de 24 años, K. O. de 18 años y A. O. de 14 años. Así mismo 2 hermanos fallecidos C. O. quien murió al nacer y H. O. cuando tenía un mes de nacido por problemas del corazón. A. O. refiere que ha tenido buena relación con sus hermanos. El padre ha sido muy autoritario.

Antecedentes familiares

Referente a los padres A. O. comenta que han sido distantes y conflictivos, K. O. ha sido distante con su mamá. Comenta que ha experimentado violencia intrafamiliar desde su niñez ya que el padre ha sido alcohólico y agresivo al momento de presentarse ebrio a casa. La paciente comenta que ha tenido buena relación con los hermanos más con I. O. de 24 años porque la ha protegido y le da el amor que los padres no le demuestran. A. O. Expresa que hace un año se enteró que el padre abusó sexualmente de ella por una charla de abuso sexual ya que la paciente ignoraba el tema. Inmediatamente optó por denunciar lo ocurrido, y hace un año de parte del juzgado la enviaron a vivir con una prima lejos de su familia.

Examen del estado mental

Presentación

Nivel de conciencia

Se le dificulta concentrarse.

Aspecto general

Tez morena clara, leve sobrepeso, estatura baja, higiene y arreglo adecuados, mantiene contacto visual, su postura es encorvada.

Actitud

Colaboradora y amable, se observa tensa, ansiosa, enojada e inseguro.

Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora

Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad.

Afecto

Expresión facial congruente con el relato, el habla es de un tono inadecuado ya que muestra llanto y enojo.

Estado Cognoscitivo

Atención

Mantiene la atención adecuada y satisfactoria.

Concentración y vigilancia

La paciente tiene la capacidad para concentrarse en el tema.

Orientación

Adecuada en tiempo, persona y espacio.

Lenguaje

Fluidez

Habla espontánea, a veces vacilante, usa palabras apropiadas.

Comprensión

Se le facilita comprender lo que se le expone.

Repetición

Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.

Designación

Utiliza términos apropiados la mayoría de veces.

Memoria

Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias.

Razonamiento

En juicio práctico le cuesta tomar decisiones, se ve influenciado por los síntomas actuales que padece.

Pensamiento

Proceso

A veces circunstancial, perseverativa y coherente, ocasionalmente se evidencian incoherencias.

Contenido

La paciente manifiesta preocupaciones que interfieren con atención, concentración y sueño.

Introspección

La paciente sabe que tiene dificultades, y que necesita ayuda profesional.

Estado de ánimo

El estado contenido del pensamiento es el adecuado. La paciente manifiesta ansiedad, preocupación, tensa y con temor.

Resultados de las pruebas:

Cuadro 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
1. Test de la figura humana	12/04/2016
2. Test del árbol	12/04/2016
3. Test de la familia	19/04/2016
4. Frases incompletas Sacks	03/05/2016
5. Escala de depresión Beck	10/05/2016
6. CAQ.	13/05/2016

Fuente: elaboración propia

Escala de depresión de Beck:

Debido a la sumatoria que dio un total de 20 a 28 la paciente proyecta depresión media.

Test de la Figura Humana:

La prueba de figura humana proyecta pulsiones poderosas, audacia y violencia. Muestra borraduras donde indica ansiedad y conflictos emocionales representados en el área. Se encuentra

ubicada en contacto con la realidad, por el tamaño de la figura muestra agresividad expansiva ante las presiones del ambiente. Al dibujar un hombre muestra que siente temor hacia el padre. Demuestra preocupación por rendimiento académico. Al omitir rasgos faciales proyecta desvalorización de los miembros de la familia y perturbaciones en las relaciones interpersonales.

Al realizar el dibujo muestra signos de psicopatología seria implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de impulsos preocupación por el desarrollo sexual o abuso sexual. Refleja agresión dirigida hacia fuera. Al no dibujar pies proyecta sentimiento general de inseguridad y desvalimiento un sentimiento de no tener pies en que pararse.

Test del árbol

La figura proyecta mando y brutalidad, impaciencia preocupación de ser claro señal de resistencia. Al realizar la figura grande muestra orgullo vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad, infantilidad e inmadurez al no realizar suelo. Muestra tendencia a la brutalidad violencia y primitivismo. Refleja extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo en exceso significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación. Conflictos con el ambiente, explosividad, fantasía, vanidad y narcisismo.

Test de la familia

Proyecta pulsiones poderosas, audacia y violencia. Al realizar borraduras manifiesta ansiedad, conflictos emocionales representados en el área. Se encuentra ubicada y en contacto con la realidad. Al realizar el dibujo grande manifiesta agresividad ante las presiones del ambiente inmadurez o controles deficientes. La figura con menos detalles figura desvalorizada ansiedad y problemas emocionales asociados por el mismo. Refleja distancia emocional existente entre los mismos. Preocupación por rendimiento escolar. Proyecta angustia por el cuerpo y dificultad en el control de impulsos, preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual, agresión dirigida hacia fuera.

Frases incompletas de Sacks

Manifiesta disturbio familiar severo por lo que requiere de ayuda en el manejo emocional en dicha área.

Prueba de CAQ

Resultados cuantitativos:

Cuadro 2
Escala de puntuación CAQ

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPO
D1	2	4
D2	7	7
D3	2	1
D4	13	7
D5	9	6
D6	8	4
D7	8	7
Pa	9	6
Pp	10	5
Sc	7	6
As	6	1
Ps	9	6

Fuente: elaboración propia

Resultados cualitativos:

A nivel de la estructura básica de la personalidad, la paciente proyecta insatisfacción de la vida, acoge pensamientos autodestructivos, tensa, desmañado manejando algo perturbable, sueños molestos y evita contactos interpersonales no se halla confortable con los demás. Sentimiento de intranquilidad, cree que la persiguen. Evita situaciones con riesgo poca necesidad de excitación, no le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos.

Otros estudios diagnósticos

Se entrevistó a la prima de A.O. por lo que mostró colaboración al realizarles las preguntas correspondientes.

Impresión diagnóstica

A.O. es una persona que manifiesta perturbación y tensión debida a problemas del ambiente que le dificultan superarse, la paciente percibe falta de apoyo significativa, especialmente desde que el padre abusó sexualmente de ella. Se observa también conflicto en la relación con ambos padres, se proyecta aburrimiento, falta de apoyo y comprensión, duda y temores respecto a la misma. También le produce conflicto el distanciamiento con su familia. Esto le ha causado perturbación en sus relaciones interpersonales, especialmente en las relaciones con sus compañeras.

Presenta diversos malestares físicos que pueden catalogarse como aumento de peso y falta de sueño; por lo mismo, evidencia ansiedad provocada por la salud y las funciones corporales. A.O. Habla en las sesiones sobre estas dificultades y son parte del malestar que él mismo identifica pues le preocupa la idea de sentirse sola e incapaz. En ocasiones su actitud se torna autocrítica acusándose de errores y produciéndole pensamientos y acciones autodestructivas, que podrían reflejarse ante esto, se hacen más evidentes los sentimientos de culpabilidad, impotencia y depresión ya mencionados.

Evaluación según DSM- 5

Abuso sexual infantil

296.22 (F32.1). Trastorno depresivo mayor moderado con ansiedad

Recomendaciones terapéuticas para el caso:

Se recomienda que la paciente inicie un proceso terapéutico para modificar las conductas negativas que han surgido a raíz de la violación sexual ejercida por su padre.

Se recomienda utilizar las técnicas de Gestalt para conectar al paciente con su presente y con sus emociones. Con estas técnicas se abordara la depresión, la ansiedad, la inseguridad, la culpa y el resentimiento.

4.2 Análisis de Resultados

Al hacer las investigaciones correspondientes se aclaró la pregunta ¿Por qué se desarrolla el trastorno depresivo mayor en adolescente de 14 años a causa de abuso sexual? Ya que se aplicaron las pruebas pertinentes a la adolescente de 14 años de edad, donde reflejó síntomas del trastorno de depresión a causa de la violencia sexual que sufrió.

Al realizar la investigación se logró identificar los rasgos característicos del trastorno depresivo y cómo afecto a la adolescente de 14 años y la solución a su problemática. A sí mismo, se investigó sobre el bajo rendimiento escolar, la agresividad, y la falta de interés en el estudio que padecía la paciente a causa de la violencia sexual por lo cual cada uno de los objetivos expuestos anteriormente se investigó profundamente para lograr aclarar dudas respecto a cada sintomatología. Para lograr trabajar con la paciente la terapia correspondiente para lograr que gozara de una buena salud mental.

4.3 Plan terapéutico

Cuadro 3
Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Bajo rendimiento escolar	Lograr que la paciente tenga un buen rendimiento académico.	Se utilizarán técnicas cognitivo conductual, para lograr que tenga un buen rendimiento académico.	Estas técnicas se aplicarán por 6 sesiones y se le dejarán tareas para presentarlas a la siguiente sesión.
Depresión mayor moderada.	Cambiar el estado de ánimo y pensamientos negativos de la paciente.	Se aplica técnicas gestálticas de tipo vivencial para lograr reducir la tristeza, el rencor y la ansiedad.	Dichas técnicas se presentarán en 10 a 12 sesiones y 4 de psicología positiva.

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4
Objetivos, Técnicas y Recursos

Objetivo	Técnicas de Gestalt y cognitivo conductual	Recursos
Lograr reducir la	4x4 respiraciones: A través de respiraciones lograr que la paciente	Música de relajación.

ansiedad	baje sus niveles de ansiedad.	
Lograr que la paciente exprese todos los sentimientos negativos obtenidos durante el día.	Técnica expresiva Gestalt: cuadro de conflictos. Al momento de realizar la carta para desahogar su enojo le ayuda efectivamente a reducir el disgusto.	Un cuaderno, lápiz y crayones se realizará durante la sesión.
Logrará canalizar el enojo	Técnica de análisis del pensamiento: Al escribir todos los pensamientos negativos que le obstruyen el pensamiento le ayuda a descargarse de todo lo negativo que no puede expresarlo a alguien más	Hoja en blanco lápiz o marcadores Tarea para la casa.
Que la paciente reduzca los pensamientos que la angustian durante el día.	Técnica el Lugar seguro: Se relajara a la paciente, luego se le indica que es lo que tiene que ir imaginándose y al terminar se le pregunta con detalle para observar si siguió las instrucciones.	Música relajante Se realizará durante la sesión.
Que la paciente aprenda a perdonar.	Técnica Decídete a perdonar: La primera fase es “decídete a perdonar” se le explica en qué consiste y la definición.	Hojas lápiz o lapicero. Se realizará durante la sesión.

<p>Que la paciente sustituya sus pensamientos negativos y reflexione para poder perdonar.</p>	<p>Técnica Decídete a perdonar: 2da y 3er parte de la técnica del perdón. Se le explicará sobre la segunda parte de la técnica, lo cual consiste en que tiene que sustituir imágenes negativas por positivas. También se le explica sobre la tercera parte que está relacionada con que tiene que tomar un tiempo para reflexionar y preguntarse si realmente quiere perdonar.</p>	<p>Se realizará durante la sesión.</p>
<p>Que la paciente reconozca que le ha causado daño.</p>	<p>Técnica Decídete a perdonar: Cuarta parte del “anclaje del perdón” donde la paciente reconoce que es responsable de su vida: ya que esto no significa que deba justificar el daño o que tenga que reanudar una relación con la persona que le ha herido. Y la quinta parte “reconocer que le han causado daño”.</p>	<p>Hoja en blanco, lapiza y un espejo. Aplicarlo durante la sesión.</p>
<p>Ayudar a que la paciente reconozca sus fallas.</p>	<p>Técnica Decídete a perdonar: Parte número 7 denominada como “acepta tus fallas” la cual consiste en buscar en el interior y analizar qué tan responsable se es por lo sucedido.</p>	<p>Aplicarlo durante la sesión. Tarea para la casa.</p>

<p>Que la paciente se perdone a sí misma y se imagine a la persona frente de ella y así poder asimilar el perdón.</p>	<p>Técnica Decídete a perdonar:</p> <p>Parte número ocho consta si tiene algo de culpa, “debe aprender a perdonarse a sí misma” para luego perdonar a alguien más. La técnica del perdón parte nueve “Imagínate frente a la persona frente de ti “se debe animar y seguir adelante. La px debe tener presente que el perdón no es un acto que sucede en un momento del día, ni en un día. Sino que se trata de un proceso que lleva su tiempo y que se debe asimilar.</p>	<p>Se realizará durante la sesión.</p>
<p>Que la paciente asimile las situaciones negativas.</p>	<p>Técnica lo doloroso y lo feliz:</p> <p>Consta que en 10 minutos tiene que relatar lo que fue más doloroso para la paciente, al terminar relatar un momento donde ella se ha sentido muy feliz.</p>	<p>Se realizará durante la sesión.</p>
<p>Que la paciente desahogue todo lo que le agobia.</p>	<p>Técnica silla vacía:</p> <p>Que la paciente pueda externalizar lo que quisiera decirle a la persona que le hizo daño.</p>	<p>Se realizará durante la sesión.</p>
<p>Que la paciente reduzca su ansiedad.</p>	<p>Técnica de relajación Musicoterapia y aromaterapia:</p>	<p>Música relajante, y aromas especiales.</p>

	Hacer que la paciente reduzca la ansiedad obtenida por los pensamientos negativos.	Se aplicará durante la sesión.
Motivara a la paciente al momento de leer cada mensaje positivo.	Técnica de refuerzos positivos: La paciente escogió uno de los refuerzos positivos lo leyó y analizo cada uno.	Se realizará durante la sesión.
Hacer que la paciente se dé cuenta de los problemas que ha podido solucionar.	Técnica Misión cumplida: Se le explicará que consiste en 6 apartados que tendrá que responder, al terminar de responderlos se le indicara que los repita 5 veces en voz alta.	Se realizará durante la sesión.
Que la paciente observe sus virtudes.	Técnica mis colores mis virtudes: Se le explica a la paciente que debe realizar 7 figuras de proporción similar, al terminar se le indicara que debe escribir una virtud de ella en cada figura, hacer un dibujo de ella misma con los 7 colores.	Hoja en blanco, lápiz y crayones. Se realizará durante la sesión.
Que la paciente maneje el tema de	Resiliencia:	Computadora.

resiliencia.	Se le enseñara un video de resiliencia para que pueda afrontar cualquier situación que s ele presente.	Se realizará durante la sesión.
Lograr que la paciente se dé cuenta que analizando cualquier problema es fácil salir adelante.	Resiliencia: Enseñarle el video de “el burro que cayó en el pozo” para que se dé cuenta como se facilita solucionar cualquier problema que se le presente.	Computadora Se realizará durante la sesión.
18. Que la paciente trace sus metas.	Proyecto de vida: Que la paciente analice sus metas que se ha forjado.	Esto se realizará durante la sesión.

Nombre y firma de la estudiante
Sendy Judit Cifuentes Velásquez

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Evidentemente al momento de tratar a la paciente se observó que carecía de conocimiento respecto al tema de violencia sexual, por lo que fue engañada debido a su inocencia.

La violencia sexual generó depresión mayor moderada en una adolescente de 14 años de edad, evidenciándose debido a la sintomatología que manifestaba y test que se le aplicaron a la paciente. Confirmado por el proceso de evaluación.

La depresión mayor moderada generó bajo rendimiento escolar, agresividad y falta de interés en el estudio a la paciente que fue víctima de violencia sexual, creando indiferencias con sus compañeras y bajas calificaciones.

Se llegó a la conclusión que al momento de aplicar las pruebas correspondientes a la paciente se corroboró que padecía de un trastorno depresivo mayor moderado afectándole su estado emocional.

Recomendaciones

Es necesario que se realicen talleres sobre el tema violencia sexual, se publiquen y divulguen manuales de ayuda en las instituciones educativas, para que las adolescentes tengan el conocimiento de dicho tema y así no ser víctimas de violencia sexual.

En este sentido es recomendable se debe realizar una adecuada observación de la sintomatología que poseen los pacientes, para lograr llegar a determinar de qué trastorno padece y así poder iniciar el tratamiento psicológico correspondiente.

Al momento de observar que una paciente padece de bajo rendimiento escolar es necesario prestarle atención sin prejuicios y realizar la intervención correspondiente para estar enterados que es lo que le ocasiona dichos síntomas.

Es recomendable saber todas las clases de test que hay y su utilidad para lograr aplicar el correspondiente a los paciente que lo necesitan y así lograr saber cuál es la problemática o trastorno que posee la personan y lograr un eficaz tratamiento.

Referencias

Cheburúa, E. & Guerrica, C. (2009). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Editorial Ariel.

Darrel A. Regier / William Narrow / Emily Kuhl / David Kupfer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Marijke, A. (2005). *La violencia contra la mujer*. (2ª. ed.) Washington: Editorial: Conaprevi.

Mendels, J. (1977). *La depresión*. (2ª. ed.). España: Editorial Herder.

Morales Rabanales, R. (2015). *Características epidemiológicas de paciente víctima de violencia sexual*. (Tesis de posgrado). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Reynoso Morales, G. (2012). *Condición de la dinámica familiar y el rendimiento escolar los alumnos de primer grado de primaria de la escuela oficial rural mixta centro urbano parcelamiento caballo blanco*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar.

Valdez Monjes, E. (2011). *Agresividad en niños de 10 a 12 años: estudio realizado en el centro educativo Maranatha*. (Tesis de licenciatura). Universidad de san Carlos de Guatemala.

Vallejo, N. (1987). *Ante la depresión*. (4ª.ed.).Barcelona: Editorial Planeta S.A.

American Valdés Miyar, Manuel tr. American Psychiatric Association 2001.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Estudio de caso: trastorno depresivo mayor en una adolescente de 14 años de edad a causa de violencia sexual.

Problemática 1	Variable de Estudio (Tema a investigar) 2	Sub temas de la variable de estudio 3	Pregunta de investigación 4	Objetivo General 5	Objetivos específicos 6
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual en la adolescencia • Tristeza, miedo a la soledad, culpa, rencor, ansiosa • Agresividad hacia sus compañeras • Falta de interés en el estudio 	Depresión mayor moderada	Violencia sexual	¿Por qué se desarrolla el trastorno depresivo mayor en adolescente de 14 años a causa de abuso sexual?	Determinar la violencia sexual como causa del desarrollo de un trastorno depresivo mayor, en una adolescente de 14 años de edad.	Identificar los rasgos característicos del trastorno depresivo mayor como consecuencia del abuso sexual en adolescente de 14 años
		Estado de ánimo deprimido			Analizar cómo un estado de ánimo deprimido afectó el rendimiento escolar de adolescente de 14 años
		Agresividad			Identificar la agresividad como efecto de la violencia sexual en adolescente de 14 años.
		Bajo rendimiento escolar			Analizar la falta de interés en el estudio como factor influyente en el bajo rendimiento de adolescente de 14 años de edad.