

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



Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

María de Lourdes Mazariegos de León

Guatemala, abril 2016

Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

María de Lourdes Mazariegos de León

Licda. Sandra Regina Marroquín Barrera (**Asesora**)

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín (**Revisor**)

Guatemala, abril 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

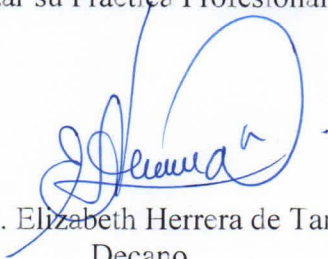
ASUNTO: *Maria de Lourdes Mazariegos de León*

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 CON FECHA: abril 2, 2016

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

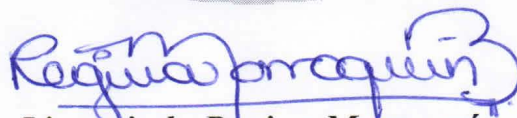
1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso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



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes de marzo del dos mil dieciséis.-----

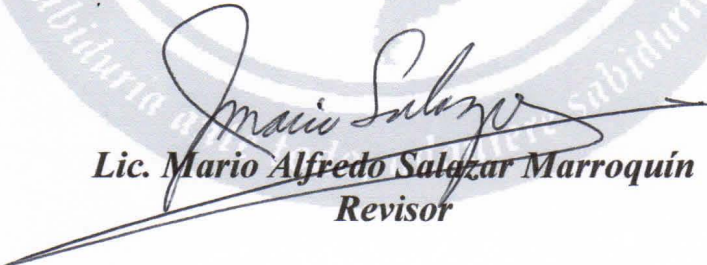
En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años”**. Presentado por el (la) estudiante: **María de Lourdes Mazariegos de León**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licenciada Regina Marroquín
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala 1 de abril del dos mil dieciséis.

*En virtud de la finalización de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años”. Presentado por el estudiante: **María de Lourdes Mazariegos de León** 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.*


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes
abril del dos mil dieciséis.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años", presentado por: María de Lourdes Mazariegos de León, 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 Ciencias Psicológicas

Nota: “Para efectos legales, únicamente la 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	3
1.4 Organización	3
1.5 Programas establecidos	4
1.6 Visión	4
1.7 Misión	5
1.8 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Estrés postraumático por maltrato infantil	6
2.1.1 Estrés y adaptación	6
2.1.2 Estrés y reacciones traumáticas	8
2.1.3 Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia	9
2.1.4 Criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático	11
2.1.5 Consecuencias a largo plazo del trauma en la niñez	12
2.1.6 El maltrato infantil	12
2.1.7 Características frecuentes en menores maltratados	14
2.2 Manejo de las emociones	15
2.2.1 Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos	16
2.3 Patrones de crianza	17
2.3.1 Modelos centrados en el individuo	18
2.3.2 Modelo psicopatológico	19
2.3.3 Modelos psicosociales e interaccionales	19
2.3.4 Teoría del estrés social	20

2.3.5 Teoría del aprendizaje social	20
2.3.6 Modelo de redes y apoyo social	21
2.3.7 Modelos relacionales o interaccionales	21
2.4 Relaciones interpersonales inestables	22
2.4.1 Deterioro cognitivo y académico	22
2.4.2 Comportamiento y riesgo suicida	23
Capítulo 3 Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	24
3.2 Pregunta de investigación	25
3.3 Objetivo General	25
3.4 Objetivos Específicos	25
3.5 Alcances	25
3.6 Límites	26
3.7 Metodología	26
Capítulo 4 Presentación de Resultados	
4.1 Sistematización de estudio de caso	28
4.1.1 Datos generales	28
4.1.2 Motivo de consulta	28
4.1.3 Historia del problema actual	28
4.1.4 Historia clínica	29
4.1.5 Historia familiar	30
4.1.6 Examen del estado mental	32
4.1.7 Resultado de las pruebas	33
4.2 Análisis de Resultados	34
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias	38
Anexos	39

Lista de Imágenes

Imagen 1 Organización

3

Imagen 2 Genograma

31

Resumen

El informe presenta el estudio del caso realizado a través de la intervención clínica dentro de la Práctica Profesional Dirigida; como parte de la formación profesional del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana.

Se basa en una adolescente de 14 años, referida al Centro de Defensoría Infantil por el juzgado de la niñez y de la adolescencia. Institución orientada atender niños y adolescentes en estado de vulnerabilidad y desprotección; por haber sido víctima de agresión física, verbal y emocional desde la infancia por su madre. Fue atendida, se le brindó apoyo en un espacio afectivo y cálido de asistencia psicológica, procurando la restitución de derechos y restauración integral.

El primer capítulo: Marco de Referencia, describe a la institución donde se realizó el trabajo de investigación incluyendo los antecedentes, descripción, ubicación, organización, programas establecidos, visión y misión de servicio; y justificación de la investigación.

El segundo capítulo: Marco Teórico, fundamenta la base teórica de la investigación, sobre el maltrato infantil, abuso físico, emocional y verbal; efectos y consecuencias de los eventos traumáticos en niños.

El tercer capítulo: Marco Metodológico describe el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites de la investigación y la metodología utilizada en las diferentes fases del proceso; realizado con instrumentos de evaluación y herramientas para la evaluación, diagnóstico y la elaboración de un efectivo plan terapéutico.

El cuarto capítulo: Presentación de Resultados, explica el análisis de los resultados y la sistematización del caso de estudio, presenta las ideas concluyentes y formula las recomendaciones; incluye el apartado de anexos.

Introducción

Aunque la mayoría de los padres son cariñosos y cálidos, algunos no pueden proporcionar a sus hijos un cuidado apropiado y otros los agreden deliberadamente. El maltrato, sea que lo perpetren los padres u otras personas, es el riesgo deliberado o evitable que se hace correr a un niño. (D. Papalia, S. Wendkos Olds, R. Duskin Feldman, 2010, p.125).

Los niños y niñas nacen con el potencial de desarrollarse sanos para crecer, para explorar el mundo que les rodea, amar y ser amados, pertenecer a una familia que les ame y les brinde la seguridad y el ambiente para crecer adecuadamente, aprender a expresar emociones y necesidades. Para que estas condiciones se den satisfactoriamente, es necesario que padres o los adultos que les cuidan les brinden respeto, protección y amor. Cuando estas condiciones no se dan y contrariamente durante la infancia los niños y niñas son víctimas del dolor y sufrimiento por el maltrato infantil, engaño y represión de sentimientos; por la humillación, desprecio y golpes; ya que las personas que deben cuidarles y prodigarles amor, seguridad y confianza, inexplicablemente se vuelven en contra ellos.

El maltrato, el abuso físico y emocional a niños, niñas y adolescentes es un fenómeno grave en Guatemala, a causa de la cultura y las costumbres autoritarias que justifican el maltrato a la niñez como forma de castigo y de establecer disciplina, siendo vulnerables a convertirse en víctimas de abusos físicos y emocionales; debido a factores en la dinámica familiar, los patrones de crianza, que el padre o la madre utiliza para formar y educar a los hijos, que a la vez han sido aprendidos por los padres, utilizando como forma de corrección los golpes e insultos, ocasionándoles efectos negativos emocionales y psicológicos. Construyendo así, los niños, niñas y adolescentes, un muro de silencio, angustia y sentimientos de cólera; para defenderse del dolor, la frustración y el sufrimiento.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Buckner Internacional fue fundada por el Dr. Robert Cooke Buckner basado en el mandato de Jesús en el año de 1879, con el propósito de ayudar a viudas y huérfanos. Actualmente Buckner Internacional tiene programas alrededor del mundo, provee servicios que incluyen cuidado residencial y acogimiento familiar, programas de prevención, servicios para ancianos, oportunidades para realizar viajes a misioneros, programas de ayuda humanitaria y Shoes for Orphan Souls, que provee zapatos para niños necesitados alrededor del mundo.

Buckner Guatemala es una asociación civil, que inició en Guatemala en el año 2002. En enero de 2003 iniciaron a recibir grupos de misiones y se convirtieron en una asociación sin fines de lucro en el año 2005. Es una organización no gubernamental apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, individuales, iglesias bautistas y universidades norteamericanas.

Trabaja en Guatemala apoyando en la transformación de niños/niñas y adolescentes en estado de vulnerabilidad y familias en pobreza y pobreza extrema. A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo, que incluye el cuidado de la salud mental, además de facilitar las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar la calidad de vida.

1.2 Descripción

Buckner Guatemala brinda apoyo a través de los siguientes programas de prevención y atención:

- Centro de Defensoría Infantil (CDI): Brinda un programa de defensoría, atención social y

psicológica para niños, niñas y adolescentes que pertenecen a familias de escasos recursos económicos, víctimas de abuso y/o violencia sexual, procurando la restitución de derechos y restauración integral. Así como adultos, familiares de los niños, niñas y adolescentes que son atendidos.

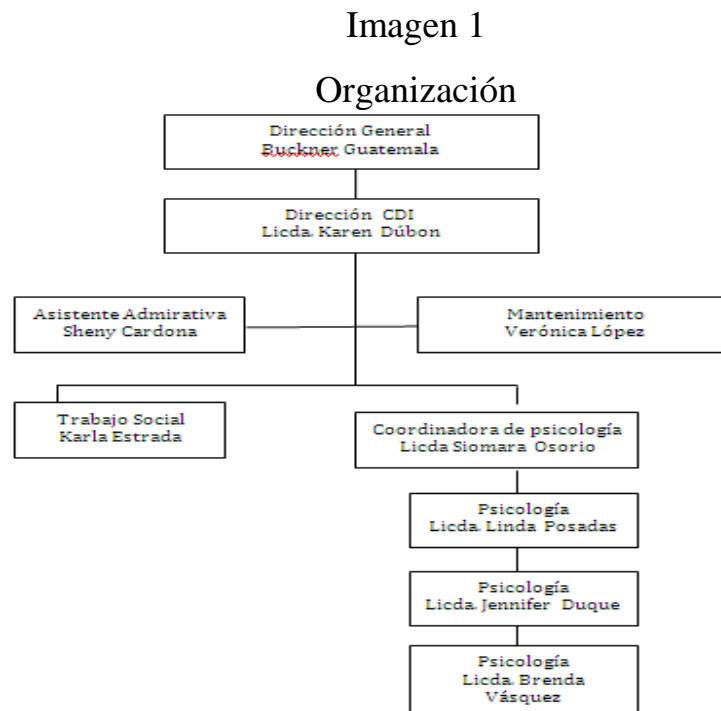
- Centros de Esperanza Familiar: Modelo de atención familiar y comunitario integral que brinda servicios a niños, niñas, adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad y pobreza, con el objetivo principal de fortalecer la dinámica familiar, preservar la integración, construir ciudadanía, facilitando herramientas de desarrollo que contribuyan a mejorar la calidad de vida, disminuyendo la problemática social.
- Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar: Brindan un espacio afectivo y cálido en el que ofrecen 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. El centro residencial es una alternativa de vida para los adolescentes referidos por orden de Juez competente, en donde reciben apoyo de un equipo multidisciplinario, viviendo en un ambiente familiar. Les brindan apoyo psicológico, seguimiento social-familiar, atención de servicios de salud, seguimiento educativo, seguimiento en el proceso legal del adolescente, formación espiritual y promoción de valores, asistencia de necesidades básicas, promoción de vida independiente y orientación vocacional.
- Acogimiento Temporal: Apoyo a 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 integrarlo a la familia de origen o a una solución familiar permanente.
- Semillas de Esperanza Guatemala: Es un proyecto de Buckner Internacional, financiado por USAID, que en coordinación con Buckner Guatemala, Secretaría de Bienestar Social, Organismo Judicial, Procuraduría General de la Nación, apoya e impulsa la No Institucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años que se encuentren bajo protección en hogares públicos atendidos por el Estado de Guatemala mediante la permanencia o reunificación con la familia biológica ampliada o en familias de acogimiento temporal.

La práctica se realizó en el Centro de Defensoría Infantil (CDI), parte del programa de Buckner Guatemala. Inició labores en el año 2011, dando atención psicosocial a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso físico y sexual de familias de escasos recursos del departamento de Guatemala; evitando su revictimización y procurando la restauración por medio de profesionales, contribuyendo con el sistema de justicia y protección en la investigación del caso, aportando evidencias y pruebas.

1.3 Ubicación

El Centro de Defensoría Infantil, se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, en la 10ª Avenida 10-72 de la zona 1, ciudad de Guatemala, en las cercanías del Centro Histórico. Por la ubicación es accesible a personas que son atendidas en los diversos servicios que brinda, ya que provienen de distintas zonas de la ciudad, así como de municipios aledaños a la capital.

1.4 Organización



Fuente: Centro de Defensoría Infantil 2015.

1.5 Programas establecidos

Los servicios que Buckner Guatemala proporciona a través del Centro de Defensoría Infantil (CDI) a la comunidad son:

- Programas familiares:
 - Escuela para padres
 - Manejo de casos
 - Terapia psicológica
- Programas comunitarios:
 - Formación espiritual: devocionales semanales, quincenales y mensuales
 - Equipos de misiones
 - Capacitación comunitaria
- Programas de empoderamiento:
 - Charlas y conferencias
 - Cursos educativos
 - Cursos técnicos
- Programas de ayuda humanitaria:
 - Manejo de casos
 - Asistencia al beneficiario
 - Donaciones de calzado, útiles, ropa, medicina, entre otras.

1.6 Visión

Para Buckner Guatemala su visión: “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 Buckner Guatemala su misión: “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

En la facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana, como parte del pensum de estudios y durante la preparación académica se realiza prácticas supervisadas dirigidas para que el/la estudiante pueda desarrollar procesos de intervención en las áreas de Prevención en niños, adolescentes y adultos realizando talleres dirigidos; Orientación Vocacional en un centro escolar; Consejería Familiar y Psicoterapia individual en clínica, brindando apoyo psicológico en instituciones específicas, en atención a diversas patologías, utilizando herramientas de evaluación, diagnóstico y tratamiento para la recuperación de la estabilidad emocional de las personas en los casos atendidos.

La sistematización de la práctica profesional dirigida describe el desarrollo de la intervención psicoterapéutica realizada a través de un proceso individual en el caso estrella, apoyando a una paciente asignada por el centro de práctica, entre otros casos clínicos que fueron atendidos; con el fin de fortalecer la labor psicológica de la practicante fundamentada en la investigación teórica y la práctica en clínica, con las técnicas necesarias para guiar a la paciente al bienestar deseado, aplicando los conocimientos teóricos y prácticos en el contexto terapéutico.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Estrés postraumático por maltrato infantil

2.1.1 Estrés y adaptación

Los efectos causados como consecuencia de la exposición a eventos traumáticos, se manifiestan en síntomas que se surgen durante la respuesta aguda a eventos amenazantes; se relacionan estrechamente con el estrés y la sintomatología neuropsíquica. El cerebro es quien envía las respuestas de adaptación e inadaptación a los eventos; el estrés postraumático se originan de la constante desadaptación durante los eventos traumáticos experimentados durante el estrés y la ansiedad traumática.

El cerebro da las señales para percibir, detectar, procesar, almacenar los eventos y reaccionar en función de la información que extrae del ambiente externo y de internalización de dichos eventos para la preservación de vida y lograr un equilibrio. La función principal es asegurar la supervivencia. Este órgano vital utiliza los sistemas neuronales para procesar continuamente la regulación y alcanzar los niveles de compensación; la homeostasis.

Según Bruce Perry (2014), es importante entender que el estrés durante el desarrollo, no es necesariamente malo; el desarrollo de sistemas neuronales de respuestas al estrés depende de la exposición a niveles moderados controlables de estrés. La oportunidad para un niño de controlar la exploración, descubrir y experimentar la novedad moderada es esencial para un desarrollo saludable. Los niveles de excitación y el estrés asociado con la novedad y la conducta exploratoria segura ayudan a desarrollar un niño/niña sano.

Los cambios dramáticos, rápidos, imprevisibles, o amenazantes en el ambiente; activan los sistemas de respuesta al estrés. Estas respuestas mediadas por el cerebro reclutan un conjunto de

respuestas del sistema nervioso central y periférico, neuroendocrino e inmune que promueven las funciones adaptativas de “supervivencia” y posteriormente, un retorno al equilibrio o patrones homeostáticos. Eventos que alteran la homeostasis, por definición estresantes. Si esta tensión es grave, imprevisible, prolongada o crónica, los mecanismos de compensación pueden llegar a ser sobre-activados o fatigados e incapaces de restaurar el estado anterior de equilibrio u homeostasis. El sistema fisiológico reorganiza los patrones básicos de equilibrio. (Perry, 2014)

La homeostasis del ser humano se ve alterada de forma negativa; cuando se sufre de manera continua situaciones traumáticas, sobrecargándose así, la capacidad del organismo para estabilizarse. Al no alcanzar el equilibrio, el organismo nuevamente sufre desbalance, buscando nuevamente retornar a la armonía; al no lograrlo por exposición constante a eventos traumáticos que lo dejan fuera de balance, establece una serie de respuestas buscando la compensación, en un equilibrio simulado inducido por los nuevos y constantes traumas; gastando gran cantidad de energía queriendo alcanzar un estado ficticio de adaptación, lo que con el tiempo empeorará el ciclo homeostático.

Los niños/niñas según las características, responden individualmente a eventos traumáticos de formas diferentes, según sea la naturaleza, frecuencia, duración del evento, dependiendo también del curso de las relaciones familiares y sociales; reaccionará de forma extrema al mismo tiempo que se activa de forma interna y frecuente el aprendizaje y modelamiento de las respuestas automáticas para la supervivencia. En estas reacciones intervienen las funciones neurofisiológicas relacionadas con el estrés, que posteriormente son utilizadas ante situaciones similares.

El circuito del ataque-huida da como resultado la respuesta automática de adaptación que decodifica como peligroso el evento, conforme lo guarda en la memoria y posteriormente producirá por medio del aprendizaje, el ciclo necesario para afrontar los estímulos negativos ambientales similares, ante un nuevo evento. Esta adaptación es la esencia de la aparición de las manifestaciones emocionales, conductuales y psicofisiológicas que aparecen cada vez que se presente un nuevo evento traumático.

Los mecanismos sinápticos en el cerebro responden a la continua activación, produciendo una alteración neuroquímica, modificando los procesos de aprendizaje y memoria y surgen los signos emocionales, cognitivos, conductuales y psicofisiológicos, que median mientras el organismo logra alcanzar la homeostasis. Es aquí donde la activación y los cambios agudos, prolongados y constantes en busca del equilibrio interno, se perpetúan y se intensifican.

Los síntomas y signos severos, se convierten en un trastorno clínico y sin necesidad de estar expuesto a un verdadero peligro externo; surge la respuesta que utilizó para adaptarse a la situación traumática y se convierte en inadecuada adaptación.

2.1.2 Estrés y reacciones traumáticas

El estrés es un término usado comúnmente, la vida cotidiana presenta circunstancias o condiciones que exigen al organismo y a los sistemas neurofisiológico una regulación constante a requerimientos de sobrecarga y lo llevan a reacciones no usuales de mecánica normal. Al interrumpirse la homeostasis, se genera estrés. El estrés traumático es una forma extrema de estrés.

Durante el desarrollo y crecimiento en la infancia, la experimentación de situaciones adversas y estresantes en el niño/niña o adolescente produce efectos relacionados estrechamente con la salud física y emocional. Es decir, no solo afecta significativamente los ámbitos psicofisiológicos del niño/niña, inhabilitándolo para reaccionar a los estímulos externos en la búsqueda de la estabilidad y conservación.

Cuando un niño o niña vive en condiciones de crianza inadecuadas, de sufrimiento o notoriamente negativas, el desarrollo será afectado y producirá consecuencias graves, que influirán en inconstancias psicológicas, generando deficiencias en la personalidad y adaptación ante diversos sucesos vitales. La particularidad de acontecimientos vitales, como el desarrollo, prolongación, proporción, intensidad y pronóstico, así como el origen, serán considerados de suma importancia.

Las cogniciones en los niños/niñas expuestos a eventos traumáticos, experimentan como consecuencia restricción debido a que los procesos de desarrollo cognitivos y emocionales durante las diversas etapas de desarrollo han carecido de la orientación y la protección de padres o adultos que los cuidan, ya que son los responsables de modelar las conductas, emocionalidad, ayudándole a reconocer, procesar y encausar emociones, a través de reacciones acordes a la edad y al evento, según la enseñanza e interpretación.

El maltrato, abuso o violación en alguna de las formas, tiene características notables como predictor de las reacciones al estrés, por ser una persona ajena al niño o niña, quien efectúa el daño, manteniendo un vínculo afectivo significativo, empeora la forma de reaccionar y aumenta la complejidad de la situación. La combinación de una serie de factores, la vulnerabilidad y la exposición temprana a situaciones traumáticas, aumenta la probabilidad del apareamiento del trastorno de estrés postraumático.

Las reacciones de las personas ante estas situaciones vitales adversas o acontecimientos naturales catastróficos son variadas y dependen de distintas características de fuentes diferentes: condiciones específicas del suceso, momento particular en el que se produce, ambiente cultural y social, fase evolutiva, otras. (Labrador y Alonso, 2007).

Reacciones de llanto, tristeza y ansiedad; enojo, alteraciones emocionales y conductuales, entre otras; son consideradas reacciones normales ante una situación estresante de gran magnitud que alteran en un corto período de tiempo. Desafortunadamente, las dificultades se tornan más intensas y si se prolongan repetidamente en el tiempo, induciendo el surgimiento de dificultades en el funcionamiento personal y adaptación severas. Los efectos que se manifiestan en la mayoría de los casos serán una serie de síntomas característicos de un trastorno por estrés postraumático.

2.1.3 Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un síndrome clínico que se desarrolla después de estrés traumático extremo, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, fue descrito en las clasificaciones oficiales hasta la década de los ochenta. Anteriormente se aceptaba la categoría “gran reacción al estrés” en el DSM-I (APA, 1952) y como “trastorno situacional transitorio” en el DSM-II (APA, 1968).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo incluye hasta la novena versión en 1977, de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en la categoría “reacción aguda ante gran tensión”. La última clasificación de la OMS, la CIE-10 (1992), propone una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma, en los cuales se incluye el trastorno por estrés postraumático agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica. Considerar que se produzca un impacto tan fuerte que provoque cambios en la personalidad, de gran importancia en el desarrollo infantil, ya que situaciones muy adversas, cercanas y cotidianas, no sólo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino afectan el desarrollo completo de la personalidad.

Un ambiente adverso, múltiples situaciones de riesgo, problemas parentales y reacciones depresivas previas, son predictores del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Copeland, Keeller, Angold y Costello et al.2007). La presencia de síntomas en menores que han tenido experiencias estresantes y reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia pueden expresarse de diferentes formas de psicopatología, presentando una fuerte asociación con alteraciones depresivas y ansiosas.

Los síntomas que se consideran característicos del trastorno de estrés postraumático son: la re-experimentación del acontecimiento, como flashbacks, pesadillas, otras., la evitación de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, el embotamiento afectivo y un incremento en la activación, hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, otras. Sin

embargo en los niños/niñas y adolescentes, el efecto del trauma y la valoración como trastorno de estrés postraumático puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentar síntomas físicos o como sueños terroríficos o pesadillas, resultado de la expresión del síntoma “vivenciar el horror”; conductas repetitivas, juegos simbólicos de los sucesos traumáticos, como expresión de la reexperimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006).

2.1.4 Criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático

Los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo en los niños/niñas, se da cuando los síntomas surgen al poco tiempo del suceso traumático, aproximadamente un mes después del evento; el trastorno de estrés postraumático se considerará agudo cuando se cumplan por tres meses con los criterios; se considerará crónico cuando sean por más de tres meses y cuando éstos se manifiestan pasados seis meses o más del suceso traumático. Los criterios que se consideran para el diagnóstico son:

- Exposición a un evento traumático que implicó una amenaza de muerte real o una herida seria, o amenaza a la integridad física propia o de otros.
- Respuesta al evento que incluye miedo intenso, impotencia o terror.
- Reexperimentación persistente del evento traumático, surgimiento de pensamientos o sueños recurrentes y angustiantes, conductas o sentimientos como si el evento mismo estuviera sucediendo, o reactividad psicológica intensa o fisiológica al estar expuesto nuevamente a situaciones que le significan o recuerdan el evento.
- Rechazar insistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como la turbación de la respuesta general.
- Síntomas constantes y aumentados de activación; irritabilidad, agitación, hipervigilancia, insomnio, dificultad de concentración y sobresaltos exagerados, que no estaban presentes antes de sufrir el trauma.
- Síntomas con duración de más de un mes que causan aflicción o discapacidad.

2.1.5 Consecuencias a largo plazo del trauma en la niñez

Los efectos psicoemocionales, cognitivos y conductuales al estar expuesto a estrés postraumático aparecen y se convierten en crónicos, secundarios al evento en la niñez y dan paso a una variedad de deficiencias durante la vida, principalmente en los aspectos neuropsiquiátricos; aumenta la probabilidad y el riesgo que surjan posteriormente diversos conflictos, relacionados con el estado de ánimo, relaciones de apego, conductas suicida, ansiedad, depresión, conductas violentas, adicción a sustancias, entre otros.

También afecta otros ámbitos de la vida del niño/niña o adolescente; se convertirá en un adulto más vulnerable a padecer trastornos psicósomáticos, gastrointestinales, dolores crónicos, jaquecas y cansancio excesivo, como consecuencia a la exposición de abusos físicos, emocionales y sexuales; debido a experiencias desfavorables en la niñez. Existen estudios de las experiencias adversas en la infancia; Adverse Childhood Experiences, exponen siete categorías de dichos eventos durante la infancia, lo que aumenta la probabilidad de padecer un trastorno de estrés postraumático.

La reexperimentación de los eventos traumáticos, puede provocar una sensación de irrealidad sobre ellos, producir pensamientos intrusivos, sufrimiento y angustia por los recuerdos dolorosos. Cuando esto ocurre, la persona se siente emocionalmente anestesiada en medio de una incontenible inundación de pensamientos sobre el evento. En algunos casos puede haber brotes de conducta impulsiva, y abuso de alcohol o drogas.

2.1.6 El maltrato infantil

El término “maltrato infantil” supone agresiones físicas y lesiones graves, pero la definición general ha evolucionado a lo largo del tiempo, incluye tanto el acto de cometer lesiones, como actos de omisión, es decir, el no ocuparse, ni proteger al niño/niña. La negligencia o abandono al niño/niña, debe abordarse de la misma forma que el maltrato infantil; significa la privación al niño/niña de recibir la atención adecuada, falta de cuidados de atención; que da como resultado

un inadecuado desarrollo del niño/niña en las áreas cognitivas, psicológicas y orgánicas, ya que las personas que deben proporcionar los cuidados, faltaron a la responsabilidad.

Existen diversos tipos de maltrato infantil que causan en el futuro secuelas que se catalogan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR) y aparecen como “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, problemas relacionados con el abuso o negligencia. Las definiciones son:

- **Maltrato físico:** Se define como toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño/niña o lo ponga en riesgo de padecerlos. (Arruabarrena & de Paul, 1997).
- **Abandono físico o negligencia:** definido como aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado y educación del niño/niña, ante necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, incluyendo también la falta de previsión de futuro (Martínez & Paúl, 1993).
- **Abuso sexual:** Es cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Este tipo de abuso puede clasificarse en función del tipo de contacto sexual, ya que puede darse con o sin contacto físico y en función de la relación que existe entre la víctima y el ofensor, de manera que se diferencia entre incesto y violación. (Mesa-Gresa, Moya-Albiol, 2011).
- **Maltrato emocional o psicológico:** Se refiere a formas de hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. (Martínez & de Paúl, 1993).

Algunas formas y tipos de maltrato y abuso, pueden provocar en los menores, alteraciones psicológicas compatibles con el modelo de trastorno de estrés postraumático, cuando los abusos son severos, prolongados y habituales, en muchos de los casos; es decir el abusador al ser próximo al ambiente del niño/niña o adolescente, familiar e incluso los mismos padres que provocan el maltrato físico-emocional extremo; afecta de forma grave el desarrollo de la

personalidad, sufriendo el niño/niña o adolescente un ciclo constante de sufrimiento del cual no le es posible escapar.

Según Finkelhor (1988), el maltrato grave y continuo, ocasiona pérdida de confianza hacia otras personas, sentimientos de indefensión y desamparo, sexualización inadecuada, al incorporar aspectos sexuales en las relaciones interpersonales precozmente, que suele comportar dificultades para establecer relaciones íntimas normales y estigmatización personal, por cuanto se da la sensación de vergüenza y culpa, junto a la consideración de haber sido responsables de los hechos.

Otra consecuencia a largo plazo del maltrato es la violencia transgeneracional, un niño/niña maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta, a la pareja, a hijos, mientras que en las niñas está menos clara la evolución. Existe evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el riesgo relativo de transmisión del abuso de una generación a otra. La afectación negativa del maltrato es evidente: en estudios relacionados con la violencia doméstica y salud mental, se encuentra alta relación entre la experiencia de malos tratos y problemas psicológicos, apareciendo trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, problemas de sueño, trastornos de somatización entre otros. (Campbell, 2002; Koss, 1990; Gomel, 1998; Mullen, Roman-Clarkson, Walton y Herbison, 1988; Ratner, 1993).

2.1.7 Características frecuentes en menores maltratados

Trastornos psicopatológicos:

- Trastorno por estrés postraumático
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Oposicionismo desafiante

Sintomatología:

- Deficiencias evidentes en todos los campos de las primeras fases del desarrollo
- Déficit de atención, problemas de aprendizaje
- Desorientación, confusión y desamparo
- Crisis de ira, agitación, labilidad emocional
- Culpa (creencia de merecer maltrato), angustia y tristeza
- Irrealidad, rechazo así mismo, autoagresiones
- Inadaptabilidad en varias áreas de actividad personal y social
- Apegos inseguros, actitud seductora en relaciones interpersonales (sexualidad)
- Inquietud, ambivalencia emocional, aturdimiento
- Agresividad, irritabilidad, conductas desafiantes, baja tolerancia a la frustración
- Aislamiento/sumisión, temores, desconfianza

2.2 Manejo de las emociones

La madurez emocional es una meta importante en el desarrollo del ser humano. El estrés traumático puede interferir con este crecimiento. Los niños/niñas pequeños están aprendiendo como dominar las emociones y manejarlas con la ayuda de padres o las personas a cargo del cuidado.

Durante un trauma, el miedo intenso destruye los primeros esfuerzos de los niños/niñas para manejar emociones. En situaciones de maltrato, abuso o violencia familiar, la persona a quien el niño/niña podría recurrir para protección, para encontrar seguridad y para que le ayude a tranquilizarse, podría ser la misma persona a la que el niño/niña teme. El maltrato y la violencia pueden afectar a los niños/niñas durante los primeros años, lo cual hace muy difícil que se puedan desarrollar las destrezas emocionales que son necesarias para su desarrollo social. (Mesa-Gresa, y Moya-Albiol, 2011).

Las situaciones traumáticas crean dificultades emocionales en los niños/niñas, es la etapa en que están aprendiendo a diferenciar y manejar emociones. Los traumas, la intensidad y la velocidad de emociones no les permiten diferenciarlas por lo que las llevan hasta el extremo o reprimir las emociones cotidianas. La vergüenza y la culpa pueden llevarlos a guardar sentimientos y emociones. Los sentimientos de enojo y venganza pueden interferir con esfuerzos para manejar emociones agresivas de forma constructiva.

Los niños/niñas que sufren estrés por eventos traumáticos por maltrato a edades tempranas, sufren modificaciones estructurales en el córtex prefrontal que dificultan el desarrollo normal y el funcionamiento neurológico, obstaculizando el manejo adecuado de los estímulos externos, en la emocionalidad del niño/niña; entorpece las respuestas a los conflictos, provocando bajo nivel del control de los impulsos, induciendo estallidos de ira, enojo y agresividad desmedida. El hipocampo y la amígdala, disminuyen significativamente la funcionalidad y los efectos son evidentes por el retraso en la maduración del córtex, manifestando principalmente conductas explosivas y agresivas.

2.2.1 Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos

Significa dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas. Este síntoma indica déficit en la regulación emocional y el autocontrol, síntomas específicos internalizantes como la ineficacia, vergüenza, desesperación, desesperanza, retraimiento otras. y/o externalizantes, como autodestrucción, agresividad, conducta impulsiva, hostilidad e incluye las adicciones y el comportamiento autolesivo, que son paradójicamente, muchas veces como salvavidas. (Miller y Ressler, 2007; Moran, 2007).

Los mecanismos que usa para adaptarse a la situación de estrés, organizan la significación del mundo que le rodea y de la interacción en los vínculos que construye en las relaciones, formando la experiencia del aprendizaje patológico. De esta forma, los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que surgen como una

respuesta automática al estrés, en este sentido aparecen reacciones disociativas primarias el olvido, la fragmentación y el embotamiento emocional (Kisiel y Lyons, 2001).

Esta protección natural contra las experiencias traumáticas afecta la personalidad en formación del niño/nina y adolescente. Existen estudios que analizan la relación entre el sufrimiento por los eventos traumáticos y la aparición de las psicopatologías clínicas, provocando graves secuelas emocionales y conductuales.

Algunos autores consideran que las tendencias suicidas, las conductas de riesgo, la revictimización, la labilidad emocional, la impulsividad y la inestabilidad afectiva, genera como respuesta al estrés grave, coinciden con las características del trastorno límite de la personalidad, por ello se ha establecido un gran y adecuado debate sobre las relaciones entre estos trastornos del eje I y II de la evaluación multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado, (DSM-IV-TR). Algunos autores consideran que personas que han recibido el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático crónico, presentan a partir de la adolescencia trastorno límite de la personalidad (Hodges, 2003).

2.3 Patrones de crianza

Cada niño/nina manifiesta una personalidad única, perdurable organización o pauta de características o maneras de pensar, sentir, relacionarse con los demás y adaptarse al ambiente; pauta o estructura que se manifiesta en toda una variedad de situaciones y ambientes.

La adquisición y modificación de la personalidad y conductas sociales de los niños/ninas están reguladas por varios factores, entre los que figuran el temperamento, los valores de la clase social y del grupo étnico al que pertenecen, las recompensas y castigos en el hogar, las interacciones con coetáneos y el contacto con otras conductas y normas a través de los medios de comunicación de masas.

Los padres desempeñan un papel importante en el desarrollo de los hijos, debido a los genes que transmiten y al entorno que proporcionan. La familia es importante porque gran parte del primer aprendizaje y desarrollo del niño/niña tienen lugar en la familia. Las ideas de los padres sobre la crianza de los hijos y el proceso de desarrollo contribuyen de manera importante al entorno cotidiano de los niños/niñas. La relación entre ciertas prácticas paternas y la agresión en los niños/niñas demuestra el efecto de las actitudes de los padres hacia los hijos.

Los patrones de conducta de los padres pueden variar ampliamente y la relación entre los patrones de crianza de los padres se relacionan con aspectos de la personalidad y conducta de los niños/niñas y adolescentes. Los padres pueden ser autocráticos, cuando simplemente les dicen a los hijos lo que tienen que hacer; autoritario, cuando el niño puede participar, pero no se les consulta para toma de decisiones, la autoridad última la tienen los padres; igualitarios, cuando existe una diferenciación mínima de papeles entre padres e hijos; permisivos, cuando el fiel de la balanza en la toma de decisiones se inclina en dirección del niño/niña; y laissez faire, negligentes que envuelve una creciente participación del niño/niña en autodirección y un concurrente decrecimiento en la participación de los padres en la toma de decisiones en lo concerniente a él.

Es difícil intentar comprender los factores que inciden en el maltrato infantil. Realizarlo implica introducirse en una compleja red de factores sociales, económicos, culturales, psicológicos y educacionales, para especificar los factores asociados a la aparición, permanencia e intensidad del maltrato, puede apuntarse la formulación de una serie de modelos explicativos sobre el problema del maltrato.

2.3.1 Modelos centrados en el individuo

El modelo centrado en el individuo se enfoca en las características particulares de los efectos del maltrato dentro del ambiente familiar, sobre todo en la influencia de los rasgos de la personalidad del maltratador y del niño/niña maltratado, la influencia de su entorno social inmediato, síntomas emocionales, antecedentes psicológicos, padecimientos psiquiátricos, factores genéticos y neuropsicológicos, factores socioeconómicos, socioculturales, otros. Así es

como se analiza una perspectiva de diferentes teorías que tratan de fundamentar las causas de los malos tratos, a través de los siguientes modelos:

2.3.2 Modelo psicopatológico

Se basa en la consideración que en la situación de violencia existe un factor psicopatológico de “locura” o “alteración” de la víctima, del agresor o de ambos. El que ejerce la violencia se caracteriza por presentar:

- Déficit en habilidades verbales
- Déficit asertivo en las relaciones
- Alta necesidad de control y poder
- Deficiencia en la comunicación
- Distanciamiento emocional
- Incompetencia en el manejo de conflictos
- Baja autoestima y autoconcepto
- Falta de conciencia del problema
- Externalización de la responsabilidad
- Miedo a la dependencia emocional
- Pobre control de impulsos
- Mayor frecuencia de casos con personalidad antisocial y personalidad lável

2.3.3 Modelos psicosociales e interaccionales

Dentro del análisis de las causas del maltrato se consideran diversos factores que entran en juego. Son muchas las causas a considerarse, que resultaría difícil examinar con exactitud, son factores complejos, determinantes del problema y se relacionan entre sí; como rasgos de personalidad del progenitor que maltrata, los estilos de crianza, las influencias socioculturales,

socioeconómicos, condiciones ambientales, la interacción entre las familias; hogares numerosos, contactos sociales, conductas violentas en el hogar, falta de apoyo social, estrés, entre otros.

2.3.4 Teoría del estrés social

Esta teoría plantea que el estrés social es la causa evidente del maltrato infantil; propone la existencia de alta probabilidad que el abuso infantil está relacionado con influencias ambientales violentas, a precarias condiciones de vida, provocados por problemas socioeconómicos, relacionados al contexto sociocultural y a la predisposición a la violencia. Los problemas vinculados a una situación de desventaja socioeconómica coloca al niño/niña en una posición de mayor riesgo; el abandono está relacionado con un nivel socioeconómico bajo.

2.3.5 Teoría del aprendizaje social

Según la teoría tradicional del aprendizaje social, propone que los niños/niñas aprenden mediante la observación de modelos conductuales de otras personas, por lo que el niño/niña maltratado por los padres o que sufren por la negligencia de los mismos, aprenden de la observación de conductas abusivas y negligentes, consideran como adoptables esos patrones de crianza. De esta forma el niño/niña interpreta e internaliza de forma gradual las experiencias con los padres o cuidadores y en el futuro repetirán las conductas violentas hacia los propios hijos. Los antecedentes de maltrato infantil generan un inadecuado aprendizaje de habilidades conductuales y predisponen a que el niño/niña reaccione a castigos físicos, como única forma del aprendizaje de estrategia conductual.

Los niños/niñas que ha sido víctimas o testigos de violencia intrafamiliar, no se convierten automáticamente en individuos futuros agresores, pero el antecedente de abuso y maltrato constituyen un factor de riesgo para dar continuidad al ciclo de la violencia; aunque existe una serie de influencias positivas, como el desarrollo de relaciones íntimas basadas en el apoyo y la ayuda, la capacidad de resiliencia, que pueden romper este círculo.

2.3.6 Modelo de redes y apoyo social

Investigaciones han analizado el efecto que puede tener el hecho que en las familias monoparentales, se den condiciones para el abuso a los niños/niñas y adolescentes; es decir por ser solo la madre o el padre quien asume la responsabilidad de la crianza, sea por separación, divorcio, muerte o padres solteros, lo que puede influir a considerar el aislamiento social. Como consecuencia a este aislamiento, una participación escasa en programas comunitarios y una pobre y limitada red social de apoyo, condiciones ambientales adversas y a una probable incapacidad de los padres de afrontar circunstancias de crisis y de estrés, debido a acontecimientos vitales permanentes que provocan gran estrés y que requieren de una serie de capacidades y estrategias de afrontamiento.

2.3.7 Modelos relacionales o interaccionales

El ambiente ideal para que el niño/niña se desarrolle es la familia, es la esfera principal en la que se aprenden las conductas y los mecanismos de relación, que influirán posteriormente en el establecimiento de vínculos, a través de las interacciones relacionales entre los miembros y crea patrones estructurales de convivencia social.

La influencia familiar desempeña un papel importante en el origen de los diferentes comportamientos; el ambiente familiar, la forma en que interactúan, los roles, la dedicación y supervisión de los padres, así como las prácticas de disciplina, en la toma de decisiones y la forma de resolver conflictos. De esta forma, las conductas de los miembros de la familia, influirán en la personalidad del niño/niña o adolescente.

Las relaciones familiares problemáticas, inestables y perjudiciales de cualquier índole, repercuten en los miembros de la familia y pueden establecer relaciones patológicas, creando nexos negativos, patrones disfuncionales de consecuencias graves, para uno o varios de los miembros, constituyendo la violencia o el maltrato en una patología.

2.4 Relaciones interpersonales inestables

Las repercusiones del maltrato infantil en el ámbito de las relaciones interpersonal, son evidentes en las relaciones problemáticas, por la dificultad para dar y recibir afecto, desconfían de las personas, debido a la desconfianza que sienten en sí mismos, se retraen en la convivencia, por baja autoestima y sentimientos de inferioridad, son vulnerables a relaciones afectivas intensas, a rechazo en las relaciones con los padres, irritabilidad, estableciendo como víctimas, haciendo víctimas a otros.

Son menos populares, sufren rechazo y reaccionan de forma impulsiva, agresiva y hostil, hasta el riesgo de comportamientos violentos y criminales durante el período de la adolescencia hasta la adultez. Experimentan altos niveles de angustia, culpa y depresión. La alteración en el sistema de significados lleva a los niños/niñas maltratados crónicamente, a que sientan gran desesperanza acerca del mundo y del futuro.

2.4.1 Deterioro cognitivo y académico

Los niños/niñas y adolescentes que han sufrido de maltrato y negligencia parental muestran déficit cognitivo, problemas de aprendizaje y atención, por lo que el rendimiento académico se verá afectado, baja capacidad lingüística de expresión y receptividad. Estas consecuencias se relacionan con el riesgo de conductas agresivas, variaciones emocionales y conductas que les lleva a lesionarse a sí mismos. La salud física y mental se ve reducida, sufren de lesiones, golpes, moretones, hasta lesiones graves, pueden sufrir desnutrición por el abandono y negligencia de cuidadores, especialmente durante los primeros meses de vida.

2.4.2 Comportamiento y riesgo suicida

Los eventos de vida estresantes por abuso infantil han sido relacionados con la depresión, en ocasiones también son factores que precipitan el suicidio, sobre todo en los adolescentes. Los eventos de vida que involucran pérdida son particularmente devastadores para muchas personas, los jóvenes presentan una vulnerabilidad en la participación de conductas riesgosas, poniendo en peligro la vida y que puede dar como resultado el suicidio.

La asociación entre el abuso físico y el riesgo de comportamiento suicida, particularmente en adolescentes que han sufrido abusos físicos, tienen mayor probabilidad de participar en conductas sexuales desordenadas, embarazos no deseados a edad temprana, poniendo en peligro la salud, fumar cigarrillos, consumo desordenado de sustancias como alcohol y drogas.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El maltrato, el abuso físico y emocional a niños, niñas y adolescentes es un fenómeno grave, de consecuencias negativas y que provoca perjuicio y dificultad en el desarrollo integral de los menores, lesionando especialmente el desarrollo emocional.

El caso de estudio fue referido por el Juzgado de la Niñez y Adolescencia para ser atendido mediante intervención psicoterapéutica debido a las secuelas emocionales, cognitivas, conductuales y sociales; como efecto postraumático del maltrato infantil y al descuido y negligencia materna. La adolescente fue abrigada bajo medidas de protección por parte de la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio Público de Guatemala.

Se plantea la descripción de los efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años atendida en el centro de práctica. La adolescente DK presentó varios síntomas de alteraciones psicológicas y emocionales, lo que la llevó a autolesionarse, provocándose cortes en los antebrazos, principalmente cuando experimentaba tristeza y enojo, al encontrar en la calle a la madre y recordar las agresiones físicas, verbales y emocionales de las que fue víctima desde la infancia.

Con el fin de superar los eventos traumáticos, el caso fue abordado a través de intervención psicoterapéutica individual que le brindó el apoyo necesario para ayudar a integrarla, manejar y superar las dificultades y conflictos emocionales, desarrollando estrategias de afrontamiento, fortaleciendo de la autoestima, logrando el equilibrio emocional y mejorando la calidad de vida.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas del maltrato infantil en una adolescente de 14 años?

3.3 Objetivo General

Determinar los efectos psicológicos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años atendida en el Centro de Defensoría Infantil.

3.4 Objetivos Específicos

- Investigar los principales efectos del maltrato infantil
- Analizar la relación que existe entre el maltrato infantil y el manejo de emociones con la conducta presentada
- Determinar los efectos de la negligencia parental y los patrones de crianza sobre la personalidad de la adolescente
- Evaluar los efectos del maltrato infantil en el desarrollo de las relaciones interpersonales

3.5 Alcances

Durante la práctica profesional dirigida, se brindó atención psicológica en clínica al caso asignado de una adolescente de 14 años, víctima de abuso y violencia física, verbal y emocional desde la infancia, con el fin de procurar la restitución de derechos y restauración integral, a través de comprender los sentimientos, percepciones y acciones. Comunicando a la paciente la aceptación incondicional, logrando alianza terapéutica.

3.6 Límites

Debido a la obligatoriedad impuesta por el juzgado y asistir involuntariamente a la terapia, la paciente manifestó en el inicio del proceso, fuerte resistencia y mecanismos de defensa lo que dificultó el comienzo de la intervención; teniendo que trabajar en la motivación, por medio de la vinculación emocional positiva, mostrando interés sincero por la paciente y bienestar, a fin de afianzar la alianza terapéutica.

3.7 Metodología

El estudio del caso se realizó bajo el enfoque metodológico cualitativo, enfocado a profundizar y comprender los efectos del maltrato infantil en la paciente, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Se analizó la perspectiva de los efectos del maltrato infantil, describiendo las características, las experiencias de la paciente y los significados de la percepción de la problemática y la realidad; siendo el presente caso de estudio un problema real que permitió llevar a cabo la descripción de las causas y el efecto como una realidad objetiva.

La intervención del caso se llevó a cabo por medio de la recopilación de información mediante instrumentos diagnósticos como la entrevista, realizada en varias sesiones, la observación a través de la comunicación verbal y no verbal, la exploración, la comprensión y la aceptación; que durante el inicio de la relación requirieron de una motivación constante a fin de lograr la alianza terapéutica.

Se llevó a cabo la evaluación del estado mental a través de la observación de afecto y cogniciones; expresiones de personalidad, el análisis e interpretación de las pruebas psicológicas proyectivas, instrumentos utilizados para detectar signos y síntomas en la evaluación, herramientas utilizadas con el objetivo de determinar el estado psíquico y las funciones mentales de la paciente; el cual brindó la información necesaria para la elaboración del diagnóstico y la definición de un adecuado y efectivo plan terapéutico.

La información fue recolectada con las técnicas de la Teoría Centrada en el Cliente, fomentando en la paciente la atmósfera terapéutica segura y confiable, basado en la escucha activa, aceptación incondicional, comprensión y respeto; ayudando a comprometerse con el proceso y a visualizar aspectos positivos y alentadores hacia su recuperación emocional.

La alianza terapéutica se planteó en varias sesiones, utilizando técnicas de interacción activa, motivacional, de reflexión. Con el fin de alcanzar compromiso terapéutico por parte de la paciente, se consideró trabajar la Terapia Cognitivo Conductual, técnicas de reestructuración cognitiva, utilizando metáforas, psicoeducación para la modificación de creencias irracionales, entre otras; con el objetivo de alcanzar y cumplir con las metas establecidas.

Se trabajó en la elaboración de hojas de registros semanales en las que se anotaron los aspectos relevantes del desarrollo y evolución de la paciente. Al mismo tiempo, se realizaron entrevistas con la familiar encargada de la custodia permanente de la adolescente, se documentó el caso de estudio con la elaboración de la historia clínica, así como también se elaboró una planificación de actividades de modificación y reforzamiento de conducta, posteriormente se dio inicio a la intervención. El expediente del caso clínico se completó al concluir el plan terapéutico propuesto en base a la impresión diagnóstica. Un informe clínico adicional se elaboró bajo los lineamientos del Centro de Defensoría Infantil para los archivos de expedientes clínicos en la institución.

En base a los objetivos trazados, fundamentos teóricos, técnicas propuestas, procedimientos y materiales de apoyo utilizados en clínica, se desarrolló el proceso, logrando avances y modificaciones significativos, que brindaron a la paciente, una vivencia terapéutica dinámica con el enfoque existencial que influyó en pensamientos, emociones y comportamiento, generando mejor funcionamiento mental, capacitándola para modificar, resolver y mejorar las relaciones interpersonales y calidad de vida.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

A continuación se presenta la sistematización del informe psicológico del caso de investigación de la adolescente de 14 años del Centro de Defensoría Infantil de Buckner Guatemala.

4.1.1 Datos generales

DK adolescente de 14 años de edad, género femenino, nació el 25 de febrero de 2001, de nacionalidad guatemalteca, soltera, de mediana estatura y peso aproximado de 110 libras, religión cristiana evangélica no activa, estudiante, cursa el segundo básico en colegio privado. Referida por el Juzgado de la Niñez y Adolescencia. Vive con los abuelos paternos por resolución del juzgado en abrigo definitivo. Ambos padres están separados desde hace 12 años, el padre vive en Estados Unidos de Norte América desde el año 2003 y su madre vive con otra pareja y dos hermanos sólo de mamá.

4.1.2 Motivo de consulta

La paciente fue referida por el Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y Adolescencia del Área Metropolitana y en la primera sesión refirió: “El juez me envió a terapia por los cortes que me hago en los brazos. Yo solo quiero mi carta y ya dejar de venir.”

4.1.3 Historia del problema actual

La paciente refiere que en febrero 2015 nuevamente fue citada la abuela al Juzgado de Primera Instancia de la Niñez y de la Adolescencia del Área Metropolitana, por el caso que se sigue por medidas de protección, habiendo sido otorgado por dicho juzgado el abrigo de forma definitiva a

su abuela paterna ARGP, en familia ampliada, bajo declaratoria de responsabilidad de su cuidado integral y declarando que por lo tanto debía recibir terapia psicológica, ya que recientemente familiares denunciaron que la paciente se agrede físicamente, haciéndose cortaduras en los antebrazos y la acusan de consumir drogas; por lo que el juzgado la refirió al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala para una evaluación toxicológica.

La paciente refirió que el estado de ánimo se ha visto afectado desde que la Procuraduría General de la Nación la protegió y tomó conciencia de los abusos, malos tratos y agresiones de los que ha sido objeto desde que era niña por parte de la mamá. Indicó, que debido a la constante violencia física y emocional sufrida, vecinos del sector denunciaron a la madre en el Ministerio Público por lo que ella y hermano menor fueron protegidos por la Procuraduría General de la Nación, otorgándole dicho juzgado el abrigo definitivo desde marzo de 2014 a la abuela paterna.

La paciente presentó marcas de cortes en ambos antebrazos, ya cicatrizados; lo que refirió haberse hecho en momentos de ira. Otro factor precipitante fue recordar las agresiones físicas y verbales que sufrió desde niña. Mencionando los varios abortos que la mamá se provocó y los cuidados que siendo ella una niña tuvo que realizar por la mamá y los constantes pensamientos de odio y de venganza que le vienen a la mente.

4.1.4 Historia clínica

DK fue el primer embarazo de la madre. No conoce mayor información de la historia prenatal. Su desenvolvimiento escolar fue satisfactorio, pero en el año 2014, con notas bajas logró ganar el año escolar. En el presente año 2015 obtuvo mejores resultados académicos; como consecuencia de la dedicación y el trabajo que se propuso en el proceso terapéutico. Los resultados escolares fueron monitoreados por el juzgado a través de la trabajadora social.

DK se considera una persona con pocos amigos, no se lleva mal con los demás y a veces peleaba con sus compañeras de clase porque era susceptible al rechazo, mostrando actitudes a la defensiva. Refirió “no dejaré que nadie la humille”. Tiene una mejor amiga, desde la infancia, a

quien le tiene mucho cariño, estudia en el mismo colegio, es un año menor y con quien estaba distanciada.

En el desarrollo de su adolescencia, se ha sentido no amada, que la vida no tiene sentido, experimenta pensamientos que vida no ha sido buena, debido a los abusos físicos y verbales de la mamá; siendo estos los causantes de rebeldía, tristeza y enojo la mayor parte del tiempo.

DK respecto a la salud, recuerda constantemente que la persona que cuidó de ella cuando era pequeña y con quien a veces tiene contacto, le contó que a los dos años estuvo hospitalizada a causa de los golpes que la mamá le daba, lo que le ocasionó una fractura en el cráneo. En términos generales ha tenido buena salud.

La paciente manifestó que en el año 2013 asistió a nueve sesiones de terapia psicológica en el Hospital San Juan de Dios. También asistió a 15 sesiones de terapia psicológica de marzo a julio de 2014 en el Centro de Defensoría Infantil; referida por el Juzgado de la Niñez y Adolescencia. Sin embargo, el malestar emocional y las dificultades en las relaciones sociales persistieron.

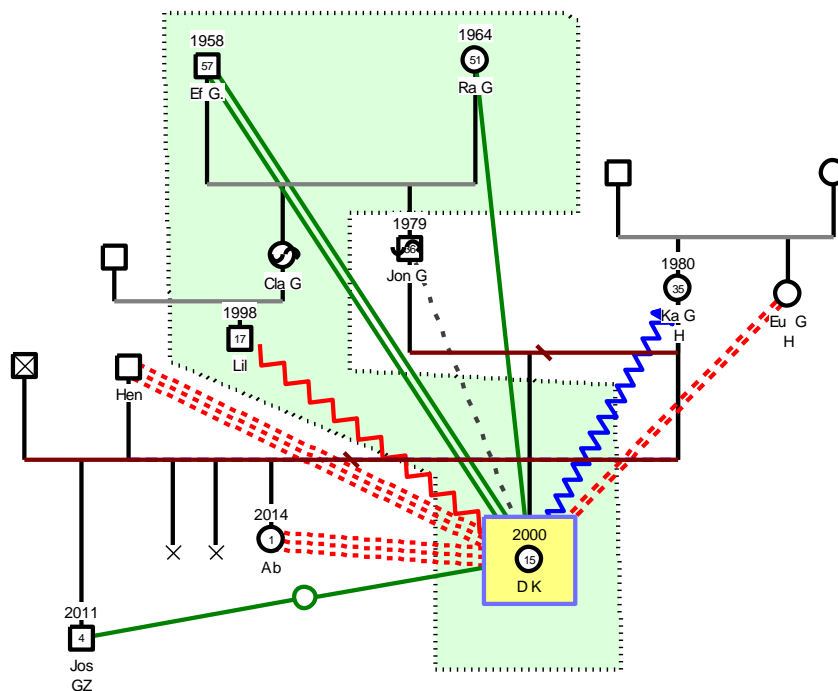
4.1.5 Historia familiar

DK es parte de una familia nuclear extendida, constituida por la paciente de 14 años de edad, la abuela paterna AR de 51 años, el abuelo paterno E de 57 años, la prima L de 17 años, hija de una tía paterna, con quien tiene ciertos roces y poca comunicación. La paciente comparte el dormitorio con la prima. Los abuelos le brindan protección y apoyo emocional a la paciente. Económicamente es apoyada por el padre que vive en Estados Unidos de Norte América, quien envía remesa mensualmente para ayudar a la manutención. La situación socioeconómica de la familia es baja. La vivienda es una casa sencilla y de pocos ambientes. Comparten la vivienda con un hermano del abuelo y la familia de éste formada por la esposa e hijos.

La relación de DK y padres fue descrita como una relación totalmente distante, debido a que el padre vive en Estados Unidos desde que ella tenía dos años de edad y con la mamá el distanciamiento se dio por orden del Juzgado de la Niñez y Adolescencia; razón por la cual no tienen contacto. La paciente tiene dos hermanos por parte de la mamá, J de cuatro años y A de un año de edad, ambos de padres distintos, quienes viven con la mamá. Mencionó que ve a la mamá con la hermanita, ya que viven muy cerca y que la mamá le hace caras, habla mal de ella, la insulta y la maldice cuando se la encuentra en la calle.

DK siente mucho enojo, ira, frustración y le surgen pensamientos y deseos de venganza, por lo que la mamá le hizo y por haber preferido al hombre con el que vive, refirió en varias ocasiones sentir que odia la bebé de ambos. Su abuela paterna, tomó el rol de madre, por lo que tienen una relación estrecha, aunque con ciertas dificultades por la conducta. No existe información sobre antecedentes familiares relacionados con problemas mentales.

Imagen 2
Genograma



Fuente: Elaboración propia.

4.1.6 Examen del estado mental

DK es una adolescente de tez blanca, mediana estatura y peso, rasgos finos, cabello largo y oscuro, maquillada y ropa ajustada. Mostró un aspecto personal adecuado, arreglo e higiene personal limpia y cuidada, postura de aburrimiento e incomodidad al inicio, mejorando durante el desarrollo de la sesión. En el nivel de conciencia fue alerta, mantuvo la concentración y contacto visual satisfactorio. Actitud de cooperación, se mostró atenta y amable; aunque por momentos la postura fue rígida.

Respecto a la conducta motora, mostró movimientos congruentes con la situación, aunque se evidenciaron movimientos tensos y rígidos cuando expresó la situación que ha vivido. El afecto y expresión facial fueron congruentes con el relato, expresiva habla emocional, tono de voz bajo, expresión corporal de ansiedad, enojo y llanto.

Mantuvo atención adecuada, pensamientos recurrentes del pasado; los que han interferido con el estado emocional y funcionalidad. Expresión de ideas constantes de enojo, ira y frustración. Mostró capacidad para concentrarse en el tema. Mantuvo un estado de vigilia satisfactorio. Y adecuada orientación en lugar, tiempo, persona y espacio.

Mostró lenguaje con fluidez, habló adecuada y espontáneamente, acorde a emociones. Al inicio de las sesiones, se le dificultó mostrar interés en comunicarse, posteriormente lo hizo de forma fluida, con palabras apropiadas y concretas.

Mostró comprensión, utilizó lenguaje adecuado, leyó y escribió de forma satisfactoria. Repitió frases y conceptos sin dificultad. Utilizó términos apropiados y congruentes, concretos y maduros para la edad. Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas fueron satisfactorias. Respecto al razonamiento, juicio práctico, se denotó que se ve influenciado por pensamientos, acordes a los síntomas que manifestó y expresó.

En el proceso de pensamiento se mostró coherente, concreto y de contenido lógico. Los pensamientos y preocupaciones interfirieron con la atención y concentración debido a pensamientos negativos e ideas de sufrimiento. Reconoció tener dificultad para controlar el enojo, ira frustración.

En el estado de ánimo, mostró congruencia entre afecto y contenido del pensamiento, ansiosa, tensa, enojo y frustración, que la llevaron en varias ocasiones a dañarse, castigarse y autolesionarse.

4.1.7 Resultado de las pruebas

Durante el desarrollo de las pruebas DK se mostró colaboradora, rápida, mantuvo conducta adecuada y participativa; las finalizó en tiempo promedio. Las pruebas e instrumentos aplicados para la evaluación de la paciente fueron a través de las técnicas proyectivas menores de tipo gráfico, siendo estas:

- Test de la Figura Humana de Machover
- Test de la Familia de Coman
- Test del Árbol de Koch
- Cuestionario de Personalidad -CAQ-

Del análisis e interpretación de las pruebas dio como resultado la proyección de inestabilidad, personalidad pobremente integrada, regresión debido a serias perturbaciones emocionales y dificultad en el control de los impulsos; ansiedad, conflicto, miedo y preocupación; mutilación corporal. Preocupación por el desarrollo sexual o posible abuso sexual. Muestra sentimientos de inferioridad, timidez, baja autoestima, inseguridad y tristeza; envidia y temor.

Sin embargo, hizo esfuerzos por controlar impulsos; ocasionándole angustia y dificultad en el autocontrol. Mostró mecanismos de defensa, evasión, resistencia y preocupación por rendimiento académico, con medidas compensatorias. Alta tendencia a ideas repetitivas y hábitos

compulsivos. Incansable, busca excitación, acepta riesgos e intenta lo nuevo, lo que la puede llevar a situaciones riesgosas.

Los resultados evidenciaron sentimientos de ira y rebeldía. En la relación con la familia experimentaba inestabilidad, falta de comunicación, falta de individuación, alta y marcada dificultad para comunicarse con otras personas, evidenciando perturbación en las relaciones, aislamiento, desvalorización de miembros de la familia y marcada necesidad de aprobación. Se realizó otros estudios diagnósticos, por medio de una entrevista con la abuela paterna y un examen toxicológico referido por el juzgado al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala, el cual al concluir el proceso terapéutico, no había sido entregado el resultado.

4.2 Análisis de resultados

DK mostró rasgos de personalidad pobremente integrada, experimentó regresión y malestar psicológico intenso, produciéndole dolor y sufrimiento por lo que exhibió frecuentes estallidos de ira intensa e inadecuada, tuvo dificultad en el control de los impulsos; especialmente cuando se encontraba en la calle con la mamá y la observaba con el conviviente y la hija pequeña de ambos, lo que afectó el equilibrio emocional; provocándole conductas impulsivas y autolesivas, buscaba calmar la tensión realizando cortes en los antebrazos, lo que le ayuda a disminuir el estrés y la ira.

La paciente percibió falta de apoyo significativo, sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento, desesperanza y desconfianza aprendida, debido al abandono y negligencia de la mamá; a pesar de las expresiones de amor y responsabilidad; aun siendo ella una niña; a pesar de esforzarse por ganar la aceptación, valoración y el amor materno. Experimentó impotencia y soledad, así como pensamientos y deseos de venganza, hostilidad, retraimiento social, lo que la llevó a un deterioro en las relaciones sociales, especialmente en la escuela, ya que era susceptible o fácilmente molestanda por otros; rencorosa, resentida y respondía agresivamente a sus compañeros.

La impulsividad y energía que manifestó pudo dirigirla a la capacidad de salir adelante en medio de las circunstancias, lo demostró manteniendo una amistad desde la infancia y que fue significativa en la vida, a pesar de haber estado distanciadas. En el desempeño académico, logró ganar el año escolar 2014, a pesar de los bajos promedios que llevaba y logró notable mejoría en los resultados del año 2015.

Al analizar los resultados de la investigación fue evidente que DK presentó rasgos de trastorno de estrés postraumático crónico, por los efectos ocasionados por el maltrato infantil, al abuso físico, emocional y verbal del que fue víctima en la niñez, aunado a los problemas relativos al grupo primario de apoyo, que afectaron el desarrollo emocional; al cambio de hogar al haber sido entregada a la abuela paterna por autoridades judiciales y a la perturbación por sentimientos de rencor y odio por problemas relacionados con el abuso o la negligencia ocasionado por la mamá durante la infancia; además por problemas de economía insuficiente que vive con la nueva familia.

Las situaciones estresantes y adversas influyeron en el desarrollo psicológico, lo que ha sido de impacto significativo en el control interno y externo, estabilidad emocional y protección; generando problemas de personalidad y de adaptación en el medio que le rodea. La duración, frecuencia e intensidad de los eventos traumáticos, originaron un pobre control de los impulsos cognitivos y conductuales, reaccionando al estrés con impulsividad y a producirse autolesiones, con el fin de calmar el enojo y la ira que con frecuencia experimentaba, no teniendo ninguna otra herramienta emocional para calmar el sufrimiento.

Conclusiones

Los efectos traumáticos del maltrato infantil, físico, emocional y verbal sufrido por la paciente durante la infancia; debido a las experiencias estresantes de abuso provocado por la mamá y perpetuado durante el desarrollo y crecimiento; ocasionó alteraciones psicológicas, conductas desadaptadas y deterioro en el funcionamiento psicosocial, característicos de rasgos de estrés postraumático.

La estrecha relación entre las secuelas emocionales provocadas por el maltrato y abuso sufrido por la paciente en la niñez y el inadecuado manejo de emociones; ya que son los padres quienes moldean la emocionalidad; debiendo ayudar a reconocer, procesar y encausar las emociones y al no tener esta enseñanza, la paciente aprendió a reprimirlas o expresarlas de forma inapropiada a través de intenso dolor, frustración, impulsividad, enojo e ira, conductas agresivas y autodestructivas.

Los efectos de la negligencia parental y los inadecuados patrones de crianza utilizados por la madre durante el desarrollo de la infancia de la paciente, dañaron la personalidad, afectando el temperamento, capacidad de autocontrol, autoestima; provocando ansiedad y dando como resultado vulnerabilidad a pensamientos intrusivos, revictimización, impulsividad e inestabilidad afectiva.

Se determinó que los efectos del maltrato infantil en la paciente en la etapa inicial del desarrollo de habilidades interpersonales causó el establecimiento de relaciones sociales inestables y problemáticas en el ámbito familiar, escolar y social, dificultándosele confiar en las personas, relacionándose de manera conflictiva, agresiva y negativa con otras personas.

Recomendaciones

Se recomienda a los abuelos paternos de la paciente, mantener los cuidados y protección encomendados por el juzgado de la niñez y adolescencia, proporcionar el ambiente seguro; propiciando el desarrollo adecuado de la adolescente, para que pueda mantener el equilibrio emocional y continuar disminuyendo los efectos traumáticos sufridos por el maltrato infantil.

Es importante continuar con las prácticas y habilidades aprendidas de comunicación asertiva, reconocer, sentir, aceptar y expresar sus emociones; a fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración general de las secuelas emocionales del abuso sufrido y perseverar en la detección, manejo y resolución adecuada y funcional de las emociones.

A nivel familiar se debe perseverar en el reforzamiento de los vínculos relacionales de comunicación y afectividad, a través de un proceso grupal y estableciendo nuevos vínculos que fomenten la empatía, validación emocional y reafirmen el progreso obtenido por la paciente, fortaleciendo la personalidad y temperamento; capacidad de autocontrol y autoestima; que mejoraron durante el proceso al reducirse la vulnerabilidad cognitiva, afectiva y conductual.

Continuar en la práctica de las habilidades y técnicas aprendidas por medio de grupos de crecimiento personal con el objetivo de seguir mejorando las relaciones sociales en el ámbito familiar, escolar y social, fortaleciendo la seguridad y confianza; como también la capacidad de enfrentar de manera adecuada las exigencias de la vida diaria, motivándola a alcanzar los objetivos con sentido de vida.

Referencias

- Arredondo, V., Knaak, M., Lira, G., Silva, A. y Zamora, I. (1998). *Maltrato infantil. Elementos básicos para su comprensión*. Chile: Centro de Promoción y Apoyo a la Infancia – Paicabí.
- López-Soler. (2008). *Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo*. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.
- Mesa-Gresa, P. Moya-Albiol, L. *Neurobiología del maltrato infantil: El ciclo de la violencia*. *Revista de Neurología* (2011), (52), 489-503.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, D. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Perry, B. y Azad, I. *Estrés, trauma y trastorno de estrés post-traumático en niños*. *Opiniones actuales en pediatría* (2014), 1-13
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. Ed.) Madrid: Prentice Hall.

Anexos



Anexo 1

Tabla de Variables

Tabla de Variables

Nombre completo: María de Lourdes Mazariégoz de León

Título de la sistematización: Efectos del maltrato infantil en una adolescente de 14 años.

Carrera: 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 físico, y emocional de la adolescente.	Maltrato infantil	1. Estrés postraumático por maltrato infantil.	¿Cuáles son las consecuencias psicológicas del maltrato infantil en la adolescente de 14 años?	Determinar los efectos psicológicos del maltrato infantil en la adolescente de 14 años.	1. Investigar los principales efectos del maltrato infantil en la adolescente de 14 años.
Control del enojo y manejo de los impulsos.		2. Manejo de emociones.			2. Analizar la relación existente entre el enojo y el manejo de emociones con la conducta de la adolescente de 14 años en el caso de estudio.
Abandono de las funciones parentales.		3. Patrones de crianza.			3. Determinar los efectos de la negligencia parental y los patrones de crianza sobre la personalidad de la adolescente.
Relaciones interpersonales inadecuadas.		4. Relaciones interpersonales inestables.			4. Evaluar los efectos del maltrato infantil en el desarrollo de las relaciones interpersonales de la adolescente de 14 años en el caso de estudio.

Anexo 2

Centro de Defensoría Infantil

