



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

**Estudio de caso: Trastorno de estrés postraumático en una niña de 8 años a
causa de abuso sexual por parte de un familiar**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Jackeline Anabella Jiménez Franco

Guastatoya, agosto 2020

**Estudio de caso: Trastorno de estrés postraumático en una niña de 8 años a
causa de abuso sexual por parte de un familiar**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Jackeline Anabella Jiménez Franco

Lic. Edi Román Urías Morales (Asesor)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisor)

Guastatoya, agosto 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

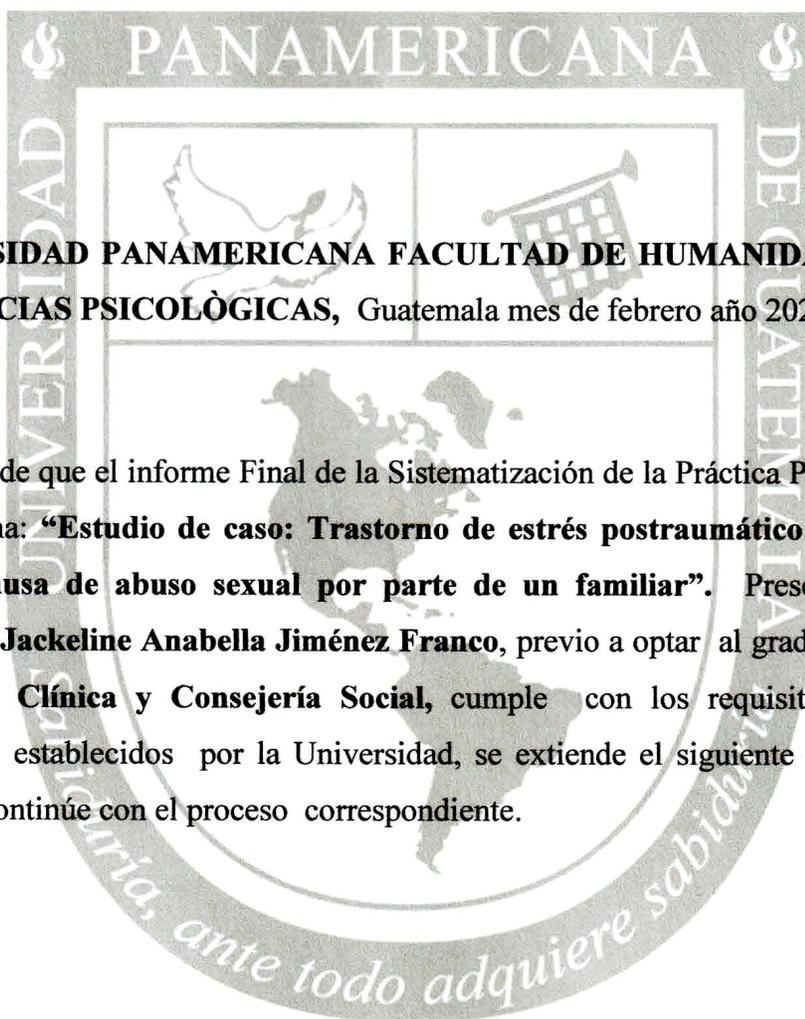
Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

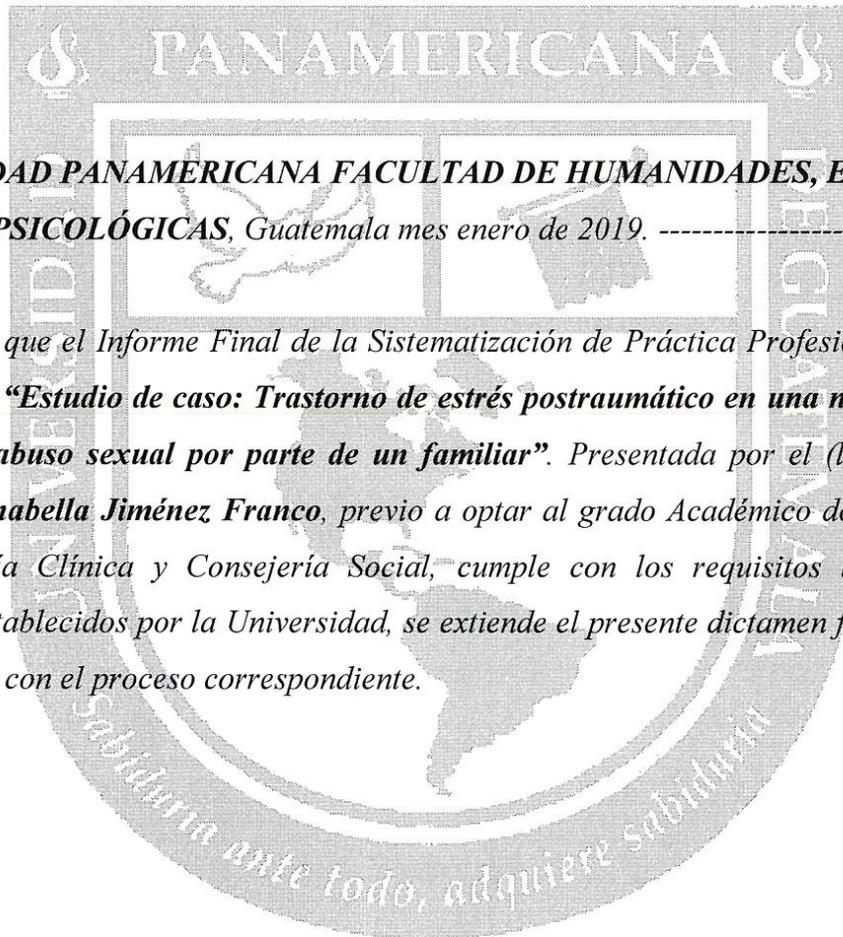


UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de febrero año 2020. -----

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 niña de 8 años a causa de abuso sexual por parte de un familiar”**. Presentada por el (la) estudiante **Jackeline Anabella Jiménez Franco**, 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 siguiente 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 enero de 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: Trastorno de estrés postraumático en una niña de 8 años a causa de abuso sexual por parte de un familiar”. Presentada por el (la) estudiante: **Jackeline Anabella Jiménez Franco**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

M.A. Eyma Castro de Marroquín
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, julio 2020. -----

En virtud que el presente informe final la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Trastorno de estrés postraumático en una niña de 8 años a causa de abuso sexual por parte de un familiar", presentado por el (la) estudiante: Jackeline Anabella Jiménez Franco, 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



 1779

 upana.edu.gt

 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

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	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Visión	5
1.6 Misión	5
1.7 Programas establecidos	5
1.8 Justificación de la investigación	6
Capítulo 2	7
Marco teórico	7
2.1 Definición de Trastorno por estrés postraumático	7
2.1.1 Especificación	7
2.1.2 Síntomas y trastornos asociados	8
2.2 Curso	8
2.3 Prevalencia	8
2.4 Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10	9
2.5 Diagnóstico diferencial	9
2.6 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático	9
2.7 Cuestiones de sexo	10
2.8 Cuestiones culturales	10
2.9 Factor de riesgo y protección	11
2.10 Recuerdos intrusivos	11
2.11 Respuesta del cortisol al trauma	11
2.12 Respuesta psicofisiológica en el trastorno de estrés postraumático	12

2.13 Alteraciones morfológicas exploradas mediante técnicas de neuroimagen	12
2.14 Factores psicofisiológicos del estrés	12
2.15 Principios del tratamiento	13
2.16 Transferencia y contratransferencia	13
2.17 Evaluación y diagnóstico	14
2.18 Tratamiento del trastorno de estrés postraumático orientado a la fase del trastorno	14
2.19 Primera fase: reconocimiento y psicoeducación	15
2.20 Segunda fase: dominio y estabilización	15
2.21 Tercera fase: eliminación del condicionamiento de las respuestas traumáticas y superación del miedo a los recuerdos	16
2.22 Cuarta fase: reestructuración de los esquemas cognitivos relacionados con el trauma: psicoterapia de grupo para el trastorno de estrés postraumático	16
2.23 Quinta fase: exposición a experiencias reparadoras	16
2.24 Objetivos para el tratamiento farmacológico en el trastorno de estrés postraumático	17
2.25 Farmacoterapia para el trastorno por estrés postraumático	17
2.26 Hipnosis para el trastorno por estrés postraumático	18
2.27 Tratamiento psicodinámico del trastorno por estrés postraumático	18
2.28 Terapia de grupo y familiar para el trastorno por estrés postraumático	18
2.29 Mecanismos serotoninérgicos	19
2.30 Fármacos antidepresivos	19
2.31 Estabilizadores del estado de ánimo	20
Capítulo 3	21
Marco metodológico	21
3.1 Planteamiento del problema	21
3.1.1 Problemática del caso de estudio	21
3.2 Pregunta de investigación	24
3.3 Objetivo general	24
3.4 Objetivo específico	24
3.5 Alcances y límites	25

3.6 Metodología	26
Capítulo 4	29
Presentación de resultados	29
4.1 Sistematización del estudio de caso	29
4.1.1 Motivo de consulta	30
4.1.2 Genograma	31
4.1.3 Antecedentes	31
4.1.4 Examen mental	33
4.1.5 Resultado de las pruebas	34
4.1.6 Impresión diagnóstica	37
4.1.7 Recomendaciones	38
4.1.8 Plan terapéutico	38
4.1.9 Análisis de resultados	41
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	49
Tabla de investigación	50
Rendimiento académico	51

Resumen

El presente trabajo expone el caso de estudio que se llevó a cabo en el curso de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la carrera Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana de Guatemala con sede en el Progreso Guastatoya. El cual como parte del proceso de práctica la alumna Jackeline Anabella Jiménez Franco, llevo a cabo en el Hospital El Progreso con una duración de 10 meses.

El marco de referencia se encuentra en el capítulo 1 y se fundamenta con información detallada sobre los antecedentes, descripción, ubicación, organización, visión, misión, programas establecidos, justificación de la investigación.

En el capítulo 2 que es el marco teórico menciona las bases teóricas y científicas que soportan y dan fe a la problemática de la investigación sobre el trastorno por estrés postraumático. En el capítulo 3 se presenta toda la información de lo que es el planteamiento del problema, la problemática del caso de estudio, pregunta de investigación, objetivo general y objetivos específicos, alcances y límites, así mismo detalla la metodología y el procedimiento del caso de estudio en cual se fundamenta con pruebas proyectivas y apoya a un buen diagnóstico.

En el capítulo 4 describe con detalles la presentación de resultados, en el cual presenta todos los datos de la sistematización del caso de estudio, en el que incluye todos los datos de la paciente, familiar, social, personal, educativo. A si mismo se exponen los instrumentos aplicados donde cada prueba se interpreta con bases científicas. En este mismo capítulo incluye resultados cualitativos, impresión diagnóstica y el plan terapéutico que se llevó a cabo según las necesidades psicológicas presentadas en el estudio de caso, conclusiones, recomendaciones.

Introducción

La presente investigación se realizó en el Hospital El Progreso clínica de psicología ubicada en el área de consulta externa en el cual se efectúan evaluaciones psicológicas, donde la población ha sido víctima de algún tipo delito sexual o cualquier otra forma de violencia que atente contra su integridad. Se debe tener presente que la gravedad del evento traumático genera diversos cambios en el estilo de vida de las personas, la mayoría de los individuos son capaces de regresar a un funcionamiento relativamente normal en pocos días. Por otro lado, los que no pueden readaptarse desarrollan un estado crónico que los incapacita a realizar en algún grado sus actividades diarias y desarrollar un Trastorno por estrés postraumático.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, para ello se estableció una muestra de casos, donde se elaboraron instrumentos de evaluación lo que permitió la recolección y procesamiento de datos y a su vez estos fueron sometidos a un análisis descriptivo e inferencial para determinar su validez. Se ha demostrado que las agresiones sexuales son las que generan el mayor número de casos de Trastorno por Estrés Postraumático.

Además se comprobó las hipótesis planteadas dando como resultado que cuando los síntomas del trastorno tienen una cronicidad alta la disfunción familiar aumenta, la inestabilidad que genera ser víctima de un evento traumático aumenta el aislamiento de la persona y cuando existe mayor violencia durante el hecho existe una alta probabilidad de desarrollar el trastorno por Estrés Postraumático. Por esta razón, es necesaria una investigación que profundice esta problemática dado que los niños, niñas y adolescentes están expuestos a potenciales eventos traumáticos, los que pueden causar un Trastorno por Estrés Postraumático.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Guastatoya, tiene origen Nahoá, fue fundada por los españoles en la época colonial por un sacerdote jesuita. Ha sufrido cambios en su integración como municipio, ya que después de su fundación, paso a formar parte del distrito cuarto del circuito de Acasaguastlán el 11 de Octubre de 1,825; luego el 24 de noviembre de 1,873 fue anexado a Jalapa; después segregado de Jalapa en 1,908 para formar con otros municipios el departamento de El Progreso; y luego en 1,920 paso a formar parte del departamento de Guatemala; y en 1,934 fue decretado nuevamente como departamento por el general Ubico. El 4 de febrero de 1,976, la ciudad de Guastatoya fue destruida en su totalidad y actualmente está reconstruida con construcciones modernas. El 30 de junio de 1,984 se decretó que El Progreso recupera su nombre original, Guastatoya.

Está ubicada en la región del centro del país, con una latitud norte de 14 51 18 y una longitud de 90 04 12 del meridiano de Greenwich, está a 516.90 metros sobre el nivel del Mar, ocupa 1.5 Km. Y se encuentra dividida en seis barrios: Las Joyas, Minerva, La Democracia, El Calvario, El porvenir, El Golfo, y dos colonias, está conectada con la ciudad capital con carretera asfaltada de la que dista 74 Km. Y tiene las siguientes colindancias:

Al norte con San Agustín AC. Y Morazán

Al Sur colinda con Sansare.

Al Oriente colinda con el Júcaro y San Cristóbal Ac.

Al Poniente colinda con Sanarate y San Antonio La Paz.

Villas de Acceso: Carretera del Atlántico y Línea férrea.

1.2 Descripción

La sistematización de práctica se llevó a cabo en el Hospital del Progreso que se ubica en el corredor de la ruta al atlántico, sobre el kilómetro 75, con supervisión con la licenciada Ana Gabriela Martínez encargada de la clínica de violencia sexual junto al director del Hospital El Progreso Benedicto Luna autorizaron que se llevara a cabo la sistematización de practica asignando varios casos, con la finalidad de fortalecer mecanismos de defensa a cada uno de los pacientes atendidos en las diferentes áreas. La práctica inicio el 20 de enero de 2017, asistiendo los días miércoles, jueves, viernes finalizando el 20 de noviembre.

1.3 Ubicación

Cabe mencionar que el Hospital Nacional Guastatoya, se ubica en el corredor de la ruta al atlántico, sobre el kilómetro 75, jurisdicción de la cabecera departamental, situándose los hospitales más próximos en el departamento de Zacapa (km. 148) y en la ciudad capital, convirtiéndose el hospital antes mencionado en un punto estratégico en casos emergentes que suceden frecuentemente sobre la ruta al atlántico.

Dirección: Barrio minerva, El Progreso Guastatoya.

Numero de finca: 3489

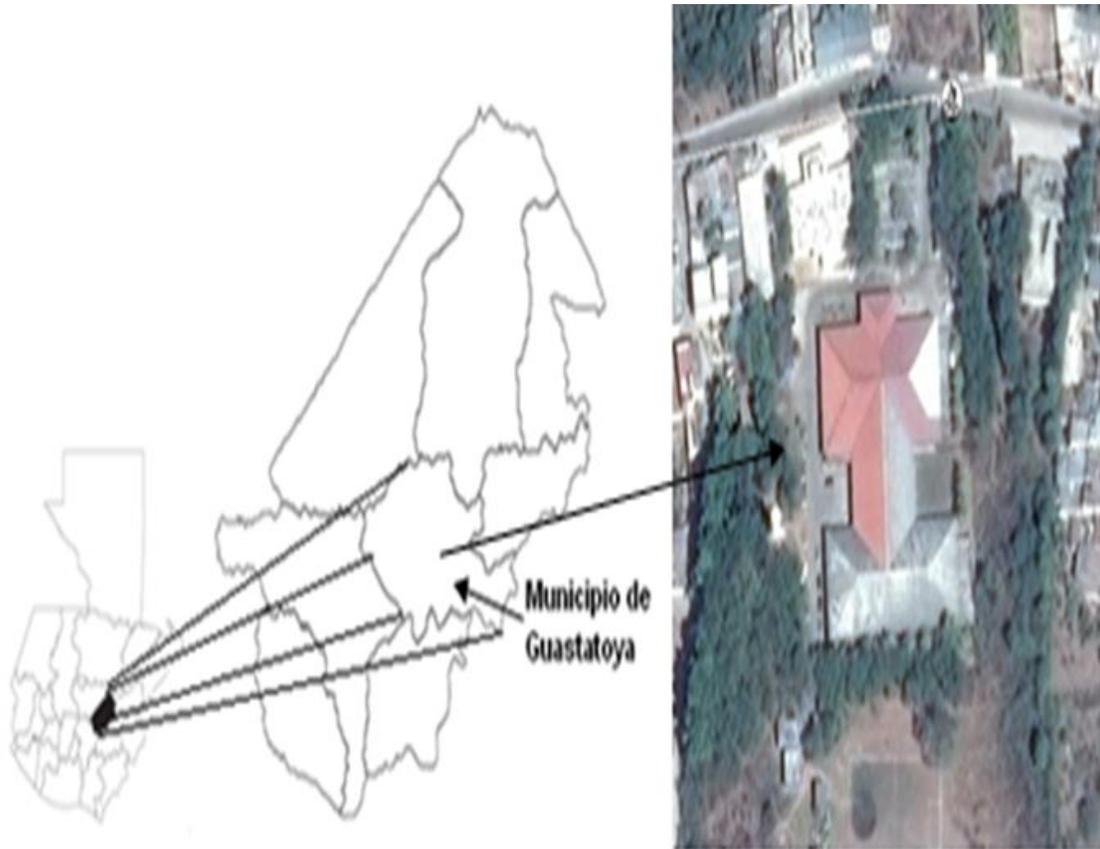
Folio: 85

Libro: 24

Propietario: Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social.

Finca urbana

Imagen 1
Ubicación geográfica Hospital El Progreso Guastatoya



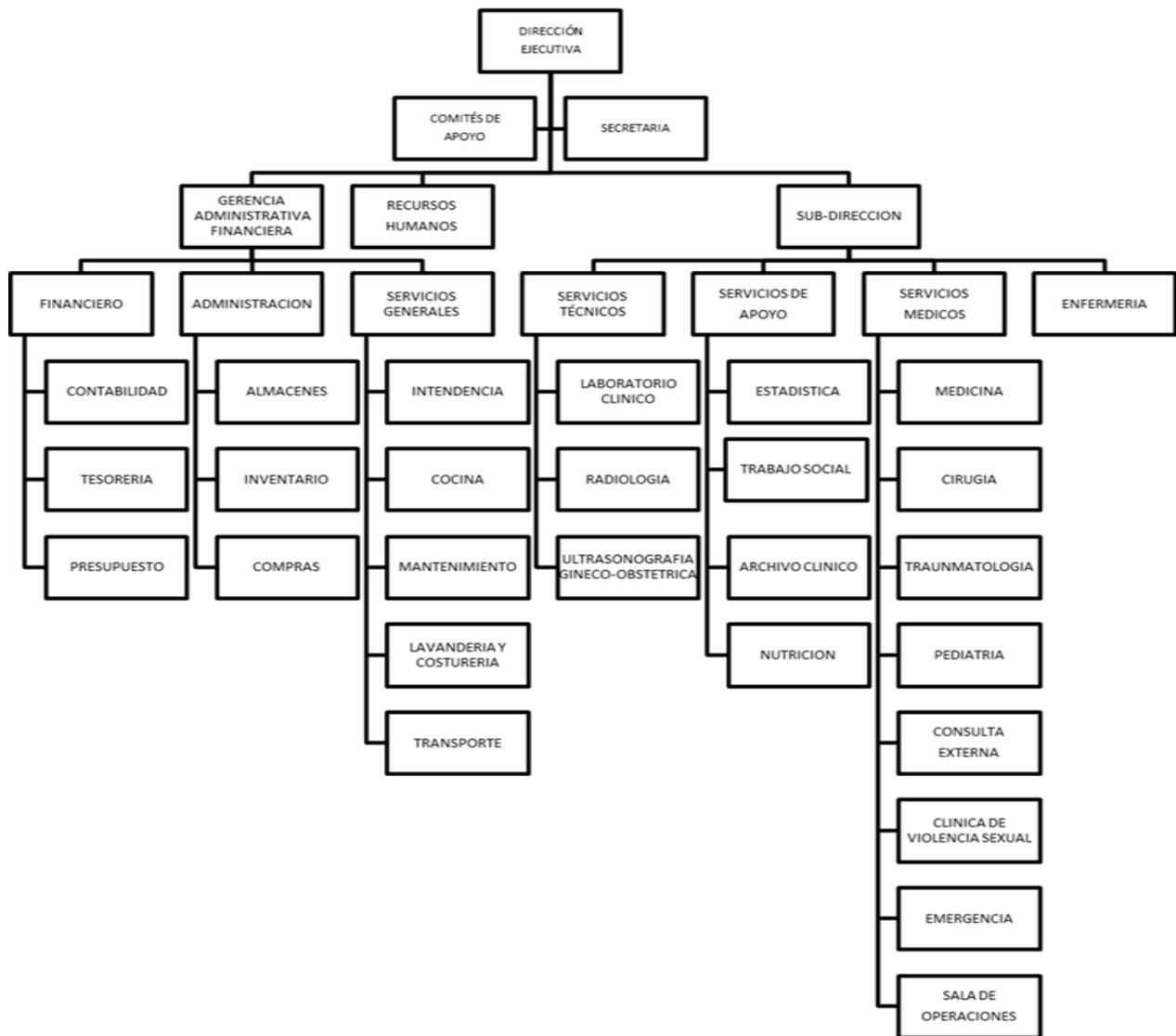
Fuente: Archivos digitales Hospital El Progreso.

1.4 Organización

La estructura organizacional del Hospital El Progreso corresponde a una línea de orden jerárquico vertical, encabezado por un director ejecutivo del cual se derivan siete áreas específicas las cuales son la base administrativa y operativa a nivel medio. Su representación gráfica es a detalle fácil de comprender ya que se aprecia cómo se delegan funciones y responsabilidades en cada uno de los mandos. Esta estructura es típica en las dependencias del Estado y su ámbito operacional está

regido en base a manuales diseñados para el funcionamiento eficiente administrativamente hablando.

Imagen 2
Organigrama del Hospital El Progreso Guastatoya



Fuente: archivos digitales del Hospital El Progreso.

1.5 Visión

Orientar sus intervenciones hacia la conformación de un verdadero sistema integrado de los diferentes servicios con que cuenta, está la prevención, curación, rehabilitación y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles con atención de calidad, eficiencia y profesionalismo para todos los pacientes que demanden el servicio.

1.6 Misión

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los habitantes de nuestra comunidad. Coordinar entre los diferentes niveles de atención las intervenciones pertinentes para mantener la prestación de los servicios con calidad con el fin de prevenir, curar rehabilitar y controlar la Morbimortalidad. Manejando los recursos con la eficiencia, eficacia y transparencia en cada uno de los departamentos y servicios de producción hospitalaria.

1.7 Programas establecidos

El Hospital Nacional de El Progreso, ejerce dos funciones:

A Nivel Preventivo

A Nivel Curativo

A nivel preventivo: este nivel, se desarrollan programas y proyectos con énfasis en atención primaria en salud, contando para el efecto con el personal técnicamente capacitado para desarrollar los programas que redundan en la salud de la población.

A nivel curativo cuenta con servicios de:

- Emergencia

- Encamamiento
- Medicina
- Cirugía
- Ginecología
- Pediatría
- Observación

Con capacidad de 56 camas con servicios de apoyo tales como:

- Trabajo Social
- Rayos x
- Laboratorio
- Lavandería
- Cocina
- Personal de Mantenimiento.
- Intendencia

Además cuenta con especialistas en Anestesia, Gineco- obstetricia Pediatría, Medicina interna, Cirugía, traumatología. Actualmente funge como médico Director Dr. Vinicio David Enríquez Pinto y como gerente administrativo y financiero el TU. Henio Rolando Aguilar.

1.8 Justificación de la investigación

Se realizó la siguiente investigación y trabajo de campo, en el Hospital El Progreso Guastatoya departamento de Guatemala, con el objetivo de obtener el título que me acredite como licenciada en psicología clínica y consejería social egresando satisfactoriamente de la Universidad Panamericana con sede en el Progreso Guastatoya.

Capítulo 2

Marco teórico

Este capítulo se basa por medio de métodos científicos e investigaciones que detallan la información, y el interés por el trauma psicológico analizando la problemática del trastorno por estrés postraumático del caso de sistematización de práctica profesional dirigida en el Hospital El Progreso.

2.1 Definición de Trastorno por estrés postraumático

Según el Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) explica que: La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. (1995: p., 434, 435).

2.1.1 Especificación

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

- Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
- Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. (p., 436).

2.1.2 Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con trastorno por estrés postraumáticos pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal , (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros encarcelamientos como prisionero de guerra, o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas : afección del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza desesperación o desesperanza, sensación de prejuicio permanente , pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro con las relaciones con los demás y alteración de las características de la personalidad previas. (1995: p, .436).

2.2 Curso

Según lo descrito en el Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (1995)

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. (p. 437).

2.3 Prevalencia

En el Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (1995) se explica

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o

atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %. (Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, 1995, p. 437).

2.4 Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados:

Éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo». El diagnóstico de la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSMIV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas. (Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, 1995, p. 438, 439).

2.5 Diagnóstico diferencial

“En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (p. ej., un peligro para la vida”... (1995:438).

2.6 Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

Los criterios establecidos en el DSM- IV- TR (1995) son los siguientes:

A. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones...

Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones...

Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

Dificultades para concentrarse. (p. 439, 440).

2.7 Cuestiones de sexo

En la mayoría de los estudios publicados del TEPT han intervenido varones veteranos de guerra, pero se están acumulando indicios de que las mujeres tienden a presentar TEPT con más frecuencia. (Breslau y cols., 1997). ¿Responden los varones y las mujeres con TEPT por igual a medicamentos concretos? El asunto del tratamiento y de la inocuidad de la medicación para las mujeres en edad fértil reviste también interés. (p.477).

2.8 Cuestiones culturales

Hay pocos datos sobre el efecto de los factores culturales en el diagnóstico o tratamiento del TEPT. En general, los estudios se han realizado en Estados Unidos, Israel y algunos países Europeos, pero todavía no ha sido posible comparar ningún tratamiento entre culturas o entre grupos etnoculturales de un mismo país. Quizá existan diferencias importantes en la posología,

metabolismo o alimentación, así como la falta validación de algunas escalas calificadoras en algunas culturas.

2.9 Factor de riesgo y protección

Parece evidente que el principal factor de riesgo es la exposición a un acontecimiento traumático. Existen ya numerosos estudios sobre la influencia que la naturaleza de dicho acontecimiento tiene sobre el desarrollo posterior de TEPT. Así la exposición a agresiones en el curso de delitos con violencia produce riesgo de padecer TEPT que llega, en las cifras máximas detectadas, a aproximadamente el 50% de las víctimas, las víctimas de violación presentan sin embargo cifras de TEPT que superan de manera consistente el 70% de los casos. Aunque existen otros estudios en las que no se supera el 37%.... se estima que el riesgo de las mujeres es el doble del de los varones en presencia de similares acontecimientos traumáticos. Sin embargo, las víctimas de violaciones desarrollan TEPT en función de haber o no resultado heridas físicamente...

2.10 Recuerdos intrusivos

“Los recuerdos involuntarios pueden repetirse de forma espontánea o desencadenarse con una serie de estímulos reales o simbólicos, a saber, recuerdos, sensoriales y visuales intensos de los acontecimientos, que se acompañan, o no, de malestar fisiológico y psicológicos extremos. A veces ocurren con calidad disociativo, propia de las imágenes retrospectivas, o también durante el sueño. “(Tratado de los trastornos de ansiedad y patología del trastorno de estrés postraumático, 2002, p.438)

2.11 Respuesta del cortisol al trauma

Resnick y cols. (1995) examinaron horas después a mujeres víctimas de violaciones que habían acudido al servicio de urgencias horas después y hallaron que las mujeres con antecedentes de

violación o de agresiones presentaban cifras significativamente más bajas de cortisol (hormonas del estrés) que las que no tenían antecedentes de este tipo. (p.454)

2.12 Respuesta psicofisiológica en el trastorno de estrés postraumático

Shalev y cols. (1998) estudiaron a víctimas de trauma que habían acudido a un servicio de urgencias y fueron evaluadas, desde el punto de vista fisiológico en el momento del ingreso, 1 semana y 1 mes después del trauma. Se halló que la frecuencia cardíaca inicial en el servicio de urgencias de los pacientes que finalmente presentaban trastorno de estrés postraumático.

2.13 Alteraciones morfológicas exploradas mediante técnicas de neuroimagen

La idea de que el TEPT puede coexistir con lesiones hipocámpales ha orientado gran parte de los estudios de neuroimagen hacia la exploración de esta zona cerebral. Los hallazgos son hasta el momento modestos, aunque se han encontrado disminuciones del volumen del hipocampo de hasta el 8% en afectados de TEPT frente a controles en un estudio usando resonancia magnética (RM) cerebral (72).

2.14 Factores psicofisiológicos del estrés

Por otra parte, las investigaciones psicofisiológicas sobre situaciones estresantes aportaron un eslabón a la comprensión del modo de acción de los acontecimientos exteriores sobre nuestro cerebro emocional. Se postuló que el cerebro se halla provisto de una “barrera para el estímulo” que lo protege contra excitaciones exteriores bruscas o excesivas, que podrían trastornar el equilibrio o la integración de las funciones esenciales. Cuando la excitación externa sobrepasa la barrera de los estímulos, se considera que existe un “trauma psíquico” con la consiguiente desorganización del funcionamiento psíquico. Con el tiempo, la barrera se reorganizaría, con lo que el trauma tendría sólo un efecto transitorio.

2.15 Principios del tratamiento

Las personas que manifiestan un TEPT se “aferran” al trauma: continúan reviviendo el trauma en sus pensamientos, sentimientos, acciones o imágenes. Luego comienzan a organizar sus vidas para evitar que aparezcan estos sentimientos o sensaciones. La evitación adopta múltiples formas distintas: alejamiento de situaciones, personas o emociones que evocan al suceso traumático... que embotan la conciencia de un estado emocional desagradable, o uso de la disociación para separar las experiencias desagradables de la conciencia.

La sensación crónica de desesperanza, la hiperactivación, fisiológica y otros cambios relacionados con el trauma pueden modificar de modo permanente la forma de afrontar el estrés, alterar el concepto de uno mismo y enturbiar la visión del mundo como un lugar controlable.... Las personas traumatizadas no toleran bien las emociones intensas ni la consideración de cogniciones potencialmente desagradables sin sentirse desbordadas (van der Kolk y Ducey, 1989). En general, experimentan su mundo interior como una zona de peligro llenas de pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma. Casi siempre invierten su energía en no pensar en el trauma en vez de en atender al presente y planear el futuro. Esta evitación de los estímulos emocionales entorpece su capacidad para aprender de la experiencia actual y, de manera paradójica, refuerza sus vínculos con el pasado.

2.16 Transferencia y contratransferencia

El paciente suele sentir desconfianza, traición, desesperanza, nostalgia y odio hacia el terapeuta. El procesamiento de estos sentimientos de transferencia y no su consideración como una resistencia a las buenas intenciones del terapeuta. El procesamiento de estos sentimientos suele marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso terapéuticos. Entender los sentimientos de transferencia y de contratransferencia quizá construya el arma terapéutica más potente que la que dispone el terapeuta. Si no se asume en todo momento este concepto, los sentimientos que agita la confrontación con el horror, la crueldad y la traición evocaran en el terapeuta emociones intensas

que puedan obstaculizar un tratamiento eficaz; sin embargo, si se canalizan adecuadamente, refuerzan la eficacia del tratamiento (Pearlman y Saakvitne, 1995; J.P. Wilson y Lindy, 1994).

2.17 Evaluación y diagnóstico

El modo en que una persona afronta los recuerdos del trauma depende de una serie de talentos y vulnerabilidades preexistentes, así como de las acciones emprendidas, o no, en el momento del trauma. El estilo de afrontamiento habitual, la exposición a experiencias traumáticas previas, el apoyo social, los antecedentes psiquiátricos, médicos, sociales, familiares y laborales, y las creencias culturales y religiosas contribuyen a la organización final de la experiencia traumática. Todos estos factores deben valorarse al planificar el tratamiento.

El profesional sanitario ha de revisar en todo momento si el tratamiento está actuando y sopesar cuál de las intervenciones resulta más eficaz para un problema concreto relacionado con el trauma. Aunque el trabajo clínico casi nunca llegue a alcanzar las normas rigurosas de los estudios de investigación, conviene que los clínicos intenten encontrar una medida objetiva para saber si el tratamiento está actuando. Durante este proceso el clínico deberá prestar atención a una serie de problemas postraumáticos relativamente independientes.

2.18 Tratamiento del trastorno de estrés postraumático orientado a la fase del trastorno

Para alejarse del dominio de los recuerdos intrusivos del pasado traumático y dejar interpretar los acontecimientos desagradables como retorno del trauma, el paciente debe recuperar el control sobre sus respuestas emocionales y situar el trauma, dentro de la perspectiva más amplia de su vida, como algo que ocurrió pero que, en principio no deberá repetirse si la persona es capaz de hacerse cargo de sí misma. La psicoterapia debe abordar tres aspectos esenciales del TEPT. a) Establecer una sensación de seguridad y de control para que el paciente pueda aproximarse a los recuerdos del trauma; b) deshacer el condicionamiento del miedo y de la ansiedad relacionados

con los propios recuerdos traumáticos, y c) restaurar un sentimiento de integridad y de control personales al indicar el camino para que las víctimas de trauma den sentido a su vida. Así pues el terapeuta puede hacer uso de diversas técnicas para restituir la sensación de control personal, romper el condicionamiento de la ansiedad y mantener relaciones fructíferas con los demás.

2.19 Primera fase: reconocimiento y psicoeducación

Antes de que pueda iniciarse la psicoterapia deben considerarse muchos aspectos prácticos: las víctimas de desastres naturales necesitan asegurar sus pertenencias y encontrar cobijo, las mujeres maltratadas requieren un lugar seguro y los niños sometidos a abusos sexuales y físicos precisan un lugar seguro. Aunque el trauma se infligido por agentes externos, es esencial saber de quien se fía el paciente para recibir una ayuda practica y emocional; averiguas sus mecanismos habituales y de afrontamiento....

2.20 Segunda fase: dominio y estabilización

El tratamiento reside en aprender a dominar y “adueñarse” de las experiencias propias. Esto significa que el paciente a de encontrar los caminos para restituir la sensación de seguridad y de confianza en sus percepciones y sentimientos. Desenmarañar las reacciones instantáneas a los episodios estresantes de la nueva vivencia del trauma suele resultar complicado, sobre todo para las víctimas de trauma interpersonales crónicos. Durante esta fase, la paciente a de aprender a identificar y dar valor a las emociones, reconocer y utilizar el apoyo social, planear la acción y descubrir vías para sentirse seguro, para seguir los pasos de la actividad normal y para recuperar el control sobre un circulo cada vez más amplio de los aspectos cotidianos. (Foa y cols., 1991; Linehan, 1993; va der Hart y cols., 1993). Los pacientes con disociación elevada deben aprender a controlar este síntoma bajo el estrés antes de que puedan corregir activamente los recuerdos de sus experiencias traumáticas.

2.21 Tercera fase: eliminación del condicionamiento de las respuestas traumáticas y superación del miedo a los recuerdos

A veces, el tratamiento puede finalizar cuando el paciente ha adquirido cierto grado de estabilidad, control y perspectiva. No siempre es necesario sacar a la luz el trauma antiguo. La terapia basada en la exposición controlada a los recuerdos traumáticos solo se precisa si las instrucciones emocionales, perspectivas o conductuales involuntarias, relacionadas con el trauma continúan obstaculizando la actividad global del individuo.

2.22 Cuarta fase: reestructuración de los esquemas cognitivos relacionados con el trauma: psicoterapia de grupo para el trastorno de estrés postraumático

Las concepciones de uno mismo y del mundo relacionadas con el trauma que tienen muchos pacientes con TEPT acaban dominando su existencia. Cuando la disociación es el elemento central para afrontar el trauma, puede haber una escisión: se mantienen algunos esquemas mentales, que coexisten con el esquema del trauma que solo se activa cuando la persona se expone a una situación difícil. La exposición a los episodios difíciles posteriores suele reactivar no solo a los recuerdos traumáticos; si no también los esquemas sobre uno mismo y los demás basados en el trauma para que la psicoterapia sea eficaz debe corregir el modo en el que el trauma modifica la sensación de autoeficacia, la capacidad para generar confianza y relaciones íntimas, la capacidad para negociar las capacidades personales, y la capacidad para sentir empatía hacia otras personas. (Herman, 1992; McCann y Pearlman, 1990). A menudo, la mejor manera de conseguirlo es con psicoterapia de grupo.

2.23 Quinta fase: exposición a experiencias reparadoras

Los pacientes con trastorno TEPT preocupados ante todo, por revivir o evitar sus recuerdos traumáticos no dejan apenas resquicio a las experiencias nuevas y gratificantes que les ayudarían a reparar las heridas antiguas. Conviene alentarles para que se expongan a experiencias que les

proporcionen sensación de dominio y de placer. La participación en actividades físicas, como deportes o aventuras en ambientes naturales; la experiencia física gratificadora de un mensaje o la creación artística pueden ser experiencias que el paciente construya sin estar contaminadas por el trauma y, por tanto, han de servir como núcleo de vivencias novedosas y gratificantes.

2.24 Objetivos para el tratamiento farmacológico en el trastorno de estrés postraumático

Los síntomas TEPT constituyen respuestas, tanto psicológicas como biológicas a un acontecimiento traumático definible, de tipo ambiental. Las dos categorías principales de síntomas que responden a la medicación son los síntomas nucleares y los secundarios (Davidson, 1997^a).

Los síntomas nucleares comprenden conglomerado sintomático elemental definido en el DSM-IV-TR. En teoría la medicación puede ejercer distintas funciones: sellar el malestar y propiciar una reanudación de las actividades cotidianas, normales y formar parte de un plan de tratamiento diseñado para desvelar el malestar y favorecer la resolución de la experiencia traumática en este último caso la medicación servirá como complemento de la psicoterapia en la elaboración del sufrimiento y del trauma. La medicación puede sufrir efecto si el objetivo son los síntomas de insomnio... y se pretende minimizar la molestia mientras el paciente procesa exposición traumática.

2.25 Farmacoterapia para el trastorno por estrés postraumático

El tratamiento sintomático con medicación puede ser percibido por los pacientes como un medio de aislar sus descripciones de la violencia y demás material relacionado con el trauma suprimiéndolos y alejándolos del terapeuta en lugar de ser un medio empático de proporcionar consuelo (Southwick y Yehuda, 1993), o bien como un signo de fracaso de recuperación.

2.26 Hipnosis para el trastorno por estrés postraumático

Las técnicas de hipnosis pueden resultar de utilidad para evocar los recuerdos traumáticos y manejar el efecto doloroso asociado a ellos (Spiegel y Cardena, 1990). Se moviliza la concentración intensamente focalizada típica de la hipnosis para acceder y elaborar los recuerdos traumáticos. Cuando la inducción de la hipnosis termina facilitan dejar aparte los recuerdos traumáticos hasta la siguiente intervención terapéutica. Además la disociación hipnótica favorece la separación entre el malestar somático y el psicológico. Esto se lleva a cabo teniendo un estado de relajación física, por ejemplo, flotando y representando los recuerdos traumáticos en una pantalla imaginaria.

2.27 Tratamiento psicodinámico del trastorno por estrés postraumático

En uno de los escasos estudios controlados, Brom y cols., (1989) asignaron aleatoriamente a 112 individuos con TEPT a desensibilización, hipnoterapia o psicoterapia dinámica breve. La duración del tratamiento osciló entre 14,4 y 18,8 sesiones, Brom y cols. Llegaron a la conclusión de que todos los tratamientos resultaron beneficiosos, que las diferencias eran pequeñas y que cada una de las modalidades no beneficio a todos los individuos. Al principio los participantes sometidos al tratamiento psicodinámico presentaron las menores mejorías en los síntomas intrusos. Sin embargo, los datos de seguimiento que los individuos del grupo psicodinámico tuvieron mayor mejoría durante la fase posterior a la terminación que los tratados con otros procedimientos. Este hallazgo sugiere que la terapia psicodinámica es capaz de movilizar mecanismos de afrontamiento que continúan funcionando después de su término. (Horowitz y cols., 1986).

2.28 Terapia de grupo y familiar para el trastorno por estrés postraumático

La soledad de los pacientes y la desconexión de otros supervivientes del trauma, así como su capacidad disminuida de mantener las relaciones, hacen que la familia sea un lugar vital en el que a menudo se experimenta dolor. En los pacientes con TEPT no tratados, las familias pueden desentenderse por alineación, inmiscuirse por los límites defectuosos y ser propensas al caos y las

crisis en respuesta al miedo de la cólera. El tratamiento supone: a) una dimensión psicoeducativa en la cual la comprensión del trastorno atenúa el reproche, la vergüenza y la estigmatización; b) alguna forma de revelación que transforma el suceso del que no se habla en uno susceptible de ser conocido, abordado y de tener un significado, c) aumento de la tolerancia a la atención entre un pasado inevitable y entre un pasado real (Rosenheck y cols., 1998).

2.29 Mecanismos serotoninérgicos

Cada vez hay más datos que indican que la serotonina (5-hidroxitriptamina (5-HT) es importante en el TEPT. El comportamiento de evitación condicionada, característico del grupo sintomático de “evitación” del TEPT (es decir, la evitación fóbica del trauma o sus recordatorios), es modulado por vías serotoninérgicas que se originan en el rafe dorsal y se proyectan hacia la amígdala (Kent y cols., 1998). Una vía adaptativa (es decir, una que puede fortalecer las respuestas de afrontamiento ante el estrés) también se inicia en el rafe medio e inerva el hipocampo. Además el efecto regulador de la serotonina sobre el sueño avala aún más la relevancia de la serotonina en el TEPT. Por último, como se analiza más adelante los medicamentos que aumentan la transmisión serotoninérgica son clínicamente eficaces en el TEPT.

2.30 Fármacos antidepresivos

Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) fueron los primeros antidepresivos utilizados en el tratamiento del TEPT. Algunos ensayos clínicos, en general con muestras pequeñas indicaban una discreta mejoría sintomática con la imipramina (tamaño de efecto: 0,25) (Frank y cols., 1988), una mejoría moderada con la amitriptilina (tamaño de efecto: 0,64) (Davidson y cols., 1990) y ausencia de ventajas con la desipramina (tamaño de efecto: 0,05) (Reist y cols., 1989). Los antidepresivos tricíclicos resultaron eficaces para los fenómenos de revivir la experiencia y los síntomas de activación, pero no para la evitación y el embotamiento. No se utilizan de forma generalizada por los efectos secundarios anticolinérgicos, en particular la cardiotoxicidad, en comparación con los ISR y los antidepresivos atípicos.

2.31 Estabilizadores del estado de ánimo

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo empleados en ensayos clínicos para tratar el TEPT. Comprende carbamazepina posee poderosas propiedades anti-kindling. En ensayos clínicos de pequeño tamaño, la carbamazepina disminuyó los síntomas de revivir el trauma, el insomnio, los síntomas de hiperactivación, la impulsividad y el comportamiento violento. (Keck y cols., 1992; Lipper y cols., 1986; Looft y cols., 1995). El valproato tiene menos actividad anti-kindling que la carbamazepina... otra sustancia de interés en TEPT es el litio, un estabilizador del estado de ánimo que altera el transporte de la serotonina. Dos pequeños ensayos abiertos de litio en el TEPT informaron la mejoría en los síntomas de hiperactivación (Kitchner y Greenstein, 1983; van de Kolk, 1991), lo cual sugiere que la potenciación con litio puede ser útil para tratar el enojo y la irritabilidad resistentes al tratamiento (Forster y cols.,) 1995).

Capítulo 3

Marco metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Frecuentemente, las personas que sufren de TEPT tienen persistentemente recuerdos y pensamientos afrumadores de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente respecto de personas que antes estuvieron cerca de ella. Entre los que se considera progenitores, abuelos, abuelas, tios, tias, primos, primas. El diagnostico inicialmente se realizo a veteranos de guerra siendo asi el resultado de diversos traumas: como una violacion sexual, maltrato, destrucciones, asaltos, o ataques violentos.

El TEPT puede iniciarse a cualquier edad incluyendo la niñez, tomando en cuenta los diversos sintomas reconociendo principalmente el diagnostico correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas. En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático, pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no experimentan a revivir el pasado si no que lo interpretan por medio de juegos como jugar a la mama y al papa, golpear sus carritos unos con otros. A continuación se presenta la problemática de una niña víctima de abuso sexual, siendo afectada física y emocionalmente. Desde la edad de 7 y 8 años de edad llamada Suli respetando la confiabilidad del caso.

3.1.1 Problemática del caso de estudio

Se presentan los datos clínicos de la paciente diagnosticada con trastorno por estrés postraumático, niña de 8 años de edad, estudiante de quinto primaria, originaria de Ciudad de Guatemala, Suli relata la relación de sus padres como armoniosa, integrada por un hermano de 2 años. Antes de la problemática su infancia fue muy divertida era la consentida de todos en casa y en el colegio ya

que era una niña servicial y amable, le gustaba tener muchos amigos, era la mejor estudiante de su grado le gustaba compartir su conocimiento a otros compañeros que tenían problemas de aprendizaje. Suli quien fue víctima de abuso sexual por un familiar a la edad de 7 años, quien la penetro varias veces estando en la casa de su abuela de parte de su papa, el hecho se llevó a cabo cuando los padres de Suli llevan a sus hijos a compartir con su abuela y el familiar, mientras los padres de Suli asistían a una reunión.

Suli cuenta a sus padres lo que su familiar le hizo y sus padres, se dirigieron a la policía por el cual pusieron una denuncia fue sometida a varias entrevistas donde tenía que repetir el echo el cual la hacía sentir frustrada, al mismo tiempo fue revisada por un médico internista el cual provoco mucho más malestar. Sus padres estuvieron asistiendo a varias audiencias, con acompañamiento del abuelo de la víctima.

Quien en dado momento expresó ¿Cómo un ser humano le puede hacer daño a un ángel inocente que no puede defenderse? El familiar de Suli fue encontrado culpable, por las pruebas encontradas en su contra el cual esta cumpliendo una condena de dos años. Suli estuvo recibiendo terapia psicología por medio del Ministerio Público, por 6 meses, para lograr bajar los niveles de traumatismo provocados por el evento.

Mamá de Suli expresa que pudo notar algunos cambios significativos en el comportamiento de Suli, aunque no del todo modificados. Cuando Suli cumplió el tiempo que la ley les pedía de terapias psicológicas, sus abuelos de parte de su mamá organizaron un viaje a puerto barrios donde tienen una casa para relajarse y compartir en familia, pero los papas de Suli no estaban incluidos en el, la mamá de Suli confiaba demasiado en sus padres ya que ellos siempre estaban cuando los necesitaban, pero en ese momento; la intención de los abuelos de Suli era que se sus niveles de estrés bajaran y así poder disfrutar de la naturaleza. Cuando se llegó el día del viaje que sus abuelos tenían planeado, era todo fascinante para Suli al fin tendría unos días divertidos, cuando iban a mitad del viaje los abuelos de Suli empezaron a discutir motivo por el cual la abuela de Suli tuvo que regresar a su casa.

No informaron nada a sus padres hasta el segundo día que la mamá de Suli le hizo una llamada a su mamá para saber como se la estaba pasando Suli. La molestia para la mamá de Suli fue cuando su madre le dijo que se había regresado a mitad del camino porque había discutido con su padre, inmediatamente la mamá de Suli llamar a su padre y le pide que regresen inmediatamente , el padre de la mamá de Suli le dice que saldrán por la madrugada evitando el tráfico. Esa misma noche Suli expresa que el clima era bastante frío, el abuelo le dijo que prepararía un atol, mientras le llevaba unos ponchos para que se tapara, le llevó el atol para que se lo tomara caliente y no le diera tanto frío, esperando que se quedara dormida. Suli expresa que ya era media noche el abrió la puerta del cuarto donde ella se quedó a dormir durante esos dos días, se recostó a la par de ella y el abuelo de Suli le dijo me acostare a tu lado para que no te sientas sola.

La abrazo de espaldas acercandosele demasiado, luego le bajó su pijama y le quitó su bluser empezando a besar su vulva e introduciendole la lengua Suli le decía que no lo hiciera muy aterrada el abuelo le dijo no grites porque nadie te escuchará, luego le besó la boca con succiones demasiado fuertes obligandola a que le respondiera con besos en el cual Suli se negó.

Pero pasó un buen rato besando su cuerpo, hasta quedarse dormido a la par de Suli. Cuando regresaron del viaje los padres de Suli estaban en casa de la abuela, esperando su llegada muy ansiosos. La mamá de Suli la observa rápidamente y sus actitudes eran raras evitando la mirada de sus padres y pide irse rápido a su casa porque esta muy cansada.

La mamá de Suli le ve una marca roja arriba de los labios y le pregunta estando a un en casa de sus abuelos que le había pasado Suli solo volteó la cabeza viendo a su abuelo, en el cual el responde que se ha quemado con un atol que estaba demasiado caliente. La mamá de Suli decide retirarse molesta de la casa de sus padres y expresa que una quemadura de atol no queda así. Cuando los padres de Suli llegan a casa, la mamá de Suli la lleva a un cuarto privado “comienza a decirle que nadie tiene derecho hacerle daño, que ella es dueña de su cuerpo, y es una princesa de Dios, logrando establecer su confianza le dice sea quien sea yo voy a luchar para que la ley se haga cargo de la persona que se atreva hacerte daño, debes confiar en mi te amo y no quiero que sufras más”.

Suli empieza a contarle a su mamá todo lo que sucedió, inmediatamente llaman a la policía para que los acompañara a enfrentar a su papá, el abuelo de Suli toma un arma y el mismo se niega de los hechos y le dice que si entra la policía a su casa se quitará la vida. Sus 2 hermanos le suplican que reaccione y que se retire de la casa. La madre de Suli recibe una llamada de su padre amenazándola, lo cual los padres de Suli deciden cambiar de domicilio donde amigos y demás familias no sepan ninguna información sobre ellos.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las secuelas emocionales de una paciente de 8 años que fue abusada sexualmente por un familiar?

3.3 Objetivo general

Determinar el impacto psicológico en una paciente de 8 años que fue abusada sexualmente por un familiar.

3.4 Objetivo específico

- Evaluar con qué incidencia el trauma sufrido afecta a la paciente en su estado emocional.
- Determinar el grado de estrés y agresividad que presenta la paciente en el ambiente escolar familiar y social.
- Definir los factores determinantes que contribuyeron a que la paciente fuese víctima de maltrato físico y psicológico.

3.5 Alcances y límites

Alcances

Entre los alcances evidenciados que se realizaron en El Hospital el Progreso donde se llevó a cabo un plan de intervención con fecha 25 de junio a 28 de septiembre del año 2017, en el caso de estudio Sistematización de Práctica Profesional Dirigida de Psicología Clínica y Consejería Social, uno de los alcances primordiales fue la estabilización de confianza y empatía en la relación del practicante-terapeuta y paciente. Así mismo los objetivos propuestos fueron alcanzados de la mejor manera, logrando la estabilización emocional de cada uno de los pacientes atendidos en la clínica de psicología.

Especialmente el caso de Suli la paciente se sintió más cómoda logrando restablecer la confianza en ella misma a la hora de interactuar con sus compañeros de clase, logrando disminuir las pesadillas fortaleciendo sus mecanismos de defensa, con el propósito de incrementar las actitudes de cambio positivos, fortaleciendo su autoestima. Así obteniendo un cambio significativo en la recuperación de confianza personal, social y familiar.

Límites

Uno de los limitantes más significativos que se presentó en El Hospital del Progreso en la clínica de psicología, fue que el espacio era demasiado pequeño y se requería de un espacio amplio para que el paciente se sintiera cómodo a la hora de la terapia. Así mismo practicante-terapeuta le tocaba que esperar fuera de la clínica ya que enfermeros de laboratorio entraban a desayunar dejando la clínica sucia. Como practicante-terapeuta tenía que ingresar a la clínica, limpiar, desinfectar el área logrando retirar el mal olor que quedaba encerrado.

3.6 Metodología

La investigación se llevó a cabo en el Hospital de El Progreso en la clínica de psicología ubicada en el área de consulta externa donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida de quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social por un tiempo de diez meses. En el cual se fundamentó el estudio de caso con un método cualitativo, en el cual la niña Suli de ocho años fue referida por un médico internista ya que la madre busco ayuda psicológica para la niña el cual manifestaba signos de estrés, el médico internista refirió a clínica de psicología para que recibiera la terapia adecuada.

Procedimiento

Esta investigación describe e interpreta el estudio de caso de la paciente Suli de 8 años de edad el cual recibió tratamiento psicológico en Hospital de El Progreso área de consulta externa, el trabajo de investigación fue llevado a cabo durante el periodo de 4 meses contando con el apoyo familiar y personal de la escuela donde estudia, recibiendo orientación especial en el tema de Trastorno por estrés postraumático, en el estudio de caso se realizó un psicodiagnóstico dentro de este diagnóstico se llevan a cabo distintas evaluaciones para el funcionamiento psicológico del paciente trabajando las áreas cognitiva, y afectiva, este proceso se realiza de 5 a 6 sesiones. La impresión clínica, entrevista, examen mental, siendo estas las más importantes herramientas en un proceso psicodiagnostico, esta información le brinda al practicante-terapeuta un conocimiento profesional siendo la esencia de la paciente y de lo que le está sucediendo.

El resultado de las pruebas proyectivas realizadas en el Hospital de El Progreso en las cuales se pudo constatar que la paciente de 8 años de edad llamada Suli, evidenciaba diversas afecciones psicológicas sentimientos de inseguridad, problemas emocionales, pensamientos autocríticos, así mismo se le diagnostico Trastorno por estrés postraumático cumpliendo con los criterios del Manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

Según los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas se llevó a cabo un plan terapéutico basado en terapia cognitiva conductual TCC, siendo una terapia a corto plazo que ayuda a modificar los

pensamientos negativos a positivos, así mismo modificando la conducta del paciente esta es una terapia de conversación que ayuda al paciente a entender con claridad cómo piensa y actúa este tratamiento puede durar 3 semanas con tiempo estimado de 45 minutos, uno de los objetivos principales de la terapia TCC es brindar herramientas para fortalecer mecanismos de defensa y mejorar la calidad de vida de la paciente. Durante el proceso la paciente demostró actitud positiva, adoptando una actitud responsable, para la mejoría y estabilidad emocional por lo que se lograron los objetivos planteados.

Descripción de las pruebas

“Las pruebas proyectivas son instrumentos considerados como especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste”. (Lindzey 1961)

Figura humana de Karen Machover, prueba proyectiva siendo aquella que permite con facilidad llegar al inconsciente del paciente desconociendo el aspecto de su personalidad asimismo no puede controlar las respuestas de forma consiente aportando datos de información de pensamientos, emociones, y percepciones siendo así, un buen medio para la proyección individual de los problemas y del modo o tipo de la experiencia organizativa de cada cual según lo refleje el esquema corporal dibujado siendo, de gran ayuda para el diagnóstico psicodinámico y para la orientación psicoterapéutica.

Test del árbol: según Graf Wittgenstein, todo dibujo constituye un lenguaje de imágenes cuya finalidad última es comunicar, en este todo niño informa sobre sí mismo, de su evolución psicosexual, de su relación con el mundo en el que se desarrolla. El árbol expresa las relaciones que existen entre el Ello, y el Yo y el Súper-yo.

Test de la familia de Louis Corman es una tarea especialmente activa. Al niño en ninguna ocasión se le impone nada excepto los límites que le traza la consigna. En el proceso el niño representa en su dibujo el mundo familiar según su modo de ver. El hecho de actuar como creador le permite al niño un mayor dominio de la situación. Esto conduce en muchas ocasiones a que el niño haga deformaciones de la situación existente. En primer lugar, el dibujo debe interpretarse en un plano superficial y además debe compararse con la familia real. Es importante observar qué personaje se valora más en el dibujo y qué personaje se devalúa o suprime. Aquella persona a la que ha dado más importancia en su dibujo es a la que el niño presta más atención.

Test de la casa es un elemento recurrente y de alta presencia en los dibujos infantiles, en especial, en las niñas pero también en los niños. Ello podemos asociarlo a la expresión gráfica de un fuerte sentimiento interno como es el de la necesidad y deseo de vivir protegido por la seguridad de la casa y evitar los peligros del mundo exterior. Así, los niños representan o proyectan sobre el papel su propia forma de vida, los vínculos afectivos que le unen a su familia y también su relación con el mundo exterior.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos generales

Entrevistador: Jackeline Anabella Jiménez Franco

Fecha de 1era consulta: 24/5/17

Lugar de la entrevista: Hospital El Progreso.

Persona que solicita la consulta: D. A. F. L.

Referido por: Internista del Hospital El Progreso Dr. Contreras.

Domicilio: Lotificación Minerva

Nombre de quien tiene el problema: S. L. F.

Nombre, edad, profesión

Padre:

L. O. L. C.

32 años

Madre:

D. A. F. L.

30

Hijo 1:

A. S. L. F.

8 años

Estudiante

Hijo 2:

Y. M. L. F.

2 años.

Abuelos maternos: (Nombre, edad, estado de salud, dónde y con que quién viven)

Ambos viven en la ciudad de Guatemala, San José del Golfo

M. Y. F.

Vive con su esposa

53 años

B. A. L.

50 años

Abuelos paternos: (Nombre, edad, estado de salud, dónde y con que quién viven)

J. S.

49 años

S. N. R.

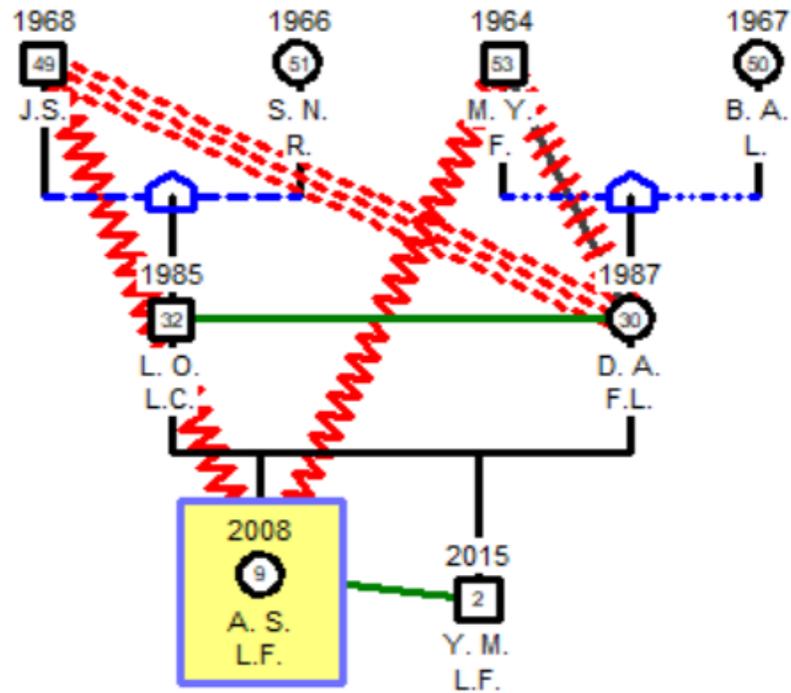
51 años

4.1.1 Motivo de consulta

Suli presenta problemas para conciliar el sueño, en ocasiones con pesadillas terroríficas, falta de concentración en el estudio. El problema dio inicio hace un año- S. L. F. fue referida por Ministerio Público para poder recibir ayuda psicológica.

4.1.2 Genograma

Imagen 3
Genograma familiar A.S.L.F.



Fuente: elaboración propia, noviembre 2017

4.1.3 Antecedentes

Familia Nuclear

Personal:

Madre de la paciente refiere que S.L.F. Nació en Ciudad de Guatemala a las 10:00 am, en Hospital Herrera Ilerandi, parto normal, peso 7 libras. Presento buena salud en los primeros meses de vida, conforme fue creciendo se enfermó varias veces de gripe o alguna enfermedad viral. Recuerda que

cuando era más pequeña era demasiado feliz muy consentida por todos en la familia ya que es muy educada y servicial.

Tenía mucha confianza en sí misma y en los demás miembros de la familia hasta que un familiar abusó sexualmente de ella, paso por muchos procesos legales, el cual la mantenía bastante estresada ya que tenía que contar repetidamente los hechos, empezó a tener pesadillas con monstruos y personas que no conocía, no dormía como toda niña normal lo hacía, no le gusta estar sola, a media noche le pide a mamá o a papá que duerma con ella para sentirse protegida. Sus padres le platican con paciencia, dándole consejos de cómo debe colocar los pensamientos en su lugar y que ya nadie más le volverá hacer daño. Suli siempre ha soñado ser piloto aviador, por el cual ella refiere, necesitar poner mis pensamientos en orden para ser una niña como las demás.

Familiar:

Tiene un hermano de 2 años, su papá es viajero y su mamá ama de casa describe la relación de sus padres como armoniosa. Sus padres se enojaron con sus familias ya que familiares cercanos, abusaron física y sexualmente S.L.F. Su familiar se encuentra en prisión hace dos años ya que existe una denuncia en contra de él. Cambiaron de lugar donde vivían para evitar contacto con el abuelo materno ya que no existe una denuncia en contra de él lo cual sus padres toman decisión de buscar un lugar lejos para que no haya ningún contacto con S.L.F.

Escolar:

Paciente refiere que ha sido una de las mejores estudiantes en su anterior colegio ya que ha sido muy participativa y estudiosa obteniendo resultados favorables. Hasta que sus padres tomaron la decisión de cambiarse de domicilio, en su nuevo colegio las cosas son diferentes, ha presentado problemas de concentración y aprendizaje, irritabilidad, le da sueño cuando inicia alguna actividad, realiza esfuerzos para evitar pensamientos sentimientos o conversaciones cuando reciben la materia de ciencias naturales ya que no le gusta hablar sobre su cuerpo.

Social:

Paciente refiere que le ha costado mucho adaptarse al lugar y al ritmo de enseñanza de sus nuevos maestros, ya que no tienen la suficiente paciencia para explicar, gritan demasiado y nota que están siempre de mal humor. Sus compañeros son egoístas la molestan y la desprecian, ya que son un grupo cerrado. En su anterior colegio los maestros eran dedicados y educados tenían la paciencia para explicar lo que no entendía, S. L.F. Y sus amigos cuando alguien era nuevo en el colegio lo integraban rápidamente al grupo tratando de hacerlo sentir bien para que el grupo fuera unido y se ayudaran unos a otros.

Médicos:

Refiere que ha visitado clínicas privadas con asistencia de un médico general, por motivos de gripe o alguna enfermedad viral.

Psicológicos/ Psiquiátricos:

Ha recibido terapia individual y familiar.

4.1.4 Examen mental

Suli de 8 años de edad color de tez blanca, ojos avellanados, cabello castaño claro, delgada, estatura y peso acorde a su edad, higiene corporal y arreglo personal adecuado al momento, mantiene buen contacto visual en cada una de las terapias, mostrándose interesada y concentrada en las actividades realizadas, Suli expresa que durante la semana percibe algunas alucinaciones visuales, se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio.

Presentando una conciencia hiperlúcida en el cual la paciente permite que estímulos de baja intensidad puedan ser percibidos, con rápidas asociaciones del pensamiento aumentando la luminosidad de la conciencia. Presentando pensamientos lógicos/coherentes, asimismo el lenguaje utilizado dentro de la clínica de psicología fue un fluido normal, memoria a largo plazo, tipo de inteligencia media, de igual manera en el área de psicomotricidad Suli presenta buena coordinación

siendo así adecuada a su edad, en el área de emociones y sentimientos siempre se mostraba afectuosa.

4.1.5 Resultado de las pruebas

Durante las pruebas realizadas dentro de la clínica de psicología, la paciente Suli se mostró muy colaboradora, atenta a las instrucciones manteniéndose motivada al momento de realizar las pruebas proyectivas, presentó dificultad al dibujar el test del árbol ya que ella quería dibujarlo perfecto, al igual en el test de la casa la dibujó incompleta.

Cuadro 1
Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
Test de la figura humana Karen Machover	21 /6/2017
Test del árbol Graf Wittgenstein	21/6/2017
Test de la familia Louis Corman	5/7/2017
Test de la casa	5/5/2017

Fuente: elaboración propia, noviembre 2017

Interpretación test de la figura humana (Figura no. 1 sexo femenino).

El dibujo muestra los ojos cerrados como si deliberadamente se cerraran al mundo con el propósito de aislarse mejor en su propio narcisismo. Así mismo la nariz siendo esencialmente poseedora del símbolo sexual, la figura evidencia tendencias de conflictos sexuales e impotencia sexual. La prueba evidencia la boca en forma de arco de cupido con inicio sexualmente precoz, se observa que la figura se encuentra del lado izquierdo el cual indica que se encuentra orientado por sí mismo mostrando bajo nivel de energía, asimismo se observa una figura con mínimos detalles dibujando solo lo esencial tienden a dibujarlos los sujetos con algún trastorno mental o físico.

Interpretación test de la figura humana (Figura no. 2 sexo masculino).

El test muestra dependencia infantil, inmadurez emocional, egocentrismo, se evidencia en el dibujo ojos vacíos una menos voluntaria y más aguda proyección del no ver, la figura muestra que el mundo no está activamente cerrado al sujeto si no percibido vagamente como una especie de masa no diferenciada con pequeña discriminación de los detalles.

Asimismo, se observa en el dibujo el cuello largo y delgado se ve en los moralistas muy educados, rígidos. En los rasgos de contacto se evidencia una figura vacía, vegetativa y cruda (solo dibujan lo esencial, los que padecen de algún trastorno físico o mental profundo y no pueden moverse con la adecuada soltura). Sin embargo el tamaño y colocación se muestra una figura pequeña en el cual se observa deterioros como expresión de un bajo nivel de energía y de un “yo” disminuido, la figura se encuentra a la izquierda, encontrándose orientado a sí mismo. En la figura, se observan características femeninas boca en forma de arco de cupido, se observan en dibujos sexualmente precoces.

Interpretación Test del árbol de Graf Wittgenstein

La prueba evidencia un tronco con ambos lados cóncavos mostrándose emotiva y sensible, deseo de comunicarse con los demás, extrovertido. Asimismo, el dibujo se observa una copa en arcada el cual nos indica por excelencia de actitud defensiva, son sujetos con una personalidad formal, gran control con todo lo que tenga relación con la espontaneidad de las emociones y de los sentimientos, haciendo un gran esfuerzo empeñándose en causar buena impresión ante los demás cuidando su imagen filtrando todo lo que vayan a exteriorizar. Asimismo se observa un árbol sin suelo el cual muestra inseguridad, carácter cambiante, pudiera deberse al sentimiento de la pérdida de algún apoyo afectivo importante.

Interpretación del test de la familia de Louis Corman

Se puede evidenciar en el dibujo un trazo estrecho el cual indica inhibición y poca expansión vital. Con un ritmo desordenado indicando espontaneidad sin obsesiones, asimismo el dibujo se encuentra del lado izquierdo de la página que indica que el sujeto tiene regresión a la infancia. Así mismo se observan dibujos estereotipados, rígidos sin movimiento. Obedece a un sistema

educativo carente de espontaneidad y vitalidad. El personaje con el que se identifica corresponde a su lugar en la familia obteniendo así una identificación real. Asimismo la desvaloración que se da en la prueba, siendo la forma de expresar su agresividad dibujándose de último. En la prueba se puede evidenciar que la paciente presenta Complejos de Edipo en el cual hay conflictos entre agresividad y amor en el cual existe una relación a distancia colocando a los padres lejos de una forma notable.

Interpretación del test de la casa

Se puede evidenciar en la prueba una casa alargada en su altura pueden ser signos de necesidad de crecer, de hacerse mayor de alcanzar la vida adulta. Es propio de algunos niños con problemas afectivos en casa y que desean hacerse mayores para emanciparse (liberarse de un poder de una autoridad una tutela o cualquier otro tipo de subordinación o dependencia).

Asimismo se observan los análisis de los diferentes elementos que muestra la prueba, la puerta siendo esta la que representa el acceso a la vivienda es la que regula la entrada a nuestro espacio vital en ella se observa dos puertas en lados laterales se puede simbolizar la confrontación entre los padres o dos personas del círculo familiar que amenaza ruptura o así lo vive el niño.

Las ventanas suele decirse que representan los ojos de la casa dado que a través de ella se contempla lo que sucede exteriormente, en ella se observa ventanas pequeñas y cerradas significa protección hacia los demás, introversión, necesidad de adaptarse de los ojos indiscretos que puedan observarnos y prudencias en las relaciones con otras personas.

El techo suele asociarse con la parte superior del hombre, es decir la mente, o el espíritu el dibujo muestra la ausencia de capacidad para la actividad y/o fantasía puede también relacionarse con escaso nivel cognitivo, trastorno del aprendizaje... se puede observar en el dibujo paredes altas elevándose hacia arriba suponen una proyección del niño, la necesidad de expandirse, crecer, quizás llegar a ser como los adultos. Asimismo, muestra fuerza, incluso agresividad, lucha con el medio externo como forma de sobrevivir.

4.1.6 Impresión diagnóstica

Suli es una niña que se encuentra orientada por sí misma, mostrando bajo nivel de energía. Asimismo se observa dependencia infantil se muestra emotiva y sensible fuerte deseo de comunicarse con los demás cuidando su imagen en el cual se muestra insegura , debiéndose a la perdida de algún apoyo afectivo importante. Sin embargo, se observó doble deseo de protección por parte de sus padres, en el mismo deseo de crecer de hacerse mayor y de alcanzar una vida adulta. La paciente, lucha con el medio externo como forma de sobrevivir lo cual coincide con la problemática que está atravesando actualmente.

Las pruebas proyectivas evidencian que Suli presencia la confrontación entre los padres o dos personas del círculo familiar que amenaza una ruptura. La paciente manifiesta que su padre no le ha apoyado en los procesos terapéuticos ya que existen conflictos entre agresividad y amor en el cual hay una distancia bastante notable. Coincidiendo con la interpretación de las pruebas.

Dentro de la clínica de psicología Suli expresa que en varias ocasiones presenta malestares como temor, pesadillas, evita tener pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. Asimismo tiene problemas para conciliar el sueño, en ocasiones se siente irritada con ataques de ira. Al igual en el colegio presenta, dificultades para concentrarse en cualquier actividad que deba realizar con el grupo escolar. La paciente en varias ocasiones manifiesta, que se siente sola, porque sus compañeros no la aceptan por ser nueva integrante del grupo.

Suli tiene sueños y metas en el cual desea tener el control y dejar los sentimientos negativos y adquirir pensamientos nuevos que le ayuden a sentirse mejor durante los días. Asimismo los resultados denotan que la paciente tiene deseos de superación, de crecer y de cumplir varias metas, siendo una persona independiente, rescatando su salud mental para lograr todo lo deseado.

Se evidencio en las sesiones que Suli tiene cambios en sus estados de ánimos debido a la falta de apoyo y atención que su padre le brinda. Al igual cuando tenía que cumplir con las tareas asignadas en clínica se mostraba motivada, dividido al deseo de superación y cambio que desea tener.

Resultados cualitativos

Dentro de los datos recopilados la paciente Suli deleva que tiene problemas para relacionarse con su medio social, problemas al concentrarse ya que se distrae con facilidad presentando así alucinaciones visuales confundiendo personas con el hecho ocurrido, así mismo presenta pesadillas, fatiga y falta de apetito.

Evaluación DSM-IV

F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

T74.2 Abuso sexual del niño (V.61.21)

Se cumplen los criterios del diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

4.1.7 Recomendaciones

La paciente Suli debe iniciar un proceso terapéutico basado en estrategias de afrontamiento hacia la realidad logrando esforzarse para controlar sus propios pensamientos y sentimientos emocionales, asimismo el paciente logre desarrollar estrategias que le ayuden a solucionar factores estresantes por sus propios medios.

Sin embargo, se le recomienda a la paciente algunas técnicas cognitivas conductuales en la cual se deriva la reestructuración cognitiva consiste en identificar y corregir los patrones de pensamientos negativos, modificando el modo en el que interpreta las experiencias que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que provocan malestar.

4.1.8 Plan terapéutico

Fue formulado según las necesidades que manifestó Suli dentro de la clínica de psicología, eligiendo el tratamiento adecuado que satisfaga su necesidad tomando en cuenta la edad de la

paciente. Dentro de las sesiones y tareas que Suli debía cumplir se llevó a cabo Terapia Cognitiva Conductual la cual trabaja enseñando a reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles para el paciente, o pensamientos disfuncionales.

Para esto es necesario entrenar a la paciente para que sea capaz de reflexionar acerca de su propia manera de pensar y plantearse qué puntos son conflictivos y cuáles no lo son. De este modo, se persigue que el paciente, tenga más capacidad para cuestionarse las categorías con las que trabaja (como por ejemplo, "éxito y fracaso") y detectar patrones típicos de pensamiento que le causan problemas...

El terapeuta no guía al paciente en este proceso, sino que más bien le plantea preguntas y remarca aseveraciones que el propio paciente ha hecho para que este último vaya profundizando en el estudio de su propio pensamiento.

La segunda parte de la Terapia Cognitivo Conductual implica intervenir sobre los focos cognitivos y materiales que se han detectado. Esto conlleva, por un lado, fijar objetivos concretos a cumplir, y por el otro, entrenar al paciente, para que sea capaz de determinar desde su propio criterio las estrategias que lo acercan y lo alejan de estas metas.

La terapia cognitiva conductual, abarca variedad de técnicas en el cual han sido de gran apoyo para Suli, asimismo la paciente empieza a relacionarse con sus compañeros de clase incluyéndose en las actividades eliminando todos aquellos pensamientos erróneos de exclusión. Adquiriendo así nuevos mecanismos de defensa para poder desenvolverse ante el círculo social, que enfrenta en la vida cotidiana.

Se trabajó varias claves para ayudar a la paciente a fortalecer su autoestima, así mismo mejorar la relación con su padre incorporándolo a las tareas que debía cumplir en casa logrando un cambio significativo en la vida de Suli. En el cual hubo disminución de pesadillas, los niveles de estrés y emociones han reducido; de igual manera ha logrado reconciliar el sueño con terapias de relajación que realiza junto a su madre. Realizan actividades familiares en el cual disminuye su aburrimiento

e irritabilidad .La paciente expresa que recibe cursos por las tardes para ayudar a su aprendizaje y concentración en el cual ha notado avances significativos.

Perspectiva terapéutica

En la sistematización de práctica profesional dirigida se basa en varias normas y principios que el terapeuta debe cumplir como profesional juntamente con el paciente siendo la comunicación clara, directa para la comodidad y la eficacia de la terapia. Abarcando todos los niveles significativos que afectan a la paciente, utilizando un fluido sencillo y normal para la comprensión del mismo.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia que se llevó a cabo en la clínica de psicología es aproximadamente de 10 sesiones, teniendo una sesión por semana la duración de cada una es de 45 minutos.

Cuadro 2
Presentación de plan terapéutico

Problema clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estrés postraumático	Identificar y modificar cogniciones erróneas. Adquirir habilidades para reducir niveles de estrés.	Desarrollar nuevas estructuras cognitivas que mejoren la salud mental de la paciente.	La aplicación de las técnicas es aproximadamente 8 sesiones, con duración de 45 minutos, así mismo se practicarán dentro de la clínica y tareas en casa.
Problemas al relacionarse con el entorno escolar	Apoyar a la niña a que aprenda nuevas habilidades sociales	Técnicas para fortalecer el auto	Aproximadamente 3 sesiones, con

	para poder participar en actividades con otros niños.	concepto y autoestima.	duración de 45 minutos.
--	---	------------------------	-------------------------

Fuente: elaboración propia, noviembre 2017

4.1.9 Análisis de resultados

Asimismo, se toma como base los objetivos generales y específicos que fueron expuestos al estudio de caso, sugieren los siguientes resultados:

Trastorno por estrés postraumático

Se considera este trastorno dentro de la sección de los Trastorno de ansiedad; según el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). En el cual “se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento (arousal) y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma”. (1995: p, .401).

Sin embargo, el Trastorno por estrés postraumático sugiere “que puede iniciarse a cualquier edad durante la infancia, los síntomas pueden aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma...” (1995: p, 437). En el cual quedan establecidos los “criterios para el diagnóstico de dicho trastorno (esfuerzos para evitar actividades, pensamientos sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, en el mismo se presenta dificultades para conciliar el sueño, acompañado de pesadillas recurrentes”. (1995: p, 439,440).

Asimismo se evidencia cambios en la cognición de la paciente ya que se vieron afectados los pensamientos y sentimientos de la misma, presentando problemas de malestar físico y psicológico, en el cual existen conductas erróneas, de parte de la paciente afectada.

El trastorno por estrés postraumático distorsiona la afectividad y emociones de la paciente a modo de que el sujeto sea incapaz de salir adelante por sus propios medios, alejándolo de los entornos

sociales, creciendo en ella la desconfianza hacia los demás y en ella misma, presentando problemas de inseguridad, miedo y otros.

Trastorno estrés postraumático

Haciendo referencia del concepto anterior en el trastorno estrés postraumático se evidencian problemas psicológicos, físicos, y sociales, y familiares que afectan la salud del paciente. Asimismo se considera que un acontecimiento traumático, afecta al niño o niña en los sueños terroríficos de contenido irreconocible, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, en el mismo evita que el niño presencie actividades que motivan recuerdos al trauma.

En los hallazgos de investigación en el caso de estudio, en relación con el trastorno estrés postraumático se comprobó que los detonantes del estrés debido al trauma fue el abuso físico y emocional que sufrió la paciente, asimismo la falta de protección hacia la niña el descuido que hubo de parte de los padres de familia, en el cual confiaban su hija con cualquier miembro que integra la familia de ambos padres.

Baja autoestima

La paciente antes del primer evento traumático expresa que presentaba altos niveles de autoestima era una niña con gran motivación, se sentía alegre y amaba mucho sus virtudes. Cuando sucedió el segundo evento traumático, los niveles de energía bajaron por lo cual presento aislamiento poco éxito en las relaciones sociales y familiares.

Aun cuando la autoestima de la niña haya sido alta al principio (lo cual es bien raro, ya que a menudo los niños con baja autoestima son el blanco perfecto para los abusadores en primer lugar), disminuirá terriblemente después de la violación. El abuso sexual hace que el niña se sienta "una propiedad", "un objeto para usar" u "objetos dañados". El abuso sexual también causa a la niña que se sienta "fea", "mala", "pecadora", y "diabólica", ya que es inevitable auto culparse, la misma victimización causa que el niño o niña pierda la sensación de poder personal.

Bajo rendimiento académico

Cuando la paciente no cuenta con la estabilidad emocional y psicológica, se le dificulta tener buena comunicación con los maestros ya que se siente intimidada por ellos pensando que si se acerca demasiado también le harán daño. Al igual la poca información que tienen los maestros acerca del caso no los hace de gran ayuda si no que afectan mucho más a la paciente creando en ella tristeza y temor. Al igual la paciente evidencio que tiene problemas con sus compañeros de clase y fuera del salón ya que le ha tenido dificultades a la hora de relacionarse con ellos.

Sin embargo se les pidió un informe a los maestros del colegio del rendimiento académico de Suli en el cual se evidencio bajas notas a su vez la poca concentración que presenta la paciente.

Tratamiento

Bryant y Harvey, (2000) más de 25 ensayos controlados de TCC que incluyeron exposición controlada han demostrado que este enfoque es muy eficaz para mejorar los síntomas TEPT... la TCC supone combinar la información sobre la evaluación normal de la respuesta del estrés, técnicas de relajación ... la terapia cognitiva aborda las creencias patógenas, exposición imaginada e in vivo a los estímulos relacionados con el trauma y prevención de las recaídas. (Tratamiento de los trastornos psiquiátricos, 2007, p. 504).

Se evidencio que los modelos y técnicas aplicadas a la paciente fueron efectivos, logrando alcanzar los objetivos planteados al inicio del plan terapéutico, ya que logro cambiar de gran manera los pensamientos erróneos que había creado en ella así mismo modificando las conductas que le impedían avanzar en el diario vivir adquiriendo nuevos mecanismos de defensa que ayudan a que la paciente enfrente las adversidades que se le presenten en un futuro.

Conclusiones

Debido al trauma de violación sufrido por la paciente a la edad de 8 años la paciente presenta daño psicológico que interfiere en su nivel académico en el cual afecta su aprendizaje y habilidades por desarrollar. Así mismo afecta las relaciones familiares e incrementa la falta de confianza con los cuidadores, maestros, amigos y demás compañeros de clase.

En las pruebas psicológicas y todo el proceso de diagnóstico se evidencia que los niños (a) son más vulnerables a cualquier evento traumático y el estado emocional tiende a empeorar lo cual ocasiona que la paciente presente recuerdos recurrentes y se sienta retraída, con estados de ánimos bajos la mayor parte del tiempo y se sienta tímida presentando episodios de agresividad cuando se siente amenazada por algún estímulo, en el cual ocasiona falta de confianza en ella misma.

La paciente sufre un grado de estrés grave en la escuela ya que la mayor parte de su día pasa dentro de su clase evitando escuchar sonidos, y ver cualquier estímulo que le ocasione revivir el momento traumático y evitando tener episodios agresivos causando en ella factores estresantes a la hora de tener que participar en actividades escolares, el cual la paciente adquiere mecanismos de defensa para su protección que la mantengan alejada de su ambiente familiar y social.

Al poco interés la despreocupación, protección y falta de conocimiento de lo que es la seguridad y violación sexual en los infantes, así mismo la falta de atención de los padres de la paciente fueron facilitadores para que miembros de la familia abusaran sexualmente de ella causando daños emocionales, manifestados en su conducta.

Recomendaciones

Se recomienda acompañamiento de los padres en casa para que la paciente reciba clases de reforzamiento para fortalecer sus conocimientos por medio de estrategias de memorización y organización así mismo tener avances significativos en el área académica, al igual la maestra de grado debe participar juntamente con los compañeros y amigos de clase, utilizando diversas técnicas y terapias de juego para poder establecer vínculos de confianza y así poder fortalecer sus relaciones sociales.

Se recomienda trabajar con la paciente terapia cognitiva conductual para poder modificar pensamientos recurrentes durante su día y le permita establecer seguridad en ella misma logrando que ella adquiera mecanismos positivos y facilitadores para no volver a revivir momentos traumáticos así mismo se deberá trabajar en su conducta.

La paciente debe recibir apoyo familiar asistiendo a terapia las sesiones que sean necesarias para poder tener resultados favorables y en el cual deberá participar en la terapia racional emotiva para así poder reducir los niveles estresantes y pensamientos autodestructivos para poder adquirir habilidades y actuar con una emoción más apropiada para que pueda participar en actividades escolares, familiares y sociales.

Los padres de la paciente deben de recibir talleres de prevención, protección, atención, y derechos de la víctima sobreviviente de violencia sexual, en el cual los padres deberán crear un plan de actividades según las necesidad que requiera la paciente para poder establecer un vínculo de confianza.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnostico Estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR (1995) MASSON S.A. 4ª. Edición Barcelona España

Banús Llord, Sergi. Especialistas en Psicología Infantil y Juvenil. Gabinete. Tarragona. Recuperado de: <https://psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/testdelacasa/index.php>

Bennazar, R.; Miquel, (2010). Trastornos neuróticos. Barcelona España: Editorial Lexus Psiquiatría editores, S.L.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F.: (1995) "Manual de Psicopatología", vol. 1, McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid.

Bobes, J.; Bousoño, M.; Calcedo, A y González, M.P. (2000). Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson

Burgess A, Holmstrom L. New York: Plenum, 1986. Adaptive strategies and recovery from rape. En: Moos RH (ed.). Coping with life crises. Recuperado de: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>.

Corman L; El test del dibujo de la familia. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1967. Koppitz, EM (1995) El dibujo de figura humana en los niños. Ed. Guadalupe, Buenos Aires. Recuperado de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2010/11/test-de-la-familia-procedimiento-20101.pdf>

Gabbard, Glen O. (2010). Tratamientos de los trastornos psiquiátricos. Barcelona España: Editorial Lexus Editores Grupo Ars XXI de comunicación, S.L.

García Cerdán A. (17 jul. 2017) Reestructuración cognitiva (RC) una guía útil: Nuestra vida no se define por nuestras experiencias, sino por cómo interpretamos todo aquello... Recuperado de: <https://blog.cognifit.com/es/reestructuracion-cognitiva-rc/>

Guerri, Marta. Psicoactiva. Terapia Racional Emotiva (TRE) (2017) Recuperado de: <https://www.psycoactiva.com/blog/la-terapia-racional-emotiva-tre/>

Hammer. Tests Proyectivos Gráficos. Paidós (2011, 1 de febrero) Recuperado de: http://www.grafologiauniversitaria.com/tecnicas_proyectivas.htm

Masuello Adriana S. Grafo analizando (2015) Graf Wittgenstein test del arbol índice de Wittgenstein. Recuperado de: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/test-del-arbol-parte-3-edad-del-trauma.pdf>

Navarro Cueva, R.: (1994) "Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración", en Aprendizaje y Comportamiento, vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.

Quiroga, M^a. P. (2009) Psicología infantil aplicada I. Temperamento, dibujo infantil, inteligencias múltiples, sueño y emociones. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia. Recuperado de: <http://testdelafamilia.weebly.com/interpretacioacuten.html>

Sheldon, B.: (1995) "Cognitive-Behavioural Therapy. Research, practice and philosophy", Routledge, London. Recuperado de: <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7>

Stein, D.J. Hollander E. (2010). Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona España: Editorial Lexus Editores Psiquiatría Editores S.L.

Torres A. (13 noviembre 2015) la terapia cognitivo conductual es un tipo de terapia que se basa en el método científico y que goza de amplia aceptación entre los profesionales... Recuperado de: <https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Anexos

Anexo 1

Tabla de investigación

Tabla de Variable

Nombre completo: Jackeline Anabella Jiménez Franco.

Estudio de caso: Efectos de Estrés Postraumático en la salud emocional en niña de 8 años víctima de violencia sexual en el municipio de El Progreso Guastatoya.

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ol style="list-style-type: none"> Dificultades para conciliar o mantener el sueño. Dificultades para concentrarse. Respuestas exageradas de sobresalto. Restricción de la vida afectiva. Recuerdos recurrentes que provocan malestar, imágenes 	Trastorno Estrés Postraumático	<ol style="list-style-type: none"> Estrés Estrés Postraumático Causas Síntomas Prevalencia Criterios para el diagnóstico ETP Respuesta biológica al estrés. Respuesta aguda del cortisol al trauma Respuesta psicofisiológica en el trastorno de estrés postraumático. Factores de 	¿El estrés puede tener consecuencias emocionales?	<ol style="list-style-type: none"> Orientar a la paciente para tener el control de la situación y de sus emociones. Incrementar el conocimiento hacia el afrontamiento a la realidad. Explicar de forma clara y sencilla a la paciente sobre identidad sexual. 	<ol style="list-style-type: none"> Conocer los procesos fisiológicos que se activan a partir del estímulo estresante. Explicar a la paciente como afecta el estrés a su cuerpo y como poder controlarlo. Volver a plantear su modelo y calidad de vida.

pensamientos, percepciones.	riesgo	riesgo			
	11. Recuerdos intrusivos	11. Recuerdos intrusivos			
	12. Naturaleza del trauma.	12. Naturaleza del trauma.			

Anexo 2
Rendimiento académico

Pre-escritura

Pre-matemática

Ambiente social

Conducta en clase

Conducta en el recreo

Relacion con compañeras y/o compañeros

Relacion con maestras

Estado de animo prevaleciente
