

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



**Estudio de caso de Síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de  
abuso sexual en su infancia temprana**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Jenifer Sucely Hernández García

Guatemala, junio 2017

**Estudio de caso de Síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de  
abuso sexual en su infancia temprana**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Jenifer Sucely Hernández García

Lcda. Maylin Cajaraville (**Asesora**)

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

Guatemala, junio 2017

## **Autoridades Universidad Panamericana**

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

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

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

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

## **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida**

### **FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

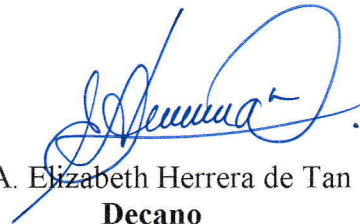
ASUNTO: *Jenifer Sucely Hernández García*

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

DICTAMEN: Mes de diciembre 2016

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

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



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

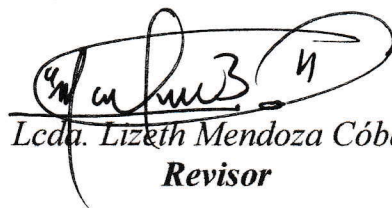
**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, diciembre de 2016.**-----

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: Síntomas de estrés postraumático en una niña de 11 años, víctima de abuso sexual en su infancia temprana”. Presentada por el (la) estudiante: **Jenifer Sucely Hernández García**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licenciada Maylin Cajaraville Angel**  
**Asesora**

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

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso de Síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana”. Presentado por el (la) estudiante: Jenifer Sucely Hernández García, 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.*

  
*Lcd. Lizeth Mendoza Cobar*  
**Revisor**



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso de Síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana", presentado por: Jenifer Sucely Hernández García, previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

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

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



## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Programas establecidos	2
1.6 Visión	5
1.7 Misión	5
1.8 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1 Infancia	6
2.1.1 Importancia del desarrollo en la infancia	6
2.1.2 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson –infancia	6
2.2 Violencia sexual infantil	9
2.2.1. Definición de abuso sexual infantil	9
2.2.2 Prevalencia de la violencia sexual infantil	10
2.2.3 Factores que pueden provocar una violencia sexual infantil	10
2.3 Negligencia familiar como un factor principal	12
2.3.1 Mención de algunas clases de negligencia	13
2.4 Síntomas de estrés post traumático tardío como una de las consecuencias por una violencia sexual en la infancia	15
2.4.1 Estrés postraumático tardío	15
2.5 Somatización	24

2.5.1 Neuralgia como somatización de un dolor psicológico	25
2.6 Inestabilidad emocional	26
2.6.1 Resiliencia como método para una estabilidad emocional	27
Capítulo 3	29
Marco Metodológico	29
3.1 Planteamiento del problema	29
3.2 Pregunta de investigación	29
3.3 Objetivos	29
3.3.1 Objetivo General	29
3.3.2 Objetivos Específicos	30
3.4 Alcances y límites	30
3.5 Metodología	30
Capítulo 4	32
Presentación de Resultados	32
4.1 Sistematización del Estudio de Caso	32
4.2 Análisis de Resultados	59
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Referencias	62
Anexos	63

### **Lista de Cuadros**

Cuadro No. 1	Pruebas e Instrumentos aplicados	42
Cuadro No. 2	Resultados de Inventario de autoestima de Cooper Smith.	45
Cuadro No. 3	Resultados Escala de ansiedad infantil de Spence	46
Cuadro No. 4	Resultados Inventario de depresión infantil, autor; María Kovacs	47
Cuadro No. 5	Resultados Test de inteligencia OTIS intermedio.	47
Cuadro No. 6	Presentación del plan terapéutico	53
Cuadro No. 7	Presentación de objetivos, técnicas y resultados	54

### **Lista de imágenes**

Imagen No. 1	Genograma	37
--------------	-----------	----

## Resumen

El abuso sexual infantil no es un fenómeno nuevo ni actual, al contrario es una problemática que ha estado incrementado a lo largo de los años, en todos los países se puede observar dicho problema, Guatemala no es la excepción. En la población guatemalteca destaca que un porcentaje de los abusos sexuales es contra menores de 1 a 9 años según Unicef Guatemala, que representa un grupo más vulnerable y expuesto a sufrir daños físicos y psicológicos severos, cuando no recibe esta población una ayuda adecuada para superar el trauma y estabilizar su calidad de vida se pueden generar diferentes consecuencias.

Por consiguiente, cabe preguntarse ¿Qué consecuencias puede desarrollarse en una niña de 11 años cuando fue abusada sexualmente a la edad de 4 a 5 años? En este estudio, se enfocará en mostrar una de las consecuencias poco inusual sobre dicha problemática y es el desarrollo de síntomas de estrés postraumático tardío, y sobre la negligencia familiar como un factor principal que pudo provocar un abuso sexual infantil y dificultando la mejoría de calidad de vida en la etapa de la niñez. Como base de estudio se presenta un caso clínico real que se estuvo trabajando durante la práctica profesional, teniendo la oportunidad de llevar el proceso en Fundación para Síndrome de Down Margarita Tejada.

## **Introducción**

El contenido del presente trabajo se refiere al tema del abuso sexual infantil y las consecuencias en la niñez, está basado en un caso clínico que se mostró en la práctica profesional misma que se llevó a cabo en la Fundación para síndrome de Down Margarita Tejada. Con el motivo de unificar la importancia de una atención psicológica sobre la problemática de abuso sexual infantil en la sociedad guatemalteca y demostrar la consecuencia que puede desarrollarse en la niñez. Para poder incitar a cualquier profesional de la facultad de humanidades el interés sobre los hallazgos del contenido presentado.

El trabajo se dirige hacia dos puntos temáticos que son: Las consecuencias de un abuso sexual infantil, la negligencia familiar como factor principal para provocar dicha consecuencia, y el desarrollo de un estrés postraumático tardío en la niñez causado sobre un abuso sexual a la edad de 3 a 5 años.

Dividiendo el trabajo en 4 capítulos, siendo el primero el marco de referencia mostrando el desarrollo del caso clínico. En el segundo capítulo el marco teórico refiriendo las bases teóricas que ratifican sobre los temas que se desarrolla durante el trabajo presentado. Tercer capítulo como el marco metodológico demostrando el planteamiento del problema, objetivos, límites y alcances que se obtuvieron durante el desarrollo del trabajo presentado y el cuarto capítulo presentando los resultados obtenidos del trabajo basado en el caso clínico que se desarrolló durante la práctica profesional.

El desarrollo del estudio de caso se realizó bajo los siguientes aspectos:

La pregunta de investigación, fue: ¿Cuáles son los síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana?, el objetivo general fue, demostrar la estrecha relación entre la violencia sexual en la infancia y el desarrollo de los síntomas de un estrés postraumático en una niña.

# Capítulo 1

## Marco de Referencia

### 1.1 Antecedentes

La Fundación para Síndrome de Down Margarita Tejada tiene como objetivo principal apoyo y servicio social, en atender a niños, niñas, jóvenes y personas de diferentes edades, condición social, étnica y económica con Síndrome de Down y actualmente niños convencionales que presentan escasos recursos económicos, por tal motivo recibe aportes de particulares y de empresas que desean ayudar a esta población para mejorar su calidad de vida.

Durante la práctica profesional en psicología clínica se tuvo la oportunidad de realizarla en Fundación para síndrome de Down Margarita Tejada, atendiendo a niños de primaria del colegio experimental Margaritas, donde fue referida una niña de once años quien fue víctima de abuso sexual por familiares cercanos a la edad de tres a cinco años aproximadamente y actualmente mostraba síntomas de estrés postraumático tardío, siendo un caso poco inusual, por el cual se tomó como base de estudio para la realización del presente trabajo.

### 1.2 Descripción

Es una Institución no lucrativa, constituida mediante escritura pública con fecha 14 de enero de 1998, con fines de desarrollo social. Fue constituida por un grupo de diez madres con hijos e hijas con síndrome de Down, quienes quisieron darles la oportunidad a otros niños de un desarrollo individual de calidad, programas de salud y educativos, con terapias especializadas y educación especial que responde a sus necesidades e individualmente les sería imposible por el alto costo que estas implica y ofrecerles una mejor calidad de vida.

Población que atiende la Fundación: es para personas con Síndrome de Down y niños convencionales de bajos recursos, el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm. Se tuvo la oportunidad de trabajar con niños convencionales de escasos recursos que integran el colegio experimental Margaritas para primaria.

### 1.3 Ubicación

Fundación para Síndrome de Down Margarita Tejada se ubica en la 4ª avenida 12-20 calle Santa Luisa zona 16 Acatan. Santa Rosita. Guatemala, Guatemala. Con número telefónico 2208-1999.

### 1.4 Organización

Según el octavo punto del Acta de Constitución está a cargo de los órganos siguientes:

Junta General de Fundadores y Benefactores, Consejo Directivo o Directorio: formado por: Presidente, Vice-Presidente, Secretario, Tesorero y hasta tres vocales.

### 1.5 Programas establecidos

Psicología

Objetivo general: fortalecer la salud emocional apoyando a los alumnos y sus familias así como orientando a los profesionales.

Objetivos específicos:

- Evaluar y dar el seguimiento necesario a las personas referidas.
- Asesorar y capacitar en temas específicos.
- Promover el trabajo multidisciplinario en los casos necesarios para la toma de decisiones.

## Programa de salud

Objetivo general: brindar apoyo y orientación a la familia en aspectos médicos en generales.

Objetivos específicos:

- Orientar a la familia sobre los aspectos médicos especificados del Síndrome de Down que les permita llevar el control de los mismos.
- Brindar atención médica a través de la clínica odontológica y medicina general dentro de la fundación.
- Mantener activa la red externa de médicos especialistas.

## Trabajo social

Objetivo general: velar por la cobertura social de las personas con Síndrome de Down y sus familias.

Objetivos específicos:

- Investiga el nivel socio económico de las familias.
- Brindar apoyo a las familias según sus necesidades.

## Sensibilización y capacitaciones

Objetivo general: sensibilizar, informar y capacitar en los diversos aspectos relacionados con el Síndrome de Down a la comunidad en general, para contribuir al proceso de cambio en la conceptualización y de actitudes hacia la población con discapacidad.



Objetivos específicos:

- Difundir la información pertinente sobre Síndrome de Down para lograr su atención oportuna desde el nacimiento y su integración en los diferentes espacios de la sociedad.
- Fortalecer los conocimientos sobre el Síndrome de Down y temas relacionados en el personal técnico, administrativo y docente de la fundación.
- Asesorar escuelas o centros de educación especial para mejorar la atención de sus alumnos.
- Llevar a cabo convivencias con otras instituciones o personas particulares como medio de sensibilización.

Programas complementarios

Objetivo general: mantener activa la red de intercambio informativo y de experiencias innovadoras, así como el establecimiento de compromisos entre la fundación y diferentes entidades, nacionales e internacionales, interesadas en hacer realidad los principios de:

- Respeto a las diferencias
- Derechos humanos e igualdad de oportunidades
- Escuela para todos
- Inclusión social, educativa y laboral

Objetivos específicos:

- Fortalecer los proyectos artísticos innovadores, que permiten desarrollar destrezas habilidades y talentos.
- Fortalecer los proyectos de amistad entre jóvenes con o sin discapacidad que favorecen el desarrollo de las habilidades sociales.
- Asesorar en aspectos técnicos a los estudiantes que se encuentran en su periodo de práctica profesional.
- Apoyar técnicamente diferentes programas y proyectos que beneficien a la población con

discapacidad intelectual y por ende con Síndrome de Down.

## 1.6 Visión

Trascender como la fundación más visionaria y de mayor impacto en la integración de la población con Síndrome de Down en la sociedad, reconocida por su transparencia, cobertura y profesionalismo.

## 1.7 Misión

Impulsar y proveer oportunidades de desarrollo integral y de inclusión general para personas con Síndrome de Down a nivel nacional.

## 1.8 Justificación de la Investigación

El presente informe es un estudio de un caso específico que tiene por objetivo ser parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida de 5to año de la facultad de Humanidades para la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social. Se elabora como requisito del pensum de la facultad de la Universidad Panamericana. Brindando un aporte educativo para futuros profesionales. Tiene como objetivo demostrar la importancia de brindar una asistencia psicológica en el tiempo adecuado, a la población infantil que son los más vulnerables y propensos a ser víctimas de abuso sexual. Lamentablemente los agresores de esta población son los más cercanos ya que conforman su grupo primario y se ha demostrado que la mayoría son familiares del niño o cercanos a la familia, ya que de esto se trata el caso que se demostrara a continuación.

El propósito general es concienciar a los futuros profesionales de la salud mental a poner en práctica las competencias y capacidades, que se han adquirido a lo largo de cinco años de la carrera. En cuanto a la integración de todo el conocimiento teórico y clínico con pacientes.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Infancia**

“La infancia puede entenderse como un periodo determinado de la vida de un niño o niña, mediable por un intervalo de edad”. (Ferran Casas, 1998). Se define como el primer período de vida de cada ser humano, comprendido entre el nacimiento hasta la edad de 11 a 12 años. Esta primera etapa de la vida es esencial en el desarrollo de cualquier persona, pues de ella va a depender el crecimiento físico, afectivo, social y psicológico.

##### **2.1.1 Importancia del desarrollo en la infancia**

El ser humano siempre está en proceso de crecimiento, desde el momento de la concepción hasta la muerte, las personas atraviesan por diferentes etapas que determinaran su calidad de vida, creando una personalidad única que reflejara su pensamiento, conducta y sentimientos.

“John W. propone que la psicología del desarrollo estudia y trata de definir los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales desde la concepción hasta la muerte de la persona. Se basa de muchas teóricas del ciclo vital para tratar de explicar la suma importancia que tiene cada etapa que atraviesa el ser humano. El desarrollo es acumulativo, toda persona pasa por diferentes experiencias ya sean positivas o negativas, que crean un efecto en una condición actual, aunque las situaciones vividas no pueden predecir lo que sucederá con certeza en el futuro de cada persona”. (John W. Satrock, 2006)

##### **2.1.2 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson –infancia**

Enfocado en la etapa de la infancia, la teoría sobre las Fases Psicosociales de Erik Erikson, quien nació en Alemania el 15 de junio de 1902. Según Cloninger “Un Estudió psicoanálisis con Freud y se volvió psicoanalista infantil. Menciona La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson

afirma que la personalidad no deja de desarrollarse a lo largo de la presencia del ser humano. Menciona “ocho edades del hombre” es decir ocho fases y señala que el éxito en cada una depende de la maduración innata, la superación positiva y negativa que la persona haya hecho en las anteriores. Y es así como justifica la teoría mencionada. “según Erik Erikson; el desarrollo es el resultado de los factores psicosexuales programados biológicamente y la interacción con el medio sociocultural para satisfacer las demanda de cada etapa”. (Susan. C. Cloninger, 2003, p.133).

Cuatro fases en la etapa de la niñez según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

Erikson describe los estados psicosociales del Ciclo Completo de la Vida en sus siguientes obras: Infancia y Juventud (1971), Un Modo de ver Las Cosas (1994) y el Ciclo Completo de la vida (1998). Según estas obras se pueden describir las etapas:

- (0-12 o 18 meses) confianza básica v/s desconfianza (esperanza): se inicia con la relación que se haya construido con la madre. Dicha relación determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de la vida de una persona. Es la sensación de experimentar confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad, etc. La que puede determinar la calidad de las relaciones que una persona establezca en las siguientes etapas de su vida y desarrollando la virtud de la esperanza. En la vida adulta, la habilidad para confiar en los demás, aun cuando pudieran traicionar la confianza, es una cualidad importante que contribuye al ajuste y a la felicidad (Jones, Couch y Scott, 1997).
- (12 o 18 meses a 3 años) autonomía v/s vergüenza, duda (voluntad): Durante esta etapa el niño (a) comienza su desarrollo cognitivo y muscular, empieza a realizar experticias como caminar, sus primeras palabras, etc. Este proceso de aprendizaje puede crear momentos de dudas y de vergüenza en el niño. Asimismo, los logros en esta etapa desencadenan sensación de autonomía y despiertan la virtud de la voluntad para ser independientes.
- (3 a 6 años) Iniciativa v/s Culpa: inicia un proceso de rapidez en el desarrollo físico e intelectual. Tiene interés de establecer relaciones amistosas con niños de su misma edad y aprovechan para conocer o dar a conocer sus habilidades y virtudes al momento de

establecer relaciones interpersonales con los demás niños. En esta etapa los niños sienten curiosidad por medio del juego y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente. Uno de los problemas que pueden surgir es un bloqueo en la acción y la iniciativa, una tendencia paralizante a la culpa.

- (6 a 11 o 12 años iniciación entre la pubertad) Laboriosidad v/s Inferioridad: en esta etapa el niño (a) lo importante es las relaciones con los demás, ya sean niños de su misma edad o tener una buena relación con sus maestros o personas a su alrededor ya que en este período ellos aprenden habilidades interpersonales, observando la cultura, sociedad o ambiente donde se encuentren y desean imitar a otras personas. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando y compartiendo. Pero se puede presentar uno de los problemas de sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica- social, por su condición "racial o cultural", debido a una deficiente estimulación escolar o una experticia dolorosa en las siguientes etapas. El niño en esta etapa “aprende a ganar el reconocimiento al producir cosas” (E. H. Erikson, 1959, p. 86)

Si se toma como base estas cuatro fases de la teoría de Erik Erikson en el desarrollo de la niñez, podemos mencionar el siguiente ejemplo; de un caso clínico psicológico de una niña que sufrió un abuso sexual a la edad de cuatro a seis años por un familiar y que a la edad actual de once años haya podido recordar dicho trauma. Se puede evidenciar que esta niña siente desconfianza de las personas que la rodean, optando por no tener amigos, vergüenza por el daño y cambio fisiológico como padecer actualmente de neurosis y neuralgia en algunos músculos de los brazos y piernas, culpabilidad por “creer que provocó que el familiar abusara de ella” y no saber que le repara en el futuro no teniendo metas por seguir e inferioridad por la sensación de no ser capaz de hacer las cosas bien como lo hacen sus compañeros de aula creando una mala autoimagen por ser abusada sexualmente. Se puede evidenciar como cada una de sus etapas fue afectada y se ve reflejado actualmente en su inestabilidad emocional, en sus relaciones interpersonales, académicos y tener síntomas de enfermedades físicas.

## 2.2 Violencia sexual infantil

Para dar una definición clara sobre este fenómeno de violencia, encontraremos varias investigaciones y referencias de autores que tratan de reunir todas las variables que puedan encajar en este concepto tan extenso que se da en el mundo. Podemos mencionar que la violencia según Pinheiro “es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerle un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras”. (Pinheiro, 2006).

Se puede aludir que los niños no son la excepción de ser víctimas de violencia que son experiencias dañinas para su desarrollo fisiológico, cognitivo, social y afectivo. Provocando una inestabilidad psicológica y un desequilibrio en la calidad de vida, ya que la violencia que induce un agresor contra ellos no considera los derechos que tiene la niñez creando un maltrato que marcara una alteración en el proceso de desarrollo del potencial biopsicosocial del ser humano y más aún en la infancia.

Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud – OMS- define la Violencia, como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” (Unicef, 2003)

### 2.2.1. Definición de abuso sexual infantil

En la definición del abuso sexual se puede tomar que son “Contactos e interacciones entre un niño (a) y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el

agresor está en una posición de poder o control sobre otro.” (Definición aportada por National Center of Child Abuse and Neglect, 1978).

Se refiere al abuso sexual a cualquier acoso de tipo sexual que sufre el niño por parte de una persona mayor, con o sin evidencia de lesión física-genital. En este caso existe un acto sexual impuesto que tiene efectos dañinos. Bracamonte “lo divide así; Sin contacto físico, con contacto físico y con intrusión.” (Bracamonte ,1994)

### 2.2.2 Prevalencia de la violencia sexual infantil

La violencia sexual infantil no es un problema reciente, al contrario es uno del cual ha persistido y aumentado a través de los años. Se produce en todas las culturas, sociedades, comunidades, incluso dentro de las familias. Este problema o anomalía no diferencia entre raza, religión, estrato social, edad, género y peor aún no tiene consideración a la población más vulnerable pero el futuro de cualquier nación quienes son los niños y niñas. Este fenómeno provoca significativos cambios sociales, físicos y psicológicos, tanto a corto como a largo plazo.

En el último estudio del año 2014 de Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); revela cifras preocupantes de violencia que padecen los niños en el mundo. “Unos 120 millones de niñas y jóvenes han sufrido abuso sexual”

“El reporte del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el mayor estudio sobre violencia contra la infancia hasta la fecha que incluye datos de 190 países, indica que los niños con frecuencia sufren abusos en sus propias comunidades, casas y escuelas. El reporte indica que existe un "conmocionante predominio" de la violencia contra los niños, que con frecuencia es considerada socialmente aceptable.” (Deutsche Welle, 2014)

### 2.2.3 Factores que pueden provocar una violencia sexual infantil

La violencia se manifiesta a través de una serie de comportamientos agresivos contra la voluntad hacia el infante en el ámbito físico, emocional, moral, entre otros. Y esto se puede provocar en cualquier entorno que se relacionan los niños; escuelas, instalaciones públicas y privadas, incluso

dentro del contexto familiar. Lamentablemente se tienen estudios que dentro del núcleo familiar es donde más vulnerables están los niños de sufrir un abuso y violencia sexual siendo el agresor cualquier miembro o conocido que conforma su grupo primario.

Según Unicef en su último informe en 2014, los entornos en los que se produce la violencia son: “El estudio empleó un marco analítico basado en los ámbitos o entornos en los que transcurre la niñez: el hogar y la familia, la escuela, los sistemas de protección y de justicia, el lugar de trabajo y la comunidad, En la mayoría de las sociedades, el abuso sexual de niñas y niños es más común dentro del hogar o es cometido por una persona conocida por la familia. ”.

Nuevamente se observa que los niños están más vulnerables en su hogar y con sus familiares de recibir cualquier tipo de violencia. Los patrones sociales y culturales de este comportamiento que sean aprendidos en las generaciones señalan factores como; socioeconómicos (incluyendo la desigualdad y el desempleo) y los estereotipos de género. Pero principalmente la negligencia familiar que se está observando actualmente en la sociedad de cualquier país del mundo. (Unicef, 2014)

Ferreira (2000) afirma

Indica que los factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato, se pueden clasificar en tres grandes grupos:

Factores individuales: características individuales de los propios niños (a), ser producto de embarazo no deseado, ser prematuros, tener impedimentos físicos o psíquicos. Se pueden identificar características individuales de los padres, como su personalidad, experiencia o inexperiencia en la crianza y cuidado de los niños (a) entre otros.

Modificar el margen como el ejemplo anterior

Factores socioculturales y ambientales: situación laboral, desempleo, inestabilidad laboral, excesiva carga laboral. Las viviendas compartidas con otras familias, malas condiciones de



habitabilidad, necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, alcoholismo, drogadicción, entre otros.

Factores familiares: tipo de familias como; monoparentales, extensa, homoparentales y sobre todo familias multiproblemáticas que se destacan por ser padres adolescentes, malas relaciones y comunicación, carencia de vínculos afectivos, desorganización en la estructura, es decir, confusión de roles, incumplimiento de las funciones familiares, disfunciones en los límites o inexistencia de los mismos.

Se puede continuar con la descripción de más factores que propagan este fenómeno y posiblemente no se terminaría de enumerarlas a cada una de ellas, por lo que se enfocará principalmente los factores familiares ya que se supone que el contexto familiar es donde los niños sientan seguridad, confianza, respeto, bienestar psicológico y emocional, donde puede aprender conductas positivas, el desarrollo creativo de sus pensamientos, sin temor y con valentía para disfrutar la vida con una autoimagen positiva de sí mismo independientemente de las experiencias vividas y situaciones.

### 2.3 Negligencia familiar como un factor principal

“La negligencia se define por la falta del progenitor en cuanto a actuar debidamente para dar seguridad, protección y bienestar al niño. Sucede cuando los padres muestran falta de madurez y responsabilidad. A lo largo de la historia las definiciones de negligencia se enfocaron, en actos de omisión por parte de los padres, los cuales derivan en cuidados inadecuados de los niños (a)” (Martínez, 1997).

Existe maltrato por negligencia, cuando las personas responsables del cuidado de un niño (a) poseen los recursos para satisfacer las necesidades básicas. Y no involucrar la negligencia en situaciones en donde los padres, aun queriendo dar lo necesario y suprimirlas, no tienen las posibilidades de satisfacerlas, para que un niño (a) se desarrollen de manera integral.

Cuando se habla de necesidades básicas se enfoca en dar amor, atención y afecto y que muchas veces las personas adultas responsables del cuidado, no lo ven como algo primordial y básico para el desarrollo de sus niños, por cual evitan cumplir con la responsabilidad de estas necesidades con cosas materiales. Se enfocan en pasar más tiempo pensando en cómo generar más ingresos para el hogar aun teniendo lo necesario que decidir convivir con la familia, lamentablemente se olvidan que alguna vez ellos fueron niños y que realmente en esta etapa lo que más anhelaban era jugar, platicar, comer, reír, convivir con la familia.

Según Unicef Guatemala “El maltrato infantil es también un fenómeno muy grave en el país, sobre todo porque hay un gran sub registro, una cultura y costumbres autoritarias que justifica el maltrato a la niñez como un castigo y una forma de inculcar la disciplina. En general, se reciben pocas denuncias, especialmente con respecto al abuso sexual y el incesto, cuya mención sigue siendo tabú.”

“La Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil, como: “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo” (UNICEF, 2008).

### 2.3.1 Mención de algunas clases de negligencia

Las clases de negligencias que se pueden mencionar por la psicóloga María Carolina Sánchez Thorin, explica los tipos y las situaciones en las que se presenta esta situación.

- La negligencia educativa: aquellos niños que no asisten a un plantel educativo perdiendo la oportunidad de su derecho básico a la educación. O el tiempo que los padres ignoran de los niños a la cantidad excesiva que le dedican a la tv o computadora o cualquier pasatiempo.

- La negligencia médica: tiene que ver con el cuidado médico inapropiado de los niños, la falta de importancia de síntomas observables de su salud física y mental.

“Maltrato físico: toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.

Maltrato emocional: el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos. Abandono y negligencia: se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

Abuso sexual: es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual” (UNICEF, 2008).

Se ha mencionado un ejemplo anteriormente sobre una niña de once años que fue víctima de un abuso sexual en la infancia temprana (3 a 6 años) donde un familiar alcohólico fue el agresor. Proveniente de una familia multiproblemática y de escasos recursos, donde el padre alcohólico la rechaza por ser diferente físicamente a él, una madre que trabaja la mayor parte del día sin tener el mínimo tiempo para convivir con su hija, y reconociendo que fue espectadora cuando dos de sus sobrinos de edades de quince y dieciocho años “tocaban las partes genitales de su hija a la edad de 4 años aproximadamente y que no le puso mayor importancia”.

No llevarla al médico para tratar el problema de neurosis actual de su hija y tampoco asistiendo a las reuniones que se solicitan en la escuela para tratar las dificultades académicas que son evidentes en la niña. Esto es un claro ejemplo de negligencia familiar y no es justificable que provengan de una familia de escasos recursos, siendo beneficiarios de una Fundación y teniendo el conocimiento de la existencia de entidades, ONG, fundaciones etc. que promueven una ayuda, orientación, herramientas para la superación o la mejoría de la calidad de vida.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (Familia en la actualidad) Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

## 2.4 Síntomas de estrés post traumático tardío como una de las consecuencias por una violencia sexual en la infancia

Un abuso sexual en la infancia puede provocar numerosas variables de consecuencias afectando el desarrollo de cualquier ser humano, es evidente que deja marcas, cicatrices, recuerdos, pensamientos y sentimientos dolores en la personalidad de la víctima. En ocasiones provocan un estancamiento de crecimiento cognitivo social, afectivo y físico.

Si se toma el ejemplo que se ha estado mencionando, se puede señalar que la niña de once años que actualmente ha descubierto ser víctima de abuso sexual en su infancia temprana (3 a 6 años), siendo el agresor un familiar cercano, predominando como factor principal la negligencia familiar que ha estado viviendo en el transcurso de su ciclo vital. Tomando en cuenta las dificultades y molestias que se han estado desarrollando inconscientemente en el proceso de su desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social. Detonando actualmente signos y síntomas cumpliendo algunos criterios que relaciona según el DSM 5 un diagnóstico psicológico como “síntomas de estrés post traumático tardío”.

### 2.4.1 Estrés postraumático tardío

Según el DSM 5; el trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10) se considera si cumple con los siguientes criterios diagnosticados:

“Nota: los criterios siguientes se aplican a los adultos, adolescentes y niños mayores de seis años. Para niños menores de seis años, véase los criterios correspondientes más adelante).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en uno (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
- Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).  
Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).  
Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
- Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)  
Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamiento o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociado al suceso(s) traumático(s).
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.

ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

- 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):



- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).  
Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).  
Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
- Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

#### Evitación persistente de los estímulos

- Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
- Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

#### Alteración cognitiva

- Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
- Comportamiento socialmente retraído.
- Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas con concentración.
- Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Si se toma de referencia los síntomas y signos que describe el ejemplo del caso clínico anterior de la niña de 11 años, se puede observar que cumplen con ciertos criterios el trastorno postraumático según el DSM 5, de los cuales son:

Ha detonado un estrés pos traumático en estado tardío, somatización (neuralgia en los brazos) La paciente tiene 11 años no se puede establecer otro diagnóstico por el DSM 5 que cumpla con los criterios de los síntomas y signos que presenta la paciente.

Refiere los siguientes síntomas y signos:

- Exposición a un abuso sexual. (La madre fue espectadora en una ocasión cuando su hija fue abusada por sus primos)
- Experiencia directa del suceso traumático.
- Conocimiento que el agresor fue un familiar, (un tío materno).

- Bloqueos de recuerdos ante el trauma. (La niña de once años, no recordaba haber sido abusada sexualmente).
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. (Pesadillas recurrentes de ser perseguida y que un hombre está sentado a la orilla de su cama).
- Reacciones fisiológicas intensas, (problemas con tener enuresis nocturna.)
- Incapaz de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
- Creencias negativas persistentes (sueños que la persiguen para hacerle daño)
- Estado negativo emocionalmente (temor, miedo)
- Disminución importante de interés en el área académica. (Bajo rendimiento académico)
- Sentimientos de desapego.
- Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático.
  - Problemas de concentración
  - Alteración del sueño.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo y deterioro en el área académica.
- Por referencia medica se le diagnostico tener Neuralgia en los brazos y piernas, por un dolor psicológico que la paciente imagina, estrés o por un trauma.

El ejemplo del caso anterior, lamentablemente no se pudo diagnosticar a la niña de 4 años con un estrés postraumático en su momento, pero se puede observar como los síntomas de este trastorno sean generados poco a poco a través de sus etapas de desarrollo, ya que se evidencia las alteraciones físicas, cognitivas, sociales y afectivas que atraviesa la niña que actualmente tiene 11 años. Se podría analizar cada uno de los síntomas ya que todos tienen un origen por el cual sean desarrollados a causa del abuso, pero para poder comprobar que todos los síntomas que la niña muestra atraen de su inestabilidad emocional, problemas académicos, dificultad en sus relaciones interpersonales y sobre todo los síntomas físicos que percutan en ella, los demuestra por un proceso de somatización, donde su cuerpo proyecta el gran daño psicológico que ha estado luchando a través de su niñez.

## 2.5 Somatización

La somatización, es un proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos y los síntomas carecen de una causa orgánica documentada.

Harold Muñoz c., M.D. (2009) refiere en la revista *Med* que “El término somatización fue acuñado a comienzos del siglo XX por el neurólogo y psicoanalista alemán Wilhem Shekel, para indicar el proceso mediante el cual un trastorno psicológico puede producir síntomas somáticos.

Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad. El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos. En otras palabras, no finge, genuinamente siente. En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos” (p. 55,56)

Según DSM 5 Estos trastornos se caracterizan por una atención importante a las preocupaciones somática, y a su presentación inicial principalmente en los centros médicos en lugar de los centros de salud mental. Conversivo: es la presencia de síntomas neurológicos que tras una evaluación neurológica todo es negativo.

En la evaluación de la niña del caso anterior que se ha tomado como ejemplo, se puede mencionar varios síntomas y signos que la paciente ha somatizado durante estos años; se refleja que su problema de enuresis nocturna ya es algo que se puede comprobar fisiológicamente. La enuresis, en este caso está relacionada con alteraciones de la personalidad a causa de factores principalmente familiares y emocionales. Pero esta niña también le diagnosticaron; “neuralgia en

los brazos y piernas”, también es un síntoma de somatización que refleja la paciente, provocado por el trauma. Más adelante se explicara el significado y como tiene relación este síntoma con la vida de la niña.

### 2.5.1 Neuralgia como somatización de un dolor psicológico

Según el diccionario médico define la neuralgia como una irritación dolorosa de un nervio sensitivo, cuyo origen no es ninguna alteración anatómica del nervio doloroso afectado. La neuralgia puede ser esencial o primitiva cuando se desconoce la causa; y sintomática o secundaria cuando la causa sí es conocida.

Diccionario de las enfermedades emocionales de Enric Corbera; define la neuralgia como un síndrome caracterizado por dolores espontáneos en el trayecto de los nervios. Tomar en cuenta el lugar del cuerpo afectado y observar su utilidad para saber a qué área de la vida va dirigido el mensaje. La persona afectada por una neuralgia intenta huir de un dolor experimentado en el pasado. Cuando una situación actual le recuerda ese dolor, vuelve a sentir los mismos temores y en especial la culpa vivida en ese momento. Le invade una agitación interna, llena de amargura. Trata de bloquear sus sensaciones esperando no sufrir más.

Al querer ocultar o rechazar este dolor del pasado en el inconsciente, lo alimenta y lo hace crecer sin darse cuenta la persona que lo padece. Ya que en el pasado fue una situación vivida muy penosa para la persona.

La niña del caso anterior fue llevada al médico de la fundación donde ella es beneficiaria, por el motivo que una maestra observó que los brazos de la niña estaban “muy duros” y que ella refería sentir “dolor y sin poder moverlos con normalidad”. Por referencia medica se dio un diagnostico provisional con “neuralgia en los brazos y piernas”, refirió que la causa puede ser; por un dolor psicológico que la imagina, por estrés o un trauma que actualmente este pasando la paciente. En una de las sesiones terapéuticas la paciente relata que; “recuerda haber sido amarrada de los

brazos y piernas cuando abusaron sexualmente de ella”. El médico solicitó a la madre de la niña que le realizaran exámenes médicos para profundizar más sobre los síntomas fisiológicos.

Lo que se relatado del caso de la paciente; trauma del abuso sexual a la edad de 4 a 6 años, víctima de negligencia familiar, estrés, problemas fisiológicos, sociales, académicos y afectivos, han provocado una inestabilidad emocional que no permite que disfrute y aprecie la vida.

## 2.6 Inestabilidad emocional

“Una emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación” (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Por lo tanto, las emociones son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar.

Las emociones forman parte de la propia naturaleza de los seres humanos, prácticamente la vida gira en base a los propios estados emocionales que de alguna forma ayudan a comunicarse y establecer lazos emocionales con el resto de las personas. Se clasifican en positivas y negativas en función de su contribución al bienestar o al malestar pero todas ellas, cumplen funciones importantes para la vida.

Cuando una persona no puede controlar sus emociones, tienden a ser inestables emocionalmente provocando problemas afectivos, sociales, físicos, académicos, familiares entre otros.

La inestabilidad emocional es considerada una característica de la personalidad, quien tiene este comportamiento se encuentra cambiando de estado de ánimo continuamente y sin la necesidad de tener un motivo o razón que justifique su accionar. Puede surgir en las personas por diferentes causas, situaciones o épocas en la que el nivel de estrés es muy elevado. Desequilibrio familiar y problemas de salud.

La inteligencia emocional, según Goleman, es la capacidad de una persona para manejar una serie de habilidades y actitudes. Entre las habilidades emocionales, se incluyen la conciencia de uno mismo; la capacidad para identificar, expresar y controlar los sentimientos; la habilidad de controlar los impulsos y posponer la gratificación así como la capacidad de manejar la tensión y la ansiedad.

En el caso de la paciente se observan una inestabilidad emocional, para ello necesita establecer una inteligencia emocional para equilibrar su vida y sobre salir a pesar de la circunstancia que atraviesa. Para aprender a controlar sus emociones y lograr aceptar su realidad y avanzar en su vida, aceptado el dolor, mas no sufrir toda su vida, debe tener resiliencia para iniciar un cambio de vida.

### 2.6.1 Resiliencia como método para una estabilidad emocional

#### Resiliencia

“Es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas” (Muñiz, Santos, Kotliarenco, Suárez-Ojeda, Infante y Grotberg, 1998; Melillo, 2004). “Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva”(ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).

Según Werner y Smith, “En el caso de niños, cuando no tienen el apoyo del grupo primario es fundamental que aprenda a ser resiliente. La palabra resiliente ha sido generalmente aplicada a personas que se sobreponen a las dificultades, o bien, para describir a una persona que tiene una buena trayectoria de adaptaciones exitosas frente al estrés y a los cambios disruptivos” (1992).

Lograr establecer resiliencia en el paciente, que pueda adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones. Desarrollar la habilidad de automotivarse. Adoptar una actitud positiva ante la vida, con el objetivo de identificar emociones y aprender a manejarlas de forma adecuada, que la persona pueda analizar el desarrollo de su resiliencia, logrando:



- Respeto a uno mismo
- Honestidad
- Control emocional
- Saber decir
- Saber escuchar
- Ser positivo

“Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos “es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios...”Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor...juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos”. (Samuel Shem, Monte Miseria, 1997.)

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

Existen varios casos de abuso sexual en la niñez., principalmente el abuso sexual infantil intrafamiliar, es un tema que transmite negación, genera rechazos y temores en este caso a la víctima.

En el caso clínico presentado la víctima de once años fue abusada sexualmente en la infancia, tiene el conocimiento que el agresor fue un familiar. Bloqueo de recuerdos ante el trauma y durante su crecimiento ha padecido de pesadillas recurrentes de ser perseguida por un hombre que desea hacerle daño, enuresis nocturna y deterioro en el área académica, neuralgia en los brazos, sufre inseguridad y temor hacia su entorno. Detonando actualmente síntomas de estrés postraumático a causa por el abuso sexual a la edad de tres a cinco años aproximadamente.

#### **3.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana?

#### **3.3 Objetivos**

##### **3.3.1 Objetivo General**

Demostrar la estrecha relación ente la violencia sexual en la infancia y el desarrollo de los síntomas de un estrés postraumático en una niña.

### 3.3.2 Objetivos Específicos

- Describir los síntomas de estrés postraumático causado por un abuso sexual en una niña de 11 años.
- Identificar los síntomas somáticos causados por un trauma reprimido en la infancia.
- Demostrar la negligencia familiar como causa principal de violencia sexual en la infancia.
- Relacionar la resiliencia para lograr una estabilidad emocional por medio de técnicas psicoterapéuticas.

### 3.4 Alcances y límites

Se pudo obtener información teórica y reciente sobre el problema del abuso sexual en la niñez que comprobara que la paciente fue víctima de abuso sexual y comprobar los síntomas de estrés postraumático según el DSM 5.

Se tuvo dificultad de encontrar casos similares al que se presentó en el trabajo, poca investigación sobre poder diagnosticar un caso de abuso sexual en la infancia y que los síntomas de estrés postraumático detonen a un nivel elevado en una etapa de la niñez., teniendo un largo período seis a siete años para diagnosticarlo.

### 3.5 Metodología

La posibilidad de capacitar, orientar e intervenir como ente de cambio, por medio de una intervención psicológica, organizando, planificando y realización de pruebas psicológicas, asesoría en todo el proceso terapéutico con los licenciados asignados en la práctica profesional. Realizando acciones a llevarse a cabo con la paciente, su familia, maestras guías y la Fundación.

Entre las técnicas que se utilizarán en la intervención profesional se encuentran:

- La Observación (como parte del método científico y que constituye también una técnica e instrumento de intervención profesional) permite identificar, conocer y analizar las diversas necesidades del paciente del caso clínico y sobre la cual es base del presente trabajo.
- Investigación Documental: herramienta que facilita obtener y comprende toda información necesaria como base teórica sobre la problemática establecida, con documentación actualizada sobre los avances en torno al mismo, como son libros, artículos, documentos de apoyo, documentales, Internet, entre otros.
- Entrevistas informales que se llevan a cabo con los padres de familia, las autoridades y profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de la Fundación Margarita Tejada.
- Asesoría profesional: ya que se tuvo una retroalimentación con los licenciados asignados para la supervisión de la práctica profesional.

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### 4.1 Sistematización del Estudio de Caso

##### I. Datos generales

Nombre:	N. E. C. L.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	2 de marzo de 2005
Edad:	11 años
Estado civil:	soltera
Escolaridad:	2do. Primaria
Profesión:	estudiante

##### II. Motivo de consulta

Maestra encargada, F. Z. refiere “en la actualidad la paciente comenta que su padre ha regresado a frecuentar a su madre, e imponer normas en el hogar, debido a los problemas familiares, ha manifestado falta de respeto verbal”. Así también comenta que su mamá la ha ofendido verbalmente “ha sido un error que vos nacieras”.

##### III. Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración:

El semblante de la paciente se muestra triste y su inestabilidad emocional se ha presentado desde el año pasado, no ha mejorado su higiene y presentación personal, se orina en la cama y constantemente tiene pesadillas, muestra una alteración emocional y problemas familiares.

Su conducta en ocasiones es inapropiada ya que utiliza palabras inadecuadas, le gusta salir a la calle, también muestra mucho interés por el sexo opuesto, refiere que ha tenido novios. La Falta de motivación de la paciente en las clases académicas siempre ha persistido desde que inicio a estudiar en la Fundación en el Colegio Margaritas, actualmente tiene 11 años y continúa en segundo primaria, la asistencia a clases es irregular y afecta su rendimiento académico, esto se debe por la falta de cuidado y apoyo de ambos padres.

Ella fue víctima de abuso sexual aproximadamente cuando tenía 5 a 7 años, esto se lo comentó a sus maestras guías a finales de octubre del año pasado, refiriendo que tenía recuerdos de ser abusada sexualmente por algunos familiares y ella lo descubrió ya que una amiga le comentó que había sido abusada por su abuelo, entonces se dio cuenta que paso por la misma situación.

Actualmente refiere que ese acontecimiento ya no le molesta y no le presta atención. Las maestras preocupadas por la situación se lo comentaron al departamento de Psicología de la Fundación, la licenciada encargada del programa de intervención psicológica optó por informarle a la madre de la paciente sobre dicho acontecimiento, a lo que ella respondiendo desinteresadamente que no tenía conocimiento de ese hecho y que no estaba segura que su hija había dicho la verdad, la madre refirió que los familiares que su hija acusaba de agresores, actualmente no tienen ningún contacto con ellos, esta reunión con la madre se dio a finales de octubre del 2015.

Actualmente se tuvo la oportunidad de tener una segunda entrevista con la madre, durante la sesión no prestó atención sobre los problemas actuales de su hija, cuando se le mencionó sobre el abuso la madre comentó, que si recuerda haber visto a dos sobrinos aproximadamente de 15 y 18 años, tocando a su hija en sus partes íntimas cuando ella tenía aproximadamente de 5 a 6 años, refiere “yo los vi que tenían a mi hija en una mesa con sus piernas abiertas tocándola, yo solo los regañe y no le preste mucha atención. Mi hermano a quien acusa mi hija, hubo un tiempo que llegaba tomado a la casa, y por un tiempo dejo de visitarnos, y mis dos sobrinos ya no llegaron a visitarnos”.

Durante la intervención psicológica del presente año, la paciente se presentó con sus brazos tensos y sus músculos estaban muy duros, las maestras lo observaron y la refirieron con el médico

Estresores o factores precipitantes:

La paciente es una niña que manifiesta un estrés y angustia sobre el ambiente familiar que actualmente vive, la negligencia de su madre hacia ella y sobre recordar un trauma de abuso sexual en la infancia. Esto se debe por la falta de cuidado y apoyo de ambos padres, el problema siempre ha persistido ya que la madre siempre ha trabajado para sustentar los gastos del hogar, ya que su pareja, padre de la paciente, es alcohólico y no aporta económicamente a la casa, y esa fue la causa de su separación, actualmente solo llega a visitarlos, en varias ocasiones el padre ha rechazado a la paciente, ya que le ha dicho que no es su hija, por su aspecto físico, ella es muy diferente físicamente a los miembros de su familia.

La madre no es consciente de los problemas que manifiesta su hija, ya que en la actualidad la paciente y su hermano, con Síndrome de Down están al cuidado de su hermana de 18 años, quien no los cuida adecuadamente ya que los deja solos por mucho tiempo, exponiéndolos a situaciones peligrosas de ser víctimas de cualquier tipo de violencia, ya que el lugar de residencia se encuentra a la par de un taller, donde los dueños son familiares; un tío, primos y un hermano de 20 años que son alcohólicos y consumidores de drogas.

Impacto del problema:

la paciente refiere que discute mucho con su hermana mayor Guadalupe de 18 años, tiene una relación distante con sus padres ya que es muy poco tiempo que comparten con ella, y prefiere estar sola en casa con su hermano menor. Ante esta situación la paciente presenta una alteración emocional, sentimientos de tristeza, aislamiento en las relaciones interpersonales, desinterés por el área académica. Por la falta de interés de sus padres, busca llamar la atención de las maestras, miente constantemente, comenzó a tener actitudes inadecuadas en la clase incumplimiento de tareas y la inasistencia al colegio persiste.

#### IV. Historia Clínica

Personales no patológicos:

Historia prenatal:

El embarazo de la paciente, no fue planificado y la madre no lo recibió con agrado, el período de embarazo cursó sin problemas.

Nacimiento:

Nació por parto natural, sin complicaciones evidentes.

Evolución neuropsíquica:

Se alude un desarrollo normal, gateó, tuvo dificultades para caminar, no se presentaron dificultades con la lactancia y alimentos sólidos. Actualmente presenta problemas de enuresis y neuralgia en los músculos de los brazos

Evolución del lenguaje:

En la evolución del lenguaje comenzó con balbuceos a los 3 años y se desarrolló sin complicaciones para comunicarse.

Desarrollo escolar:

Inició a estudiar a los 5 años en preparatoria, la paciente refiere que desde el inicio no le gustaba ir al colegio ya que sus compañeros la molestaban. La madre refiere que siempre ha tenido dificultades para el estudio.

Desarrollo social:

Es muy sociable, le gusta ayudar a sus compañeros y maestras, pero refiere que tiene muy pocos amigos, le gusta jugar patineta y salir a la calle. Cuando se presentan dificultades se aísla de las personas.



#### Adolescencia:

Nora ha iniciado la etapa de la adolescencia, primera menarquía inició a los 9 años, no ha mejorado su higiene y presentación personal. Le gusta ayudar a los demás, tiene mucho interés por el sexo opuesto, refiere que ha tenido novios, comenta que quisiera saber por qué se enamora tan rápido y por qué muchos jóvenes mayores se interesan por ella, en su aspecto físico es muy atractiva ya que es alta, de tez blanca, ojos claros y no aparenta tener 11 años, tiene el aspecto de una adolescente de 15 años.

#### Historia Psicosexual y vida marital:

Fue víctima de abuso sexual por varios familiares, reprimió muchos recuerdos sobre dicho acontecimiento.

#### Personales patológicos:

#### Historia médica:

En general, la madre de la paciente manifiesta que ha tenido siempre buena salud física, aunque relata que la paciente se orina en la cama constantemente, la fundación pidió que le hicieran exámenes médicos, pero la madre refiere no tener tiempo para llevarla al médico. Padece de neuralgia en los brazos, el médico refiere que puede ser por estrés o por un trauma psicológico.

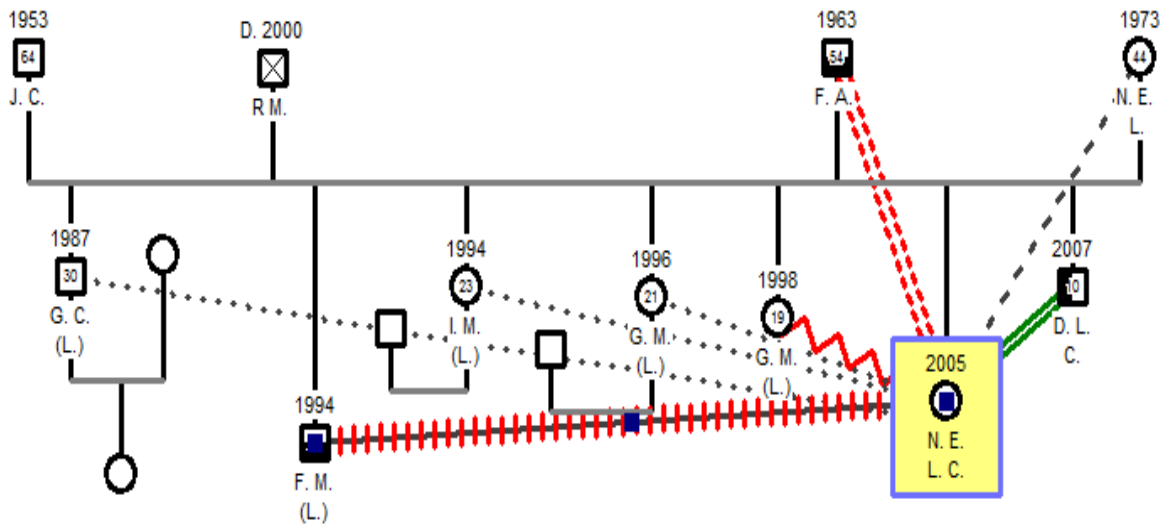
#### Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

La paciente por los problemas de rendimiento académico y la inestabilidad emocional que presenta en el aula, ha recibido psicoterapia grupal.

## Historia familiar

### Imagen No. 1

#### Genograma



Fuente: elaboración propia, abril 2016

## Estructura familiar

La madre de la paciente de 43 años, ha tenido tres relaciones de parejas, tiene un hijo de 29 años llamado G. de la primera relación con el señor J. C., Gerardo quien actualmente en muy pocas ocasiones le ayuda económicamente, en su segunda relación con el señor R. M. quien falleció, de esa relación concibió a su hijo F. de 24 años, quien trabaja en el taller de su tío, es soltero, alcohólico, consumidor de droga, agrede verbalmente a la Paciente, no tiene una buena relación con sus demás hermanos. La segunda hija es I. de 22 años quien se casó el año pasado, no teniendo contacto actualmente con su familia, la tercera hija es G. de 20 años quien se unió con su novio el año pasado, ella tenía una buena relación con la paciente, pero tiene muy poco contacto con su familia. Su cuarta hija es G. de 18 años, actualmente es estudiante, soltera, continua viviendo en la casa de su madre, ella está a cargo de la casa y del cuidado de la paciente y de su hermano, la relación entre ella y la paciente es conflictiva, siempre discuten.

La tercera relación de la señora fue con el señor F. de 55 años, quien es alcohólico y la agredía físicamente y verbalmente cuando convivían, actualmente están separados de esta relación concibieron a la paciente de 11 años, y a D. de 9 años con Síndrome de Down, hermano menor de la paciente.

#### Antecedentes familiares

La paciente proviene de una familia disfuncional y desunida, tiene una relación distante con sus padres, siempre ha sentido el rechazo y la falta de atención de ambos padres, más el rechazo de su padre quien es alcohólico, y con sus medios hermanos mayores tiene una relación distante, y conflictiva con su hermana G. de 18 años y hermano mayor F. quien es alcohólico y consume drogas. Su única relación armoniosa y unida es con su hermano menor D., cada uno de los miembros de la familia toman sus propias decisiones no importando las condiciones de los demás. Provocando un ambiente vulnerable para la paciente y su hermano D.

#### Antecedente familiar relacionado con problemas mentales:

El hermano menor D. L. C. de 9 años, con Síndrome de Down. El padre es alcohólico al igual que su medio hermano de 22 años quien es alcohólico y consume de drogas. La paciente fue abusada sexualmente por familiares, y actualmente recibe maltrato psicológico de parte de su media hermana G. de 18 años.

#### V. Examen del estado mental

##### Presentación

Nivel de conciencia:

De vigilia, no mantiene concentración.

##### Aspecto general:

La consultante se presenta con poca higiene, no tiene conciencia de su estado físico y la poca higiene, en ocasiones su mirada es directamente a los ojos y otras veces esquiva la mirada, contesta siempre sonriente, y responde muy cortésmente.

#### Actitud:

La paciente muestra bloqueos de recuerdos, poca colaboración al recordar datos de su infancia que podrían ser significativos, muestra entusiasmo al proceso terapéutico.

#### Conducta motora y estado afectivo:

##### Conducta motora:

Se muestra abierta, franca, un poco temerosa, al principio de la entrevista su postura es un poco encorvada y mueve constantemente sus manos mostrando, un poco de nerviosismo, y juega con su cabello.

##### Afecto:

El estado de ánimo se observa, sentimientos de alegría al poder platicar con alguien, confundida ya que no estaba enterada del proceso terapéutico. En momentos muestra sentimientos de tristeza, de ansiedad y calma. El estado de ánimo y su nivel de intensidad es adecuado según el problema que relata. Cuando relata el tema del abuso sexual hay ausencia de emociones.

#### Estado Cognoscitivo:

##### Atención:

La atención y concentración muestran un nivel bajo, ya que no contesta algunas preguntas o no recuerda, esto se debe por estímulos internos.

##### Concentración y vigilancia:

La paciente realiza una leve interpretación de la conversación durante la sesión. No percibe adecuadamente lo que está sucediendo en su vida y en su alrededor y sobre los problemas que actualmente está pasando. Muestra poca atención, y concentración debido a los problemas que actualmente percibe y sobre recordar un trauma de violación sexual en la infancia.

##### Orientación:

La paciente se encuentra ubicada en tiempo, espacio personal, lugar y situación. Aunque en situaciones tiene una baja orientación de tiempo, baja atención y concentración.

##### Lenguaje:

Fluidez:

El paciente habla escasamente, con una conversación escueta, el discurso es lento, la atención y concentración se encuentra en un nivel bajo, en su lenguaje el habla y el tono de su voz es bajo.

Comprensión:

Logra finalizar las ideas con sentido pero con un nivel lento, presenta fuga de ideas, incoherencias en datos, y presenta bloqueos.

Repetición:

La paciente puede repetir sin dificultad frases y conceptos. En ocasiones se pierde en las interpretaciones.

Designación:

Utiliza palabras y términos apropiados durante la sesión.

Memoria:

La paciente muestra una memoria a corto plazo y un poco de memoria a mediano y a largo plazo ya que no es capaz de relatar hechos significativos, actividades realizadas, durante los años pasados, ante hechos personales como la edad de sus hermanos, fechas memorables, y da la impresión que no desea recordar acontecimientos personales acerca de su niñez.

Razonamiento:

No reconoce la situación actual, los problemas que se presentan en su familia lo ve normal, no es consciente de sus emociones y de su conducta hacia los problemas actuales y los del pasado. La paciente refiere tener poca importancia a las experiencias traumáticas del pasado ya que no es consciente de la situación.

Pensamiento:

Proceso:

Proceso circunstancial, en ocasiones no fue coherente con los relatos que refería. Evita algunos temas de la relación familiar y recuerdos de su infancia, vinculados con situaciones complejas vivenciadas.

#### Contenido:

El contenido de pensamiento de la paciente no presentó ningún tipo de ideas delirantes, ni manifiesta ideas obsesivas o fóbicas, ni ideas suicidas, cuando tiene pesadillas y se despierta tiene alucinaciones de ver a alguien sentado a la orilla de su cama y que tiene la intención de matarla, también escucha voces pero refiere que son “demonios” y ora y solo así puede dormirse nuevamente y desaparecen esas alucinaciones.

#### Introspección:

No es consciente de su situación, en los problemas con relación a su familia y problemas académicos y la gravedad ante ellos.

#### Estado de ánimo:

La paciente se encontró en un estado de confusión y sorprendida ya que no tenía conocimiento del proceso terapéutico. Muestra un humor y ánimo inestable, en algunos momentos muestra tristeza, preocupación, aislamiento y en otros momentos se presenta con optimismo, alegría, entusiasmo.

## VI. Resultados de las pruebas

Durante las pruebas la paciente se mostró entusiasmada, mantuvo una conducta expresiva, movimiento corporal bajo, se mostró colaboradora y las finalizó en un tiempo promedio, mostró atención en realizar los test, siguiendo las instrucciones.

**Cuadro No. 1**  
**Pruebas e Instrumentos Aplicados**

PRUEBAS E INSTRUMENTOS APLICADOS	FECHA DE APLICACIÓN
1. TEST DE LA FIGURA HUMANA	26/04/2016
2. TEST DEL ÁRBOL	
3. TEST DE LA FAMILIA	26/04/2016
4. TEST BAJO LA LLUVIA	
5. INVENTARIO DE AUTO-ESTIMA DE COOPER SMITH.	26/04/2016
6. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL, AUTOR; MARÍA KOVACS.	26/04/2016
7. ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE.	03/05/2016
8. TEST DE INTELIGENCIA OTIS INTERMEDIO	03/05/2016
	03/05/2016
	11/05/2016
	25/05/2016
	06/06/2016

Fuente: Elaboración propia, abril a junio 2016.

### Test de la figura humana

La prueba muestra inicios de violencia, a plegarse a sí mismo, proyecta características de una personalidad emocional y sentimental, muestra aspectos femeninos, proyecta rasgos imaginativos, soñadores e idealistas, se muestra una ubicación en un mundo de fantasías, las ideas y las tendencias espirituales. Proyecta una necesidad de aprobación, inseguridad, sentimientos de inferioridad, timidez, muestra un retraimiento o depresión, se observa una percepción al ambiente como amenazante y se inhibe ante él. La prueba proyecta agresión debido a serias perturbaciones emocionales. Muestra una inmadurez, impulsividad y controles internos pobres. Proyecta feminidad pero con cierta ansiedad ante el desarrollo sexual.

### Test del árbol

La prueba manifiesta tendencia a ubicarse en el pasado en el Yo, que se encamina a lo que fue. Manifiesta imaginación, dulzura, preocupación de ser claro, señal de resistencia, muestra un deseo de superación del sentimiento de inferioridad, muestra estar desarraigada, falta de apoyo o de estabilidad, muestra sociabilidad y un contacto fuerte, proyecta haber tenido traumas íntimos, vulnerabilidad interior, inhibición, muestra una personalidad de fantasía, entusiasmo, imaginación, y una comprensión afectiva. La prueba proyecta cansancio, depresión, falta de energía, pasividad, indecisión, introversión del paciente.

### Test de la familia

Se proyecta en los resultados pulsaciones poderosas, experimentación de violencia, ansiedad, conflictos emocionales, inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse a sí misma, muestra impulsividad, inmadurez, una personalidad imaginativa, en la región de los soñadores e idealistas, se ubica en el mundo de la fantasía, las ideas y tendencias espirituales. Proyecta características femeninas, sensible y proyecta una necesidad de aprobación. Muestra en la prueba tener una inestabilidad, regresión debida a serias perturbaciones emocionales, se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento y depresión, se percibe un ambiente como amenazante y se inhibe ante él.



Proyecta miedo hacia la figura paterna, la paciente proyecta a su hermano menor quien ella refiere tener una buena relación, muestra que la figura es desvalorizada por la familia y esto causa ansiedad y problemas emocionales con relación a su hermano. Omite a sus otros hermanos esto proyecta la usencia física y emocional con ellos. Los resultados reflejan una sobrevaloración hacia sus padres. La prueba refleja la distancia emocional que tiene la familia la, falta de comunicación entre los mismos. Proyecta preocupación por el rendimiento académico e intelectual con medidas compensatorias. Proyecta ansiedad y sentimientos de devaluación, la prueba refleja no desear oír las cosas exteriores. La prueba muestra tímido, retraído, en clases especiales, con síntomas psicossomáticos. Manifiesta una preocupación por el desarrollo sexual o posible abuso sexual.

Se muestra en la prueba una dificultad para conectarse con el mundo y con las demás persona, refleja intensa angustia e inseguridad.

#### Test persona bajo la lluvia

El test proyecta una persona bien ubicada en el espacio, muestra que la figura se encuentra en el pasado, en lo inconsciente, refleja introversión, encerrarse en sí misma, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento, proyecta acontecimientos traumáticos sin resolver. Muestra una pérdida de contacto con la realidad, hundimiento, dependencias, inseguridad, ansiedad, proyecta una desintegración, tención. La prueba proyecta que no se permite expresar las emociones, bloqueo afectivo y supresión de afectos. La figura se muestra rutinaria poca iniciativa, poca creativa y ser estática. La prueba muestra que se percibe amenazante el entorno, no adaptado, no tiene libertad para actuar, muestra una necesidad de crecer. Proyecta presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de protección, muestra una tendencia auto agresiva, o dolencias psicossomáticas, muestra una falta de defensas y en ocasiones se defiende con su cuerpo, y se expone y corre riesgos.

Proyecta una dificultad de aprendizaje, debilidad mental, inmadurez emocional, negación de sí misma, evidencia una potencia sexual, y seducción, en ocasiones esta desconforme con su propio

cuerpo, conflicto en el esquema corporal, refleja sentimientos de culpa, inseguridad de mantearse de pie, de alcanzar metas.

Inventario de autoestima de Cooper Smith.

Resultados cuantitativos:

**Cuadro No. 2**  
**Resultados de Inventario de autoestima de Cooper Smith**

<b>ESCALA</b>	<b>CORRESPONDIENTE A LA ESCALA</b>	<b>PUNTUACIÓN DIRECTA</b>	<b>CATEGORIA</b>
G	Autoestima general	53	Normal
S	Autoestima social	62	Alto
E	Autoestima escolar	71	Muy alto
H	Autoestima hogar	57	Alta
M	Sinceridad	54	Confiable
promedio	Autoestima total	62	Muy alta

Fuente: Elaboración propia, abril a junio 2016.

Resultados cualitativos

Los resultados muestran el autoestima en general de la paciente reconoce y valora positivamente sus rasgos y habilidades, esta valoración depende de su estado de ánimo y de las consecuencias que sus actos han tenido en el ambiente. Logra relacionarse fácilmente, estableciendo lazos de amistad en forma estable, se siente aceptada y capaz de influir significativamente en los otros, percibiéndose como querido y escuchado. La paciente se percibe como un miembro importante de su curso y del colegio en general, de modo que probablemente exista un gran compromiso de

su parte. Muy buen nivel de adaptación e integración al interior al hogar. La paciente se siente muy feliz, satisfecha y querida en los distintos ámbitos analizados. Está muy conforme con su hogar, escuela y amigos.

Escala de ansiedad infantil de Spence

Resultados cuantitativos:

**Cuadro No. 3**  
**Resultados Escala de ansiedad infantil de Spence**

FACTORES DE ANSIEDAD	TOTAL
Pánico –agorafobia	6
Ansiedad por separación	7
Fobia social	6
Miedo al daño físico	1
Trastorno obsesivo compulsivo	12
Ansiedad generalizada	12
<b>Nivel promedio</b>	<b>44</b>

Fuente: Elaboración propia, abril a junio 2016.

Resultados cualitativos

La paciente refleja leves síntomas de ansiedad, muestra inseguridad al enfrentarse a las dificultades, manifiesta sentimientos de preocupación, temor, dificultad para decidir, pensamientos negativos sobre sí mismo por tener la aprobación de los demás, pensamientos negativos sobre la actuación ante los otros, También refleja desorientación en ciertas dificultades, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, se ha sentido rechazada, manifiesta problemas con las relaciones interpersonales. Es una parte normal del crecimiento. Sin embargo, cuando las preocupaciones y temores no se van e interfieren con las actividades habituales de un niño o adolescente, puede estar presente un trastorno de ansiedad.

Inventario de depresión infantil, autor; María Kovacs

#### Cuadro No. 4

##### Resultados cualitativos

TOTAL DE ESCALA	TOTAL	CATEGORIA
Disforia	26	Normal
Autoestima Negativa	18	Normal
Depresión general	44	Normal

Fuente: Elaboración propia, abril a junio 2016.

##### Resultados Cualitativos

La paciente refiere síntomas de depresión infantil en episodios, esto varía depende de los problemas que se enfrenta, muestra sentimientos de culpabilidad, llanto, disturbio del sueño, preocupación somática, sentimiento de no ser querida, desesperanza, odio a sí misma, disminución de tareas en el colegio. Autoimagen negativa en comparación con los iguales.

Test de inteligencia otis intermedio.

#### Cuadro No. 5

##### Resultados cuantitativos

Punteo	9
Edad cronológica	11.2
Coficiente intelectual	75
Edad mental	8.4

Fuente: Elaboración propia, abril a junio 2016.

##### Resultados cualitativos

Describe la capacidad de razonamiento, habilidad y grado de madurez mental, según los resultados obtenidos, el paciente se encuentra un nivel bajo del promedio esperado según su grado de escolaridad y una edad cronológica, ya que refleja una edad mental de un niño de ocho años y cuatro meses.

## VII. Impresión diagnóstica

La paciente da la impresión de ser víctima de abuso sexual aproximadamente cuando tenía 5 a 7 años, esto lo comentó a finales de octubre del año pasado, refiriendo que tenía recuerdos de ser abusada sexualmente por algunos familiares.

Actualmente la paciente refiere que ese acontecimiento ya no le molesta. En una entrevista con la madre comenta, ser espectadora de haber visto a dos sobrinos aproximadamente de 15 y 18 años, tocando a su hija en sus partes íntimas cuando tenía aproximadamente 5 a 6 años, también comenta que su hermano quien también acusa a su hija de agresor, llegaba tomado a la casa, y por un tiempo dejó de visitarlos y también a los sobrinos. El semblante de la paciente se muestra triste, presenta baja autoestima, descuido personal, da la impresión de ser una niña que no ha recibido atención de ninguno de sus padres y ha experimentado el rechazo de su familia, ya que ella físicamente es muy diferente a ellos, por lo que ella refiere “yo soy la única hija alta, y blanca, mi familia son bajos y morenos, mi papá le decía a mi mamá cuando nací que no era su hija (sonriendo)” el padre no la reconoció como su hija.

Recibe maltrato psicológico y físico de parte de su media hermana Guadalupe. La madre de la paciente le ha dejado la responsabilidad de cuidar a su hermano menor. El padre de la paciente es alcohólico y cuando convivía con la familia agredía físicamente y verbalmente a la madre de la paciente, el hermano de 22 años es alcohólico y consume drogas. La conducta de la paciente en ocasiones es aislada utiliza palabras inapropiadas, le gusta salir a la calle, muestra mucho interés por el sexo opuesto, refiere que ha tenido novios. No es consciente de algunos peligros que se observa en su contexto. Reprime sus emociones y el mecanismo de defensa que ella ha utilizado es de aislamiento por el cual se separan los recuerdos de los sentimientos, como manera de soportar los hechos. Y el mecanismo de represión, por el cual el inconsciente borra eventos y pensamientos que serían dolorosos si se mantuvieran en el nivel consciente.

Actualmente se encuentra en un contexto de riesgo para su persona, ya que su casa está con una división de lámina, donde la otra parte del terreno se encuentra su tío y hermano que son alcohólicos y son irrespetuosos con la paciente, esta situación ya fue informada a la Fundación,

por lo que procedieron a levantar un acta, donde consta de haber informado a la madre el estado de la paciente.

La paciente refiere sentirse amenazada, atemorizada por alguien, lamentablemente no desea culpabilizar a alguien o mostrar a esa persona que posiblemente la agrede emocionalmente y psicológicamente. Tiene dificultades para retener información, y de bloquear algunos recuerdos que pudieron ser dolorosos en su infancia, y actualmente le preocupaba porque se enamora muy rápido. La paciente muestra problemas de rendimiento académico y la inestabilidad emocional que presenta en el aula.

Padece de enuresis nocturna y constantemente tiene pesadillas y despierta tiene alucinaciones de ver a alguien sentado a la orilla de su cama y que tiene la intención de matarla, también escucha voces pero refiere que son “demonios” y ora y solo así puede dormirse nuevamente y desaparecen esas alucinaciones. Por una revisión médica le diagnosticaron neuralgia en los brazos, el medico refirió que puede ser causado por estrés o un trauma psicológico, al comentar esto la paciente en una sesión refirió haber sido amarrada de los brazos y piernas cuando fue abusada sexualmente.

#### VIII. Evaluación según DSM- 5

##### 995.53 Abuso Sexual infantil confirmado (T74.00XA)

Ha detonado un estrés pos traumático en estado tardío, somatización (neuralgia en los brazos) La paciente tiene 11 años no se puede establecer otro diagnóstico por el DSM 5 que cumpla con los criterios de los síntomas y signos que presenta la paciente.

Refiere los siguientes síntomas y signos:

- Exposición a un abuso sexual.
- Experiencia directa del suceso traumático.
- Conocimiento que el agresor fue un familiar, un tío materno.
- Bloqueos de recuerdos ante el trauma.

- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. (Pesadillas recurrentes de ser perseguida y que un hombre está sentado a la orilla de su cama).
- Reacciones fisiológicas intensas, (problemas con tener enuresis nocturna).
- Incapaz de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
- Creencias negativas persistentes (sueños que la persiguen para hacerle daño).
- Estado negativo emocionalmente (temor, miedo).
- Disminución impórtate de interés en el área académica.
- Sentimientos de desapego.
- Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo y deterioro en el área académica.
- Por referencia medica se le diagnostico tener Neuralgia en los brazos y piernas, por un dolor psicológico que la paciente imagina, estrés o por un trauma.

V61.20 problema de relación entre padre e hijo z62.820

Cumple con los siguientes criterios:

- Deterioro funcional en los dominios conductuales, afectivos.
- Distanciamiento sin motivo.
- Hostilidad y rechazó hacia la paciente.
- Despreocupación de los padres hacia la paciente.

## IX. Recomendaciones terapéuticas para el caso

- Se recomienda que el paciente inicie un proceso terapéutico basado en técnicas gestálticas, y psicodinámica, para la paciente pueda darse cuenta en el aquí y ahora, manejando sus emociones hacia el trauma de la infancia, tener un crecimiento personal y aceptar la realidad.
- Se recomienda a los padres participar en el proceso terapéutico del paciente, teniendo una terapia familiar, para la mejoría de la dinámica del hogar y lograr una armonía dentro de la familia para la mejoría del paciente y de los demás miembros.

## XI. Plan terapéutico

### Terapia Gestalt

Fritz Perls (1893 – 1970), médico neuropsiquiatra y psicoanalista, fue el creador de la Terapia Gestalt.

En palabras del propio Perls, “la terapia gestáltica, al enfatizar la conciencia de uno mismo y del mundo, se convierte en una forma de vida y de sentir que parte de la experiencia propia. Intenta integrar la personalidad fragmentada o dividida. Para ello se sirve de un enfoque no interpretativo que tiene lugar en el aquí y ahora”.

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensado y sintiendo en el momento, más que en el pasado. En este sentido, se habla del aquí y ahora, no para dejar de lado la historia de la persona, sino que esta historia se mira desde el presente, cómo se viven, afectan, entre otros, los hechos pasados al día de hoy. La persona es quien es, por lo que ha vivido.

El objetivo de la Terapia Gestalt es ayudar al paciente en su problemática, haciéndole más consciente de cómo ha llegado hasta el punto en el que se encuentra y cómo aprender a hacer de otras maneras, devolviéndole la capacidad de elegir que opción quiere tomar para afrontar la



vida, ampliar el campo de posibilidades y dejar de reducirla a una o unas pocas opciones (adicciones, depresión, ansiedad, entre otros). Gracias a esto, la persona puede conocerse mejor y recobrar la creatividad perdida.

Para que los niños se desarrollen de la manera más completa posible, es imprescindible que aumenten la consciencia de su propio cuerpo, de sus sensaciones, sentimientos y de toda la realidad que está viviendo. La Terapia Gestalt infantil cree en las potencialidades de los niños y en sus tendencias innatas hacia la salud y el crecimiento.

Objetivos estratégicos: (Relación terapéutica)

- Iniciar la atracción del niño hacia la terapia, ayudándolo a él a comprender la estructura y propósitos de la terapia (consignas, horarios, duración, reglas, contrato, estilo de abordaje, entre otros).
- Fomentar la alianza terapéutica.
- Continuar con la exploración y conocimiento del niño. Iniciar el proceso de auto descubrimiento, al nivel de darse cuenta de los sentimientos y conductas (adecuadas e inadecuadas) de él y de los demás y poder describirlas.
- Contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién soy yo?, ¿Quién eres tú? y ¿Qué estamos haciendo aquí?.
- Trabajar la diferenciación (límites interpersonales) en las diferentes áreas de la psicoterapia: Límites y Fronteras del Yo.
- Separación y límites; Manejo emocional y Relaciones interpersonales.
- Encaminar el trabajo de acuerdo con el mapa de la terapia del niño.

**Cuadro No. 6**

**Presentación de plan terapéutico**

<b>Problema Clínico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de intervención y técnica</b>	<b>Observaciones y duración</b>
<p>Bloqueos de recuerdos, enuresis nocturno, pesadillas que atemorizan a la paciente.</p>	<p>Trabajar los mecanismos de defensa que ella ha utilizado; aislamiento por el cual se separan los recuerdos de los sentimientos, como manera de soportar los hechos. Y el mecanismo de represión, por el cual el inconsciente borra eventos y pensamientos que serían dolorosos si se mantuvieran en el nivel consciente.</p>	<p>Se utilizarán técnicas de Psicodinámica Para: Asociación libre, reacciones transferenciales y resistencias. Para el análisis: Confrontación, aclaración, interpretación y construcción. Procedimientos no analíticos: Catarsis, sugestión</p>	<p>Estas técnicas serán aplicadas en 5 o 6 sesiones, se ensayaran en consulta.</p>
<p>Estrés postraumático por un abuso sexual en la infancia.</p>	<p>Disminuir el estrés, logrando que la paciente se ubique en el “aquí y ahora” para que la paciente pueda establecer un mejor contacto con su</p>	<p>Técnicas psicoterapéuticas aplicadas en la terapia infantil Gestáltica para desarrollar de la manera más completa posible, la consciencia de</p>	<p>Dichas técnicas se presentaran en 6 sesiones intercalándolas con las sesiones que se realizaran en la fundación.</p>

	medio.	su propio cuerpo, de sus sensaciones, sentimientos y de toda la realidad que está viviendo.	
Falta de inteligencia emocional, baja autoestima y rechazo a sí mismo.	Establecer resiliencia en el paciente, Adquirir un conocimiento de las propias emociones. Desarrollar la habilidad de automotivarse. Adoptar una actitud positiva.	Se utilizarán técnicas de psicoeducación en inteligencia emocional, con técnicas conductuales. Enfocado en el manejo de las emociones.	Estas técnicas serán aplicadas en 6 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignarán tareas para casa.

Fuente: Elaboración propia, junio 2016.

### Cuadro No. 7

#### Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas de evaluación	Recursos
1 Establecer alianza terapéutica. Explicación sobre el proceso terapéutico y se realiza la presentación. (resiliencia)	Se realiza la primera sesión con juegos de mesa, para establecer confianza. Se realiza la entrevista con preguntas abiertas para recolectar datos significativos.	Juegos de memoria y rompecabezas.

<p>2. Establecer un rapport. Iniciar con el estado del examen mental de la paciente. Indagar aspectos importantes de la historia clínica de la paciente.</p>	<p>Nuevamente se continúa con juegos de memoria y rompecabezas para establecer rapport. Se realiza la entrevista con preguntas abiertas y en algunos datos se utilizó las preguntas cerradas para confirmar los datos.</p>	<p>Juegos de mesa. Memoria, rompecabezas.</p>
<p>3. Fomentar una relación terapéutica con el paciente para tratar problemas familiares y personales.</p>	<p>Durante la sesión se trabaja con juegos de preguntas, con la actividad de “quien soy yo”, “adivina quién soy yo”. Se continúa trabajando con la entrevista con preguntas cerradas y abiertas.</p>	<p>Hojas impresas de la actividad de preguntas “quien soy yo”, “adivina quién soy yo”</p>
<p>4. Obtener datos significativos de la entrevista de la madre, para confirmar datos que se tomaran en cuenta para el diagnóstico.</p>	<p>Se entrevista a la señora Nora López madre de la paciente, se utiliza la Entrevista dirigida y estructurada con preguntas abiertas y cerradas, para confirmar datos significativos. Se le informa sobre el proceso terapéutico que se trabajara durante los próximos meses, también se le pide que firme una autorización para continuar con el proceso.</p>	<p>Constancia donde autoriza la continuación con el proceso terapéutico de su hija, impresa la entrevista directa.</p>
<p>5. Evaluar datos significativos y rasgos</p>	<p>Iniciar proceso de evaluación por medio de pruebas proyectivas:</p>	<p>Hojas en blanco Lápiz</p>

de personalidad a través de pruebas proyectivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Test del árbol.</li> <li>•Test de la figura humana.</li> <li>•Test de la familia.</li> <li>•Test persona bajo la lluvia.</li> <li>•Test dibujo de sí mismo.</li> </ul>	Borrador Sacapuntas
6. Realizar la segunda fase del proceso de evaluación para descartar o confirmar síntomas para el diagnóstico.	Realizar pruebas para evaluar; autoestima (Inventario de autoestima de Cooper Smith.) evaluar ansiedad (escala de ansiedad infantil de Spence) y evaluar depresión infantil (Inventario de depresión infantil, autor; María Kovacs)	Escalas y cuestionarios impresos Lápiz, borrador y sacapuntas.
7. Continuación del proceso de evaluación.	Realizar Prueba de inteligencia OTIS, (lo requirió el programa de psicología de la fundación) Prueba de inteligencia	Hoja de respuesta, manual, lápiz, borrador.
8 y 9. Finalizar el proceso de evaluación con pruebas psicológicas. Lograr que la paciente reconozca los problemas que vivencia en su familia. Establecer objetivos con la paciente.	Utilizar pruebas equivalentes que se presente en el proceso evaluación de la paciente.	Impresa las pruebas de evaluación.

10. Lograr un Insight en la paciente para desbloquear recuerdos de una situación traumática en la infancia.	Realizar técnicas de relajación, una de las que utiliza es la actividad de mantener la mente en blanco. Se continua con una técnica psicodinámica, diálogo pero se utiliza la dinámica un “viaje por el tiempo”	Utilizar música instrumental.
11. Obtener un diagnóstico establecido, tener la oportunidad de entrevistar a las maestras guías de la paciente. Elaborar plan terapéutico.	Indagar información con la maestra guía de la paciente, realizar una entrevista directa, utilizando preguntas abiertas y cerradas.	Libreta de apuntes.

<b>Objetivo</b>	<b>Terapia psicodinámica.</b>	<b>Recursos</b>
1 y 2: Lograr que la paciente pueda desbloquear las emociones, y recuerdos que provocaron el trauma.	Se inicia con ejercicios de respiración profunda o abdominal, para relajar a la paciente y se continúa con utilizar la técnica de clarificación para lograr que la paciente reconozca el acontecimiento traumático.	Música de relajación, instrumental, hojas para decorar.
	Permitirle a la paciente que escribiera una situación, un pensamiento de esa situación, y la emoción que siento en ese momento.	Impreso el libro del gato valiente una herramienta creativa para realizar el objetivo.

3 y 4 Finalización y cierre del proceso de recuerdos causados por el trauma.	Realizar un diario de recuerdos para que la paciente pueda exteriorizar los recuerdos del trauma. Se le da las instrucciones para trabajar en casa.	Cuaderno, goma, papel de colores.
	Realizar el ritual de cierre de recuerdos del pasado con la paciente, que pueda aceptar su pasado.	Piedra, lana, hoja, y marcadores para. Utilizar música motivacional.
5. El objetivo es que la paciente sea consciente de sus pensamientos, y sentimientos.	Se realiza la actividad del globo de los pensamientos. Y se le pide que escriba en que está pensando el personaje que se le presenta en diferentes situaciones, (las situaciones se escogerán de acuerdo a los acontecimientos que ha pasado la paciente)	Impreso los personajes Hojas en blanco Goma Lápiz
6 y 7: Disminuir la ansiedad que le provoca las pesadillas recurrentes.	La técnica es autoaplicada para la paciente. A través de instrucciones escritas. Se le pide que escriba su pesadilla en detalle inmediatamente después de que haya ocurrido y la repase en imaginación al menos una hora al día durante 4 semanas.	Diario de recuerdos

Fuente: Elaboración propia, junio 2016.

## 4.2 Análisis de Resultados

El impacto negativo que se observa en el caso referido del abuso sexual en la infancia que no fue atendido o que la víctima no recibió una orientación psicológica en el momento de ser abusada y mostrándolos después de seis a siete años aproximadamente síntomas de estrés postraumático, afectando su estado emocional, académico, físico y social, se considera de vital importancia brindar atención psicológica adecuada y a tiempo para disminuir la crisis desencadenada a partir de dicho trauma. El propósito de la intervención de la psicología es que la víctima logre reducir su tensión personal, y que ella y su familia que desea apoyarla, se les oriente a encuentran opciones para afrontar la situación y que la víctima pueda tener un equilibrio en la mejoría de su calidad de vida.

Entonces los principales propósitos son: proveer apoyo, ayudar al paciente a enlazarse con los recursos necesarios para reducir las consecuencias negativas generadas por el abuso sexual en su infancia.



## Conclusiones

Se concluye con demostrar los síntomas de estrés pos traumático de una niña de once años quien fue abusada sexualmente aproximadamente de cuatro a seis años. Presentando los síntomas y signos del trastorno, sin importar el tiempo en que la paciente atravesó por el trauma, ya que en este caso se evidencia en el transcurso de su desarrollo, en cómo fue afectada cinco a siete años después.

Se evidencia la importancia de recibir un apoyo, psicológico, familiar, escolar, social, etc., hacia las víctimas de un abuso sexual en la infancia temprana.

El abuso sexual es frecuente en la población infantil, lamentablemente los agresores son cercanos a ellos. Todo niño puede ser víctima de abuso sexual, independientemente de su género, físico, socioeconómico, familiar y demás; al igual que cualquiera puede ser el agresor, tomando en cuenta que también habrá un espectador que no realizará una acción para evitarlo, ya sea por temor, o por indiferencia.

Existen ciertos factores de riesgo que inducen a ciertos niños a ser agredidos. Entre las cuales está la negligencia familiar. Las consecuencias tanto a corto como largo plazo abarcan todos los aspectos de su desarrollo y la magnitud de su gravedad dependerá de diversos factores, provocando una inestabilidad emocional.

Como profesionales de la salud mental, se busca en esta población infantil víctimas de abuso sexual de las cuales no cuentan con un apoyo estable de un grupo primario, fomentar la inteligencia emocional para lograr un equilibrio en la calidad de vida, es necesario principalmente promover la resiliencia como base para alcanzar los objetivos establecidos con el paciente.

## **Recomendaciones**

Se recomienda a los profesionales de la salud mental, investigar más sobre casos similares del cual sea presentado en el desarrollo de dicho trabajo, ya que no se encuentra mayor información sobre casos similares para su estudio, ya que la víctima presenta síntomas de estrés post traumático más elevados después de cinco a siete años aproximadamente después del trauma.

Es necesaria más información referente al abuso sexual en menores y es preciso liberarse de los estereotipos en torno a esta problemática para detectar a tiempo posibles casos de abuso, que es más frecuente en el tiempo actual. Toda víctima deberá obtener una atención individualizada posterior al suceso, dirigida a disminuir las consecuencias. El abordaje del abuso sexual se deberá hacer desde diversas perspectivas con una terapia multidisciplinaria.

Desarrollar educación emocional en los niños tanto en el hogar como en los centros educativos, comunidades, entre otros, con el propósito que los niños irán formando una madurez emocional a medida que los familiares, maestros, profesionales, les enseñen y practiquen con ellos dichas habilidades se pueden aprender aprovechando cada momento cotidiano. Fomentando la resiliencia en ellos para

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®* (5ª. ed).
- Amescua Villela, Guadalupe. (1997). *La magia de los niños, psicoterapia Gestalt infantil*. (2ª. ed.). C.E.I.G: Editorial Academia.
- Casas, Ferrar. (1998). *Infancia: perspectiva psicosociales*. (1ª. ed.). España: Editorial Paidós Ibérica S.A
- Cloninger, Susan C. (2003). *Teorías de la personalidad*. ( 3ª. ed). México: Editorial Pearson Educación.
- Echeburúa, Enrique. Guerricaechevarria, Cristina. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. (1ª. ed). Barcelona: editorial Ariel, S.A.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Estado Mundial de la Infancia (2000) UNICEF, Nueva York.
- Harold muñoz c., M.D. (Enero - Junio de 2009). *Revista Med: Somatización: consideraciones diagnósticas*. (Volumen 17 - No. 1) Bogotá, D.C. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09>
- Santrock, John W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo Vital*. (10ª. ed). Texas: Editorial Copyright.

## **Anexos**

## Anexo 1



### TABLA DE VARIABLES

Nombre completo: Jenifer Sucely Hernández García

Título de la sistematización: Estudio de caso: Síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana.

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática 1	Variable de Estudio (Tema a investigar) 2	Sub temas de la variable de estudio 3	Pregunta de investigación 4	Objetivo General 5	Objetivos específicos 6
<p>La niña tiene el conocimiento que el agresor fue un familiar, Bloqueos de recuerdos ante el trauma, pesadillas recurrentes de ser perseguida de un hombre que desea hacerle daño, enuresis nocturna y deterioro en el área académica.</p> <p>Abuso sexual en la niñez temprana</p> <p>Neuralgia en los brazos</p> <p>Sufre rechazo afectivo y violencia familiar</p> <p>Sufre Inseguridad y temor hacia su entorno</p>	Síntomas Estrés postraumático en la niñez	<p>Síntomas de Estrés postraumático infantil</p> <p>Violencia sexual</p> <p>Somatización</p> <p>Negligencia y violencia familiar</p> <p>Inestabilidad emocional</p>	¿Cuáles son los síntomas de estrés postraumático en una niña, víctima de abuso sexual en su infancia temprana?	<p>Demostrar la estrecha relación ente la violencia sexual en la infancia y el desarrollo de los síntomas de un estrés postraumático en una niña.</p>	<p>Describir los síntomas de estrés postraumático causado por un abuso sexual en una niña de 11 años</p> <p>Identificar los síntomas somáticos causados por un trauma reprimido en la infancia</p> <p>Demostrar la negligencia familiar como causa principal de violencia sexual en la infancia</p> <p>Relacionar la resiliencia para lograr una estabilidad emocional por medio de técnicas psicoterapéuticas.</p>

Fuente: elaboración propia junio 2016.