

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



**Estudio de caso: Trastorno por estrés postraumático por abuso sexual, en una
niña de 9 años, atendida en el Centro de Atención Psicológica, Alianza
Mineduc-Upana**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Flor de María Subuyuj Jerónimo

San Raymundo, noviembre 2018

**Estudio de caso: Trastorno por estrés postraumático por abuso sexual, en una
niña de 9 años, atendida en el Centro de Atención Psicológica, Alianza
Mineduc- Upana**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Flor de María Subuyuj Jerónimo

Licda. Elvia Enoe Catú Salazar (Asesora)
M,A. Eymi Castro de Marroquín (Revisora)

San Raymundo, noviembre 2018

Autoridades Universidad Panamericana

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

Autoridades Facultad de Humanidades

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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio 2018.

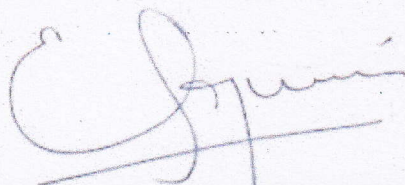
En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso Trastorno Depresivo Mayor Recidivante en una Joven de 25 años atendido en la Oficina Municipal de Protección de Niñez y Adolescencia en la Municipalidad de San Juan Sacatepéquez”. Presentado por el (la) estudiante: *Astrid Jocabed Lara Díaz*, 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. Elvia Enoe Catú Salazar
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del año 2018.

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Trastorno por estrés postraumático por abuso sexual, en una niña de 9 años, atendida en el Centro de Atención Psicológica, Alianza Mineduc-Upana”. Presentado por el (la) estudiante: **Flor de María Subuyuj Jerónimo**, 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.*



M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estudio de caso: Trastorno por estrés postraumático por abuso sexual, en una niña de 9 años, atendida en el Centro de Atención Psicológica, Alianza Mineduc-Upana"**, presentado por el (la) estudiante **Flor de María Subyuj Jerónimo** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la 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

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Organigrama	4
1.6 Visión	5
1.7 Misión	5
1.8 Programas establecidos	5
1.9 Justificación de la investigación	6
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1. Abuso sexual	7
2.1.1. Abuso sexual infantil	7
2.1.2. Criterios diagnósticos	8
2.1.3. La víctima	9
2.1.4. El agresor	9
2.1.5. Apoyo	10
2.1.6. Prevención	10
2.1.7. Instituciones	11
2.1.8. Consecuencias	12
2.2. Autoestima	13
2.2.1 Autoconocimiento	13
2.2.2 De cara a la aceptación	14

2.3. Ansiedad	15
2.3.1 Miedos	15
2.3.2 Intervención	16
2.4. Problemas de aprendizaje	16
2.4.1. En la escuela y el hogar	17
2.5. Trastorno por estrés postraumático	17
2.5.1. Descripción de las reacciones del niño	17
2.5.2. Síntomas	18
2.5.3. Especificación	19
2.5.4. Prevalencia	19
2.5.5. Curso	20
2.5.6. Criterios diagnósticos	20
2.5.7. Terapia Cognitivo Conductual	22

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1. Planteamiento de problema	23
3.2. Pregunta de investigación	24
3.3. Objetivo general	24
3.4. Objetivos específicos	24
3.5. Alcances y límites	24
3.5.1. Alcances	25
3.5.2 Límites	25
3.6. Metodología	25
3.6.1. Procedimiento	26

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso	31
4.1.1. Datos generales	31
4.1.2. Motivo de consulta	32
4.1.3. Historia del problema actual	32

4.1.4. Historia clínica	33
4.1.5. Historia familiar	35
4.1.6. Examen mental	37
4.1.7. Estado cognoscitivo	37
4.1.8. Resultado de pruebas aplicadas	38
4.1.9. Impresión diagnóstica	41
4.1.10. Evaluación multiaxial	42
4.1.11. Recomendaciones	43
4.1.12. Plan terapéutico	43
4.2. Análisis de resultados	45
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias	49
Anexos	51
Lista de Imágenes	
Imagen 1 Ubicación	2
Imagen 2 Genograma	35
Lista de Cuadros	
Cuadro 1 Organización	3
Cuadro 2 Programas establecidos	5
Cuadro 3 Pruebas proyectivas aplicadas	38
Cuadro 4 Pruebas psicométricas aplicadas	39
Cuadro 5 Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático	40
Cuadro 6 Escala de ansiedad infantil de SPENCE	41
Cuadro 7 Presentación del plan terapéutico	44

Lista de gráficas

Gráfica 1 Centro de atención psicológica Alianza Mineduc Upana

4

Resumen

El presente documento describe el estudio de caso realizado en el centro de atención psicológica Alianza Mineduc Upana, en el casco urbano de San Juan Sacatepéquez, en el que se hace referencia al caso de trastorno por estrés postraumático a causa de abuso sexual por parte de un primo paterno. La intervención psicológica que se realizó, desempeñó un papel importante en la recuperación de la integridad física y psicológica de la paciente.

Desde el conocimiento de la problemática se desglosó de forma teórica el tema de abuso sexual y sus repercusiones en la víctima como también en el agresor, a partir de ello se realizó una exhaustiva evaluación psicológica, para concretar el nivel de gravedad de los síntomas, y luego confirmar la validez del diagnóstico propuesto.

Se ejecutó la metodología cualitativa-descriptiva, implementando técnicas de observación y escucha lo cual favoreció un diagnóstico inmediato, el cual se fundamentó con la ayuda de pruebas proyectivas y psicométricas.

La intervención dio un giro de 90 grados en la paciente de 9 años quien expresó sentirse “Feliz porque ya me cure, feliz porque ya me siento bien gracias a ti” cuyas palabras plasmo en una hoja de papel bond. Es así como se confirma un exitoso diagnóstico e intervención, para el uso de cualquier persona interesada en el tema y el buen aprendizaje de un futuro profesional de la psicología.

Introducción

El abuso sexual es uno de los actos más deshonestos a lo largo de la historia porque afecta la integridad física y psicológica de la víctima, agregado a ello muy pocos casos son denunciados, y la mayoría no son detectados a tiempo y menos llevados a los tribunales, como producto de la injusticia en un país donde es bien sabido que con dinero cualquiera es inocente, en otros casos el agresor es un familiar que desmiente los hechos o es encubierto por ser una persona de confianza y para evitar algún escándalo que afecte al agresor.

¿En dónde quedan los derechos de los niños y niñas? Si tanto los padres como el agresor violan sus derechos al encubrir al victimario o dudar de las quejas del infante. Lastimosamente los intereses personales de los padres o cuidadores provocan el ofrecimiento de los niños o la justificación de los hechos, por lo que en muchos casos se llega, a un acuerdo en privado sin consultar la decisión de la víctima, a pesar de buscar una solución privada, rara vez se enfocan en buscar un tratamiento terapéutico y una revisión médica.

Las consecuencias del abuso sexual son perturbadoras dando paso a la sintomatología del trastorno por estrés postraumático que: “Se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005). Cuyos síntomas están relacionados con la ansiedad, y baja autoestima que repercute en el bajo rendimiento escolar y debilita las relaciones sociales y familiares.

El trabajo de práctica profesional dirigida, se realizó con una niña de 9 años, originaria de San Juan Sacatepéquez, Guatemala, quien presentaba los síntomas del trastorno por estrés postraumático a causa del abuso sexual por parte de un primo de 10 años. La paciente fue referida por la Señora M.J. (Tía materna) y atendida en el Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc Upana, en dicho lugar se le brindó atención psicológica y psicoeducativa,

acompañada del proceso de evaluación que estableció el diagnóstico presentado, orientado al restablecimiento de la estabilidad emocional.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Antecedentes

En el año 2017, la Licenciada Lesbia Maricela Cotzoy Patzán ha promovido la apertura del Centro de atención Psicológica Alianza Mineduc Upana brindando la oportunidad y espacio para que jóvenes universitarios en el campo de psicología, puedan brindar acompañamiento y ayuda, principalmente a los estudiantes del municipio de San Juan Sacatepéquez. Debido a la afluencia de pacientes en el centro de atención psicológica, se han iniciado los trámites para la apertura de un centro psicopedagógico en la aldea Sajcavilla, del municipio de San Juan Sacatepéquez.

1.2. Descripción

En las instalaciones del Centro Educativo “Instituto de Educación Diversificada” INED San Juan Sacatepéquez (jornada matutina). “Instituto de Educación Básica Chajomá” (Jornada Vespertina) se encuentra también el edificio de la Supervisión Educativa de San Juan Sacatepéquez. Dicha institución es la encargada de la organización de los centros educativos del municipio; debido a la cantidad de población estudiantil, la organización se ha dividido por sectores, siendo los siguientes:

- Sector centro
- Sector norte
- Sector sur
- Sector de plan fin de semana y nocturna

Cada sector cuenta con su propio supervisor educativo y es así como trabajan cuatro supervisores para el municipio.

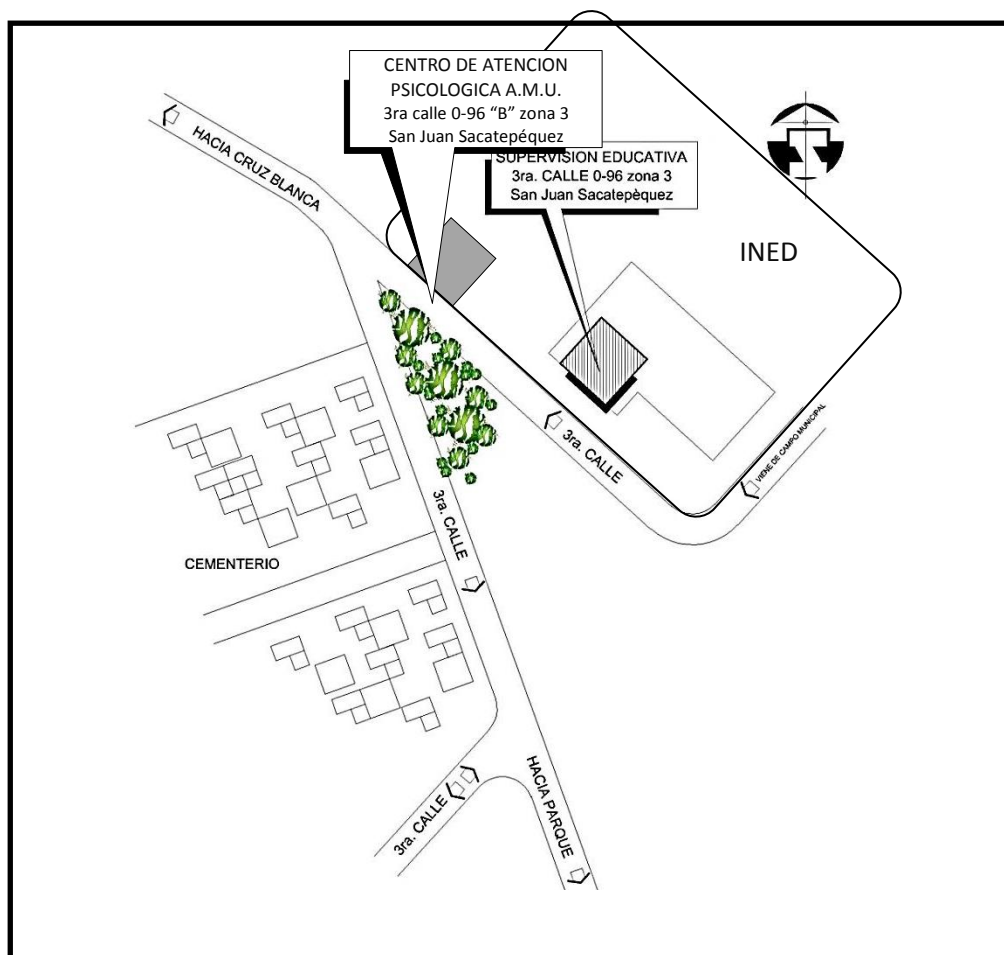
El centro de atención psicológica también se encuentra dentro de las mismas instalaciones, siendo un espacio brindado por Supervisión Educativa.

1.3. Ubicación

Nombre y Dirección: Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc Upana, 3ra calle 0-96 “B” zona 3 San Juan Sacatepéquez.

Imagen 1

Croquis de ubicación de Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc-Upana



Fuente: Supervisión educativa, marzo 2017

1.4. Organización

Cuadro 1
Organización Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc-Upana

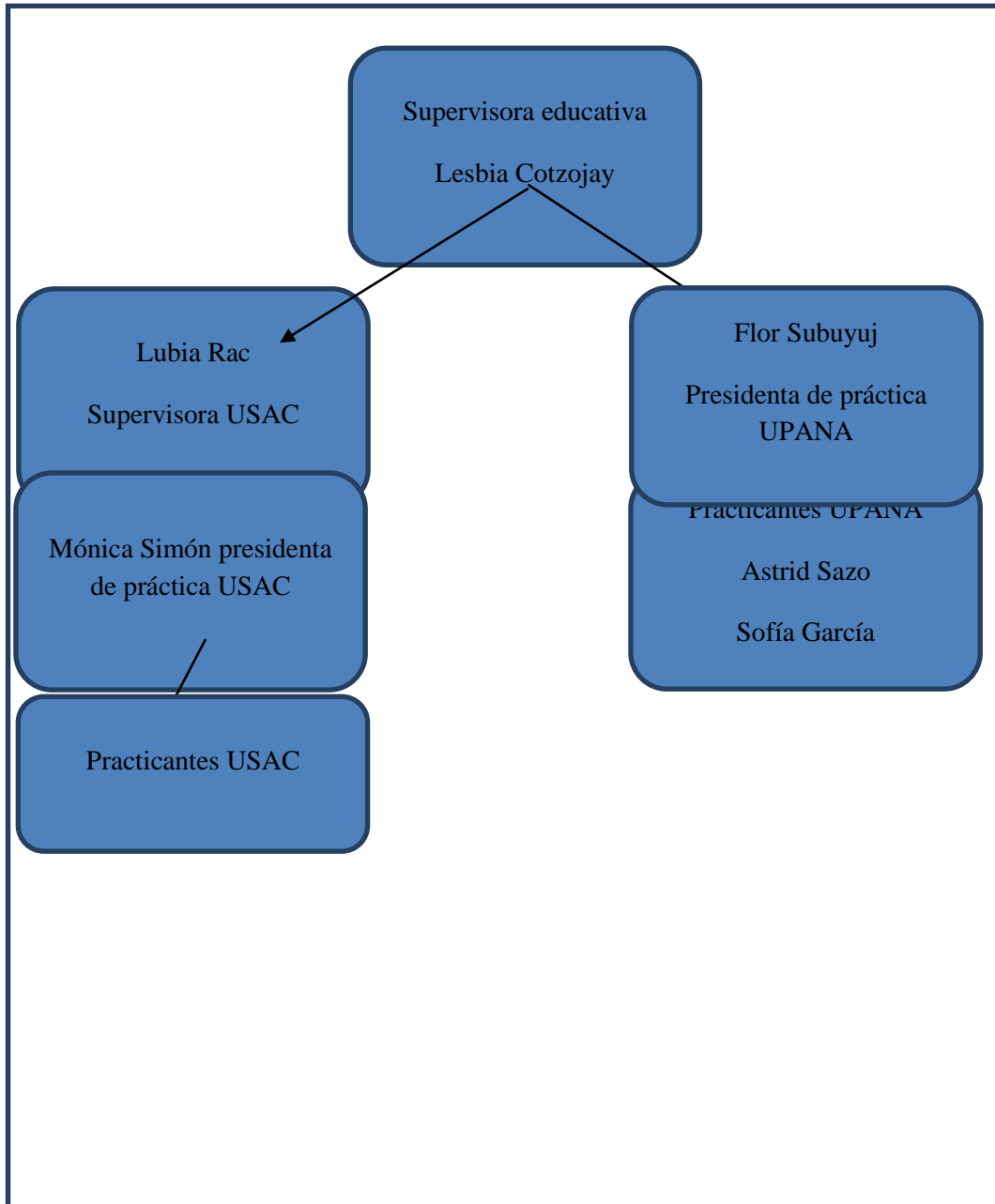
No.	Encargado	Actividades
01	Supervisora Educativa	<ul style="list-style-type: none">- Brindar las instalaciones para el centro de práctica.- Proporcionar materiales como: papel, sillas, bancas, marcadores, etc. para el centro de práctica.- Supervisar el proceso de práctica.
02	Licda. Luvia Rac, supervisora de práctica USAC	<ul style="list-style-type: none">- Supervisar el proceso de práctica de USAC, los días martes, jueves, viernes y sábado.- Observar los talleres realizados.
03	Mónica Simón presidenta de práctica USAC	<ul style="list-style-type: none">- Organizar talleres con la asociación IAN SANTIAGO.- Velar por el centro de práctica los días autorizados: martes, jueves y viernes.
04	Flor Subuyuj presidenta de práctica UPANA	<ul style="list-style-type: none">- Organización del centro de práctica los días autorizados: lunes y miércoles.- Organizar talleres con diversos centros educativos.- Controlar la asistencia de las practicantes.
05	Practicantes USAC	<ul style="list-style-type: none">- Atender los casos psicológicos.- Limpiar el centro de práctica.- Cuidar el material del centro.
06	Practicantes UPANA	<ul style="list-style-type: none">- Atender los casos psicológicos.- Limpiar el centro de práctica.- Cuidar el material del centro.

Fuente: Fuente: Supervisión educativa, marzo 2017

1.5. Organigrama

Gráfica 1

Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc-Upana



Fuente: Supervisión educativa, marzo 2017

1.6. Visión

Ser un centro que brinda atención integral e interdisciplinaria en salud mental de manera gratuita a la población de San Juan Sacatepéquez, con sedes en las aldeas aledañas al centro, beneficiando a toda la comunidad educativa y población en general.

1.7. Misión

Somos una institución que brinda atención psicológica oportuna y eficaz a los usuarios de la comunidad educativa y externa, por medio de asesorías, terapia individual y talleres, orientados a mejorar su calidad de vida y permitir a su vez, el desarrollo de competencias clínicas y éticas en los estudiantes del último trimestre de Psicología Clínica, contribuyendo a la formación de profesionales capaces e íntegros.

1.8. Programas establecidos

Cuadro 2

Programas que desarrolla el Centro de atención psicológica Alianza Mineduc Upana

No.	Programas
01	Establecer relación entre universidades: Lograr una comunicación estable de ambas universidades para lograr establecer horarios de atención, y cuidados del centro de práctica.
02	Brindar información sobre el centro de práctica: Proporcionarle información tanto a la población Sanjuanera a centros educativos para brindar servicio psicológico de acuerdo a las necesidades de cada individuo.
03	Desarrollar talleres en diversos Centros Educativos: Brindar apoyo a centros educativos por medio de la escuela de padres con diversos temas como: desintegración familiar, violencia, entre otros, ayudando en la educación de los niños sanjuaneros.

04	Prestar atención psicológica a la población Sanjuanera: apoyo psicológico consecuente para la recuperación de las situaciones emocionales y psicológicas, que causan sufrimiento y que alejan al ser humano de tener una vida plena y placentera.
----	---

Fuente: Supervisión educativa, marzo 2017

1.9. Justificación de la investigación

El incremento de la violencia en el país, y las familias sobre trabajadas, provoca la falta de afecto y atención hacia los niños, como consecuencia han aumentado los problemas educativos, por ejemplo; el bajo rendimiento en el área académica, y la deserción escolar han sido tema de preocupación para los padres de familia y el ministerio de educación. A pesar de las modificaciones en la planificación educativa, se ven deficiencias muy altas.

La falta de recursos económicos, que, impide asistir a un proceso psicológico, ha repercutido en el desarrollo de enfermedades mentales y fisiológicas incurables, en estudiantes, maestros y familias completas, por ende las problemáticas en los centros educativos radican en estudiantes procedentes de familias desintegradas y ambientes conflictivos o enfermedades de origen genético sin ser diagnosticadas; de modo que impide un buen desarrollo personal y profesional. De esta manera la sistematización se enfocó en la atención de estudiantes pertenecientes a la supervisión educativa del sector centro de San Juan Sacatepéquez.

Capítulo 2

Marco teórico

El presente informe, fundamenta el caso de sistematización enfocado en el abuso sexual y el trastorno por estrés postraumático, realizado en el Centro de Atención Psicológica, Alianza Mineduc Upana.

2.1. Abuso sexual

El abuso sexual es una característica de la violencia que afecta a niños, jóvenes, adolescentes, adultos y ancianos; ya que provoca daño físico y psicológico en la víctima, siendo un acto sexual que implica abuso de poder e intimidación incitando satisfacción en el agresor, mas no de la víctima quien se ve frustrado al verse atado al sufrimiento de los recuerdos y dolencias físicas.

La Organización Mundial de la Salud, define el abuso sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (Organizacion mundial de la salud OMS, 2013).

2.1.1. Abuso sexual infantil

Cualquier acto sexual sin el consentimiento de uno de los involucrados se convierte en abuso sexual por lo tanto existe un agresor y una víctima, que en la mayoría de casos, el afectado es un niño o niña, y el agresor un adulto, pero en la actualidad hay agresores que son personas cercanas o miembros de la familia, entre los cuales pueden ser niños o adultos. Los actos deshonestos van desde la estimulación sexual como manoseo, masturbación, vejaciones, violación, exhibicionismo

y explotación sexual que comprende la pornografía infantil y prostitución; como se define a continuación:

Este concepto hace referencia a cualquier clase de contacto sexual con un niño por parte de un familiar o un tutor adulto, con el objeto de obtener satisfacción y/o gratificación sexual de este último. Los tipos de abuso sexuales son: las violaciones, vejaciones, manoseos, obligar a mantener relación con otros niños, pornografía, exhibicionismo, etc. (Calvete & Quinteros, 2011).

En la actualidad hay diferentes tipos de violación sexual, que afecta a la población más vulnerable como las mujeres, niños, ancianos y personas con capacidades diferentes, aunque no se puede negar que los hombres también sufren abuso sexual, pero en bajas dimensiones. A pesar de que no se tienen porcentajes exactos, ya que en su mayoría no son denunciadas, aun así son alarmantes los informes que presentan los periódicos como el publicado el 9 de julio de 2017 por el periódico:

Según la Fiscalía de la Mujer del MP, del 6 de octubre de 2016 a finales de junio de este año se han registrado 4 mil 50 violaciones, cuyos actos fueron denunciados. Adicionalmente se encuentra el subregistro de los casos que no se denuncian, los cuales podrían superar los dos mil. (...) el 90 % de las víctimas son mujeres y el 3% son hombres. (Santos, 2017).

2.1.2. Criterios diagnósticos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR. el abuso sexual es objeto de atención clínica por lo que se encuentra clasificado con el código: T74.2. Abuso sexual del niño [V61.21]. En dicho manual especifica que: “Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

2.1.3. La víctima

El abuso sexual confunde a la víctima porque “No hay niño preparado psicológicamente para hacerle frente al estímulo sexual” (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006) el infante no puede saber si es malo o bueno el acontecimiento, por lo que confunde sus acciones, y los síntomas van en aumento de forma variada, dependiendo la cultura, personalidad, edad y el tipo de agresor (familiar, desconocido, persona conocida o de confianza).

A pesar de que es difícil de creer; en muchos casos el agresor es miembro de la familia o persona cercana, a quien se le confía el cuidado del niño, como un primo con quien se le permite jugar sin alguna supervisión por largas horas; agregando a esto, las amenazas pueden estar enfocadas en afectar a la familia de la víctima, por lo que el niño se limita a denunciar por miedo a quedar como un mentiroso y a la vez puedan presentarse un sinnúmero de reacciones propias de la ansiedad, y miedo a desencadenar una desintegración familiar, como lo indica el libro psicología del niño:

Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede tenerle miedo a la ira, a los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si él descubre su secreto (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006).

2.1.4. El Agresor

¿Por qué siendo un niño comete un abuso, ya sea sexual, físico o psicológico? Los factores que determinan la causa del agresor varían, en cuanto a la edad, sexo y cultura, en algunos casos, el agresor fue víctima de abuso, maltrato físico o psicológico, o bien pudo haber escuchado o visto a sus padres en un acto sexual, para lo cual no tenía la madurez necesaria para procesar la información; de manera que es importante que lleve un proceso psicológico para determinar la existencia de alguna alteración psíquica y darle fin al historial de abuso sexual, (Petrzelová, 2013) afirma:

La gran mayoría de victimarios carecieron de afecto y de contacto físico y sano de sus progenitores. Muchos de ellos han sido maltratados o también abusados sexualmente en

su propia infancia. La desdicha de su propia vida no les permitió un desarrollo adecuado de la personalidad.

2.1.5. Apoyo

Los padres no están preparados para apoyar a sus hijos en caso de abuso sexual, y muy pocas veces están informados sobre las instituciones, a las que podrían acudir y sobre las leyes que amparan la protección de la víctima, debido a la ignorancia del tema, los padres cometen el error de armar un escándalo y buscar vengarse o velar por sus propios intereses, sin tomar en cuenta las consecuencias, físicas y psicológicas del niño, “si un niño dice que ha sido molestado sexualmente, los padres deben de buscar ayuda médica y llevar al niño para un examen físico y al psiquiatra para una consulta” (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006)

Cuando el niño informe que ha sido víctima de abuso sexual, es importante apoyarlo, escucharlo y decirle que le creen y lo aman con todo el corazón, porque los niños no hablan cuando temen ser vistos como mentirosos. ”Tome en serio la historia de su niño aun si el abusador es alguien en quien usted piensa que se puede confiar” (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006)

2.1.6. Prevención

Los encargados de brindar protección a los niños son los padres, en la cual se inculcan los principios y valores, y además medidas de prevención, como el no dejarse manosear en zonas íntimas sin su consentimiento y a escondidas de los padres; de igual forma es importante promover un criterio propio en el infante que va a fomentar la autoestima, como factor importante en la toma de decisiones y autoprotección; la educación sexual es indispensable ya que los niños pueden aprender a evitar un abuso sexual cuando tienen claro el tema. “Los niños pueden aprender a evitarlo, pero generalmente cuando les sucede las coge por sorpresa, les engañan o les amenazan y no saben reaccionar adecuadamente” (Calvete & Quinteros, 2011)

La educación sexual a temprana edad es la mejor prevención porque brinda la información clara sobre la sexualidad humana, sin crear un tabú, desde la primaria, el niño debe saber que es bueno y malo, para no caer en confusiones ni trampas que puedan crear personas con malas intenciones, por ende el estado es el encargado de proveer un presupuesto digno a instituciones encargadas de la protección de la niñez para realizar programas de educación sexual; de acuerdo con las obligaciones estatales que se plantean en el inciso h. del artículo 76 de la ley de la protección integral de la niñez y adolescencia, el estado tiene la obligación de: “Diseñar y ejecutar programas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión, sexual preparación para la procreación y la vida en pareja, que inculquen la paternidad y maternidad responsable” (El congreso de la republica de Guatemala, 2003)

2.1.7. Instituciones

El estado provee un bajo presupuesto en los programas e instituciones que velan por la protección y educación de los niños y adolescentes como lo expresó Otto Rivera, presidente de la Comisión Nacional de la Niñez y Adolescencia. “La inversión diaria en salud y educación es de Q6.26 por niña o niño, mientras que en el caso de los adolescentes la cifra disminuye a Q1.27” (Rustrian, 2016).

Las autoridades estatales tiene la obligación de invertir en la educación de los niños y adolescentes, ya que las condiciones de vida de los menores, en el país se encuentra en estado vulnerable, a la que afecta, el sector económico y social, como lo expuesto en el artículo 5 de la ley de protección integral de la niñez y adolescencia. “El estado deberá promover y adoptar las medidas necesarias para el cumplimiento efectivo del interés de los niños, niñas y adolescentes y de la familia” (El congreso de la republica de Guatemala, 2003)

Las dependencias públicas tienen la obligación de atender la denuncia de cualquier institución educativa, pública o privada; en caso de abuso físico, mental o sexual, el cual buscará esclarecer los hechos, y detener al agresor, con el fin de velar por los derechos de la niñez y adolescencia como lo expresa el artículo 44 de la ley de protección integral de la niñez y adolescencia. “Las

autoridades de los establecimientos de enseñanza pública o privada comunicaran a la autoridad competente los casos de abuso físico, mental o sexual que involucre a sus alumnos” (El congreso de la republica de Guatemala, 2003).

En Guatemala hay instituciones públicas y privadas que se enfocan en la protección de la niñez y adolescencia, entre ellos: Aldeas Infantiles SOS Guatemala, Ministerio Publico MP, Fundación Sobrevivientes, Procuraduría General de la Nación PGN, Procurador de los Derechos Humanos PDH, Policía Nacional Civil PNC, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, la asociación La Alianza, entre otros. (Ver anexo 13).

2.1.8. Consecuencias

La vergüenza y el miedo generan conflictos emocionales y físicos que se acarrean en la edad adulta, porque en muchos casos la víctima es incapaz de, desenvolverse en el ambiente social y educativo, que deteriora la confianza de manera que presenta dificultad para establecer relación con otras personas (amigos o familia), como se describe a continuación:

“El trauma que provoca el abusos sexual marcará emocionalmente al niño y si los abusos se prolongan, el niño perderá la seguridad en sí mismo, su autoestima ser baja, se despreciará, se convertirá en un niño retraído, deprimido y desconfiado de los demás, cuando crezca adquirirá una distorsionada presentación sobre la sexualidad y sus relaciones heterosexuales futuras se verán perjudicadas” (Petrzelová, 2013).

La inestabilidad emocional, recae en la desesperación y angustia que en muchos casos termina en suicidio, agresión, confusión sexual o vicios como el alcohol y las drogas. (Petrzelová, 2013) afirma: “En muchos casos los niños abusados sexualmente abusarán del alcohol, de las drogas; inclusive hasta prostituirse, tanto las niñas como los niños a su vez pueden convertirse en abusadores sexuales de menores en el futuro”.

Las consecuencias psicológicas, físicas y emocionales del abuso sexual pueden resultar desesperantes, puesto que presenta una variada sintomatología entre ellas se eligieron las más significativas: baja autoestima, bajo rendimiento escolar, miedo y pesadillas.

2.2. Autoestima

“La confianza es nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida. Confianza en nuestro derecho a ser felices” (Branden, 2011). A consecuencia del abuso sexual, se ve afectada la confianza, de manera que la víctima se desvaloriza a sí mismo, crecen los temores e inseguridades y envidia la estabilidad de otros, de igual forma se deterioran las relaciones sociales y familiares, el niño ó niña se vuelve muy retraído, se auto agrede y presenta cambios severos en el comportamiento, como llanto excesivo e irritabilidad.

Con la intención de ayudar a la víctima a superar el trauma se le debe explicar en qué consiste el abuso sexual y ayudarlo a que exteriorice el evento, para que no se vea a sí mismo como una persona diferente a los demás o como sujeto malo y alguien sin valor; como se plantea en el libro psicología del niño “el niño que es víctima de abuso sexual... usualmente desarrolla una pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad” (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006).

2.2.1. Autoconocimiento

Es importante que el infante aprenda a reconocer las propias emociones y sentimientos, ya que le permite ampliar el panorama acerca del autoconocimiento que provoca seguridad en sí mismo, de manera que es indispensable, que aprenda a ser responsable y adquiera autocontrol, por lo que si un niño cree que es la peor versión del ser humano, lo será y bloqueará toda posibilidad de desarrollarse con un ser humano integro con derecho a ser feliz y cumplir sus sueños, como lo plantean (Kaufman & Raphael, 2000):

El hecho de ser responsable por lo general provoca que sucedan cosas buenas en casa o en la escuela... la verdadera razón estriba en que esto es lo mejor que puedes hacer para ti mismo. Te ayuda a sentirte seguro y con confianza dentro de ti. Te da una sensación de poder personal.

Reconocer los sentimientos permite verlos desde otra perspectiva, y de esta forma proponer modificaciones en los pensamientos, como una manera de identificar qué es lo que está pensando o diciendo, por lo que es sano escribirlos en un papel o contarle a los papas, hermanos, amigos y consejeros; siempre y cuando buscar ayuda profesional como el psicólogo, quien podrá brindar herramientas para interiorizar, definir el auto concepto; lograr armonía consigo mismo y recuperar la confianza. “Cuando tienes un pensamiento negativo o crítico acerca de ti mismo, cámbialo por un pensamiento positivo. Cuando tus voces interiores te digan algo malo respóndele” (Kaufman & Raphael, 2000)

2.2.2. De cara a la aceptación

La fase de aceptación y perdón dignifica al ser interior, a pesar de lo difícil que es perdonar, es indispensable para tener paz y armonía, esto permite, un desarrollo normal de la personalidad y mejora las relaciones familiares, sociales y escolares; está claro que no se pueden borrar los hechos traumáticos pero, si se pueden minimizar las reacciones, ante los estímulos internos y externos, cuando se busca modificar los pensamientos negativos como venganza, odio y rencor, es importante responder con pensamientos positivos, tomando la responsabilidad de su existencia pero aprendiendo a poner límites a los pensamientos negativos y dañinos, de esta manera se promueve la aceptación, seguridad, confianza y se minimizan los temores o ansiedad que pudiera ocasionar. (Branden, 2011) Considera:

El vivir de manera consiente es vivir de manera responsable y de cara a la realidad, No es necesario que nos tenga que gustar lo que vemos, basta con reconocer sus existencia, y también aquello que no existe. Los deseos, temores y negaciones no modifican los hechos.

2.3. Ansiedad

En el caso de abuso sexual a un niño, la familia puede incidir en el infante para que se apropie de la ansiedad de un miembro de la familia, o bien la reacción de la familia ante un acontecimiento perturbador, podría influir en la sintomatología de la víctima. (Rita & Allen, 1997) afirman:

La exposición frecuente a acontecimientos generadores de tensión de más o menos intensidad y la observación de los estilos de afrontamiento por parte del adulto que manifiestan ansiedad ante estas experiencias, pueden contribuir a la creación de patrones similares de dificultad en los niños de dichas familias.

2.3.1. Miedos

Hay miedos que son normales como el miedo a las arañas, a la obscuridad y a los perros que conforme crezca el niño pueden desaparecer, no obstante los miedos que sean intensos y duren más de lo esperado pueden ocasionar sentimientos de tensión, angustia, insomnio, dificultad para respirar; dolores abdominales, en el pecho y taquicardia, por lo que (Rita & Allen, 1997) mencionan: “Si el miedo aun cuando dure poco, crea un malestar mayor de lo normal o interfiere con el funcionamiento normal, la intervención estará justificada”

2.3.2. Intervención

Hablar con una persona de confianza puede ser un primer paso para curarse; la ayuda de un profesional de la salud mental, juega un papel fundamental en estos casos, ya que el profesional realizará una evaluación profunda sobre el origen de los síntomas e intentará corregir las creencias para modificar sentimientos y emociones, por lo que la intervención debe darse de forma inmediata, ya que los mecanismos de defensa alteran la estabilidad emocional del infante cuando intenta evitar los lugares o situaciones que le producen miedo. “El miedo debe provocar una angustia exagerada o interferir de modo significativo en la rutina normal del niño, en su funcionamiento escolar o en sus relaciones sociales” (Rita & Allen, 1997).

La respiración se altera cuando el niño tiene miedo; al igual que cuando realiza ejercicios porque aumenta la frecuencia cardiaca, así que siente ansiedad pero a diferencia del ejercicio, el niño no sabe porque siente la falta de aire, sudoración, angustia, temor, palpitaciones, preocupación, ataque de pánico, insomnio y pesadillas nocturnas, por lo que el terapeuta tendrá que intervenir con técnicas de relajación que ayudarán a minimizar los niveles de ansiedad; cuando el niño aprenda a respirar de forma diafragmática, podrá experimentar una sensación de relajación como lo expresa (Roca, 2015) “Si aprendemos a respirar en forma diafragmática lenta, esto puede ayudarnos a relajarnos y a controlar la ansiedad”.

2.4. Problemas de aprendizaje

Cuando el niño o niña han experimentado un abuso sexual, es importante prestarle atención a la recuperación emocional del infante, ya que una inestabilidad, puede provocar un decaimiento en el rendimiento escolar, por lo que disminuye la concentración, la atención y memoria; el cual se ve afectado a causa de la carencia de las necesidades básicas como la alimentación y el cumplimiento de las horas del sueño, el libro psicología del niño sostiene que luego del acontecimiento las víctimas “continúan atemorizados y perturbados por varias semanas. Pueden tener dificultades para comer y dormir, y pueden sentirse ansiosos al pensar en regresar a la escuela” (Ediciones Mirbet S.A.C., 2006).

2.4.1. En la escuela y el hogar

El niño se comporta de manera incontrolada y desafiante, lo cual provoca problemas escolares y del hogar, como: riñas, fugas, conductas delictivas, depresión e intentos de suicidio tal y como lo plantea (Tema Rabanales, 2015) sobre los indicadores comportamentales que son: “Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales, problemas escolares o rechazo a la escuela, fantasía o conductas agresivas, tendencia al secretismo, agresividad, fugas o acciones delictivas, autolesiones o intentos de suicidio”

2.5. Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por los síntomas que el niño desencadena luego de vivenciar un evento desastroso ó doloroso que atenta contra la integridad física y psicológica del infante, esta sintomatología comprende la reexperimentación de los hechos, esfuerzos por evitar los recuerdos y lugares referentes al evento traumático como también la hiperactivación que implica insomnio, irritabilidad, hipervigilancia y ataques de ira; cuyos síntomas podrían acrecentar con el tiempo, si no recibe una intervención inmediata, de acuerdo con el DSM-IV-TR (2005) el TPEP se define como:

La aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. (Asociacion Estadounidense de Psiquiatria, 2005).

2.5.1. Descripción de las reacciones del niño

El niño se mostrará retraído como un mecanismo de defensa que busca evitar cualquier lugar, o momento que implique un recordatorio o contacto con el sexo opuesto, y con personas desconocidas o de confianza, por lo que tendrá un grupo selecto de personas con las que se sentirá segura y a quien cree poder confiarle. “A la mayoría de niños les produce malestar recordar o que se les recuerde el trauma y tienen pensamientos recurrentes e intrusos sobre el acontecimiento” (Rita & Allen, 1997).

Los niños reaccionan con miedos intensos fuera de lo normal, como el temor a otras personas, lugares, objetos, libros, juegos, entre otros, ya que son miedos variados y exagerados, todos esos miedos se convierten en ansiedad por lo que la intervención se centra no solo en los miedos sino en el detonante de esos temores. Según (P & Krauss, 2009) “Las experiencias traumáticas pueden desencadenar recuerdos dolorosos de conflictos inconscientes anteriores sin resolver y pueden

causar que la ansiedad se desborde como resultado de una incapacidad para mantener reprimidos estos recuerdos”.

2.5.2. Síntomas

El niño tuvo que haber experimentado algún evento que estuviera relacionado con asalto, violación sexual, accidente de tránsito, catástrofe o fallecimiento de un familiar, posterior a ello la víctima presenta síntomas de carácter recurrentes, e ideas delirantes como sueños nocturnos y fobias que el paciente trata de evitar a toda costa, lo que provoca ansiedad y angustia de manera que se ve afectado emocionalmente, y la conducta que presenta puede ser retraída o agresiva, ya que cada niño presenta diferente sintomatología como lo especifica el DSM-IV-TR (2005):

Puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: Afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo síntomas disociativos; molestias somáticas: sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas... En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

2.5.3. Especificación

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático según (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005):

Agudo: Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

Crónico: Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

De inicio demorado: Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

2.5.4. Prevalencia

Las mujeres niños y ancianos son la población más vulnerable en el caso de abuso sexual quienes son posibles candidatos a presentar el trastorno por estrés postraumático, en el caso de abuso sexual es más probable que la víctima presente el TPEP, posterior al abuso o algunos meses después del acontecimiento o algún otro trastorno de ansiedad.

Al comparar mujeres que fueron víctimas de asalto físico o lesiones con mujeres que fueron víctimas de violación, los investigadores encontraron que las víctimas de violación tuvieron muchas más probabilidad de desarrollar TPEPT al igual que otros problemas psicológicos graves. (P & Krauss, 2009).

2.5.5. Curso

No hay edad específica para presentar el trastorno por estrés postraumático, por lo que es diagnosticado, en niños, adolescentes, adultos y ancianos; la temporalidad varia por lo que puede ser agudo, crónico y de inicio demorado, aclarando que la pronta intervención pronosticaría una posible recuperación completa en menos de tres meses como lo describe el DSM-IV-TR (2005) “La mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores”. (Asociacion Estadounidense de Psiquiatria, 2005).

2.5.6. Criterios diagnósticos

Los criterios para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR los cuales se copian literalmente.

F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:
- 1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más). Acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - 2) La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
- 1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - 2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - 3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 - 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
- 7) Sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- 2) Irritabilidad o ataques de ira.
- 3) Dificultades para concentrarse.
- 4) Hipervigilancia.
- 5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C Y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005).

2.5.7. Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo conductual es un enfoque que provee habilidades para el control de pensamientos y permite disminuir de forma gradual los síntomas de reexperimentación, evitación y activación, propios del trastorno por estrés postraumático a causa de una violación sexual, por lo que está conformado de las técnicas: desensibilización, reestructuración cognitiva

y se complementa con la psicoeducación y técnicas de relajación. Tal y como lo dan a conocer (P & Krauss, 2009):

Los enfoques cognitivos-conductuales consideran el trastorno como resultado de pensamientos negativos y desadaptativos (...) el tratamiento puede involucrar enseñar a las personas con TPEPT nuevas habilidades de afrontamiento, de modo que puedan manejar de manera más eficaz el estrés y restablecer los lazos sociales con otros que puedan proporcionarles apoyo continuo.

El tratamiento farmacológico puede aliviar los síntomas, aun así va de la mano con el tratamiento psicoterapéutico para afrontar los ataques de ansiedad condicionada y de forma gradual que al final busca sellar el dolor del trauma, para evitar posibles recaídas; además la psicoterapia motiva el proceso del tratamiento médico ante los efectos secundarios. Como lo establecen (P & Krauss, 2009):

Sería ingenuo pensar que la medicación por sí sola es suficiente para aliviar los problemas psicológicos e interpersonales angustiantes que agobian a aquellos con TPEPT (...) los psicólogos recomiendan la psicoterapia continua, no solo para tratar problemas emocionales sino también para vigilar las reacciones del individuo a los tratamientos médicos.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El abuso sexual es comprendido como una actividad sexual entre dos o más personas sin el consentimiento de la víctima, por ende, el abusador busca satisfacer necesidades de placer sin tomar en cuenta las repercusiones de la víctima, provocando así un acto deshonesto y agresivo. A pesar de que existe el manoseo, que también afecta, la memoria y estabilidad emocional de la víctima, pese a que no haya penetración sexogenital, se reconoce como abuso sexual por medio del manoseo forzado, acompañado de amenazas. Los niños son la población más vulnerable, a ser víctimas de violencia física, psicológica y sexual; por ende la protección de los niños es responsabilidad de los padres, puesto que en muchos de los casos las agresiones son ocasionadas por un familiar o persona cercana a la familia.

Se debe considerar los síntomas expresados por la víctima los cuales, están relacionados con el miedo; así como tristeza por sentirse diferente a los demás, que podría influir en el aislamiento y dificultad de conciliar el sueño, acompañado de pesadillas que recapitularían el evento traumático y sobre todo desaprobación por su cuerpo. Una víctima de abuso sexual que se define como podría desencadenar confusión, ansiedad, enojo y temor, que implica esfuerzos por evitar pensamientos sobre el evento traumático impidiendo así un buen desarrollo físico, emocional y mental. Como se presentó en una paciente llamada H.V. de 9 años quien vivencio un abuso sexual, específicamente manoseo forzado en los genitales; el cual, fue descubierto por su madre, por lo que, posiblemente evito una violación por medio de penetración. Este acontecimiento ha desencadenado un “sinfín” de comentarios alarmantes y preocupación por parte de la familia y compañeros de la escuela en la que cursa el tercer grado de primaria. Debido a todo lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

3.2. Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre el trastorno por estrés postraumático y el abuso sexual de la paciente?

3.3. Objetivo General

Explicar la relación existente entre el trastorno por estrés postraumático y el abuso sexual en el caso de estudio atendido en el centro de atención psicológica, Alianza Mineduc Upana.

3.4 Objetivos Específicos

- Analizar las consecuencias del abuso sexual en el caso de estudio.
- Identificar estrategias y herramientas para mejorar el autoestima en el caso de estudio.
- Describir las herramientas psicológicas que permiten afrontar los miedos y ansiedad, en el caso de estudio.
- Evaluar el impacto del abuso sexual en el rendimiento escolar del caso de estudio.

3.5 Alcances y límites

3.5.1. Alcances

Durante la intervención psicológica del 17 de abril hasta el 3 de julio del 2017, se estableció una buena relación entre terapeuta y paciente, caracterizada por la empatía, apoyo y comprensión, permitiendo de forma pronta y eficaz cambios significativos en la paciente como la recuperación de la estabilidad emocional y de la confianza en sí misma, que dio paso a la confrontación del evento traumático; que permitió sellar el dolor y reducir el estrés. En el proceso fue evidente el apoyo de la madre de H.V, quien hizo esfuerzos para llevar el mensaje a su familia y lograr cambios importantes para su beneficio y el de sus hijas.

Brindar terapia gratuita permitió no solo a la paciente H.V. Recibir un proceso terapéutico de calidad sino a más de 20 personas. Quienes provenían de las diferentes zonas y aldeas de San Juan Sacatepéquez, por lo que se divulgó la información del centro de atención psicológica de calidad con el apoyo de la supervisión educativa de San Juan Sacatepéquez y estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3.5.2 Limites

Es importante destacar el bajo presupuesto por parte del centro de práctica, para ampliar la clínica y personalizarla para niños y adultos; evidentemente es necesario incluir a otros profesionales de la salud mental, al servicio de la comunidad. Aunque la falta de patrocinadores impide otorgar una remuneración al terapeuta por sus servicios, también es de suma importancia la promoción del centro, dado que la población confunde los términos; psicología, y psiquiatría, debido a que creen que las dos profesiones atienden a locos, provocando que en la mayoría de casos de niños, los papas no apoyen a pesar de que se le hace la solicitud para que se presente, no fue posible en la mayoría de los casos, argumentando, que no estaban locos para asistir. Por este motivo fue evidente trabajar solamente con la madre y paciente en la mayoría de casos de niños.

3.6. Metodología

El caso de estudio fue referido por una tía que trabaja en la supervisión educativa del sector centro de San Juan Sacatepéquez, ya que la sintomatología evidenció un caso de abuso sexual la cual hizo referencia al trastorno por estrés postraumático, a pesar de la negativa del papá, para realizar la denuncia de abuso sexual a su hija; la madre decidió buscar ayuda. Por lo que se atendió a la niña de forma inmediata, dado que la niña se aisló del ambiente social y educativo, posterior a ello también la mamá recibió atención psicológica.

3.6.1. Procedimiento

El primer contacto terapéutico fue clave, puesto que la niña se resistía a quedarse en la clínica, de inmediato se inició un acercamiento de rapport y empatía, y en el momento que se le explicó a la niña que estaba en un lugar seguro, en donde se divirtió y aprendió a minimizar los síntomas que no la dejaban sentirse bien. Fue cuando la niña accedió, luego se empezó con un dibujo acompañado de música relajante, posterior a ello se le explicó a la niña que estaba en un lugar especial donde podía confiar, y sobre todo la promesa de que los secretos se guardan en un cofre del que se pierde la llave, haciendo referencia a la ética profesional del psicólogo; es así como la niña describió los hechos, en donde se aclaró que su primo intentó abusar de ella en su habitación, pero la intervención de la madre impidió un abuso sexual por medio de penetración; la niña no sabía, si, el que su primo haya tocado sus genitales, era abuso o no. Al finalizar la sesión se sintió muy tranquila y logro minimizar los niveles de ansiedad por medio de respiraciones y técnica de relajación.

En cuanto a la entrevista, se realizó con un lenguaje pasivo y sonriente, con toda la disponibilidad de escuchar y comprender a la madre y su hija. Ya que eran evidentes los síntomas al momento de entablar una conversación con la niña, pese a la gravedad que evidencio la niña en la primera sesión, se utilizaron técnicas proyectivas para fundamentar el diagnóstico; para estudiar el estado emocional y algunos rasgos de personalidad de la paciente ya que el test proyecta de manera inconsciente sus ideas, deseos, conflictos, y temores, entre ellos se utilizaron el test del dibujo de la figura humana de Machover, el test de la familia de Louis Corman, y el test de los colores de Lusher, que se detallan a continuación:

Test del dibujo de la figura humana de Machover: la interpretación del dibujo indicó un claro conflicto en la identificación sexual, y rigidez que se manifiesta como una defensa ante el ambiente expresada en el retraimiento, ante todo la niña busca ser comprendida, apoyada, y si fuera posible borrar los hechos que perturban su mente y le provocan vergüenza. Quiere ser como la niña que en algún momento fue, porque no tiene esperanzas de volver a ser la misma que jugaba y se divertía con sus primos; se siente diferente a los demás, por lo que hace esfuerzos por

agradar a otros, y a la vez los deseos de hacer justicia invaden sus pensamientos, a pesar de sus esfuerzos, no es posible desencadenar sus deseos de agresividad en contra de toda persona que sea culpable o cómplice de los hechos, debido a las represiones, la prueba presenta indicios de depresión. (Ver anexo 3 y 4).

Test de la familia de Louis Corman: Los resultados permitieron observar los sentimientos de injusticia para su familia y ella misma, por lo que H.V. se siente en un ambiente de menosprecio, ansiedad y conflictos emocionales; además los sentimientos de haber sido violentada o de usar la violencia hacia algún individuo están presentes, al ver el tema de comunicación entre la familia, se refleja cortada o limitada, por lo que se relaciona de forma evidente al evento traumático, en el que todos o nadie quiere hablar, de manera que es un indicador de ansiedad y conflictos emocionales (ver anexos 5 y 6).

Test de los colores de Lusher: El test afirma que H.V. anhela paz, tranquilidad y estabilidad emocional, por lo que realiza esfuerzos insatisfactorios para superar los obstáculos y las dificultades, que a lo largo de los últimos meses han provocado aislamiento de los demás, y limitan un desarrollo normal como otros niños de su edad, de modo que su capacidad imaginativa se ve perturbada por el miedo a que se repitan los hechos o nunca pueda encontrar la paz, que limita la felicidad, confianza en sí misma y en los demás; en consecuencia busca huir de la realidad. (Ver anexo 7).

Se ha demostrado la confiabilidad de cada una de las pruebas mencionadas, pero es importante confirmar el diagnóstico con pruebas psicométricas que presentan resultados de forma cuantitativa, por esta razón se aplicó la “Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático”, validado por la universidad de Vasco en España, esta prueba permitió confirmar el tipo y gravedad del trastorno por lo que fue un instrumento útil, para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas, dado que esta prueba clasifica los síntomas, siendo estos; la reexperimentación, evitación y activación, como un elemento extra presenta una escala de manifestaciones somática de la ansiedad, en dicha prueba se determinó que la gravedad de los

síntomas estaban cerca de alcanzar el punto máximo, debido a que esta prueba está basada en 17 síntomas del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV. (Ver anexo 8).

Se utilizó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, esta última con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad que aún se manejaban por parte de la paciente, que representaron índices bajos de ansiedad, que confirmaron los avances en el caso de estudio. (Ver anexo 9).

Las acciones terapéuticas, se enfocaron en minimizar la sintomatología propia del trastorno por estrés postraumático agudo, en H.V. de 9 años tras ser víctima de abuso por un primo paterno de 10 años. De manera que se abordó la terapia cognitivo conductual con el propósito de brindar herramientas que le ayudaran a la paciente a enfrentar el evento traumático e identificar los estresores, que limitan su estabilidad, la niña logro tomar conciencia de las secuelas y procurar reemplazar los pensamientos negativos en positivos, que le permitieron un equilibrio emocional, de tal forma que se utilizó la psicoeducación, la técnica de relajación, de reestructuración cognitiva, desensibilización y relajación. Que a continuación se detallan:

La Psicoeducación proporcionó a la paciente y a la madre, información básica sobre el acontecimiento, por lo que facilitó la descarga emocional y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, durante las primeras sesiones, permitiendo así clarificar la confusión que ambas tenían en cuanto al abuso sexual. Por lo que el proceso de psicoeducación encaminó a la paciente hacia un mejor equilibrio personal y social.

Reestructuración cognitiva: se enfocó en identificar los pensamientos, las creencias y valoraciones subjetivas que la paciente asía, en cuanto a su entorno social, familiar y personal. Por lo que esta técnica procuró modificar el modo de interpretación de la paciente de manera que fue indispensable la elaboración de tarjetas que describían pensamientos y sentimientos negativos que posiblemente experimentó la paciente en los últimos meses, así que la niña clasificó las tarjetas con las que se identificó y posterior a ello expreso su reacción negativa ante cada una, por lo que analizó el efecto desfavorable que causaba en ella, y luego idealizo un pensamiento y reacción positiva que superó las reacciones negativas.

Desensibilización: Con el propósito de procesar la información del evento traumático y minimizar los niveles de ansiedad como consecuencia del malestar físico, emocional o cognitivo, se realizó en más de una sesión esta técnica, la cual solicitó la realización de una lista de estresores y eventos traumáticos, y más adelante la niña aprendió a relajarse mientras imaginaba los eventos de forma gradual, desde el evento insignificante hasta llegar al más traumático que fue el abuso, tomándolo como un hecho del pasado que debía despedir para iniciar un nuevo capítulo de su vida.

Las técnicas de relajación fueron importantes desde el inicio, por esta razón se utilizó la estrella de la respiración (ver anexo 10). La estrella de la respiración permitió a la paciente aprender a inhalar y exhalar de forma consciente y adecuada. La técnica de relajación muscular y de imaginación, de los cuales se obtuvieron resultados satisfactorios ya que la paciente expresó sentirse relajada en un ambiente de confianza.

Se utilizó la técnica de mándalas (ver anexo 11), antes de la actividad se platicó sobre los avances, y con la ayuda de una pista relajante, la paciente eligió un mándala para colorear y a continuación idealizó y anotó diversas situaciones que le generaban especial ansiedad, angustia o tensión, posterior a ello desarrolló su creatividad, luego la paciente propuso una solución que le podría ayudar a eliminar su exceso de tensión, y para finalizar contempló el mandala en estado meditativo y silencio mental durante ocho minutos. A la vez esta técnica facilitó la atención y la observación en el resto de la sesión.

En la última sesión se evidenciaron los avances, por lo que la paciente expresó el aprendizaje y los cambios que ella misma sintió, así mismo por medio del dibujo, la niña expresó su sentir “Feliz porque ya me cure. Feliz porque ya me siento bien. Gracias a ti” (ver anexo 12). Debido a los cambios significativos, se integró a H.V. en dos terapias de grupo con niños, que fueron atendidos en la clínica del centro de atención Psicológica Alianza Mineduc Upana, en donde se realizaron técnicas de relajación y se conversó sobre la vida estudiantil, y aspectos positivos o negativos dentro del hogar y el plantel escolar, en dicha actividad la paciente se mostró muy dinámica, ya que su participación sobrepasó al de los demás, en donde ella misma dio consejos y

apoyo a sus compañeros, así mismo se realizó una actividad de despedida posterior a las sesiones, en la que jugaron, bailaron y se divertieron los niños.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1. Sistematización del estudio de caso

4.1.1. Datos Generales

Datos niña

Nombre:	H.V.J
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	San Juan Sacatepéquez 8 de Junio de 2,008
Edad:	9 años
Escolaridad:	2do primaria
Centro educativo:	Escuela de Niñas Belarmino Manuel Molina J.V.
Dirección:	Aldea Loma Alta, San Juan Sacatepéquez
Religión:	Católica

Datos padres o encargados

Nombre del padre:	R.V.
Edad:	36 años
Ocupación:	Vendedor de Terrenos
Profesión:	3ro Básico
Lugar de Trabajo:	En la casa
Nombre de la madre:	I. J.
Edad:	35 años
Ocupación:	Ama de casa
Profesión:	4to primaria

Referido por:	La señora M.J. (Tía materna)
---------------	------------------------------

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 17 de abril de 2017

4.1.2. Motivo de consulta

La mamá refiere: “No sé si mi hija fue violada o que paso, eso quiero que usted averigüe”

4.1.3. Historia del problema actual

La mamá cree que su hija fue violada, aunque no lo ha confirmado. Es así como la niña fue llevada por su mamá a la clínica, ya que se enteró que uno de sus sobrinos, abusó o intento abusar de su hija. La señora refiere que el día 1 de marzo llegó a la habitación de la niña y encontró al niño presionando a su hija contra la pared su reacción fue regañarlo, al enterarse los papás del sobrino no quisieron hacerse responsables del comportamiento de su hijo y exigieron que se le reste importancia, porque únicamente son niños y no saben lo que hacen, también el esposo ha decidido no tomar cartas en el asunto, por lo que la madre asistió a la clínica sin autorización del padre, porque le preocupa que H.V.J. este triste y con temor todo el tiempo, además sueña y se despierta llorando demasiado argumentando que extraña a su hermana a quien no conoció porque murió al nacer.

A pesar de la insistencia la madre no ha logrado saber la verdad de los hechos, ya que la niña no quiere hablar del tema en su casa, pero en la escuela dijo el 3 de abril que su primo había vuelto a tocarla provocando un resbalón, motivo por el que la madre fue llamada de la escuela donde le exigieron asistencia psicológica y responsabilidad por su parte. Este suceso molesto a la madre quien ha modificado sus actividades para estar cerca de su niña, ya que la ve con miedo y muy apegada a ella; en consecuencia, la niña no sale a jugar con sus hermanas y primos, porque que la niña tiene horror al pasar cerca de la casa de su primo agresor y teme que el evento traumático vuelva a suceder.

En la primera sesión la niña expreso que sintió las manos de su primo en sus genitales más no hubo penetración. Por lo que el evento traumático, perturba sus pensamientos e impide un buen rendimiento escolar, al hablar sobre el reciente resbalón la paciente argumento que fue un sueño, a raíz de los acontecimientos tiene mucho miedo puesto que quisiera borrarlo de su mente. Por otra parte la paciente manifiesta que extraña a su hermana que no conoció, pero reconoce que la acompaña en todo momento por lo que ella está presente en sus oraciones día y noche, siendo este un motivo de preocupación para la mamá ya que las tres hijas no dejan de hablar de ella, a pesar de no haber vivenciado esa pérdida.

4.1.4. Historia Clínica

Historia prenatal

Los padres esperaban al segundo bebé, ya que el fallecimiento de su primer hijo, los había destrozado, por lo que deseaban formar una familia numerosa en honor a quien fue su primer bebe.

Nacimiento

La noticia del embarazo de H.V.J, fue de alegría para los padres, cuyo embarazo no tuvo complicaciones y el parto fue normal, a diferencia del nacimiento de las otras dos hermanas que fue por medio de cesárea.

A partir de los 3 meses, la bebe presentó mucha toz por más de 1 mes, por lo que estuvo internada para controlar los avances, sin presentar algún diagnóstico claro, y a los 5 año fue diagnosticada de inicio de anemia en la sangre.

Evolución neuropsíquica

La niña balbuceo hasta los 3 años, sin embargo no afecto en su proceso de aprendizaje.

Evolución del lenguaje

El lenguaje fue claro hasta los 3 años y medio.

Desarrollo escolar

Al iniciar la preprimaria la niña fue muy feliz, expresa la madre que “era muy activa y le gustaba pintar por lo que se destacó y obtuvo el 2do lugar en un concurso de pintura en preparatoria”.

Desarrollo social

La niña tiene habilidades sociales, por lo que hace amistades en cada lugar que visita, siendo muy amable y expresiva.

Historia médica

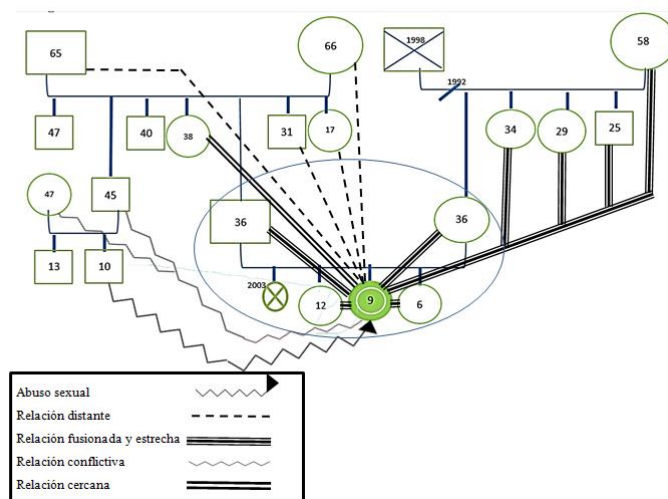
Fue internada 20 días por una fuerte toz, y a los 5 años, estuvo en tratamiento por inicio de anemia en la sangre.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

Ninguno.

4.1.5. Historia Familiar

Imagen 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia, mayo 2017.

Estructura familiar

La familia de la paciente está compuesta por sus padres y dos hermanas, la paciente es la segunda hija de 3, aunque serían 4 porque en el año 2003 nació muerta la primera hija, motivo por el que la madre se apegó a su mamá y hermanas, dejando a un lado a la suegra y familia de su esposo ya que recibió de ellos rechazo por ser la primera nuera que no les daba un nieto vivo, a diferencia de las demás nueras que en ese entonces ya tenían más de tres hijos.

La niña creció en medio de un ambiente de rechazo por parte de la familia paterna, debido a la muerte de su hermanita a quien no conoció, por lo que era muy sonado el tema, así es que sus tíos y abuelos tenían un minucioso rechazo, a diferencia de una de las tías que se mostró comprensible en todo momento.

La familia materna está muy apegada a la paciente con quienes tiene mejor comunicación y en repetidas ocasiones los esposos han tenido disgustos por lo que la madre ha decidido llevarse a las niñas a casa de sus hermanas. También se han quedado con el papá cuando se atrasan las reuniones religiosas.

El padre dejó de trabajar en maquila desde hace un año, a raíz de su despido se dedicó a vender terrenos y leña, trabajo que le ha dejado muchas ganancias, y alivio a los problemas económicos de la familia que obligaban a la madre a trabajar, es así como la relación familiar ha mejorado en los últimos meses.

Antecedentes familiares

Los padres de la paciente se casaron en el año 2003, luego de que se enteraron, que la madre estaba con 2 meses de embarazo, ese mismo año nació su primera hija que murió al nacer. Por lo que se refugiaron en la religión, justo dos años después nació su hija mayor, posteriormente HVJ y su última hija.

La niña vive en la casa de su padre, rodeado de jardines y como vecinos sus tíos paternos; en el año 2010 una de sus tías maternas que actualmente tiene 29 años, se casó con su tío paterno de 31, justo después de su boda empiezan las disputas entre familias, permitiendo así un distanciamiento entre la familia paterna y materna, por lo que luego del incidente con HVJ los abuelos paternos decidieron apoyar a su nieto JJ y desaprobando las peticiones de la mamá de HVJ para que se haga justicia.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

Ninguno.

4.1.6. Examen Mental

La niña ingreso a la clínica con lágrimas, temerosa y abrazando a su mamá para que no la dejara sola, vistiendo jeans y blusa rosa, cabello amarrado con una cola; la niña temblaba de miedo y exigía que regresara su mamá, presentado ansiedad. Su semblante mostraba angustia por lo que su postura era encogida en la silla como buscando protección.

Al final de la primera sesión la niña se sintió relajada y motivada a volver porque logro confiar un secreto que temía revelar. En las siguientes sesiones demostró actitud activa, motivación por aprender y expresar su sentir. Agregado a ello seguridad y alegría.

4.1.7. Estado Cognoscitivo

En la primera sesión la niña tenía baja autoestima, durante la sesión demostró alta capacidad imaginativa y memoria para relatar hechos con exactitud y aproximación de fechas, además el razonamiento y lenguaje son acorde a su edad, en el transcurso de las siguientes sesiones mostro atención y comprensión.

4.1.8. Resultado de Pruebas aplicadas

Cuadro No. 3
Pruebas proyectivas aplicadas

Prueba	Fecha
Test de la figura Humana De Machover	17-04-2017
Test de la familia de Louis Corman	24-04-2017
Test de los colores Lusher	1-05-2017

Fuente: Elaboración propia, septiembre 2017.

Test del dibujo de la figura humana de Machover

La aplicación del test de la figura humana muestra aspectos claros de la personalidad y estado emocional actual, cuya prueba reveló una tendencia a retraerse del entorno, confusión sexual, necesidad de apoyo y emotividad. También inseguridad y actuación de la fantasía. Sus relaciones con la gente son pobres y hostiles indicando que quiere agradar o tener una simpatía forzada, ya que la timidez, inadaptación, sentimiento de abandono y vergüenza promueven la evasión del medio ambiente, y problemas para tomar decisiones. Resaltando ante todo señales de ira, resentimiento y tendencia a atacar verbal o físicamente, tras no lograrlo la descarga de agresividad provoca un indicio de depresión.

Interpretación test de la familia de Louis Corman

Se acudió a la aplicación del test de la Familia de Louis Corman, como una herramienta que permite la libre expresión de los sentimientos de la menor, hacia sus familiares, especialmente de sus progenitores y refleja, además, la situación en la que se colocan ellos mismos en su medio. El análisis del test, manifiesta pasiones poderosas, audacia, violencia, expansión vital y fácil extraversion de las tendencias siendo sensible el mundo de fantasías, ideas y tendencias espirituales, incluso presenta indicadoras de ansiedad y conflictos emocionales.

La niña plasmo su propia familia en la hoja de papel bond, en donde ella se dibujó así misma una sonrisa diferente a la de los demás, está claro que esta dentro de la familia pero no se siente completamente feliz. Así mismo la niña dibujo un sol, esto muestra que la niña ha vuelto a sonreír, pero aún, no se siente merecedora de esa felicidad. Agregando a esto, la niña sabe que tiene recuerdos de acontecimientos que le impiden ser como los demás; incluso sus ojos muestran confusión, falta de comunicación, o incapacidad para entablar una conversación con su familia, asimismo la estructura de los dibujos muestran transparencia en los pies, como indicador de preocupación enfocada en los genitales y piernas.

Test de los colores Lusher

Esta prueba trata de conocer la personalidad a través de la elección de un color, de modo que los resultados muestran que la paciente, necesita estar libre de tensiones. Anhela la paz y tranquilidad, de manera que desarrolla iniciativa para superar los obstáculos y las dificultades, buscando siempre tener cuidado y observar críticamente los móviles de los que se le acercan para ver si son sinceros: una vigilancia que con facilidad se convierte en suspicacia y desconfianza, ya que se ha retraído para mantenerse precavidamente distante de los demás.

Cuadro 4

Pruebas psicométricas aplicadas

Prueba aplicada	Fecha
Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático	24-04-2017
Escala De Ansiedad Infantil de Spence	8-05-2017

Fuente: Elaboración propia, septiembre 2017.

Cuadro 5

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

E. Echeburúa / P. de Corral / P.J. Amor / I. Zubizarrela y B. Sarasua

Agudo (1-3 meses) Crónico (>3 meses) Con inicio demorado

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de re experimentación; de 3, en el de evitación; y de 5, en el de aumento de la activación

	Puntuación obtenida
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	41 puntos
ESCALAS ESPECÍFICAS	
Reexperimentación (Rango 0-15)	13 puntos
Evitación (Rango 0-21)	17 puntos
Aumento de la activación (Rango 0-15)	11 puntos
ESCALA COMPLEMENTARIA	
Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso (Rango 0-39)	12 puntos

Fuente: Elaboración propia, abril 2017.

Cuadro 6
Escala de ansiedad infantil de SPENCE (8 A 17 años)

FACTORES:

I.- Ataques de pánico y agorafobia (27 puntos máximo)

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	Total
Puntos	1	1	0	1	2	0	2	1	2	10

II.- trastorno de ansiedad por separación (18 puntos máximo)

N° pregt	5	8	12	15	16	44	total
Puntos	2	3	3	2	0	1	11

III.- fobia social (18 puntos máximo)

N° pregt	6	7	9	10	29	35	total
Puntos	1	1	1	1	1	1	6

IV.- miedos (15 puntos máximo)

N° pregt	2	18	23	25	33	total
Puntos	3	0	2	0	2	7

V.- trastorno obsesivo-compulsivo (18 puntos máximo)

N° pregt	14	19	27	40	41	42	total
Puntos	1	1	0	1	1	1	5

VI.- trastorno de ansiedad generalizada (18 puntos máximo)

N° pregt	1	3	4	20	22	24	total
Puntos	2	3	2	2	2	3	14

Fuente: Elaboración propia, mayo 2017

4.1.9. Impresión Diagnóstica

La paciente presenta trastorno por estrés postraumático, agudo ya que ha experimentado en menos de 3 meses, una violación sexual por medio de manoseo por parte de su primo, por lo que sus pensamientos están perturbados debido a los acontecimientos, impidiendo así una estabilidad emocional ya que tiene pesadillas, y a la vez evita constantemente hablar del tema, lo cual genera irritabilidad y dificultad para concentrarse, por lo que ha bajado el rendimiento educativo, agregando a esto, la paciente presenta dolores de abdomen y manifiesta sentir mucho miedo por lo que se aleja de su familia y amigos.

4.1.10. Evaluación Multiaxial

Eje I

- F43.1 Trastorno por estrés postraumático
[309.81]
- T74.2 Abuso sexual del niño
[V61.21]

Eje II

- Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III

- Ninguno

Eje IV

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Fallecimiento de la primera hermana. Abuso sexual por un primo. Disciplina inadecuada.
- Problema relativo al ambiente social
Apoyo social inadecuado.
- Problemas relativos a la enseñanza
Bajo rendimiento escolar, malos hábitos de estudio, falta de apoyo de la madre

Eje V

- Puntuación: 65

4.1.11. Recomendaciones

- Se le pidió a la madre que preste atención, protección y afecto a las tres niñas; las muestras de afecto implican abrazos, escucha, plática y felicitaciones por las buenas acciones. Por lo que debe tomar en cuenta que el trato debe ser igualitario y enfocado a lograr armonía dentro del hogar.
- El apoyo en el nivel educativo es indispensable, como asistir a reuniones de la escuela.
- Establecer un horario de lectura y otro para la realización de tareas.
- La resolución de conflictos en el hogar debe realizarse en ausencia de la presencia de sus hijas, y asistir a escuela para padres y terapia individual o de pareja.
- Practicar las técnicas de relajación en casa y cualquier momento de crisis.
- El autorregistro en un diario como hábito.

4.1.12. Plan Terapéutico

La terapia se enfoca en eliminar los síntomas significativos y a la vez encontrar el sentido de su existencia. Por lo que se planean 12 terapias individuales; 1 vez por semana y 2 sesiones de integración en terapia de grupo. La paciente iniciará el plan terapéutico por medio de la terapia cognitivo conductual, por lo que las técnicas a utilizar son: la reestructuración cognitiva que le permite a la niña identificar los pensamientos que le causan ansiedad y utilizar mecanismos para enfrentarlos, de igual manera, será indispensable la intervención de la técnica desensibilización con la procura enfrentar el evento traumático, permitiendo de forma gradual, perderle importancia y sentir menos temor o ansiedad. Acompañado a estas técnicas, la relajación será indispensable para minimizar los niveles de ansiedad y facilitarle herramientas de relajación para el diario vivir.

Tiempo estimado

El tiempo estimado para la intervención terapéutica es de 3 meses y dos semanas, la fase individual implica 12 sesiones, siendo una sesión por semana de 35 a 60 minutos cada una. La fase grupal con niños se desarrollará en dos sesiones, una por semana de 60 a 90 minutos.

Cuadro 7
Presentación del plan terapéutico

Problema clínico	Objetivo	Acciones Terapéuticas	Tiempo
La paciente muestra confusión en cuanto al abuso sexual.	Fomentar en la niña habilidades para enfrentar de forma gradual y cuidadosa el evento traumático dentro del plan terapéutico, así mismo aprender a controlar sus reacciones mentales y físicas al temor.	• Psicoeducación	12 sesiones
La paciente presenta el trastorno de estrés postraumático por lo se necesita modificar pensamientos y sentimientos negativos en positivos y a la vez, minimizar los niveles de ansiedad que se generan al frecuentar escenarios relacionados el evento traumático, entre otros síntomas relacionados al trastorno que han sido somatizados.		• Terapia cognitivo conductual - Reestructuración cognitiva - Desensibilización - Relajación	
La terapia de integración social es indispensable para la niña, por lo que debe asistir a sesiones grupales, para ser evaluada, y mejorar las relaciones sociales		• Terapia grupal con niños	2 sesiones

Fuente: elaboración propia, abril 2017

4.2. Análisis de Resultados

Proceso de evaluación

Las pruebas cuantitativas y cualitativas permitieron confirmar que como parte del abuso sexual no hubo penetración pero si manoseo en los genitales y además existió amenaza por medio del agresor en caso de que la niña denunciara, por lo tanto al ser descubierto la niña presentó el trastorno por estrés postraumático, ya que con la ayuda de baterías de test proyectivos y psicométricos se obtuvieron elementos necesarios en la determinación del diagnóstico, que permitió personalizar el plan terapéutico para la niña de 9 años, ya que el impacto del abuso sexual, no solo afectó la integridad física, y psicológica, también el ambiente social y educativo de la niña.

Se evaluó la veracidad del testimonio de la niña por medio de la capacidad de observar, analizar, memorizar y la habilidad de diferenciar la fantasía de la realidad, de igual manera se comprobó que el proceso lingüístico estuviera acorde a la edad de la niña, por lo que se confirmó el compromiso de explicar la verdad de los hechos como parte del examen mental y estado cognoscitivo de la paciente.

Abuso sexual infantil

Se considera al abuso sexual como un acto que viola los derechos del niño e invalida la posibilidad de tener un desarrollo físico mental y social adecuado así mismo como un factor importante que limita el auto concepto y la autoconfianza, por lo tanto el abuso sexual provocó un daño físico y psicológico a la paciente que no estaba preparada para este tipo de estimulación sexual forzada.

En los hallazgos de investigación se determinó que las consecuencias del abuso sexual no solo afectaron a la víctima, también a los padres quienes enfrentaron de forma escandalosa y agresiva dicho evento, ya que ambos no estaban preparados psicológicamente para afrontar el abuso sexual de la niña por lo que no tenían la capacidad de tomar decisiones que favorecieran una pronta intervención psicológica de la víctima y que se hagan valer sus derechos en la búsqueda de

justicia. Como también era indispensable que se procurara el apoyo psicológico en el agresor quien al igual que la víctima se encontraba en un estado de crisis.

La noticia del abuso sexual en la familia de la víctima, genero diferentes posturas por lo que la agresión y amenazas no se hicieron esperar, provocando una división y limitante para el padre de la niña quien decidió no denunciar y callar los hechos por temor a ser agredido. De esta manera fue la tía y madre de la víctima, quienes buscaron la ayuda psicológica a escondidas del padre.

La ausencia del padre impidió ampliar el proceso psicológico para ambos quienes son pilares fundamentales en los avances de la paciente, a pesar de que se solicitó la presencia del padre en más de una ocasión, fue imposible contar con su asistencia.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se generó a consecuencia del abuso sexual ya que posterior al suceso la niña presentó síntomas de re experimentación como los recuerdos recurrentes del suceso, malestar significativo, sensación de vivenciar el suceso traumático, malestar al hablar sobre el tema y reactividad fisiológica.

La paciente manifestó síntomas de evitación que comprende esfuerzos por evitar los pensamientos y actividades relacionadas al agresor y lugar de los hechos, incapacidad de hablar sobre el tema a su familia, reducción del interés en actividades escolares, familiares y sociales, y distanciamiento de hermanas y amigas.

Dentro de los síntomas de evitación, la paciente presentó dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultad para concretarse, hipervigilancia y respuesta de sobresalto.

Para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático agudo se recurrió al Manual diagnóstico DSM-IV, en dicho manual especifica que se requiere de la presencia de los síntomas de 1 a 3 meses en la clasificación aguda, mientras que para clasificarse como crónico los síntomas deben emplearse por más de 3 meses y la clasificación de inicio demorado supera los 6 meses.

Cognitivo conductual

La intervención cognitivo conductual logró identificar estrategias y herramientas para mejorar la autoestima y afrontar los miedos de manera pronta y precisa, por lo que la evolución de la paciente fue inmediata logrando así la superación del evento traumático, la ansiedad que acompañó los sentimientos de confusión e inseguridad. Así mismo, se logró la integración de la paciente con otros niños, por lo que favoreció un mejor desenvolvimiento en el ambiente escolar y social.

La intervención psicológica del profesional en el caso de estudio, se complementó con las tareas que aconseja (Petrzelová, 2013):

- Ayudar a la víctima a exteriorizar el trauma.
- Lograr que nos diga quien es ahora y lo que quisiera ser en el futuro.
- Lograr que no se ve a sí mismo como víctima o como persona mala o sin valor.
- Crear el ambiente de confianza y de protección que pueda descargar su ansiedad.
- Enseñarle a controlar una conducta sexualmente abierta.

Conclusiones

El abuso sexual fue un factor determinante en la aparición del trastorno por estrés postraumático en el caso de estudio, por lo tanto se vio afectada la estabilidad emocional de la paciente puesto que la alteración deterioró las relaciones interpersonales, sociales y educativas, que a la vez afectó a los padres quienes no estaban preparados psicológicamente para hacerle frente a la emergencia y tener la capacidad de brindarle apoyo inmediato a la paciente.

La baja autoestima bloquea el desarrollo normal de la niña, por ende limita toda posibilidad de sentirse bien consigo misma y en libertad, de manera que las herramientas de autoconcepto y autoestima buscan darle sentido a la vida y dignificar al ser.

La ansiedad interfiere significativamente en el desarrollo del niño, creando malestar que provoca dificultad en el desenvolvimiento personal y social. De manera que el entrenamiento de técnicas de desensibilización, reestructuración y relajación, se complementan para minimizar los ataques de ansiedad de manera gradual hasta lograr una eliminación total de la sintomatología del trastorno por estrés postraumático.

El rendimiento escolar se ve afectado a causa del abuso sexual, que provoca un déficit de atención, concentración y memoria, permitiendo un fracaso escolar, de manera que es de suma importancia el apoyo por parte del docente y centro educativo para proveer e implementar herramientas de reforzamiento educativo a la niña y tutores, con el objetivo de progresar.

Recomendaciones

Que la paciente continúe el proceso terapéutico, además se solicita a los padres iniciar su proceso psicoterapéutico como pareja, al igual que el agresor, quien necesita solucionar la crisis que le generó el escándalo y llevar un proceso terapéutico que determine el origen de sus acciones y le apoye en su desarrollo personal.

El apoyo y comprensión de la familia es fundamental para la paciente, que busca recuperar la confianza en sí misma. De manera que la literatura enfocada a la superación, motivación y autoestima podría influir grandemente en la recuperación de la paciente.

La paciente debe adoptar técnicas de relajación para la vida cotidiana y el uso de un diario para expresar y plasmar los pensamientos negativos, en el cual, sea la niña quien busque modificarlos por pensamientos positivos.

Las autoridades gubernamentales y el ministerio de educación deben impulsar una educación sexual sana y responsable, para estudiantes del nivel primario, secundario y diversificado, también incluir a los padres de familia en los programas para la detección, protección y apoyo a los infantes, en caso de abuso sexual.

Referencias

- Asociacion Estadounidense de Psiquiatria. (2005). *DSM-IV-TR*. Barcelona: España.
- Branden, N. (2011). *Los seis pilares de la autoestima*. España: Ediciones Paidós.
- Calvete, I., & Quinteros, A. (2011). *Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores*. Valladolid: Asociacion Apacia.
- Ediciones Mirbet S.A.C. (2006). *Psicología del niño*. Lima, Perú: Ediciones Mirbet.
- Kaufman, G., & Raphael, L. (2000). *Cómo hablar de autoestima a los niños*. Mexico D.F.: Selector.
- Organizacion mundial de la salud OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington, D.C., EE. UU.
- P, R., & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. Mexico, D.F.: McGraw Hill.
- Petrzelová, J. (2013). *El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*. México: Plaza y Valdes Editores.
- Rita, N., & Allen, I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pearson, Educación S.A.
- Roca, E. (2015). *Como superar el pánico, con o sin agorafobia*. Valencia, España: ACD Psicología.

Santos, J. E. (9 de Julio de 2017). Guatemala registra 16 denuncias de violaciones sexuales al día. *El periódico*.

El congreso de la republica de Guatemala. (2003). *Organismo Judicial*. Obtenido de CENADOJ:
[http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisis DocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2003/Leyes%20en%20PDF/Decretos%202003 /Decreto%2027-2003.pdf](http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2003/Leyes%20en%20PDF/Decretos%202003/Decreto%2027-2003.pdf)

Rustrian, S. (14 de marzo de 2016). *Congreso de la República de Guatemala*. Obtenido de <http://www.congreso.gob.gt/noticias.php?id=7249>

Tema Rabanales, V. L. (julio de 2015). *Biblioteca upana*. Obtenido de http://54.245.230.17/library/images/3/34/TESIS_DE_VIVIAN_LISBETH_TEMA_RABANALES.pdf

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: **Flor de María Subuyuj Jerónimo**

Título de la sistematización: **Trastorno por estrés postraumático, por abuso sexual, en una niña de 9 años, atendida en el Centro de Atención Psicológica, Alianza Mineduc Upana.**

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
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Violencia sexual ✓ Baja autoestima ✓ Miedo, pesadillas ✓ Bajo rendimiento escolar 	Abuso sexual de la niña	1. Abuso sexual Infantil	¿Qué relación existe entre el estrés postraumático y el Abuso sexual de la paciente?	Explicar la relación existente entre el trastorno por estrés postraumático y el abuso sexual en el caso de estudio atendido en el centro de atención psicológica,	1. Analizar las consecuencias del abuso sexual en el caso de estudio.
		1. Autoestima			2. Identificar estrategias y herramientas para mejorar el autoestima en el caso de estudio.
		2. Ansiedad			3. Brindar a la paciente herramientas psicológicas para afrontar los

				Alianza Mineduc Upana.	miedos y ansiedad, en el caso de estudio.
		3. Rendimient o Escolar			4. Evaluar el impacto del abuso en el rendimiento escolar del caso de estudio.

Anexo 14

Galería Fotográfica

Fachada del Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc Upana



Inauguración del Centro de Atención Psicológica Alianza Mineduc Upana





