



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLINICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA PARA EL
MANEJO DEL ESTRÉS POST TRAUMATICO EN ADOLESCENTES VICTIMAS DE
ABUSO**

PRESENTADO POR:
LICDA. GENEVA M. BRAVO P.

PROFESOR ASESOR:
RICARDO LÓPEZ

DICIEMBRE, 2018

57

Índice General

Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen/Abstract	IV
Introducción	1
Capitulo I Marco Teórico	3
1 Abuso Infantil	4
1 1 Definición de abuso Infantil	4
1 2 Escenarios de abuso	10
1 2 1 Abuso en el hogar	10
1 2 2 Abuso en el vecindario	11
1 2 3 Abuso Escolar	12
1 3 Tipos de abuso	14
1 3 1 Físico	21
1 3 2 Psicológico	22
1 3 3 Sexual	23
1 3 4 Negligencia	23
1 4 Consecuencias para la víctima de abuso infantil	24
1.4 1 Consecuencias del maltrato físico	24

16 ABR 2019

Osagorio Acuña

1 4 2	Consecuencias del maltrato psicológico	26
1 4 3	Consecuencias del abuso sexual	28
2	Trastorno de Estrés Postraumático	31
2 1	Concepto de Estrés postraumático	31
2 1 1	Criterios Diagnósticos según DSM-V	32
2 1 2	TEPT según CIE-10	37
2 1 3	Diagnóstico Diferencial	39
2 2	Tipos de eventos desencadenantes de Estrés Postraumático	41
2 3	Prevalencia de Estrés postraumático	44
2 4	Comorbilidad del TEPT con otros trastornos	46
2 5	Consecuencias del Trastorno de estrés postraumático	47
Capítulo II Psicoterapia Psicodinámica Breve Intensiva y de urgencia		49
1	Origen de la Psicoterapia breve	50
1 1	Modelos de Psicoterapia Breve	52
2	Psicoterapia Breve intensiva y de urgencias según Leopold Bellak	55
3	Principios básicos de la PBIU	60
4	Métodos de intervención en la PBIU	67
5	PBIU de los sucesos catastróficos de la vida	69

Capítulo III Metodología	74
1 Planteamiento del Problema	75
2 Justificación	75
3 Objetivos de Investigación	76
4 Hipótesis	77
5 Variables	78
6 Definición de las variables	79
7 Diseño de Investigación	81
8 Diseño estadístico	81
9 Población y Muestra	82
10 Instrumentos de Medición y Evaluación	83
11 Limitaciones de la investigación	85
Capítulo IV Resultados	86
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones	100
Bibliografía	106
Anexos	110

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1	Número de denuncias registradas contra el orden jurídico familiar y el estado civil a nivel nacional	9
Cuadro N° 2	Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico	22
Cuadro N° 3	Indicadores de maltrato emocional en niños	28
Cuadro N° 4	Consecuencias del abuso sexual	29
Cuadro N° 5	Modelos de Psicoterapia Breve	53
Cuadro N° 6	Métodos de intervención en la Psicoterapia breve	67
Cuadro N° 7	Resultados del Pre Test Intensidad de los síntomas	88
Cuadro N° 8	Resultados del Post Test Intensidad de los síntomas	88
Cuadro N° 9	Valores individuales pre y post-test Del síntoma de reexperimentación	90
Cuadro N° 10	Valores individuales pre y post-test Del síntoma de evitación	91
Cuadro N° 11	Valores individuales pre y post-test Del síntoma de activación	92
Cuadro N° 12	Valores individuales pre y post-test Síntomas Paciente N°1	93

Cuadro N° 13	Valores individuales pre y post-test Síntomas Paciente N° 2	94
Cuadro N° 14	Valores individuales pre y post-test Síntomas Paciente N° 3	95
Cuadro N° 15	Valores individuales pre y post-test Síntomas Paciente N° 4	96
Cuadro N° 16	Valores individuales pre y post-test Síntomas Paciente N° 5	97
Cuadro N° 17	Estadístico t para el puntaje global de los Síntomas Postraumáticos	98

Dedicatoria

Dedicado a quienes fueron víctimas de quienes creyeron serian sus protectores,
por haber encontrado la fortaleza en ustedes mismas y nunca perder la esperanza
de un mejor mañana

Gracias

A Dios por darme el don de la vida y el amor por esta profesión

A mi amado esposo por ser mi cómplice, mi coach, mi mejor aliento cuando me quería rendir y mi compañero de vida en buenas y malas

A mi hija que con su inocencia y amor incondicional me llena el corazón de alegría y de entusiasmo para brindar un granito de arena en la construcción de un mejor mundo para ella

A mis padres por haber cuidado de mí no solo en mi infancia, sino también en la enfermedad y en todo momento que los necesité sin importar cuantos años tenía

A mi hermano por su especial cariño y porque sé que siempre cuento con él

A Leyda por su ayuda incondicional y a las hermanas del Hogar de la Divina Gracia por la hermosa labor que realizan por las niñas Dios las bendice hermanitas

A las hermosas niñas del Hogar de la Divina Gracia por confiar en mí y por mostrarme que el ser humano puede ser mucho más fuerte de lo que jamás pensé y por enseñarme que siempre se puede creer en un mejor mañana, sin importar que pasó en el ayer

Al Profesor Ricardo López por su paciencia y su ayuda, sin duda fue el asesor que justamente necesitaba para animarme a seguir

¡A todos ustedes muchas gracias!

Resumen

Este estudio evaluó la efectividad de la Psicoterapia Breve Psicodinámica de Bellak, para el manejo del estrés post traumático (TEPT) de adolescentes víctimas de abuso físico, psicológico y/o sexual, residentes en el Hogar de la Divina Gracia

Se utilizó un grupo conformado por 5 adolescentes residentes del Hogar con síntomas de TEPT con la intención de mejorar su calidad de vida y por ende su reinserción en la sociedad

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con pre prueba - post prueba y grupo intacto y se lograron resultados positivos en todas las pacientes, validando la efectividad de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia

Summary

This study evaluates the effectiveness of a brief Bellak Psychodynamic psychotherapy as a treatment for posttraumatic stress Disorder (PTSD) in adolescents who are victims of physical, psychological or sexual received at the Divina Gracia Home

A group of 5 adolescents with PTSD symptoms was treated, with the objective of improving their quality of life and their subsequent reinsertion into society

A quasi-experimental type of designed was developed with a pretest - aftermath evaluations A control group was also evaluated In all subjects a positive outcome was achieved, validating the effectiveness of the brief intensive emergency psychotherapy

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencias (PBIU) podría describirse, según Bellak, como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, enfocada en lo que la persona ha aprendido de manera deficiente, lo que necesita desaprender y reaprender del modo más eficaz posible (Bellak, 1993)

Aunado a esto podríamos comentar que sus orígenes estuvieron basados en la necesidad de resolver de manera rápida y eficiente los síntomas y perturbaciones que esté presentando el paciente y con el tiempo se fue afinando para lograr encontrar en un marco más amplio y definir dentro de todas las posibilidades de intervención terapéutica cual es la más eficiente según el caso

En esta ocasión deseamos poner a prueba la eficacia de la PBIU en la disminución de los síntomas causados por el trastorno de estrés postraumático que presentan las adolescentes internas en el Hogar de la Divina Gracia ubicado en arraiján, provincia de Panamá Oeste, hemos decidido elegir esta población debido a la necesidad de reinserción de las jóvenes a la sociedad con una mentalidad sana que les permita mejorar su condición de vida al salir del hogar. Estas adolescentes han sido víctimas de diferentes tipos de abuso, algunas de ellas incluso de todos los abusos que podríamos describir y sus conductas actuales son autodestructivas, presentan niveles de ansiedad, ira, depresión y desesperanza que merecen ser tratados con el único fin de guiarlas al inicio de una vida adulta sana

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza de la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (APA, 1994)

Según el Instituto nacional de salud Mental de los Estados Unidos (2016) Alrededor de 7 u 8 personas de cada 100 pueden presentar Trastorno de estrés postraumático en algún momento de sus vidas, siendo las mujeres las

más propensas a padecerlo. Algunas experiencias traumáticas, así como algunos factores biológicos, pueden hacer a una persona más propensa a presentar este trastorno.

El Hogar de la Divina Gracia alberga a adolescentes referidas desde centros estatales luego de haber procesado los diferentes casos en los que se han visto expuestas, todas ellas son mujeres y con historias familiares muy complejas en las que se han tenido que mantener hasta la intervención de las autoridades o su abandono del hogar, algunas de estas chicas han vivido en las calles como un intento desesperado de escapar de sus opresores y algunas otras han sido sometidas cruelmente a violaciones sexuales, agresiones físicas y psicológicas por varios años sin lograr encontrar una salida.

Al conocer las historias de cada una de estas internas no puede venir a nuestra mente otra opción que una técnica de intervención que se dirija a una rápida solución de los diferentes síntomas que les ha producido el estrés por los traumas vividos en el pasado, algunas de estas conductas actuales son en definitiva muy peligrosas para la vida de estas menores, una intervención rápida ayudaría a mediar en la crisis actual para que la misma no sea exacerbada, teniendo en cuenta la necesidad de estas u otras intervenciones que eviten las consecuencias que posee el estrés en el ser humano, como lo son Enfermedades cardíacas, desórdenes alimenticios, derrames cerebrales, insomnio, úlceras, probabilidad de accidentes, cáncer, diabetes, depresión y abuso de sustancias.

Con la plena intención de mejorar el estilo de vida de las jóvenes internas en el Hogar de la Divina Gracia se realizará este estudio y de obtener resultados positivos, procederemos a sugerir su implementación en hogares similares, con miras al beneficio de quienes hayan vivido este tipo de experiencias.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1 Abuso Infantil

Podríamos pensar que el abuso infantil solo ocurre en cifras menores, en lugares lejanos y muchas veces propiciados por el uso de sustancias ilícitas o consumo excesivo de alcohol, pero lo cierto es que las cifras de abuso a menores de edad cada día van en aumento a nivel mundial y nuestro país no se escapa de esta terrible situación. Quienes antes fueron las víctimas ahora se convierten en agresores y el ciclo sigue girando y acrecentándose, añadiendo a más personas de todos los estratos sociales, educativos y etarios, podríamos considerar tal vez al estrés que se vive a diario en la vida de los adultos lo que colabore en los arranques de ira que generan algunas actitudes de nuestros niños a sus padres quienes arremeten contra ellos en forma física o psicológica, de igual forma se puede dar gran parte del crédito a los diferentes trastornos mentales y abusos de sustancias que llevan a los adultos a atacar sexualmente a un menor y no podemos dejar de lado los sentimientos de culpa, desinterés, ahogamiento que viven muchos de los padres, cuidadores y hasta educadores que llevan a desarrollar actitudes de negligencia hacia quienes dependen del cuidado de un adulto.

1.1 Definición de abuso Infantil

Según la Organización Mundial de la Salud el abuso infantil se describe como *“los maltratos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye*

todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil ”

Como podemos observar en esta definición, el abuso no puede ser visto solo como violencia física o sexual, sino que entra en juego un concepto que por los panameños puede ser poco percibido como maltrato, nos referimos a la desatención y la negligencia. Para la organización mundial de la salud está muy claro que cualquier aspecto que dañe al niño en su desarrollo integral debe ser condenado como un acto de maltrato, sobre todo cuando estos niños y niñas solo esperan recibir atenciones y protección de parte de sus agresores en la mayoría de los casos.

En cuanto a la exposición a la violencia de pareja sobre la cual nos comenta el último párrafo de la definición, puede comprenderse fácilmente con las consecuencias psicológicas que presenta un menor de edad que se encuentre en medio de un hogar en el que reinen las disputas, los golpes y/o insultos, aunque estos no sean dirigidos directamente al menor, es sabido que para los hijos sus padres son sus ejemplos a seguir, sus pilares y modelos de comportamiento futuro, por lo que presenciar el desprecio o maltrato entre ellos mismos sería un atentado a su propia identidad.

Según el Dr Francisco Soriano (2015) la definición más clara de abuso o maltrato infantil es aquella que comprende "toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar "

En esta definición encontramos nuevamente implícitas las diferentes áreas en las que se puede maltratar a un menor y de hecho nos deja en claro que las personas que lo maltratan o abusan son pertenecientes a su ámbito familiar, en este aspecto podemos aclarar que como ámbito el autor no solo se refiere a su familia nuclear sino a todo aquel que forme parte del círculo cercano del niño

Teniendo en consideración estas definiciones contemporáneas quisimos remontarnos a unos años atrás, para verificar si el concepto ha cambiado en estos últimos años, es por ello que encontramos la definición de Garbarino y Gilliam (1980) que aporta lo siguiente

"Un acto de omisión o comisión realizado por un padre o cuidador que es juzgado, de acuerdo con los valores de la comunidad y el juicio de los profesionales expertos, como inapropiado y dañino"

En este caso podemos apreciar que el maltrato es visto en los ojos del juicio de la sociedad, si se dictamina que no cumple con los valores de la comunidad o la apreciación de un experto, entonces es considerado como abuso

Sin duda podríamos hablar de un cambio en el concepto de abuso o maltrato, ya que hoy en día los derechos de los niños son cada vez más protegidos, en tiempos antiguos los niños eran visto como propiedad de sus padres y nadie podía siquiera pensar en entrometerse en su cuidado, un ejemplo muy claro es el conocido caso de Mary Ellen Wilson que sin duda fue un empuje al origen de los derechos de los niños

La historia de Mary Ellen nos cuenta que luego de la muerte de su padre, su madre se vio obligada a darla en adopción y para su mala fortuna quedó siendo adoptada por una familia que la maltrataba física y emocionalmente, el caso fue conocido gracias a la trabajadora social Etta Wheeler, quien descubrió a la niña de 10 años en un estado deplorable de salud, sucia, desnutrida, llena de cicatrices y heridas y atada a una cama, Etta recorrió los juzgados de Nueva York tratando de encontrar apoyo para la condición de Mary, pero todos se lo negaban con el argumento de que los padres eran los propietarios de los niños y nadie podía intervenir en el trato que se le daba a los mismos por ser un asunto privado

Curiosamente y según cuentan los escritos, en ese momento a pesar de no existir leyes que protegieran a los niños, si existían las que protegían a los animales, fue allí como Etta en compañía de Henry Bergh líder de la asociación contra el maltrato animal, lograron que se reconociera a Mary Ellen como parte del reino animal y por ende su madre era considerada como culpable por el delito de maltrato animal

Sin duda este caso dado alrededor del año 1874, aportó en despertar la necesidad de establecer lineamientos que dieran protección a los menores de edad, quienes

hasta ese momento habían sufrido cualquier clase de atrocidades sin siquiera tener derecho a ser defendidos

Hoy en día está muy claro para la sociedad que significa abuso a menores y las autoridades se muestran interesadas en proteger aquellos niños de quienes tienen reportes de abuso, sin embargo, ¿Qué pasa con aquellos que no? Conocer que es el abuso no cierra las posibilidades de ocurrencia, existen personas que no se atreven a denunciar el hecho por no “meterse en los asuntos privados de cada casa o tener que ser testigo y tener miedo a represalias por parte de los padres”

Es allí en donde nos queda mucho trabajo por hacer en la prevención y en la concientización de la sociedad ante el maltrato infantil

Según la UNICEF en 1959 las naciones unidas aprobó una declaración de los derechos de los niños que contenía 10 principios, sin embargo estos no eran suficientes para protegerlos, ya que legalmente esta declaración no era de carácter obligatorio. Debido a ellos en 1978, el gobierno de Polonia presentó a la ONU una versión provisional de una Convención sobre los derechos del Niño

Se presentaron 10 años de negociaciones con los gobiernos de todo el mundo, líderes religiosos, ONG y otras instituciones para que se lograra aprobar el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1989 y su cumplimiento se hizo obligatorio para todos los países que la ratificaron

En Panamá, se firmó y ratificó la Convención mediante la ley 15 de 1990 y la misma entró en vigor en 1991

Sin embargo no se cuenta con leyes firmes que protejan a los menores de los diferentes abusos, en cuanto a cifras, pudimos obtener las siguientes por parte del Ministerio Público de Panamá, sobre los delitos que se han reportado contra los menores de enero a octubre de 2018

Cuadro N° 1 Numero de denuncias registradas contra el orden juridico familiar y el estado civil a nivel nacional por mes del 1 de enero al 31 de octubre de 2018

DELITO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	TOTAL
Maltrato al menor	198	188	244	266	249	234	221	309	190	213	2312
Maltrato al menor agravado	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Maltrato al menor culposo	5	3	2	2	4	3	6	2	13	9	49
Alteracion de identidad	0	0	0	1	1	11	0	0	0	2	15
Entrega de menores con fines ilicitos	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Trafico de menores	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3
Trafico de menores agravado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sustraccion de menores con fines de trafico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3

Fuente Centro de Estadística, Ministerio Público/ Sistema Penal Acusatorio, Sistema Mixto-Inquisitivo y Fiscalía de Adolescentes

En el anterior cuadro podemos encontrar un total de 2,389 denuncias realizadas en los 10 primeros meses de este 2018, las cifras pueden sin duda ser mucho mayores si consideramos la cantidad de abusos que no han sido descubiertos, que no han llegado a la estadística del Ministerio Público o que siguen dándose sin que nadie haya descubierto a la víctima

1 2 Escenarios de Abuso Infantil

Cuando nos referimos a los escenarios de abuso, nos dirigimos a pensar en qué lugares puede estar el menor expuesto a maltrato, de manera que es inevitable pensar en los lugares en los que generalmente se desarrollan los niños

- El Hogar – Intrafamiliar
- El vecindario – Extrafamiliar
- La Escuela

1 2 1 Abuso en el Hogar

Sin duda alguna el escenario más recurrente de abuso infantil es su propio hogar y sus victimarios son sus propios padres o en el caso de estos estar separados las actuales parejas de sus padres biológicos arremeten contra ellos en diferentes formas

Según la Unicef en América latina 6 millones de niños son objeto de agresiones severas y aproximadamente 80,000 mueren cada año producto de los malos tratos recibidos por sus propios padres

Como pudimos apreciar en el apartado de definiciones, desde la antigüedad se mantiene el concepto de que los hijos son propiedad privada de los padres y que estos pueden hacer lo que les plazca con ellos, de hecho hasta Aristóteles sostenía lo siguiente

"un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que le es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno" (Paicabí, 1998)

A pesar de que en la actualidad existen leyes y normas de la sociedad que protegen al niño, sigue manteniéndose el concepto de "es mi hijo y yo hago lo que quiera con él" y aunque en algunos casos esto no indica maltrato, para muchos casos sí lo es, siendo esta una de la razones por las que los familiares o vecinos no denuncian a los padres maltratadores

Según investigaciones realizadas por la ONU, en los últimos 3 años en Panamá se han reportado 10,500 casos de abuso sexual y/o abandono de niños. Lo que es realmente alarmante, según los expertos que realizaron la evaluación en nuestro país, en gran parte este número se debe a la falta de una legislación firme que proteja a los niños y sancione el abuso a los mismos

1.2.2 Abuso Extrafamiliar

Santa Cruz, Ximena nos describe el escenario de abuso extrafamiliar de la siguiente forma

"El abuso es cometido por personas ajenas a la familia. Los abusos sexuales pueden provenir de personas de fuera de la familia (extrafamiliares) pero con una cercanía grande de modo de no despertar sospechas por el interés en algún niño o niña. Los abusadores de este tipo pueden ser personas cercanas o personas

conocidas en las que la familia tiene confianza como para encargarnos que cuiden por un tiempo al o los niños Algunos abusadores pueden ser más lejanos y abusar a escondidas de un pequeño Sin embargo la mayoría de los adultos que abusan sexualmente de los niños es una figura de confianza para la familia y los niños Ello facilita enormemente la tarea del abusador ya que está a solas con él y posibilita que la situación de abuso se repita en el tiempo ”

Aunque parezca aterrador, nuestros niños no están seguros en los entornos lejos de los familiares, de hecho, como opinión personal basada en algunos casos que he conocido de abuso a menores, los vecinos o familiares no tan cercanos mantienen muchas ventajas para lograr los abusos sin que los padres del menor puedan notarlo y por su “cercanía” con la familia logran crear temor en las víctimas haciéndoles sentir culpables y en peligro si hablan al respecto

Las cifras descritas por el Ministerio Público no definen los autores de las denuncias realizadas, sin embargo en el periodo de enero a octubre de 2018 se han registrado 2,389 denuncias por casos de abuso a menores de edad en distintas formas

1 2 3 Abuso Escolar

El abuso escolar es tan antiguo como la asistencia a las escuelas, sin embargo no había tomado tanto auge sino hasta hace algunos años, cuando se ha estado haciendo de manera más evidente

Comenta Dennis Cardoze *“En los ambientes escolares el acoso consiste en actuar de manera intencional, premeditada y continuada por parte de un estudiante o docente contra otro estudiante o docente, en un escenario en el que se da una clara asimetría de poder o de posibilidades de presión o dominio”* (2014)

En esta descripción podemos apreciar que se incluye al docente también como una de las víctimas del acoso, siendo este un nuevo modelo de descripción del mismo para nuestro país, ya que hasta el momento se había hablado únicamente de los estudiantes

En una entrevista realizada en junio del 2018 por La Estrella de Panamá a Natalie Medina, coordinadora de la mesa de trabajo para la prevención y atención del acoso escolar en Panamá, esta resaltó que entre el 18 y 31% de los estudiantes panameños sufren de acoso escolar y que este es responsable en gran medida de dificultades del aprendizaje y deserción escolar

Los tipos de acoso escolar que describe Cardoze son

- **Físico:** empujones, golpes, torceduras, etc
- **Sexual.** Toqueteo, levantar faldas o bajar pantalones, intento de violación
- **Verbal:** lenguaje hablado o escrito, insultos, burlas, intimidación
- **Gestual:** señas obscenas, amenazas con puños, imitación de los gestos de la víctima

- **Psicológico:** crearle estados mentales de temor, ansiedad, rebajar su autoestima con comentarios negativos y también la extorsión
- **Social** acciones destinadas a marginar a las personas del grupo, no tomarla en cuenta para actividades grupales, desacreditar moralmente ante otros
- **Cibernético:** escarnios por medio de las redes sociales, publicación de intimidades por internet o fotos sin permiso, así como lanzar calumnias por redes sociales

Podríamos agregar que hoy en día los tipos de acoso físico se manifiestan mayormente entre los varones y por lo contrario las niñas utilizan métodos más sutiles como el internet, el rechazo social, el acoso verbal y psicológico

1.3 Tipos de Abusos

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) existen 4 tipos de abusos a menores de edad y los describen de la siguiente forma

- **Maltrato Físico**
El cual se define como los actos infligidos por un cuidador que causan daño físico real o tienen el potencial de provocarlo
- **Abuso Sexual**
Se define como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual

- **Maltrato Emocional**

Se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.

- **Descuido**

El descuido se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño (estando en condiciones de hacerlo) en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras. Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir solo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.

Por otra parte Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña (1998) definen los siguientes tipos de maltrato infantil:

- **Abandono o negligencia**

Situación en que las necesidades físicas básicas de un menor y su seguridad no son atendidas por sus cuidadores.

- **Maltrato Emocional**
No se consideran las necesidades psicológicas del menor, sobre todo las que tienen que ver con relaciones interpersonales y autoestima
- **Maltrato Físico**
Acción no accidental de un adulto que provoca daño a un menor o le coloca en grave riesgo de padecerlo
- **Abuso Sexual**
Utilización de un menor de edad por parte de un adulto para satisfacer sus deseos sexuales
- **Maltrato Prenatal**
Situaciones y características del estilo de vida de la embarazada que aun pudiendo evitarse, perjudican el desarrollo del bebé
- **Mendicidad**
El niño es utilizado para mendigar o ejerce la mendicidad por su propia voluntad
- **Corrupción**
Conducta del adulto que promueve conductas antisociales o desviadas en los niños, sobre todo en cuanto a agresividad, robo, manejo de la sexualidad y tráfico o consumo de drogas y alcohol
- **Explotación Laboral**
Se le obliga al niño a realizar trabajos que exceden sus límites, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren claramente en las actividades y necesidades escolares del menor

- Síndrome de Munchhausen por poderes

Se le provoca al menor, síntomas físicos patológicos que requieren hospitalización o tratamiento médico reiterado Usualmente este es utilizado para llamar la atención

- Maltrato Institucional

Situaciones en las que los centros de atención al menor ya sean por acción u omisión no respetan los derechos básicos a la protección, el cuidado y la estimulación del desarrollo

Por su parte UNICEF, por medio de la observación general del Comité de derechos de los niños y el informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas (Pinheiro, 2006) presenta la siguiente clasificación de los tipos de maltratos infantiles, que hemos de citar textualmente

- Violencia física y maltrato

Puede ser mortal y no mortal En opinión del Comité, la violencia física incluye

- a) Todos los castigos corporales
- b) Disciplina violenta
- c) La intimidación física
- d) Homicidios
- e) Lesiones graves
- f) Auto-lesiones

g) La discapacitación deliberada del niño para explotarlo con fines de mendicidad en la calle y en otros lugares

h) Trabajo doméstico, forzado, servidumbre y esclavitud, explotación económica

- **Violencia mental**

El concepto de violencia mental, se describe a menudo como maltrato psicológico, abuso mental, agresión verbal y maltrato o descuido emocional, y puede consistir según el comité en

a) Toda forma de relación perjudicial persistente con el niño, como hacerle creer que no vale nada, que no es amado ni querido, que está en peligro o que solo sirve para satisfacer las necesidades de otros,

b) Aterrorizar y amenazar al niño, explotarlo y corromperlo, desdeñarlo y rechazarlo, aislarlo, ignorarlo y discriminarlo,

c) Desatender sus necesidades afectivas, su salud mental y sus necesidades médicas y educativas,

d) Insultarlo, injurarlo, humillarlo, menospreciarlo, ridiculizarlo y herir sus sentimientos,

e) Exponerlo a la violencia doméstica,

f) Someterlo a un régimen de incomunicación o aislamiento o a condiciones de detención humillante o degradante

- Descuido o trato negligente

Se entiende por descuido no atender las necesidades físicas y psicológicas del niño, no protegerlo del peligro y no proporcionarle servicios médicos, de inscripción del nacimiento y de otro tipo cuando las personas responsables de su atención tienen los medios, el conocimiento y el acceso a los servicios necesarios para ello. El concepto incluye

a) El descuido físico, que ocurre cuando no se protege al niño del daño, entre otras cosas por no vigilarlo, o se desatienden a sus necesidades básicas, por ejemplo, de alimentación, vivienda y vestido adecuados y de atención médica básica,

b) El descuido psicológico o emocional que consiste,

c) El descuido de la salud física o mental del niño, al no proporcionarle la atención médica necesaria,

d) El descuido educativo, cuando se incumplen las leyes que obligan a los cuidadores a asegurar la educación de sus hijos mediante la asistencia escolar o de otro modo, y

e) El abandono

- Abuso y explotación sexual

Se entiende por abuso y explotación sexuales, entre otras cosas

a) Violaciones

b) Tocamientos

c) Acoso sexual

d) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente perjudicial

e) La utilización de un niño con fines de explotación sexual comercial

f) La utilización de un niño para la producción de imágenes o grabaciones sonoras de abusos sexuales a niños

g) El comercio sexual infantil, la esclavitud sexual, la explotación sexual en el turismo y la industria de viajes, la trata (dentro de los países y entre ellos) y la venta de niños con fines sexuales y el matrimonio forzado

- Tortura y tratos o penas inhumanos o degradantes

Este concepto incluye según el comité todo acto de violencia contra un niño para obligarlo a confesar, castigarlo extrajudicialmente por conductas ilícitas o indeseadas u obligarlo a realizar actividades contra su voluntad, cometido por lo general por la policía y otros agentes del orden público, el personal de los hogares y residencias y otras instituciones y las personas que tienen autoridad sobre el niño, incluidos los agentes armados no estatales. Pertenecen a esta categoría los niños en conflicto con la ley, los niños en situación de calle, los niños indígenas y de minorías y los niños no acompañados. Es importante tener en cuenta en esta forma de violencia el toque de queda implementado en los tres municipios

- **Violencia armada**

La violencia armada es una violencia que se da en la calle, en espacios interpersonales y de confianza, generalmente es perpetuada por grupos armados criminales o pandillas que ocasionan la muerte, lesión, invalidez, daños psicológicos y emocionales de las víctimas, tienen como instrumento detonador el uso indiscriminado y usualmente ilegal de armas de fuego

Como podemos observar, la tipificación de Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, se distribuye de una forma mucho más específica que la que plantea la OMS y la clasificación realizada por UNICEF nos presenta ejemplos claros e incorpora diferentes aspectos dentro de una gran área, tomando en consideración nuestra población de muestra para este estudio podemos realizar la siguiente clasificación de maltratos recibidos por las jóvenes desde su infancia temprana

1 3 1 Maltrato físico

Consideramos el mismo como toda acción de violencia que sea expresada mediante golpes o cualquier otro tipo de lesiones en el cuerpo

1.3.2 Maltrato Psicológico

En este caso hacemos referencia a las acciones, comentarios, insultos dirigidos al menor o también pudieran ser los que estén dirigidos a una de las personas que conviva en estrecha relación con el menor y este tome el maltrato como suyo, aunque no se le esté hiriendo directamente

Conociendo la importancia de este aspecto en nuestro estudio es importante resaltar la siguiente tabla recuperada del trabajo realizado por Gómez de Terreros (2006) quien se remonta a los estudios de Gabarino, Guttman y Seeley (1989) quienes plasmaron la definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico

Cuadro N° 2 Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico (Gabarino, Guttman y Seeley, 1989)

Formas	Definición	Manifestaciones
RECHAZAR	Negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazar las iniciativas de apego del niño - Excluir activamente al niño de las actividades familiares - Realizar valoraciones negativas constantes
AISLAR	Privar al niño de oportunidades para entablar relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Negar la interacción con compañeros y adultos - Impedir relaciones sociales
ATERRORIZAR	Amenazar al niño de forma siniestra, haciéndole creer que el mundo es caprichoso y hostil	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización del miedo como disciplina - Amenazas a la sensación de seguridad del niño - Amenazas dramáticas, misteriosas, extremas
IGNORAR	Privar al niño de la estimulación necesaria, limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de atención al niño - Frialidad y falta de afecto - Faltas de protección ante sus demandas de ayuda
CORROMPER	Favorecer conductas que impiden la normal integración del niño en la sociedad, reforzar pautas de conducta antisocial	<ul style="list-style-type: none"> - Alentar a cometer conductas delictivas - Exponer al niño a pornografía - Premiar conductas agresivas

1 3 3 Abuso Sexual

En este tipo de maltrato deseamos referirnos a toda acción que se realice en contra del menor relacionada a su sexualidad, en ella incluimos violación, tocamiento, lenguaje sexual, exhibicionismo e incluso podríamos incluir la exposición a pornografía, escenas sexuales entre padres o cuidadores que pudieran afectar la sexualidad del menor de edad, quien no posee el criterio formado para traducir esta información en su mente sin causar daños

1 3 4 Negligencia

En este apartado podemos considerar todas aquellas omisiones a las necesidades básicas que mantienen los menores y que en la mayoría de los casos no pueden proporcionarse por ellos mismos, por ejemplo, la inatención médica, la mala nutrición intencional, la privación de la educación básica, exposición a peligros, obligación de cuidar a sus hermanos menores o de realizar trabajos forzados sin considerar sus limitaciones, no brindar trato emocional que ayude a fortalecer su autoestima

Usualmente un menor que es maltratado recibe no un solo tipo de maltrato sino una combinación de estos, causándoles terribles consecuencias que a lo largo de sus vidas serán reflejas de distintas formas y en muchos de estos casos en

Barudy también describe las consecuencias psicosociales del maltrato como, por ejemplo

- Trastornos de identidad

En este caso se refiere al pensamiento que se crea en el niño maltratado, usualmente el considera que es el problema, se cree malo, peligroso o inadecuado y en algunos casos asume mecanismos de defensa de ser poderoso y lograr vencer a sus padres o cualquier adulto

- Autoestima pobre

Barudy considera que estos niños tienen sentimientos de inferioridad y que se creen profundamente incapaces y suelen expresar estos sentimientos en comportamientos tímidos, miedosos o por el contrario agitados tratando de llamar la atención

- Ansiedad, angustia y depresión

En cuando a estas consecuencias nos comenta que los niños tienden a expresar trastornos de comportamiento, ansiedad, angustia que pudiera presentarse sola o acompañada del Trastorno por estrés postraumático que a su vez se puede enmascarar con otros trastornos También nos comenta que estos niños desconfían del contacto físico con adultos, tienen problemas de concentración, trabajan mal en clase, tienen problemas para seguir indicaciones y sus sentimientos de

depresión pueden llevarlos a accionar conductas de automutilación y otros comportamientos destructivos

Como mecanismos de adaptación a este tipo de violencia (Barudy 2011) comenta que el niño puede decidir tomar cualquier de estos dos caminos

- a) Ser un niño extremadamente obediente, pasivo y pasar desapercibido en todas las formas posibles con tal de no ser notado por el padre agresor
- b) Asumir el papel de niño malo de manera que el mensaje que se envíe a los observadores externos sea *“ayúdenme soy víctima de malos tratos, pero como no me sirve que agredan a mi familia, ya que es vital para mí, prefiero que piensen que yo soy el problema”* (Barudy, 2011) de esta manera el menor maltratado piensa y hace pensar que todos los malos tratos que recibe son bien merecidos

1 4 2 Consecuencias del maltrato Psicológico

Como referencia de este apartado hemos tomado los escritos de Gómez de Terreros (2006) en donde nos brinda información muy clara y valiosa sobre el maltrato psicológico en menores de edad. Entre sus aportes nos comenta que el 90% de los niños que reciben maltrato físico también sufren maltrato psicológico y que este último deja huellas mucho más persistentes y perturbables a lo largo de la vida que los golpes físicos que se pudieran recibir.

Desde su punto de vista las consecuencias que se pueden presentar en un menor expuesto a maltrato psicológico son

a) A nivel de pensamientos,

Como sentimientos de baja autoestima (incluyendo las conductas asociadas al mismo), visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad y depresión, así como ideas de suicidio

b) Sobre la salud emocional,

Como inestabilidad emocional, personalidad borderline o límite, falta de respuestas emocionales apropiadas, problemas de control del impulso, ira, conductas auto lesivas, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias

c) Sobre las habilidades sociales,

Incluyendo conducta antisocial, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social, dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación sexual, dependencia, agresividad y violencia y delincuencia o criminalidad

d) Sobre el aprendizaje, bajo rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje y dificultades en el desarrollo moral

e) Sobre la salud física, quejas somáticas, un estado pobre de salud y alta mortalidad

En el siguiente cuadro expuesto en el trabajo de Gómez de Terreros, se pueden reconocer fácilmente los diferentes indicadores que podrían dar luces en el caso de reconocimiento de un menor que es víctima de maltrato psicológico

Cuadro 3 Indicadores de maltrato emocional en niños

INDICADORES FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el crecimiento • Enfermedades psicosomáticas • Accidentes frecuentes
INDICADORES CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en su desarrollo evolutivo: lenguaje, inteligencia, psicomotricidad, socialización... • Muestras de recelo, permisividad, ansiedad, depresión, preocupación... • Signos de trastornos emocionales como movimientos rítmicos repetitivos, ausencia de comunicación... • Trastornos conductuales como retraimiento y conducta antisocial. • Trastornos conductuales como pasividad o conducta agresiva extrema. • Excesiva rigidez y conformismo. • Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad • Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles. • Pobre autoestima. • Fugas de casa. • Trastornos del control de esfínteres; trastornos del sueño. • Psicopatías...

*Esta información fue recopilada de los autores Simón, Rueda, López Taboada, Linaza Iglesias, 2000

1 4 3 Consecuencias del abuso sexual

Sin duda alguna esta es la condición que más se repite entre la población a la que hemos sometido este estudio, las adolescentes internas en el hogar en gran parte han sido víctimas de abusos sexuales por parte de sus padres, familiares cercanos, vecinos, padrastros, entre otros y esto las coloca en una alta vulnerabilidad a consecuencias a largo plazo

Según Pereda Beltrán (2010) se pueden producir las siguientes consecuencias a largo plazo

Cuadro N° 4 Consecuencias del abuso sexual (Pereda Beltrán 2010)

Consecuencia	Sintomatología
Problemas Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivos y bipolares • Trastorno de ansiedad • Trastornos por estrés postraumático • Trastorno Límite de la personalidad • Conductas autodestructivas • Intento de suicidio • Baja autoestima
Problemas de Relación	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de amigos • Limitadas interacciones sociales • Baja participación en actividades comunitarias • Desajuste en relaciones de pareja • Dificultades en la crianza de los hijos • Depreciación del rol maternal
Problemas de conducta y adaptación social	<ul style="list-style-type: none"> • Hostilidad • Trastornos de conducta • Tendencia a delinquir
Problemas funcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores físicos sin razón justificable • Cefaleas • Fibromialgias • Trastornos gastrointestinales • Trastornos de conducta alimentaria • Crisis convulsivas no epilépticas • Desordenes ginecológicos

	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias • Trastorno disociativo
Problemas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad insatisfactoria y disfuncional • Conductas de riesgo sexual • Maternidad temprana • Prostitución • Revictimización

Tomando en consideración las descripciones ofrecidas por Pereda Beltrán, podemos concluir que todo aquel que se encuentre expuesto al abuso sexual, sin duda deberá recibir atención psicológica para ayudarlo a continuar de manera estable sus relaciones emocionales en general. La terapia psicológica que se utilice deberá estar enfocada en la mejora del paciente considerando la capacidad de resiliencia del mismo y aquellos recursos psicológicos de los que disponga. A nuestro parecer debe ser una terapia que se enfoque en el problema y brinde una solución rápida a la víctima, evitando así afectaciones más graves e incluso amenazas a su propia vida.

2 Trastorno de Estrés Postraumático

2.1 Concepto de Estrés Postraumático

Sin duda alguna el hecho de vivir experiencias traumáticas en nuestra vida, puede ocasionar lesiones importantes en nuestra personalidad y en algunos casos puede transformar nuestras vidas con una enorme brecha entre el antes y el después del trauma. Algunos autores han escrito antes sobre el TEPT definiéndolo de diversas formas, pero todas manteniendo un núcleo similar: la exposición a un acontecimiento terriblemente difícil para la víctima.

Engel (1962) ha definido el estrés traumático como «todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea actividad de cualquier otro sistema».

Años atrás Freud (1916) elaboró una definición en términos más generales: «Una experiencia es traumática cuando en un corto lapso de tiempo produce una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, dando como resultado alteraciones permanentes en la distribución de la energía psíquica».

Por su parte, Abraham Kardiner (1941) definió por primera vez de forma sistemática el TEPT y señaló que las personas que lo padecen siguen viviendo en el ambiente emocional del acontecimiento traumático. Este investigador consideró que la persistencia del reflejo de sobresalto en las

personas traumatizadas constituía el elemento central de la reacción de estrés postraumático, y la relacionó con el desarrollo de irritabilidad y de sintomatología psicósomática en estos pacientes

La definición acuñada por Kardiner, salió a la luz luego de que el estudio del Estrés Postraumático tomara fuerza con los acontecimientos de la II Guerra Mundial, al conocerse tantos casos de soldados con el trastorno

2.1.1 Criterios Diagnósticos según el DSM-V

El DSM-V (APA, 2013) define el trastorno por estrés postraumático con el cumplimiento de los siguientes criterios

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

- 1 Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)
- 2 Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros
- 3 Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental

4 Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p ej , socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)

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

- 1 Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s)
- 2 Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)
- 3 Reacciones disociativas (p ej , escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s) (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente)
- 4 Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)
- 5 Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)

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

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

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

- 1 Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)
- 2 Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p ej, "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados")

- 3 Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás
- 4 Estado emocional negativo persistente (p ej , miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
- 5 Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
- 6 Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
- 7 Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p ej , felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos)

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

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

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

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

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

Para realizar un diagnóstico utilizando el DSM-V también debemos considerar si posee estas agravantes

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

1. Despersonalización Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio)

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

Y por último se deberá especificar si la expresión de los síntomas es retardada, que es cuando la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento traumático

2.1.2 TEPT según CIE-10

La codificación asignada para el TEPT en el Manual CIE-10 es F43.1

Y este manual describe el trastorno de la siguiente forma *Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que causarían malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de una muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)*

Como características que se deben considerar según el CIE-10 para realizar el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático podemos encontrar:

- Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños
- Sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que sugieren o recuerdan al trauma
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento en la reacción de sobresalto e insomnio
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y depresión y no son raras las ideaciones suicidas

Según las indicaciones que nos presenta este manual, el comienzo se encuentra luego del trauma con un periodo de latencia que podría durar desde algunas semanas hasta meses, sin embargo es raro que supere los seis meses. Su curso puede ser variable, pero mantiene un buen pronóstico de recuperación en la mayoría de los casos. Es importante recalcar que en una proporción menor de aquellos que padecen el trastorno, pueden

mantenerlo por muchos años con un curso crónico e incluso una evolución hacia una transformación persistente de la personalidad

Teniendo en consideración lo antes expuesto es una buena oportunidad para revisar los diagnósticos que podrían verse relacionados o en algunos casos confundir al terapeuta para brindar una correcta evaluación del trastorno presentado por el paciente

2.1.3 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial del Trastorno por Estrés Postraumático debe realizarse teniendo en cuenta lo siguiente

- Trastorno Adaptativo Se utiliza en los casos en que se presentan los mismos síntomas, pero sin la ocurrencia de un acontecimiento grave, así como también cuando ocurre un acontecimiento traumático, pero no se presentan los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático
- Síntomas de evitación, embotamiento afectivo y aumento de la activación previos al acontecimiento traumático en este caso tendremos presentes que los síntomas se deben a otro causal

- En caso de que ocurra la aparición de otros trastornos mentales por la exposición al acontecimiento traumático Se deberá tener especial cuidado en los diferentes criterios que se reúnan entonces se evaluarán cuidadosamente los criterios para trastornos que pudiesen presentarse de forma conjunta, como por ejemplo el trastorno psicótico breve, el trastorno de conversión, el trastorno depresivo mayor u otros. Conociendo que existe la posibilidad de realizar ambos diagnósticos a la vez
- Trastorno por Estrés Agudo en este caso evaluaremos la duración del cuadro de síntomas, para diagnosticar Trastorno por Estrés Agudo los mismos deberán aparecer y desaparecer en las 4 semanas siguientes al suceso traumático. En caso de que persista más de un mes y se den los síntomas característicos del TEP, el diagnóstico correcto sería el Trastorno por Estrés Postraumático
- Trastorno Obsesivo-compulsivo En este caso también se dan pensamientos intrusos y recurrentes, pero son reconocidos por el paciente como inapropiados y no se relacionan con ningún acontecimiento traumático
- Ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas en otros trastornos mentales se deberá tener especial atención ya que puede tratarse de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el trastorno del

estado de ánimo con síntomas psicóticos, el delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastornos psicóticos por enfermedad médica

- Simulación en este caso los síntomas son fingidos con algún propósito, generalmente el de obtener beneficios materiales, laborales, legales o de otro tipo

2.2 Tipos de Eventos desencadenantes de Estrés Postraumático

Todos los seres humanos estamos expuestos a sufrir situaciones estresantes o perturbadoras en nuestra vida, de alguna forma podríamos asegurar que no es posible escaparse de algún tipo de trauma en el transcurso de nuestros años de vida, sin embargo existen diferencias en los tipos de eventos que podrían causar un trauma severo y también existen diferencia en los estilos de afrontamiento de cada persona, lo que podría significar una terrible experiencia para algunos, podría ser solo un evento desafortunado que ayudará a la madurez y se podrá resolver de manera efectiva tomando el tiempo prudente. Pero ¿Qué tipo de eventos podrían ocasionar un trastorno por estrés postraumático? La Asociación Psiquiátrica Americana ha definido el acontecimiento traumático como

aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida como lo serian por ejemplo

- Un duelo
- Una enfermedad crónica
- Una pérdida económica
- O un conflicto sentimental

Estos estresores, no se esperan y en la mayoría de los casos sobrepasan las emociones que estamos acostumbrados a sentir y manejar en el día a día, es esto lo que las convierte en un trauma, que vale la pena destacar, que dicha palabra proviene de un vocablo griego que significa herida, es decir que el Trauma = Herida, que se pueda causar por la ocurrencia de alguno de estos eventos es lo que nos lleva al padecimiento de todos los síntomas relacionados con este trastorno

Como lo menciona Carvajal (2002), es aquí en donde podemos o debemos vincular el trastorno con la ocurrencia de desastres que él a su vez subdivide en

- Naturales (inundaciones, terremotos, tornados)
- Accidentales (accidentes de tránsito, incendios forestales)
- Provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, ataques, maltrato infantil, torturas)

Existen muchos componentes de los que dependerá la respuesta psicológica que tenga la víctima, pues como lo hemos comentado, sus estilos de afrontamiento, su herencia biológica, su red de apoyo social, la historia personal y la intensidad y

valoración que se le dé al evento estresor determinará su conversión en un trastorno que pudiese durar algunas semanas, meses o años y que a su vez pueda afectar muchas o pocas áreas de funcionamiento de la víctima

En la versión revisada del DSM – IV se enlistaron posibles estresores que pudieran provocar un TEPT, los cuales son

- Participar o combatir en una guerra
- Ser víctima de violencia personal
- Ser secuestrado o tomado como rehén
- Ser víctima de ataques terroristas
- Ser torturado
- Sobrevivir a desastres naturales
- Sobrevivir a desastres provocados por el hombre
- Participar en accidentes de medios de transporte
- Ser diagnosticado con una enfermedad terminal

Con esta categorización el DSM – IV describió cinco grupos de acontecimientos traumáticos

- 1 Muerte
- 2 Amenaza de muerte
- 3 Lesiones graves
- 4 Amenaza a la integridad propia
- 5 Amenaza a la integridad de otras personas

Rodeando estos grupos podríamos definir muchos más eventos estresores, ya que como hemos comentado dependerá de la interpretación que le proporcione la víctima a la situación y de hecho gracias a la ampliación que realizó el Manual diagnóstico según un estudio realizado en Michigan con 2,181 personas se reveló que se dio un aumento del 38% en los casos diagnosticables como TEPT

En Panamá no se encuentran registros de estudios generales de la población en donde se consideren las cifras o los diagnósticos de estrés postraumático, si bien es cierto no somos un país propenso a los desastres naturales, si mantenemos alto grado de ocurrencia de otros tipos de eventos estresores, esta situación podría deberse a lo común que es visto el sufrir por acontecimientos traumáticos y seguramente en la mayoría de los casos, no se acude a atención psicológica, en muchas de las víctimas se resolverá de manera espontánea y en otras causarán sintomatologías que afectarán las funcionalidades de las víctimas, en niveles progresivos

2.3 Prevalencia del estrés postraumático

Según Pérez, Fernández y Rodado, la prevalencia de que exista un TEPT alguna vez en la vida en el mundo es del 1% al 4% (Tabla N°1) Sin embargo varía según factores como la edad, el tipo de evento estresante o sexo. Este hecho se encuentra demostrado por el estudio de Pynoss y cols, con el cual evaluaron niños de una escuela que había sido atacada por un francotirador y encontraron prevalencias de TEPT de 94% en los niños que acudieron al colegio ese día 45% en los que no asistieron y 89% en los que se encontraban en el edificio

Tabla N°1

Porcentaje de prevalencia de vida del TEPT en la población general, según diversos autores.

<i>Autor, año</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Helzer, 1987 (38)	0,5	1,3
Davidson, 1991 (44)	0,9	1,7
Breslau, 1991 (9)	6,0	11,3
Norris, 1992 (45)	6,1	8,5
Resnick, 1993 (46)	-	12,3
Rioseco, 1994 (47)	2,7	5,1
Kessler, 1995 (11)	5,0	10,4
Breslau, 1997 (48)	-	13,8
Breslau, 1998 (37)	10,8	18,3
Perkonig, 2002 (49)	1,0	2,2

Carvajal (2002) comenta que desde 1987 existen prevalencias entre hombre de 0,5% a 10,8% y entre 1,3 y 18,3 en mujeres para los diferentes eventos estresores que se pudieran presentar. Lo antes expuesto se ilustra con la siguiente Tabla.

Tabla N° 2

Porcentaje de prevalencia de TEPT frente a determinados hechos traumáticos por sexo.

<i>Tipo de trauma</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Violación	65,0	45,9
Abuso sexual	12,2	26,5
Asalto	1,8	21,3
Accidente	6,3	8,8
Desastres naturales	3,7	5,4
Combate	38,8	-
Testigo de muerte o graves lesiones	9,1	2,8
Informarse acerca del hecho traumático	1,4	3,2
Muerte súbita de un ser querido	12,6	16,2

Recientes estudios realizados en víctimas de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8% en Etiopía, de 17,8% en Gaza, de 28,4% en Camboya y de 37,4% en Argelia. De igual forma se han realizado estudios en embarazadas que pierden a sus bebés, cuando se evalúan al mes, el 25% de ellas se diagnostica un TEPT y esta cifra se reduce al 7% a los cuatro meses de la pérdida. Gracias a estos resultados se puede incluir en el listado de eventos traumáticos la pérdida de un bebé y de hecho estamos convencidos de que esta situación puede llegar a causar TEPT en los futuros padres y no solo en las madres.

Según la American Psychiatry Association (2014), en Estados Unidos el riesgo vital para el trastorno a la edad de 75 años es de 8,7%, la prevalencia anual de adultos es 3,5%. En Europa, Asia, África y América Latina las estimaciones van entre un 0,5% y un 1%.

Las tasas más altas son localizadas en víctimas sobrevivientes de violaciones, combate militar, cautiverio y genocidio.

2.4 Comorbilidad del Estrés posttraumático

Según Carvajal, este trastorno presenta una comorbilidad muy alta, en algunos casos se ha concluido que hasta de un 80%.

En el caso específico de los veteranos de guerra se ha encontrado que en un 66% presenta otros trastorno afectivo o de ansiedad, en cuanto al abuso de sustancias.

o alcohol en los veteranos de guerra de Vietnam se ha encontrado que el 39% sufre de abuso o dependencia

Según una investigación dirigida por Kessler se encontró que el TEPT se asociaba a otro trastorno en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres, sin embargo habían tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y el 59% de los hombres

Los trastornos con los que se asoció el TEPT fueron

- Abuso de alcohol en hombres
- Depresión mayor
- Trastorno de conducta en hombres
- Fobia simple
- Fobia social
- Agorafobia en mujeres

2.5 Consecuencias del Estrés Postraumático

En definitiva este trastorno presenta un impacto fuerte en las víctimas que lo padecen y sobre todo si estas son infantes o adolescentes, los efectos que nos describen Montt y Hermosilla (2001), como efectos posteriores del desarrollo son

- Desarrollo de patrones de conductas de riesgo
- Facilidad para identificarse con roles de víctima, agresor y salvador, luego en el desarrollo de la personalidad tienden a fijarse en uno de estos

- Fijación de auto atribuciones negativas de la experiencia original

Mientras que los efectos a largo plazo que se pueden producir son

- TEPT crónico
- Trastorno de personalidad límite, antisocial, narcisista
- Trastorno de Personalidad múltiple, especialmente en trauma pre escolar
- Automutilaciones e intentos de suicidio
- Abuso de sustancias y alcoholismo

Los traumas en un sujeto en crecimiento y desarrollo, impactan la totalidad de la persona, afectando su funcionamiento neurofisiológico, cognitivo, socio-emocional, la visión de sí mismo, del mundo, y las expectativas del futuro

Capítulo II

Psicoterapia Psicodinámica Breve Intensiva y de urgencia

1 Origen de la Psicoterapia Breve

Apoyándonos en los escritos realizados por el catedrático en Psicoterapia A Ávila Espada de la Universidad de Salamanca, Madrid 1991 Logramos comprender con mayor lucidez el origen y trayectoria de la Psicoterapia breve, el mismo nos comenta que usualmente se le atribuye a Sandor Ferenczi (1918), quien utilizó las “técnicas activas” con el fin de reducir la duración del análisis, vale la pena destacar que estas técnicas activas fueron muy controversiales y poco aceptadas Ya que se basaban principalmente en el abandono de la pasividad que caracteriza al terapeuta y lo envolvía en un papel más directivo, fue así como mediante esta dirección del paciente, lograba que en muchos de los casos las situaciones que realmente molestaban al paciente, se volcaran sobre la mesa y era entonces cuando se podría tratar más directamente el origen del problema, logrando así menor cantidad de sesiones

Otro de los nombrados por Ávila era Wilhen Stekel, contemporáneo de Freud, era muy conocido por sus análisis breves de los pacientes

Franz Alexander del Instituto de Psicoanálisis de Chicago fue el mentor del interés de este recinto en las terapias Psicoanalíticas breves en Norteamérica y en conjunto con Thomas French, publicaron la conocida obra “Psychoanalytic Therapy”, en el año de 1941 en la Asamblea Nacional sobre Psicoterapias Breves Su obra estaba guiada por el principio de aplicar la terapia adecuada a cada

paciente y la psicoterapia era vista como una experiencia emocional correctora de vivencias pasadas. Gracias a estas contribuciones se dio origen a la primera escuela de psicoterapia breve, que continúa vigente en la llamada Escuela de Los Ángeles.

El enfoque de Alexander se basaba en encontrar el conflicto central actual del individuo y también señaló factores que contribuyen al cambio:

- Los recursos del terapeuta para encontrar el conflicto central
- La capacidad intuitiva del paciente y la fidelidad hacia el terapeuta
- La exactitud de las impresiones y la capacidad del terapeuta para comprenderlas (Capacidad de insight)
- La percepción del terapeuta del clima emocional adecuado en el paciente para revelar el significado de los conflictos subyacentes

Alexander y French fueron los primeros en enfocarse en una terapia del aquí y el ahora y con su modelo influyeron a muchos autores entre ellos a Lindemann, quien utilizó por primera vez la expresión "Psicoterapia de emergencias" en 1942 cuando realizó intervención con las víctimas de un incendio en una sala de fiestas en Boston.

Por su parte Kardiner utilizó esta terapia para tratar la neurosis de guerra.

Leopold Bellak y Leonard Small fueron los primeros en teorizar y describir tanto los aspectos teóricos como técnicos del proceso de la psicoterapia breve y de

emergencias, utilizando las aportaciones de Alexander y French e incluyendo como elementos principales

- La actividad
- El foco
- La interpretación favorable del insight
- La gestión de las resistencias

Ávila nos comenta que luego de estas contribuciones aparecen las obras de Balint, quien suponía un acercamiento sistemático a la psicoterapia breve haciendo énfasis en la valoración y selección de los pacientes y en la identificación y acción sobre el foco terapéutico como una estrategia participativa para el cliente mediada por el terapeuta. Siguiendo esta misma línea David Malan realizó una investigación sistemática sobre la Psicoterapia breve.

Después de todos estos autores se dieron muchas contribuciones más a lo largo del mundo sobre Psicoterapia breve, sin embargo en esta ocasión vamos a dirigir nuestra atención al modelo elaborado por Leopold Bellak, quien lo denominó como Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia.

1.1 Modelos de Psicoterapia Breve

Antes de pasar a Bellak, es importante mencionar los modelos de Psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, ya que nos permitirá poseer un mejor manejo de la información, a continuación, presentaremos una breve descripción en el siguiente cuadro.

Cuadro N°5 Modelos de Psicoterapia Breve según Ávila (1991)

MODELO	AUTOR	PRINCIPIOS
Modelo de la clínica Tavistock	David Malan	Basado en las contribuciones de Balint, con aproximadamente 20 a 30 sesiones. Se centra en la interpretación de las reacciones de transferencias y se orienta en el establecimiento de un nexo entre transferencia y las experiencias de relación con los padres.
Modelo STAPP	Peter Sifneos	Basado en la inducción de la ansiedad sobre todo en pacientes neuróticos con elevada motivación para el tratamiento. Se utilizan entrevistas semicerradas con el fin de afrontar las transferencias inmediatas, las interpretaciones del terapeuta se centran en el núcleo del conflicto edípico.
Modelo de Psicoterapia de duración limitada	James Mann	Método de 12 sesiones aplicado a pacientes con capacidad de insight y cambio y que tienen un problema claramente focalizado. Utiliza la activación de signos de transferencia, la focalización en el conflicto y sus manifestaciones en la transferencia y la evitación de la dependencia. También incluye intervenciones activas de apoyo.
Modelo del Instituto Langley Porter de San Francisco	Horowitz et al	Hace énfasis en los estresores actuales, indicada solo en caso de crisis focales. Duración de 12 sesiones. El terapeuta se centra en la clarificación de los aspectos transferenciales, adoptando un rol activo en un proceso que denomina análisis configuracional.
Modelo de Psicoterapia Breve de Hans Strupp	Hans Strupp	Consiste en 25 sesiones, este modelo fue el primero en tener un manual de tratamiento de psicoterapia psicoanalítica.

		breve Se evalúa la accesibilidad al tratamiento, principalmente la capacidad de introspección y la aptitud para integrar afectos y construir una relación terapéutica colaboradora
Modelo de Psicoterapia dinámica breve intensiva de Davanloo (ISTDP)	Habib Davanloo	Inicia con una terapia de ensayo mediante la cual se evalúa la accesibilidad del paciente Desarrolla una técnica llamada desactivación del inconsciente para reducir niveles de resistencia Davanloo construyó un instrumento de medición de los resultados, por medio del cual el paciente en su periodo de seguimiento evalúa según videos de 5 sesiones aleatorias los cambios que se han realizado
Modelo de Psicoterapia interpersonal breve	Klerman, Weissman et al	Utilizado con pacientes depresivos moderados o leves, consta con 12 a 20 sesiones, donde a las 16 semanas se logran los objetivos terapéuticos y luego se da mantenimiento De ser necesario se combina con tratamiento farmacológico
Psicoterapias breves derivadas de la terapia familiar Terapia estratégica de resolución de problemas	Jay Haley	Centrada en el aquí y ahora de los conflictos interpersonales que se dan en el nivel sistémico familiar
Las aproximaciones breves en las terapias cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitiva de Beck - Terapia Racional emotiva - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento - Terapias de autoinstrucciones - Inoculación al estrés de Meichenbaum 	

Fuente La Psicoterapia breve y la intervención en crisis A Ávila (1991)

2 Psicoterapia Breve intensiva y de urgencias según Leopold Bellak

2.1 Antecedentes

Como ya hemos comentado en el punto anterior, Leopold Bellak fue uno de los primeros en realizar una teorización y análisis de la técnica de psicoterapia breve, él comenta que su interés por esta se desarrolló como respuesta a las necesidades de atención que tenían sus pacientes en el año 1946, después de la guerra cuando la administración de veteranos le permitió a los mismos consultar a psiquiatras bajo un contrato y solo por 3 sesiones. Con el tiempo el número de sesiones se dobló y luego se fue multiplicando, fue allí en donde con el deseo de ayudar a estos pacientes y considerando el poco tiempo que le era otorgado, ideó un método que le permitiera brindarle más que un consejo o apoyo.

Bellak había recibido entrenamiento en Psicoanálisis en Viena y Estados Unidos y había logrado mejorar aquellos conocimientos en pro de sus pacientes. Luego de trabajar con veteranos de guerra desempeñaba labores en ALTRO con pacientes con tuberculosis y enfermos cardíacos y con el tiempo, neuróticos y psicóticos.

En 1952 publicó su primer artículo sobre psicoterapia breve dentro del contexto de la psicoterapia de urgencia de la depresión.

En 1958 siendo director del departamento de Psiquiatría del Elmhurst City Hospital, desarrolló la Trouble-Shooting Clinic, siendo esta la primera clínica psiquiátrica de consulta externa en Estados Unidos

Bellak (1992) comenta en su manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias que al ir puliendo su técnica de terapia breve en diferentes ambientes y con los fondos que le eran otorgados logro realizar muchas investigaciones con el propósito de validar la psicoterapia breve como un método terapéutico

Movido por las realidades de pacientes que requerían una ayuda rápida, ante una población que se incrementaba y ante la carencia de terapeutas fue desarrollando este método de intervención basado en 6 sesiones Basado principalmente en la teoría psicoanalítica, pero con aportes de la teoría del aprendizaje y la teoría de los sistemas

2.2 Descripción de la PBIU según Bellak

Bellak diferencia su método de aquellos autores como Sifneos que preselecciona, Malan que tiene duración de 30 sesiones, Mann quien solo aplica el tratamiento a quienes padecen ansiedad de separación y Davenloo que según su concepto podría resultar perturbador para los pacientes y el terapeuta Solo con el fin de lograr aplicar este método al manejo de todos los problemas que pueden llegar a la clínica

Él nos describe su enfoque basándose en los siguientes puntos

- a *La PBIU se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Con lo que busca que se comprenda al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introduzca las variables que logren una adaptación más eficaz.*
- b *Bajo cualquier circunstancia intenta establecer un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en ese día especial. De igual forma cuando empezó su problema, y cuando y en qué forma parecida existió una historia personal anterior.*
- c *En la psicoterapia enfocada se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre consciente e inconsciente y se intenta comprender la interrelación de esos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.*
- d *La formulación general más útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar ansiedad, conflicto, déficit. Entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad.*
- e *En ese sentido considera a toda la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. La PBIU se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.*

- f La psicoterapia breve intensiva y de urgencia se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del Yo*
- g La PBIU se enfoca y selecciona los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y esperamos, suficientes*
- h La esencia de la PBIU no consiste en la cantidad de sesiones, sino en la aproximación enfocada y sistemática*
- i Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas*
- j Las indicaciones para la PBIU son amplias Seleccionamos el problema para tratamiento, no al paciente Es por ello que puede usarse para prevención primaria, secundaria y terciaria en un amplio rango de trastornos Para algunos pacientes con poca capacidad de insight, puede ser muy difícil y en algunos casos no se puede aplicar la terapia breve y debe recurrirse a otras modalidades*

Tomando en consideración esta descripción de Bellak, consideramos que el método de terapia breve intensiva y de urgencia es una técnica con grandes ventajas para el manejo de la población que elegimos para este estudio Más adelante

ampliaremos los conceptos relacionados directamente con la violación, y en este punto en el que estamos concordamos que la utilización de una técnica amplia, centrada en el problema, inmediata y con capacidad de extrapolar sus resultados es lo que necesita cualquier paciente que haya vivido una situación tan traumática como el abuso sexual. La orientación psicoanalítica también nos permite evaluar el impacto que causa que los autores de los daños físicos y emocionales sean principalmente los familiares más cercanos.

3 Principios Básicos de la PBIU

En su manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, Leopold Bellak (1991), ejemplifica con una analogía el primer principio básico de la PBIU, la relación entre la PBIU y la terapia tradicional, explicando que esta última correspondería a una novela en comparación con un cuento corto

A mi juicio personal esta comparación me parece maravillosa, en un cuento corto siempre existe una enseñanza inmediata, para que este sea bueno y cautive al lector debe tener una trama que se desenvuelve pronto y con gran impacto, causando que al final luego de haber leído apenas un par de párrafos mantengas claridad de lo que ha sucedido y te deje un aprendizaje que será mucho más duradero

No considero que la terapia tradicional sea menos duradera en impacto, pero si, que así como una novela nos envuelve en páginas y páginas de desarrollo, involucrando sensaciones pasadas con las nuevas, extendiendo no solo el tiempo, sino la forma en cómo se afronta el problema. Algunas personas estarán favorecidas por este tiempo largo en el que liberan poco a poco sus síntomas y tratan de remontarse a la búsqueda del por qué, pero considero que estas personas podrían ser aquellos con padecimientos con menor riesgo o mayor capacidad de afrontamiento

En la PBIU se busca lo más pronto posible el porqué del síntoma y encontrando esa relación inmediata se podrá aplicar una acción correctiva por parte del paciente, esta acción correctiva muchas veces puede llegar a involucrar incluso otras esferas de la vida que no habían sido consideradas. Definitivamente para lograr que el paciente mantenga este resultado el mismo debe poseer una capacidad de insight que le ayude a visualizar e introyectar lo que está sucediendo, no todas las personas tienen esta capacidad y podría intuir que en algunas ocasiones se encuentra relacionada con el nivel de inteligencia, sin embargo la PBIU también exige algunas características al terapeuta, este debe tener experiencia previa y pericia en el manejo de las diferentes situaciones que pudiera presentar el paciente, de forma que rápidamente pueda orientarle o guiarlo hacia ese insight, sin que se le escape alguna información relevante.

Bellak menciona en su libro 10 principios básicos de la PBIU

1. La PBIU se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma manera en que un cuento corto se relaciona con una novela.

Como lo hemos comentado anteriormente, al inicio de esta sección, la PBIU requiere de gran pericia para lograr cautivar al paciente en su situación de forma inmediata y brindar las herramientas para que este pueda realizar el insight que le permita manejar sus síntomas y trabajar sobre la verdadera base del problema.

2. Es esencial una conceptualización fiel

Bellak la proposición básica de la psicoterapia breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial Para lograr esto, se tiene que pensar mucho, planificar y conceptualizar Es esta conceptualización fiel la que hace posible a la terapia breve El autor nos muestra un ejemplo en el que se rescata que lo valioso es el saber hacer y para ello en terapia, el terapeuta debe mantener un amplio conocimiento de forma que este pueda facilitarle el saber que hacer o decir que ocasione ese insight que el paciente requiere

3. En lugar de seleccionar a los pacientes se seleccionan las metas y problemas.

Seleccionar a los pacientes según su padecimiento para determinar si son aptos para la PBIU, no es una práctica adecuada, debido a que esta terapia puede aplicarse a todas las personas que acudan a ella, en lugar de seleccionar pacientes, el autor nos recomienda que se seleccionen y esclarezcan los problemas y las metas que se desean alcanzar, no podemos pretender realizar cambios que sabemos son imposibles, pero si se puede definir como hacer lo más funcional posible a una persona que acude a atención

4. La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, guiada por conceptos formulados con claridad, utilizando un estilo adecuado de comunicación.

Bellak la terapia breve e intensiva debe incluir una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia como sea posible y una consideración de los aspectos sociales y médicos

Luego de obtener toda esta información del paciente, en base a ella se debe realizar la planificación en secuencia, paso a paso de todo lo que debe ser trabajado, incluyendo los métodos de intervención, para cada una

5. Se puede enseñar a llevar a cabo con éxito la PBIU a personas con relativamente limitado conocimiento de psicodinamia.

En este aspecto se nos presenta otro ejemplo que nos ilustra sobre su explicación, el conocimiento del médico versus el de un paramédico. Lo ideal sería que la PBIU sea aplicada por terapeutas con un buen entrenamiento y de preferencia psicoanalítico, sin embargo, alguien que sea entrenado específicamente en PBIU puede aplicarla de manera muy efectiva y en algunos casos mejor que alguien con un entrenamiento más amplio, pero que no posea el conocimiento de los principios básicos de la PBIU.

Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la PBIU

La medicina de urgencias requiere del uso de otros conocimientos amplios, pero esta aplica la técnica para llegar a resolver la necesidad urgente del paciente. Ante ciertos estados que se presentan se mantiene una guía de sugerencias de manejo.

6. La psicoterapia de urgencia no solo se limita a la eliminación del síntoma.

Existe la oportunidad de reconstruir al paciente a un mayor nivel que el premórbido. Esto se debe a que la meta de esta psicoterapia está claramente definida en atacar la urgencia de manera que algunos pacientes desarrollan no solo la solución de su problema, sino la aplicación de esta experiencia de superación que le apoya para vencer otros problemas que pudieran presentarse en el futuro.

7. Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria

En instancias primarias de atención psicológica la PBIU puede favorecer al paciente para evitar los riesgos psicológicos que podrían presentarse debido a situaciones que están por ocurrir, como por ejemplo una cirugía, y a su vez a las personas víctimas de violencia se les puede intervenir en las fases iniciales de negación o choque.

La prevención secundaria trata estados agudos ya existentes que se pueden detener antes de que se conviertan en estados más graves o crónicos

En los casos de prevención terciaria la PBIU se orienta a tratar de hacer al paciente más funcional, ayudándolo a manejar dentro de lo posible sus síntomas crónicos que no podrán ser eliminados, pero si trabajados de forma que este pueda seguir siendo parte de la comunidad y evitar la hospitalización que usualmente se solicita luego de una crisis

8. Aspectos administrativos e indicaciones para la PBIU

En el caso de las atenciones comunitarias la PBIU es el método mejor recomendado, ya que, debido a su corta duración, permitirá que a este nivel en donde se carece de recursos y se aumenta la demanda, puedan ser resueltos beneficiosamente mayor cantidad de casos

El hecho de que la terapia sea rápida también aporta a que el paciente de estos niveles de atención se mantenga asistiendo a sus sesiones, ya que un análisis muy largo podría hacer que el paciente no vuelva más a la atención

9. Algunos aspectos administrativos especiales

En el caso de las atenciones públicas se recomiendan 2 métodos de atención

- a Un director médico puede ver todos los pacientes en admisión y luego referirlos a la persona apropiada*

b Cualquier miembro disponible puede tomar al paciente

En ambos casos existen ventajas y desventajas considerando que el paciente realizará un primer contacto y establecerá rapport con aquella persona que lo canalice, sin embargo, también hay que considerar que cada terapeuta puede tener distinciones que lo hagan especial para cada caso y a su vez el manejo de la sesión inicial por parte de otra persona podría ayudar en los casos en que los terapeutas se ausenten y el paciente requiera seguir siendo atendido. Se deberá evaluar según las características del centro y sus profesionales, cual es la forma correcta de actuar.

10. Papel del terapeuta y resistencia a la PBIU

En la PBIU se requiere una constante actividad mental por parte del terapeuta, incluso mayor a la que se utiliza en el psicoanálisis, mientras se escucha al paciente se deben ir elaborando intervenciones activas y esto podría chocar con aquel terapeuta que está acostumbrado al papel receptivo y pasivo que se mantiene en psicoanálisis.

Es difícil para aquellos terapeutas que han sido formados en esta línea tradicional abandonarla y mostrarse naturalmente activos con el paciente de forma que se generen esos cambios inmediatos, sin embargo siempre que se muestre optimismo este será útil para la obtención de buenos resultados en la terapia.

4 Métodos de Intervención en la PBIU

Los métodos presentados por Bellak son útiles a cualquier forma de psicoterapia, incluyendo por su puesto la terapia breve intensiva

Cuadro N° 6 Métodos de Intervención en la Psicoterapia Breve

Método	Descripción breve
Interpretación	Proceso de indicar los comunes denominadores entre los factores conductuales y afectivos del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia
Catarsis mediata	Expresar al paciente proposiciones con una carga emocional
Prueba auxiliar de realidad	Es necesaria para saber en qué proporción se encuentra perturbado el paciente
Represión del Impulso	Es guiar al paciente con un "no lo haga" cuando este se siente presionado por otros para hacer algo que no desea
Sensibilización a las señales	Enseñarle al paciente que ciertas respuestas están precedidas por una situación específica
Educación	Familiarizar al paciente con los hechos que provocan su reacción y como puede evitarlos, en algunos casos incluso prescribirle algún medicamento que le apoye
Intelectualización	Esta juega un papel importante en la PBIU y es utilizada en ciertos casos para incrementar la alianza terapéutica, ya que el paciente se siente mejor al saber que el terapeuta comprende lo que siente

Apoyo	Que el terapeuta acepte los sentimientos que expresa el paciente
Sesiones conjuntas y terapia de sistema familiar	El terapeuta debe decidir que es lo que quiere lograr con estas y manejarlas de manera clara
Fármacos psicoactivos	En algunas ocasiones se hace necesario controlar algunos síntomas del paciente por medio de fármacos para luego seguir con la terapia

Fuente Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias Bellak (1991)

5 PBIU de los sucesos catastróficos de la vida

Cuando una persona vive un trauma el impulso natural es enfocarse en el suceso inmediato, en estos casos debemos considerar las experiencias previas que son aquellas que ayudaran o empeoraran la forma en que las personas sobre lleven los acontecimientos traumáticos

Cada persona es diferente por lo que cada una responderá a su manera incluso al mismo acontecimiento

5.1 Significado específico del suceso

Sin importar cual fue la causa que llevó al paciente a terapia es importante comprender el impacto de la crisis actual en términos de la situación del paciente, teniendo en consideración todas aquellas experiencias previas, devaluar el significado que un paciente le da a un suceso podría traer graves resultados para la terapia. El terapeuta deberá considerar lo que es importante para el paciente y utilizar su profesionalismo para ayudarlo a resolver dicha situación

5.2 Exploración de la responsabilidad y culpa

En algunas personas el sentimiento de culpa está ligado a la crianza que se les ha dado desde la infancia, si las exigencias han

sido muy altas o estrictas es probable que el paciente se sienta responsable ante un evento catastrófico, seguramente buscará la manera de culparse por alguna acción que cometió o dejó de hacer que hubiese podido evitar el evento. El terapeuta debe estar atento a estos sentimientos inconscientes para lograr eliminarlos lo más pronto posible, ya que estos empeorarán la respuesta general del paciente.

5.3 Secuelas Crónicas

Los eventos catastróficos que no han sido transelaborados pueden conducir a una serie de perturbaciones crónicas. E. Lindemann realizó un estudio que incluía a un gran número de sobrevivientes y familiares de las víctimas del incendio de Boston Coconut Grove y en él encontró que aquellos que habían fracasado en transelaborar el evento, era probable que sufrieran una alta incidencia de perturbaciones psicósomáticas, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos que con frecuencia reavivaban ansiedades de la infancia.

Es muy importante (señala Bellak) en caso de eventos catastróficos ayudar al paciente a lidiar con la experiencia aguada a través de transelaborarla, mediante catarsis, apoyo o cualquier otra medida terapéutica para minimizar las secuelas crónicas continuas.

5 4 Respuesta específica a la violación

La violación no es aceptada en nuestra sociedad, de hecho, es vista como un delito criminal y cada día se encuentra más repudiada por todos, en el pasado se culpaba a las mujeres por el uso de prendas de vestir seductoras que pudiesen provocar a los agresores, sin embargo, hoy en día se sabe que aquellos violadores atacan a la primera víctima que se les aparece sin importar como esté vestida. De igual forma no hay que dejar de lado la historia anterior en relación a la víctima e investigar si pudiese existir una fantasía o deseo que sucediera una violación, de esta forma podríamos determinar que la "víctima" si buscó que ocurriera el hecho.

Bellak señala que en general la violación inducirá sentimientos de culpa, ultraje, impotencia y angustia y algunas situaciones de la niñez que pudiesen estar relacionadas se despertaran con intensidad como, por ejemplo seducción, juego sexual forzado, escenas primarias.

The Rape Victim, de Elaine Hilberman explora el contexto sociocultural de la violación y delinea avances logrados en la ayuda a víctimas de violación. Agrupa las reacciones a la violación en cuatro fases.

5 4 1 Fase anticipatoria o de amenaza

Describe el equilibrio entre la necesidad de proteger la propia ilusión de invulnerabilidad y la consciencia de la

realidad amenazante, con cierto intento por proteger y prepararse para el peligro

5 4 2 Fase de Impacto

Involucra una mayor vigilancia como mecanismos de defensa, que se sigue de una disminución del estado de alerta, aturdimiento, embotamiento, perturbaciones afectivas y de memoria y una desorganización general

5 4 3 Fase de Retroceso

Existe un regreso a la expresión y consciencia emocional. En esta fase el terapeuta puede ser muy útil para ayudar al paciente a reconstituirse

5 4 4 Fase Postraumática

El paciente se ha reconstituido al máximo y puede recordar el evento y reparar cualquier daño temporal que se haya hecho

Aquellas secuelas no resultas de una violación pueden presentarse en síntomas como claustrofobia, aislamiento social, ataques de ansiedad, pesadillas y explosiones de ira

De igual forma se debe apoyar a la víctima en la comunicación del suceso a sus familiares cercanos y en la comprensión de todas las consecuencias de una violación, ya sean enfermedades, embarazo, asuntos legales y peligro para la vida

Si consideramos que el agresor sea su padre, padrastro, tío, abuelo o algún familiar cercano, estos síntomas se acrecentarán ya que se involucra el mantener

constante el recuerdo y la amenaza, así como los sentimientos de traición o culpa, la impotencia porque en la mayoría de los casos se les obliga a callar lo sucedido y el sentirse desprotegidas, todas estas aristas hacen que las adolescentes participantes de este estudio manejen una molestia agravada, no solo se vieron envueltas en este incestuoso acto, sino que debieron ocultarlo y permitirlo y una vez que salió a la luz debieron abandonar sus familias, para vivir en un hogar en el que no saben cuánto tiempo estarán. Mantienen el deseo de regresar a casa en algunos casos y en otros solo la necesidad de conseguir una familia que, si las proteja

Debido a estas razones de necesidad de ayuda inmediata elegimos esta terapia que ha tenido resultados positivos en este tipo de tratamiento

Capítulo III

Metodología

1. Planteamiento del problema

La pregunta que nos planteamos en esta investigación es

¿Las jóvenes del Hogar de la Divina Gracia que participen de una Psicoterapia breve, intensiva y de urgencias mejorarán los síntomas de estrés postraumático?

2. Justificación

Ante situaciones de extremo estrés todos, sin importar cuantos recursos emocionales tengamos, somos víctimas de los síntomas que este nos causa, si a esta predisposición humana le sumamos ser violentados desde inicios de la infancia, la desesperanza aprendida sobre las malas experiencias vividas con quienes eran sus primeros protectores y adicional a eso no tener una red de apoyo que ayude a confrontar las repercusiones de estos traumas, entonces tendremos una persona emocionalmente muy herida, con grandes dificultades para tener una vida equilibrada y una reinserción segura en la sociedad

En nuestro país existen muchos menores de edad que diariamente son maltratados de diferentes formas y estos a su vez crecen repitiendo el ciclo con sus propios hijos o a quienes consideren más débiles. Es por ello que es para nosotros muy importante lograr ejecutar una terapia que, de manera breve de soporte psicológico

a estas víctimas de Estrés Postraumático, ya que logrando desarrollar sus capacidades de afrontamiento hacia aquel o aquellos eventos traumáticos, habremos logrado mejorar ampliamente su calidad de vida y la posibilidad de un futuro exitoso

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivos generales

- a Describir los niveles de afectación por estrés postraumático que presentan las jóvenes residentes del Hogar de la Divina Gracia, antes y después de aplicarles la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

- b Diseñar una estrategia de intervención de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia para el tratamiento de los síntomas del estrés postraumático

- c Proponer el uso de la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia para el manejo de los síntomas de estrés postraumático de otros jóvenes que hayan vivido experiencias traumáticas similares

3.2 Objetivos específicos

- a Registrar y evaluar los niveles y las causas específicas de estrés postraumático que presentan las jóvenes residentes del Hogar de la Divina Gracia
- b Identificar los efectos específicos producidos por la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en las jóvenes residentes del Hogar de la Divina Gracia con el fin de afinar la misma
- c Validar la efectividad de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Bellak, en el tratamiento de estrés postraumático de un grupo de jóvenes que residen en el Hogar de la Divina Gracia

4. Hipótesis

4.1 Hipótesis conceptual

Las adolescentes que presenten síntomas de Estrés Postraumático y que participen en las sesiones de Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia reducirán los síntomas de estrés postraumático

4.2 Hipótesis estadística

H₀ La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia psicodinámica no disminuirá los síntomas de estrés postraumático de las jóvenes residentes del Hogar de la Divina Gracia

H₁ La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia disminuirá los síntomas de estrés postraumático de las jóvenes residentes del Hogar de la Divina Gracia

$$H_0 \quad X_1 = X_2$$

$$H_1 \quad X_1 \neq X_2$$

5. Variables

Variable independiente Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia psicodinámica de Bellak

*Se utilizará el modelo proporcionado por Leopold Bellak, en su Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

Variable dependiente Síntomas de estrés postraumático Según el DSM
son

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto

6. Definición de las variables

a Definición conceptual de la variable independiente

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia: Según Bellak, (1993), *puede definirse como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, enfocada en lo que la persona ha aprendido de manera deficiente, lo que necesita desaprender y reaprender del modo más eficaz posible*

b Definición operacional de la variable independiente

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia: Se utilizará la Técnica descrita por Leopold Bellak, basándonos en una intervención de 6 sesiones individuales, iniciando con una evaluación pre tratamiento colectiva, entrevista clínica, búsqueda profunda de los síntomas y finalizando con una sesión de evaluación de resultados en la que se aplicará una post prueba

Las sesiones se realizarán cada tres días para garantizar la rapidez de la intervención, exceptuando la última que será realizada 2 semanas después de finalizada la 5ta sesión

c. Definición conceptual de la variable dependiente:

Trastorno por Estrés Postraumático: Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza de la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión

Los síntomas que pueden presentarse ante este trastorno son

- Rememoración del trauma
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto
- Alucinaciones con la idea de que se repite el evento traumático

d. Definición operacional de la variable dependiente:

Se evaluará el nivel de estrés postraumático con la prueba psicométrica **EGEP. Evaluación Global del Estrés Postraumático** de M Crespo y M M Gómez

La misma evalúa información sobre la experiencia traumática sufrida por la persona, el tipo y la intensidad de la sintomatología que presenta, así como las áreas del funcionamiento cotidiano que se han visto alteradas. Consiste en 64 ítems que el evaluado deberá responder según sus vivencias actuales y pasadas, relacionadas al evento desencadenante del Trastorno, en este caso el abuso

7. Diseño de investigación

Se trata de un diseño cuasi-experimental con pre prueba - post prueba y grupo intacto, debido a que el personal que se abordará ya está conformado sin la manipulación de la investigadora (Hernández Sampieri, 1991)

8. Diseño estadístico

Los resultados serán analizados a través de estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados serán sometidos a prueba de hipótesis mediante la t de student con un alfa de 0.05 para determinar si existen

diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las pre-pruebas y las post-pruebas

9. Población y muestra

9.1 Población

Jóvenes residentes en el Hogar de la Divina Gracia

9.2 Muestra

Jóvenes que presentan sintomatología relacionada a los traumas vividos antes de haber sido ingresadas en el Hogar de la Divina Gracia y que cumplan con los criterios de inclusión. Se utilizará un diseño por conveniencia, es decir, "el elemento se selecciona por su fácil disponibilidad, basado en la conveniencia del investigador" (Kinneer y Taylor, 1998)

9.3 Criterios de inclusión

- a Jóvenes que residan en el Hogar de la Divina Gracia y que presenten síntomas de estrés postraumático
- b Que deseen participar voluntariamente del estudio

- c Que no asistan a otro tipo de terapia para el manejo de las afectaciones por estrés postraumático al momento del estudio
- d Que sean jóvenes fijas en el Hogar, por lo menos por el tiempo en que se lleve a cabo el estudio

9.4 Criterios de exclusión

- a Jóvenes que no presenten síntomas de TEPT
- b Jóvenes que no residan en el Hogar
- c Jóvenes que no desee participar en el estudio
- d Jóvenes que posean algún tipo de indicación médica que prohíba alguno de los ejercicios que se realizarán
- e Jóvenes que estén recibiendo otra terapia alternativa
- f Joven que luego de iniciar el estudio desista de participar en el mismo

10. Instrumentos de medición y evaluación

Entrevista Clínica: En la cual se indagará sobre los datos personales de cada individuo, tomando en cuenta su historial médico, antecedentes familiares, historial escolar, laboral, de relaciones interpersonales, vida familiar, estilo de vida, historial de relaciones sentimentales, situación económica y satisfacción laboral con miras a conocer cada esfera de los

sujetos del estudio y con esta información ayudarnos a esclarecer los resultados que se puedan obtener en la intervención

EGEP Evaluación Global del Estrés Postraumático: desarrollado por M Crespo y M M Gómez

Se compone de 62 ítems divididos en 3 secciones que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos, la sintomatología y el funcionamiento del individuo. Consiste en un instrumento de evaluación mediante auto informe que permite el diagnóstico y la caracterización del TEPT en adultos

Los aspectos que se evalúan van en paralelo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además de permitir el diagnóstico del TEPT y la valoración de sus especificaciones, la escala proporciona información normativa acerca de la intensidad de los distintos tipos de síntomas (Reexperimentación, Evitación y embotamiento afectivo o Hiperactivación). Adicionalmente se incluye la evaluación de los síntomas clínicos subjetivos, de acuerdo con las modificaciones previstas en los criterios diagnósticos del TEPT incluidos en el DSM-V

11. Limitaciones de la investigación

- Condiciones físicas poco adecuadas o no controladas
- Dificultades de disponibilidad de tiempo de las jóvenes y de la investigadora
- Naturaleza estresante del trabajo, la cual pudiese afectar los resultados
- Hospitalización de la investigadora, en medio del proceso de terapia

CAPITULO IV
RESULTADOS

Análisis estadístico de los resultados

Se ha de evaluar si las diferencias presentadas en las medias del pre-test y del post-test son significativas y si fue efectiva o no la intervención terapéutica, para ello se realiza una prueba de hipótesis

El cálculo para decidir si se acepta o rechaza la hipótesis estadística, se efectúa mediante el estadístico t para muestras relacionadas. Esta prueba se utiliza cuando existen dos condiciones experimentales y las mismas personas participaron en ambas condiciones (González Betanzos, Escoto Ponce de León, & Chávez López, 2017)

En esta prueba se aplicó el instrumento de medición de intensidad de síntomas y funcionalidad conocido como EGEP, que mide los siguientes síntomas

- Re-experimentación
- Evitación
- Activación
- Cogniciones globales

Se pudieron verificar cambios significativos tanto en la escala global como de manera individual, cuyos resultados se presentan en los cuadros y gráficas a continuación

Cuadro N° 7
Resultados del Pre Test
Intensidad de los síntomas

Pre Test

Cogniciones Postraumaticas	Reexperimentacion	Evitacion	Activacion	Cogniciones traumaticas
P1	15	1	13	29
P2	8	9	2	19
P3	9	3	2	14
P4	10	13	2	25
P5	12	11	9	32

Media	11	7	6	23 8
Desvest	3	5	5	7

Fuente Resultado de pruebas colocadas a participantes del estudio

El cuadro N°7, refleja las evaluaciones generales de cada participante en el Pre Test, dándonos una idea de cómo se encontraban los valores de estrés postraumático antes de la aplicación de la Terapia

Cuadro N° 8
Resultados del Post Test
Intensidad de los síntomas

Post Test

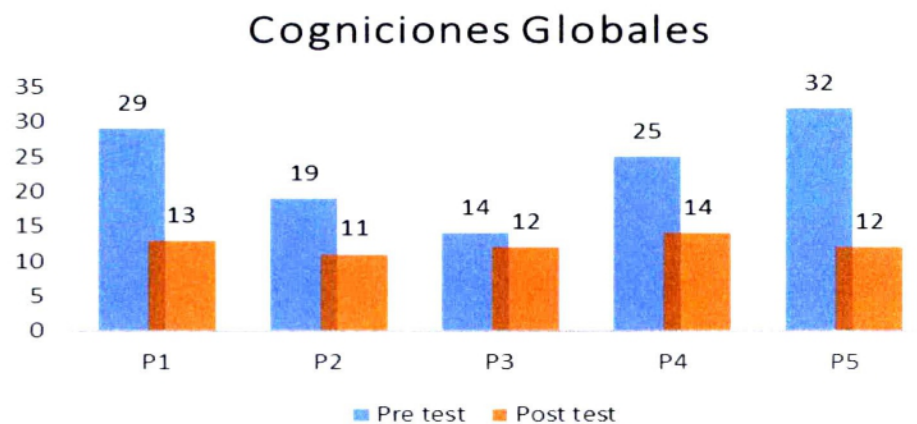
Cogniciones Postraumaticas	Reexperimentacion	Evitacion	Activacion	Cogniciones traumaticas
P1	3	4	6	13
P2	8	1	2	11
P3	4	4	4	12
P4	5	7	2	14
P5	3	6	3	12

Media	5	4	3	12 4
Desves	2 1	2 3	1 7	1 1

Fuente Evaluación realizada a participantes

El cuadro N°8, refleja las puntuaciones que obtuvieron las participantes en el Post Test luego de haber recibido las 6 sesiones de Psicoterapia Intensiva Breve y de urgencias basadas en el modelo de Leopold Bellack. En el mismo podemos observar que los valores disminuyeron en comparación con la evaluación del Pre Test.

Gráfica N° 1
Valores individuales pre y post-test
De las cogniciones traumáticas globales



En esta grafica podemos observar de forma muy visible, la diferencia de puntuaciones existentes entre el Pre Test y el Post Test. En todos los casos hubo disminución de los síntomas, demostrando así que la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencias dio resultados positivos en la reducción de los síntomas de estrés postraumático de las participantes del estudio.

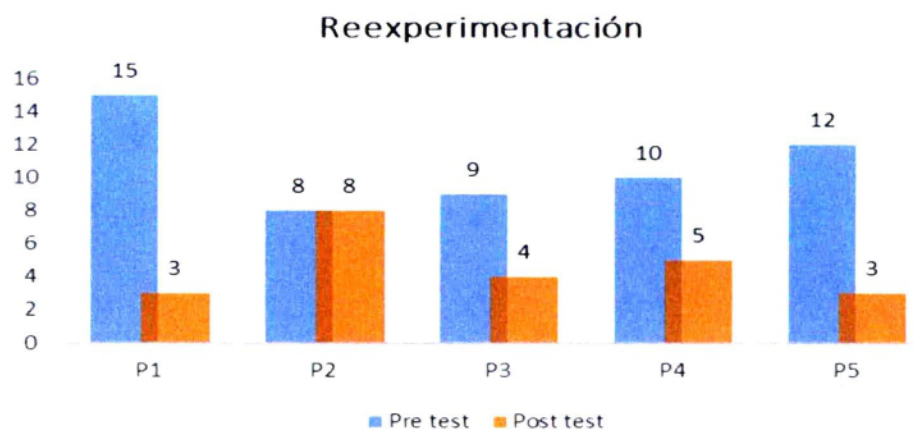
Los resultados individuales para cada uno de los síntomas medidos se presentan a continuación:

Cuadro N° 9
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de reexperimentación

Reexperimentación	Pre test	Post test
P1	15	3
P2	8	8
P3	9	4
P4	10	5
P5	12	3

Fuente: Evaluaciones realizadas a las participantes.

Gráfica N° 2
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de reexperimentación

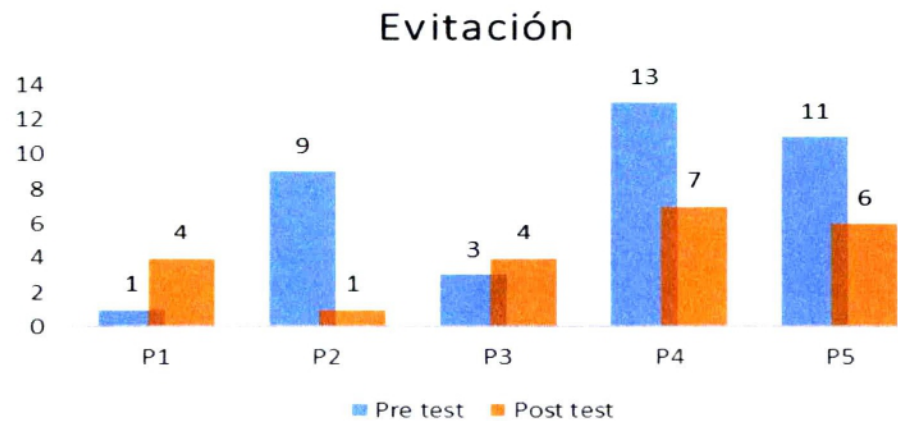


Fuente: Resultado de evaluaciones realizadas a participantes.

Cuadro N° 10
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de evitación

Evitación	Pre test	Post test
P1	1	4
P2	9	1
P3	3	4
P4	13	7
P5	11	6

Gráfica N° 3
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de evitación

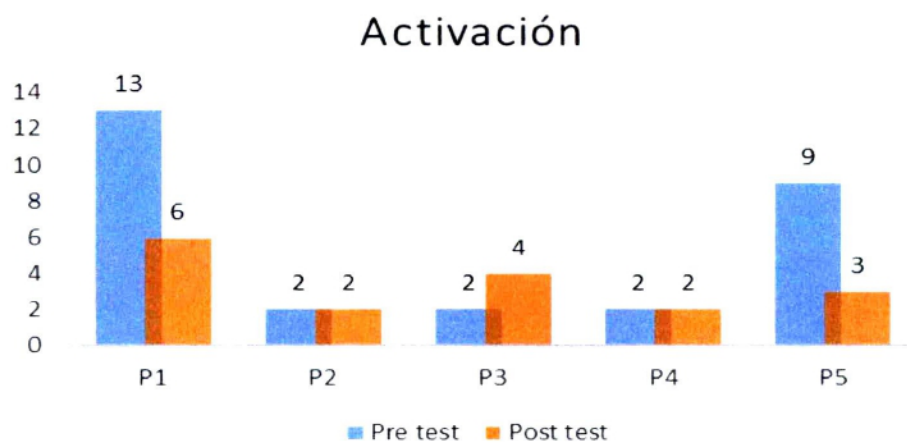


En esta ocasión podemos notar que los resultados arrojan que en 2 de las participantes los síntomas de evitación aumentaron después de la terapia, lo que nos podría sugerir que ahora tienen un mayor manejo, pero la vez intentan evitar más el recuerdo del acontecimiento traumático.

Cuadro N° 11
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de activación

Activación	Pre test	Post test
P1	13	6
P2	2	2
P3	2	4
P4	2	2
P5	9	3

Gráfica N° 4
Valores individuales pre y post-test
Del síntoma de activación



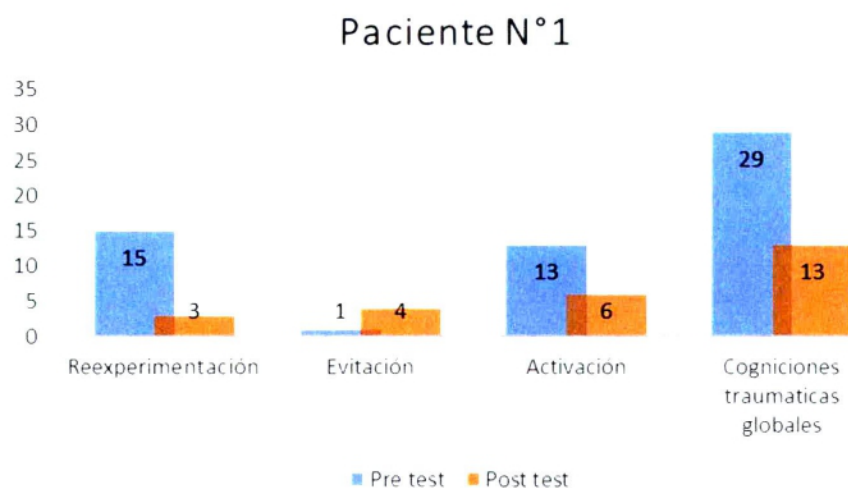
En este caso solo la participante 3 obtuvo una puntuación mayor en su post test en la sintomatología de activación.

Resultados individuales por paciente:

Cuadro N° 12
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N°1

Paciente N°1	Reexperimentación	Evitación	Activación	Cogniciones traumáticas globales
Pre test	15	1	13	29
Post test	3	4	6	13

Gráfica N° 5
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N°1

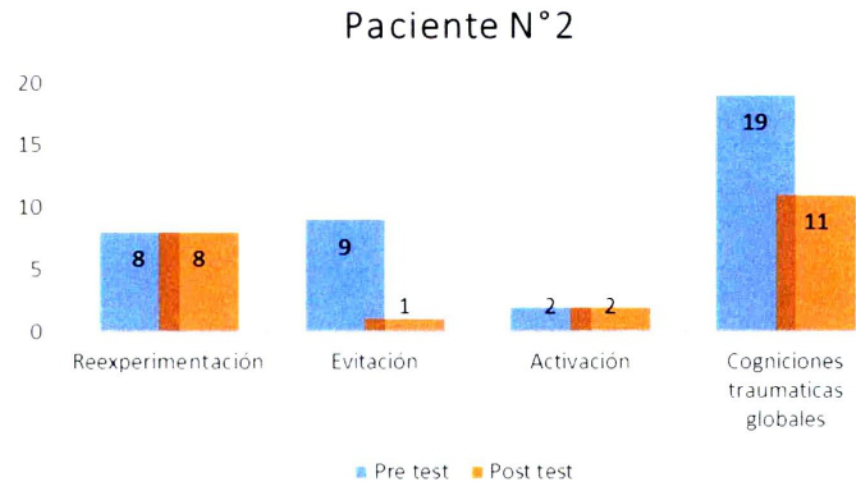


Según este gráfico la paciente 1 logró un gran avance, sin embargo la evitación fue el único síntoma que subió en el post test.

Cuadro N° 13
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 2

Paciente N°2	Reexperimentación	Evitación	Activación	Cogniciones traumáticas globales
Pre test	8	9	2	19
Post test	8	1	2	11

Gráfica N° 6
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 2

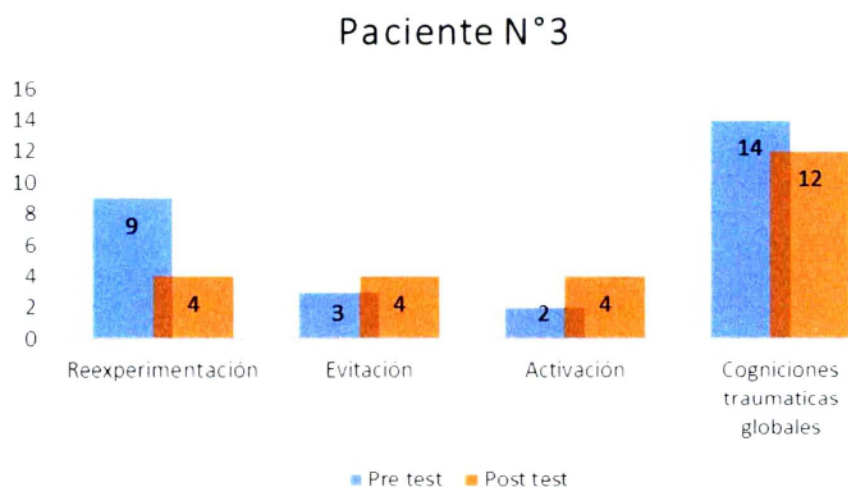


Los resultados de la Paciente 2 reflejan mejoría en la evitación y cogniciones traumáticas globales, sin embargo, se debe seguir trabajando en la reexperimentación y activación.

Cuadro N° 14
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 3

Paciente N°3	Reexperimentación	Evitación	Activación	Cogniciones traumáticas globales
Pre test	9	3	2	14
Post test	4	4	4	12

Gráfica N° 7
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 3

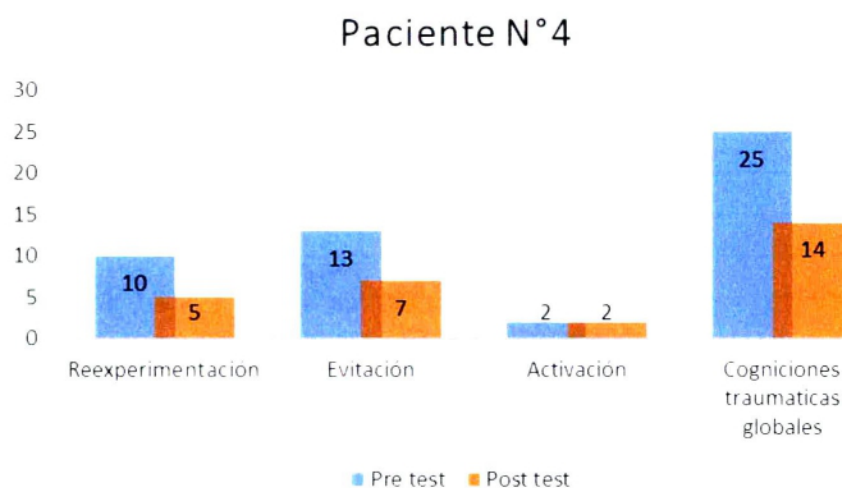


Los resultados de la Paciente 3 demuestran un incremento en la evitación y activación, sin embargo, una mejoría importante en cogniciones traumáticas y reexperimentación. La P3 debe seguir en tratamiento, para garantizar que no se regrese al estado inicial.

Cuadro N° 15
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 4

Paciente N°4	Reexperimentación	Evitación	Activación	Cogniciones traumáticas globales
Pre test	10	13	2	25
Post test	5	7	2	14

Gráfica N° 8
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 4

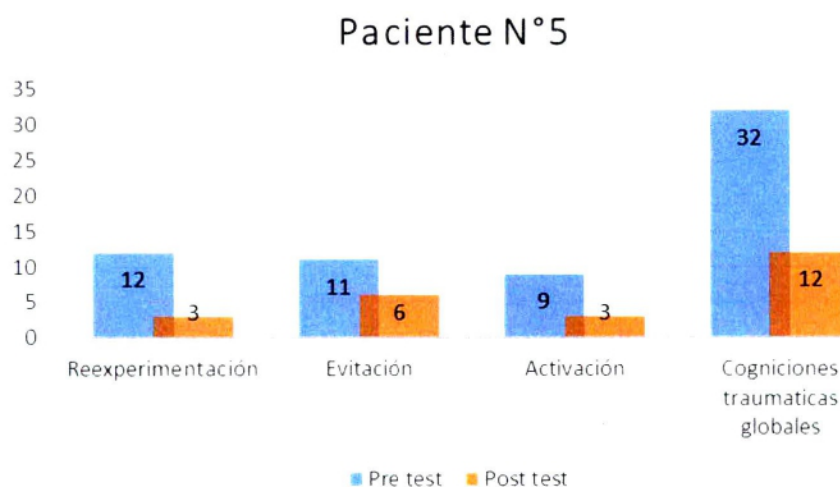


En la Paciente 4 pudimos observar que el único síntoma que se encuentra en igual puntaje es la activación, por lo que habría que trabajar más en esta área para garantizar su resolución completa.

Cuadro N° 16
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 5

Paciente N°5	Reexperimentación	Evitación	Activación	Cogniciones traumáticas globales
Pre test	12	11	9	32
Post test	3	6	3	12

Gráfica N° 9
Valores individuales pre y post-test
Síntomas Paciente N° 5



En el caso de la Paciente 5, se presentó una mejoría general que apunta a que fue la paciente a quien la PBIU ayudó más. Todos sus valores disminuyeron considerablemente, de igual forma se debe continuar con el seguimiento de la terapia.

Cuadro N° 17
Estadístico t para el puntaje global de los
Síntomas Postraumáticos

<i>Global de la intensidad de los Síntomas Postraumáticos</i>	<i>Pre test</i>	<i>Pōst test</i>
Media	23 8	12 4
Varianza	53 7	1 3
Observaciones	5	5
Coefficiente de correlacion de Pearson	0 371024745	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	3 649051078	
P(T<=t) una cola	0 010894857	
Valor critico de t (una cola)	2 131846786	
P(T<=t) dos colas	0 021789713	
Valor crítico de t (dos colas)	2 776445105	

Fuente Resultado de evaluaciones de participantes

En el cuadro N° 17 podemos observar los resultados del estadístico t para el puntaje global de los síntomas Postraumáticos

El valor estadístico $t = 3.64$ es mayor que el valor crítico t (dos colas) $= 2.77$, lo que nos evidencia que podemos rechazar la hipótesis nula que propone que no existen diferencias entre la medición pre y post tratamiento

La gráfica N°10, refleja la disminución de la media global de los síntomas por estrés postraumático, una vez finalizada la intervención.

Gráfica N° 10
Resultado de la media de la escala global, pre y post-test,
De los síntomas por estrés postraumático



Fuente: Análisis de las evaluaciones pre test y post test de las participantes del estudio.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Conclusiones

Una vez concluida esta investigación llegamos a las siguientes conclusiones

- Se logró diagnosticar a un grupo de adolescentes residentes del Hogar que presentaban síntomas emocionales y físicos que son compatibles con el Trastorno de Trastorno por estrés Postraumático debido a los abusos que habían recibido en el pasado
- Aunque algunas de las adolescentes fueron abusadas sexualmente y otras físicamente, en ambos casos se presentaban niveles de afectación similares, con esta información podemos concluir que el tipo de abuso no se correlaciona con la afectación
- La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia demostró ser estadísticamente eficaz para el manejo del estrés postraumático en las adolescentes participantes del estudio, reduciendo los niveles de afectación registrados en la pre prueba
- El síntoma de reexperimentación fue el que presentó mayores niveles de mejoría en la post prueba Este logro fue significativo para mejorar su percepción de calidad de vida
- La sesión grupal que se realizó al final de la terapia fue de gran ayuda para establecer vínculos de apoyo emocional, debido a que la red de

apoyo familiar de las adolescentes está gravemente deteriorada, con esta sesión se abrió paso a la empatía y el apoyo mutuo

- La PBIU puede ser replicada en el resto de las adolescentes víctimas de abuso físico o violación sexual que residen en el Hogar de la Divina Gracia y de esta forma validar la efectividad de este tipo de intervención

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

- Utilizar la PBIU con todas las adolescentes que presenten síntomas de TEPT en el Hogar de la Divina Gracia
- Replicar este estudio en otras instituciones que alberguen a víctimas de abuso
- Continuar con sesiones de seguimiento para las adolescentes que participaron de esta investigación
- Establecer metas claras al momento de iniciar la PBIU con las víctimas de abuso sexual
- Realizar actividades grupales y con participación en la sociedad de manera eventual para apoyar a las adolescentes en el reintegro a la sociedad común
- El Ministerio de Desarrollo Social debe considerar e implementar un plan de desarrollo para este tipo de víctimas que no pueden regresar a sus hogares y siguen siendo menores de edad, no pueden mantenerse en el Hogar por muchos años, ya que deben reintegrarse de manera segura a la sociedad, ya sea con una nueva familia o por sus propios medios

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía:

- Acuña, Yara del Carmen (2000), Tesis Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia aplicada en adultos mayores depresivos con manifestaciones de conductas parasuicidas Universidad de Panamá
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR Barcelona Masson
- A Ávila Espada (1991) La Psicoterapia Breve y la intervención en crisis dos estrategias de intervención en salud mental comunitaria Revista Psiquiatría Pública Volumen 3 Número 4 Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/AAvila/Avila_La%20psicoterapia%20breve%20y%20la%20intervenci%C2%A2n%20en%20crisis.pdf?ver=2012-02-26-201952-317
- Barrios, María Inés (2005), Tesis Manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos Universidad de Panamá
- Barreira, Ignacio (2016) Historia de las Terapias Breves y focalizadas en Argentina su importancia para la atención primaria de la salud Revista Digital de Psicología y Pedagogía N°1 Universidad del Salvador Recuperado de <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/download/3803/4739>
- Bellak, Leopold (1993), Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, Editorial Manual Moderno, México 2da edición
- Breslau N, Kessler RC The stressor criterion in DSM IV posttraumatic stress disorder an empirical investigation Biol Psychiatry 2001, 50 699-704

- Cardoze, Deniss (2014) *El Acoso Escolar Guía para las Escuelas* Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro Panamá Primera Edición
- Carvajal, César (2002) Trastorno por estrés postraumático aspectos clínicos *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (Supl 2), 20-34 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Crespo M , Gómez M M (2012) *Evaluación Global de Estrés Postraumático* Tea Ediciones Madrid, España
- Gómez de Terreros Guardiola, Montserrat, *Maltrato psicológico En Cuadernos de Medicina Forense* 2006 Vol 12 Núm 43-44
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio, Pilar , (2003) *Metodología de la Investigación*, Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores S A , México
- Hewitt Ramirez, N , & Gantiva Diaz, C (2009) La Terapia breve Una alternativa de intervención psicológica efectiva *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 165-176
- Kinnear, C T , Taylor, R J (1998) *Investigación de Mercados México* Mc Graw Hill
- Mirbet Ediciones, (2017) *Violencia Familiar Claves y soluciones del Problema* Primera edición, Perú
- National Institute of Mental Health (2016) *Revista Digital* Publicación Núm 16-6388 Estados Unidos

- Organización Mundial de la Salud (2014) Maltrato Infantil Datos y Cifras Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Pastore, Erka (2007), Tesis Las características del Maltrato Infantil Intrafamiliar y el Estrés postraumático en una muestra de niños y niñas con quemaduras
- Pereda Beltran, Noemí, Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil Papeles del Psicólogo [en línea] 2010, 31 (mayo-agosto) [Fecha de consulta 12 de noviembre de 2018] Disponible en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>> ISSN 0214-7823
- Quintero, Hernández, S (2013) Procesos de psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada en un caso de experiencias traumáticas por violencia política Tesis Psicológica, 8 (1), 90-109
- Sarason, Irwin, Sarason Barbara, (2006) Psicopatología Psicología Anormal El problema de la conducta inadaptada Editorial Pearson México Undécima edición
- Santa Cruz Bolívar, Ximena (2011) Abuso Sexual Universidad de Chile, <https://www.ecovisiones.cl/informacion/abusofamiliar.htm>
- UNICEF (2016), NOTA TECNICA Análisis de situación de las violencias contra los Niños, Niñas y Adolescentes en Panamá, con énfasis en los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón

ANEXOS

CRONOGRAMA DE SESIONES

Mes	Actividad
Octubre	Entrega de anteproyecto a la Universidad y presentación del estudio al Hogar de la Divina Gracia
	Aplicación de Pre Prueba <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de entrevistas clínicas • Establecimiento de horarios de atención por sujeto y normas generales
	Aplicación de 3 sesiones de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia
	Aplicación de 2 sesiones de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia
Noviembre	Aplicación de última sesión en la que se realizará el Post Test
	Análisis de los datos y conclusión de los resultados
	Entrega de resultados a la Universidad de Panamá y hermanas del Hogar de la Divina Gracia
Diciembre	

DATOS DE PARTICIPANTES

Paciente 1

Edad 14 años

Escolaridad 4to grado

Procedencia Panamá Oeste

Tiempo en el Hogar 3 meses

Motivo de ingreso al Hogar

La Paciente fue violada por su padrastro y tío Las autoridades la remitieron a diferentes hogares, hasta llegar a este

Antecedentes

P1 es la mayor de 3 hermanas, sus hermanas menores tienen 9 y 10 años Vivió con su abuela materna hasta aproximadamente los 3 años, edad en la que la madre la llevó a vivir con ella, su actual pareja y sus 2 hermanas La paciente comenta que nunca conoció a su padre biológico, ni tiene información sobre él

A la corta edad de 3 años su padrastro comenzó a abusar de ella, según nos comenta le contó a su madre cuando empezó a tener conciencia de lo que pasaba y esta nunca le creyó Habiendo cumplido 7 años se mantenían los abusos y fue

cuando su maestra notó que algo estaba mal con la niña, ya que encontró golpes visibles, luego de esto acudió a atención médica con ella y fue el galeno quien dictaminó que la niña estaba siendo abusada

Luego de esto las autoridades la colocaron en distintos albergues de paso, hasta que unos años después le dieron su custodia a una tía y según sus propios relatos al poco tiempo comenzó a ser maltratada por su esta y a la edad de 12 años su tío la abusó sexualmente, nuevamente fueron sus maestras quienes dieron aviso a las autoridades, quienes la colocaron en el Hogar de la Divina Gracia

P1 comenta que se siente muy triste y sola, que sabe que su madre nunca la quiso y que se preocupa por que sus hermanas no corran con la misma suerte que ella, desearía que su vida fuera mejor, lograr olvidar los sueños de abuso y conseguir una familia adoptiva que la quiera y la ayude a salir adelante con sus deseos de estudiar turismo

Paciente 2

Edad 13 años

Escolaridad 6to grado

Procedencia Panamá Este

Tiempo en el Hogar 6 meses

Motivo de ingreso al Hogar

Ingresada por su abuela materna, debido a su comportamiento inadecuado y perjudicial

Antecedentes

La Paciente 2 indica que ha vivido desde su infancia con su abuela materna, comenta que su madre tiene 2 hijos menores de 9 y 11 años, ella recalca que cada uno de ellos son hijos de padres distintos, su madre se había separado de su padre biológico quien vivía en el Darién y que apenas conoció hace 2 años

Manifiesta que su madre la dio a luz a los 15 años y nunca se ha hecho cargo de ella. A pesar de esto ha recibido el apoyo de su abuela y su fallecido abuelo paterno, menciona que esta muerte fue muy dolorosa para ella y lo considera como un evento traumático de su vida

Su conducta se fue distorsionando desde muy corta edad, evadiendo las clases, diciendo groserías a compañeros y adultos, en algunas ocasiones se escapó de su casa y comenzó su vida sexual a los 11 años, hasta el momento ha mantenido 2 parejas sexuales mayores que ella, pero también menores de edad

Asegura que su abuela la trajo al hogar con la única intención de que su vida no fuera peor y que terminara embarazada a su corta edad, sin estudios, ni apoyo

Manifiesta que siente rabia por su madre, ya que ella nunca ha agradecido el apoyo que recibe de su abuela y que siente que su padre no la quiere porque nunca ha estado pendiente de sus necesidades

Su molestia principal es sentir que le falta el amor de una madre y un padre

Paciente 3

Edad 15 años

Escolaridad 8vo grado

Procedencia Panamá Oeste

Tiempo en el Hogar 2 meses

Motivo de ingreso al Hogar

Remitida por autoridad debido a tocamiento sexual por parte de su padre biológico y consumo de drogas y alcohol

Antecedentes

La paciente comenta que vivió con su abuela hasta los 11 años en el interior de la República, luego su madre y padre la trajeron a vivir con ellos y sus hermanas de 22, 4 y 2 años a Panamá Oeste, tiempo después de esto su padre que tomaba regularmente alcohol empezó a introducirse en su recamara mientras la madre no se encontraba y la tocaba en sus partes íntimas, esta se resistía y él la obligaba, privada por la culpa empezó a hacerse la dormida o a acostarse con sus hermanas para evitar la acción, hasta que no pudo contenerlo más y se lo contó a su madre, a lo que esta respondió diciendo que no debía decirle a nadie que esto sucedía y que seguro eran exageraciones suyas

Ambos padres la maltrataban físicamente y ella empezó a refugiarse en el alcohol y las drogas, llegó a consumir marihuana y cocaína, faltaba a sus clases y en varias ocasiones se escapó de casa

En la última ocasión en que se escapó de casa su madre la había golpeado tan fuerte que le dejó marcas en las piernas, los maestros y vecinos dieron anuncio a las autoridades y estos la enviaron al hogar mientras se resuelve el caso

Ella presenta mucha vergüenza y se culpa por lo ocurrido, no puede creer que su propio padre haya sido capaz de tocarla, no desea perdonar ni volver a convivir con su padre, pero quiere estar con su madre y hermanas

Conforme pasaron los días lejos de las drogas fue experimentando la sensación de tranquilidad, ya no las necesita para sentirse mejor

Paciente 4

Edad 14 años

Escolaridad 6to grado

Procedencia Panamá Oeste

Tiempo en el Hogar 2 meses

Motivo de ingreso al Hogar

Remitida por las autoridades, por abuso físico de su padre

Antecedentes

Hija única, su madre murió cuando ella tenía 6 años, su padre tiene una pareja estable desde hace varios años, con quien ella tiene una buena relación

Comenta que le es muy difícil tomar decisiones por sí sola y que se enamoró de un chico que estaba próximo a cumplir los 18 años, su padre se enteró y se lo prohibió sin embargo ella evadía todas las prohibiciones, su conducta es completamente desafiante a la autoridad de su padre y comenta que se sentía cegada por el amor

Mantén relaciones sexuales con este joven y se escapaba de casa en múltiples ocasiones para estar con él

Recibió golpes en varias ocasiones de parte de su padre debido a su mala conducta y sus fugas del colegio, luego de entrar al hogar la relación con su padre está

mejorando y su deseo por salir del hogar y reivindicarse por el sufrimiento que ha causado a su padre es cada día mayor

Paciente 5

Edad 16 años

Escolaridad 8vo grado

Procedencia Herrera

Tiempo en el Hogar 1 año y 6 meses

Motivo de ingreso al Hogar

Maltrato físico de su padrastro y su madre

Resumen de Caso

La paciente es la menor de 4 hermanos, uno de ellos murió hace algunos años, ella comenta que este acontecimiento fue traumático para ella, ya que tenía una excelente relación con su hermano. Actualmente viven 2 de sus hermanas.

Según su relato el maltrato persiste desde hace muchos años hacia ella y hacia su madre, quien excusa el comportamiento de su pareja con el objetivo de no perder la relación. Sin embargo, la madre según nos comenta la paciente mantiene relaciones por dinero con otros hombres y le solicita a ella que sea su coartada, le muestra videos y fotos con contenido sexual que envía a aquellos hombres que la ayudan económicamente.

La paciente se enfrentó en múltiples ocasiones a su padrastro propiciándole golpes y recibéndolos también. El enojo la llevó a cortarse para sacar sangre en sus muñecas y de esta forma aliviar su ira.

Actualmente manifiesta que mantiene mucha ira dentro, no tiene buena relación con sus compañeras, tiene pesadillas, no tiene relaciones familiares confiables, ni deseos de volver a su hogar, se siente sola y enojada.