



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

Estudio de caso: trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años, a causa de abuso sexual por parte de un familiar
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Luisa María Gudiel Gudiel

Guastatoya, enero 2021

Estudio de caso: trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años, a causa de abuso sexual por parte de un familiar

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Luisa María Gudiel Gudiel

Lic. Edi Román Urías Morales (Asesor)
M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisión)

Guastatoya, enero 2021

Autoridades Universidad Panamericana

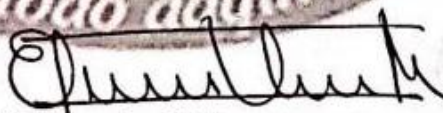
Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de septiembre año 2019. -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: "Estudio de caso: trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años, a causa de abuso sexual por parte de un familiar". Presentada por el (la) estudiante Luisa María Gudiel Gudiel, previo a optar al grado Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Edi Román Urías Morales
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes septiembre de 2019. -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años, a causa de abuso sexual por parte de un familiar”. Presentada por el (la) estudiante Luisa María Gudiel Gudiel, previo a optar al grado Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sebiduria ante todo, adquiere sebiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero 2021. -----

*En virtud que la presente Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"Estudio de caso: trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años, a causa de abuso sexual por parte de un familiar"**, presentado por el (la) estudiante **Luisa María Gudiel Gudiel** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Licenciatura en **Psicología Clínica y Consejería Social**, para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.***

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



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

Dedicatoria

A mi hermana:

Por ser una estimulación constante, para ser un ejemplo a seguir, con la esperanza que sus logros sean superiores a los míos, ser motivo de orgullo para ella.

A mis padres:

Por su apoyo incondicional durante y después del proceso educativo y ser la principal motivación en este proceso a punto de culminar.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Descripción	2
1.3. Ubicación	2
1.4. Organización	3
1.4.1. Funciones principales del personal	4
1.5. Organigrama (Centro de salud Sansare)	4
1.6. Visión	5
1.7. Misión	5
1.8. Programas establecidos	5
Servicios que presta	5
Programas que desarrolla	5
1.9. Justificación de la investigación	5
Capítulo 2	7
Marco Teórico	7
2.1. ¿Qué es el abuso sexual?	7
2.1.1. Víctimas de abuso sexual	8
2.1.2. ¿Cómo saber si un niño, niña o adolescente está siendo abusado?	9
2.1.3. ¿Cómo identificar a un agresor sexual?	9
2.1.4. ¿Dónde sucede el abuso? Situaciones y contexto	10
2.2. Consecuencias del abuso sexual	12
2.2.1. Secuelas psicológicas	13
2.2.2. Secuelas del abuso sexual en el funcionamiento social	16
Capítulo 3	17
Marco Metodológico	17

3.1. Planteamiento del problema	17
3.1.1. Problemática de estudio	17
3.2. Pregunta de investigación	18
3.3. Objetivos Generales	18
3.4. Objetivos Específicos	18
3.5. Alcances y límites	19
Alcances	19
Límites	19
3.6. Metodología	19
3.6.1. Descripción de pruebas	21
Capítulo 4	22
Presentación de Resultados	22
4.1. Sistematización de estudio de caso	22
Motivo de consulta	22
Historia del problema actual	22
Historia Clínica	23
Historia familiar	24
Examen del estado mental	25
Resultado de pruebas	25
Impresión diagnóstica	27
Evaluación Diagnóstica	27
Plan terapéutico	27
4.2. Análisis de resultados	30
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias	36

Resumen

El organismo humano tiene la capacidad de adaptación a situaciones peligrosas, a presiones por estrés o ansiedad. Puede sobrevivir y combatir distintas enfermedades físicas, catástrofes naturales, pero casi siempre encuentra un punto de equilibrio. No es así cuando se trata del abuso sexual de menores, porque a éstos les quedan heridas y cicatrices profundas en el alma cuando fueron abusados por largo tiempo y frecuentemente las conservarán toda la vida. El fenómeno del abuso sexual de menores es un problema social muy complejo, multicausal y todavía insuficientemente estudiado. Los delitos sexuales experimentados en la infancia o en la adolescencia son un problema que compete a toda la sociedad.

Se sabe que el abuso sexual de menores no tiene sólo consecuencias físicas, sino también emocionales y psicológicas que pueden afectar la vida de las víctimas a largo plazo y en ocasiones, terminan nada más con la muerte. Esto, por supuesto, depende de la edad de la víctima, del tiempo que duraron los abusos, del tipo de ayuda que recibió (o de su carencia) y del medio ambiente en el cual tuvieron lugar los hechos. Los especialistas consideran que entre menor sea la edad en que el niño es abusado, más severas serán las consecuencias para su vida entera.

El problema del abuso sexual de menores llevó a las sociedades del mundo entero a la búsqueda de instrumentos para mejorar el control, la educación sexual y, sobre todo, la mejora de la conciencia de las familias sobre el fenómeno. El tema del abuso sexual de menores es muy delicado porque involucra, por lo general, a personas muy cercanas entre sí, ya que la mayoría de los casos ocurren en el ambiente familiar o del entorno de la víctima, lo que en la mayoría de los casos impide las demandas, principalmente por prejuicios sociales, por proteger la imagen de la familia también, por la vergüenza que siente la víctima. El acoso, el abuso sexual o la violación aparecen en todos los países, grupos étnicos y distintos estratos sociales, independientemente de la religión, la cultura o el nivel educativo de los agresores.

Introducción

El abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes es una de las peores formas de violencia contra la niñez, no obstante, es un problema creciente en el mundo y la mayoría de ellos no son detectados a tiempo o no son denunciados agravando cada vez más esta problemática. Muchas veces no se observan daños físicos lo que complica la detección de cualquier tipo de abuso. En la actualidad el abuso a niños y adolescentes ha tenido un crecimiento y la mayoría de víctimas callan por miedo, vergüenza, impotencia e incluso culpa.

Una persona que ha sido víctima de abuso sexual pasa por una serie de hechos desde experimentar ser cómplices hasta ser humillados por sus agresores. Si bien la mayoría de víctimas de abuso sexual e incesto son niñas, existe un porcentaje elevado de niños que son agredidos sexualmente. Cuando un niño ha sido víctima de abuso prolongado, generalmente desarrolla una pérdida de autoestima y adquiere una perspectiva anormal sobre la sexualidad. Las víctimas de abuso sexual tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales a menos que se trate de una relación sexual.

Los niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual se muestran extremadamente temerosos antes sus agresores, por ello se debe tomar en cuenta las señales que muestra la víctima para detectar a tiempo el abuso. El sufrir abuso durante la infancia o la adolescencia conlleva muchas consecuencias emocionales para la etapa adulta debida a que se genera un daño psicológico grave, es por ello la importancia de brindar la ayuda necesaria a las víctimas de abuso sexual.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Antecedentes

El abuso sexual no es un fenómeno nuevo, sin embargo, hoy en día la preocupación y el interés de los psicólogos, psiquiatras infantiles, trabajadores sociales y la población en general, está latente sobre esta problemática existente en todas las sociedades del mundo sin distinción de clases sociales. En 2008 Aguilar Salcedo sostiene “El abuso sexual se diferencia de otras formas de maltrato infantil por tener repercusiones negativas en el desarrollo psicosexual, afectivo, social y moral de la víctima, con posibilidades de permanecer y reactivarse en el transcurso de la vida de la persona abusada” (p. 357).

En la historia, el abuso sexual de menores ha existido en casi todas las sociedades, apareciendo principalmente bajo la forma o denominación de incesto. En distintos grupos sociales, ha sido permitido o, también, considerado como tabú. La mayoría de los mitos sobre el origen del mundo incluyen al incesto. Entre los más lejanos en el tiempo, se trata del incesto de los dioses, que luego fue seguido por el incesto de la gente común. Con el desarrollo y la evolución de la humanidad surgieron la religión, el Estado y las normas de conducta (las buenas costumbres de las sociedades.)

Así, aparece la moral, la ética, las leyes y las normas que rigen el comportamiento humano en una sociedad que pretende llamarse civilizada. La época del Renacimiento hizo del hombre el epicentro del universo, de la verdad y de las ciencias naturales. Las nuevas leyes del mundo olvidaron poco a poco que el hombre mismo no ha aprendido a controlar sus pulsiones y a respetar el derecho de la libertad del otro. Todavía existen falsas creencias sobre los derechos que pretenden tener los padres sobre sus hijos.

Todavía muchos niegan la existencia de la sexualidad infantil, no creen que los niños puedan sentir placer al descubrir su propio cuerpo o al manipular sus órganos genitales. El descubrimiento y

desarrollo de la teoría de Freud sobre la sexualidad infantil, permitió entender que un niño puede sentir atracción por el progenitor de sexo opuesto y hasta cierto punto, enamora de él o de alguien cercano en su entorno. La mayoría de los adultos podrían recordar los juegos sexuales con otros niños, y así comprobar que existe un desarrollo psicosexual entre los niños de ambos sexos. Esta realidad y su aceptación son, obviamente, influidas por la época en la cual sucede el descubrimiento y por la cultura de cada sociedad.

Se puede hacer la pregunta ¿por qué alguien rompe las normas sociales y abusa de los niños sexualmente en una cultura donde se considera el acto de abuso deplorable y prohibido? La búsqueda de ese origen lleva a revisar el contexto familiar y social, en el cual se desarrolló el abusador; parece necesario analizar sus propias experiencias tempranas, su educación tanto la recibida en su medio de aprendizaje social cuanto la del modelamiento que le ofrecieron sus propios padres o tutores y, por último, restablecer el desarrollo de la personalidad con los rasgos adquiridos a lo largo de la vida.

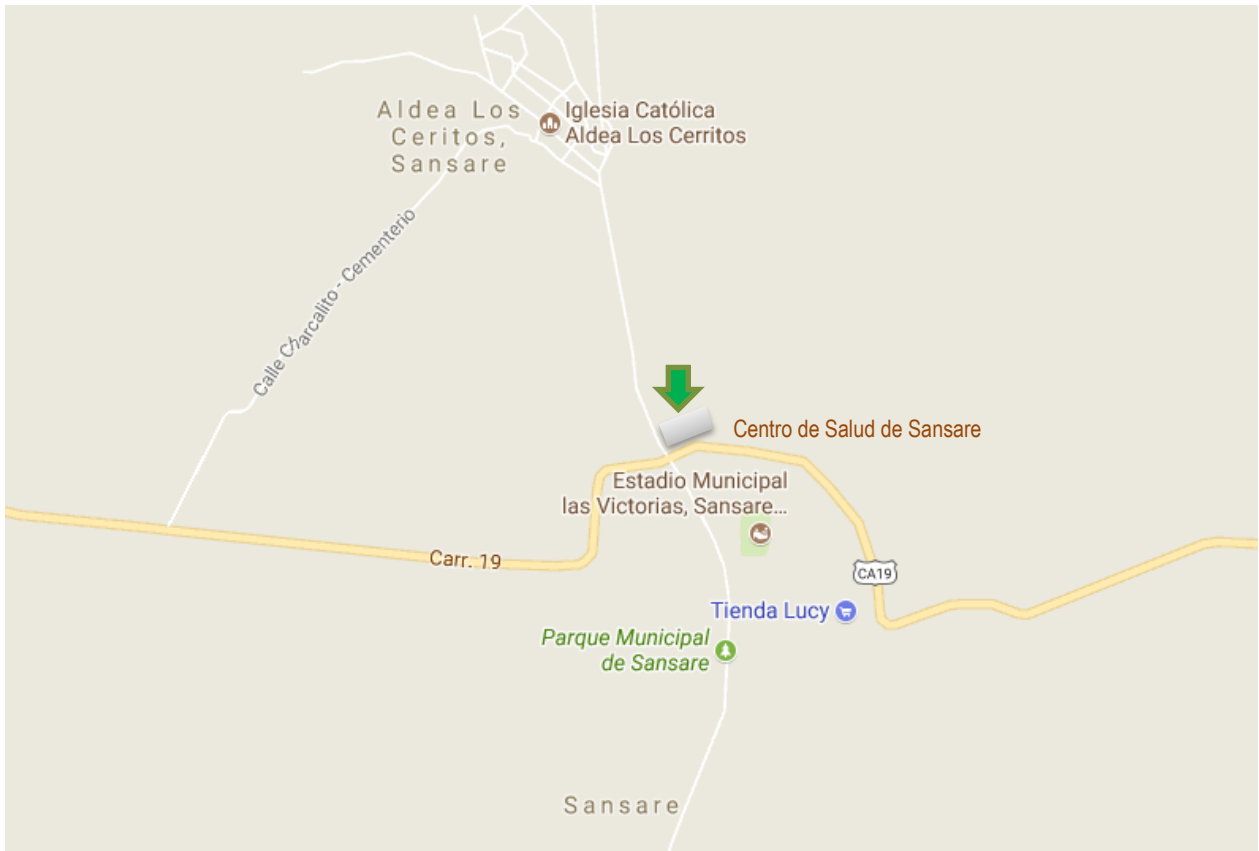
1.2. Descripción

El centro de salud de Sansare, es una institución que atiende de gran parte de la población del municipio, cuenta con cuatro puestos de salud distribuidos en las aldeas con mayor necesidad de atención, actualmente la cantidad de personas que más se atienden son mujeres embarazadas de bajos recursos.

1.3. Ubicación

El proceso de ejecución de práctica se llevó a cabo en el centro de salud del municipio de Sansare, El Progreso

Imagen 1 Ubicación



Fuente: GoogleMap

1.4. Organización

En el municipio de Sansare, el acceso a la salud es limitado debido a que el Centro de Salud es el único lugar al cual las personas pueden acceder de forma gratuita a atención integral; como jornadas de vacunación, servicios preventivos / planificación familiar, salud materno-infantil y desnutrición.

1.4.1. Funciones principales del personal

- Estar centrado en la persona y enfocado en la comunidad.
- Satisfacer las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades
- Responder a las tendencias demográficas y epidemiológicas
- Articular las relaciones con todos los sectores para optimizar los servicios
- Optimizar la utilización de los recursos
- Incrementar la efectividad del sistema
- Ofrecer servicios con equidad de género, pertinencia cultural, respeto y dignidad.

1.5. Organigrama (Centro de salud Sansare)

Imagen 2
Organigrama



Fuente: Centro de Salud de Sansare, febrero 2017

1.6. Visión

Ejercer la función de rectoría en el sistema nacional de salud del país. Mejorar el estado de salud y bienestar de la población. Optimizar la planificación, la implementación, la administración y la evaluación de los sistemas de entrega de los servicios de salud.

1.7. Misión

Guiar, organizar y/o respaldar una respuesta ampliada y dirigida a integrar, fortalecer, extender y diversificar los servicios y programas de salud públicos, hospitalarios y privados.

1.8. Programas establecidos

Servicios que presta

- Orientación Alimentaria para evitar desnutrición.
- Capacitación a las madres de los niños menores de cinco años para atender las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas.
- Orientación sobre la salud reproductiva al adolescente.
- Atención del embarazo, parto.

Programas que desarrolla

- Atención integral por ciclos de vida
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos

1.9. Justificación de la investigación

El abuso sexual es puede ocurrir en la familia, a manos de un padre/madre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de casa, por ejemplo: un amigo, un vecino o la persona que lo cuida, un maestro e incluso un desconocido. Cuando ocurre el abuso sexual, el niño o niña puede desarrollar

variedad de pensamientos, sentimientos y comportamientos angustiantes, ya que no se encuentra psicológicamente preparado para enfrentar el abuso sexual repetitivo.

Un niño o niña que es sexualmente agredido por un conocido se siente atrapado entre el aprecio que tiene hacia el agresor y la sensación de que las actividades que realiza, son terriblemente malas. Cuando el niño o niña agredida trata de romper la relación con su abusador, este puede amenazarlo a través de violencia o negándole su afecto. En los abusos que ocurren dentro de la familia, el niño puede tener miedo a la ira, los celos o la venganza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer a que la familia se desintegre si se descubre lo que está ocurriendo.

El menor que víctima de abuso sexual prologado, generalmente desarrolla pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad, incluso considera el suicidio. Los niños que han sido abusados sexualmente tienen problemas para establecer relaciones con otras personas, no obstante, existe riesgo de que en la etapa adulta se conviertan en agresores de otros. Las víctimas de abuso pueden mostrarse extremadamente temerosos al revelar las acciones del agresor.

En la actualidad se reportan más de 80,000 casos de abusos a menores, sin embargo, es alarmante que el número de casos sin reportar es mayor, debido a que las víctimas tienen temor a expresar lo que están viviendo, otro factor a tomar en cuenta es el proceso legal suele ser bastante doloroso para las víctimas como para la familia, además el daño emocional y psicológico para quien ha sido agredido sexualmente puede ser devastador a largo plazo, por lo que es necesario buscar ayuda de un profesional.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. ¿Qué es el abuso sexual?

El abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, pariente u otra persona) el abuso sexual también puede ser por la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no es brindado, independientemente de si un niño la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña también puede ser abusivo si existe una disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un beneficio intencionado de esas diferencias.

Virginia Berlinerblau (2017) sostiene que la interacción abusiva puede ocurrir con o sin contacto sexual de la siguiente forma:

- Los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- El coito interfemoral (entre los muslos).
- La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal aun cuando se introduzcan objetos.
- El exhibicionismo y el voyeurismo.
- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los niños, niñas y adolescentes.
- La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como “educación sexual”.
- Instar a que los niños, niñas y adolescentes tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
- Contactar a un niño, niña o adolescente vía internet con propósitos sexuales (Grooming).

2.1.1. Víctimas de abuso sexual

Cualquier niño, niña o adolescente puede ser víctima de abuso sexual, independientemente de su edad, género, etnia y nivel sociocultural. A diferencia del maltrato físico y la negligencia, en los que el agresor es típicamente una figura parental, el agresor de un abuso sexual contra los niños, niñas y adolescentes puede ser cualquier persona. Desde un punto de vista estadístico, una parte importante de los abusos es de tipo incestuosa, ejercida por familiares y conocidos del niño, niña y adolescente y favorecida por la convivencia o cercanía. Siempre son vulnerables frente a los adultos porque están en desarrollo, son dependientes y establecen vínculos signados por la asimetría mental y física. Los niños y las niñas carecen de recursos suficientes para auto protegerse frente al agresor, y en la adolescencia la inexperiencia e inmadurez son factores decisivos.

Virginia Berlinerblau (2017) afirma:

Es central tener presente que los niños, niñas y adolescentes siempre son víctimas frente al agresor. Muchas veces ocurre que son sorprendidos, confundidos y engañados, ya que los abusos sexuales se dan en forma progresiva en el contexto de una relación de afecto cimentada previamente. El agresor sexual suele emplear atenciones especiales, demostraciones de afecto, juegos y regalos para lograr la confianza de los niños, niñas y adolescentes. (p. 9).

Son muchos los motivos que confluyen y hacen que los niños, niñas y adolescentes no revelen que han sido o están siendo sexualmente abusados, lo cual hace que sean víctimas del silencio, generando un círculo en donde todo se repite, la persona abusada calla por temor, el abusador victimiza; tal como se describe a continuación.

- El niño y su familia reciben amenazas de daño físico o de muerte.
- Tienen miedo de las consecuencias que sus dichos puedan ocasionar en el agresor y su familia.
- Callan por temor a ser acusados de complicidad y complacencia con el abuso sexual que padecieron.

- Evitan ser estigmatizados y rechazados.
- Sienten culpa, vergüenza y desvalimiento.
- Muchas veces, al padecimiento sufrido se suma otro: carecen de interlocutores válidos dispuesto a creer en sus palabras.

2.1.2. ¿Cómo saber si un niño, niña o adolescente está siendo abusado?

Los niños, niñas y adolescentes que han sido o son abusados sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos. Muchos muestran síntomas que no son específicos ni exclusivos del abuso, sino que se asemejan a otros tipos de trauma, como por ejemplo el maltrato físico y emocional, haber sido testigos de violencia o haber vivido catástrofes. Las manifestaciones adquieren diferentes expresiones repentinas o disfrazadas.

- Incremento de pesadillas y problemas para dormir.
- Conducta retraída.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Rechazo a quedarse solos con una persona en particular.
- Conocimiento inapropiado para la edad acerca de la sexualidad, que se manifiesta mediante conductas y lenguaje sexualizados.
- Los niños menores de tres años pueden presentar lesiones genitales y reacciones inespecíficas que, en un principio, parecen inexplicables: irritabilidad, rechazos, regresiones, llanto, trastornos del sueño y el apetito.
- Estallidos de angustia.

2.1.3. ¿Cómo identificar a un agresor sexual?

No existe una manera de saber, a partir del tipo de personalidad o la conducta social, si una persona es o no un agresor sexual de niños, niñas y adolescentes. Pueden ser personas exitosas, médicos,

psicólogos, abogados, docentes, líderes religiosos y juveniles como los guías estudiantiles que realizan viajes de egresados o los entrenadores deportivos. Los agresores sexuales circulan disimulados en el entorno familiar y social. Las estadísticas indican que la mayoría de los abusadores son varones heterosexuales adaptados socialmente. Suelen presentarse a sí mismos como personas afectuosas y humanitarias hacia el mundo exterior, mientras que la relación que establecen con el niño abusado sexualmente está basada en amenazas, control e intimidación.

A pesar de que se tiende a relacionar el abuso sexual con el alcoholismo, la mención del consumo excesivo de alcohol parece ser más una manera de excusar o racionalizar las acciones del agresor que un factor causativo. Habitualmente, el agresor establece a lo largo del tiempo una relación con el niño destinada a evitar su resistencia y pactar el secreto con el que intentará no ser descubierto. Este proceso de preparación de alguien para es una característica de los abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes.

Además de buscar que el abuso ocurra y ocultarlo, crea el ambiente propicio para dar al agresor sexual protección frente al entorno social y la Justicia, incluso cuando el niño, niña y adolescente ya ha revelado el abuso. Muchos viven en condiciones de pobreza, sin contar con acceso a una educación de calidad ni figuras parentales que los protejan de manera adecuada. La vulnerabilidad de estos niños y niñas se acrecienta con la presencia de agresores sexuales que intentan aprovecharse de estas situaciones.

2.1.4. ¿Dónde sucede el abuso? Situaciones y contexto

Las familias de las víctimas de abuso sexual parecen presentar ciertas características, elaboradas gracias a estudios empíricos que han encontrado que las familias de las víctimas de abuso sexual, incestuoso y no incestuoso, presentan una menor cohesión mayor desorganización y generalmente, son más disfuncionales que las de niños no abusados. Las madres que se dedican a la prostitución son otro de los factores de riesgo de dichas familias.

“El abuso sexual ocurre con frecuencia en las familias que presentan una estructura familiar rígida, con un padre omnipotente, dominante, despótico y castigador” (Jana Ptrezelová, 2013, p. 39). La violencia sexual también tiene lugar en el seno de familias en las que hay una madre dominante y un padre sumiso y pasivo, y la relación incestuosa le sirve como seguridad. Otras familias donde acontece el abuso sexual son aquellas donde existe confusión de los roles y donde la madre se niega a asumir el propio o delega el suyo a la hija mayor o en situaciones en las cuales es el padre quien se muestra afectuoso y asume los cuidados domésticos.

Las familias incestuosas viven en aislamiento social y no tienen relaciones significativas en su entorno social. Otro riesgo para el abuso sexual de menores se da en las familias que denominamos aglutinadas y que favorecen el abuso. Se trata de familias en las cuales no existe un espacio individual, donde los niños comparten el lugar para dormir con sus padres, y donde los hermanos están compartiendo recámaras con las hermanas, y en los que los valores familiares no son muy fuertes: ahí es muy probable que surja el incesto.

Larson y Madock (1983) elaboraron las estructuras de las familias incestuosas y delimitaron cuatro tipos de características o posibles causas:

- Familia con delimitación rígida que separa a los miembros del apoyo exterior. Son aquellas donde el incesto sirve para el intercambio de las emociones. El suceso, por lo general, tiene lugar sin violencia, se desarrolla gradualmente y con un tipo de galanteo que culmina con el contacto sexual, frecuentemente entre el padre y la hija. Este tipo de incesto interviene como el falso y poco adecuado intento del padre para entablar en contacto más cercano con su hija.
- No existe una clara división generacional, y esto permite una amplia escala de las manifestaciones trasgeneracionales y la compartición de roles sociales. Este tipo de familia se nombra pansexual y la caracteriza la sexualización de la mayoría de los aspectos de la vida familiar. Los padres exponen a sus hijos a una atmósfera de hipersexualización y de abusos físicos.

- Le delimitación incierta, entre los miembros de la familia no permite la independencia de sus miembros, asegurando así la lealtad y la simbiosis de los mismos. Este tipo de familia se considera como típico y se caracteriza por una actividad sexual que sirve para dañar, descargarse del coraje que es, en muchas ocasiones, dirigido a una tercera persona (en caso de incesto padre-hija, hacia la esposa; en el incesto entre hermanos, hacia los padres).
- En las familias incestuosas no existe una clara demarcación entre la realidad y la fantasía, lo que permite a los miembros de la familia la continuación del tabú y la represión de las situaciones o de los síntomas, que en otras familias permita la búsqueda de ayuda. Este tipo de familia es esporádico, porque el incesto es la manifestación de un trastorno mental u otra disfuncionalidad del agresor. El victimario reacciona como si fueran los familiares personas imaginarias o en las situaciones de peligro. Este tipo de incesto es muy peligroso para la víctima.

El abuso sexual puede tener lugar en cualquier contexto en el que exista convivencia entre niños y adultos. El lugar más frecuente es la familia misma; puede ocurrir también en la escuela, en el consultorio médico, o en la vecindad. Los abusos sexuales cometidos por un familiar son precedidos por maltrato físico, ausencia de alguien en quien confiar, el no haber ninguna persona al cuidado del menor y el alcoholismo de alguno de los padres.

Jana Petrzelová (2013) sostiene que: Al abuso sexual extra familiar lo antecede el maltrato físico, el aislamiento social, el alcoholismo de los padres o el que alguno de éstos hubiera muerto. El niño se deja seducir por la necesidad de cariño o supuesta protección ofrecida por el victimario, que en tales circunstancias resulta evidentemente falso...

2.2. Consecuencias del abuso sexual

La mayoría de los traumas que ocasiona el abuso sexual en niños, adolescentes y jóvenes son de naturaleza psicológica debido a que, inicialmente al menos, la mayoría de las víctimas reaccionan con pasividad ante el abuso. Las razones que explicarían esta no resistencia al abuso pueden ser el

miedo al uso de la fuerza física por parte del agresor, ignorancia, amenazas del abusador hacia su familia, sentimientos de desamparo, miedo a que sus madres o padres no les crean, o porque el abusador está en autoridad y dependencia económica. Sin embargo, una proporción de los niños, adolescentes y jóvenes sufren traumas físicos tales como lesiones, infecciones vaginales, dolor, prurito, lesiones o heridas, irritación en el área genital, sangrado o goteo inter-menstrual. Otros síntomas conductuales o psicológicos pueden ser ansiedad, jaquecas, irritabilidad, disturbios del sueño, cambio en los hábitos del comer, pesadillas, fatigas, quejas somáticas difusas.

El embarazo en la adolescente o joven puede ser el resultado de una situación de abuso sexual. Esta posibilidad puede ser considerada, particularmente cuando el progenitor de su embarazo es significativamente mayor. Otro indicador más amplio de esta posibilidad es la renuencia de la adolescente o de su familia a divulgar la identidad de éste. El descubrimiento del embarazo suele ser en estos casos, la primera declaración de la existencia de abuso sexual de larga duración.

Otra consecuencia en este aspecto puede ser la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual, incrementándose la posibilidad de infección por VIH. Muchos de los niños, adolescentes y jóvenes que fueron abusados sexualmente, siguen sintiendo mucho miedo por esta posibilidad aun siendo adultos. Temen haber sido dañados físicamente por el abuso. Por ejemplo, en una adolescente, la menarquia tardía puede ser causada como causa psicológica a consecuencia del abuso.

2.2.1. Secuelas psicológicas

Los aspectos psicológicos pueden entenderse como la resultante de complejas interacciones entre algunos aspectos del adolescente o joven y los factores implicados en el abuso sexual. Si bien algunas de las experiencias anteceden a la aparición de la adolescencia, es solamente la maduración cognoscitiva lo que permite la realización y expresión de estos sentimientos. La depresión es comúnmente vivenciada, en especial por jóvenes mujeres, como resultado del abuso sexual y se encuentra muy vinculada a la respuesta familiar y social, aun cuando éstas tiendan a protegerla y apoyarla.

La depresión es con frecuencia una respuesta a uno de varios factores. Ellos incluyen una sensación de maldad y culpa, baja autoestima vinculada a sentimientos de vergüenza, suciedad y daño; o también una creencia de ser valorada sólo como objeto de abuso sexual para gratificación de otros; un sentimiento de estar atrapada y falta de apoyo y ayuda frente a estas sensaciones opresoras.

La acomodación y adaptación psicológica del niño, niña o adolescente es necesaria para sobrevivir emocionalmente el período abusivo. Este proceso de acomodación a menudo permite que el abuso siga su curso aparentando una vida normal, con sólo algunos signos de disturbio en el comportamiento o en la esfera afectiva, que sólo retrospectivamente sean reconocidos como indicadores de este abuso. El niño, niña o adolescente puede aislar la experiencia abusiva del resto de su vida olvidando o aparentando que el abuso no ha ocurrido.

Los adolescentes y jóvenes varones abusados experimentan síntomas muy similares a los experimentados por las mujeres, como depresión, aislamiento, pobre auto concepto, dificultad en establecer relaciones y problemas sexuales. Muchos adolescentes varones son también similares a las víctimas mujeres ya que también se avergüenzan por lo que les pasó o se ven ellos mismos como responsables o débiles por permitir que sucediera.

La forma más angustiante que se percibe como mecanismo de evasión de aquella situación intolerable, son los intentos de autoagresión experimentados por los y las adolescentes víctimas de abuso sexual. El abusar de otros puede ser una forma de evasión utilizada por los adolescentes varones. Otros adolescentes se evaden del abuso a través de la huida o fuga del hogar. Sentimientos de culpa, de inferioridad o sentimientos de desvaloración, son también resultados de haber sido abusado.

Dos dificultades surgen en la sexualidad de adolescentes abusados:

- Cuando el abuso es descubierto podría ser muy difícil abandonar los sentimientos de culpa, impotencia o disociación de la experiencia. Esta experiencia de haber sido víctima desamparada contribuye a la identidad del o la adolescente o joven.

- Algunos adolescentes o jóvenes mantienen el silencio acerca del abuso para proteger a padres, tutores o familiares de la angustia de saber sobre el abuso. Cuando se devela el abuso, los y las adolescentes o jóvenes se ven enfrentados a las suposiciones de los adultos de que ellos o ellas podrían haber encarado activamente el abuso o que el hecho de no haber develado con anterioridad, implica que éste no fue tan mal recibido por él o la adolescente o joven, estos puntos de vista, aunque equivocados, hacen consonancia con los sentimientos de culpa de adolescentes y jóvenes víctimas de abuso sexual.

2.2.1.1. Dificultades sexuales de adolescentes varones abusados sexualmente

La renuencia de los varones adolescentes o jóvenes a poner de manifiesto el abuso sexual del cual han sido víctimas, puede estar vinculada a muchos factores. Uno de ellos es que la sociedad continúa considerando que el varón víctima de abuso sexual es menos aceptable que la víctima mujer. Debido a que la forma de acercamiento de los abusadores, que en general son extraños, la realizan a través de rodeos sexuales al adolescente o joven, esta actitud, así como la reiteración de estas situaciones vivenciadas en particular por adolescentes o jóvenes vulnerables les causa mucha vergüenza.

Más aún en vista de que la mayoría de los abusadores son hombres, tanto de víctimas mujeres como de varones, esta revelación pone en evidencia la complicación involuntaria de los jóvenes abusados sexualmente en relaciones homosexuales. La cuestión de la identidad sexual es específicamente problemática para ellos, quienes en su mayoría experimentan miedo y confusión. Miedo implícito de que si fue elegido por el abusador esto indique de una manera imperceptible la homosexualidad inherente en él. Si durante su post-pubertad experimenta el despertar sexual en situación de abuso, esto lo puede percibir como un indicador más de la orientación sexual del adolescente.

Finalmente, algunos adolescentes temen que el conocimiento que otros puedan tener acerca de este abuso realizado por otro hombre, lo conduzca al etiquetamiento homosexual. Se ha afirmado que adolescentes varones que presentan una postura rígida de homofobia, puede ser de hecho un indicador de abuso sexual. Aunque esto es difícil de probar en sociedades que presentan alta

frecuencia de homofobia. Por otro lado, el abuso sexual realizado por una mujer, cuando es reconocido como abuso, lleva su propia marca para ellos, ya que puede significar la debilidad de un hombre en manos de una mujer.

2.2.2. Secuelas del abuso sexual en el funcionamiento social

Una historia de abuso sexual pasada o actual a menudo está asociada a dificultades escolares, problemas de concentración y en general a una baja en el rendimiento académico que no se asocia a déficit intelectual. Otros efectos mencionados por la literatura son ausentismo escolar, deserción escolar, abandono del hogar, vagancia y delincuencia. Abuso de alcohol y drogas y matrimonios tempranos especialmente en la adolescente, como una forma de escapar del abuso, son otras consecuencias del abuso sexual en adolescentes y jóvenes.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema

El abuso sexual en todas sus formas deja secuelas en las víctimas, en donde se le concede mayor importancia a los recuerdos de los hechos vividos, desarrollando pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático. Con ello se producen alteraciones emocionales en donde predomina culpa, rabia, tristeza o incluso vergüenza; este estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta al reintegrarse a las distintas facetas de la vida cotidiana.

No obstante, es normal que las personas que están experimentando esta situación no puedan y quieran expresar sus emociones, por ello es necesario que las personas que les rodean brinden el apoyo de forma incondicional. La intervención temprana es eficaz cuando se ofrece información sobre el proceso de la reacción psicológica, es decir, la sintomatología que se presenta, los pensamientos que suelen desarrollarse que provocan sentimientos negativos.

3.1.1. Problemática de estudio

El trastorno de postraumático es una problemática que afecta a las personas que han sufrido y observado un acontecimiento altamente traumático, en el que está en juego la vida de los involucrados, sin embargo, este estudio de caso surgió en torno a las secuelas emocionales que provoca el abuso sexual en una joven de quince años de edad llamada Vilma, quien es víctima de una transgresión por parte de un familiar. Vilma es la mayor de cuatro hermanos, actualmente vive con sus padres.

Durante la entrevista inicial Vilma narra que, en noviembre del año 2016, fue trasgredida por su tío paterno, después de que sus padres realizaran un viaje familiar y ella se quedara en su casa sola.

Al ocurrir esta situación prefiere callar por temor a su padre, puesto que el no creería que había sufrido este tipo de agresión; con el paso del tiempo noto que su estómago empezó a crecer y asistió al centro de salud de Sansare en donde al ser evaluada por el médico le informo que se encontraba en estado de gestación. Al ser menor de edad el médico realizó la denuncia ante las autoridades correspondientes, motivo por el cual fue remitida a un hogar seguro y realizar la investigación adecuada.

La joven manifiesta que durante su estadía en el hogar seguro no tuvo contacto con sus padres, sin embargo, después de la problemática presentada en el hogar seguro Virgen de la Asunción fue llevada nuevamente a casa bajo la tutela sus progenitores; en julio de 2017 nace su hijo en el hospital nacional de Jalapa, por lo que fue referida al juzgado de niñez y adolescencia en conflictos con la Ley Penal de este departamento. Debido a la distancia y la falta de recursos de la familia de Vilma, la psicóloga del juzgado solicita ayuda al centro de salud de Sansare.

3.2. Pregunta de investigación

¿Qué influencia tiene la familia en el afrontamiento de las consecuencias psicológicas y físicas del abuso sexual?

3.3. Objetivo General

Determinar las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del abuso sexual en una adolescente.

3.4. Objetivos Específicos

- Analizar las causas del abuso sexual
- Describir las secuelas que provoca el abuso sexual
- Evaluar las consecuencias físicas y psicológicas sobre el abuso sexual

3.5. Alcances y límites

Alcances

Durante el proceso terapéutico la paciente experimento una serie de cambios positivos, puesto que imaginaba que sería rechazada y juzgada por los demás al conocerse su historia, no obstante, su familia primaria no fue de mucho apoyo en el proceso debido a su ideología sobre el abuso. Posteriormente la paciente logro expresar sus miedos y frustraciones, lo cual hizo que mejorara sustancialmente, remitieron los síntomas presentados al inicio de la terapia. El proceso de intervención terapéutico tardo un lapso de tres meses con la paciente referida, en donde asistió en total a ocho controles en el área de psicología clínica del centro de salud de Sansare, en los cuales se constató su mejoría, fortalecimiento de autoestima, y aceptación de rol materno a temprana edad.

Límites

Se observó que el grupo de apoyo primario no brindaba el apoyo necesario a la víctima, dentro de las limitantes se observó que la paciente era sometida a situaciones estresantes de forma constante, generando un ambiente hostil en la familia. El padre de la joven tiende a discriminar a las mujeres por el hecho de ser mujeres, lo cual complica más la situación de estabilidad emocional de Vilma, debido a que no ejerce un papel comprensivo ante el escenario que se plantea después de sufrir abuso sexual.

3.6. Metodología

El abuso sexual es un problema que no cuenta con el abordaje adecuado, sin embargo, el objetivo inicial es brindarle seguridad a la víctima, por ello la intervención con los cuidadores de la menor para adoptar estrategias de afrontamiento es fundamental; de esta forma evitar la revictimización. Sin embargo, la reacción negativa de la familia ante la revelación del abuso, como no dar crédito a su testimonio, culparla de lo ocurrido agravo su sintomatología. Se trató, por ello de enseñar a los padres a adoptar una actitud adecuada ante la revelación del abuso, así como de establecer estrategias de solución de problemas y toma de decisiones.

La respuesta de los familiares ante el abuso fue más intensa que de la menor, generando una sintomatología ansioso-depresiva (culpa, vergüenza, ira, miedo) que repercutió negativamente en la paciente por lo que se realizó una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia, utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Negación del abuso: por el miedo a la vergüenza social que experimentó la víctima, para ello se buscó en la aceptación de las situaciones presentadas para afrontar la nueva realidad.
- Sentimientos de culpa, fracaso e incapacidad: se reevaluaron las disfuncionales relacionadas con la culpa y vergüenza, para hacer frente a las atribuciones internas, retribuir la responsabilidad del hecho únicamente al abusador y reajustar su protectora en relación con su hijo.
- Ansiedad, depresión y baja autoestima: esta sintomatología es habitual, sin embargo en la víctima se hicieron más evidentes debido a la falta de apoyo por parte de su familia, en donde la paciente mostro una percepción negativa de sí misma, es decir, de sus cualidades y capacidades por lo que se orientó a reforzar el autoestima en la vida cotidiana y de esta forma recuperar el ritmo de su vida.

La utilización de estas estrategias tiene como fin el desahogo emocional, es decir, la expresión de los sentimientos experimentados para modificar actitudes negativas e ideas distorsionadas, así como abordar mitos y falsas creencias sobre la sexualidad.

Esta investigación se llevó a cabo en el centro de salud de Sansare ya que fue referida por el juzgado de la niñez y adolescencia en conflictos con la ley penal del departamento de Jalapa. Para sustentar el proceso se emplearon test proyectivos: Test de la Figura Humana de Machover, Test del Árbol y Persona bajo la lluvia, lo que proporcionó datos con los cuales se pudo constatar que la paciente evidenciaba afecciones psicológicas, emocionales y conductuales como: baja autoestima, abuso sexual, rasgos de estrés postraumático e inadecuación de afrontamiento del rol materno a edad temprana.

De acuerdo con los resultados obtenidos y las necesidades que presenta la joven se aplicó un plan terapéutico Terapia Cognitiva enfocada en el trauma, que consiste en resolver, entender, elaborar e integrar la experiencia de violencia sexual, lo cual permitirá disminuir los síntomas de estrés postraumático que presenta la paciente. Esta intervención consta de un cuadernillo en el que la víctima recorre diez pasos que van desde la consulta inicial con el terapeuta hasta la búsqueda de metas futuras como paso final.

3.6.1. Descripción de pruebas

Figura humana y árbol

Estas pruebas permiten recabar información, han sido muy útiles en el ámbito dinámico, surgen desde el modelo psicodinámico y este es el que las soporta. En un primer momento se desarrollan con el objetivo de analizar el mundo inconsciente del sujeto, pero cada vez se utilizan más para valorar el mundo cognitivo del sujeto (cómo piensa).

Persona bajo la lluvia

A través del test de la persona bajo la lluvia, en el cual se pueden observar la tolerancia a la presión y a la frustración, los mecanismos de defensa y el nivel de ansiedad. Se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador. Resulta muy útil su comparación con el dibujo de la persona (Machover), en el mismo individuo, ya que en éste falta dicho elemento estresante, esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona.

En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona no tiene que hacer frente a una situación desagradable. La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto si lo es la persona bajo la lluvia.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Sistematización de estudio de caso

Motivo de consulta

La paciente se presenta al centro de salud de Sansare, con un oficio referido por la psicóloga del juzgado de la niñez y adolescencia en conflicto con la ley penal del departamento de Jalapa, tras dar a luz a un niño en el hospital nacional de esta jurisdicción, al ser abusada sexualmente por un familiar; en donde se sugiere trabajar los siguientes aspectos psicológicos:

- Fortalecimiento de autoestima
- Rol materno a temprana edad
- Víctima de abuso sexual
- Rasgos de estrés postraumático

Historia del problema actual

En noviembre del año pasado su familia se fue de viaje unos días motivo por el cual ella se quedó en casa de su tío paterno, quien abusó sexualmente con penetración; cuando sus padres volvieron de su viaje la paciente calla por las amenazas que le hace su tío, con el paso de los días empieza a tener malestares como: mareos, sueño, vómitos, motivo por el cual asiste al centro de salud de Sansareal ser revisada por el médico le informa que está embarazada. La reacción de su madre en el momento de la noticia fue sorprendente, puesto que ella no creía lo que le estaban informando, le pregunta a Vilma quien es el padre, entonces ella relata todo lo que paso durante su estancia en la casa de su tío. Sin embargo, debido a la falta de conocimiento los padres de la paciente no dan crédito a lo que les describe, por lo que el médico hace la denuncia correspondiente ante las autoridades. Luego es llevada a un hogar seguro para aislarla de la familia y ayudarla en el proceso judicial que se realiza, no obstante, durante su estadía en el hogar seguro ocurre una tragedia en uno de ellos por lo que fue llevada nuevamente a casa de sus padres; en julio del año en curso nace

su bebé a quien llama: Jerónimo en el hospital nacional de Jalapa. Esta situación fue llevada ante la justicia y las autoridades la refieren al área de psicología clínica del centro de salud para que sea atendida, puesto que debido a los bajos recursos que posee la familia es complejo asistir a todas las citas realizadas por el juzgado en Jalapa.

Historia Clínica

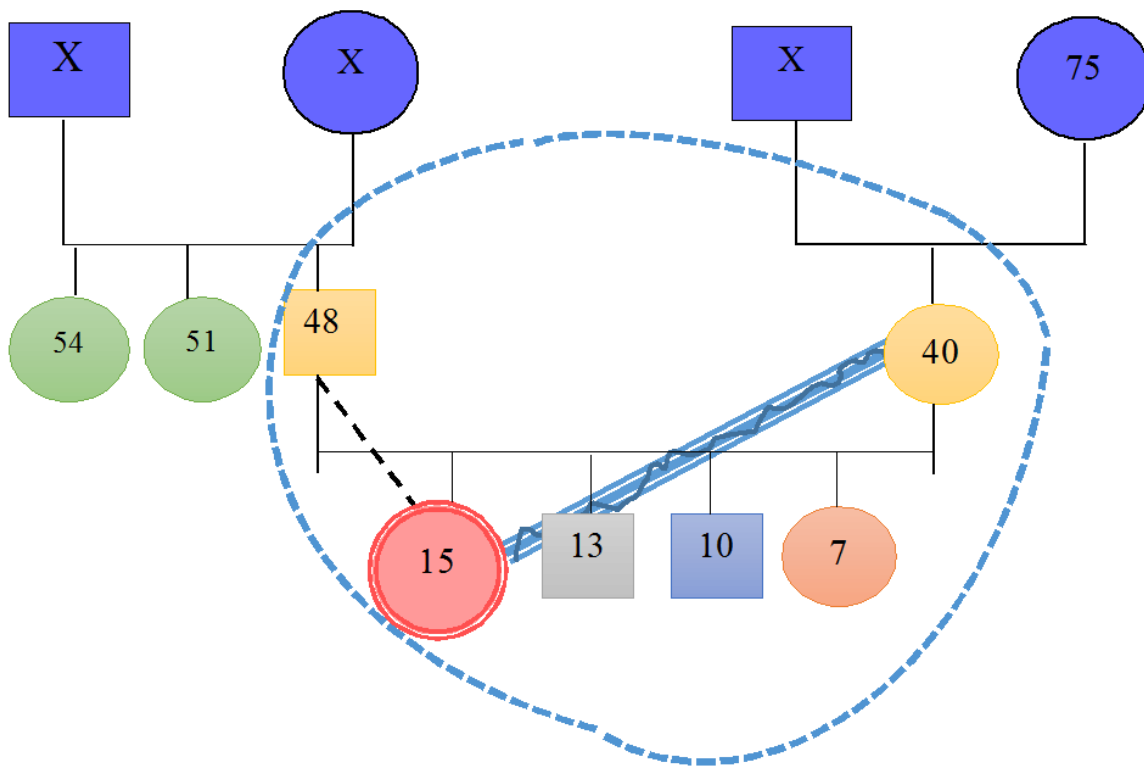
Historia prenatal: debido a la información recabada en la entrevista a la madre de la paciente, refiere que Vilma es la mayor de sus hijos, tuvo un estado de gestación difícil debido a la falta de recursos de su esposo por lo que no se asistió a revisiones médicas, sin embargo, su embarazo llegó a término y durante su parto fue asistido por una comadrona.

Historia escolar: la paciente refiere iniciar sus estudios a los siete años de edad, en la escuela de su comunidad en donde se destacó por ser una excelente alumna durante la primaria, sin embargo, cuando se cambió de establecimiento para estudiar el ciclo básico tuvo problemas debido a la distancia que existía de su casa al centro de estudios, lo que provocó que repitiera dos veces el primer año de básico. Esta situación hizo que sus padres se molestaran con ella, por lo que no siguió con sus estudios.

Historia social: Vilma indica que durante la infancia fue una niña extrovertida, la motivaba ser la mejor alumna de la escuela no tuvo ningún problema, no obstante, al llegar a la etapa de la pubertad su aspecto físico cambió mucho provocando que sus compañeros hicieran comentarios obscenos, lo cual hizo que se comportara de forma tímida y callada por lo que tuvo dificultad para exteriorizar sus sentimientos de forma clara y ordenada.

Historia familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente: elaboración propia, agosto 2017

Estructura familiar

La familia está constituida por seis miembros: madre, la señora A. de 40 años, padre el señor J. de 48 años, Vilma de 15 años, C. de 13 años, F. de 10 años y A.M. de 7 años, actualmente la relación de la paciente con sus padres es compleja, debido a que sus padres la responsabilizan de lo que sucedió, esto ha hecho que su relación se vuelva conflictiva y distante, su padre es quien provee la economía al hogar por lo que los conflictos entre ellos son extremadamente negativos. La relación con sus hermanos es buena, aunque no tiene apoyo y comprensión de ellos.

Antecedentes familiares

La paciente refiere que la relación con su madre es cercana y compleja debido a la situación presentada, puesto que confían en lo que comenta el agresor y no tienen un concepto claro de que fue lo que sucedió, manifestando que Vilma es la responsable de lo sucedido, generando un conflicto emocional para la víctima, en donde ella refiere “que no quisiera estar con ellos para no dar molestias”.

Examen del estado mental

La paciente mantiene un estado de vigilia alterado, debido a la situación que vivió, sin embargo, es consciente de lo que sucede a su alrededor, de complejidad media, de tez morena, de estatura baja, higiene personal y arreglo personal inadecuado, no mantiene contacto visual debido a su timidez, desviando la mirada, su postura es decaída. La actitud que manifestó es tensa, abierta, y honesta. Sus movimientos son lentos y rígidos, su expresión facial es congruente con lo que relata, en volumen de voz bajo, mantiene la atención y concentración evidenciando capacidad para la comprensión de los hechos ocurridos. Se muestra orientada en tiempo y espacio relatando los sucesos de la infancia hasta la actualidad, no utiliza los términos adecuados al expresarse, sin embargo, su lenguaje es comprensible. Evidencia mucho control en sus reacciones y actitudes físicas debido a la influencia que ejerce su familia en el tema del abuso, dejando evidenciar su ansiedad, temor y preocupación por las consecuencias que está enfrentando después de haber sido transgredida sexualmente.

Resultado de pruebas

Al realizar las pruebas la paciente se mostró, colaboradora y cómoda, manteniendo una conducta expansiva y espontánea, finalizando en el tiempo estipulado para cada una, sin embargo, al realizar la prueba mayor (persona bajo la lluvia) se manifestó inquieta, con síntomas ansiosos como sudoración, hiperventilación, taquicardia y llanto.

Cuadro 1

Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la figura humana de Machover	10-08-2017
2. Test del Árbol	23-08-2017
3. Cuestionario de EPT	13-09-2017
4. Test de persona bajo la lluvia	22-09-2017

Fuente: elaboración propia, septiembre 2017

Test de la figura humana de Machover

En el test se evidencia que la paciente mantiene un estado emocional conflictivo, violencia, ansiedad, agresividad y tensión, mostrando una barrera entre la persona y el ambiente. Sin embargo, se observa determinación, decisión y asertividad, una gran expansión imaginativa, soñadora e idealista, con características sensibles y necesidad de aceptación. Se denota desvalorización del sexo femenino y perturbación con las relaciones personales. Dificultad para conectarse con el ambiente y las demás personas con tendencias depresivas, inseguridad, culpa, ira por sufrir abuso sexual, expresando una presión de la familia, ausencia paterna y sentimientos ambivalentes en cuando a la madre.

Test del Árbol

Se observan deseos de superación, sentimientos de inferioridad, falta de comprensión y estabilidad, impotencia, infantilidad, incongruencia y obstinación infantil, impulsividad, regresión del tiempo, inseguridad, impaciencia, inclinación por la infancia.

Cuestionario de EPT

En la prueba se observan rasgos de estrés postraumático, debido a la situación presentada, en donde obtuvo un puntaje de 82 en la escala de 100%.

Test de la persona bajo la lluvia

En la prueba se observa timidez, auto desvalorización inseguridad y temor, sentimientos de inadecuación, ansiedad, falta de confianza, fuerza, exceso de fantasía, ansiedad por el cuerpo, denota necesidad de crecimiento, búsqueda de refugio, falta de decisión, bajo nivel de tolerancia a la frustración, hostilidad del medio a cuál debe enfrentarse, acontecimientos traumáticos, inmadurez, dependencia preocupación por lo social, indefensa, posibles rasgos postraumáticos.

Impresión diagnóstica

La paciente es una joven que evidencia contacto con la realidad, deseos de superación proyectándose en el futuro, percibiendo temor y sentimientos de evasión lo cual coincide con la problemática que se presenta. Las pruebas evidencian inadecuación y conflicto con el ambiente, en donde la falta de apoyo familiar es evidente, mostrando durante las sesiones del proceso terapéutico episodios de frustración con un estado emocional depresivo.

Evaluación Diagnóstica

DSM IV TR

EJE I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81), T74.2 Abuso Sexual del niño (V61.21)

EJE II: Z03. Sin diagnóstico

EJE III: Z03. Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Abuso sexual)

EJE V: EEAG=65 (al iniciar la terapia)

83 (al finalizar la terapia)

Plan terapéutico

Objetivo general

Proporcionar al paciente dentro de un plazo limitado las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida. Una vez finalizada la terapia el paciente tendrá las herramientas para afrontar sus dificultades cotidianas con éxito, la terapia está orientada a ayudar a la persona a cuestionarse sus

creencias negativas y a pensar de manera más realista, de tal forma que pueda iniciar un cambio psicológico orientado a la mejora personal.

Cuadro 2
Plan terapéutico

Objetivo específico	Técnica a utilizar/ terapia	Descripción	Tiempo estimado
Recuperar una vida y una movilidad normal, libre de estados de ansiedad inapropiada o preocupación excesiva.	Proyección en el tiempo	La finalidad es hacerle ver al paciente que a pesar de los acontecimientos negativos la vida sigue y por ende, vivirla, por lo que para esto se le pide que visualice el suceso indeseado y a su vez que se imagine como se verá en una semana, un mes, un año, con lo cual se pretende que comprenda que la vida continuará y lo único que tendrá que hacer son pequeños ajustes.	35 minutos (2 sesiones)
Identificar los síntomas físicos, mentales y conductuales que están	Análisis racional	Consiste en analizar episodios específicos para enseñar al paciente a descubrir y disputar	45 minutos (2 sesiones)

limitando la vida del paciente		las creencias irracionales, se trata de detectar los pensamientos rígidos, en función de obligación (debes, tienes), para combatirlos mediante refutación debate	
Mejorar la comunicación, solidificar la relación, optimizando la comprensión manejando las diferencias.	Establecer objetivos cuantificables	Se elaboran objetivos y alcanzables que desarrollen habilidades a lo largo del camino.	45 minutos (2 Sesiones)
Modificar creencias, actitudes y puntos de vista, para de hacer que las personas interpreten las cosas de otro modo, por un lado, y se plantee diferentes objetivos y expectativas, por el otro.	Reestructuración cognitiva	Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente, generando junto al paciente alternativas	35 minutos (3 sesiones)

		cognitivas más adaptativas y funcionales	
Ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar.	Entrenamiento en resolución de problemas	Se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados.	45 minutos (4 sesiones)

Fuente: elaboración propia, septiembre 2017

4.2. Análisis de resultados

Pronostico: Controlar los elementos que mantienen un problema, haciendo especial hincapié en los pensamientos, los sentimientos, las conductas y el contexto.

Cuadro 3
Análisis de resultados

Metas terapéuticas	Recursos/técnicas	Logros
Presentar una perspectiva de vida diferente a la paciente.	“Análisis racional”	Aprender y poner en práctica técnicas como el afrontamiento, resiliencia, control del estrés y asertividad
Presentar una perspectiva de vida diferente a la paciente.	“Proyección en el tiempo”	Motivar para que hables acerca de tus pensamientos y sentimientos y sobre las cosas que te preocupan.
Mejorar la calidad de la relación entre los miembros de la pareja.	“Objetivos Cuantificables”	Solidificar la relación con los padres a través de la comunicación.
Mejorar la calidad de la convivencia de cada miembro que conforma a la pareja.	“Reestructuración cognitiva”	Modificar los pensamientos irracionales que tiene cada uno sobre el otro.
Aprender nuevas habilidades de comunicación y nuevas técnicas para resolver o prevenir problemas que pueden mejorar o empeorar, según sea el caso, el intercambio de acciones y palabras amorosas.	“Entrenamiento en resolución de problemas”	Comprender que una persona puede ser feliz únicamente cuando los dos miembros realizan acciones y expresan frases que hacen al otro sentirse aceptado

Fuente: elaboración propia, septiembre 2017

Cuadro 4
Hoja de evolución

Nombre Px: Vilma G.

Expediente: 03-2017

Fecha/hora: 13 de Agosto de 2017, 4:00 pm
Prestar atención a los pensamientos, emociones y opiniones en relación con estos problemas. Para ello, es posible observar qué se dice a si mismo sobre una experiencia (diálogo interno), la interpretación del significado de una situación y tu opinión sobre ti mismo, otras personas y eventos.

Fecha/hora: 28 de Agosto de 2017, 2:00 pm
Reformar pensamientos negativos o inexactos. Con práctica, los patrones de pensamiento y conductas útiles serán un hábito y no debe hacer tanto esfuerzo para lograrlo. La actitud positiva es lo más importante para llegar a la reflexión.

Fecha/hora: 11 de Septiembre de 2017, 3:00 pm
La paciente no se presentó a la cita.

Fecha/hora: 18 de Septiembre de 2017, 4:00 pm
Al dialogar con la paciente se logró establecer que cualquier persona puede aprender a especificar las conductas que le gustan de sus padres y las que no, y aprender a expresarles estos sentimientos de agrado o desagrado. Puede aprender a especificar las conductas agradables cuando las recibe de su pareja, y pueden aprender la forma de llegar a un acuerdo con sus diferencias y conflictos de manera mutuamente satisfactoria.

Fecha/hora:

25 de Septiembre de 2017, 2:30 pm

La paciente no se presentó a terapia.

Fecha/hora:

11 de Octubre de 2017, 4:00 pm

Se trabajó sobre la importancia de tener habilidades de comunicación y de resolución de problemas que facilitan el éxito de una relación de padres a hijos y viceversa. Cada persona debe ser honesta respecto a los que está bloqueando una relación satisfactoria, y practicar las conductas clave para conseguir esa relación positiva que desea.

Fecha/hora:

24 de Octubre de 2017, 4:00 pm

Expresar los miedos y los tabús y los mitos puedan cambiar o romperse, y se pueda ver a la terapia de padres con otros ojos, como una herramienta para mejorar la calidad de vida en pareja y no considerarla hasta que ya no exista remedio o implique más dolor.

Fecha/hora:

31 de Junio de 2017, 2:00 pm

Lograr que la paciente comprenda que tienen gran dificultad para expresar claramente sus sentimientos de forma directa. Es difícil conocer los deseos, sentimientos y emociones, los padres no tiene por qué adivinar por más que nos conozca. Es importe no confundir la falta de comunicación con la falta de amor.

Fuente: elaboración propia, septiembre 2017

Conclusiones

El abuso a menores de edad es una experiencia traumática, que deja secuelas importantes en el aspecto familiar, social y afectivo.

El abuso sexual ocurre en la mayoría de casos a la población vulnerable como: niños, personas con discapacidad; lo que los hace dependientes de terceros siendo esta situación una de las principales causas de abuso.

Las personas que han sido abusadas sufren secuelas a corto, mediano y largo plazo se ven reflejadas en ataques de ansiedad o pánico, bajo rendimiento escolar, aislamiento, mostrar conductas sexualmente adelantadas para su edad, desarrollar adicciones o conductas suicidas.

La sexualidad es un proceso madurativo en donde la mayoría de consecuencias físicas y psicológicas se ven reflejadas en la vida sexual y de pareja, presentándose fobias o una incomprensible tendencia a establecer relaciones amorosas altamente insatisfactorias.

Recomendaciones

Es necesario trabajar los sentimientos de culpa, permitir y facilitar la salida de sentimientos reprimidos e intentar transformar la culpa en rabia hacia el agresor (y hacia los padres, que, aunque evidentemente no sabían lo que pasaba, serán blanco de sentimientos legítimos de rabia por parte del niño, ya que percibe que no le protegieron. Se debe trabajar eliminando culpa y la rabia que siente la víctima hacia sí.

Los sectores de la salud y la educación han de ser capaces de identificar y tratar el problema del abuso sexual de menores. Deberían establecerse protocolos y proporcionarse recursos y formación a los profesionales de la salud.

Enséñeles a los adolescentes acerca del consentimiento. Asegurarse de que todo adolescente comprenda que cualquier contacto o actividad sexual debe ser acordada libremente, voluntariamente y claramente por ambas partes.

La mayoría de los niños y sus familias también necesitarán de asesoramiento profesional para ayudarlos a superar esta prueba, y su pediatra puede referirlo a recursos disponibles en su comunidad para recibir ayuda psicológica.

Referencias

- American Psychiatric Association, Arlington (2014) *DSM-5*. España, Editorial Médica Panamericana.
- Cohen Imach S.(2017) *Abusos sexuales y traumas en la infancia: Notas de la clínica y la evaluación*, Ediciones Paidós
- Machover K. y otros. (1996). *Compendio de técnicas proyectivas menores, test del árbol, test de la familia, test de la figura humana, test graficos para psicodiagnostico*. Guatemala. Editorial Bienestar Estudiantil, USAC
- Petzelóva J. (2013) *El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*. Madrid España, Plaza y Valdés Editores
- Querol S. y Paz M. (2011). *Test de la persona bajo la lluvia, adaptación y aplicación*. Argentina. Editorial Lugar.
- Berlinerblau V. (2017 mayo) “*Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*”. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Anexos

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA No. _____

FICHA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Entrevistador:

Lugar de la entrevista:

I. DATOS PERSONALES

Nombre Completo:

Lugar y fecha de nacimiento:

No. Teléfono:

Dirección:

Escolaridad: Sexto Primaria Ocupación:

Religión:

Estado civil: Casada

Correo electrónico:

Sexo:

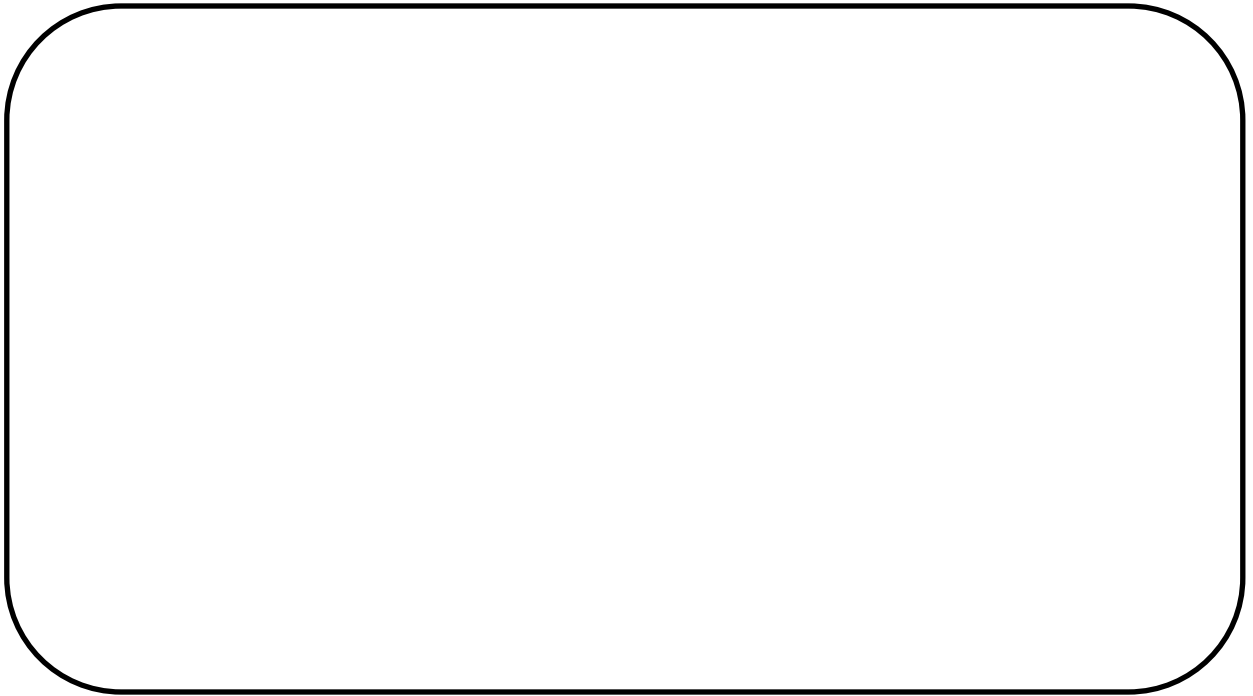
Referido Por:

II. PROBLEMA ACTUAL:

MOTIVO DE CONSULTA:

QUEJA PRINCIPAL

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL



III. ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES FAMILIARES:

B. ANTECEDENTES MÉDICOS:

C. ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS:

IV. DINÁMICA FAMILIAR:

A. GENOGRAMA

V. **DIAGNOSTICO**

A. EXAMEN MENTAL

APARIENCIA Y COMPORTAMIENTO	
LENGUAJE	
EMOCIONES	

PROCESO DE PENSAMIENTO	
CONTENIDO DE PENSAMIENTO	
COMPRESIÓN Y CONTROL DE IMPULSOS	
EXAMEN CONGNOSCITIVO	

B. SINTOMAS

C. CURSO

D. EVALUACION MULTIAXIAL

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

E. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

VI. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS/ PROYECTIVAS APLICADAS

NOMBRE DE LA PRUEBA	RESULTADO

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE Y FIRMA

Anexo 2

Consentimiento informado para estudio de casos

Consentimiento Informado para Estudio de familia: Profundización en el conocimiento de la estructura y dinámica familiar para lograr una mayor comprensión de las situaciones que afectan a los individuos y familia, sus factores de riesgo y protectores, sus redes de apoyo y una priorización de sus problemas. Considera la aplicación de los siguientes instrumentos (en entrevista): círculo familiar, genograma, Pruebas proyectivas. Este estudio debe concluir con un plan de intervención acordado con la familia de acuerdo a los problemas priorizados.

Yo, _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno. SI Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención. NO Autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

_____ Firma Usuario Fecha: __/__/__

_____ Firma Estudiante Fecha __/__/__

Anexo 3

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

NOMBRE: _____ EDAD: ____/____/____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

NOMBRE DEL EXAMINADOR: _____

EXPLICACIÓN VERBAL

1. ¿Qué está haciendo la figura?
2. ¿Qué edad tiene el dibujo?
3. ¿Es casado (a)?
4. ¿Tiene hijos?
5. ¿Con quién vive?
6. ¿En qué trabaja?
7. ¿Cuáles son sus ambiciones o sueños?
8. ¿Es elegante?
9. ¿Es fuerte?
10. ¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué?

11. ¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por qué?
12. ¿Tiene preocupaciones?, cuáles.
13. ¿Está triste o feliz?, porqué.
14. ¿Qué es lo que le enoja?
15. ¿Confía en las personas?, porqué.
16. ¿A quién le recuerda o se le parece la figura?
17. ¿Quiere usted ser como él o ella?, porqué.

Anexo 4

TEST DE FIGURA HUMANA-MACHOVER

MATERIAL: 2 hojas de papel bond blanco, tamaño carta, 1 lápiz mongol No. 2, 1 hoja para las anotaciones de la conducta observada, 2 encuestas.

ADMINISTRACIÓN: Individual, cara a cara.

INSTRUCCIONES: Consigna para su aplicación. “quiero que dibuje en esta hoja a una persona”. Se presenta la hoja en forma vertical. Si el sujeto pregunta sobre la identificación del sexo del dibujo se le indica “dibújelo como usted quiera”. Al finalizar el dibujo se anota lo siguiente en la parte superior de la hoja: nombre del paciente, edad, fecha de aplicación, número de dibujo (No. 1).

Al finalizar el primer dibujo, se aplica la encuesta, haciendo las preguntas y el examinador escribe las respuestas.

Se le proporciona otra hoja y se le indica: “dibuje en esta hoja a otra persona, del sexo opuesto al anterior dibujo”. Cuando termine se le anotan los datos en la hoja: nombre del paciente, edad, fecha de aplicación, número de dibujo (No. 2).

CRITERIOS PARA SU INTERPRETACIÓN

La interpretación debe tomar en cuenta los aspectos: edad, sexo, historia personal, anamnesis, otros test proyectivos y otros criterios de evidencia, importante la conducta del sujeto durante la prueba, el dibujo, la encuesta.

I. TEMA:	DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:
Figura anónima/figura estereotipada (soldado, policía, bombero, otros) grado de identificación a nivel de fantasía, papel social o imagen representada. Más joven que el sujeto fijación emocional en esa edad o deseo de volver a ella/tendencia	

regresiva. Más viejo que el sujeto identificación con la imagen de los padres (ausencia o presencia extrema).	
II. MOVIMIENTO	DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:
<p>Desde una extrema rigidez hasta una gran movilidad: paseando, caminando, en posición de combate, saludando, saltando, jugando, orando, otros. Se interpreta dentro del contexto total de la figura, tomando encuentra el tema y los miembros del cuerpo involucrados en él. Es la representación en él. Es la representación del individuo frente al mundo. Los pre-adolescentes dibujan figuras con mucho movimiento. Un adulto que dibuja mucho movimiento suele ser impulsivo y activo. Es mejor el movimiento que la extrema rigidez. Dibujos estáticos pueden ser de individuos con serios conflictos sobre los cuales mantienen un control rígido pero frágil. Una persona sentada, reclinada, indica un bajo nivel de energía, falta de impulso o agotamiento emocional. Si la figura es mecánica hace suponer estados psicóticos.</p>	
III. SUCESIÓN	DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:

<p>Se refiere al orden en que se dibujan las partes y el tratamiento o atención especial a alguna área. En cuando al orden del dibujo lo más frecuente es trabajar de arriba abajo (no necesariamente). Lo que se deja de último o se evita por largo tiempo puede ser un área de conflicto. La sucesión de las líneas, comenzar con líneas inseguras, borrarlas y luego dibujar de nuevo para dar la sensación de seguridad. Dibujo `por partes y luego que unen puede ser problemas de auto-enfoque y autodirección.</p>	
<p>IV. SIMETRÍA</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>
<p>Un exceso de simetría en el dibujo se relaciona con estados obsesivo-compulsivos por su rigidez o excesivo control emocional, también con estados fuertes depresivos. Como una defensa contra estados emocionales reprimidos o como protección contra un ambiente amenazador. La ausencia de simetría puede relacionarse con problemas en la coordinación psicomotriz o del esquema corporal, escaso control yoíco relacionado con sentimientos de inseguridad.</p>	
<p>V. LINEA MEDIA</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>

<p>Es el eje del cuerpo y puede estar señalada a través de la manzana de Adán, corbata, botones, hebilla, línea de las piernas, o línea vaga que pasa por la mitad del tronco. Un énfasis se relaciona con la preocupación somática, sentimiento de inferioridad e inmadurez emocional. Individuos de edad avanzada que van perdiendo su potencia física y son incapaces de aceptarlo, marcan un énfasis imperfecto en la línea media.</p>	
<p>VI. TAMAÑO</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>
<p>El tamaño del dibujo en relación con el espacio en blanco, representa la relación dinámica del sujeto con su ambiente en conexión con su autoestima. A través de otros rasgos del dibujo, historia del individuo y su conducta, nos daremos cuenta si el tamaño del dibujo está relacionado con la imagen parental. Figura pequeña: Se formula la hipótesis de que el examinando se siente pequeño o inadecuado y responde a las exigencias del medio, con sentimientos de inferioridad y retraimiento al sentirse rechazado. Figura grande: El sujeto responde a la presión ambiental con sentimientos de agresión y con expansión. Imagen parental: se</p>	

<p>refiere a la relación o conexión con los roles paterno y materno. Figura grande: nos indica que el progenitor es fuerte, capaz y digno de confianza, o bien es amenazador, agresivo o punitivo. Figura pequeña: señala una infravaloración de la imagen parental. Dibujo promedio: el individuo no se siente presionado por el ambiente y se relaciona adecuadamente.</p>	
<p>VII. POSICIÓN</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>
<p>Hay cinco posibilidades que son: Mitad inferior: estabilidad y serenidad, con tendencias depresivas. Mitad superior: la persona siente que está realizando esfuerzo en su vida y a veces que su meta es inalcanzable. Búsqueda de soluciones en la fantasía y no en la realidad. Centro: autodirección, adaptación, centrados en sí mismos y con alta seguridad. Lado izquierdo: tendencia a la regresión, inmadurez e introversión. Lado derecho: los rasgos pueden ser variados pero tienen en común una tendencia al negativismo o a la rebelión.</p>	
<p>VII. TIPO DE LÍNEA</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>
<p>Presión: la presión del lápiz sobre el papel es un indicador del nivel energético del individuo. Presión baja: restricciones o</p>	

<p>represiones internas/externas. Líneas pequeñas y débiles, depresión o desubicación. Presión fuerte: agresión o tensión. Línea gruesa en el contorno del cuerpo: barrera entre el individuo y el ambiente. Los adictos a veces usan esta línea gruesa en sus dibujos. Línea ligera: quebrada o débil, la hacen algunos alcohólicos.</p> <p>Trazo: trazos largos autocontrol, trazos cortos impulsividad. Trazos rectos, autoafirmativos. Trazos circulares más dependientes y timidez. Trazos hacia afuera del dibujo extroversión. Las personas normales tienden a hacer líneas que fluyen libremente, decididas y con buen control. Las líneas desconectadas pueden ser indicios de una persona con problemas psicóticos.</p>	
<p>IX. DETALLES</p>	<p>DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:</p>
<p>Detalles agregados al dibujo: interpretación de los significados simbólicos de los objetos implicados.</p> <p>Tratamiento detallado de la figura: empleo de detalles excesivos en el dibujo o de una parte del cuerpo es síntoma de obsesiones-compulsiones.</p>	

X. INDICADORES DE CONFLICTO	DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:
<p>Borraduras: expresión de ansiedad, compulsiones, inseguridad.</p> <p>Sombreamiento: ansiedad, necesidad de ocultar, depende el área implicaciones con identidad sexual o conflicto de roles.</p> <p>Omisión: hay que analizar y evaluar la parte corporal omitida y sus implicaciones.</p> <p>Transparencias: son frecuentes en esquizofrénicos, pacientes con lesión o daño cerebral.</p>	
XI. TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LAS FIGURAS	DESCRIPCIÓN Y CALIFICACIÓN:
<p>El orden en que se dibuja las figuras tiene su importancia interpretativa. Lo esperado es que se dibuje primero la figura del propio sexo. En caso contrario puede ser inversión sexual, confusión de identidad del rol sexual, apego a la figura paterna del sexo opuesto, regresión.</p> <p>Los dibujos deben tener una diferencia notable entre hombre-mujer, las figuras que son iguales hombre-mujer, las figuras que son iguales hombre-mujer hacer pensar en inadecuada realización del rol sexual.</p>	

Aplicado por: _____

Calificado por: _____

Fecha de aplicación: _____

Fecha de calificación: _____