

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



**Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una
adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alida Nájera Lemus

Guatemala, junio 2017

**Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una
adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alida Nájera Lemus

Licda. Mirna Paola Gaitán Laínez (**Asesora**)

Licda. Lizeth Mendoza Cóbar (**Revisora**)

Guatemala, junio 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. H.C. 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
Coordinadora de Licenciatura	M.A. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Alida Nájera Lemus*

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

DICTAMEN: junio 2017

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

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


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



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, junio dos mil diecisiete.-----


En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescentes de 16 años, atendida en la Asociación Buckner". Presentada por el (la) estudiante: Alida Nájera Lemus, 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.



Lcda. Mirna Paola Gaitán Lainez
Asesor

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala junio 2017.-----**

*En virtud de que la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
"Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisita en una adolescente de
16 años, atendida en la Asociación". Presentada por el (la) estudiante: Alida Nájera
Lemus, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y
Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos
por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el
proceso correspondiente.*


Lcda. Lizeth Mendoza Cobar
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala junio del dos mil diecisiete.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner", presentado por Alida Nájera Lemus, previo a optar grado académico de 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** del informe final 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.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	3
1.5 Programas Establecidos	4
1.6 Visión	6
1.7 Misión	6
1.8 Justificación de la Investigación	6
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Rasgos de personalidad paranoide y narcisista	8
2.2 Abuso sexual	15
2.3 Negligencia	17
2.4 Abandono del padre	18
Capítulo 3 Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	21
3.2 Pregunta de investigación	22
3.3 Objetivos	23
3.3.1 Objetivo general	23
3.3.2 Objetivos Específicos	23
3.4 Alcances y límites	23
3.5 Método	24

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso	28
4.2 Análisis de resultado del estudio de caso	39
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	49

Lista de Gráficas

Gráfica No. 1	Organigrama	4
Gráfica No. 2	Genograma familiar	31

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas e Instrumentos aplicados	33
--------------	----------------------------------	----

Resumen

El presente trabajo da a conocer la investigación realizada sobre rasgos de personalidad paranoide y narcisista en un caso atendido con el apoyo de la Asociación Buckner, como parte de la Práctica Profesional Dirigida, de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana Campus El Naranjo, la cual se llevó a cabo en el periodo de marzo a octubre 2016.

La Asociación Buckner es una institución civil sin fines de lucro, orientada a servir a niños, niñas y adolescentes, en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familiares en pobreza extrema.

Capítulo 1: Marco de Referencia, describe información relevante de la institución que brindó el apoyo para la investigación del estudio de caso como: Antecedentes, una abreviada descripción de la misma, su ubicación, descripción y esquema organizacional, los programas con los que cuenta y su función, también visión, misión y el análisis que justifica la investigación.

Capítulo 2: Marco Teórico, respalda con citas de diferentes autores, la investigación realizada sobre causas que provocaron el desarrollo de rasgos de personalidad paranoides y narcisistas, descritas en orden de variables de investigación.

Capítulo 3: En el Marco Metodológico se plantea la problemática que está presente en el caso de estudio, la pregunta de investigación, el objetivo general y objetivos específicos, alcances y limitaciones, temporalidad y metodología utilizada en el abordaje.

Capítulo 4: Culminando con la presentación del caso y análisis de resultados de lo estudiado.

Introducción

Muchos casos de abuso sexual se considera que no son reportados; es importante tener cifras que reflejen la realidad, para que la sociedad tome conciencia de la magnitud del problema, así como de la necesidad de desarrollar programas asistenciales y de prevención en ayuda a la misma.

Hoy en día los padres se ven tan presionados por sus necesidades de diversa índole, que no tienen la capacidad de tomar conciencia de las necesidades de sus hijos subestimando lo que piensan, sus conductas y ante todo terminan descuidándolos;

En el año 2014 en un muestreo el Instituto Nacional de Ciencias Forenses reportó 322 casos de abuso sexual en menores de edad, siendo los departamentos donde más ocurre ese delito, Guatemala, Escuintla, Jalapa, Chiquimula, Peten y Chimaltenango. El 15% está entre las edades de 1 a 9 años.

Como medida de precaución se considera la necesidad de que los padres les hablen a sus hijos sobre el abuso sexual, de manera abierta, buscando estrategias para que el niño se sienta cómodo, en confianza y con la idea de sentirse apoyado y libre para hablar de la problemática; esto puede ayudar para que el niño pueda actuar y defenderse para así evitar que sean agredidos o abusados.

Desafortunadamente muchas de las familias se sienten amenazadas, debido a que el abusador se encuentra en casa; esto agrava aún más la problemática ya que lo que mostraba ser una figura de autoridad y amor termina lastimando emocionalmente al niño, provocándole inseguridades, falta de confianza, autoestima baja, hostilidad hacia los demás, que en el corto o largo plazo si no se da la atención adecuada y oportuna terminará desarrollando problemas en su personalidad como resultado de no poder resolver su problemática por su temprana edad, como sucedió en el caso de estudio.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Buckner Internacional fue fundada por el Dr. Robert C. Buckner en el año 1879, con el propósito de cuidar a ancianos, viudas y huérfanos. Por más de 131 años Buckner se ha encargado de cubrir las necesidades de los desafortunados.

Al inicio de la guerra Civil, la necesidad principal era la creación de un hogar para niños, motivado por ello el señor Roberto Buckner fundó un hogar para huérfanos al que puso por nombre Buckner Orphans Home; inició su primera recaudación de dinero durante una convención en Dallas Texas; se quitó el sombrero, le puso un dólar y lo puso a todas las personas que estaban reunidas bajo un árbol de roble; en ese entonces recaudó 27 dólares, los cuales fueron los fondos iniciales para lo que hoy es Buckner internacional. Dotado de dominio de palabras para unir más gente, fundó otros orfanatos, hospitales, escuelas y proveyó de vivienda a muchos niños.

Anterior a Buckner internacional no había ninguna organización dedicada a la caridad en Texas; el Dr. Buckner tomó la iniciativa de unir bautistas de diferentes afiliaciones en nombre de la caridad y el esfuerzo, seguidamente se expandió y recibió apoyo de los metodistas, judíos, presbiterianos, luteranos y católicos que compartían el deseo de apoyar al necesitado.

Otra actividad importante que realizó fue la conciliación entre razas, fundando la primera preparatoria para negros en el norte de Texas y ayudo a las mujeres quienes no tenían donde estudiar teología.

Cuando Dr. Buckner falleció en 1919 a la edad de 86 años, sus hijos Joe y Hall y su nieto Robert Cooke se encargaron de su ministerio, ellos fueron testigos del continuo crecimiento de la

organización y la expansión a otras partes del Estado; fue enterrado en el único territorio que le quedaba en Grove Hill cemetery en Dallas todo lo demás lo había donado, en su lapida decía “No para huérfano; sino para todos los niños huérfanos”; Buckner no sabía lo profético que llegarían hacer sus palabras, ya que Buckner como institución ha buscado servir a los desamparados como Santiago escribió en su epístola “La religión pura y sin macula delante de Dios el padre es esta: Visitar a los huérfanos y las viudas en sus tribulaciones y guardarse sin mancha del mundo”.

Actualmente Buckner Internacional tiene programas alrededor del mundo y es una de las organizaciones de cuidado social más grande en los Estados Unidos que incluye: cuidado residencial para niños, cuidado de huérfanos, acogimiento familiar, programa de prevención, servicios para ancianos, oportunidades para realizar viajes como misioneros, programa de ayuda humanitaria y Shoes for Orphan Souls que provee zapatos para niños necesitados alrededor del mundo; su actual presidente el señor Albert L. Reyes es el sexto Presidente, es un hombre con fe cristiana, profesional y sensible a la vulneración de los niños, niñas, jóvenes, familias y personas de la tercera edad. Fue Presidente de Baptist University of the Américas en San Antonio, Texas. Es miembro de la Junta Administrativa de The Joint Council for International Children’s Services, The National Hispanic Christian Leadership Conference y T.B. Maston Foundation.

Buckner inicio a trabajar en Guatemala, a finales del año 2002 con grupos de voluntarios norteamericanos que visitaron algunos hogares tanto estatales como privados brindando ayuda humanitaria en construcción y recreación. En el 2006 se iniciaron los programas de transición los cuales brindan educación, vivienda alimentación a jóvenes en riesgo.

1.2 Descripción

Asociación civil sin fines de lucro, orientada a servir a niños, niñas y adolescentes, en estado de vulnerabilidad y desprotección, así como a familiares en pobreza y pobreza extrema.

Por más de 131 años, Buckner ha transformado vidas. Es una de las organizaciones de servicio social más antigua y únicas que existen, basada en la fe, ha servido a cientos de miles de personas cada año en Estados Unidos y alrededor del mundo.

La práctica fue realizada en el hogar de cuidado y protección Marta y María de la Asociación Buckner Guatemala, municipio de Mixco; en su interior cuenta con: en la parte alta con tres habitaciones, un salón para clases, una sala familiar y dos baños; en la parte baja, cocina, sala, comedor, una clínica equipada con baño e implementos terapéuticos en donde fueron atendidas las adolescentes, área de estacionamiento para dos vehículos y un jardín engramillado que se utilizaba para talleres, momentos de relajación y actividades recreativas. En sus alrededores muestra ser un área muy tranquila y libre de riesgo.

1.3 Ubicación

La asociación Buckner se encuentra ubicada en 8ª. Calle 4-61 zona 10, Guatemala, Ciudad.

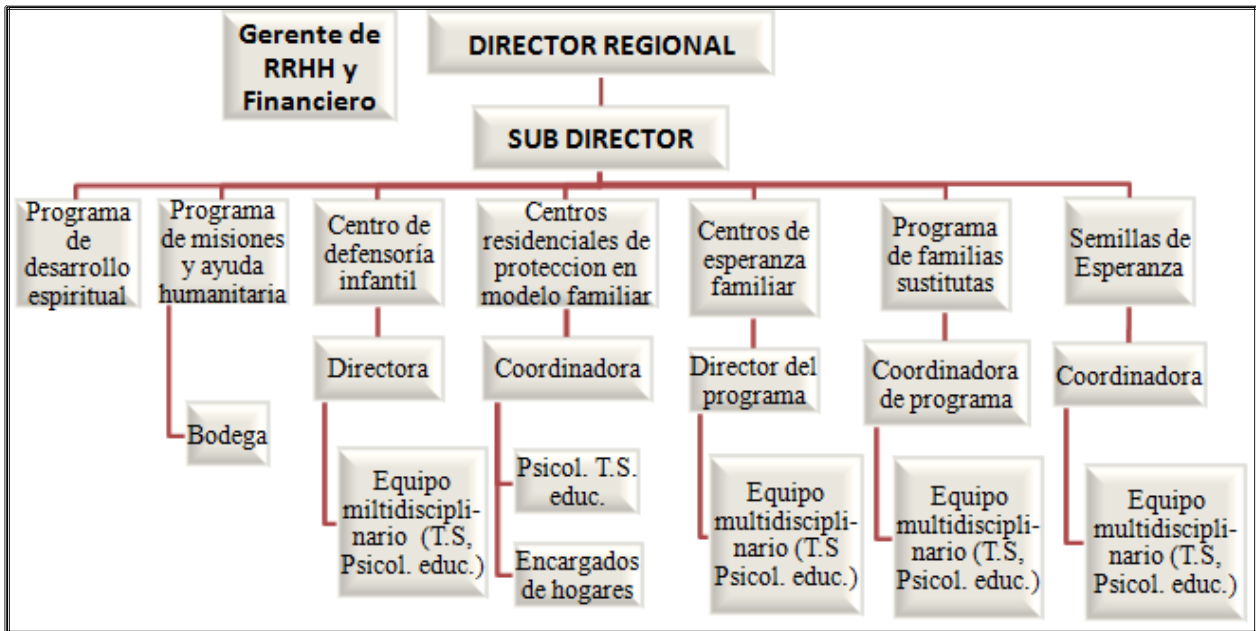
1.4 Organización

El director regional es el encargado de guiar, coordinar y controlar asuntos a nivel regional, reportándole al presidente sobre la situación y las acciones tomadas de la Asociación; encargado de establecer normas y políticas por las cuales se regirán, respaldándose en las disposiciones de la presidencia; en lo que se refiere a la gestión de los recursos humano como económico se estará apoyando del Gerente de Recursos Humanos y Financiero.

Después del presidente, es donde reside la mayor influencia dentro de la Asociación, las decisiones están orientadas a mejorar e invertir en el fortalecimiento de los programas a su cargo. El Sub Director encargado de ejecutar las normas y políticas establecidas por los niveles que le anteceden; tiene a su cargo de manera directa los programas y centros.

Bajo los Centros residenciales de protección en modelo familiar se encuentra la unidad de psicología en donde se brindó la atención a las adolescentes referidas por la Asociación.

Gráfica No. 1
Organigrama



Fuente: proporcionada por autoridades de la Asociación Buckner, Octubre 2016.

1.5 Programas Establecidos

La asociación Buckner actualmente cuenta con diversos programas, entre ellos: Centros residenciales de protección en modelo familiar. (Hogares), centro de defensoría infantil (CDI), centros de esperanza familiar, programa de desarrollo espiritual, programa de misiones y de ayuda humanitaria, programa de familias sustitutas y semillas de esperanza que funcionan de la manera siguiente:

El centro de esperanza familiar (CEF), es un modelo de atención familiar y comunitario integral que brinda servicios a niños, niñas, adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad y pobreza, con el objetivo principal de fortalecer la dinámica familiar, preservar la integración, construir

ciudadanía, facilitando herramientas de desarrollo que contribuyan a mejorar su calidad de vida, disminuyendo la problemática social.

El centro de Defensoría Infantil CDI, tiene como función brindar atención social y psicológica a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y/o violencia sexual, procurando la restitución de sus derechos y su restauración integral.

En los Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar, se brinda un espacio afectivo y cálido donde se ofrece protección y asistencia a adolescentes en situación vulnerable o riesgo social, a través de programas de formación de vida diaria y valores, que les permita ser personas productivas y autosuficientes.

En el programa de Familias Sustitutas, se apoya y fortalece al programa de familias sustitutas de la Secretaría de Bienestar Social, en la promoción, divulgación, reclutamiento y evaluación de familias dispuestas a brindar amor, cuidado y protección en forma temporal al niño, niña o adolescente, hasta ser integrado a su familia de origen o a una solución familiar permanente.

La Asociación también brinda un programa de desarrollo espiritual, en él se realizan viajes misioneros bajo el objetivo de ayuda humanitaria.

Semillas de Esperanza es otro programa que evita la institucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años a través de soluciones alternativas de cuidado, como el programa de Hogar Seguro de la Secretaría de Bienestar Social, mediante la reunificación familiar, familia ampliada o familia sustituta, en coordinación con las instituciones vinculadas al proceso de protección. Promueve la formación en acogimiento familiar y alternativas de protección a profesionales vinculados al Sistema de Protección.

1.6 Visión

La Visión de la Asociación Buckner es: “Ser una institución pionera en protección, prevención, fortalecimiento familiar y desarrollo integral que promueve los derechos de niñas, niños, adolescentes y familiares en Guatemala en estado de vulnerabilidad”.

1.7 Misión

Para la Asociación Buckner la Misión es: “A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida”.

1.8 Justificación de la investigación

El presente trabajo de investigación fue elaborado con el propósito de cumplir con el requisito para poder cerrar pensum en la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la facultad de humanidades de la Universidad Panamericana, así como poner en práctica el conocimiento adquirido en los cursos recibidos en cinco años de estudio. Se considera que es necesario como un aporte en el abordaje, diagnóstico y tratamiento en adolescentes con rasgos de personalidad paranoide, narcisista y para el uso principalmente de futuros profesionales, personas que deseen incrementar el conocimiento general o que cuenten con algún caso en el entorno personal; es adicionalmente un aporte a la Asociación Buckner quien brindó la oportunidad y el apoyo para que la investigación de estudio de caso se pudiera realizar, proceso que duró de febrero a octubre del 2016.

La investigación realizada da a conocer cómo el abuso sexual, la negligencia el abandono en la niñez contribuyeron a desarrollar rasgos de personalidad paranoide y narcisista en una adolescente de 16 años.

En cuanto a los casos atendidos en la Asociación Buckner cabe resaltar la importancia en investigación del caso citado, por la prolongación del abuso sexual sufrido por la paciente, el grado de afectación y las conductas manifiestas que dificultaban la comunicación entre terapeuta paciente y el entorno, así también la ejecución del plan terapéutico, pero que no fueron motivo para lograr avances positivos en ella.

Dejar plasmado de acuerdo a lo investigado, cómo el abandono del padre puede causar heridas que limitan al adolescente a confiar en sí mismo, en otras personas y falta de proyección hacia el futuro.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Rasgos de personalidad paranoide y narcisista

2.1.1 Rasgos de personalidad paranoide

El concepto de personalidad es amplio, diversos autores la han definido, pero de manera general se entiende como patrón de pensamiento, sentimientos, hábitos, emociones, actitudes y conductas con las que se identifica cada persona, haciéndolas diferentes. La personalidad es fundamental en el desarrollo de habilidades como las relaciones interpersonales reforzando así la integración con los grupos sociales.

Cohen y Swerdlik (2006), Definen la personalidad como una constelación única de rasgos y estados psicológicos del individuo; incluye también además las variables en que los individuos se pueden diferenciar los unos de los otros, entre estas están: los valores, intereses, actitudes, perspectivas del mundo, aculturación, identidad personal, sentido del humor y estilos cognoscitivos y conductuales.

En condiciones normales del desarrollo, existen factores genéticos que provocan que cada individuo reaccione de manera diferente al entorno, esto dependerá de su temperamento, su carácter y personalidad.

La personalidad del adulto será el resultado de su temperamento y los elementos que el individuo adquiera del ambiente; se consideran principalmente parte del ambiente padres, profesores, hermanos, abuelos, personas allegadas al individuo, etc. Existen eventos en el proceso en donde puede existir la distorsión de la personalidad que son respaldadas por diversas teorías; la biológica establece que su etiología se debe a problemas del sistema nervioso o de trastornos cromosómicos; las ciencias sociales proponen que son comportamientos adquiridos y la

psicodinámica lo aborda como deficiencias en el desarrollo del ego. Cuando existe una alteración de la personalidad pueden no cumplirse los criterios citados en el DMS-5, porque existen actitudes que afectan en diversas áreas; el comportamiento es generalizado y duradero puede iniciar en la adolescencia, provocando un malestar significativo pero que no imposibilita a la paciente en el desenvolvimiento diario; esto como un predecesor de un trastorno de personalidad a esto se les llama rasgos de personalidad.

Por las razones expuestas en párrafo anterior, algunos pacientes pueden clasificarse como rasgos de personalidad y no como trastorno, cuando se habla de rasgos de personalidad y no trastorno se refiere que no cumple con los criterios citados en el DSM-5 para el diagnóstico, por lo que es necesario que se realice una evaluación exhaustiva de los elementos que conforman la personalidad para la elaboración de un diagnóstico acertado.

Allport (1937) citado por Cohen y Swerdlik (2006) afirma que “Un rasgo de personalidad es un sistema neuropsíquico generalizado y determinado (peculiar al individuo) con la capacidad de explicar muchos estímulos funcionalmente equivalentes así como para iniciar y guiar forma conscientes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo” (p.289)

Los individuos están dotados de características llamadas rasgos, que unidos a otros aspectos del comportamiento, dan forma de manera coherente a lo que se describe y denomina la persona. Con el transcurso del tiempo al repetirse esta dinámica se va creando un estilo de vida en la forma que se piensa se siente y se actúa a lo que llama personalidad, ésta forma parte fundamental en el desarrollo de las relaciones sociales.

Guilford (1959) citado por Cohen y Swerdlik (2006) declara que una definición de rasgo de personalidad que tiene gran atractivo es “Cualquier forma distinguible, relativamente perdurable, en la que un individuo varía de otro” (p.336).

La personalidad está formada por pensamientos, emociones, cogniciones que al interactuar con otros elementos, puede dar lugar a una conducta desadaptativa dependiendo de la circunstancia

que se haya vivido. Existen clasificaciones dependiendo de la manifestación de dicha conducta; en cuanto a los rasgos de personalidad paranoide su clasificación es como una conducta extraña o excéntrica que de acuerdo a lo sucedido presentan características como sospecha de las personas, desconfianza, sensibilidad clínicamente significativa.

Halgin y Whitbourne (2009) declaran

Quienes sufren de trastorno paranoide de la personalidad son sumamente desconfiados de los demás y siempre están en guardia en contra de posibles peligros o daños. Su visión del mundo es muy estrecha, en cuanto a que buscan confirmar las expectativas que tiene de que los demás se aprovecharán de ellos, lo cual hace prácticamente imposible que confíen incluso en sus amigos y socios (p.361).

Freeman (1990) citado en libro de Halgin y Whitbourne (2009) subraya que existen tres premisas equivocadas de base que albergan quienes padecen el trastorno paranoide de la personalidad las cuales son: La gente es malévola y engaña, te atacan si les das oportunidad y solo pueden estar bien si te mantienes alerta y que el tratamiento que se deriva de la perspectiva cognitivo conductual consiste en contrarrestar las premisas equivocadas del cliente en una atmosfera en la que se busca establecer una sensación de confianza.

Posterior al proceso terapéutico de estabilización recibida por el paciente, en cuanto al abuso sexual reiterativo sufrido por un tiempo prolongado, existen evidencias claras en donde se ponen de manifiesto conductas inadecuadas, afirmaciones que denotan un contenido de pensamiento sin fundamento, con presencia de enojo y ansiedad manifiesta, resistiéndose a contestar preguntas, limitando así la comunicación; conductas que van disminuyendo con transcurso del proceso terapéutico.

Pereda, Pujol y Jiménez (2011) definen

Que en un estudio realizado, se tomó una muestra de pacientes ambulatorios, en donde el abuso sexual en conjunto con el abuso emocional predijo la aparición del trastorno paranoide de la personalidad. También otros estudios reportaron el incremento de síntomas de trastorno de la personalidad del grupo A en víctimas de abuso sexual infantil y que a mayor gravedad del abuso, mayor gravedad en sintomatología psicopatológica. (p.133)

Posterior al diagnóstico, un tratamiento correcto, oportuno y constante, ayudará a que los síntomas no trasciendan a un trastorno.

Es importante mencionar que para este tipo de abordaje se hace necesario el establecimiento de un buen rapport con la paciente, debido al grado de inseguridad y pensamientos invasivos que presenta este tipo de paciente y que se pretenden disminuir en el proceso.

De acuerdo a Freeman (1990) citado en Halgin y Whitbourne (2009) sostiene que el tratamiento de trastorno paranoide de la personalidad se deriva de la perspectiva cognitivo conductual, que consiste en minimizar las premisas equivocadas en donde se busque establecer la confianza, aumentar los sentimientos de autoeficacia de paciente, que sienta que la terapia es un proceso de colaboración.

Considerando que los pacientes con rasgos de personalidad paranoide suelen ser personas suspicaces, precisos en sus percepciones, es necesario cuidar y evitar que se sientan desafiados o confrontados para que esto no obstruya el proceso y por ende su crecimiento.

Una idea de Millón (2000) citada en Halgin y Whitbourne (2009) menciona: “Confrontar directamente al paciente paranoide puede resultar contraproducente, pues es probable que el cliente interprete esto como otro ataque” (pag.363).

Los resultados positivos estarán dados cuando el paciente adquiera las habilidades y una aproximación asertiva de los demás que desmienten sus pensamientos invasivos de desconfianza, caso contrario en la repetición de los mecanismos de defensa se incrementará la posibilidad del desarrollo de un trastorno.

2.1.2 Rasgos de personalidad narcisista

Existen elementos que mueven a los seres humanos en la vida, entre estos estará el ser reconocidos en su entorno. Cuando en el proceso de desarrollo por alguna razón no se confirman estas conductas de manera positiva, el individuo puede volverse inseguro. Las personas con rasgos de la personalidad narcisista tienden a ser personas con características destacadas como un enorme sentido de autoimportancia y arrogancia con carencias de admiración por sus cualidades positivas que interviene en sus relaciones interpersonales.

En 2009, Halgin y Whitbourn sostienen “Quienes sufren de trastorno narcisista de la personalidad tienen un sentido de importancia personal irreal y exagerada, rasgos que se conocen como grandiosidad. El nombre de este trastorno proviene de la leyenda griega de Narciso, el joven que se enamoró de su propio reflejo en un estanque. Aunque quienes padecen de este trastorno esperan que los demás los alaguen y gratifiquen todos sus deseos y exigencias, carecen de sensibilidad a las necesidades de los otros. Dado que se perciben como seres tan especiales, sienten que solo las personas de condición superior pueden apreciar sus necesidades y problemas especiales” (p.360).

Para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad narcisista, de acuerdo con el DMS-5 (2014), se tiene que cumplir 5 o más de los siguientes criterios: Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos); está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado, cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus; tiene una necesidad excesiva de admiración; muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no

razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas); explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines; carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás; con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él; muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Una idea de Kohut (1966,1997) en un libro de Halgin y Whitbourn (2009) refiere que todo niño necesita que sus padres confirmen y respondan en formas positivas a sus logros. Sin embargo no se da, el niño se vuelve inseguro. Esta inseguridad se expresa, paradójicamente, en una sensación exagerada de importancia personal que se entiende como un esfuerzo del individuo por compensar lo que le falta en la vida.

En cambio cuando los padres no crean un ambiente de seguridad para el niño, se puede presentar lo que Freud llamó trauma psíquico con sus respectivas repercusiones en el Yo, en formación.

Más allá del principio del placer mencionado por Freud en (1920) citado por Braier (2000) en el trauma psíquico temprano vivido por el individuo existe una repetición analítica por una compulsión dolorosa proveniente de heridas narcisistas que se fijaron por situación traumática, la cual debe de ser tramitada (elaborada) por el sujeto.

Las compulsiones vienen asociadas a mecanismos de defensa, dicho de otra manera el individuo trata de desmentir lo que se siente, encajando así en una estructura narcisista. Esto quiere decir que ante el riesgo de revivir una angustia provocada por la situación traumática en respuesta se pueden generar sentimientos de grandeza.

Una idea de Freud (1939) citado en Braier (2000) afirma

Estas defensas pueden incluso dar lugar a un alteración permanente del yo, alteraciones que habrán de traducirse en rasgos patológicos de carácter, como la arrogancia, el desprecio y la

prepotencia, con los que intenta enmascarar las heridas narcisista ocasionadas por el desvalimiento (p.22).

En el paciente existe una resistencia al cambio desde el inicio del proceso terapéutico, asociado a una respuesta defensiva por temor a reactivar y revivir el evento y sentirse juzgado, maltratado y abandonado por el clínico, mostrándolo desinterés y/o rechazo.

El tratamiento en el caso de los rasgos de personalidad narcisista estará enfocado a estrategias específicas que funcione a favor del paciente, esto ayudará a disminuir los pensamientos de grandiosidad; en el proceso es necesario dotarse de empatía, flexibilidad con límites, paciencia, escucha activa, apertura al dialogo, con el objetivo de que pueda verbalizar las ideas irracionales y en el proceso se pueda ir reparando las áreas que le generan conflicto emocional, psicológico, social, entre otros.

Halgin y Whitbourn (2009) afirma “La terapia cognitivo conductual para el trastorno narcisista de la personalidad también busca reducir las ideas grandiosas del cliente y mejorar su capacidad para relacionarse con los demás” (p.361)

“Es algo paradójico, pero cuando más reconocimiento y apoyo le da el terapeuta al cliente, este deja de albergar cada vez más ideas de grandiosidad sobre su persona y se concentre menos en sí mismo” (Kohut, 1971 citado en de Halgin y Whitbourn, 2009, p.361)

Se espera que al superar el vacío interior, soledad, autoestima, envidia, empatía, relaciones interpersonales, control ante la crítica, etc. que ocasionan actitudes despreciativas y arrogantes hacia los individuos, el paciente con esto problemas pueda reintegrarse a la sociedad; de no ser así podría dar paso al establecimiento en la edad adulta de un trastorno personalidad narcisista.

2.2 Abuso sexual

En 2016, Organización Mundial de la Salud sostiene que el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia por parte de la pareja hacia los niños, creando un ambiente hostil, también se incluye como maltrato infantil.

Echeburrúa y de Corral (2006) dicen

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita-. No deja, por ello, de ser significativo que el 20% del abuso sexual infantil está provocado por otros menores (p. 76).

Lo que hoy en día se entiende por abuso sexual, no solo lo define el contacto sexual que el abusador tiene con la víctima, sino el daño psicológico en la incongruencia de la fuerza de poder que se ejerce y la relación emocional sostenida en el momento de abuso; la manipulación, la ventaja significativa intelectual y de experiencia a nivel edad, privándolo de la libertad de poder defenderse y así mismo poder denunciar oportunamente el hecho.

Viviano (2012) afirma “Se le llama “abuso” precisamente porque existe una relación desigual entre quienes participan en esta interacción, estando la persona abusadora, en una posición de autoridad y poder que se utiliza para someter al niño, niña o adolescente a las actividades sexuales” (p.18).

Hoy en día por diversas situaciones, muchas mujeres participan aportando económicamente a las necesidades del hogar, esto ha provocado la disminución de los cuidados en casa y atenciones que afiancen la seguridad del niño; por lo que al ser llevados a otra casa o jardín infantil, en donde otra persona ajena a la familia los cuida, quedan expuestos a sufrir eventos no deseados, aumentando los conflictos y las repercusiones en el desarrollo emocional del niño, que posteriormente pueden ser parte de los casos vistos en clínica y que forman parte de las estadísticas de trastornos en el país.

Una idea de Miller (2009) citado en Mora (2015) explica que cuando el abuso es ejercido por un adulto significativo, la niña o niño se encuentra ante una relación confusa en la que lo que debería ser fuente de amor es fuente de terror. Por lo que en múltiples ocasiones pueden encontrarse confundidos, las personas que los “deberían” amar y cuidar son sus torturadores.

Echeburúa y de Corral (2006), refieren que no todas las personas reaccionan de la misma manera al ser victimizadas, ni todas las experiencias comparten las mismas características. El impacto emocional en respuesta a una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima como: estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo como: frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.; la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

En consecuencia con la idea de Swanton, Tebbutt, O’Toole y Oates (1997) expuesta en Papalia, Olds y Feldman (2009), que en un estudio de seguimiento de cinco años a 68 niños que padecían de abuso sexual, se encontró que exhibían más alteraciones de conducta, tenían menor autoestima y estaban más deprimidos, ansiosos o infelices que el grupo control.

También en una idea de Lau (2005) citado en Muela (2008) refiere

Realizaron una importante investigación para determinar las diferencias en caso de utilizar un sistema u otro. Observaron una variación importante en la clasificación del tipo de

maltrato predominante: con el SCJ el 44.3% de los casos fue clasificado como negligencia infantil, el 20.2% como abuso sexual y el 34.3% como maltrato físico. (p.78)

2.3 Negligencia

Clark y Clark (2001), define la negligencia como la forma de maltrato que consiste en los intentos fallidos repetidos de parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de los niño/a, para proporcionarle los cuidados necesarios en cuanto a alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y/o afecto, dicho en otras palabras la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales.

Las consecuencias de la negligencia pueden ser varias: físicas emocionales, cognitivas y sociales; se pueden manifestar dependiendo el daño que se le ocasione al niño, así mismo pueden interrelacionarse. La ausencia de afecto parental, puede causar traumas y deterioro del funcionamiento.

Con una idea de Lynch y Cicchetti (1991) y Manly (2001) citado en Muela (2008) afirman

En lo que se refiere a la negligencia infantil, se ha encontrado que los niños que lo padecen en la infancia temprana desarrollan unos modelos representacionales de las relaciones incapaces de cumplir sus necesidades y las de los demás, de forma afable. En el período preescolar, la negligencia infantil se ha relacionado con la sintomatología internalizante y el aislamiento (p. 77).

La negligencia infantil está asociada a la pérdida de entusiasmo, creatividad, autoestima, confianza, seguridad, estabilidad, auto-eficacia y regulación del afecto, que normalmente se encuentra en los pacientes con este tipo de diagnóstico. Diversos estudios refieren que existen variables importantes que se deben considerar cuando se habla del término negligencia entre estos: el nivel socioeconómico de la familia, la disfunción familiar y el desarrollo intelectual de los integrantes. También es de hacer énfasis en la importancia de los factores de riesgo y medidas de protección como determinantes en el desenlace hacia un trastorno de la personalidad.

Una idea del Centro Nacional de Investigación (1993) citada en Romo, Anguiano, Pulido y Camacho (2008) afirma “La negligencia crónica durante la niñez temprana tiene efectos especialmente negativos en el desempeño escolar posterior, en las relaciones sociales, la capacidad de adaptación y en la resolución de problemas” (p.122).

Una idea de McGee, Wolfe y Wilson (1997) en Muela (2008) afirma

Desarrollaron el sistema de clasificación denominado Record of Maltreatment Experiences (ROME). Este sistema también propone como dimensiones fundamentales el estadio de desarrollo, el tipo de maltrato y el género de las víctimas. En la aplicación de este método, realizaron un análisis de los expedientes de 162 adolescentes; observaron que, en las niñas, la negligencia infantil y el maltrato psicológico que ocurre en la primera y mediana infancia, se asocia con mayores problemas de conducta. En cuanto a los chicos, encontraron una alta predictibilidad de los problemas de conducta con la ocurrencia en la infancia de la interacción del maltrato físico y psicológico, así como con la interacción de la negligencia infantil y ser testigo de la violencia doméstica (p.78).

Entre los problemas de conducta que se han evidenciado con mayor frecuencia están los asociados a las carencias en las relaciones interpersonales y en la resolución de problemas como resultado de la falta seguridad y la ausencia de empatía hacia los demás.

2.4 Abandono del padre

La ausencia del padre en la edad temprana de un niño puede tener efectos nocivos; se espera que el padre sea el elemento transmisor de emociones positivas en sus hijos y que esto lo motive hacia el éxito; en su ausencia el niño no tiene una visión de sí mismo, por lo tanto su futuro se ve en riesgo.

Una idea de Coleman, Ganong y Fine (2000) citada en Estrada, Tabardillo, Ramón y Mejía (2007) comenta que la investigación actual muestra que los niños que viven con sus padres

biológicos tienen un mejor estilo de vida en comparación con los niños que viven ya sea solo con su madre o quienes tienen padrastro.

En (2007) Quaglia y Castro sostienen “Ambos miran al niño presente como si lo hicieran con un solo ojo, mientras que con el otro, la madre contempla al niño que ha sido y el padre tantea al hombre o a la mujer que llegara a ser. La madre siempre verá en el hijo, aún en edad adulta, a su niño; el padre verá en el niño, por pequeño que sea, a un hombre o a una mujer. La mirada materna, clavara en el pasado asegura al niño que, aunque crezca, no perderá el amor de la madre. Se ha revelado dañoso que la madre manifieste desaprobación hacia el niño que está creciendo, idealizando y valorizando al niño de antaño. El padre por su parte proyectando al hijo en el futuro, en el tiempo que vivirán aventuras y viajes juntos asegura al hijo que nunca será abandonado y que puede por lo tanto, desear hacerse mayor “irse” con él” (p.172)

En consecuencia la relación padre-hijo y madre-hijo es por naturaleza diferente en contenido, en competencias y calidad afectiva. La unión con el padre se origina posterior al nacimiento, mientras que con la madre desde antes del nacimiento del niño. Ambos contribuyen en el desarrollo emocional, psicológico, familiar y socialmente.

Una idea de Rosenberg y Wilcox (2006) expuesta en Estrada, Tabardillo, Ramón y Mejía (2007) demuestra que los resultados positivos son multidimensionales y se reflejan en el desarrollo social, emocional y cognitivo. Los hijos de padres que cuidan y se preocupan por ellos, tienen mayor coeficiente intelectual con mejores capacidades lingüísticas y habilidades verbales, así como mejores resultados en la educación. Estos beneficios se extienden a la adolescencia y la edad adulta.

Amato (2005); Coleman, Ganong, Fine (2000) y Lamb (1996) citado en Estrada, Tabardillo, Ramón y Mejía (2007) refieren

Las investigaciones en los últimos años han documentado que la ausencia física y emocional del padre se correlaciona con un resultado negativo en sus hijos. Los hijos que viven en una

familia monoparental muestran desajustes psicológicos, bajo rendimiento académico y mal comportamiento, depresión, comportamiento antisocial (impulsivo/hiperactivo) y dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas, sobre todo con los hombres (p.113)

Aunque hoy en día no se dé mayor relevancia al impacto de la ausencia de un padre en el proceso de desarrollo de un individuo, se hace evidente la diferencia en el bienestar emocional y no solo como medio de sostén familiar y apoyo en la disciplina de los hijos.

Estrada, Tabardillo, Everardo, Ramón y Mejía (2014) señalan que en una investigación realizada en México a ocho estudiantes universitarias con el objetivo de estudiar la auto-percepción que las hijas tienen sobre el impacto de la usencia del padre en su vida emocional, comportamiento y relaciones, se llegó a la conclusión de que se enfrentaron a diferentes tipos de dificultades derivadas de vivir sin el padre. La mayoría de las estudiantes entrevistadas se enfrentan a múltiples problemas como la soledad, la ira, el dolor, la inseguridad, la desconfianza, el abandono, la baja autoestima, la vulnerabilidad, la falta de apoyo emocional o económico y, las dificultades con sus relaciones, y las dificultades académicas. Algunas de ellos pensaban que habían perdido su infancia, porque se convierten en una hija parentalizada. Muchas de las responsabilidades de las madres se adjudicaron a estas jóvenes.

La participación del padre reduce la frecuencia de los problemas de conducta en niños y problemas psicológicos en las mujeres jóvenes (Allen, Daly, 2007, Sarkady, Kristiansson, Oberklaid, Bremberg, 2007).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Por naturaleza los seres humanos son diferentes el uno del otro; se aduce que la personalidad es la forma característica de respuesta del individuo hacia los demás; el estilo de personalidad normalmente no afecta el comportamiento en todas las situaciones; se dice que afecta cuando el individuo no es capaz de modificar su comportamiento ante las exigencias del entorno, considerándose desadaptado. Las características de la personalidad deben de ser en cierta medida flexibles para responder ante el entorno de manera adaptada, cuando no sucede, puede afectar el funcionamiento normal provocando estrés, ansiedad, depresión, confusión, hostilidad, entre otros. y prolongarse a través del tiempo. Estas conductas desadaptadas pueden detectarse en la niñez, en la adolescencia y hasta en la edad adulta.

Pereda, Pujol y Jiménez (2011) afirman que actualmente, los diversos trabajos llevados a cabo en este ámbito han demostrado que en el desarrollo de la personalidad intervienen factores biológicos como ambientales, así como la interacción entre ambos. En los últimos años, en estudio del desarrollo de la personalidad se ha visto impulsado, entre otros factores, por los avances genéticos, mostrando que la personalidad viene dada por la combinación entre genes específicos y los acontecimientos vitales en el individuo, de los cuales el abuso sexual infantil es uno de los más relevantes, tanto por sus implicaciones clínicas como sociales.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Dentro del grupo de adolescentes referidas por la Asociación Buckner como el objetivo de que se le brindara el apoyo psicológico del proceso terapéutico, se escogió a la paciente de estudio, quien tenía 16 años, se presentó durante las primeras sesiones con signos y síntomas de ansiedad,

frustración, desconfianza, sentimientos de tristeza, pensamientos de grandeza, falta de empatía por la ausencia en el reconocimiento de algunas emociones.

A nivel cognitivo, sus pensamientos invasivos estaban orientados a la ansiedad que le generaban su desempeño académico, pensamientos negativos en relación con el entorno, pensaba que todos estaban en contra de ella y que le querían hacer daño; pensamientos de grandeza, considerando que ella era la más importante e inteligente dentro del hogar y que esto le otorgaba derechos; sentimientos de tristeza y frustración al no tener una explicación de por qué la madre permitió el abuso sexual y el abandono de parte del padre.

Después de haber realizado la entrevista y las evaluaciones correspondientes se determinó que uno de los factores causales importantes, era debido a la negligencia y abuso sexual sufrido en la niñez e inicios de la adolescencia; la influencia de patrones de crianza autoritario de parte de los padres al no permitirle verbalizar y hacer valer sus deseos, emociones y pensamientos; el abandono a temprana edad por el padre, generando todo esto inseguridad, carencias de afecto, autoestima baja, incapacidad para establecer relaciones interpersonales, ausencia en la resolución de los problemas.

Motivo por el cual se hizo necesario hacer un estudio de caso sobre rasgos de personalidad paranoide y narcisista en una adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner. Describiendo el problema, a efecto que el presente estudio de caso, sea utilizado como material de apoyo en el diagnóstico de trastornos de este tipo.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron las causas que provocaron el desarrollo de los Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Determinar las causas que provocaron el desarrollo de los Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida de la Asociación Buckner.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer cómo el abuso sexual afectó al caso de estudio.
- Describir cómo la negligencia durante la niñez impactó a la paciente de estudio.
- Identificar cómo el abandono del padre influyó al caso de estudio.

3.4 Alcances y límites

3.4.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica Profesional Dirigida, está la disminución de pensamientos intrusivos y concientizar estados emocionales que le permitieron un equilibrio entre el pensar, sentir y actuar; aumento del control del estrés; la adquisición de herramientas como factores de crecimiento que le ayudaron a desarrollar habilidades sociales, mejoras en el manejo de resolución de problemas y en la proyección hacia una vida independiente, posterior a la ejecución del proceso terapéutico, llevado a cabo por medio de técnicas: Humanista, Transpersonales, Emotivas, Centrada en el Cliente, Cognitivas y Conductuales, se vio reflejado el avance de la paciente en cuanto al control de pensamientos y conductas, mejores hábitos de estudio, desarrollo de empatía, incremento de autoestima, disminución de malestares físicos y mejor desenvolvimiento social.

El aprendizaje obtenido a través de poner en práctica diversas técnicas y la satisfacción de poder experimentar cambios positivos fueron los frutos de los objetivos planteados en el tratamiento.

3.4.2 Límites

En el inicio del proceso terapéutico vale la pena mencionar que se encontró como limitante la falta de confianza manifestada por la paciente, esto implicó establecer un adecuado rapport durante todo el proceso terapéutico.

La cantidad de tareas escolares y actividades por parte de la asociación en las que la paciente debía participar paralelamente al proceso, provocó que en algunas sesiones se sintiera con desganó y falta de participación.

La poca interacción de la paciente con personas ajenas al hogar, limitó que pusiera en práctica y fijara aún más algunos de los conceptos aprendidos.

La edad de la paciente limitaba la realización de tareas para casa y la realización de auto registros, originando que la mayoría de trabajo se realizara en la clínica.

3.4.3 Temporalidad

El proceso se llevó a cabo de febrero a octubre, distribuido en 22 sesiones de 45 minutos, cada semana.

3.5 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de Metodología de la investigación psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se basó en el estudio de una adolescente quien se identifica con las mayúsculas C.M, fue referida por la Asociación Buckner, lugar donde se llevó a cabo el proceso terapéutico, debido a la falta de congruencia en los pensamientos y conductas, deficientes hábitos de estudio, carencia de habilidades sociales, falta de empatía, baja autoestima y malestares físicos.

Mediante la observación, entrevistas, historia clínica, batería de pruebas psicológicas aplicadas (dibujo de la persona bajo lluvia, dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, escala de ansiedad, escala de depresión, test de personalidad EPQJ, cuestionario para la evaluación de discapacidades Whodas 2.0) se realizó el psicodiagnóstico del caso de estudio, en donde la adolescente proyectaba, sentimientos de desvalorización, hostilidad hacia los demás, timidez, necesidad de reprimir impulsos corporales, cuidado al exteriorizar sus pensamientos, dificultad en las relaciones interpersonales; deseo de poder y vanidad, lucha por ser intelectual y disfrute del reconocimiento social; desconfianza, inseguridad, sentimientos de inadecuación, actitud defensiva; vacío interior, defensas pobres, sentimientos de ineptitud para enfrentar la vida; terquedad y mal humor.

También manifestaba, ansiedad clínicamente significativa, factor de paranoia y narcisismo incrementados considerablemente; con antecedentes de abuso sexual reiterativo del padrastro y hermanastro por negligencia de ambos padres; patrón de crianza autoritario de parte de la madre, en donde no se le permitía la expresión de sus emociones y ordenes infringidas a su conducta, con fuerte dependencia al padre a pesar del abandono sufrido.

La relación con autoridades de la Asociación era hostil, con acentuación en la falta de congruencia en los pensamientos y conductas manifestadas que ponían en evidencia problemas de personalidad.

Con sus compañeros y cuidadores dentro del hogar, sostenía relaciones interpersonales deficientes que limitaban la comunicación al no poder expresarse de forma asertiva sino pasiva de forma aparente.

Analizando y haciendo una comparación entre los elementos de diagnóstico, se constató que la adolescente presentaba carencia en el reconocimiento de emociones, especialmente la ira; no había un concepto del mismo que integrará el pensamiento, el sentimiento y la conducta; existían pensamientos negativos asociados a falta de confianza hacia el entorno como consecuencia de la negligencia y abuso sexual sufrido, en donde la persona que la tuvo que haber cuidado abuso de ella; ordenes impuestas por medio de patrones de crianza de los padres, creándose paradigmas de no poder decir un no en la interacción con otras personas, con la mentalidad de que las personas se les respeta y que ella no debe de sentirse grande.

Por otra parte también estaban presentes los sentimiento de tristeza y falta de perdón asociados al comportamiento de la madre, por la falta de cuidado y permitir el abuso sexual de manera consciente; sentimiento de tristeza y falta de perdón hacia el padre por el abandono a temprana edad, negándole así el fortalecimiento de la base primaria.

Se llevó a cabo el proceso terapéutico con la adolescente dándole prioridad desde el inicio de cada sesión a las técnicas de relajación; esto evitaba que la paciente se lastimara la cara por la ansiedad presentada en el transcurso de la sesión, sobre todo al momento de intentar realizar cambios en sus paradigmas; también fue de mayor importancia utilizar la terapia de juego y técnicas humorísticas con el propósito de crear un ambiente agradable y disminuir la desconfianza manifestada por la paciente.

Entre las técnicas cognitivas, conductuales, racional emotivas, transpersonal específicas para el manejo de ansiedad y pensamientos intrusivos de negatividad, se aplicaron la reestructuración cognitiva, cambio de roles, ensayo de conducta, proselitismo racional, reducción al absurdo, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, humorística, técnicas de relajación; técnicas integrativas como las artes plásticas que ayudaron a la paciente a generar situaciones emocionales y el reconocimiento de las mismas que no se habían traído al consciente para dar paso al perdón; técnicas humanistas como el auto distanciamiento, diálogo socrático, centrada en el cliente, que le ayudaron a la paciente a disminuir pensamientos negativos,

ansiedad; técnicas de modelado para dar paso al perdón; psicoeducación con el propósito de ampliar su base de conocimiento básico y contribuir en la integración a la sociedad.

Se dejaron tareas para casa y la realización de autoregistros con el objetivo de poner en práctica lo aprendido.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

I. Datos generales

Nombre y apellidos:	C.M
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	17 de Septiembre 1999
Edad:	16
Estado Civil:	Soltera
Escolaridad:	Cuarto Bachillerato en Medicina
Institución:	CDI
Religión:	Cristiana Evangélica
Dirección:	Santa Luisa Zona 6
Datos de los padres	
Nombre del padre:	M.J
Nombre de la madre:	E.A
Datos de los hermanos:	
Hermano materno:	R.C. 20 años
Hermanos paternos:	E.C 26 años
	G.C 30 años
	J.C 33 años
	S.C 35 años
	R.C 40 años
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	7 de Marzo de 2016

II. Motivo de Consulta

La paciente refirió “Siento mucha confusión y preocupación por tanta tarea que me dejan, siento que ya no puedo más”, a veces me siento triste porque no entiendo como mi mamá pudo hacerme esto” sic.

III. Historia del problema actual

Según refirió la paciente, cuando los papás se unieron, ambos tenían hijos de la pareja anterior, su papá tenía cinco hijos (que vivían con su anterior pareja) y su mamá un hijo (que vivía con ella). Cuando C.M tenía aproximadamente cuatro años, los padres se separaron a razón de que la madre se dio cuenta que el padre besaba a su hijo en sus genitales (hijastro del señor M.J.C.V).

Poco tiempo después la mamá de la paciente decidió unirse con otra pareja de origen Salvadoreño de nombre D.A; la paciente refirió que a los cinco años el señor D.A inició a abusarla sexualmente; se lo comentó a su mamá, ella se lo reclamó a su conviviente, pero lo negó; así continuo haciéndolo por varias veces e incrementando cada vez la gravedad del abuso hasta la edad de catorce años aproximadamente, en el año 2013.

En septiembre del 2013, su mamá y su padrastro se dedicaban a vender zapatos, en ocasiones salían y la dejaban sola con su hermanastro R.C de 20 años; la primera vez intento abusar sexualmente metiéndose en su cama, no logrando su cometido porque ella se resistió, se lo comentó a su mamá, ella lo regañó, pero no cambiaron las cosas; hubo tres eventos más en ese mismo año, donde hubo abuso y violencia sexual, se dejó de dar debido a que C.M se lo comentó nuevamente a su mamá, quien le dijo que no se lo fuera a comentar a su papá.

La paciente fue atendida en una casa hogar que pertenece a la Asociación Buckner en donde vivía por orden de Juez; esto debido a que en una ocasión que recibió el curso de Estudios Sociales en sexto primaria, hablaban del tema de relaciones sexuales y fue ahí donde ella

comprendió lo que estaba sucediendo; la paciente decidió contarle a una tía política, quien llamó a la policía y relata todo lo que C.M le dijo; la madre y el padrastro huyeron.

Por orden de Juez, la paciente no pudo quedarse con la tía política y se fue a vivir con la tía materna, con quien vivió aproximadamente seis meses por conflictos con las primas, escapándose posteriormente a la casa en donde vivía el padre con una pareja de amigos y su familia; se repitió el escenario, tuvo problemas con los hijos de la pareja, el papá no la pudo apoyar porque tenía una denuncia efectuada por la madre de la paciente y además no contaba con vivienda propia. La paciente decidió solicitar ayuda para poder ingresar a un hogar porque no quería estar con ningún familiar, hasta cumplir la mayoría de edad.

Ante esta situación según refirió su expediente, presentó síntomas depresivos, ansiedad, inseguridad, retraimiento, por momentos agresividad hacia las demás personas, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, angustia, confusión en la identificación sexual, inestabilidad emocional, baja autoestima, llanto, aislamiento, dormir más de lo normal y un fuerte apego a la figura paterna.

IV. Historia Clínica

La paciente no refirió información sobre su estado prenatal, en el nacimiento el parto fue normal de 40 semanas de gestación, no reportó ningún problema de acuerdo a la información que le proporcionó su mamá.

En cuanto a su desenvolvimiento escolar declaró que inició sus estudios de preparatoria a la edad de cinco años, a los seis años repitió nuevamente el grado, no le permitieron avanzar por la edad. Sus notas en ese período no fueron las mejores, pero estuvo en el promedio.

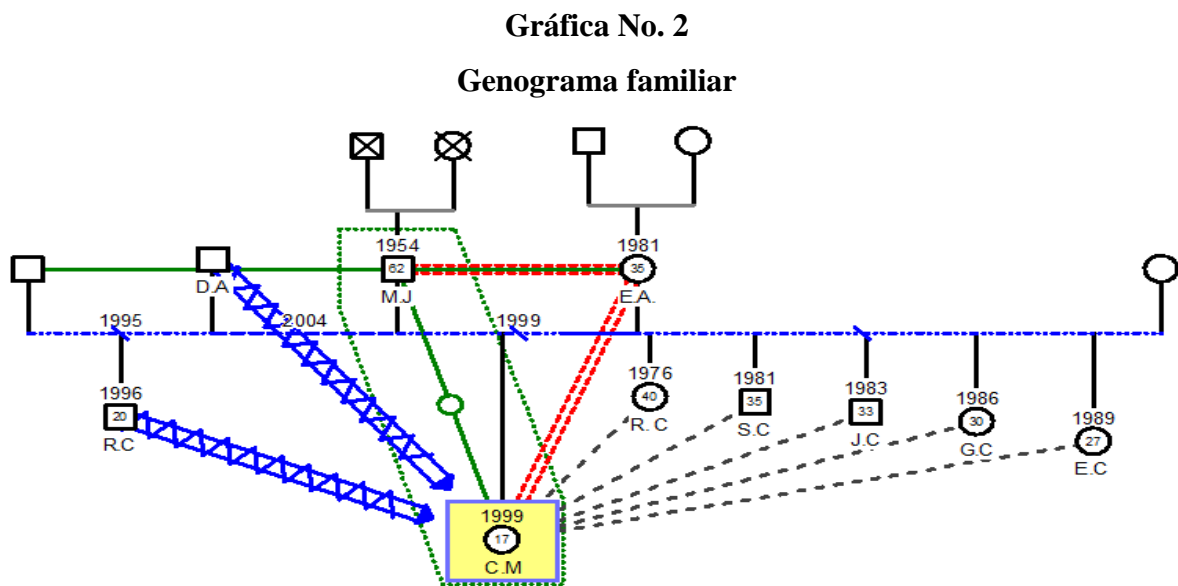
Manifestó que no era sociable, que tenía estima baja. En la adolescencia refirió que tuvo varios cambios para mejora, que se relacionaba un poco más, pero que le hacía falta mejorar, tuvo su período menstrual a la edad de 12 años.

Su historia psicosexual inició a la edad de cinco años por el abuso sexual de su padrastro que continuó hasta los 13 años; posteriormente el abuso sexual de parte de su hermanastro, que se dio aproximadamente tres veces.

En su historia médica refirió que tuvo infecciones urinarias, que hubo tres eventos en donde se desmayó; los síntomas que presentó en su momento fue que se le agudó el cuerpo, sin perder el conocimiento y luego de un momento le pasaba; le han dado a tomar agua o a oler alcohol. En la evaluación del médico general según diagnóstico, se debió a problemas de estrés que la paciente se provocó al exigirse en sus actividades o por llamar la atención.

Refirió que a la edad de trece años, tuvo un intento de suicidio; se cortó las venas y fue atendida en el Hospital General San Juan de Dios en el área de Psiquiatría, donde asistió por un corto tiempo; no se le administró medicamento.

V. Historia Familiar



Fuente: elaboración propia, Marzo 2016.

Estructura familiar

La paciente fue atendida en un hogar perteneciente a la Asociación Buckner donde vivía desde el 22 de Agosto del 2014. Según refirió, su familia nuclear estaba constituida por su progenitor el señor M.J. de 62 años y su progenitora la señora E.A. de 35 años. Los miembros antes mencionados no vivían juntos; el padre de la paciente abandonó el hogar a raíz de que la madre lo encontró abusando sexualmente de su hijo, hijastro del señor M.J.; la progenitora abandonó a la adolescente, cuando sabe que hay una denuncia por el abuso sexual de su conviviente hacia su hija. A pesar de lo sucedido con su progenitor la paciente mantenía una relación de amor hacia él; mientras que con su progenitora sostenía una relación de conflicto y discordia y sentimientos de odio hacia su padrastro el señor D.A.

En cuanto a la relación con su hermanastro materno de nombre R.C mantenía sentimientos de odio por el abuso sexual hacia su persona.

Con sus hermanastros paternos, sostenía una relación distante, pocas veces los veía, según refirió la paciente algunos de ellos vivían en Estados Unidos, eventualmente recibía dinero de uno de ellos.

Los abuelos paternos fallecieron, los abuelos maternos aún vivían, pero con ninguno de ellos tuvo relación.

Antecedentes familiares

La paciente expresó que durante la infancia vivió en un ambiente hostil y violento, con carencias económicas y de afecto. El progenitor la abandonó a la edad de cuatro años; eventualmente lo veía, debido a que nunca tuvo vivienda propia, normalmente vivía en asilos, con algunos amigos quienes le dan posada por un tiempo, cambiando constantemente de vivienda; adicionalmente tenía problemas en un oído, no escucha, justificando así, el no poder hacerse responsable de su

hija. Debido al abuso sexual sufrido de parte del padrastro y su hermanastro, la paciente fue abandonada por su progenitora a la edad de trece años por temor a que procediera la denuncia.

VI. Examen del estado mental

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad, de estatura aproximada de un metro con sesenta centímetros; atuendo convencional, pantalón de lona color azul, playera color blanco, zapatos de color negro, cabello liso, largo, color negro, agarrado con una cola, color de la tez es blanca, ojos de color negro, se presentó a la sesión ansiosa, aduciendo preocupación por sus estudios.

Se mostró amable, cooperante, atenta, pero negativa y quejumbrosa en relación con sus estudios; saludó cordial; relató su malestar a manera de buscar afecto; reacciones inmediatas con gestos de enojo al escuchar algo que no le era congruente a su forma de pensar; orientada en tiempo, lugar y persona; en alerta; atención y concentración era adecuada; con memoria remota, reciente e inmediata evidentes en el relato de los hechos; su pensamiento era de preocupación con obsesiones en el estudio; hablaba en tono bajo; su nivel de inteligencia era adecuado para su edad; se mostraba ansiosa y depresiva; con capacidad de introspección en cuanto a no poder controlar sus preocupaciones por el estudio.

VII. Resultados de la pruebas

Cuadro No. 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
Test de la persona bajo la lluvia	21-3-2016
Escala de depresión de Beck	21-3-2016
Test de personalidad 16PF	21-3-2016

Test del dibujo de la figura humana	31-3-2016
Test del árbol	31-3-2016
Test de la familia	31-3-2016
Test de personalidad EPQ-J	4-4-2016
Escala de ansiedad de Hamilton	4-4-2016

Fuente: Elaboración propia, Abril 2016

Resultados Cualitativos

Pruebas proyectivas

(Test de la persona bajo la lluvia, test de la figura humana, test del árbol, test de la familia) C.M exhibió, sentimientos de inadecuación, inseguridad, desgano, presión, amenaza, hostilidad, angustia, creación de historias falsas, mentiras con defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse, disociación cuerpo-mente.

La paciente manifestó defenderse con el pensamiento, deseo de poder, vanidad, narcisismo, auto exigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseverancia de ideas, rasgos paranoides, rebeldía, hostilidad hacia los demás, terquedad, mal humor, necesidad de reprimir o negar impulsos corporales, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad; lucha por ser intelectual, actitud y cuestionamiento de todo, auto centrado, fuerte dependencia en el padre del sexo opuesto.

También el test mostró rigidez y frialdad, actitud defensiva; gran control de todo lo que tenga relación con la expresión de las emociones y los sentimientos; empeño en causar buena impresión ante los demás; cuida su imagen y lo exterioriza; nivel de receptividad y expansión en aumento; vacío interior, fragilidad emocional.

Los anteriores aspectos denotaron en la paciente problemas personales de tipo afectivo, pensamientos intrusivos que la incitaron a tener conductas inadecuadas de desconfianza y

grandeza, obsesiones de tipo académico, falta de reconocimiento de emociones y por consiguiente falta de empatía; ansiedad constante por desbordamiento de ideas, incapacidad para comunicarse que la llevaron a un desequilibrio psicológico y emocional; luego de establecer un buen rapport y con el avance de las terapias se pudo observar la reintegración a su vida personal, familiar y social.

En cuanto a la dinámica familiar, la paciente manifestó suavidad, timidez, pérdida de expresión emocional, vivir dominado por las reglas, conflictos en el pasado, valorización emocional hacia su padre, desvalorización hacia la madre y hermano; en donde se identificaron elementos a partir de la experiencia y se utilizaron como herramientas de crecimiento.

Resultados Cuantitativos

Pruebas psicométricas

En el Inventario de depresión de Beck: Su punteo fue de siete, que la clasificó en el rango de 1-10 con estados altibajos considerados como normales, que fueron congruentes con los síntomas y signos manifestados en clínica.

Escala de Ansiedad de Hamilton: Su punteo fue de 20 puntos, clasificándola con ansiedad clínicamente manifiesta; observable desde el inicio el proceso terapéutico, que fue disminuyendo con el transcurso de la ejecución del tratamiento.

Test de personalidad EPQJ: de los cuatro factores evaluados y analizados con el test, el factor de paranoia incrementado al percentil 95, que la clasificaba con un valor muy superior, que fueron corroborados con las conductas presentadas en clínica y con el entorno, entrevista realizada a la paciente, entrevista de autoridades, pruebas proyectivas.

Evaluación de discapacidades Whodas 2.0: de las discapacidades evaluadas, presenta déficit en las relaciones con otras personas con un porcentaje de 52%, que se manifestaba en los conflictos

con las compañeras de hogar y autoridades, ocasionado por ideas intrusivas de inseguridad y desconfianza aunado a la falta de capacidad en la resolución de los problemas.

Test de personalidad 16PF: la prueba refirió que la paciente disfrutaba del reconocimiento social, con anomalías sexuales, conducta auto controlada, persona que se sentía inestable, con remordimiento, fobia y ansiedad alta en neurotismo, persona inconforme, tendía a ser rechazada durante la niñez, se asociaba con pocos niños, persistente, previsora, respeto por la reputación social, insatisfacción, paciente con libido no descargado.

VIII. Impresión diagnóstica

De acuerdo a la información recopilada en la entrevista clínica, entrevista a profesionales a cargo de la paciente, examen del estado mental, pruebas psicométricas y proyectivas, se evidencio que la paciente presentó un desequilibrio psicológico y daño emocional que le afectó en el área personal, familiar y social, derivado del abuso y violencia sexual vivida en la niñez hasta inicios de la adolescencia por parte de su padrastro y hermanastro; relación padre e hijo decadente por falta de cuidado y abandono en la edad temprana; en consecuencia presentó síntomas como: desconfianza y suspicacia hacia los demás, sospecha sin base suficiente de que las demás explotan, le causan daño o decepcionan al individuo; refirió la paciente que porque todas las personas estaban en su contra, que les hizo ella o que les hizo su novio para que les hicieran tanto daño.

Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentario o actos sin malicia; refirió la paciente que las compañeras le hacían sentir mal, a veces no le hablaban, ellas la rechazan.

Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición de reaccionar rápidamente con enfado o contraatacar; mostró gestos inmediatos de enfado muy frecuentes cuando percibía ataques; refirió también la paciente que no quería cambiar, que

estaban bien así, que a ella no le provocaba ningún problema, que de todos modos su mamá le decía siempre que no tenía que contestarle a nadie, tenía que respetar a los adultos, también dijo que aunque hiciera algo bueno no lo debía de decir porque no se tenía que hacer grande. Creía que era “especial y única”, que sólo podían comprenderle o sólo podría relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus. Se consideraba la más importante y única, la consentida de la casa hogar y nadie le podía quitar su lugar.

Demostración de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas). Expectativas de que la institución le apoyaría hasta en los estudios universitarios.

Carecía de empatía: no estaba dispuesta a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás. Debido a la falta de reconocimiento de emociones, especialmente la ira.

Mostraba comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad. Al inicio del proceso, al indagarse mostraba molestia y contestaba de forma cortante.

Pensamientos obsesivos: que eran desplazados hacia el estudio. Ansiedad clínicamente significativa de acuerdo a los test aplicados. Que son consideradas como parte de un trastorno paranoide.

No se observaron signos de alteraciones mentales o desordenes marcados de pensamiento o lenguaje que pudieran asociarse con trastorno de esquizofrenia. No existió consumo de drogas o de alcohol, ni de otras sustancias; en escala de depresión manifestó altibajos considerados como normales que no pudieron estar asociados a Trastornos Depresivos, se descarta TP esquizoide porque muestra esa suspicacia de sus pensamientos, se descartó TP esquizotípico porque en la observación clínica no mostró ser peculiar o ser extraña, y no pudo atribuirse a los efectos fisiológicos de una afección médica ya que fue evaluada por un médico en cuanto a sus

desmayos y su diagnóstico clínico fue: que se debía a presión en sus estudios y que por sus exigencias la mantenían estresada o que podía deberse a una manera de llamar la atención.

Por lo que se cumplían 3 aspectos del criterio A para un trastorno de personalidad paranoide y 4 para trastorno de la personalidad narcisista y que no se puede diagnosticar como un trastorno de personalidad por la edad de la paciente y porque no cumple con todos los criterios.

IX. Evaluación según DSM- 5

301.0 (F60.0) Trastorno de la personalidad paranoide (rasgos)	(533)
301.81 (F60.81) Trastorno de la personalidad narcisista (rasgos)	(550)
Z62.820 [V61.20] Problema de relación padre-hijo	(589)

Evaluación de Discapacidades WHODAS 2.0

Presenta déficit en las relaciones con otras personas.

X. Recomendaciones terapéuticas para el caso

Se recomendó lo siguiente:

- Establecer un rapport adecuado por medio de escucha activa, empatía con la paciente, en el que pueda crearse un ambiente de confianza, armonía y así evitar que se pueda sentir atacada; que verbalice su problemática, poder comprender sus pensamientos y transmitirle la información necesaria para que se generen cambios de conducta.
- Descubrir y combatir los pensamientos intrusivos que la incitaban a tener conductas inadecuadas por medio de una reestructuración cognitiva.
- Implementar paralelo al proceso, técnicas de control de estrés que le permitieran relajar la tensión que producían los episodios paranoicos y los cambios que son parte del proceso terapéutico.

- Reforzar el reconocimiento de emociones y control de la ira por medio de técnicas (TREC) y un acercamiento con técnicas de Logoterapia como el auto distanciamiento de la mente en momentos de ira.
- Ampliar su sistema de creencias racionales y adaptativas a través de la modificación de pensamientos por medio de la utilización de técnicas (TREC)) que le ayudaran a perdonar a la madre.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales, con base en las ideas irracionales que le permitieran a la paciente no descalificarse ante los errores y asumir que no se puede ser perfecto.
- Aproximar a la paciente de manera gradual a personas, para que adquiriera habilidades necesarias y superar la desconfianza.

4.2 Análisis de resultado del estudio de caso

Causas del desarrollo de rasgos de personalidad paranoide

Pereda, Pujol y Jiménez (2011), definen que en un estudio realizado, se tomó una muestra de pacientes ambulatorios, en donde el abuso sexual en conjunto con el abuso emocional predijo la aparición del trastorno paranoide de la personalidad. También otros estudios reportaron el incremento de síntomas de trastorno de la personalidad del grupo A en víctimas de abuso sexual infantil y que a mayor gravedad del abuso, mayor gravedad en sintomatología psicopatológica.

En los hallazgos encontrados en la investigación del caso estudiado, se comprobó que el abuso sexual que sufrió la paciente por parte del padrastro y hermanastro afectaron el desarrollo de rasgos paranoides de la personalidad, al infringirle e imponerle conductas inapropiadas que la paciente no pudo elaborar en su temprana edad, teniendo como resultado manifestaciones en la etapa adolescente como: proyectarse como una persona fría, tímida, obediente, características que comparadas no eran congruentes entre lo observado en clínica con los resultados de sus test proyectivos y psicométricos en donde manifestaba rasgos paranoides, rebeldía, hostilidad hacia

los demás, terquedad, mal humor, necesidad de reprimir o negar impulsos corporales, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.

Debido a que dichas heridas no las había superado, se traducían en falta de confianza, por tal motivo desde el inicio del proceso terapéutico se dio prioridad al establecimiento de un buen rapport utilizando principalmente la empatía para comprender su situación, el diálogo abierto en la verbalización de sus pensamientos, sin presionarla, dando lugar a que disminuyera el grado de desconfianza y así poder ejecutar el plan terapéutico en donde se utilizaron técnicas de relajación en donde pudiera disminuir la carga emocional y asociar sus pensamientos con momentos de realización, técnicas humanistas, cognitivo conductual, humorísticas, logrando así que pudiera manifestar sus deseos y pensamientos, aclaración de sus ideas irracionales e incremento de la seguridad en sí misma y en su entorno, mejorar las relaciones interpersonales y la resolución de problemas.

Causas del desarrollo de rasgos de personalidad narcisista

Braier (2000), refiere que así, ante el peligro del paciente de vivenciar una angustia desgarradora al ser activada la situación traumática, la respuesta puede ser de tinte maniaco, con el siguiente sentimiento de omnipotencia narcisista. Estas defensas pueden incluso dar lugar a una alteración permanente del yo, tal como lo describe Freud (1939) alteraciones que habrán de traducirse en rasgos patológicos de carácter, como la arrogancia, el desprecio y la prepotencia, con los que intenta enmascarar heridas narcisistas ocasionadas por el desvalimiento.

También se comprobó que el trauma vivido por la paciente en el momento del abuso y violencia sexual, afectó en el desarrollo de los rasgos de la personalidad narcisistas; al ser lastimada en el pasado existían compulsiones repetitivas dolorosas que se manifestaban de forma paradójica en pensamientos de ser especial y única que utilizaba como mecanismos de defensa para no sufrir; cada vez que venía a su mente la situación traumática sufrida.

Entre los síntomas que presentó cuando fue referida por la Asociación estaban: pensamientos de ser especial y única, con sentimientos de merecer privilegios, ser consentida dentro del hogar, era carente de empatía, comportamientos arrogantes y de prepotencia, esto la impulsaba a esforzarse por mantener este puesto, generándole ansiedad; también el tener expectativas de que la Asociación tenía que apoyarle económicamente hasta graduarse de la universidad, algo que nunca se lo habían afirmado.

Los cuales eran mecanismos de defensa ante las situaciones que le generaban ansiedad, por ejemplo preocupación excesiva por los estudios con el objetivo de querer ser la mejor.

Repercusiones de Abuso Sexual

En consecuencia con una idea de Swanton, Tebbutt, O`Toole y Oates (1997) expuesta en Papalia, Olds y Feldman (2009), menciona que en un estudio de seguimiento de cinco años a 68 niños que padecían de abuso sexual, se encontró que exhibían más alteraciones de conducta, tenían menor autoestima y estaban más deprimidos, ansiosos o infelices que el grupo control.

La afectación del abuso sexual en el caso de estudio se repercutía especialmente en la ansiedad que le generaba el tratar de hacer las cosas a la perfección para quedar bien con el entorno y que la vieran como alguien superior, este comportamiento a su vez le provocaba infelicidad al llenar sus vacíos emocionales de manera temporal. Otro elemento que le generaba ansiedad era cuando percibía un ataque a su reputación, debido a las ideas irracionales que manejaba; posteriormente en el proceso terapéutico también le generaba ansiedad intentar realizar cambios en sus cogniciones, por tal motivo era necesario trabajar siempre técnicas de relajación en cada sesión.

Consecuencias de la negligencia infantil

Con una idea de Lynch y Cicchetti (1991) y Manly (2001) citado en Muela (2008) afirman

En lo que se refiere a la negligencia infantil, se ha encontrado que los niños que lo padecen en la infancia temprana desarrollan unos modelos representacionales de las relaciones incapaces de cumplir sus necesidades y las de los demás, de forma afable. En el período preescolar, la negligencia infantil se ha relacionado con la sintomatología internalizante y el aislamiento (p. 77).

Una idea del Centro Nacional de Investigación (1993) citada en Romo, Anguiano, Pulido y Camacho (2008) afirma “La negligencia crónica durante la niñez temprana tiene efectos especialmente negativos en el desempeño escolar posterior, en las relaciones sociales, la capacidad de adaptación y en la resolución de problemas” (p.122).

Dentro de los síntomas que manifestaba la paciente también estaba el aislamiento tanto en el hogar, como en el colegio donde estudiaba; normalmente en el hogar no veía televisión, en su rutina diaria estaba en su orden, la dedicación por sus estudios, las atribuciones asignadas en el hogar, actividades programadas de la asociación y tareas personales; no había un espacio para diversión, relajación, entre otros. En su colegio, ningún amigo que la paciente refiriera. Cuando mejoró en el reconocimiento de emociones, mejoraron sus relaciones con el entorno; se utilizaron videos de tipos de comunicación asertivo, pasivo, agresivo en donde la paciente pudiera hacer una introspección en que si se puede verbalizar lo que se pensaba y lo que deseaba sin que diera cómo resultado un conflicto emocional entre ambas partes.

Abandono del padre y sus consecuencias

Una idea de Kohut (1966,1997) en un libro de Halgin y Whitbourn (2009), refiere que todo niño necesita que sus padres confirmen y respondan en formas positivas a sus logros. Sin embargo si no se da, el niño se vuelve inseguro. Esta inseguridad se expresa, paradójicamente, en una

sensación exagerada de importancia personal que se entiende como un esfuerzo del individuo por compensar lo que le falta en la vida.

Estrada, Tabardillo, Everardo, Ramón y Mejía (2014) señalan, que en una investigación realizada en México a ocho estudiantes universitarias con el objetivo de estudiar la auto-percepción que las hijas tienen sobre el impacto de la ausencia del padre en su vida emocional, comportamiento y relaciones, se llegó a la conclusión de que se enfrentaron a diferentes tipos de dificultades derivadas de vivir sin el padre. La mayoría de las estudiantes entrevistadas se enfrentaron a múltiples problemas como la soledad, la ira, el dolor, la inseguridad, la desconfianza, el abandono, la baja autoestima, la vulnerabilidad, la falta de apoyo emocional o económico y, las dificultades con sus relaciones, y las dificultades académicas. Algunas de ellos pensaban que habían perdido su infancia, porque se convierten en una hija parentalizada. Muchas de las responsabilidades de las madres se adjudicaron a estas jóvenes.

Se comprobó que el abandono influyó en el caso de estudio ya que a la edad de 4 años fue abandonada por el padre; el padre nunca se hizo responsable de la paciente, se victimizaba mucho, aducía no tener vivienda propia y estar afectado de salud por tal motivo pedía asilo con diferentes familias y amigos; provocando en la paciente desamparo, inseguridad en cuanto a lo que pudiera suceder en el futuro. Por su lado en el ambiente familiar en donde vivía con la madre y su padrastro era hostil y violento con carencias de afecto, no existió la transmisión de elementos positivos que compensaran la ausencia del padre y que ayudaran a que la paciente se desarrollara social, emocionalmente y cognitivamente hacia el futuro.

La adolescente adicional a la falta de confianza e inseguridad manifestada, no aceptaba el abandono de su padre, la actitud de victimizarse para no hacerse responsable de ella, negándole así el apoyo emocional y económico cuando ella más lo necesitó.

Conclusiones

El abuso sexual sufrido por la paciente durante la infancia, por parte del padrastro y hermanastro fue una de las causas para que se desarrollaran los rasgos de personalidad paranoide, ocasionando alteración en las emociones y cogniciones, generando sospecha hacia las demás personas, desconfianza y sensibilidad clínicamente significativa que no pudo elaborar a su temprana edad.

Se concluyó que el trauma vivido también causó en la paciente sentimientos de grandiosidad, como creer que merecía privilegios dentro de la institución, carencia de empatía y comportamientos arrogantes y de prepotencia que son rasgos de personalidad narcisista, utilizados como mecanismos de defensa para no revivir la situación traumática.

El abuso sexual afectó directamente a la paciente de estudio, ocasionando ansiedad clínicamente significativa lo que provocaba pensamientos invasivos de ideas irracionales, las cuales fueron disminuyendo durante el proceso terapéutico.

La negligencia impactó al caso de estudio principalmente por la falta de cuidado necesario como: malos tratos, descuido al permitir el abuso sexual, falta de atención, entre otros.; la paciente presentó deficiencias en las relaciones interpersonales y en la resolución de problemas que se manifestaba en los conflictos con compañeras del hogar, aislamiento a nivel escolar y sospechas irracionales con autoridades de la Asociación.

Adicionalmente el abandono del padre influyó en el comportamiento de la paciente generando inseguridad, desconfianza, ira soledad, dolor, vulnerabilidad, baja autoestima, sentimientos de abandono, aunado a una carencia económica.

Recomendaciones

En cuanto a la prevención del abuso sexual, se recomienda educar a la población en general sobre las graves consecuencias que puede tener el mismo, ya que genera serias secuelas que pueden acompañar a la paciente toda la vida, como ansiedad, baja autoestima, inseguridad y falta de confianza en el entorno social, que pueden verse reflejados de una forma subyacente en rasgos de trastorno paranoide.

En el tratamiento de adolescentes con rasgos de personalidad narcisista se recomienda considerar la resistencia al cambio que se puede manifestar, debido a las compulsiones repetitivas con transferencia hacia el terapeuta en donde puede volver a sentirse injuriada, maltratada y abandonada, conflictos de su pasado. Por lo tanto se debe de tener un especial cuidado en el abordaje del mismo.

Con pacientes que han sufrido de abuso sexual, considerar elementos terapéuticos de relajación en cada sesión en donde la paciente pueda descargar su ansiedad que va disminuyendo conforme se asimila la terapia. Igualmente la práctica en casa para que se vaya adoptando como parte de su estilo de vida.

Tomando en cuenta que la negligencia provoca carencia en las habilidades sociales, en el proceso terapéutico es necesario exponer a los pacientes a diferentes ambientes en donde pueda poner en práctica los conceptos e ideas aprendidas, ya que si el ambiente es muy reducido no se verán resultados reales del proceso.

En cuanto a la superación del abandono, luego del proceso de perdón, se recomienda empoderar a los pacientes hacia una vida emocional independiente considerando sus propias fortalezas y que esto les permita desenvolverse con objetivos propios.

Referencias

Bibliográficas

Halgin, R., Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. (5ª.Ed.).México. Editorial McGraw-Hill.

Morrison, J.(2014). *DMS-5 Guía para el diagnóstico clínico*. (1ª.Ed.). México, D.F. Editorial El Manual Moderno.

Papalia, D.,Olds,S. y Feldman,R. (2009).*Psicología del desarrollo*. México. Editorial McGraw-Hill.

Internet

Azaola,E. Recuperado 7.10.2016 de

http://www.juconicomparte.org/recursos/violenciamenoresazaola_Umz7.pdf.

Braier, E. (2000,09 07). *Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y Clínica*. Simposio efectuado en la reunión “La psicoterapia en una Europa unificada”, Barcelona, España.

Cohen, L. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México. Editorial McGraw-Hill.

Echeburrúa, E. y de Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la Infancia*. Recuperado 08.10.16 de http://psicoalicante.com/resources/image/secuelas_psiquicas_abuso_sexual_infantil.pdf.

Estrada,A., Tabardillo,B., Ramón,L. y Mejía,A. (2014). *El impacto del padre ausente en la vida*

de ocho estudiantes universitarios. Integración Académica de Psicología, (Vol.2), 111-124.

Recuperado 25.09.2016 de

<http://integracion-academica.org/attachments/article/64/10%20Padre%20ausente%20%20-Estrada%20Tabardillo%20Everardo%20et%20all.pdf>

Mora, V. (2015). *Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. Journal of Feminist, Gender and Women*

Studies, (Vol.2), 33-3. Recuperado 25.09.2016 de

<https://revistas.uam.es/revIUEM/article/download/2225/2343>.

Mulea, A. (2008). *Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. Anales de la Psicología, (Vol.24), 77-87.* Recuperador 25.09.2016 de

<http://revistas.um.es/analeps/article/viewFile/31801/30911>.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Maltrato infantil.* Recuperado 11.10.16 de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Pereda, N., Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). *Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil.* Recuperado 25.09.2016 de

<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>.

Quaglia, R., Castro, V. (2007). *El papel del padre en el desarrollo del niño. International Journal of Developmental and Educational Psychology, (Vol.2), 167-182.* Recuperado 25.09.2016 de

http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_167-182.pdf.

Romo, N., Anguiano, B., Pulido, R. y Camacho, G. (2008). *Rasgos de personalidad en niños con*

padres violentos. Revista IIPSI facultad de psicología,(Vol. 11), 117 – 127. Recuperado 4.11.2016 de

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Investigacion_Psicologia/v11_n1/pdf/a07.pdf

Viviano,T. (2012). *Abuso Sexual*. (1ª. Ed.) Perú. Corporación Nuevo Milenio. Recuperado 25.09.2016 de

http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/libro_abusosexual.pdf.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Alida Nájera Lemus

Título de la sistematización:

Estudio de caso: Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida en la Asociación Buckner.

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
Abuso sexual reiterativo	Rasgos de Personalidad Paranoide y Narcisista	Abuso Sexual	¿Cuáles fueron las causas que provocaron el desarrollo de los Rasgos de	Determinar las causas que provocaron el desarrollo de los Rasgos de	Establecer cómo el abuso sexual afectó al caso de estudio.
Falta de cuidado en la niñez		Negligencia	Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida en la Asociación	Personalidad Paranoide y Narcisista en una adolescente de 16 años, atendida de la	Describir cómo la negligencia durante la niñez impactó a la paciente de estudio.
Ausencia del padre		Abandono del padre	Buckner?	Asociación Buckner.	Identificar cómo el abandono del padre influyó al caso de estudio.

