



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR SÍNTOMAS CLÍNICOS EN  
PACIENTES ADULTAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL  
INFANTIL.

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

**Línea de Investigación:**

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

**Autora del trabajo:**

MARIA SOLEDAD RUIZ HURTADO

**Director del trabajo:**

Ps. Cl. Mg. VICTOR MANUEL CUADRADO RODRÍGUEZ

**Ambato-Ecuador  
Noviembre 2019**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR SÍNTOMAS CLÍNICOS EN PACIENTES  
ADULTAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora del trabajo:**

MARÍA SOLEDAD RUIZ HURTADO

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psc. Cl. Mg.

f. 

CALIFICADOR

Norma Marlene Macías Herrera, Psc. Cl. Mg.

f. 

CALIFICADORA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psc. Mg.

f. 

CALIFICADOR

María Isabel Ramos Noboa, Psc. Mg.

f. 

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f.   
Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador  
SECRETARÍA GENERAL  
PROCESADORES

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Noviembre 2019



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **María Soledad Ruiz Hurtado**, con C.C: **1803279940**, autor del trabajo de graduación intitulado "PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR SÍNTOMAS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL", previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA** en la Oficina de **PREGRADOS**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación superior, de entregar a la SENECYT en forma digital una copia referido trabajo de graduación para que se integro al Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, noviembre 2019



MARÍA SOLEDAD RUIZ HURTADO

C.C: 180327994



BIBLIOTECA

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por bendecirme y permitirme llegar hasta donde he llegado, porque sin su voluntad nada de esto seria posible, a mi angel de luz, mi mamita Tere por siempre haber estado pendiente de mi, por ser mi ejemplo de lucha diaria y que desde su partida esta intercediendo por mi desde el cielo.*

*A mi mami Mory por su amor, confianza y entrega total durante toda mi vida, ademas por ser el motor que me impulsa a ser cada dia mejor, por ser mi soporte, mi apoyo incondicional y sobre todo mi heroína.*

*Asi tambien agradezco a mis hermanos Paul, Maite y Diana , por ser los mejores hermanos que Dios me pudo haber dado, por estar a mi lado dia tras dia guiandome, aconsejandome, apoyandome y siendo mi ejemplo, por creer en mi y ser mi felicidad sin limites.*

*Gracias a mi amor Francisco, por su apoyo incondicional, por ser el testigo de mi esfuerzo diario y siempre impulsarme a seguir adelante y a nunca rendirme.*

*De la misma manera un gran gracias a mis amigas y compañeros por cada; esfuerzo, aprendizaje, y momento compartido.*

*También agradezco a todos y cada uno de los profesores que han aportado en mis conocimientos y especialmente a mi tutora guía Psc. Lorena León por su excelente labor al realizar el presente trabajo de investigación.*

## **DEDICATORIA**

*Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios y a mi Madre por ser quienes ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.*

*Tambien a las tres mujeres que con sus historias de vida aportaron en gran medida a la realizacion de este proyecto de invetigacion y por ser las protagonistas de este arduo trabajo.*

## RESUMEN

Al considerar que la infancia es una etapa crucial en el ser humano, debido a que, en base a las experiencias, conocimiento y herramientas adquiridas en esta, el sujeto se desenvolverá durante toda la vida, un suceso traumático en este momento del desarrollo causa varios efectos a corto y largo plazo. El abuso sexual es un suceso traumático, debido a su ocurrencia inesperada desencadena secuelas en varios aspectos de la vida del sujeto, así como distintos síntomas que afectan el desempeño en su diario vivir. Se tiene en cuenta este indicio, es que la presente investigación se ha enfocado en la detección y disminución de síntomas clínicos en pacientes adultas con antecedentes de abuso sexual infantil. De esta manera el estudio se desarrolló con relación a una modalidad cualitativa, el cual fue focalizado a un total de tres mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia. El trabajo consistió en identificar los distintos síntomas presentados por las pacientes, lo cual se logró mediante una fase psicodiagnóstica profunda, se utiliza como método de evaluación el test de Rorschach, el cual permite diagnosticar de manera completa el aspecto psíquico de un sujeto, además de una entrevista previa y la utilización del HTP como reactivo de respaldo. Una vez detectados los síntomas de mayor prevalencia, se procedió a la aplicación de psicoterapia breve individual con orientación psicoanalítica, con el objetivo de disminuir los síntomas presentados. De igual forma para evidenciar los logros obtenidos en cuanto a la disminución de los síntomas presentados en cada caso se realizó una entrevista dirigida a las pacientes y a un familiar directo, de esta manera se corroboraron los resultados.

**Palabras Claves:** Abuso sexual infantil, síntomas clínicos, psicodiagnóstico, psicoterapia breve, enfoque psicoanalítico.

## ABSTRACT

Considering that infancy is a crucial stage for a human being, since the experiences, knowledge and tools that are acquired during this time will be unfolded throughout a person's lifetime, a traumatic event at this time of development can cause several short and long term effects. Sexual abuse is a traumatic experience since its unexpected occurrence can affect various aspects of a person's life such as distinct symptoms that affect their daily performance. With this idea in mind, this study has focused on the detection and reduction of clinical symptoms in adult patients with a background of sexual abuse during their childhood. It was developed by the qualitative mode and concentrated on three adult women who were victims of sexual abuse when they were children. The study identifies the patients' distinct symptoms through an in-depth psycho-diagnostic phase using the Rorschach test as an evaluation method. This made it possible to thoroughly diagnose the subject's psychiatric aspect following an interview and the use of another support reagent, HTP. Once the most prevalent symptoms were detected, a brief session of individual psychotherapy including psychoanalytical orientation was applied in order to reduce the symptoms being experienced. Similarly, an interview with the patients and a direct family member was carried out in order to highlight the achievements made in reducing the symptoms, thus confirming the study's results.

Key words: child sexual abuse, clinical symptoms, psycho-diagnostic, brief psychotherapy, psycho-analytical approach.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|   |      |
|---|------|
| PRELIMINARES.....   | iii  |
| DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD.....  | iii  |
| AGRADECIMIENTO.....   | iv   |
| RESUMEN.....  | vi   |
| ABSTRACT.....   | vii  |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS .....  | viii |
| ÍNDICE DE GRAFICOS .....  | xi   |
| TABLAS .....  | xi   |
| GRÁFICOS.....   | xv   |
| INTRODUCCIÓN .....  | 1    |
| CAPITULO I.....   | 3    |
| 1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO .....   | 3    |
| 1.1. Antecedentes.....  | 3    |
| 1.2. Problema.....  | 4    |
| 1.2.1. Descripción del problema .....   | 4    |
| 1.2.2. Preguntas Básicas.....   | 4    |
| 1.3. Justificación .....  | 5    |
| 1.4. Objetivos.....   | 6    |
| 1.4.1. General.....   | 6    |
| 1.4.2. Específicos .....  | 6    |
| 1.5. Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo.....                                | 6    |
| CAPITULO II .....   | 7    |
| 2. MARCO TEÓRICO.....   | 7    |
| 2.1. La violencia como un precursor del abuso sexual.....                                   | 7    |
| 2.1.1. Abuso sexual como violencia.....   | 9    |
| 2.1.2. Abuso sexual infantil.....   | 10   |
| 2.2. El efecto traumático en el adulto del abuso sexual infantil .....                      | 12   |
| 2.2.1. La instalación del trauma en el adulto desencadenado del abuso sexual infantil. .... | 13   |
| 2.3. Formas de actuar y detectar el abuso sexual infantil.....                              | 14   |

|                    |  |     |
|--------------------|--|-----|
| 2.4.               | Secuelas que produce el abuso sexual infantil.....                           | 16  |
| 2.4.1.             | Consecuencias a corto plazo .....  | 19  |
| 2.4.2.             | Consecuencias a largo plazo .....  | 19  |
| 2.5.               | El síntoma como manifestación del Abuso sexual infantil.....                 | 20  |
| 2.6.               | El uso de la psicoterapia para la intervención de efectos traumáticos.....   | 21  |
| 2.7.               | Psicoterapia Individual .....  | 23  |
| 2.8.               | Psicoterapia breve .....   | 24  |
| 2.8.1.             | Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.....                        | 24  |
| 2.9.               | Psicoterapia para disminuir síntomas .....                                   | 27  |
| CAPITULO III.....  |  | 30  |
| 3.                 | METODOLOGÍA .....  | 30  |
| 3.1.               | Metodología de investigación.....  | 30  |
| 3.2.               | Método Aplicado .....  | 31  |
| 3.3.               | Técnicas e instrumentos de recolección de Información.....                   | 32  |
| 3.4.               | Población y Muestra .....  | 34  |
| 3.5.               | Procedimiento Metodológico.....  | 34  |
| CAPITULO IV.....   |  | 36  |
| 4.                 | ANÁLISIS DE RESULTADOS .....   | 36  |
| 4.1.               | Análisis sociodemográfico.....   | 36  |
| 4.2.               | Fase psicodiagnóstica .....  | 37  |
| 4.3.               | Estrategia de intervención y análisis psicodinámico de la Psicoterapia. .... | 44  |
| 4.3.1.             | Análisis psicodinámico de psicoterapia breve.....                            | 44  |
| 4.4.               | Sistematización Dinámica.....  | 53  |
| 4.4.1.             | Análisis de reducción de síntomas a través de la psicoterapia. ....          | 55  |
| 4.4.2.             | Análisis estadístico para muestras independientes .....                      | 56  |
| 4.5.               | Análisis comparativo de síntomas comunes de los casos trabajaos.....         | 93  |
| 4.6.               | Proceso y Análisis de evaluación post tratamiento.....                       | 99  |
| CAPITULO V.....    |  | 103 |
| 5.                 | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....  | 103 |
| 5.1.               | Conclusiones.....  | 103 |
| 5.2.               | Recomendaciones .....  | 105 |
| Bibliografía ..... |  | 106 |
| ANEXOS.....        |  | 108 |

|               |     |
|---------------|-----|
| Anexo 1 ..... | 108 |
| Anexo 2 ..... | 113 |
| Anexo 3 ..... | 117 |
| Anexo 4 ..... | 120 |
| Anexo 5 ..... | 124 |
| Anexo 6 ..... | 132 |
| Anexo 7 ..... | 140 |

## ÍNDICE DE GRAFICOS

### TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 2.1: Tipos de Violencia .....   | 8  |
| Tabla 2.2: Síntomas de abuso sexual infantil.....   | 18 |
| Tabla 2.3: Aspectos técnicos de una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica<br>.....                                     | 26 |
| Tabla 2.4: Resultados favorables de la psicoterapia breve .....   | 28 |
| Tabla 4.5: Análisis sociodemográfico.....   | 36 |
| Tabla 4.6: Matriz de psicodiagnóstico. Caso A .....   | 38 |
| Tabla 4.7: Matriz de psicodiagnóstico. Caso B.....  | 40 |
| Tabla 4.8: Matriz de psicodiagnóstico. Caso C.....  | 42 |
| Tabla 4.9: Matriz plan terapéutico caso A .....   | 45 |
| Tabla 4.10: Matriz plan terapéutico caso B .....  | 48 |
| Tabla 4.11: Matriz plan terapéutico caso C .....  | 50 |
| Tabla 4.12:: Síntomas clínicos .....  | 53 |
| Tabla 4.13: Rango de medición de síntoma.....   | 55 |
| Tabla 4.14: Indicadores para medición del sentimiento de culpa .....  | 57 |
| Tabla 4.15: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase<br>psicodiagnóstica.....                      | 57 |
| Tabla 4.16: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase<br>de tratamiento .....                       | 57 |
| Tabla 4.17: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase<br>de devolución.....                         | 58 |
| Tabla 4.18: Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Nivel de culpa<br>.....                                     | 58 |
| Tabla 4.19: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes tt. Caso A<br>Nivel de culpa .....                             | 59 |
| Tabla 4.20: Indicadores para medición del sentimiento de inferioridad e inseguridad<br>.....                                      | 61 |
| Tabla 4.21: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e<br>inseguridad durante la fase psicodiagnóstica..... | 61 |

|   |    |
|---|----|
| Tabla 4.22: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de tratamiento ..... | 61 |
| Tabla 4.23: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de devolución.....   | 62 |
| Tabla 4.24: Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Inseguridad e Inferioridad .....                        | 63 |
| Tabla 4.25: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso A Inseguridad.....                                 | 63 |
| Tabla 4.26: Indicadores para medición de dependencia .....  | 65 |
| Tabla 4.27: Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase psicodiagnóstica.....                               | 65 |
| Tabla 4.28: Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de tratamiento .....                                | 65 |
| Tabla 4.29: Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de devolución.....                                  | 66 |
| Tabla 4.30: Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Dependencia .....                                       | 67 |
| Tabla 4.31: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes tt. Caso A. Dependencia.....                               | 67 |
| Tabla 4.32: Indicadores para medición de fobia .....  | 69 |
| Tabla 4.33: Nivel promedio de la presencia de fobia durante la fase psicodiagnóstica .....                                    | 69 |
| Tabla 4.34: Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de tratamiento .....                                | 69 |
| Tabla 4.35: Nivel promedio de la presencia de fobia durante la fase de devolución. 70   |    |
| Tabla 4.36: Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Fobia.....  | 71 |
| Tabla 4.37: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de fobia.....                             | 71 |
| Tabla 4.38: Indicadores para medición del sentimiento de culpa .....  | 73 |
| Tabla 4.39: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica.....                     | 73 |
| Tabla 4.40: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento .....                      | 73 |

|   |    |
|---|----|
| Tabla 4.41: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de devolución.....    | 74 |
| Tabla 4.42: Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Sentimiento de culpa.....           | 75 |
| Tabla 4.43: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de culpa.....         | 75 |
| Tabla 4.44: Indicadores para medición del infantilismo.....   | 77 |
| Tabla 4.45: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase psicodiagnóstica.....         | 77 |
| Tabla 4.46: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de tratamiento.....           | 77 |
| Tabla 4.47: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de devolución.....            | 78 |
| Tabla 4.48: Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Infantilismo                        | 79 |
| Tabla 4.49: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de infantilismo.....  | 79 |
| Tabla 4.50: Indicadores para medición del sentimiento de culpa.....                                       | 81 |
| Tabla 4.51: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica..... | 81 |
| Tabla 4.52: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento.....   | 81 |
| Tabla 4.53: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de devolución.....    | 82 |
| Tabla 4.54: Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Sentimiento de culpa.....           | 83 |
| Tabla 4.55: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Sentimiento de culpa.....   | 83 |
| Tabla 4.56: Indicadores para medición del infantilismo.....   | 85 |
| Tabla 4.57: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase psicodiagnóstica.....         | 85 |
| Tabla 4.58: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de tratamiento.....           | 85 |

|  |    |
|--|----|
| Tabla 4.59: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de devolución.....                                 | 86 |
| Tabla 4.60: Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Infantilismo   | 87 |
| Tabla 4.61: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Infantilismo.....                                | 87 |
| Tabla 4.62: Indicadores para medición del sentimiento de inferioridad e inseguridad .....                                      | 89 |
| Tabla 4.63: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase psicodiagnóstica..... | 89 |
| Tabla 4.64: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de tratamiento .....  | 89 |
| Tabla 4.65: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de devolución.....    | 90 |
| Tabla 4.66: Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Inferioridad   | 91 |
| Tabla 4.67: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Inferioridad .....                               | 91 |
| Tabla 4.68: Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica .....         | 93 |
| Tabla 4.69: Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento .....           | 93 |
| Tabla 4.70: Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase de devolución.....             | 93 |
| Tabla 4.71: Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase psicodiagnóstica.....   | 95 |
| Tabla 4.72: Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase de tratamiento .....    | 95 |
| Tabla 4.73 Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase de devolución.....       | 95 |
| Tabla 4.74 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase psicodiagnóstica .....                  | 97 |
| Tabla 4.75 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase de tratamiento .....                    | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 4.76 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase de devolución ..... | 97  |
| Tabla 4.77: Evaluación post tratamiento Pacientes y Familiares.....  | 100 |

## GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 4.1: Síntomas clínicos .....                                      | 54 |
| Gráfico 4.2: Culpa caso A.....  | 58 |
| Gráfico 4.3: Inferioridad caso A .....                                    | 62 |
| Gráfico 4.4: Dependencia caso A.....                                      | 66 |
| Gráfico 4.5: Fobia caso B.....  | 70 |
| Gráfico 4.6: Culpa caso B .....   | 74 |
| Gráfico 4.7: Infantilismo caso B .....                                    | 78 |
| Gráfico 4.8: Culpa caso C .....   | 82 |
| Gráfico 4.9: Infantilismo Caso C .....                                    | 86 |
| Gráfico 4.10: Inferioridad Caso C.....                                    | 90 |
| Gráfico 4.11: Culpa síntoma compartido entre Caso A, B y C.....           | 94 |
| Gráfico 4.12: Inferioridad síntoma compartido entre Caso A y C.....       | 96 |
| Gráfico 4.13: Infantilismo síntoma compartido entre los casos A y C ..... | 98 |

## INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es un suceso traumático, y que en ocasiones no es atendido a su debido tiempo, deja a la víctima a la deriva, lo que ocasiona que el hecho pueda ser re-vivenciado nuevamente, llega a provocar distintas secuelas que a corto y largo plazo generan varios malestares o síntomas, que no tienen un aparente indicio o motivo y que influyen en el desarrollo y el desempeño del sujeto en las distintas dimensiones de desenvolvimiento del ser humano. Es así que la presente investigación pretende determinar los síntomas relacionados al abuso sexual con el fin de desarrollar una psicoterapia que logre disminuir los síntomas clínicos presentados por las pacientes.

El contenido del trabajo está constituido por el Capítulo I dentro del cual se evidencia la propuesta de la investigación se describe los datos esenciales que han servido como antecedentes de la problemática, además se encuentra la justificación de la realización de la investigación y los objetivos mediante los cuales se llegará al cumplimiento de la meta propuesta.

En el Capítulo II se esquematiza el marco teórico mediante el cual se dará el sustento teórico al tema, se profundiza en información conceptual sobre el abuso sexual y todo lo que abarca esta temática como síntomas derivados del mismo, así también todo lo relacionado a la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica, se describe las metas, técnicas y métodos que se emplean en ésta.

El Capítulo III contendrá la metodología usada, así como el diseño, el enfoque y la

modalidad, de la investigación, además se puntualizará acerca de los instrumentos y las técnicas utilizadas para la recolección de información. También en este apartado se describen las características de la población y el número de casos trabajados, y por último se describe el procedimiento y las actividades para lograr los objetivos propuestos.

Dentro del Capítulo IV se exhiben los resultados obtenidos posteriores a la fase psicodiagnóstica, además de los logros tras la aplicación de psicoterapia breve individual, para lo cual se hizo uso de tablas y gráficos cada uno con su análisis e interpretación.

Finalmente, en el Capítulo V se desarrollan las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación, dentro de las cuales se muestra una síntesis acerca de los resultados obtenidos durante este proceso.

## **CAPITULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO**

#### **1.1. Antecedentes**

El trauma infantil se ve asociado a distintas patologías psíquicas presentadas en la vida adulta, es así que Florenzano et al., (2002) señalan que existe una asociación inespecífica entre trauma y cualquier patología mental, es decir que hay una estrecha relación entre un suceso traumático experimentado por un sujeto en la infancia y la presencia de síntomas en la adultez, sin que el hecho traumático sea un detonante aislado sino, un conjunto de la manera de afrontamiento del problema y la experiencia de vida de la persona.

Debido a lo mencionado se infiere que el abuso sexual infantil es un hecho traumático que conlleva varias secuelas en la vida de las víctimas. Sant'Anna, P. y Baima, A, (2008) mediante un estudio realizado con mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia señalan que en las pacientes se evidenciaron diferentes síntomas, en base a lo citado se explica cómo el abuso sexual producido en la infancia afecta el desarrollo de una persona en sus distintas áreas de desenvolvimiento y provocar una fijación en el trauma, lo que ocasiona un estancamiento del sujeto en un momento de su vida pretérita.

## **1.2. Problema**

### **1.2.1. Descripción del problema**

El problema se ha identificado al tomar en cuenta los síntomas que presentan las personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, así como mencionan Florenzano et al., (2002) el trauma infantil tiene una correlación inespecífica con cualquier patología mental a lo largo de la vida. Por lo cual los diversos síntomas que presentan las pacientes están relacionados con el incidente infantil. En concordancia con lo mencionado el abuso sexual resulta un problema en la vida de las personas víctimas de éste, pues experimentan síntomas como culpa, temores, los cuales son vivenciados constantemente y producen un estancamiento en experiencias traumáticas, lo cual no permite que el sujeto se desenvuelva de manera natural en la vida cotidiana.

### **1.2.2. Preguntas Básicas**

#### **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

Aparece como diferentes síntomas generados por el abuso sexual en la infancia en mujeres adultas, lo que genera en la actualidad problemas en diferentes áreas de la vida de las pacientes.

### **¿Por qué se origina?**

Se origina por una experiencia traumática en la infancia como es el abuso sexual que no fue elaborado o trabajado en su momento, lo que acarrea muchos conflictos a lo largo de la vida.

### **¿Cuándo se origina?**

Desde el mismo momento del abuso sexual, debido a que es un hecho traumático que causa distintos conflictos en la vida del sujeto.

## **1.3. Justificación**

El presente trabajo de investigación se desarrolla con el fin de identificar y profundizar los efectos del abuso sexual infantil, debido a que el abuso sexual produce varias secuelas por ser un hecho inesperado y traumático, el mismo que deriva distintas patologías mentales, las cuales se desarrollan a corto o largo plazo y que afectan en distinta medida a quienes lo padecen, es por este motivo que se ha decidido desarrollar esta problemática. Así también con el fin de promover intervenciones con pacientes adultas víctimas de abuso sexual en la infancia para de esta manera proporcionarles la oportunidad de resignificar el hecho traumático.

Los resultados de este estudio contribuirán de forma práctica en el discernimiento del diagnóstico y tratamiento a ser implantado en pacientes adultas que han sido víctimas de abuso sexual. Además, ofrecerá información relevante para realizar una

evaluación más completa y adecuada al momento de recibir a dichas pacientes. Por otra parte, los resultados de este estudio serán útiles para desarrollar orientaciones y adiestramientos de capacitación dirigidos a los profesionales, respecto al manejo adecuado de pacientes con este tipo de abuso sexual.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. General**

Aplicar psicoterapia breve para disminuir síntomas clínicos en pacientes adultas con antecedentes de abuso sexual infantil.

### **1.4.2. Específicos**

- Diagnosticar los síntomas clínicos en la adultez generados por el abuso sexual infantil.
- Analizar los síntomas clínicos generados por el abuso sexual infantil.
- Elaborar informes sobre el análisis de casos.

## **1.5. Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo**

Identificar los síntomas clínicos en la adultez generados por el abuso sexual en la infancia y abordarlos con psicoterapia breve, con el fin de proporcionar alivio sintomático y resignificar el suceso traumático.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. La violencia como un precursor del abuso sexual.**

Para hablar del tema de investigación hay que considerar que este es una forma de violencia, puesto que constituye un acto abusivo en contra de cualquier ser humano, con el fin de causar daño físico o emocional. De esta manera la violencia es considerada como todo acto que conlleve daño, maltrato a la integridad física o psicológica de las personas, que causa secuelas y lesiones en cualquiera de estos ámbitos. Así la OMS (2002) la define como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p.3)

Es decir que la violencia es la utilización arbitraria de poder ejercida de una persona a otra, con el fin de causar daño físico o emocional, que a corto o largo plazo conlleva secuelas. Así Mujica (1999) se refiere a la violencia como una situación de violación de los derechos humanos, en la cual se despoja a una persona de algo que

es esencial para su desenvolvimiento como es su integridad física, psíquica y moral, además de su libertad y derecho, lo cual menoscaba su potencial. Vinculado al concepto de violencia se destaca las diferentes dimensiones en las que se presenta, no solo en un aspecto físico sino también psicológico, que se evidencia en el menosprecio de las capacidades, virtudes, habilidades y fortalezas de las personas, provoca daño a nivel emocional.

Después de haber tratado la violencia es preciso destacar que existen tipos de violencia que perjudican de una u otra forma. En acuerdo con lo expuesto Hartog (2011), señala la existencia de seis tipos de violencia como son: psicológica, física, simbólica, económica, sexual y legal. Cada uno de los mencionados está correlacionados entre sí, debido a que todas llegan a causar efectos a nivel psicológico. Luego de identificar los tipos de violencia se procede a desarrollar cada uno en una tabla, con el objetivo de llegar a una mejor comprensión.

Tabla 2.1: *Tipos de Violencia*

| TIPOS              | DESCRIPCIÓN   |
|--------------------|---|
| <b>PSICOLÓGICA</b> | Es la forma más generalizada de violencia, se la define como las acciones u omisiones dirigidas a un sujeto que afecta su salud mental y emocional, se produce daño en su autoestima y sus capacidades como ser humano.   |
| <b>FÍSICA</b>      | Se denomina violencia física a las lesiones físicas infligidas en cualquier ataque dirigido hacia una persona, se pone en peligro su salud o su vida, se produce dolor y malestar como: heridas, hematomas, mutilaciones y, en algunas ocasiones hasta la muerte. |
| <b>SIMBÓLICA</b>   | Se entiende como violencia simbólica a la denigración de un grupo o individuo a través de ideas, imágenes reductoras o falsas. Así también el juicio diferencial para una misma realidad.   |
| <b>ECONÓMICA</b>   | Se define violencia económica a la conservación de una persona en un estado de dependencia económica, debido a que permite toda forma de control sobre una persona.   |
| <b>SEXUAL</b>      | La violencia sexual se presenta a través de comportamientos que combinan la violencia física y la psicológica para lograr contacto sexual.  |
| <b>LEGAL</b>       | Es el uso de amenazas mediante la utilización del poder jurídico para controlar al otro y obtener cierta ganancia, la amenaza de denunciar a alguien con el fin de quitarle un derecho.   |

Fuente: Hartog (2011); Medina (2002)

En conclusión toda forma de violencia se encuentra entrelazada una a la otra, por distintos motivos como: presencia de una o varias formas en un mismo caso, o el malestar psicológico que conlleva el ser víctima de cualquier tipo de violencia, razón por la cual todas llegan a perjudicar al ser humano. Una forma de violencia es la sexual, la que se describirá a continuación.

### **2.1.1. Abuso sexual como violencia.**

Ahora bien para hablar de violencia sexual existe una amplia variedad de definiciones, entre las que se tomarán en cuenta: la usada por los profesionales de la salud la cual tiene una descripción más profunda y la usada en el ámbito legal la misma que es de carácter más restrictivo, sin embargo existe un concepto básico entre las dos posturas en donde se define al abuso sexual como “una relación de desigualdad ya sea en cuanto a edad, madurez o poder entre agresor y víctima” (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2001, p. 9).

Desde estas posturas se interpreta a la violencia sexual como cualquier tipo de agresión o abuso de poder con fin sexual, ejercido por alguno de los miembros implicados en la relación. La violencia sexual tiene una connotación profunda, dentro de la cual no solo se toma en cuenta la consumación de un acto sexual sin consentimiento de alguna de las partes, sino todo acto que rebase los derechos de una persona, lo cual afecta física o psicológicamente, dentro de éstas se considera al acoso sexual, insinuaciones sexuales, proxenetismo, etc.

La violencia sexual en todas sus dimensiones causa varios problemas físicos como emocionales en las víctimas, es por este motivo que se identificada, la OMS (2014) la describe como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (p.8)

Dentro de ese marco se considera que cualquier tipo de hecho abusivo con contenido sexual es considerado violencia sexual sin importar la relación que exista entre víctima y agresor. En base a lo expuesto se infiere que no existe edad para que una persona sea víctima de abuso sexual, debido a que existe abuso en la infancia, adolescencia, adultez y en la tercera edad. A continuación, se procederá a describir el abuso sexual en la infancia.

### **2.1.2. Abuso sexual infantil**

Varias son las definiciones sobre el abuso sexual infantil, algunas de ellas señalan que para hablar de abuso cometido contra un niño/a es necesario un contacto físico entre la víctima y el agresor. Por ejemplo Echeburúa y Corral (2006) indican que el abuso sexual infantil implica cualquier conducta abusiva en contra de un menor, dentro del cual se señala el contacto físico como genital, anal o bucal, o la utilización de un menor como objeto de estimulación sexual del agresor en el que se incluye

exhibicionismo o proyección de películas pornográficas. Son varias las formas de abusar sexualmente de un niño/a no únicamente, se agrede mediante contacto físico o se expone a la niña/o a tocar o mirar actos sexuales invasivos no acorde a su edad.

Existen otras formas de abuso a un infante, que no es únicamente un contacto sexual directo. Al respecto Intebi (2008), menciona que el abuso sexual infantil tiene como característica la imposición del poder que cualquier persona ejerza sobre un infante, con la finalidad de involucrarlo en actividades sexuales que no llega a entender puesto a que es evolutivamente inmaduro. Debido a que la sexualidad infantil y la sexualidad adulta son distintas al infante se le hace muy difícil comprender lo que ocurre en un acto abusivo.

Como resultado del abuso sexual a un niño/a se desencadena un sin número de consecuencias, físicas y emocionales que llegarán a afectar el desempeño del infante en su vida posterior. Al respecto Freud (2005) refiere que los sucesos infantiles de contenido sexual, mediante la cooperación de los recuerdos y por medio de las huellas mnémicas se desatasíntomas, que serán revelados a través del análisis. Aquellas manifestaciones ocurren en diferentes momentos de la vida de una persona y en ocasiones solo son evidenciadas durante un proceso terapéutico. Se considera que el abuso sexual en la infancia es un hecho que desenlaza síntomas que afectan el desenvolvimiento de un sujeto, se podría referir a éste como un evento traumático, debido a su contenido desagradable.

## **2.2. El efecto traumático en el adulto del abuso sexual infantil**

Sobre la base de las ideas expuestas acerca del abuso sexual y su contenido desagradable e inesperado, es considerado un hecho traumático, el mismo que conlleva un sin número de secuelas a lo largo de la vida. Al respecto Laplanche y Pontalis (2004) definen que un trauma es: “un suceso inesperado que causa susto, que a su vez, Freud hace referencia a éste como una condición determinante de la neurosis traumática”. (p.255) Es decir que el abuso sexual por el fuerte e imprevisto impacto, produce varios efectos en la psique del sujeto que ha vivenciado aquel suceso, lo que lo lleva a percibir dicho acto como trauma.

Se toma como referencia el concepto de trauma y todos sus componentes implícitos, así por ejemplo: un hecho, la percepción y el efecto que éste causó, predisponen al individuo a revivir constantemente aquel hecho. Así Freud (2005) menciona que existe una fijación en el trauma, basándose en sus casos analizados donde los enfermos retroceden con sus síntomas a un periodo de su vida pretérita, elige una fase precoz de la misma, “su primera infancia”. Se llega a la conclusión de que un hecho traumático es cualquier acto que haya puesto en peligro la vida del sujeto, es probable que origine distintos efectos. De igual manera Freud (2005) resume al trauma como “aquellos sucesos que, aportan a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía” (p. 229), al incrementarse dicha energía, produce una acumulación que causa malestar, y para liberarla busca distintas maneras de salir, impide la supresión del trauma, y provoca que se ponga de manifiesto a través de síntomas.

Para que un suceso sea considerado traumático se necesita de varios factores, tanto externos como internos. Externos: Características y condiciones en el que se produjo el evento e Internos: Condiciones psíquicas y físicas. A estos elementos Freud añade como necesario dos tiempos, “un primer momento cuando ocurrió y se fijó el trauma y un segundo momento cuando el recuerdo lo vuelve traumático” (Freud citado por León y Pazmiño, 2008, p. 37). De acuerdo con esto lo que le vuelve traumático al acontecimiento son las constantes evocaciones emocionales de lo sucedido, lleva a que en un segundo momento se resignifique el trauma infantil. De estos componentes se desprende una gama muy amplia de sintomatología que es expresada de distinta manera y en diferentes grados, en cada caso.

### **2.2.1. La instalación del trauma en el adulto desencadenado del abuso sexual infantil.**

Para que un trauma sea instalado como tal en la vida del sujeto no depende solo de la experiencia vivida en el momento mismo del hecho, “infancia” pues el niño no termina de entender el suceso, sino como se señaló tiene que haber un segundo momento. A este respecto Pignatiello (2006) indica que el trauma no se instala en sí mismo en el momento de ocurrencia del evento, pues en ese momento no tiene especial intensidad, posterior a éste hay un segundo momento, usualmente la pubertad en la cual un nuevo mal evento despierta la huella del evento pretérito, en donde mediante las fantasías, lo que resignificará el hecho.

Por lo tanto, la escena abusiva se vuelve traumática mediante el recuerdo, lleva a la víctima a vivenciar una carga de afectos displacenteros, en los que se resalta la

angustia. En efecto, el sujeto recuerda desde una matriz traumática, como reedición del mismo, el recuerdo esta presente pero la significación traumática y sus nuevas conexiones persisten como saberes desconocidos.

Visto de esta forma, en muchos casos los síntomas son manifestados, pero sin embargo, el paciente no logra entender completamente su sintomatología, lo que guía a cuestionarse el motivo y el origen, en otras ocasiones lo único que conoce la víctima de su síntoma es la molestia que causa, sin identificar la razón aparente. Por otra parte la manifestación de la sintomatología proporciona pautas para identificar el trauma, que posteriormente en el análisis llegará al origen, la meta está en detectar el hecho traumático y elaborarlo.

### **2.3. Formas de actuar y detectar el abuso sexual infantil.**

Para detectar que un/a niño/a es víctima de abuso sexual es indispensable observar su comportamiento, debido a que a través de él, se evidencian muchas cosas. De acuerdo con esto Intebi (2008), “son los niños, con sus palabras y sus cuerpos, los que informan detalladamente lo ocurrido. Solo hay que saber escuchar y mirar” (p. 203). De esta manera es como los adultos, deben poner atención a las conductas de sus niños e identificar si son víctimas de abuso, en algunos casos los infantes tienen marcas en el cuerpo y en muchos otros los niños relatan historias o practican juegos que revelan el abuso. Varias veces pasan desapercibidas estas conductas y el adulto no llega a decodificar el mensaje que el niño envía. Por el contrario, en otras ocasiones se llega a identificar lo que sucede, pero sin embargo, no se actúa, por desconocimiento o por temor a lo que pueda pasar.

Sobre las interrogante planteadas acerca de la actuación frente al abuso, existen muchas formas de actuar posterior al abuso sexual infantil, en ciertas circunstancias se actúa inmediatamente conforme a la ley, pero en muchas otras las personas no involucradas en el abuso sexual prefieren mantener este tema en secreto y como tabú, por distintos motivos, temor a ser juzgados por la sociedad, temor a la discriminación, o por desconfianza al testimonio de la víctima, etc. Esto último resulta nefasto para la victima pues el poner en duda y no creer su testimonio deja expuesto nuevamente al niño a los arbitrios del ofensor (Intebi, 2008), provoca en el infante sensaciones de desesperanza y sentimientos de abandono, hallándose en un callejón sin salida, en donde la única forma de demostrar todo esto es mediante conductas agresivas, que son dirigidas hacia ellos mismos o a los demás, o a su vez aislándose de todo y todos por temor.

Para poder actuar de manera eficaz frente al abuso sexual infantil, sería indicado en primera instancia que la comunidad tenga un adecuado nivel de información para que de esta manera se pueda prevenir o detectar precozmente. Así, la tarea de diagnosticar o validar las sospechas, estaría en manos de profesionales entrenados en la materia (Intebi, 2008). De esta manera se podría garantizar la atención no solo a la víctima sino también a las familias y proporcionar estrategias de afrontamiento. Además con la detección precoz se podría prevenir consecuencias que se desprende de un suceso abusivo dentro de las cuales están: las físicas y las emocionales, las físicas se evidencia a corto plazo y son las más comunes de identificar, mientras que las emocionales son manifestadas poco o mucho tiempo después.

## **2.4. Secuelas que produce el abuso sexual infantil**

El abuso sexual es un hecho traumático, causa varias secuelas a lo largo de la vida del sujeto, se diferencia entre un individuo y otro de acuerdo a las formas de afrontamiento de cada uno. Como mencionan Sant'Anna y Baima, (2008) “el abuso sexual siendo un trauma lleva consigo un sin número de consecuencias en la vida de las victimas las cuales son a corto o largo plazo” (p. 728). Posterior al abuso sexual se desencadena diferente sintomatología, que es expresada en diferentes momentos y de distinta forma, de acuerdo a la percepción de cada persona al respecto de la experiencia vivida.

Dentro de las secuelas derivadas del abuso sexual en la infancia están las emocionales, que se manifiestan a corto o largo plazo según la percepción que tenga cada sujeto del suceso. De la misma manera Casado, Díaz, y Martínez (1997) señalan que dentro de las secuelas del abuso sexual infantil, se encuentran las emocionales, que se manifiestan como angustia y vergüenza, que son las que afectan mayormente el desempeño de la victima en su vida cotidiana. A pesar que la culpa y la ansiedad no son los unicos efectos desencadenados del abuso, son los principales, pues éstos tienden a confabularse con otros y lleva al sujeto a presentar patologías mas fuertes.

En este punto se expondrá acerca de las consecuencias a corto y largo plazo, sin embargo hay que aclarar que una depende de la otra. Por ejemplo la culpa es un efecto a corto plazo pero que se extiende durante toda la vida de la víctima y también lleva a consecuencias a larga data como la depresión. Luego de enfatizar sobre las

secuelas del abuso sexual se detalla una tabla de síntomas, ocasionados desencadenados de éste, para de esta manera lograr clarificar y conocer acerca de la posible sintomatología. Para enumerar los síntomas es necesario señalar las distintas áreas del ser humano, y ubicar cada síntoma en donde corresponde, como se muestra en la tabla 2.2.

Como se observa, existe una gran cantidad de síntomas desprendidos de un suceso traumático, como se señaló, cada uno de éstos se presenta con diferente intensidad, de esta misma manera, son manifestaciones de recuerdos inconscientes de diferentes momentos del evento, pero que tienen un origen en común. Cabe señalar que en muchos casos presentan varios de estos, desencadenados de un mismo evento.

El éxito está en detectar y desenmascararlos, para llegar al origen y así lograr que el sujeto elabore el hecho traumático y lo resignifique. El primer paso para elaborar un evento traumático es hacer consciente lo inconsciente, es decir que el hecho sea evocado y detectado por un ente externo, que podría ser un psicólogo, para que a través de una psicoterapia se aborde lo sucedido y elaborarlo.

Tabla 2.2: Síntomas de abuso sexual infantil

| Área  | Síntoma  | Descripción  |
|---|--|--|
| <i>Sexual</i>   | Miedo a las relaciones sexuales                              | Temor a revivir el suceso abusivo.   |
|   | Hiposexualidad o deseo sexual inhibido y aversión sexual     | Disminución del deseo sexual como un motivo de preocupación.                         |
|   | Frigidez e Impotencia y anorgasmia                           | Ausencia total de placer y de excitación sexual, durante el acto sexual.             |
|   | Promiscuidad   | Consumación de relaciones sexuales con diferentes parejas.                           |
|   | Prostitución   | Realización de actos sexuales a cambio de retribución económica.                     |
|   | Homosexualidad   | Relación entre dos personas del mismo sexo   |
|   | Flash Backs relacionados con la experiencia de victimización | Experimentación de imágenes retrospectivas del acto abusivo que vivió.               |
| <i>Conductuales</i>   | Hostilidad   | Odio, rencor, antipatía, aborrecimiento.   |
|   | Incapacidad de pensar y/o amar a otros                       | inseguridad o Incapacidad de confiar en alguien                                      |
|   | Revictimización física y/o sexual                            | Tendencia a un posterior abuso físico o sexual.                                      |
|   | Trastornos de la conducta alimenticia                        | Conflictos con la ingesta alimenticia  |
|   | Abuso de drogas y/o Alcohol                                  | Consumo de Drogas y Alcohol  |
|   | Automutilación   | Acto de dañar o mutilar al propio cuerpo.  |
|   | <i>Familiares y Materiales</i>                               | Abandono temprano del hogar  |
| Elección de pareja  |  | En ocasiones la Víctima escoge inconscientemente una pareja igual al agresor         |
| Dificultad en la relación del rol parental                    |  | Dificultad a la hora de tomar decisiones y de permitir tal o cual comportamiento.    |
| Establecimiento y/o mantenimiento de las relaciones de pareja |  | Rechazo o miedo al acto sexual con la pareja consecuencia del abuso sexual infantil. |
| <i>Sociales</i>   | Aislamiento y problemas en las relaciones interpersonales    | Sentimientos de aislamiento, estigma y baja autoestima.                              |
| <i>Emocionales</i>  | Depresión e intentos de suicidio                             | Sentimiento de pena y tristeza constante, durante o después del abuso.               |
|   | Ansiedad, angustia   | Temor impreciso acompañado de sentimientos de incomodidad, inquietud, exaltación.    |
|   | Dificultades en el sueño, pesadillas                         | Evocaciones del suceso traumático no elaborado en el sueño                           |
|   | Vergüenza y Culpa  | Crear que de una u otra forma ellos son responsables.                                |
|   | Miedo y desarrollo de fobias                                 | Fobias a situaciones o actividades que le recuerden o simbolizen el acto abusivo.    |

Fuente León, L. y Pazmiño, G (2008).

#### **2.4.1. Consecuencias a corto plazo**

Se retoma los postulados anteriores sobre el abuso sexual como desencadenante de efectos, se recalca como indispensable, el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento de las que se desprenderá el grado de culpa que el infante presente.

En cuanto a la sintomatología que presentar el niño se destaca reacciones ansiosas depresivas, fracaso escolar, dificultades inespecíficas de socialización y comportamientos sexuales agresivos. Por otra parte se toma en cuenta la edad de la víctima para identificar la sintomatología, pues los niños muy pequeños presentan con mayor frecuencia mecanismos de negación, mientras que niños un poco mayores tienden a presentar mayormente sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso (Echeburúa y Corral, 2006). Señala que los síntomas mencionados suelen presentarse de diferente forma e intensidad, o a su vez existe otros síntomas encubiertos y que superficialmente estén alejados de la demanda real. De la misma manera que existe consecuencias a corto plazo también se menciona los efectos a largo plazo, que en ocasiones son los que provocan mayor disfuncionalidad en algunas áreas de desenvolvimiento de los individuos.

#### **2.4.2. Consecuencias a largo plazo**

Además de describir los síntomas a corto plazo, es necesario puntualizar los que se presentan a largo plazo, puesto que a medida que el tiempo pasa también se observa varias secuelas que en su momento no se evidenciaron pero que se muestran en

momentos posteriores al abuso. Aunque Echeburúa y Corral (2006) manifiestan que los efectos a largo plazo son menos frecuentes, pero que sin embargo suelen presentarse, se añade que entre los más usuales son las alteraciones en la esfera sexual como disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, depresión y trastorno de estrés postraumático y control inadecuado de la ira. Así mismo se evidencia muchos más y algunos de forma encubierta los mismos que son manifestados mucho o poco tiempo después del abuso. Al llegar a este asunto es ineludible hablar, sobre los síntomas como una expresión del suceso traumático vivido en la infancia y un modo de desfogue del inconsciente para exteriorizar los sucesos reprimidos.

## **2.5. El síntoma como manifestación del Abuso sexual infantil**

Como se señaló el síntoma es una manifestación del inconsciente, para revelar un suceso traumático que en su momento fue reprimido con el fin de salvaguardar la integridad del sujeto. Laplanche y Pontalis (2004) refieren que el síntoma es un retorno a lo reprimido, en donde este es usado como una guía hacia el origen del conflicto. Al respecto Freud (2005) se refiere al síntoma como una señal de la enfermedad, por lo que menciona que la desaparición de los síntomas no representa la cura de la enfermedad, pues dicha desaparición es un camino para formar nuevos síntomas.

De acuerdo con esto se deduce que los síntomas son un foco que guía al origen del malestar, en otros términos analizar el síntoma promoverá la comprensión de la enfermedad. Así Barahona (2015) se refiere al sintoma como una manifestación de la

experiencia vivida por el sujeto en un determinado momento de su vida y se convierte en una guía para la curación. De esta manera, el síntoma se transforma en un camino que lleva al profesional a encontrar un foco que guíe hasta el origen de éste para encontrar el alivio sintomático y en ocasiones la cura.

Cabe recalcar que los síntomas son inevitables e inconscientes, pues el sujeto no los controla y se pone de manifiesto en contra de su voluntad. Se enfatiza Freud (2005) señala que: “los síntomas psíquicos son actos nocivos o, por lo menos, inútiles, que el sujeto realiza muchas veces contra toda su voluntad y experimenta sensaciones displacenteros o dolorosas” (p. 2093). Se parte de esto existe una lucha entre lo consiente y lo inconsciente en donde el inconsciente o lo reprimido exige que su síntoma salga y el consiente lucha contra este malestar. Esta lucha conlleva un agotamiento de la energía psíquica, lo que dificulta el desenvolvimiento del sujeto en sus actividades cotidianas, y se produce un declive en su salud psicológica. Pero sin embargo existen formas para enfrentar dicha sintomatología, como un proceso psicoterapéutico, el cual proporcionara herramientas de afrontamiento, para que el sujeto logra entender y elaborar su síntoma.

## **2.6. El uso de la psicoterapia para la intervención de efectos traumáticos**

Para hablar de psicoterapia existe una variedad de posturas, que no están alejadas entre sí, y que se complementan una a la otra, para llegar abarcar completamente una definición. Al respecto Campo (2004) realiza una compilación de postulados sobre Psicoterapia en donde enfatiza que, la psicoterapia es una rama de la psicología como

ciencia, que tiene como finalidad “analizar el conocimiento que un sujeto adquiere del objeto apropiado para su investigación”, es decir el análisis del discurso del paciente por parte del terapeuta. El termino psicoterapia, se refiere a una intervencion planificada y estructurada, es imprescindible señalar que tiene como objetivo intervenir o influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales, por medio de distintas tecnicas psicológicas, que son verbales y no verbales las mismas que son aplicadas en forma individual, familiar o grupal (Bousoño, 2013). A la psicoterapia se le conoce como un tratamiento de naturaleza psicológica, que es aplicada a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano.

Se encarga de promover cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación a cambios, en sí al bienestar del ser humano en todas sus dimensiones. Así Santibañez, Roman, y Vinet (2009) señalan que la psicoterapia se efectúa transformaciones en áreas: psíquica, comportamentales y biopsicosocial, dentro de los entornos de actuación del sujeto como: la pareja o la familia. Además, la psicoterapia no escatima edad para su actuación, pues es aplicada, desde niños hasta adultos mayores, igualmente no se limita ante ninguna orientación específica o especializada. Para identificar cómo aplicar ciertas tecnicas es esencial evaluar las necesidades del paciente. En el presente trabajo se tratará a la psicoterapia individual como un conjunto de técnicas para abordar diferentes conflictos.

## 2.7. Psicoterapia Individual

Se reseña los postulados sobre psicoterapia se profundizará el tema de la psicoterapia individual, se señala que es un “vínculo bipersonal del paciente con una técnica manipulada por un terapeuta” (Fiorini, 1977, p. 178). Así también se señala principios de la psicoterapia, los mismos que son comunes en cualquier relación de ayuda, dentro de los cuales se encuentran: confort, soporte, guía, orientación, apoyo, reducción de culpa, y esperanza (Campo, 2004). El terapeuta es el encargado de proporcionar un ambiente cómodo y seguro al paciente el mismo que esta alejado de los prejuicios y la crítica, mediante una atmósfera segura, para fomentar la confianza y el respeto del paciente en el terapeuta, con el fin de que el consultante se anime a tener una comunicación abierta y sin censura. Con el fin de argumentar lo dicho, Myers (2005) señala que la psicoterapia es una interacción planificada, entre un especialista y un sujeto. La interacción de la que se habla tiene una carga emocional, que favorece el proceso de una terapia, y facilita a la creación de un espacio terapéutico propicio para una intervención.

Dentro de esta perspectiva y se toma en cuenta la gran demanda que existe por parte de los usuarios, se ha desarrollado una psicoterapia de tiempo limitado la cual se centra en las dificultades actuales, se promueve resultados efectivos y en poco tiempo. Basándose en la misma línea de la psicoterapia, pero se modifica do los principios para cumplir con los requerimientos de los pacientes.

## **2.8. Psicoterapia breve**

La psicoterapia breve parte de la Psicoterapia, y fue creada debido a la gran demanda de pacientes que acudían a consulta. A pesar de que algunas veces se la catalogue como un proceso aislado, cumple con los mismos criterios de una terapia, pero con ciertas pautas como: tiempo limitado, metas reducidas y objetivos definidos, los cuales son planteados en función de las necesidades inmediatas del individuo, con el fin de lograr la superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente, que afecten a su desempeño (Braier, 1980). A pesar de lo mencionado, es necesario aclarar que la denominación de breve no hace alusión al tiempo de duración sino al hecho de que posee un tiempo limitado. De igual manera se puntualiza que las metas y los objetivos son focalizados. Se parte de un concepto general de psicoterapia breve, este trabajo desarrollara el concepto y características de no la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, que tiene como principio la teoría psicoanalítica y utiliza las mismas técnicas.

### **2.8.1. Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica**

La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica es una rama de la psicoterapia breve, con diferencia de tácticas a usar. Usa las mismas técnicas que un proceso psicoanalítico con variaciones en profundidad y en tiempo. Sin embargo tienen el mismo fin “hacer consciente lo inconsciente”, cada una cumple sus principios, el psicoanálisis llegará a este punto de manera más profunda, en cambio la psicoterapia breve psicoanalítica llegará a este sin desviarse del objetivo principal que es el alivio sintomático (Braier, 1980). En definitiva, la psicoterapia breve de orientación

psicoanalítica comparte las mismas herramientas que el psicoanálisis, es decir tiene un medio similar con un objetivo diferente, en donde el psicoanálisis busca profundizar en la psique del ser humano y la psicoterapia breve trabaja con lo superficial, pero no menos importante, para proporcionar al individuo calma al respecto de su malestar actual. Para poner en marcha un tratamiento con psicoterapia breve de orientación psicoanalítica es necesario tener una fase psicodiagnóstica, para que de esta manera el profesional pueda tener claro el foco donde se centrara su trabajo. El psicodiagnóstico se encarga de evaluar la psique del ser humano, es decir, es el conocimiento de lo que sucede en la mente de una persona (Barahona, 2015). Por consiguiente, el psicodiagnóstico es un conocimiento que el psicólogo tiene antes de un tratamiento para de esta manera entender lo que pasa en la psique del sujeto, y tener una idea más clara, para focalizar su plan terapéutico.

Ahora bien después de una fase psicodiagnóstica es preciso crear un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, al poner en marcha existen muchas técnicas como la asociación libre, que desde este proceso se la llama asociación libre intencionalmente guiada (Braier, 1980), en donde el paciente habla sobre su malestar y el terapeuta guía mediante intervenciones, con el fin de que el sujeto no se desvíe del foco terapéutico, así también existen muchas más técnicas que tienen una base psicoanalítica pero son encaminadas por el profesional, al igual que los señalamientos e interpretaciones son aplicadas pero con menos profundidad que en el psicoanálisis, debido a que la psicoterapia breve es limitada en su meta. De esta manera se expondrán en una tabla técnicas usadas por la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, con el fin de identificar los aspectos principales que tiene dicho tratamiento.

Tabla 2.3: Aspectos técnicos de una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <i>Fines terapéuticos</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son limitados a la necesidad urgente del individuo</li> <li>• Los objetivos son planteados con el fin de superar síntomas y problemas actuales.</li> <li>• Tiene como finalidad lograr insight.</li> </ul>   |
| <i>La temporalidad</i>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso suele ser corto</li> <li>• Está determinado por un principio, un medio y un fin.</li> <li>• No deja de lado la relación terapéutica que permite que el paciente se centre en lo real y disminuyan sus fantasías regresivas.</li> </ul>  |
| <i>La técnica</i>         | <p><b>La labor con los conflictos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encarga de seleccionar los conflictos según el grado de importancia.</li> <li>• Fijándose en la disminución de síntomas</li> <li>• Se realiza una interpretación parcial del “conflicto focal”, sin llegar a la raíz del problema es decir sin recurrir a un hecho infantil.</li> </ul> <p><b>Regresión. Dependencia. Transferencia o Neurosis de transferencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son utilizadas para generar insight en el paciente</li> <li>• El tratamiento estimula la iniciativa del paciente y fomentar el crecimiento de las capacidades autónomas y con esto evitar la dependencia</li> </ul> <p><b>La resistencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un mecanismo normal en cualquier proceso terapéutico</li> <li>• Es un mecanismo defensivo del Yo, el cual es respetado y en ocasiones analizado.</li> </ul> <p><b>Insight y Elaboración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El insight es el factor central y la precondition de todo cambio duradero de la personalidad.</li> <li>• La elaboración promueve el insight de los conflictos en el paciente.</li> </ul> <p><b>Fortalecimiento y Activación de funciones Yoicas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se logra mediante la adquisición del insight por parte del paciente a través de las interpretaciones con ayuda del terapeuta.</li> <li>• Los señalamientos logran una reafirmación que en lo posterior se convierte en activador de Yo.</li> </ul> <p><b>Focalización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es centrarse en una determinada problemática del paciente se toma en cuenta la prioridad, lo urgente y lo importante.</li> <li>• El focalizar el conflicto ayuda a cumplir de manera eficaz las metas planteadas y el alivio sintomático.</li> <li>• Es trabajar en un área de la psicopatología del paciente.</li> </ul> <p><b>Multiplicidad de recursos terapéuticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permiten el agregado de diversos elementos terapéuticos.</li> <li>• Estas implementaciones en virtud de alcanzar los objetivos terapéuticos.</li> </ul> |

Fuente: Braier (1980)

Los aspectos técnicos de la psicoterapia breve son aplicados de cierta forma que permita el *insight*<sup>1</sup>, focalizándose en el conflicto actual de los sujetos con el fin de conseguir el alivio sintomático. Cada uno cumple su función en un cierto momento de la terapia pero se integran para cumplir un mismo objetivo sin desviarse de los principios por los que se rigen. Este análisis nos lleva a cuestionarnos sobre la aplicación de psicoterapia y su efectividad.

## **2.9. Psicoterapia para disminuir síntomas**

Se plantea entonces la pregunta, qué tan efectiva es la psicoterapia para disminuir síntomas, se retoma lo explicado en donde se señala que el propósito de la psicoterapia es propiciar alivio sintomático, al respecto Laverde (2008) señala que se ha observado resultados evidentes por la aplicación de psicoterapia, llega a esta conclusión basándose en los indicadores de cambio evidenciados por una investigación realizada, entre los resultados están: La disminución de síntomas, resolución de problemas interpersonales, mejor calidad de vida y logro de los objetivos fijados por los pacientes, aquellas deducciones fueron valorados mediante listados de verificación, inventarios de problemas, cuestionarios y escalas. Este análisis permite afirmar la efectividad que posee un proceso terapéutico con relación a disminuir síntomas derivados de hechos no elaborados.

Cabe considerar, por otra parte que no solo se ha observado resultados con relación a disminución de síntomas, sino también en algunos casos se ha resuelto diferentes patologías. Conforme a lo dicho Braier (1980) refiere que mediante una psicoterapia

---

<sup>1</sup> Insight: Hace referencia a hacer consciente lo inconsciente, o desinhibición emocional.

breve “es posible obtener efectos terapéuticos altamente beneficiosos y perdurables, que se verifica por medio de seguimiento” (p. 66). Es decir, que la psicoterapia breve se logra buenos resultados en distintos casos no solo donde los síntomas sean leves y recientes sino también en patologías cuyos síntomas son más graves, se logra efectos que perduran.

Mediante la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica se han alcanzado resultados favorables: como disminución de síntomas, reducción de angustia hasta la modificación de estructura de personalidad (Braier, 1980). Se obtienen dichos resultados es preciso responder al cuestionamiento, qué tan efectiva es una psicoterapia breve, pues tiene una gran efectividad pues algunos efectos son estables y de larga data, mientras otros pueden proporcionar una mejor calidad de vida al atacar a los síntomas y disminuirlos. A continuación se desarrollará una tabla con los efectos más favorables que se han encontrado.

Tabla 2.4: *Resultados favorables de la psicoterapia breve*

| <b>RESULTDO</b>                                 | <b>DESCRIPCION</b>   |
|---|--|
| ALIVIO SINTOMATICO                              | Alivio o superacion de sintomas  |
| CAMBIO DE PERSPECTIVA DEL PROBLEMA              | Cambios en relacion co perturbaciones propias de la situacion problematica   |
| CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD                     | Adquisicion de conciencia de la enfermedad   |
| RECUPERACION DEL AUTOESTIMA                     | Elevacion, recuperación o autorregulación de la autoestima   |
| MODIFICACIONES FAVORABLES EN DISTINTOS ASPECTOS | Modificaciones referente a dificultades en diversas areas de la vida del sujeto como: sexualidad, relaciones familiares, amistades, area laboral, etc. |
| PROYECTO DE VIDA                                | Consideraciones de proyectos para el futuro, esbozo de planes respecto de diferentes actividades de la experiencia vital.                              |
| MODIFICACION DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD   | Modificacion de la estructura de personalidad  |

Fuente: Braier, (1980)

Por consiguiente, la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica ha demostrado tener resultados eficaces y estables, en donde se destaca el alivio sintomático pero sin apartarse de efectos más profundos como superación de distintos traumas o patologías instauradas en la psique del sujeto, además de ciertas modificaciones en la estructura de la personalidad, lo que permite aseverar su eficacia en la práctica.

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Metodología de investigación**

La presente investigación está basada en la metodología experimental, respeta los supuestos del diseño de sujeto único, descriptivo y explicativo.

Se considera una metodología experimental debido a que se ha trabajado con tres casos de mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual en la infancia, se respeta la singularidad de cada una y se hace un análisis individual, de los efectos causales posteriores a la aplicación de técnicas psicológicas. Así como Balluerka, Vergara y Arnau (2002), mencionan que la metodología experimental tiene como objetivo estimar y verificar la magnitud del efecto de las variables de tratamiento, sobre la conducta de un sujeto o grupo. De esta manera, se logró conocer si existe una modificación de la sintomatología presente en las pacientes, se evalúa posteriormente los resultados obtenidos.

Además se trata de un diseño descriptivo puesto que tiene como propósito detallar un fenómeno mediante recolección de información, lo cual permite realizar un análisis profundo de cada caso. Es así que Hernández, Fernández, y Baptista (2010), señalan que los estudios descriptivos sirven para mostrar con precisión las diferentes dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación, además busca especificar las propiedades y características de los mismos. Es por ello que

gracias a la recolección de datos e información se determina que la causa de los síntomas remitidos por las pacientes asistidas con psicoterapia breve tenían origen en un suceso abusivo en la infancia.

Es explicativo debido a que a partir de la descripción del fenómeno se llega a entender cada caso de manera independiente, da la oportunidad que la investigadora plantee estrategias para el abordaje, lo cual permite llegar a la elaboración de dicho suceso.

La investigación responde a una modalidad cualitativa en el que se utiliza herramientas de recolección de información que no tienen medición numérica, lo que permite que durante la investigación se pueda elaborar preguntas, para llegar a un proceso interpretativo de indagación. Es decir, que la indagación realizada se lleva a cabo en situaciones naturales, se utiliza materiales como: estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entrevista, observación, etc.

### **3.2. Método Aplicado**

El método aplicado para el desarrollo de la investigación es el método Clínico, el cual presenta un conjunto de procedimientos que permiten conocer a fondo la problemática establecida, el mismo que cumple con los siguientes pasos:

1. Observación Clínica e Indagación operativa no solo para poder reconocer la problemática sino incluso como parte de la intervención para poder reconocer aspectos que necesitan ser profundizados.

2. Entrevista individual con cada una de las pacientes a tratar, para obtener información general e importante para la elaboración de un plan terapéutico.
3. Psicoterapia breve individual con enfoque psicoanalítico como parte del proceso de intervención.
4. Evaluación de los resultados obtenidos, para ser comparados con los resultados reflejados antes de la intervención.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de Información**

**Técnicas.** A través de la observación clínica y la indagación operativa se logra identificar la problemática a tratar, se hace uso de tres técnicas esenciales: la primera es una entrevista estructurada a través de la cual la investigadora recolecta información mediante una guía de preguntas que permiten indagar datos relevantes de cada caso. La segunda es la observación clínica que a través de los sentidos permite captar ciertas conductas que proporcionan mayor información sobre los objetos de estudio. La tercera es la aplicación de la intervención psicológica, mediante la cual se plantea estrategias de afrontamiento ante una problemática.

**Instrumentos.** Mediante una entrevista individual se obtuvo información básica y detallada por medio de la Historia Clínica, la información obtenida a través de esta se pudo conseguir información la cual es de uso exclusivo de la investigadora.

Para la fase psicodiagnóstica se hizo uso de dos instrumentos, los cuales se utilizó para la indagación de los síntomas clínicos que presentan en la actualidad los casos

de estudio. Los reactivos utilizados son:

Psicodiagnóstica de Rorschach, el cual fue creado por Hermann Rorschach en 1921. Utilizado como la herramienta de mayor relevancia, pues tiene como objetivo realizar una radiografía de la psique con el fin de identificar las estructuras del inconsciente y la forma como han sido instauradas ciertas experiencias en la psique de la persona, además permite identificar estructura de personalidad, temores, etc. Para Flachier (1987) Rorschach es un método de evaluación profunda de la personalidad, además de distintos aspectos como: inteligencia, emociones, adaptación, aspecto sexual, madurez, problemas nucleares, mecanismos defensivos, entidades, síndromes, síntomas, signos, índices de entidad, de síndrome. De esta manera el presente test proporciona un diagnóstico diferencial y completo, mediante el cual se plantea estrategias para el tratamiento.

Como complemento al anterior se hace uso del test proyectivo HTP (*House, Tree, Person*), conocido como el test de la casa, el árbol y la persona, creado por: John N. Buck en 1949, el mismo que brinda información sobre distintas maneras que tiene un individuo para afrontar ciertas circunstancias y modos de experimentar su yo. Así también formas de relacionarse con los demás en ambientes como el social y el familiar, elementos profundos, mecanismos de defensa y áreas de conflicto (Mirotti y Liendo, 2008). De esta manera se consigue que el evaluado exponga indicios que permita obtener conclusiones sobre características de la personalidad. Es importante mencionar que la forma de aplicación fue de manera individual.

### **3.4. Población y Muestra**

La población para la realización de la presente investigación estuvo conformada por una población referencial de pacientes que asisten a consulta externa de Psicología del “Hospital Municipal Ambato Nuestra señora de la Merced”. La muestra se determinó por medio del muestreo no probabilístico de tipo participantes voluntarios, la misma que se rigió por medio de criterios de inclusión como el ser pacientes de género femenino, que hayan sido víctimas de abuso sexual en la infancia, que en la actualidad presentan diferentes síntomas psicológicos, con un requisito de que sean mujeres adultas con una edad comprendida entre los 20 y 40 años, por tal motivo se seleccionaron 3 pacientes las cuales reunían todas las características de inclusión mencionadas anteriormente.

### **3.5. Procedimiento Metodológico**

Como primer punto se realizó una fase psicodiagnóstica la cual fue constituida por: una entrevista estructurada mediante la utilización de la historia clínica, con el fin de recolectar información que proporcione una guía sobre la cual se va a profundizar, posterior a esta se aplicó un test proyectivo (HTP), el cual sirve para corroborar la información.

En un segundo momento se aplicó Psicodiagnóstico de Rorschach, con el objetivo de obtener un diagnóstico profundo de cada paciente como la detección de diferentes síntomas derivados del abuso sexual infantil. Una vez diagnosticado los síntomas se

procede a discernir los más relevantes, los cuales fueron detectados por la prevalencia de su aparición.

Posterior al proceso psicodiagnóstico se realiza las estrategias de intervención a través de un plan terapéutico, el cual tiene como fundamento un enfoque psicoanalítico. Cabe señalar que estos fueron realizados se toma en cuenta la singularidad de cada caso.

En cuarta instancia se procede a la aplicación de psicoterapia breve, con el fin de disminuir los síntomas clínicos detectados, y también se proporciona a las sujetos la oportunidad de elaborar el hecho traumático.

Como último punto se realiza la evaluación post tratamiento, la cual fue dirigida tanto para las pacientes asistidas como a un familiar directo, con el fin de corroborar los logros y metas alcanzados con cada uno de los casos, tras la aplicación de la psicoterapia.

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis sociodemográfico

La población con la que se trabajó está constituida por 3 pacientes mujeres, que en la actualidad presentan síntomas clínicos derivados de un suceso abusivo en la infancia, las mismas que fueron asistidas con psicoterapia breve. Mediante la historia clínica aplicada se obtienen los datos más significativos, de los cuales se toma como referencia edad, estado civil, instrucción, ocupación y número de hijos. A través de los cuales se realiza un análisis comparativo.

Tabla 4.5: *Análisis sociodemográfico*

|                 | <b>Variable</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Edad            | 26              | 1                 | 33%               |
|                 | 28              | 1                 | 33%               |
|                 | 40              | 1                 | 33%               |
| Estado civil    | Soltera         | 2                 | 67%               |
|                 | Separada        | 1                 | 33%               |
| Número de hijos | Ninguno (0)     | 1                 | 33%               |
|                 | Uno (1)         | 1                 | 33%               |
|                 | Dos (2)         | 1                 | 33%               |
| Instrucción     | Secundaria      | 2                 | 67%               |
|                 | Superior        | 1                 | 33%               |
| Ocupación       | Comerciante     | 3                 | 100%              |

Fuente: Pacientes

## **4.2. Fase psicodiagnóstica**

Se trabaja con tres pacientes, a las cuales se les aplicó psicodiagnóstico de Rorschach el cual consiste en un trabajo minucioso que consta de una entrevista previa y otro reactivo como el HTP, de esta manera se logró identificar y analizar los síntomas relacionados con el abuso sexual infantil.

La fase psicodiagnóstica fue desarrollada de manera profunda, la cual constó de una sistematización de la información más relevante de la historia clínica, realizada durante la entrevista, así también de la interpretación del HTP y como punto de mayor relevancia un análisis e interpretación de las respuestas obtenidas tras la aplicación del test de Rorschach, el cual proporciona un contenido amplio sobre aspectos psíquicos de los sujetos, en base a lo obtenido en esta fase se logró realizar una planificación del proceso psicoterapéutico, el mismo que fue focalizado en los síntomas de mayor prevalencia con el fin de proporcionar alivio sintomático a las pacientes. Cabe señalar que los planes terapéuticos fueron elaborados se respeta la singularidad de cada caso.

## Caso A

Tabla 4.6: Matriz de psicodiagnóstico. Caso A

| Datos socio demográficos  | Entrevista   | HTP  | RORSCHACH  | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual   |
|---|--|--|--|--|
| <b>Género:</b><br>Mujer<br><br><b>Edad:</b><br>28 años<br><br><b>Estado civil:</b><br>Separada<br><br><b>Instrucción:</b><br>Secundaria<br><br><b>Ocupación:</b><br>Comerciante<br><br><b>Número de hijos:</b><br>2 hijas | <b>Motivo de consulta:</b><br><p>Conflictos de pareja, debido a separación en malos términos.</p> <b>Antecedentes:</b><br><p>Mujer de 28 años casada por segunda vez, presenta problemas con su esposo, pues este se fue de la casa y le ha amenazado con quitarle a su hija. Refiere que le da miedo que eso suceda, pues ya ha tenido una experiencia previa con su anterior esposo el cual se quedó con la custodia de su primera hija. Manifiesta tener problemas con su padre, pues señala que él ha testificado en contra de ella en el juicio de custodia de su primera hija y ha amenazado con que lo volverá hacer en esta ocasión.</p> | <p>Denota preocupación por el ambiente, debido a que lo percibe como rígido y restrictivo, por este motivo se produce un aislamiento y se fomenta la inseguridad.</p> <p>De la misma manera se puede destacar la necesidad de seguridad, dependencia, se provoca una necesidad de gratificación inmediata.</p> <p>Rasgos narcisistas, lo que le lleva a actuar de manera agresiva.</p> | <b>Área intelectual:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inteligencia superior al promedio</li> <li>• Persona objetiva y práctica</li> <li>• Posee una capacidad de análisis síntesis</li> <li>• Capacidad imaginativa e intelectual.</li> </ul> <p>Entre las debilidades se dice que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta dificultad en integrar los afectos con el razonamiento.</li> </ul> <b>Área emocional:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos marcados de:</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Angustia</li> <li>• Sentimientos de culpa y tensión</li> </ul> <b>Nivel adaptativo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para adaptarse a los cambios.</li> <li>• Visión pesimista y hostil.</li> </ul> | <b>Rorschach</b><br><p>Sentimiento de inferioridad, inseguridad + + + + + + + +<br/>         Culpa + + + + + + + +<br/>         Dependencia + + + + + + + +</p> <b>HTP</b><br><p>Inseguridad<br/>         Dependencia<br/>         Aislamiento</p> |

| Datos socio demográficos | Entrevista  | HTP | RORSCHACH  | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual |
|--------------------------|---|-----|--|--|
|                          | <p>Otro punto crucial en la paciente es una experiencia de abuso sexual a los 8 años, en donde el abusador fue un trabajador de su padre. Con respecto a esto menciona haber comentado lo sucedido a su padre, el cual reaccionó de manera incrédula y en ocasiones se culpabiliza a la víctima de lo ocurrido.</p> |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción agresiva del imago paterno</li> <li>• Relación de complicidad con la madre</li> </ul> <p><b>Aspecto sexual:</b><br/>Conflictos sexuales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición sexual</li> <li>• Autoerotismo</li> <li>• Homosexualidad.</li> <li>• Destaca su feminidad</li> <li>• Deseo de atraer sexualmente.</li> </ul> <p><b>Nivel de madurez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características infantiles</li> <li>• Emocionalidad inmadura</li> <li>• Rasgos egocentristas y dependientes</li> </ul> <p><b>Problemas nucleares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indecisión</li> <li>• Desconfianza sobre sí misma</li> <li>• Conflictos de gordura y pesadez.</li> </ul> <p><b>Mecanismos de defensa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Exaltada vitalidad psicológica</li> <li>• Conflicto de castración.</li> </ul> <p><b>Entidades e índices:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad afectiva</li> <li>• Epilepsia la misma que corrobora con la información obtenida en la historia clínica.</li> <li>• Tendencias neuróticas y fóbicas.</li> </ul> |  |

**Caso B**

Tabla 4.7: Matriz de psicodiagnóstico. Caso B

| Datos socio demográficos  | Entrevista  | HTP  | RORSCHACH   | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual   |
|---|---|--|---|--|
| <p><b>Género:</b><br/>Mujer</p> <p><b>Edad:</b><br/>40 años</p> <p><b>Estado civil:</b><br/>Soltera</p> <p><b>Instrucción:</b><br/>Superior</p> <p><b>Ocupación:</b><br/>Comerciante</p> <p><b>Número de hijos:</b><br/>Ninguno</p> | <p><b>Motivo de consulta:</b><br/>Conflictos familiares, especialmente con su madre, hermana y sobrina.</p> <p><b>Antecedentes:</b><br/>Mujer de 40 años soltera, presenta conflictos en su casa con su hermana su mama y su sobrina. Menciona sentirse triste, ansiosa, sin encontrar más motivo que los conflictos del hogar. Además menciona haber sido víctima de abuso sexual desde los 3 hasta los 5 años, por parte del tío y el primo. La paciente refiere haberle contado a su madre lo que ocurre a lo que la madre reacciono echándole la culpa de lo ocurrido, causa un trauma mayor en la persona.</p> | <p>Preocupación por el ambiente, debido a que lo percibe como rígido y restrictivo, por este motivo se produce un aislamiento y se fomenta la inseguridad.</p> <p>Además existe una fijación en el pasado e infantilismo.</p> <p>De la misma manera se puede destacar varios temores e inseguridad, provoca una necesidad de gratificación inmediata y rasgos narcisistas, lo que le lleva a actuar de manera agresiva y debido a la cual se podría producir sentimiento de culpa.</p> | <p><b>Área intelectual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inteligencia superior al promedio,</li> <li>• Capacidad de resolución de problemas</li> <li>• Capacidad elevada de imaginación e intelectualidad.</li> <li>• Presenta dificultad en integrar los afectos con el razonamiento.</li> </ul> <p><b>Área emocional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos marcados de:</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Angustia</li> <li>• Sentimientos de inferioridad</li> <li>• Frustración e inhibición de afectos.</li> </ul> <p><b>Nivel adaptativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para adaptarse a los cambios,</li> <li>• Percepción agresiva del imago materna</li> <li>• Destaca una relación de iguales con los padres.</li> <li>• Denota ser sobre-exigente consigo misma</li> </ul> | <p><b>Rorschach</b></p> <p>Culpa + + + + + + +</p> <p>Infantilismo inmadurez + + + + +</p> <p>+ + + + +</p> <p>Fobia + + + + + + +</p> <p><b>HTP</b></p> <p>Infantilismo</p> <p>Culpa</p> <p>Temores</p> |

| Datos socio demográficos | Entrevista | HTP | RORSCHACH  | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual |
|--------------------------|------------|-----|--|--|
|                          |            |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfeccionista por temor a la crítica</li> <li><b>Aspecto sexual:</b></li> <li>Conflictos sexuales como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibición sexual,</li> <li>• Autoerotismo,</li> <li>• Homosexualidad.</li> <li>• Destaca su feminidad</li> <li>• Deseo de atraer sexualmente.</li> </ul> </li> <li><b>Nivel de madurez:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmadurez emocional</li> <li>• Marcadas características infantiles</li> <li>• Destaca el egocentrismo y dependencia.</li> </ul> </li> <li><b>Problemas nucleares:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominancia de indecisión</li> <li>• Desconfianza sobre sí misma</li> <li>• Conflictos de gordura y pesadez.</li> </ul> </li> <li><b>Mecanismos de defensa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Exaltada vitalidad psicológica</li> <li>• Conflicto de castración.</li> </ul> </li> <li><b>Entidades e índices:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencias fóbicas</li> <li>• Neuróticas</li> <li>• Inestabilidad emocional.</li> </ul> </li> </ul> |  |

**Caso C**

Tabla 4.8: *Matriz de psicodiagnóstico. Caso C*

| Datos socio demográficos   | Entrevista  | HTP   | RORSCHACH   | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual  |
|--|---|---|---|---|
| <p><b>Género:</b><br/>Mujer</p> <p><b>Edad:</b><br/>26 años</p> <p><b>Estado civil:</b><br/>Soltera</p> <p><b>Instrucción:</b><br/>Secundaria</p> <p><b>Ocupación:</b><br/>Comerciante</p> <p><b>Número de hijos:</b><br/>Una hija</p> | <p><b>Motivo de consulta:</b><br/>Conflictos familiares, menciona sentirse impotente por problemas en su casa, relacionados a abuso sexual a su sobrina por parte del cuñado (padre de la víctima).</p> <p><b>Antecedentes:</b><br/>Mujer de 26 años soltera, menciona sentirse preocupada debido a la situación de su sobrina.<br/>La preocupación se transforma en ansiedad, pues refiere, entender lo que le pasa a su sobrina, debido a que cuando ella era niña el cuñado, abusador de la sobrina también había abusado de ella durante dos años. Menciona no haber contado esto a nadie por temor a ser juzgada por su hermana.</p> | <p>Se observa preocupación por el ambiente pues lo percibe como agresivo, lo que promueve que la persona se aislé y actué de manera agresiva.</p> <p>Así también se observa una falta de control de impulsos, inseguridad y sentimientos de culpa.</p> <p>Además denota un rechazo a la figura femenina.</p> <p>De la misma manera se puede destacar la necesidad de seguridad, a lo que se desencadena una marcada dependencia e infantilismo.</p> | <p><b>Área intelectual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inteligencia promedio,</li> <li>• Capacidad de resolución de problemas</li> <li>• Elevada capacidad de imaginación e intelectualidad.</li> <li>• Dificultad en integrar los afectos con el razonamiento.</li> </ul> <p><b>Área emocional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se angustia con facilidad</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Angustia</li> <li>• Inhibición de afectos.</li> </ul> <p><b>Nivel adaptativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para adaptarse a los cambios.</li> <li>• Visión pesimista y hostil.</li> <li>• Sentimientos de inferioridad</li> </ul> <p><b>Aspecto sexual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflictos sexuales como:</li> <li>• Inhibición sexual,</li> <li>• Autoerotismo,</li> <li>• Homosexualidad.</li> </ul> | <p><b>Rorschach</b></p> <p>Culpa + + + + + + + + + +<br/>                 Dependencia + + + + + + + + + +<br/>                 Infantilismo inmadurez + + + + + + + + + +</p> <p><b>HTP</b></p> <p>Dependencia<br/>                 Culpa<br/>                 Infantilismo</p> |

| Datos socio demográficos | Entrevista  | HTP | RORSCHACH  | Síntomas significativos relacionados con el abuso sexual |
|--------------------------|---|-----|--|--|
|                          | <p>Refiere sentirse ansiosa y sin herramientas para actuar con relación a lo que ocurre con su sobrina.</p> |     | <p><b>Nivel de madurez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocionalidad inmadura</li> <li>• Marcadas características infantiles</li> <li>• Destaca el egocentrismo y dependencia.</li> </ul> <p><b>Problemas nucleares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominancia de indecisión</li> <li>• Desconfianza sobre sí misma</li> <li>• Conflictos de gordura y pesadez.</li> </ul> <p><b>Mecanismos de defensa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión</li> <li>• Exaltada vitalidad psicológica</li> <li>• Conflicto de castración.</li> </ul> <p><b>Entidades e índices:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencias fóbicas</li> <li>• Neuróticas</li> <li>• Inestabilidad emocional.</li> <li>• Debilidad afectiva</li> </ul> |  |

### **4.3. Estrategia de intervención y análisis psicodinámico de la Psicoterapia.**

Posterior a la fase psicodiagnóstica se elabora un plan de intervención, en donde se establecen objetivos, métodos, recursos y técnicas a usar. Para lo cual se utilizará un enfoque psicoanalítico, mediante el cual se busca elaborar el suceso infantil reprimido y de esta manera lograr disminuir los síntomas presentados por las pacientes.

La elaboración de los planes terapéuticos fue en base al psicodiagnóstico de Rorschach, se toma en cuenta los síntomas más relevantes y de mayor prevalencia en cada caso, de la misma manera se enfoca en la primera entrevista pues sabemos que toda demanda manifiesta tiene demanda latente. La psicoterapia permitió que las pacientes logren identificar varios componentes que no habían tomado en cuenta, da paso a encontrar elementos inconscientes los cuales se fueron elaborando a través del proceso.

#### **4.3.1. Análisis psicodinámico de psicoterapia breve**

A través del análisis psicodinámico se señalan los síntomas más significativos, los mismos que fueron abordados mediante una psicoterapia breve. Con cada paciente se trabajó un total de 14 sesiones enfocadas a los síntomas que causan mayor malestar y se conoce cuál es el origen, para determinar la formación y región del mismo.

Tabla 4.9: *Matriz plan terapéutico caso A*

| Síntoma                     | Origen del síntoma   | Objetivos del tratamiento  | Meta  | Técnica   | Recursos  |
|-----------------------------|--|--|---|---|---|
| <b>Sentimiento de Culpa</b> | Del abuso sexual se desprende un sentimiento de culpa, su padre la acusa de ofrecerse al abusador. Frente a los fracasos actuales en sus relaciones de pareja el padre culpabiliza a JP, inclusive testifica en el proceso legal para que le quiten la custodia de la hija. JP asume la responsabilidad de actos de los cuales no debería. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Analizar sus relaciones de pareja y su ubicación frente al otro del amor.</li> <li>• Asumir responsabilidad de su síntoma y posibilitar herramientas para afrontar el mismo.</li> </ul> | <p>Conseguir que la paciente no se sienta culpable por lo ocurrido, se trabaja en la elaboración y aceptación del hecho traumático.</p> <p>Lograr que ella analice sus relaciones de pareja, pues han sido conflictivas.</p> <p>Asumir responsabilidades en cuanto a su síntoma y la necesidad de ubicarse de otro modo frente a sus parejas.</p> | <p>Asociación libre (intencionalmente guiada)</p> <p>Interpretaciones</p> <p>Señalamientos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigador</li> <li>• Paciente</li> </ul> |

**Logros**

- En cuanto al abuso sexual la paciente después de algunas sesiones señala firmemente ya no sentirse responsable del abuso le da al abusador la responsabilidad de ese acto.
- Ha logrado cierto alivio sintomático si bien es cierto en las primeras sesiones lloraba mucho y ahora ya habla con mayor serenidad.
- La paciente toma como referencia a su madre la cual ha pasado por un divorcio y tiene ahora una pareja buena y estable si utiliza esa identificación como recurso que le permita cuestionarse que ella también podrá tener una pareja más sana.
- JP se cuestionó acerca de sus elecciones de pareja.
- Tiene un insight en el que se da cuenta sobre la similitud en la personalidad del abusador y de sus parejas, en ambas situaciones se coloca como objeto de goce para el otro, es maltratada, cae en cuenta que su ubicación con sus parejas cumplen un mismo patrón, en la cual ella provoca que el otro le agreda.
- Lo cual le llevo a darse cuenta que es ella mismo la que busca personas que compartan características en común con el abusador.
- Se obtuvo cierto alivio sintomático en cuanto a la culpa.
- Al final del proceso recalca que en la actualidad hablar sobre el abuso ya no le causa la misma sensación de antes, se ha eliminado la angustia que sentía.
- Señala además que como adulta, asume las consecuencias de sus actos y afrontar de manera responsable las decisiones que ha tomado.

|                                   |   |  |  |   |   |
|-----------------------------------|---|--|--|---|---|
| <b>Inferioridad e inseguridad</b> | A raíz del abuso sexual la paciente dice no sentirse merecedora de exigir nada a una pareja. Pese a que la agrede físicamente, piensa que no está en calidad de exigir nada, pues al ser abusada de niña no cualquier hombre la tomaría en serio. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Reformular su percepción sobre ser una mujer valiosa. Se analiza lo perjudicial de esta postura y las consecuencias negativas que le ha traído en sus relaciones de pareja y su función materna.</li> </ul> | Trabajar en el hacerse cargo de su malestar responsabilizándose de sus elecciones de pareja, y de esta manera se logra que la paciente se ubique de otro modo.<br>Reformular su manera de verse como mujer, se cuestiona que el abuso sexual no disminuye su valor como mujer.<br>Encuadrar su función materna y lograr que la paciente se responsabilice de las consecuencias que conllevan la elección de parejas conflictivas en cuanto a sus hijas.<br>Conseguir que la paciente diferencie que su posición actual es diferente, que ahora ya es una adulta y se hace cargo de su malestar y sus elecciones de pareja. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Señalamientos<br>Interpretaciones | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|-----------------------------------|---|--|--|---|---|

**Logros**

- En cuanto al abuso sexual la paciente después de algunas sesiones señala firmemente que ya no se siente responsable del abuso le da al abusador la responsabilidad de ese acto.
- Cae en cuenta que no hay límites dados en las relaciones de pareja que establece.
- Logra reestructurar su rol como madre, pues ahora ya ha tomado la responsabilidad que le corresponde con su hija mayor, pues actualmente la niña pasa tres días con ella y cuatro con el padre.
- JP refiere que ahora siente más seguridad en distintos aspectos de su vida, desde el hecho de ser y sentirse buena madre, hasta el afrontamiento de salir adelante sin necesidad de un hombre.
- También logra darse cuenta lo valiosa que es, y que el abuso sexual no le ha quitado el valor que posee como mujer ni como ser humano, reafirma sentirse segura con su aspecto físico
- En la paciente se evidencia un re-enmarque de su rol materno pues ahora vive con sus dos hijas y ha tomado responsabilidad de su segunda hija, se tiene en cuenta que es ella, la que en la actualidad se encuentra como responsables de sus hijas en todo aspecto.
- Señala además que como adulta, asume las consecuencias de sus actos y afrontar de manera responsable las decisiones que ha tomado.

|             |   |   |   |  |   |
|-------------|---|---|---|--|---|
| Dependencia | Por causas del abuso sexual sufrido en la infancia se ha desencadenado en JP un síntoma de dependencia al creerse no merecedora del afecto de las personas y al aferrarse a las personas que le muestran un poco de afecto. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Analizar la razón de su dependencia y el motivo de aferrarse a alguien que le causa malestar, se toma en cuenta la ubicación que tiene frente al otro</li> </ul> | Lograr que la paciente se ubique de otro modo frente al otro del amor. Se encuentra otras fuentes de satisfacción y entiende que no todo bienestar está acompañado de un hombre. Llegar a que la paciente alcance un grado de independencia y pone en primer lugar su bienestar y le da otro significado a su divorcio. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Interpretaciones<br>Señalamientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|-------------|---|---|---|--|---|

### Logros

- JP logró darse cuenta que el aferrarse a alguien que le causa malestar no es sano para ella, y que en realidad lo que ella necesita es tranquilidad para su vida.
- Sin embargo ella aun extraña a la pareja y en ocasiones le llama y es él quien pone límites, pese a eso JP se muda de la casa para romper la comunicación.
- Luego de salir de la casa se traslada a vivir con su madre, posterior a esto decide salir a vivir solo con sus dos hijas, se toma la responsabilidad total de su hogar.
- Ella ha logrado dividir el conflicto con su expareja del lazo paterno que él tienen con su hija y ya no utiliza a la hija como enganche para verle.
- En las últimas sesiones la paciente manifiesta que en realidad ella no siente que es necesario un hombre para salir adelante.
- Así también señala que ahora quiere enfocarse en sus hijas, y disfrutar de una faceta que antes no lo había hecho.

Tabla 4.10: *Matriz plan terapéutico caso B*

| Síntoma      | Origen del síntoma   | Objetivos del tratamiento   | Meta   | Técnica  | Recursos  |
|--------------|--|---|--|--|---|
| <b>Fobia</b> | Por causa del abuso sexual se ha desencadenado una fobia a tragar cosas similares a las cuales le metían en la boca en el momento del abuso debido a que le produce una sensación de ahogo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Dividir las experiencias del hecho traumático de hechos de la vida actual</li> </ul> | Trabajar sobre la proyección que ha hecho la paciente del hecho abusivo a otras cosas que no tiene relación.<br>Lograr una disociación entre el abuso sexual y la vida (pastillas, caramelos). | Asociación libre (asociaciones intencionalmente guiadas, focalizadas)<br>Señalamientos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigador</li> <li>• Paciente</li> </ul> |

**Logros**

- En cuanto a la fobia que se desencadenó del abuso se ha evidenciado cierto avance, debido a que antes entraba en pánico al ver los dulces con los que le metían en la boca para que no grite en el acto abusivo, ahora ha logrado controlarse, aunque aún siente angustia cuando los percibe muy cercanos.
- Al respecto del abuso P.L menciona que acordarse de éste ya no le causa tanto malestar como antes, se señala que antes al abordar el tema se soltaba en llanto, ahora habla sobre éste sin angustiarse.
- Posterior a varias sesiones la paciente indica que ya no siente angustia al ver los caramelos pero, sin embargo no se atreve a tocarlos.
- La paciente ha llegado a cuestionarse sobre la proyección del hecho abusivo en relación a objetos externos.
- Con respecto a la proyección la paciente logra disociar su hecho abusivo, menciona firmemente que ella sabe que ahora ella controla su alrededor e identifica que los dulces no son los que le hicieron daño sino entrega la responsabilidad de este acto al abusador.
- Posterior a varias sesiones P.L logra darle significación a cada objeto que le producía fobia, por ejemplo a las pastillas les da un significado de curación y bienestar, a los caramelos les da un significado dulce, y al abuso lo toma como una experiencia que le fortaleció.
- Casi al culminar el proceso la paciente, refiere un incidente sobre un acercamiento con los dulces, en un lugar público en donde logro controlarse y llego a tocar los caramelos, y los empujo.
- Con relación al miedo que tenía P.L, sobre la utilización de chaquetas con capucha, menciona que hace más de 30 años no usaba. Pero sin embargo se ha comprado una chaqueta con gorra, refiriéndose que ahora como adulta ella se defiende y tomar el control de la situación.

|                      |   |  |  |  |   |
|----------------------|---|--|--|--|---|
| Sentimiento de culpa | Del abuso sexual se desprende un sentimiento de culpa debido a la percepción de la madre y las acusaciones de ofrecerse al abusador. También por sentir que ella permitía el abuso por aceptar cierta recompensa por parte del abusador | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Reformular la experiencia traumática para eliminar el sentimiento de culpa</li> </ul> | Conseguir que la paciente no se sienta culpable por lo ocurrido, se trabaja en la elaboración y aceptación del hecho traumático. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Interpretaciones<br>Señalamientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|----------------------|---|--|--|--|---|

### Logros

- Al respecto del abuso P.L. menciona que acordarse de este ya no le causa tanto malestar como antes, señala que antes al abordar el tema se soltaba en llanto, ahora habla sobre este sin angustiarse.
- Pero sin embargo también otorgo la responsabilidad a la madre por no cuidarle.
- Mediante señalamientos se consigue que la paciente, se cuestione sobre si la mamá era realmente responsable de lo que ocurrió. PL. señala que al comienzo no porque ella no sabía lo que ocurría pero que después ella le conto y no le creyó.
- Luego de algunas sesiones logra resignificar el hecho y toma conciencia que los únicos responsables de lo que le sucedió fueron los abusadores, y llego a la conclusión que la mamá talvez le tenía miedo al tío porque talvez cuando ella era niña también él le hizo lo mismo.
- Se da la oportunidad de liberarse de la culpa y devuelve la responsabilidad a los abusadores.

|              |   |  |   |  |   |
|--------------|---|--|---|--|---|
| Infantilismo | El infantilismo se desencadena de una fijación en la etapa del abuso, pues se toma en cuenta que repetir es no elaborar, pues la paciente se encuentra estancada en una etapa pretérita de su vida. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Elaborar la fijación que existe a causa del abuso sexual</li> </ul> | Lograr que la paciente se dé cuenta que ahora ya no es una niña y que ella es responsable de sus actos. Además, trabajar con el rol de ser adulta y lo que esto conlleva. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Interpretaciones<br>Señalamientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|--------------|---|--|---|--|---|

### Logros

- Posterior a varias sesiones la paciente se cuestionó a cerca de su comportamiento, menciona “yo creo que con mi sobrina pelemos como niñas de 5 años”. A lo cual se cuestiona y responde pero ya no tenemos 5 años las dos somos adultas.
- Logro identificar varias conductas infantiles que decía tener como: temor a casarse por miedo a dejar su casa, y dejar de ser niña. Al comienzo se refería al temor de que en su ausencia les pase algo a sus padres. Luego mediante asociación libre señala que el casarse esta ligada a una responsabilidad que tienen los adultos.
- Posterior a algunas sesiones, menciona que talvez no es el temor a que suceda algo con los padres, sino más bien por no sentir que está preparada para un compromiso.
- Consigue nuevamente cuestionarse sobre el casarse, pues su pareja le pidió matrimonio, a lo que ella no dio una respuesta debido a que estaba confundida. Este cuestionamiento le lleva a que mediante la asociación libre mencione, “es que si me caso pasaría al mundo de los adultos serios” enfatiza en que es un chiste.
- Mediante señalamientos sobre el temor a ser independiente y lo que conlleva ser adulta para ella, refiere que a pesar de la edad que tiene siente que no es totalmente madura y que se considera una persona inexperta, a lo que ella misma se contesta que ninguna persona nace sabiendo.
- Con relación al miedo que tenía P.L. sobre la utilización de chaquetas con capucha, menciona que hace más de 30 años no usaba. Pero sin embargo se ha comprado una chaqueta con gorra, refiriéndose que ahora como adulta ella se defiende y tomar el control de la situación.

Tabla 4.11: *Matriz plan terapéutico caso C*

| Síntoma      | Origen del síntoma  | Objetivos del tratamiento   | Meta  | Técnica  | Recursos  |
|--------------|---|---|---|--|---|
| <b>Culpa</b> | Del abuso sexual se desprende un sentimiento de culpa debido a que el abusador es el esposo de la hermana y siente que ella es la culpable si ellos llegan a separarse. También por sentir que ella permitía el abuso por aceptar cierta recompensa por parte del abusador. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Reformular la experiencia traumática para eliminar el sentimiento de culpa.</li> </ul> | <p>Conseguir que la paciente no se sienta culpable por lo ocurrido, trabaja en la elaboración y aceptación del hecho traumático.</p> <p>Lograr que entregue la responsabilidad del hecho al abusador.</p> | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Interpretaciones<br>Señalamientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigador</li> <li>• Paciente</li> </ul> |

**Logros**

- P.F logra cuestionarse sobre su percepción del abuso y el hecho de sentirse culpable, refiere que cuando el cuñado le comenzó abusar ella tenía apenas 7 años, sin embargo menciona que ella tuvo la posibilidad de contarle a la madre y hermana en una ocasión que una vecina le acusó de haberle abusado, pero no se atrevió pues él le amenazó con matarle a la hermana si ella decía algo.
- Refiere sentirse culpable pues ella aceptaba regalos del cuñado como: ropa, zapatos, dulces, etc. Ahora se da cuenta que no era que ella se callaba por recibir regalos sino por temor a las constantes amenazas.
- La paciente refiere que es este suceso lo que más le duele pues ella pudo prevenir que le sigan abusado y además que suceda lo que en ese momento esta ocurrido con su sobrina (también víctima de abuso por parte del mismo sujeto).
- Posterior a algunas sesiones señala que a pesar que ella no conto a nadie, ella no se considera responsable pues ella no decía nada por miedo a que él le haga algo malo a la hermana o a la mamá.
- Consigue devolverle la responsabilidad del abuso al cuñado y logra liberarse de ese peso que llevaba consigo. Aunque no se atreve a contar a nadie más sobre este suceso.
- Casi al culminar el proceso la paciente se atreve a contarle a su madre sobre el abuso sexual, mediante lo cual menciona haberse sentido liberada de una carga que no le dejaba en paz.
- Logra apaciguar el sentimiento de culpa que le carcomía y reafirmar su inocencia frente a este acto.

|                     |   |  |  |  |   |
|---------------------|---|--|--|--|---|
| <b>Infantilismo</b> | El infantilismo se desencadena de una fijación en la etapa del abuso, pues toma en cuenta que repetir es no elaborar, pues la paciente se encuentra estancada en una etapa pretérita de su vida | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Elaborar la fijación que existe a causa del abuso sexual</li> </ul> | Lograr que la paciente se dé cuenta que ahora ya no es una niña y que ella es responsable de sus actos. Además, trabajar en asumir una la responsabilidad de ser adulta. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Interpretaciones<br>Señalamientos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|---------------------|---|--|--|--|---|

**Logros**

- Mediante varias sesiones la paciente se da cuenta que en ocasiones tiene comportamientos infantiles e inmaduros como, reclamos a la madre sobre responsabilidades que debía asumir ella.
- Asume responsabilidades que no tenía como: suplir la alimentación de su hija, pues antes encargaba este rol a su madre.
- Consigue formar una pareja estable, pues antes estaba con dos personas a la vez, en donde el uno de ellas era el padre de la hija con quien menciona que esta solo porque le proporciona sustento económico.
- Refiere haber elegido a su pareja actual, pues le proporciona seguridad, mientras que el padre de la hija le causaba temor.
- Logra distinguir la diferencia entre conductas infantiles y conductas maduras. Enfocándose en que la responsabilidad de la hija es asumida totalmente por ella y no por la madre.
- Llega a disociar su rol materno y su función de mujer, señala que no es necesario dejar de ser madre para ser mujer.
- Consigue centrarse en sus responsabilidades, asume así un comportamiento adulto.

|                                   |   |   |  |   |   |
|-----------------------------------|---|---|--|---|---|
| <b>Inferioridad e inseguridad</b> | A raíz del abuso sexual la paciente refiere que no se siente merecedora de tener una pareja que le valore. Además se considera físicamente poco atractiva pues menciona que el cuñado le decía que agradezca que él se fije en ella, pues que nadie querría estar con ella porque es fea y gorda. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el abuso sexual, dándole la posibilidad de resignificar el hecho abusivo.</li> <li>• Reformular su percepción sobre su aspecto físico y valor como ser humano.</li> </ul> | Trabajar en el hacerse cargo de su malestar y de esta manera logra que la paciente se ubique de otro modo. Reformular su manera de verse como mujer, se cuestiona lo importante y valiosa que es como persona. Conseguir que acepte su aspecto físico y de esta manera desarrollar el amor propio. | Asociación libre (intencionalmente guiada)<br>Señalamientos<br>Interpretaciones | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanos</li> <li>• Investigadora</li> <li>• -Paciente</li> </ul> |
|-----------------------------------|---|---|--|---|---|

---

**Logros**

- Posterior a varias sesiones logra percibir de otro modo al abuso sexual, en donde le otorga un significado de fortalecerse como ser humano, pues refiere que si ha salido de este conflicto, lograra salir de todo.
  - Con relación al aspecto físico, consigue darse cuenta que en las relaciones que ha establecido, siempre se ha conformado con lo que le han dado y que nunca se ha ubicado en un lugar de exigir más.
  - Mediante asociación libre y señalamientos logra, darse cuenta que nunca ha reconocido lo valiosa que es, pues siempre se ha considerado una persona fea.
  - Después de algunas sesiones, llega al proceso arreglada y manifiesta que se ha dado cuenta que en realidad no es fea, y que lo único que le faltaba es que alguien le ayude a darse cuenta de lo valiosa que es.
  - Desde esa sesión, llega a todas las sesiones arreglada y manifiesta que asiste a un gimnasio pues quiere bajar de peso.
  - En las últimas sesiones, refiere que hasta ahora ha logrado darse cuenta que en realidad valía más de lo que ella pensaba.
  - Consigue entender que el valorarse ella, permite que el resto también le valore.
  - Refiere que su pareja le proporciona seguridad y que el si le valora no solo por su aspecto físico sino también por su personalidad y sentimientos.
-

#### 4.4. Sistematización Dinámica

En el siguiente apartado se detallara los síntomas presentados por las pacientes se realiza un gráfico comparativo, con el fin de identificar los síntomas que se presentan con mayor prevalencia derivados del abuso sexual infantil.

Tabla 4.12:: *Síntomas clínicos*

| <b>Síntomas</b>                               | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| Inhibición sexual                             | 3                 | 100 %             |
| Conflictos sexuales                           | 3                 | 100 %             |
| Interés limitado por los demás y por sí mismo | 2                 | 67 %              |
| Hostilidad – visión pesimista                 | 1                 | 33.3 %            |
| Infantilismo inmadurez                        | 3                 | 100 %             |
| Inhibición de afectos                         | 1                 | 33.3 %            |
| Fobia   | 3                 | 100 %             |
| Conflictos de gordura / pesadez               | 3                 | 100 %             |
| Depresión                                     | 2                 | 67 %              |
| Apatía, agresividad e Impulsividad            | 3                 | 100 %             |
| Ansiedad perturbadora                         | 3                 | 100 %             |
| Culpa   | 3                 | 100 %             |
| Angustia                                      | 3                 | 100 %             |
| Sentimiento de inferioridad, inseguridad      | 3                 | 100 %             |

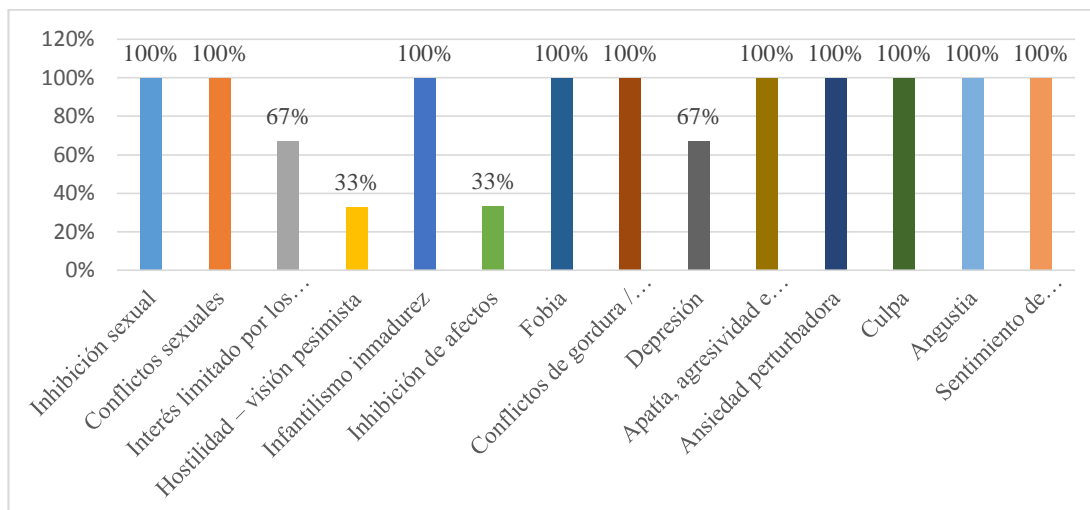


Gráfico 4.1: Síntomas clínicos

### **Análisis e Interpretación**

En cuanto a los síntomas se observa que con relación a la inhibición de afectos, hostilidad – visión pesimista, tienen una prevalencia de 33 % con relación a la población estudiada. Así también el interés limitado por los demás y por sí mismo, depresión, se presenta en un 67 % y conflictos sexuales, inhibición sexual, infantilismo inmadurez, fobia, conflictos de gordura / pesadez, Apatía, agresividad, impulsividad, ansiedad perturbadora, culpa, angustia, sentimiento de inferioridad e inseguridad, se presenta en el 100 % de los casos de estudio.

De esta manera se infiere que los síntomas mencionados, se presentan repetitivamente en los tres casos investigados, se tiene en cuenta que se presentan en diferentes niveles de acuerdo a la percepción que cada una de las pacientes ha tenido del trauma infantil.

#### 4.4.1. Análisis de reducción de síntomas a través de la psicoterapia.

Mediante una rango de uno a diez se pudo medir las metas alcanzadas por las pacientes asistidas mediante psicoterapia breve lo cual se pudo conseguir a través de indicadores que guían a la investigadora a corroborar los resultados de los logros obtenidos. A fin de determinar la reducción de síntomas se detallan las metas alcanzadas, posterior a la aplicación de un proceso psicoterapéutico breve y se observa el avance en cada fase.

Tabla 4.13: *Rango de medición de síntoma*

| Niveles de medición de síntomas |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1                               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Los niveles para la identificación de síntomas serán mediante una puntuación del uno al diez, los cuales serán identificados de acuerdo a indicadores relacionados a los distintos síntomas.

Cada uno de los indicadores tendrán un valor de uno, es decir la presencia de cada uno de estos tendrá un valor de un punto, con el fin de medir los resultados obtenidos antes de la evaluación, durante el tratamiento y posterior al mismo, para de esta manera realizar una comparación que favorece a la demostración de los logros alcanzados por cada una de las pacientes.

#### **4.4.2. Análisis estadístico para muestras independientes**

La prueba t student para muestras independientes es una técnica de análisis paramétrica, es utilizada para comparar la media en una variable dependiente cuantitativa entre dos grupos independientes, en este caso se realizara la comparación entre dos fases del proceso de psicoterapia breve. El cálculo del estadístico de contraste t se realiza de diferente manera en función de si las varianzas son iguales o diferentes.

#### 4.4.2.1. Caso A

##### a) Sentimiento de Culpa

Tabla 4.14: *Indicadores para medición del sentimiento de culpa*

| <b>Indicadores</b>   |
|--|
| Se victimiza de lo sucedido y lo toma como excusa para cubrir ciertas falencias. |
| No logra entregar la responsabilidad al abusador.                                |
| Se responsabiliza de lo que sucedido.  |
| Cree haber podido prevenir el abuso  |
| Autoestima debilitado  |
| Al hablar del abuso siente culpa, lo que genera llanto fácil                     |
| Se auto castiga con pensamientos hirientes sobre sí misma                        |
| Se le dificulta hablar sobre el abuso, pues siente vergüenza.                    |
| Le cuesta hacerse cargo del síntoma actual pues se estanca en el pasado          |
| Se coloca como objeto de goce frente a otro.                                     |

Tabla 4.15: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 10   |
| 3 sesión                     | 9    |
| 4 sesión                     | 8    |
| Promedio                     | 9.25 |

Tabla 4.16: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 8    |
| 6 sesión                   | 8    |
| 7 sesión                   | 7    |
| 8 sesión                   | 7    |
| 9 sesión                   | 5    |
| 10 sesión                  | 6    |
| 11 sesión                  | 3    |
| 12 sesión                  | 2    |
| Promedio                   | 5.75 |

Tabla 4.17: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de devolución

| Fase de devolución |   |
|--------------------|---|
| 13 sesión          | 2 |
| 14 sesión          | 2 |
| Promedio           | 2 |

### a) Análisis comparativo

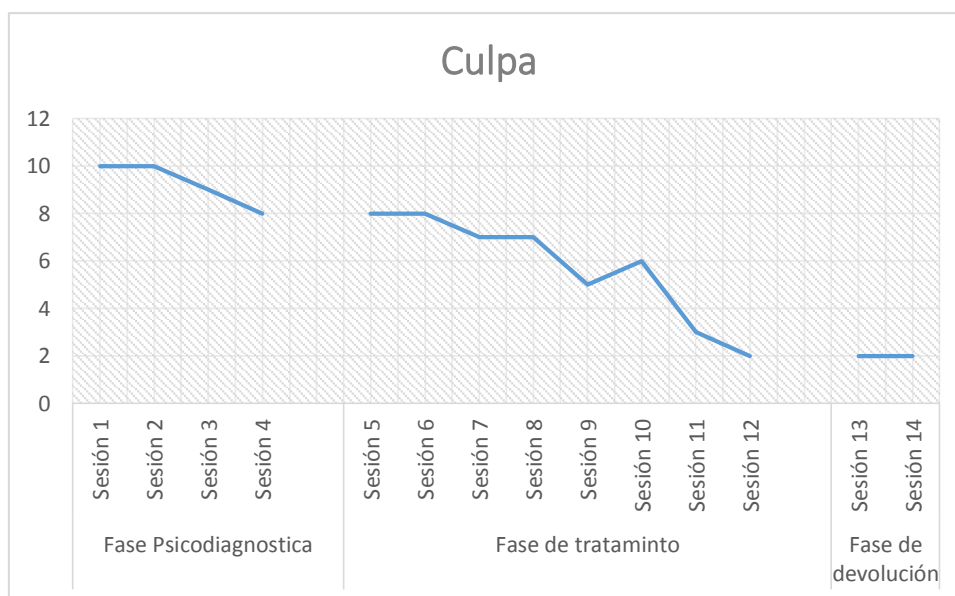


Gráfico 4.2: Culpa caso A

### Estadísticas Caso A. Nivel de culpa

A continuación, se muestra el Nivel de culpa correspondiente al Caso A, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.18: Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Nivel de culpa

|             | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Nivel_culpa | Psicodiagnóstico | 4 | 9,2500 | 0,95743             | 0,47871                 |
|             | Devolución       | 2 | 2,0000 | 0,00000             | 0,00000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de culpa en función de la intervención. La tabla 4.18 presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de culpa y la variable independiente es la intervención, con dos fases: psicodiagnóstico y devolución; además, otra información mostrada es el tamaño, media, desviación estándar y la Media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 9.25 para la fase psicodiagnóstico y 2.00 para la fase de devolución, es la diferencia de 7.25 puntos, es estadísticamente significativa.

Luego el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.19: Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes tt. Caso A Nivel de culpa

|             |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|-------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|             |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|             |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Nivel_culpa | Se asumen varianzas iguales    | 6,000                                     | 0,070 | 10,097                              | 4     | 0,001            | 7,25000              | 0,71807                      | 5,25632  | 9,24368  |
|             | No se asumen varianzas iguales |   |       | 15,145                              | 3,000 | 0,001            | 7,25000              | 0,47871                      | 5,72652  | 8,77348  |

En el Caso A referente al nivel de culpa, la prueba de Levene como se observa el valor de 0,070 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de culpa e intervención; por lo tanto, se asumen que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en el p valor de significancia bilateral que es igual a 0,01, como se observa el SPSS arroja por defecto este valor de contraste bilaterales,

este valor es menor que el nivel de probabilidad al 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

**b) Sentimiento de inseguridad e inferioridad**

Tabla 4.20: *Indicadores para medición del sentimiento de inferioridad e inseguridad*

| <b>Indicadores</b>                                       |
|--|
| Conflictos en cuanto a su aspecto físico                 |
| Necesidad de tener un hombre para realizarse como mujer  |
| Sensación de no ser merecedora nada de lo que le ofrecen |
| Autoestima debilitada                                    |
| Se coloca como objeto de goce frente a otro.             |
| Desconfianza sobre sus capacidades                       |
| Autoconfianza insuficiente.                              |
| Poca confianza de superarse en el futuro                 |
| Desconfianza acerca de lo que logra                      |
| Sensación de ser menos mujer a raíz del abuso            |

Tabla 4.21: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 9    |
| 3 sesión                     | 10   |
| 4 sesión                     | 8    |
| Promedio                     | 9.25 |

Tabla 4.22: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 7    |
| 6 sesión                   | 8    |
| 7 sesión                   | 8    |
| 8 sesión                   | 6    |
| 9 sesión                   | 4    |
| 10 sesión                  | 3    |
| 11 sesión                  | 3    |
| 12 sesión                  | 3    |
| Promedio                   | 5.25 |

Tabla 4.23: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 2   |
| 14 sesión          | 3   |
| Promedio           | 2.5 |

## b) Análisis comparativo

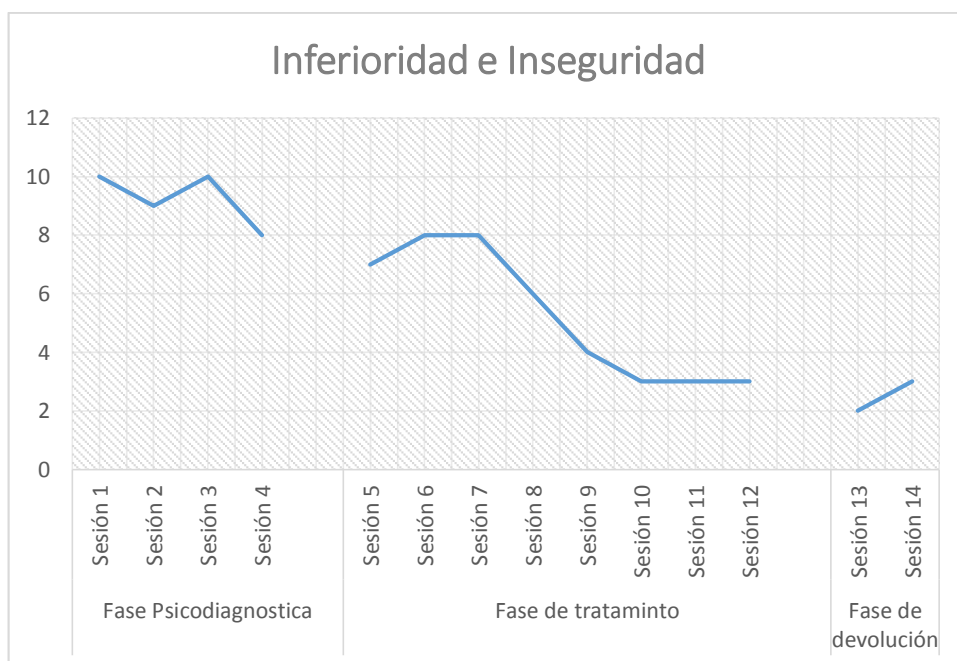


Gráfico 4.3: Inferioridad caso A

## Estadística Caso A. Sentimiento de inseguridad e inferioridad

A continuación, se muestra el Sentimiento de inseguridad e inferioridad correspondiente al Caso A, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.24: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Inseguridad e Inferioridad*

|             | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Inseguridad | Psicodiagnóstico | 4 | 9,2500 | 0,95743             | 0,47871                 |
|             | Devolución       | 2 | 2,5000 | 0,70711             | 0,50000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el Nivel de Inseguridad e inferioridad en función de la intervención. La tabla 4.24, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de inseguridad e inferioridad y la variable independiente es la Intervención, con dos fases: Psicodiagnóstico y Devolución. Además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la Media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 9.25 para la fase psicodiagnóstico y 2.50 para la fase devolución, es la diferencia de 6.75 puntos, demuestra ser estadísticamente significativa. Luego el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.25: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso A Inseguridad*

|             |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|-------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|             |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|             |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Inseguridad | Se asumen varianzas iguales    | 0,667                                     | 0,460 | 8,647                               | 4     | 0,001            | 6,75000              | 0,78062                      | 4,58264  | 8,91736  |
|             | No se asumen varianzas iguales |   |       | 9,751                               | 2,870 | 0,003            | 6,75000              | 0,69222                      | 4,48942  | 9,01058  |

En el Caso A referente al sentimiento de inseguridad e inferioridad, la prueba de Levene como se observa el valor de 0,460 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables sentimiento de inseguridad e inferioridad, con la intervención; por lo que, se asumen que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es 0,001, como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

### c) Dependencia

Tabla 4.26: *Indicadores para medición de dependencia*

| <b>Indicadores</b>   |
|--|
| Necesidad excesiva de gestos de aprobación por parte de una persona                |
| Sensación de que sin esa persona no es feliz.                                      |
| Sensación de que esa persona y la forma de relacionarse con ella es perjudicial o  |
| Necesidad constante de apoyarse en otra persona por falta de confianza en sí mismo |
| Sensación que sin esa persona no disfruta o salir adelante en la vida.             |
| Desapego a objetos, personas o circunstancias por estar junto a esa persona.       |
| Desconfianza e inseguridad en si misma   |
| Dependencia económica  |
| Autoestima debilitado.   |
| Necesidad de comunicarse constante mente aunque se haya roto el vínculo relacional |

Tabla 4.27: *Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 8    |
| 3 sesión                     | 8    |
| 4 sesión                     | 9    |
| Promedio                     | 8.75 |

Tabla 4.28: *Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |     |
|----------------------------|-----|
| 5 sesión                   | 9   |
| 6 sesión                   | 8   |
| 7 sesión                   | 8   |
| 8 sesión                   | 7   |
| 9 sesión                   | 6   |
| 10 sesión                  | 7   |
| 11 sesión                  | 4   |
| 12 sesión                  | 3   |
| Promedio                   | 6.5 |

Tabla 4.29: Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 3   |
| 14 sesión          | 2   |
| Promedio           | 2.5 |

### c) Análisis comparativo

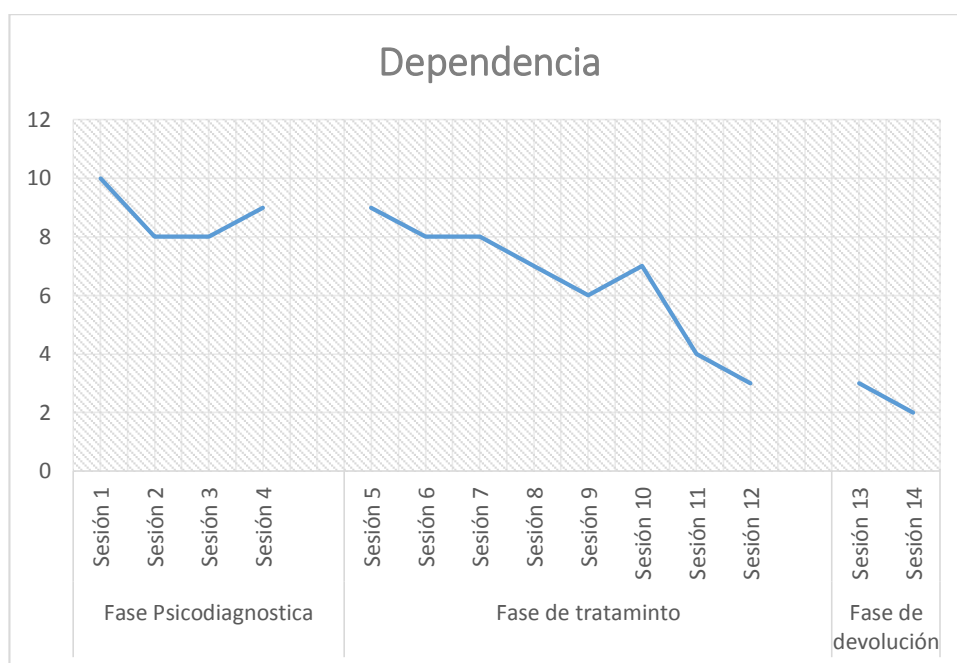


Gráfico 4.4: Dependencia caso A

### Estadísticas Caso A. Dependencia

A continuación, se muestra el Caso A de Dependencia, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.30: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso A. Dependencia*

|             | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Dependencia | Psicodiagnóstico | 4 | 8,7500 | 0,95743             | 0,47871                 |
|             | Devolución       | 2 | 2,5000 | 0,70711             | 0,50000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de dependencia en función de la intervención. La tabla 4.30, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de dependencia y la variable independiente es la intervención, con dos fases: Psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 8.75 para la fase psicodiagnóstico y 2.50 para la fase devolución, es la diferencia de 6.25 puntos, demuestra ser estadísticamente significativa. Seguidamente el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.31: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes tt. Caso A. Dependencia*

|             | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |         |
|-------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|---------|
|             | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |         |
|             |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |         |
| Dependencia | Se asumen varianzas iguales               | 0,667 | 0,460                               | 8,006 | 4                | 0,001                | 6,25000                      | 0,78062  | 4,08264  | 8,41736 |
|             | No se asumen varianzas iguales            |       |                                     | 9,029 | 2,870            | 0,003                | 6,25000                      | 0,69222  | 3,98942  | 8,51058 |

En el Caso A referente al nivel de dependencia, la prueba de Levene como se observa el valor de 0.460 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de dependencia e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es 0.001 como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

#### 4.4.2.2. Caso B

##### a) Fobia

Tabla 4.32: *Indicadores para medición de fobia*

| <b>Indicadores</b>   |
|--|
| Temor exagerado frente a ciertas circunstancias u objetos                          |
| Cuando se expone a la fuente del miedo hay una sensación de ansiedad incontrolable |
| Sensación de evitar a toda costa, la fuente que causa miedo                        |
| Ansiedad abrumadora cuando confrontan la fuente del miedo                          |
| Incapacidad de controlar sus sentimientos cuando es expuesto al estímulo que causa |
| Sudoración   |
| Latido del corazón acelerado   |
| Dolores u opresión en el pecho   |
| Respiración anormal  |
| Temblor  |

Tabla 4.33: *Nivel promedio de la presencia de fobia durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |     |
|------------------------------|-----|
| 1 sesión                     | 10  |
| 2 sesión                     | 7   |
| 3 sesión                     | 8   |
| 4 sesión                     | 9   |
| Promedio                     | 8.5 |

Tabla 4.34: *Nivel promedio de la presencia de dependencia durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 9    |
| 6 sesión                   | 7    |
| 7 sesión                   | 8    |
| 8 sesión                   | 5    |
| 9 sesión                   | 6    |
| 10 sesión                  | 5    |
| 11 sesión                  | 4    |
| 12 sesión                  | 3    |
| Promedio                   | 5.87 |

Tabla 4.35: Nivel promedio de la presencia de fobia durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 2   |
| 14 sesión          | 3   |
| Promedio           | 2.5 |

a) **Análisis comparativo**

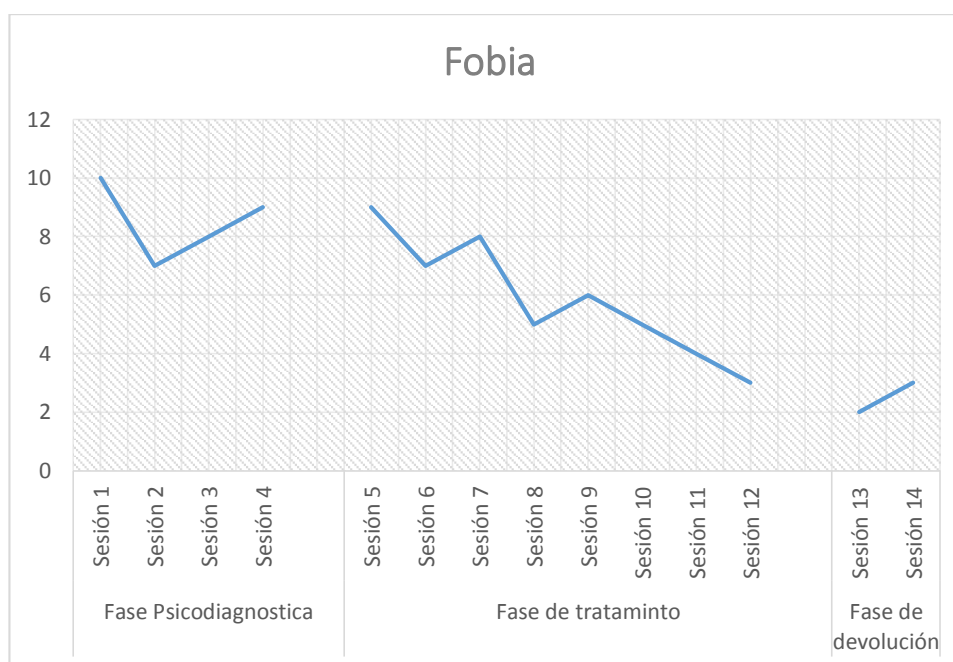


Gráfico 4.5: Fobia caso B

### Estadísticas Caso B. Fobia

A continuación, se muestra el Caso B de Fobia, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.36: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Fobia*

|       | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Fobia | Psicodiagnóstico | 4 | 8,5000 | 1,29099             | 0,64550                 |
|       | Devolución       | 2 | 2,5000 | 0,70711             | 0,50000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de fobia en función de la intervención. La tabla 4.36, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de fobia y la variable independiente es la intervención, con dos fases: psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 8.50 para la fase psicodiagnóstico y 2.5 para la fase devolución, es la diferencia de 6.0 puntos, demuestra ser estadísticamente significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.37: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de fobia*

| Nivel_Fobia |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|-------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|             |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|             |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Nivel_Fobia | Se asumen varianzas iguales    | 1,333                                     | 0,312 | 5,908                               | 4     | 0,004            | 6,00000              | 1,01550                      | 3,18051  | 8,81949  |
|             | No se asumen varianzas iguales |   |       | 7,348                               | 3,692 | 0,002            | 6,00000              | 0,81650                      | 3,65656  | 8,34344  |

En el Caso B referente al nivel de fobia, la prueba de Levene como se observa el valor de 0.312 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de fobia e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es .0004 como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

**b) Sentimiento de culpa**

Tabla 4.38: *Indicadores para medición del sentimiento de culpa*

| <b>Indicadores</b>   |
|--|
| Se victimiza de lo sucedido y lo toma como excusa para cubrir ciertas falencias. |
| No logra entregar la responsabilidad al abusador.                                |
| Se responsabiliza de lo que sucedido.  |
| Cree haber podido prevenir el abuso  |
| Autoestima debilitada  |
| Al hablar del abuso siente culpa, lo que genera llanto fácil                     |
| Se auto castiga con pensamientos hirientes sobre sí misma                        |
| Se le dificulta hablar sobre el abuso, pues siente vergüenza.                    |
| Le cuesta hacerse cargo del síntoma actual pues se estanca en el pasado          |
| Se coloca como objeto de goce frente a otro.                                     |

Tabla 4.39: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstico</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 9    |
| 3 sesión                     | 8    |
| 4 sesión                     | 6    |
| Promedio                     | 8.25 |

Tabla 4.40: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 5    |
| 6 sesión                   | 6    |
| 7 sesión                   | 6    |
| 8 sesión                   | 5    |
| 9 sesión                   | 5    |
| 10 sesión                  | 4    |
| 11 sesión                  | 3    |
| 12 sesión                  | 4    |
| Promedio                   | 4.75 |

Tabla 4.41: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 2   |
| 14 sesión          | 1   |
| Promedio           | 1.5 |

## b) Análisis comparativo

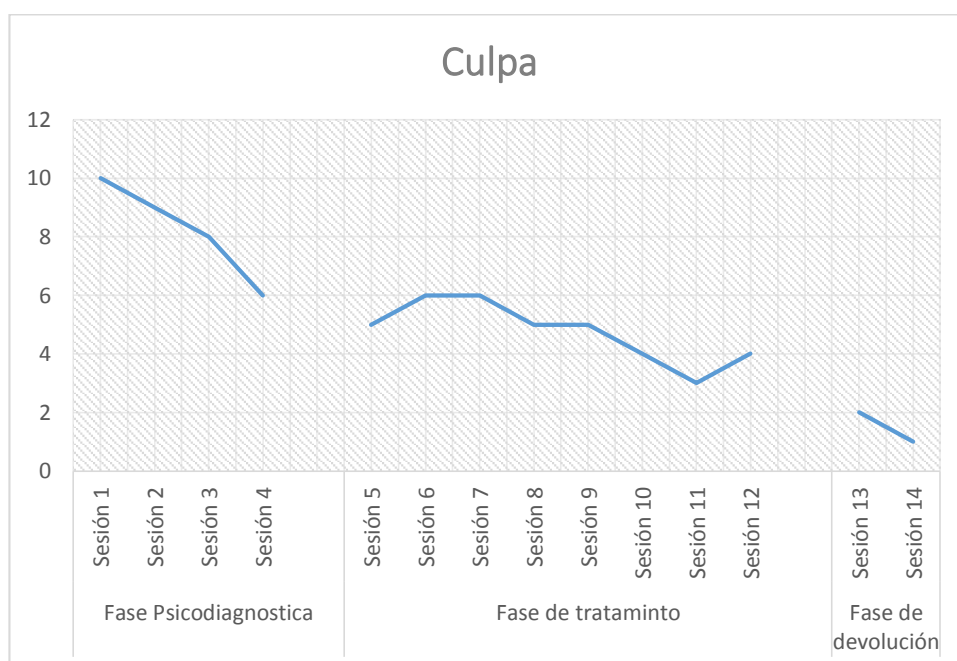


Gráfico 4.6: Culpa caso B

## Estadística Caso B. Sentimiento de culpa

A continuación, se muestra el Caso B. Sentimiento de culpa, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.42: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Sentimiento de culpa*

|             | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Nivel_culpa | Psicodiagnóstico | 4 | 8,2500 | 1,70783             | 0,85391                 |
|             | Devolución       | 2 | 1,5000 | 0,70711             | 0,50000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de sentimiento de culpa en función de la intervención. La tabla 4.42, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de sentimiento de culpa y la variable independiente intervención, con dos fases: psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 8.25 para la fase psicodiagnóstico y 1.50 para la fase devolución, la diferencia es de 6.75 puntos, estadísticamente es significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.43: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de culpa*

|             |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|-------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|             |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|             |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Nivel_culpa | Se asumen varianzas iguales    | 1,200                                     | 0,335 | 5,125                               | 4     | 0,007            | 6,75000              | 1,31696                      | 3,09354  | 10,40646 |
|             | No se asumen varianzas iguales |   |       | 6,821                               | 3,999 | 0,002            | 6,75000              | 0,98953                      | 4,00246  | 9,49754  |

En el Caso B referente al nivel de culpa, la prueba de Levene como se observa el valor de 0.335 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de culpa e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es .007 como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

c) **Infantilismo**

Tabla 4.44: *Indicadores para medición del infantilismo*

| <b>Indicadores</b>  |
|---|
| Dependencia económica hacia una persona   |
| Dependencia emocional con relación a una o varias personas.                     |
| Comportamientos infantiles como: tono de voz, léxico y postura corporal.        |
| Berrinches o altibajos en sus emociones como consecuencia de conseguir algo que |
| Necesidad de ser querido, preferido y tratado como lo era de niño.              |
| Dependencia afectiva frente a los padres  |
| Estancamiento en el pasado  |
| Necesidad de aprobación antes de tomar una decisión                             |

Tabla 4.45: *Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |     |
|------------------------------|-----|
| 1 sesión                     | 10  |
| 2 sesión                     | 10  |
| 3 sesión                     | 8   |
| 4 sesión                     | 8   |
| Promedio                     | 9.0 |

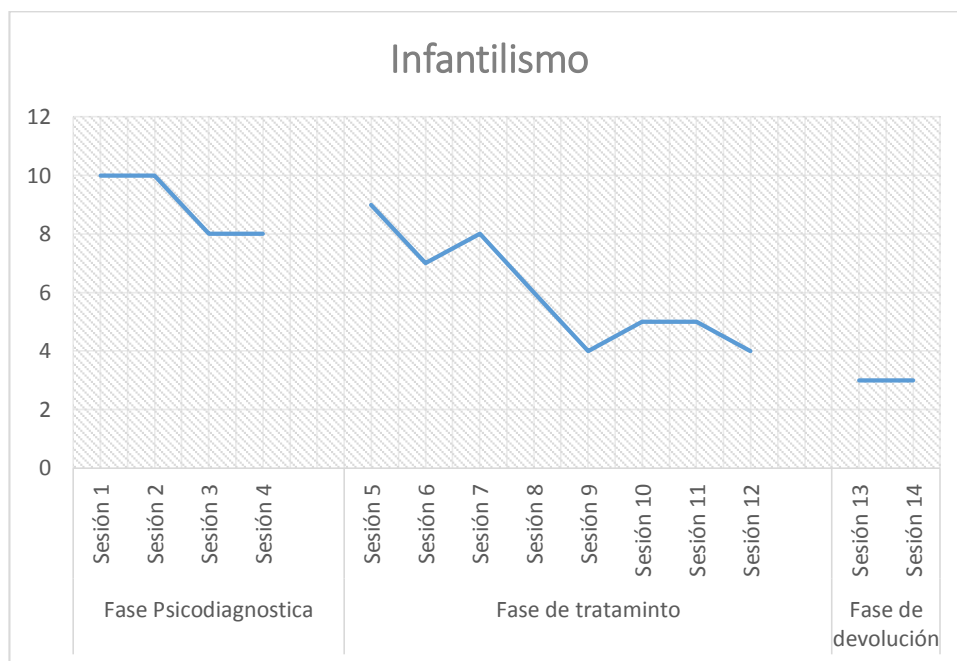
Tabla 4.46: *Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |     |
|----------------------------|-----|
| 5 sesión                   | 9   |
| 6 sesión                   | 7   |
| 7 sesión                   | 8   |
| 8 sesión                   | 6   |
| 9 sesión                   | 4   |
| 10 sesión                  | 5   |
| 11 sesión                  | 5   |
| 12 sesión                  | 4   |
| Promedio                   | 6.0 |

Tabla 4.47: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 3   |
| 14 sesión          | 3   |
| Promedio           | 3.0 |

### c) Análisis comparativo

Gráfico 4.7: *Infantilismo caso B*

### Estadística Caso B. Infantilismo

A continuación, se muestra el Caso B Infantilismo, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.48: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso B. Infantilismo*

|              | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|--------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Infantilismo | Psicodiagnóstico | 4 | 9.0000 | 0.90473             | 0.47735                 |
|              | Devolución       | 2 | 3.0000 | 2.15164             | 1.50465                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de infantilismo en función de la intervención. La tabla 4.48, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de infantilismo y la variable independiente intervención, con dos fases: psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 9.00 para la fase psicodiagnóstico y 3.00 para la fase devolución, la diferencia es de 6.00 puntos, es estadísticamente significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.49: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso B. Nivel de infantilismo*

|              |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |      | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|--------------|--------------------------------|---|------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|              |                                | F   | Sig. | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|              |                                |   |      |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Infantilismo | Se asumen varianzas iguales    | 6.000                                     | .070 | 5.928                               | 4     | 0.004            | 6.75000              | 1,16592                      | 3,51288  | 9,98712  |
|              | No se asumen varianzas iguales |   |      | 4.287                               | 1.210 | 0.112            | 6.75000              | 1,57454                      | -6,66111                                       | 20,16111 |

En el Caso B referente al nivel de infantilismo, la prueba de Levene como se observa el valor de .070 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de infantilismo e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilitareral cuyo valor es .004, como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

#### 4.4.2.3. Caso C

##### a) Sentimiento de culpa

Tabla 4.50: *Indicadores para medición del sentimiento de culpa*

| <b>Indicadores</b>   |
|--|
| Se victimiza de lo sucedido y lo toma como excusa para cubrir ciertas falencias. |
| No logra entregar la responsabilidad al abusador.                                |
| Se responsabiliza de lo que sucedido.  |
| Cree haber podido prevenir el abuso  |
| Autoestima debilitado  |
| Al hablar del abuso siente culpa, lo que genera llanto fácil                     |
| Se auto castiga con pensamientos hirientes sobre sí misma                        |
| Se le dificulta hablar sobre el abuso, pues siente vergüenza.                    |
| Le cuesta hacerse cargo del síntoma actual pues se estanca en el pasado          |
| Se coloca como objeto de goce frente a otro.                                     |

Tabla 4.51: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstico</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 8    |
| 3 sesión                     | 8    |
| 4 sesión                     | 9    |
| Promedio                     | 8.75 |

Tabla 4.52: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 7    |
| 6 sesión                   | 8    |
| 7 sesión                   | 7    |
| 8 sesión                   | 5    |
| 9 sesión                   | 6    |
| 10 sesión                  | 6    |
| 11 sesión                  | 4    |
| 12 sesión                  | 4    |
| Promedio                   | 5.87 |

Tabla 4.53: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de culpa durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 1   |
| 14 sesión          | 1   |
| Promedio           | 1.0 |

### a) Análisis comparativo

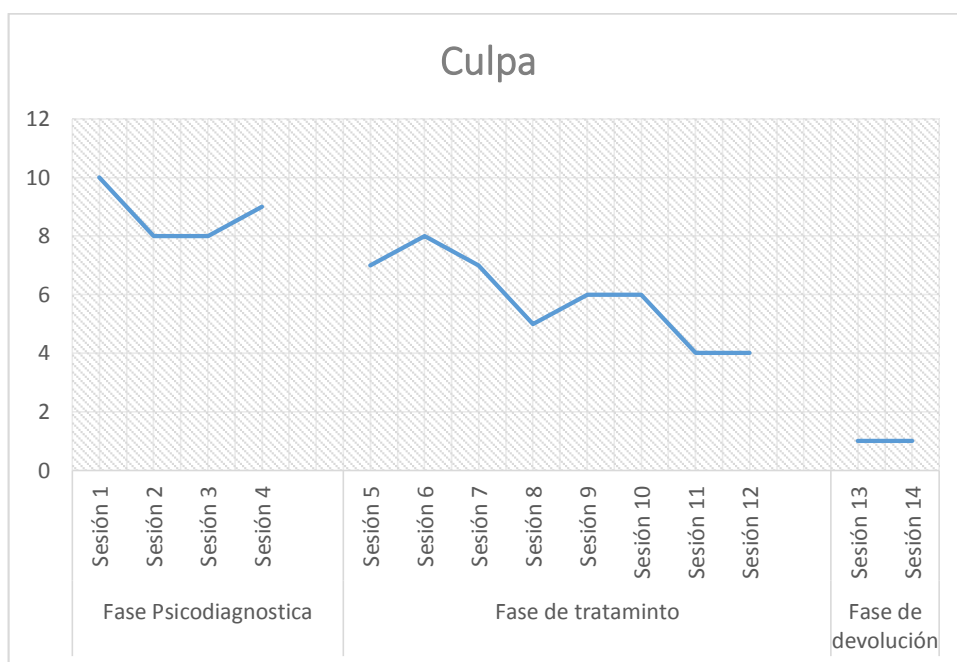


Gráfico 4.8: Culpa caso C

### Estadística Caso C. Sentimiento de culpa

A continuación, se muestra el Caso C. Sentimiento de culpa, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.54: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Sentimiento de culpa*

|             | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|-------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Nivel_culpa | Psicodiagnóstico | 4 | 8,7500 | 0,95743             | 0,47871                 |
|             | Devolución       | 2 | 1,0000 | 0,00000             | 0,00000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de sentimiento de culpa en función de la intervención. La tabla 4.54, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de sentimiento de culpa y la variable independiente es la intervención, con dos fases psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 8.75 para la fase psicodiagnóstico y 1.00 para la fase devolución, la diferencia es de 7.75 puntos, demuestra ser estadísticamente significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.55: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Sentimiento de culpa*

|             |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|-------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|             |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|             |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Nivel_culpa | Se asumen varianzas iguales    | 6,000                                     | 0,070 | 10,793                              | 4     | 0,000            | 7,75000              | 0,71807                      | 5,75632  | 9,74368  |
|             | No se asumen varianzas iguales |   |       | 16,189                              | 3,000 | 0,001            | 7,75000              | 0,47871                      | 6,22652  | 9,27348  |

En el Caso C referente al nivel de infantilismo, la prueba de Levene como se observa el valor de .070 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de culpa e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en la significación bilateral cuyo valor es .000, como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

**b) Infantilismo**

Tabla 4.56: *Indicadores para medición del infantilismo*

| <b>Indicadores</b>  |
|---|
| Dependencia económica hacia una persona   |
| Dependencia emocional con relación a una o varias personas.                     |
| Comportamientos infantiles como: tono de voz, léxico y postura corporal.        |
| Berrinches o altibajos en sus emociones como consecuencia de conseguir algo que |
| Necesidad de ser querido, preferido y tratado como lo era de niño.              |
| Dependencia afectiva frente a los padres  |
| Estancamiento en el pasado  |
| Necesidad de aprobación antes de tomar una decisión                             |

Tabla 4.57: *Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |     |
|------------------------------|-----|
| 1 sesión                     | 10  |
| 2 sesión                     | 8   |
| 3 sesión                     | 8   |
| 4 sesión                     | 8   |
| Promedio                     | 8.5 |

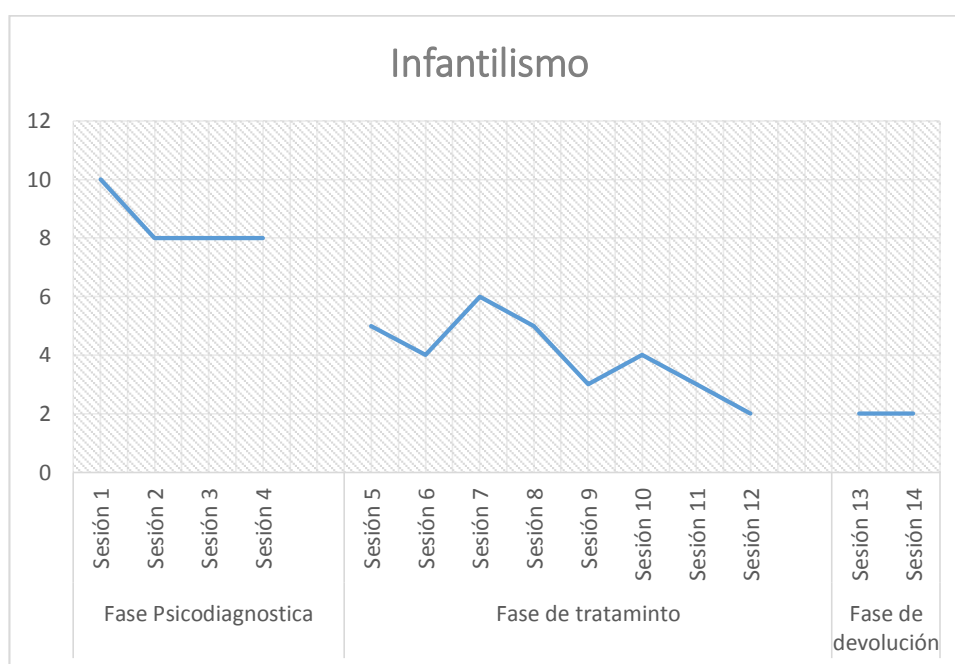
Tabla 4.58: *Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |     |
|----------------------------|-----|
| 5 sesión                   | 5   |
| 6 sesión                   | 4   |
| 7 sesión                   | 6   |
| 8 sesión                   | 5   |
| 9 sesión                   | 3   |
| 10 sesión                  | 4   |
| 11 sesión                  | 3   |
| 12 sesión                  | 2   |
| Promedio                   | 4.0 |

Tabla 4.59: Nivel promedio de la presencia del infantilismo durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 2   |
| 14 sesión          | 2   |
| Promedio           | 2.0 |

## b) Análisis comparativo

Gráfico 4.9: *Infantilismo Caso C*

## Estadística Caso C. Infantilismo

A continuación, se muestra el Caso C. Infantilismo, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.60: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Infantilismo*

|              | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|--------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Infantilismo | Psicodiagnóstico | 4 | 8,5000 | 1,00000             | 0,50000                 |
|              | Devolución       | 2 | 2,0000 | 0,00000             | 0,00000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de infantilismo en función de la intervención. La tabla 4.60, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de infantilismo y la variable independiente es la intervención, con dos fases psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 8.50 para la fase psicodiagnóstico y 2.00 para la fase devolución, la diferencia es de 6.50 puntos, es estadísticamente significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.61: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Infantilismo*

|              |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|--------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|              |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|              |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Infantilismo | Se asumen varianzas iguales    | 4,000                                     | 0,116 | 8,667                               | 4     | 0,001            | 6,50000              | 0,75000                      | 4,41767  | 8,58233  |
|              | No se asumen varianzas iguales |   |       | 13,000                              | 3,000 | 0,001            | 6,50000              | 0,50000                      | 4,90878  | 8,09122  |

En el Caso C referente al nivel de infantilismo, la prueba de Levene como se observa el valor de .116 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de culpa e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es .001, como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

c) **Inferioridad**

Tabla 4.62: *Indicadores para medición del sentimiento de inferioridad e inseguridad*

| <b>Indicadores</b>                                       |
|--|
| Conflictos en cuanto a su aspecto físico                 |
| Necesidad de tener un hombre para realizarse como mujer  |
| Sensación de no ser merecedora nada de lo que le ofrecen |
| Autoestima debilitado                                    |
| Se coloca como objeto de goce frente a otro.             |
| Desconfianza sobre sus capacidades                       |
| Autoconfianza insuficiente.                              |
| Poca confianza de superarse en el futuro                 |
| Desconfianza acerca de lo que logra                      |
| Sensación de ser menos mujer a raíz del abuso            |

Tabla 4.63: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstico</b> |      |
|------------------------------|------|
| 1 sesión                     | 10   |
| 2 sesión                     | 10   |
| 3 sesión                     | 9    |
| 4 sesión                     | 8    |
| Promedio                     | 9.25 |

Tabla 4.64: *Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |      |
|----------------------------|------|
| 5 sesión                   | 9    |
| 6 sesión                   | 7    |
| 7 sesión                   | 8    |
| 8 sesión                   | 5    |
| 9 sesión                   | 6    |
| 10 sesión                  | 3    |
| 11 sesión                  | 2    |
| 12 sesión                  | 3    |
| Promedio                   | 5.37 |

Tabla 4.65: Nivel promedio de la presencia del sentimiento de inferioridad e inseguridad durante la fase de devolución

| Fase de devolución |     |
|--------------------|-----|
| 13 sesión          | 4   |
| 14 sesión          | 1   |
| Promedio           | 2.5 |

c) **Análisis comparativo**

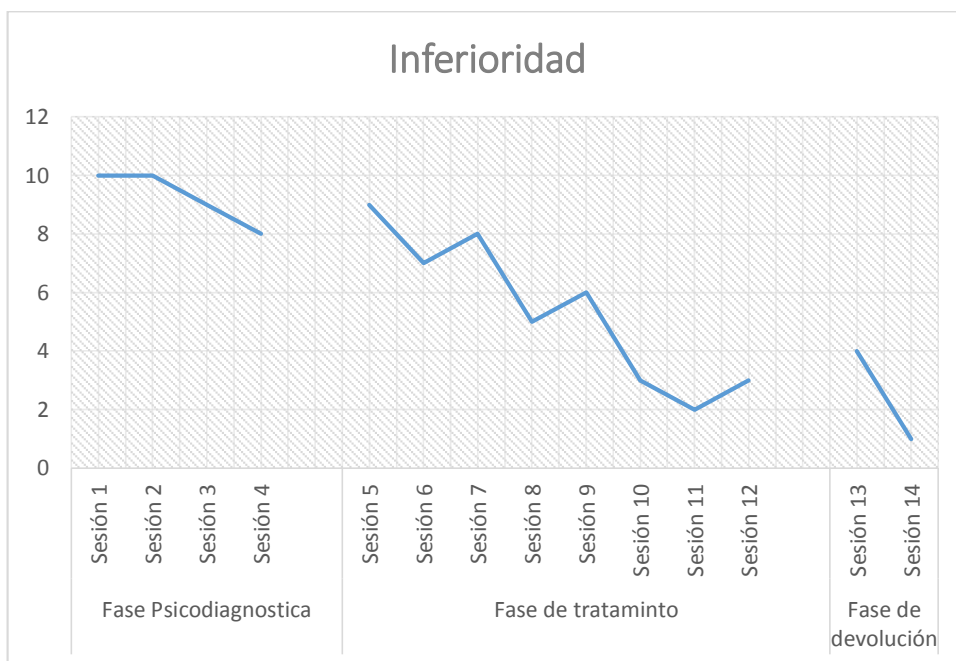


Gráfico 4.10: *Inferioridad Caso C*

**Estadística Caso C. Inferioridad**

A continuación, se muestra el nivel de Inferioridad, mediante el programa estadístico SPSS.

Tabla 4.66: *Análisis estadístico para muestras independientes Caso C. Inferioridad*

|              | Intervención     | N | Media  | Desviación estándar | Media de error estándar |
|--------------|------------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Inferioridad | Psicodiagnóstico | 4 | 9,2500 | 0,95743             | 0,47871                 |
|              | Devolución       | 2 | 2,5000 | 2,12132             | 1,50000                 |

En el presente estudio se quiere comparar si existen diferencias en el nivel de inferioridad en función de la intervención. La tabla 4.66, presenta el resumen de los estadísticos de grupo. La variable dependiente es el nivel de inferioridad y la variable independiente es la intervención, con dos fases psicodiagnóstico y devolución; además, la otra información que se muestra es el tamaño, media, desviación estándar y la media de error estándar de cada grupo.

En esta prueba lo que va a contrastar es si la diferencia en puntuación entre las medias de las 2 fases, 9.25 para la fase psicodiagnóstico y 2.50 para la fase devolución, la diferencia es de 6.75 puntos, demuestra ser estadísticamente significativa. A continuación el programa SPSS aporta información de la prueba t en un único cuadro resumen, como se presenta a continuación:

Tabla 4.67: *Cuadro resumen de la prueba de muestras independientes t. Caso C. Inferioridad*

|              |                                | Prueba de Levene de igualdad de varianzas |       | prueba t para la igualdad de medias |       |                  |                      |                              |  |          |
|--------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
|              |                                | F   | Sig.  | t                                   | gl    | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia |          |
|              |                                |   |       |                                     |       |                  |                      |                              | Inferior                                       | Superior |
| Inferioridad | Se asumen varianzas iguales    | 6,000                                     | 0,070 | 5,789                               | 4     | 0,004            | 6,75000              | 1,16592                      | 3,51288  | 9,98712  |
|              | No se asumen varianzas iguales |   |       | 4,287                               | 1,210 | 0,112            | 6,75000              | 1,57454                      | -6,66111                                       | 20,16111 |

En el Caso C referente al nivel de inferioridad, la prueba de Levene como se observa el valor de .070 es mayor que 0,05, por lo tanto no existe diferencias entre las variables nivel de inferioridad e intervención; por lo que, se asume que son varianzas iguales. Entonces nos enfocamos en sig. bilateral cuyo valor es .004, como se observa este valor es menor que el nivel de probabilidad el cual es 0,05, por lo que se señala que existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, esto quiere decir que tanto en la fase psicodiagnóstico como en la fase de devolución no fluctúan de forma similar.

#### 4.5. Análisis comparativo de síntomas comunes de los casos trabajaos.

Una vez presentados los logros obtenido caso por caso, se procede a realizar un análisis comparativo con el fin de identificar los alcances que cada uno ha obtenido después de la aplicación de psicoterapia breve, y así diferenciar los alcances y el tiempo que se demoraron en conseguirlo al respecto de los síntomas compartidos.

Tabla 4.68: *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstico</b> |               |               |               |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                              | <b>Caso A</b> | <b>Caso B</b> | <b>Caso C</b> |
| 1 sesión                     | 10            | 10            | 10            |
| 2 sesión                     | 10            | 10            | 9             |
| 3 sesión                     | 9             | 7             | 8             |
| 4 sesión                     | 6             | 7             | 8             |
| Promedio                     | 8.75          | 8.5           | 8.75          |

Tabla 4.69: *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |               |               |               |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                            | <b>Caso A</b> | <b>Caso B</b> | <b>Caso C</b> |
| 5 sesión                   | 6             | 6             | 7             |
| 6 sesión                   | 4             | 6             | 6             |
| 7 sesión                   | 4             | 6             | 5             |
| 8 sesión                   | 4             | 5             | 4             |
| 9 sesión                   | 3             | 5             | 2             |
| 10 sesión                  | 3             | 4             | 2             |
| 11 sesión                  | 1             | 4             | 2             |
| 12 sesión                  | 1             | 4             | 2             |
| Promedio                   | 3.25          | 5             | 3.75          |

Tabla 4.70: *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de culpa durante la fase de devolución*

| Fase de devolución |        |        |        |
|--------------------|--------|--------|--------|
|                    | Caso A | Caso B | Caso C |
| 13 sesión          | 1      | 3      | 2      |
| 14 sesión          | 1      | 3      | 1      |
| Promedio           | 1      | 3      | 1.5    |

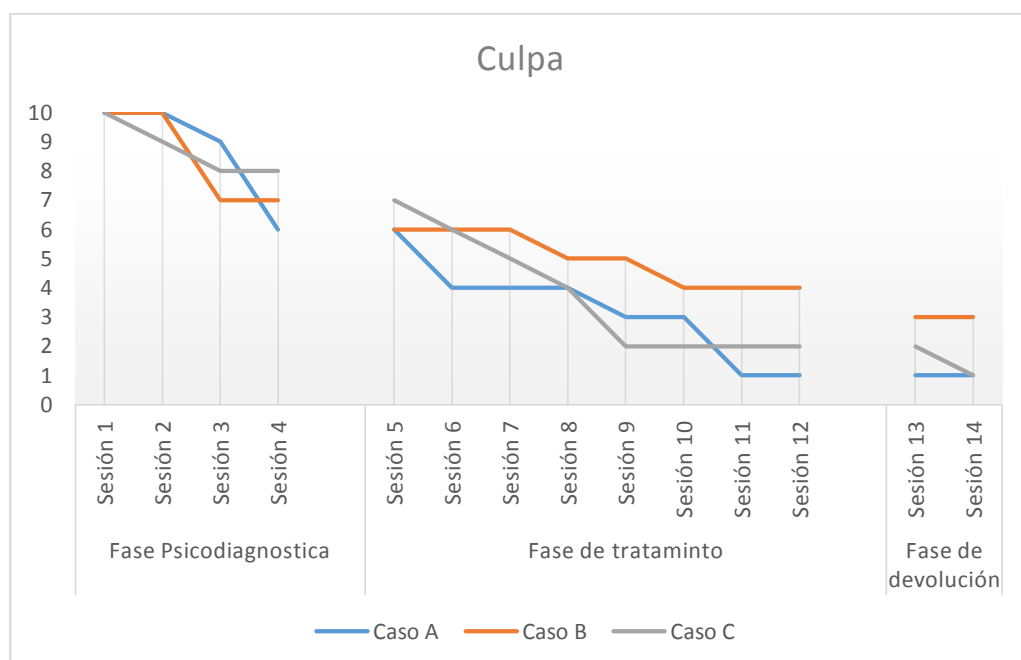


Gráfico 4.11: Culpa síntoma compartido entre Caso A, B y C

## Análisis e Interpretación

Como se observa en cuanto a la disminución del sentimiento de culpa, comienza a disminuir a partir de la tercera sesión y manteniéndose en un nivel moderado hasta aproximadamente la sesión die, en donde en los tres casos se observa una estabilidad en niveles bajos en las tres últimas sesiones. Lo que quiere decir que el proceso psicoterapéutico ha logrado con el objetivo de disminuir los síntomas desencadenados del abuso sexual infantil.

Tabla 4.71: *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase psicodiagnóstica*

| <b>Fase psicodiagnóstica</b> |               |               |
|------------------------------|---------------|---------------|
|                              | <b>Caso A</b> | <b>Caso C</b> |
| 1 sesión                     | 10            | 10            |
| 2 sesión                     | 10            | 10            |
| 3 sesión                     | 10            | 9             |
| 4 sesión                     | 10            | 8             |
| Promedio                     | 10            | 9.25          |

Tabla 4.72: *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase de tratamiento*

| <b>Fase de tratamiento</b> |               |               |
|----------------------------|---------------|---------------|
|                            | <b>Caso A</b> | <b>Caso C</b> |
| 5 sesión                   | 9             | 8             |
| 6 sesión                   | 8             | 7             |
| 7 sesión                   | 8             | 6             |
| 8 sesión                   | 6             | 5             |
| 9 sesión                   | 4             | 4             |
| 10 sesión                  | 3             | 3             |
| 11 sesión                  | 3             | 2             |
| 12 sesión                  | 3             | 2             |
| Promedio                   | 5.5           | 4.62          |

Tabla 4.73 *Tabla comparativa entre casos con presencia de sentimiento de inferioridad durante la fase de devolución*

| <b>Fase de devolución</b> |               |               |
|---------------------------|---------------|---------------|
|                           | <b>Caso A</b> | <b>Caso C</b> |
| 13 sesión                 | 3             | 2             |
| 14 sesión                 | 3             | 2             |
| Promedio                  | 3             | 2             |

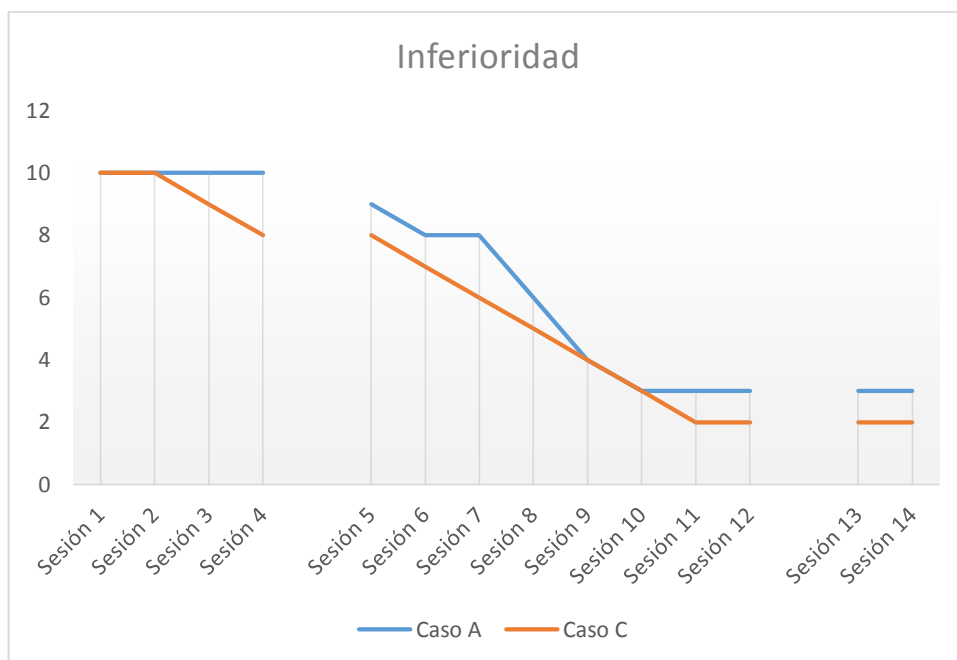


Gráfico 4.12: Inferioridad síntoma compartido entre Caso A y C

### Análisis e Interpretación

En el presente gráfico se describe acerca del progreso que se ha obtenido con relación al sentimiento de inseguridad e inferioridad en los casos A y C, en el cual se da cuenta que el síntoma se mantiene en un nivel alto en los dos casos durante las cinco primeras sesiones y a raíz de ahí se observa una disminución en los dos casos, se llega a conservarse en niveles bajos durante las últimas sesiones. De esta manera se ratifica los logros obtenidos en los dos casos, posterior a la psicoterapia breve.

Tabla 4.74 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase psicodiagnóstica

| <b>Fase psicodiagnóstico</b> |               |               |
|------------------------------|---------------|---------------|
|                              | <b>Caso B</b> | <b>Caso C</b> |
| 1 sesión                     | 10            | 10            |
| 2 sesión                     | 10            | 8             |
| 3 sesión                     | 9             | 8             |
| 4 sesión                     | 9             | 8             |
| <b>Promedio</b>              | <b>9.5</b>    | <b>8.5</b>    |

Tabla 4.75 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase de tratamiento

| <b>Fase de tratamiento</b> |               |               |
|----------------------------|---------------|---------------|
|                            | <b>Caso B</b> | <b>Caso C</b> |
| 5 sesión                   | 9             | 7             |
| 6 sesión                   | 7             | 6             |
| 7 sesión                   | 7             | 6             |
| 8 sesión                   | 6             | 5             |
| 9 sesión                   | 6             | 3             |
| 10 sesión                  | 5             | 3             |
| 11 sesión                  | 5             | 2             |
| 12 sesión                  | 4             | 2             |
| <b>Promedio</b>            | <b>6.12</b>   | <b>4.25</b>   |

Tabla 4.76 Tabla comparativa entre casos con presencia de infantilismo durante la fase de devolución

|                 | <b>Caso B</b> | <b>Caso C</b> |
|-----------------|---------------|---------------|
| 13 sesión       | 3             | 2             |
| 14 sesión       | 3             | 1             |
| <b>Promedio</b> | <b>3</b>      | <b>1.5</b>    |

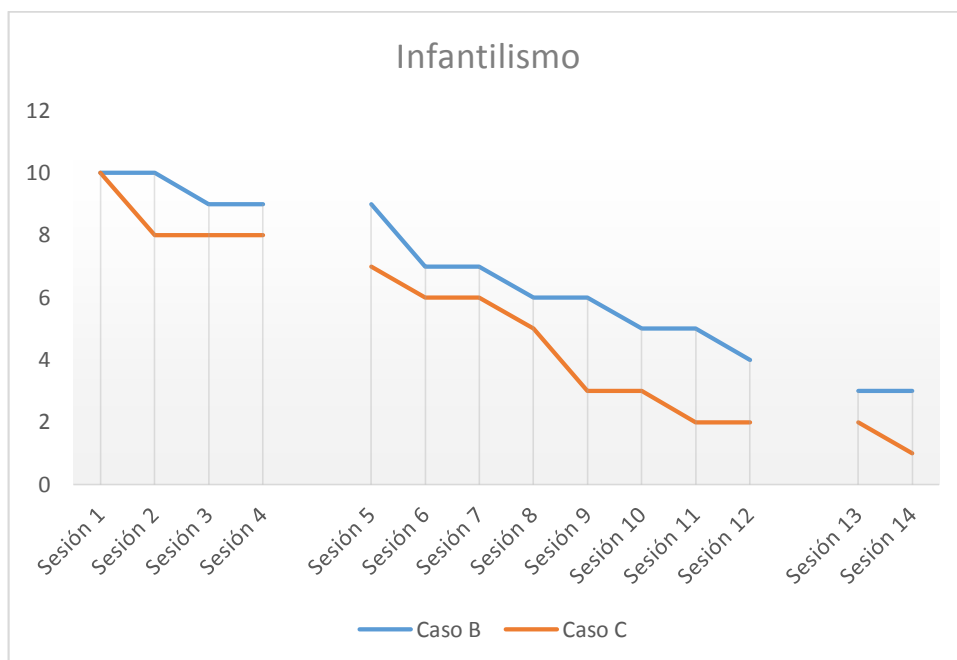


Gráfico 4.13: *Infantilismo síntoma compartido entre los casos A y C*

### **Análisis e Interpretación**

Al respecto del infantilismo síntoma compartido entre los casos A y C, se da cuenta que este se mantiene en niveles altos en las tres primeras sesiones en el caso A y en el caso C se mantiene en niveles altos hasta la sexta sesión, pero sin embargo en los dos casos llega a permanecer en un nivel bajo a partir de la décima consulta. Es decir que el proceso psicoterapéutico ha tenido buenos resultados, todo esto basado en el registro de logros conseguidos por cada paciente.

#### **4.6. Proceso y Análisis de evaluación post tratamiento**

Dentro del proceso de evaluación se ha construido un instrumento con preguntas específicas enfocadas a los logros y metas obtenidas posterior al proceso terapéutico, para de esta manera cumplir con la realización de la entrevista planteada, con el fin de validar y sustentar los resultados. Aquella entrevista fue dirigida a las beneficiarias del trabajo y a un familiar directo, los cuales puedan proporcionar un testimonio sobre los cambios que han notado en las pacientes y el formato de los mismos se encuentran en los anexos 2, 3 y 4.

En esta sesión se analizará las respuestas obtenidas luego de la realización de una entrevista la misma que consto de varias preguntas enfocadas a los síntomas trabajados con cada sujeto y en la entrevista dirigida a las personas que tienen relación directa con las pacientes, se basó en preguntas sobre los cambios que han notado en su familiar.

Tabla 4.77: Evaluación post tratamiento Pacientes y Familiares

| Variable  | Casos    | Dimensiones   | Cómo lo logró   |
|---|----------|---|---|
| a) Manera en la que perciben al abuso sexual      | A        | Una forma de fortalecimiento.                               | Por la ayuda del proceso  |
|   | B        | Algo que está en el pasado.                                 | Porque puse de parte y por la terapia   |
|   | C        | Algo de lo que no fue responsable                           | Porque pude ver desde otro punto de vista el suceso y gracias a la terapia.   |
| b) Nivel de culpa                                 | A        | Bajo  | Gracias a que la terapia que hizo darme cuenta que yo no tenía la culpa.  |
|   | B        | Bajo  | Porque mediante el proceso entendí que yo no provoqué para que me hagan daño.   |
|   | C        | Bajo  | Después de asistir al proceso llegué a comprender que yo no fui responsable de lo que pasó, porque era una niña que no sabía lo que estaba pasando. |
| c) Cambio más significativo                       | A        | La forma de afrontar problemas y más seguridad.             | Por la terapia, porque gracias a esta me pude dar cuenta que no estaba bien actuar de manera impulsiva.   |
|   | Familiar | Piensa antes de actuar y toma decisiones con la cabeza fría | Gracias a la terapia, y porque ella siempre ha sido fuerte  |
|   | B        | Disminución de temores irracionales                         | Gracias a la terapia me di cuenta que mis temores eran irracionales, y que yo podía tener el control sobre ellos.                                   |
|   | Familiar | Ahora ya acepta tomar pastillas y se le nota más tranquila  | Con la terapia  |
|   | C        | Mayor seguridad e independencia                             | La terapia me ayudó a atender que valgo más de lo que pienso.   |
|   | Familiar | Mayor responsabilidad                                       | Por la terapia  |
| d) Aspecto de la vida en la que ha notado cambio. | A        | En la relación con los demás                                | Con la terapia, y el desarrollo de nuevas herramientas para actuar.   |
|   | Familiar | Logro tener una mejor relación con las                      | Gracias a la terapia  |

| hijas, madre, ex pareja.           |          |  |   |
|------------------------------------|----------|--|---|
|                                    | B        | En la relación con la pareja   | Mediante la terapia pude darle más importancia a mi pareja y tomar decisiones que antes no me hubiese atrevido a tomar.                   |
|                                    | Familiar | En la forma de actuar y responder a las personas que le llevan la contra | Con la terapia  |
|                                    | C        | En mi elección de pareja   | Gracias al proceso pude tomar una decisión sobre la pareja que me convenía más y con la que me siento mejor.                              |
|                                    | Familiar | Es mas responsable con la hija   | Gracias a la terapia y a que ella ha puesto de parte.   |
| e) Nivel de seguridad y Autoestima | A        | Alto   | Aprendí a valorarme más y a reconocer lo que soy importante para algunas persona  |
|                                    | C        | Alto   | Entendí que la belleza física no es importante y a reconocer lo que valgo como persona  |
| f) Nivel de Madurez                | B        | Moderado   | Logre tolerar más a las personas y a pensar antes de pelear. Me di cuenta de ciertas actitudes que no estaban acorde a la edad que tengo. |
|                                    | C        | Alto   | Tomo las responsabilidades que me comprendían y dándome cuenta que como adulta debo asumir mi responsabilidad con mi hija.                |
| g) Nivel de independencia          | A        | Alto   | Reconoce que es capaz de salir adelante sin la necesidad de un hombre.  |
| h) Nivel de temor                  | B        | Bajo   | Reconoce que sus temores son irracionales y sabe que tiene el control sobre ellos.  |

Las variables expuestas en el cuadro 4.10 fueron formuladas en preguntas abiertas, a las cuales las beneficiarias y un familiar directo debían responder de acuerdo a los logros que han observado posterior al cierre del proceso terapéutico, para la realización de la tabla presentada se ha sintetizado las respuestas dadas.

En cuanto a la re-significación del suceso abusivo las pacientes refieren que han logrado percibir de otro modo, tomándole como un hecho que les ha fortalecido y que se ha quedado en el pasado. De igual manera al respecto del nivel de culpa manifiestan que este ha disminuido en gran medida gracias a la ayuda del proceso. En relación a los avances más significativos refieren mayor responsabilidad y seguridad y disminución de temores, a lo que le dan el crédito a la terapia. Así al aspecto de la vida en el que ha notado cambio las tres pacientes y sus familiares, le proporcionan el mayor logro a la forma de relacionarse con los demás.

Al respecto de la madurez e independencia, señalan haber observado varios cambios positivos que se dirigen a la forma de relacionarse y responsabilizarse de sus actos. Además consideran que su nivel de autoestima ha mejorado, pues ahora reconocen su valor como ser humano y como mujer.

## CAPITULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Una vez concluida la fase psicodiagnóstica, la cual ha dado paso a realizar un diagnóstico global acerca de elementos inconscientes y circunstancias que favorecen la formación de síntomas. Se concluye que el psicodiagnóstico de Rorschach al ser un proceso complejo y completo permite explorar lo más profundo de la psique y de esta manera lograr determinar los síntomas que proceden del abuso sexual infantil e identificar los que se presentan con mayor prevalencia, apporto así pautas para que la investigadora pueda focalizar la psicoterapia en la sintomatología de mayor relevancia.
- Tras la culminación del proceso psicoterapéutico, se concluye que la psicoterapia breve con orientación psicoanalítica mediante la utilización de técnicas como: asociación libre de ideas, intervenciones, señalamientos ha procurado la elaboración de los síntomas clínicos, procedentes al abuso sexual, llega a favorecer la disminución de los niveles sintomatológicos de los pacientes abordados con la terapia.
- Se determina que los síntomas relacionados con abuso sexual, encontrados en los casos trabajados han llegado a agudizarse debido a la falta de atención psicológica en su debido tiempo, además de situaciones que hacen que el hecho

sea re vivenciado de manera psíquica, se toma en cuenta que repetir sin elaborar hace que el suceso se convierta en trauma, da paso a que este se manifieste de distintas maneras en la vida de los sujetos.

- Se ha llegado a la conclusión que el síntoma común existente en los tres casos de estudio como es la culpa se presentó en un nivel alto en cada caso al comienzo de la psicoterapia, pero posterior al abordaje se notó una disminución, en distintas sesiones en cada paciente. En el caso A comenzó a disminuir a partir de la séptima sesión, así en el caso B, se produjo un descenso desde la tercera consulta y el caso C disminuyó a raíz de la octava intervención, sin embargo en los tres casos se logró mantener en un nivel bajo durante las dos últimas sesiones, sin desaparecer por completo. Es decir, los resultados obtenidos del tratamiento terapéutico se lograron evidenciar durante las últimas sesiones.
- Todos los resultados obtenidos se pudieron corroborar mediante la evaluación preliminar elaborada a las beneficiarias del proceso y a un familiar directo, lo cual permitió determinar que los cambios obtenidos no solo fueron percibidos por las asistidas sino también por las personas con las que conviven o tienen una relación cercana. Además también ha permitido a la investigadora validar y demostrar la efectividad del trabajo realizado cumple así con los objetivos propuestos.

## 5.2. Recomendaciones

- Se recomienda la aplicación de Rorschach para una fase psicodiagnóstica pues es una herramienta muy compleja y a su vez profunda, que permite conocer elementos psíquicos que influyen en el comportamiento o en la producción de síntomas, los cuales se encuentran correlacionados a sucesos reprimidos, facilita la focalización del origen o la causa de ciertos malestares que mediante un proceso psicoterapéutico son elaborados.
- En el caso de abuso sexual las pacientes reducen sus síntomas, mediante la ayuda de un proceso terapéutico, por este motivo es recomendable, la aplicación de psicoterapia, pues a través de ciertas técnicas, se le da la posibilidad que las pacientes resignifiquen el suceso traumático y así se propicia una mejor calidad de vida.
- Además se recomienda que en la planificación de estrategias de afrontamiento, se tome en cuenta la individualidad de cada caso, se respeta así la singularidad de los pacientes, para de esta manera no caer en la generalización y llegar a proporcionar una terapia apropiada de acuerdo a las necesidades de cada sujeto.

## Bibliografía

- Balluerka Lasa, N., Vergara Iraeta, A., y Arnau y Gras, J. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. Madrid: Prentice Hall.
- Barahona, P. (2015). *Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica*. Quito: Ceballos.
- Bousoño, M. (20 de 03 de 2013). *unioviedo Wep site*. Obtenido de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/20PM-PSICOTERAPIA.pdf>
- Braier, E. (1980). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 20, 120-137. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-15872004000200007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-15872004000200007&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 04 mayo 2015
- Casado, J. Díaz, J. y Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Diaz de Santos.
- Echeburúa, E y Guerricaechevarría, C. (2001). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona, España: Ariel.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en las víctimas de abuso sexual en la infancia*. Barcelona, España: Cuad Med Forense.
- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Flachier del Alcázar, J. (1987). *Test de Rorschach*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Florenzano, R., Weil, k., Cruz, Acuña, C., Fullerton, C., Muñiz, C.,... Marambio, M. (2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 335-340.
- Freud, S. (2005). *Obras completas* (Vol. 7). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hartog, G. (2011). *Discriminación y violencia*. Mexico: Trillas.
- Hernández, R. Fernandez, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la invesrigación* . Mexico: Mc Graw Hill.

- Intebi, I. (2008). *Abuso sexual infantil: en las mejores familias*. Buenos Aires: Granica.
- Laplanche, J y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisi*. Buenos Aires: Paidós.
- Laverde, E. (2008). Investigación sobre resultados en psicoterapia analítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 53-62. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500004&lng=en&nrm=iso). ISSN 0034-7450
- León, L y Pazmiño, G. (2008). *Los efectos psíquicos e adultos, víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar, que no fueron intervenidos psicológicamente durante la infancia, en casos atendidos en el centro de psicología aplicada de la PUCE y en la fundación Fabián Ponce de la ciudad*. Quito.
- Medina, A. (2002). *Libres de la Violencia Familiar!* Texas: Mundo Hispano.
- Mirotti, M. y Liendo, P. (2008). *Introducción a las técnicas proyectivas* (3rd ed.). Córdoba: Editorial Brujas.
- Myers, D. (2005). *Psicología*. Madrid: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra.
- Organizacion Munidial de la salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra.
- Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11, 161-168. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012006000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012006000100011&lng=es&nrm=iso)
- Sant'Anna, P. y Baima, A. (2008). Indicadores clínicos en psicoterapia con mujeres víctimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28, 728-741. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000400006&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400006&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-98932008000400006
- Santibañez, P. Roman, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26, 267-287. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272009000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006&lng=es&nrm=iso).

## ANEXOS

### Anexo 1

#### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

**Fecha** ..... **N°** .....

**Historia**.....

**- DATOS PERSONALES**

**Nombre**.....

**CC**.....

**Edad**..... **Fecha de nacimiento**.....

**Sexo** M  F

**Estado civil** S  UL  C  Se.  D  V  **Instrucción** N  P  S  Su.  T

**Procedencia**..... **Residencia**.....

**Teléfono**.....

**Domicilio**.....

**Profesión**..... **Ocupación**.....

**Religión**.....

**Condiciones de atención** Propia voluntad SI  No  Solo SI  NO

Consciente Si  No

**- MOTIVO DE CONSULTA O PROBLEMA ACTUAL**

.....  
 .....  
 .....

**Estudio socioeconómico**.....

**- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

**- Enfermedad actual y evolución**.....  
 .....

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

| Nombre<br>Ocupación | Edad  | Parentesco |
|---------------------|-------|------------|
| .....               | ..... | .....      |
| .....               | ..... | .....      |
| .....               | ..... | .....      |

.....  
.....

**Genograma**

- **Grupo** **familiar** **de**  
**origen**.....

.....  
.....

- **Grupo** **familiar**  
**propio**.....

.....  
.....

**Antecedentes** **patológicos**  
**familiares**.....

.....

**Familiar**  
**responsable**.....

.....  
- **PSICOANAMNÉSIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA**

- **Etapa**  
**prenatal**.....

.....  
.....

- **Etapa**  
**natal**.....

.....  
.....

.....  
- **Etapa postnatal**.....  
.....

.....  
- **Infancia**.....  
.....

.....  
- **Pubertad**.....  
.....

.....  
- **Adolescencia**.....  
.....

.....  
- **Juventud**.....  
.....

.....  
- **Adultez**.....  
.....

.....  
- **Madurez senectud**..... **y**  
.....

---

**PSICOANAMNÉSIS SOCIAL NORMAL Y PATOLÓGICA**

- **Historia escolar**.....  
.....

- **Historial social**.....  
.....

- **Historial laboral**.....  
.....

- **Historial psicosexual**.....  
.....

.....  
.....  
.....

- ANAMNÉSIS MÉDICA
- Enfermedades relevantes..... más
- Intervenciones quirúrgicas.....

- EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL
- Consciencia.....

Orientación      autopsíquica.....                      alopsíquica.....

Somatopsíquica.....

Vigilia.....                      Consciencia                      de

enfermedad.....

- Atención.....
  - Sensopercepciones.....
  - Memoria.....
  - Afectividad.....
  - Inteligencia.....
  - Pensamiento.....
  - Lenguaje.....
  - Voluntad.....
  - Instintos.....
  - Hábitos.....
  - Juicio..... y
- 
- razonamiento.....

- REACTIVOS PSICOLOGICOS

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- RESULTADOS

.....



## Anexo 2



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**PROYECTO DE DISERTACIÓN: “PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR  
SÍNTOMAS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTAS CON ANTECEDENTES DE  
ABUSO SEXUAL INFANTIL”**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES ABORDADAS CON PSICOTERAPIA  
BREVE**

### 1. DATOS

**FECHA:** .....

**NOMBRE:**

.....  
.....

### 2. OBJETIVO

Validar los resultados obtenidos, posterior al abordaje con psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

### 3. INSTRUCCIONES

Estimada paciente:

La presente entrevista se ha elaborado con la finalidad de conocer los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de psicoterapia breve, por lo que es importante que se conteste con honestidad.

Garantizo absoluta confidencialidad sobre sus respuestas e identidad.

**4. PREGUNTAS**

- **¿Siente que ha podido resignificar el abuso sexual y verlo de otra forma a partir de la psicoterapia?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

- **¿En qué medida cree usted que el sentimiento de culpa ha disminuido, posterior a la aplicación de psicoterapia?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

- **¿Considera que ha logrado mayor independencia a raíz de la psicoterapia?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

- **¿Considera que a raíz de la psicoterapia se ha elevado su nivel de seguridad y autoestima?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

- **¿Describa cuál ha sido el cambio más significativo que el proceso de psicoterapia le ha dejado?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

- **¿En qué aspectos de su vida ha notado un cambio a raíz del proceso psicoterapéutico?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....

.....

.....

.....

### Anexo 3



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
PROYECTO DE DISERTACIÓN: “PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR  
SÍNTOMAS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTAS CON ANTECEDENTES DE  
ABUSO SEXUAL INFANTIL”**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES ABORDADAS CON PSICOTERAPIA  
BREVE**

**a. DATOS**

**FECHA:** .....

**NOMBRE:**

.....  
.....

**b. OBJETIVO**

Validar los resultados obtenidos, posterior al abordaje con psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

**c. INSTRUCCIONES**

Estimada paciente:

La presente entrevista se ha elaborado con la finalidad de conocer los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de psicoterapia breve, por lo que es importante que se conteste con honestidad.

Garantizo absoluta confidencialidad sobre sus respuestas e identidad.

**d. PREGUNTAS**

- a. ¿Siente que ha podido resignificar el abuso sexual y verlo de otra forma a partir de la psicoterapia?**

.....

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

**b. ¿En qué medida cree usted que el sentimiento de culpa ha disminuido, posterior a la aplicación de psicoterapia?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

**c. ¿Considera que el temor que sentía con relación a los elementos encapsulados ha disminuido a raíz de la aplicación de psicoterapia?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

**d. ¿Cree usted que la forma de afrontar sus problemas se ha modificado, dándose la oportunidad de tomar decisiones más asertivas a partir de la psicoterapia?**

.....  
.....

.....  
.....  
**¿Cómo cree que lo logro?**  
.....  
.....  
.....

**e. ¿Describa cuál ha sido el cambio más significativo que el proceso de psicoterapia le ha dejado?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

**f. ¿En qué aspectos de su vida ha notado un cambio a raíz del proceso psicoterapéutico?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

#### Anexo 4



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
PROYECTO DE DISERTACIÓN: “PSICOTERAPIA BREVE PARA DISMINUIR  
SÍNTOMAS CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTAS CON ANTECEDENTES DE  
ABUSO SEXUAL INFANTIL”**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES ABORDADAS CON PSICOTERAPIA  
BREVE**

**a. DATOS**

**FECHA:** .....

**NOMBRE:**

.....  
.....

**b. OBJETIVO**

Validar los resultados obtenidos, posterior al abordaje con psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

**c. INSTRUCCIONES**

Estimada paciente:

La presente entrevista se ha elaborado con la finalidad de conocer los resultados obtenidos una vez terminado el proceso de psicoterapia breve, por lo que es importante que se conteste con honestidad.

Garantizo absoluta confidencialidad sobre sus respuestas e identidad.

**d. PREGUNTAS**

- ¿Siente que ha podido resignificar el abuso sexual y verlo de otra forma a partir de la psicoterapia?

.....

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

- **¿En qué medida cree usted que el sentimiento de culpa ha disminuido, posterior a la aplicación de psicoterapia?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

- **¿Considera que a raíz de la psicoterapia se ha elevado su nivel de seguridad y autoestima?**

.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....

- **¿Cree usted que la forma de afrontar sus problemas se ha modificado, dándose la oportunidad de tomar decisiones más asertivas a partir de la psicoterapia?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

.....  
.....  
.....  
.....

- **¿Describa cuál ha sido el cambio más significativo que el proceso de psicoterapia le ha dejado?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

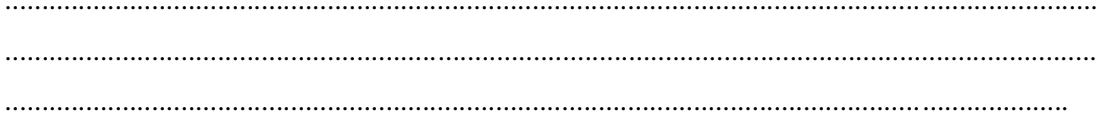
.....  
.....  
.....  
.....

- **¿En qué aspectos de su vida ha notado un cambio a raíz del proceso psicoterapéutico?**

.....  
.....  
.....  
.....

**¿Cómo cree que lo logro?**

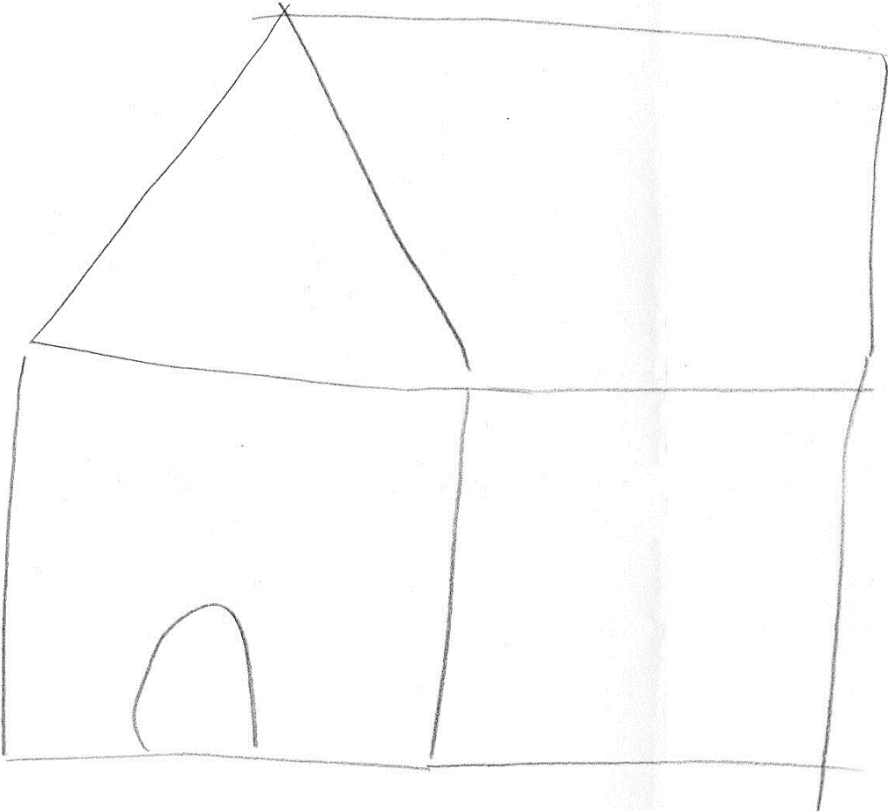
.....



**Anexo 5**

**Caso A  
HTP**

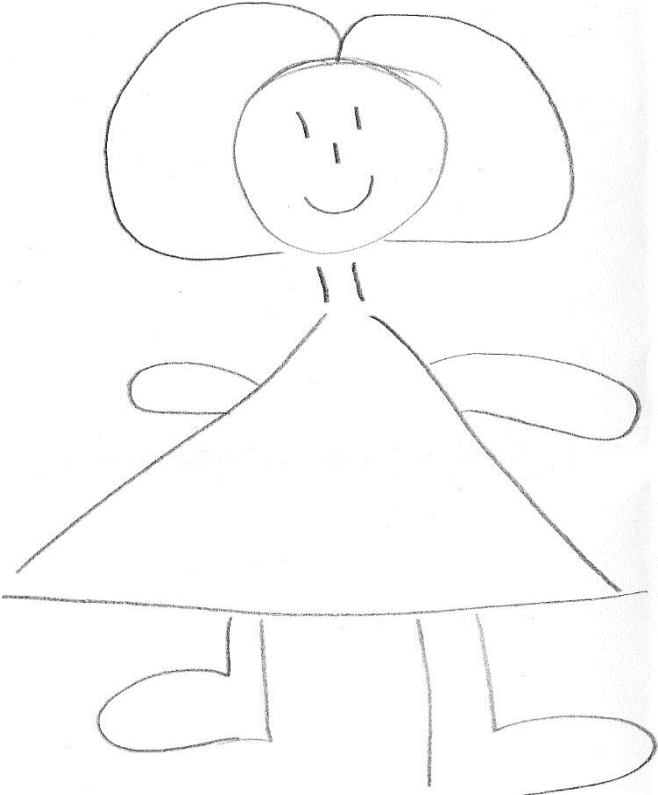
**Casa**



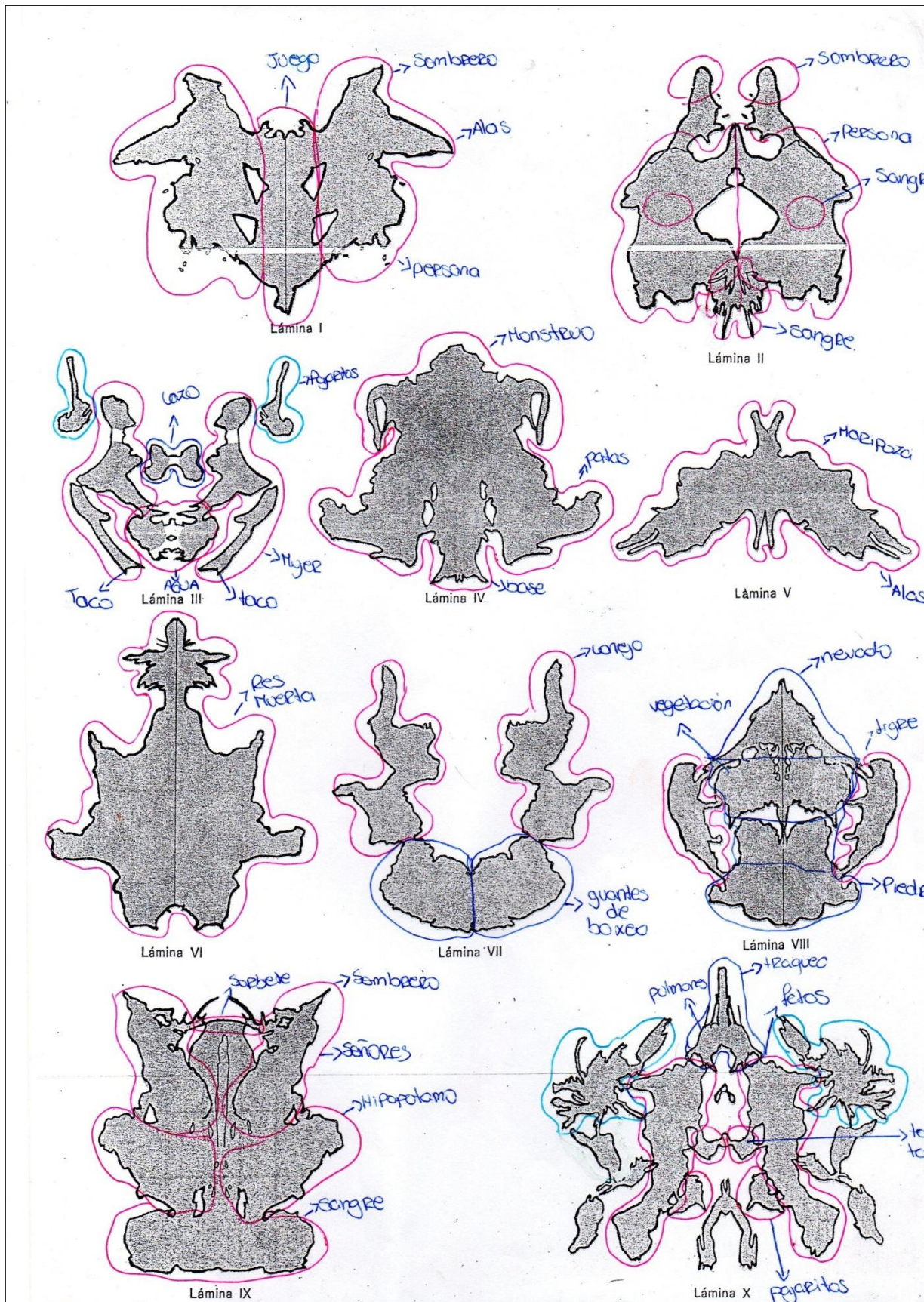
Árbol



**Persona**



Hoja de Localización Rorschach



Respuesta 1. [red box] Respuesta 2. [blue box] Respuesta 3. [green box]

**Matriz Rorschach**

| L   | T    | P  | RESPUESTA   | LOCALIZACIÓN | DETERMINANTES           | CONTENIDO                | FRECUENCIA | OBSERVACION |
|-----|------|----|---|--------------|-------------------------|--------------------------|------------|-------------|
| I   | 15"  | ^  | 1.-Son dos personas están como jugando algo, esas cosas que dan vueltas, que hay en el parque y tienen como alitas, se están teniendo con una sola mano y están con sombreritos. (Forma)  | Wcom.suc     | M(ten,int)              | Vest<br>Obj<br>Nat<br>HA | O+         |             |
| II  | 31"  | ^  | 1.- Esta un poco confuso, pero es lo que visualizo, son personas que están peleando y como que los dos están empujando por su lado y perdón por lo que veo pero es sangre así, pero no tienen cabeza y están puesto sombrero. (Forma- color)                          | Wx           | M(ten,int)<br>Fc'<br>FC | H<br>Vest<br>Sg          | -          |             |
| III | 23'' | ^  | 1.- Son como... parecen dos mujeres, están como cogiendo agua, supongo que son mujeres porque tienen zapatos de taco. (Forma)   | Wx           | M(ten,int)              | Vest<br>H<br>Ag          | P          |             |
|     |      | ^  | 2.- Yo veo un lazo, pero no me gusta el color. (Forma)  | D            | Fc'<br>FC               | Vest                     | P          |             |
|     |      | ^  | 3.- Como acá unos pájaros pero igual no me gusta el color porque parece sangre. (Forma)   | D            | c'F<br>CF               | A<br>Sg                  | -          |             |
| IV  | 28'' | @^ | 1.-Perdon... es en esta posición así? Voy a darle la vuelta porque si no no... no, no mejor así mismo. Lo que yo le veo es por decirle como un monstruo pero como en macho, porque tiene las patas muy grandes, es todo fornido y tiene una base en el medio. (Forma) | Wcomb.suc    | Fc'<br>Fc               | (A)<br>Obj               | -          | vol         |

|      |      |   |   |          |                     |                   |    |    |
|------|------|---|---|----------|---------------------|-------------------|----|----|
| V    | 11'' | ^ | 1.- Esto le veo como un.... Es como esas mariposas feas, grandes y supongo que es un tandacuchi así como le dicen, esta como en posición de descanso o no puede volar, que le pesan mucho las alas, porque les tiene así como arrastrando, esta a espaldas mías y estas mirando adelante. (Forma) | W+       | Fc'<br>FM (ext,lim) | A                 | P  |    |
| VI   | 17'' | ^ | 1.- Esto como cuando le matan a la res y está abierta, muertas, la visualice como la otra la del monstruo, como que es un tigre asi pero esta muerto . (Forma)  | Wv       | c'F                 | A                 | -  |    |
| VII  | 11'' | ^ | 1.- Son como dos conejitos. (Forma)   | D        | F+                  | A                 | -  |    |
|      |      | ^ | 2.- Pero esto me parece como.. Como se llama eso...? Esos guantes que ocupan los boxeadores ha visto.? Y como que los conejos están apoyados en eso. (Forma)  | Wcom.suc | FM (ext,lim)        | A<br>Obj          | O+ |    |
| VIII | 10'' | ^ | 1.-Son como dos tigres como que están escalando una montana, los dos por su lado pero los dos están escalando, como que quieren llegar a la sima. (forma)   | D        | FM(des,int)         | Nat<br>A          | P  |    |
|      |      | ^ | 2.- Es como un nevado porque aquí hay piedras, luego vegetación y así están avanzando (Forma)   | Wx       | FC                  | Nat<br>Bot<br>Mat | O+ | Rc |
| IX   | 26'' | ^ | 1.- Yo veo que están dos señores cada uno esta subido como en un animalito puede ser un   |          |                     | A                 |    |    |

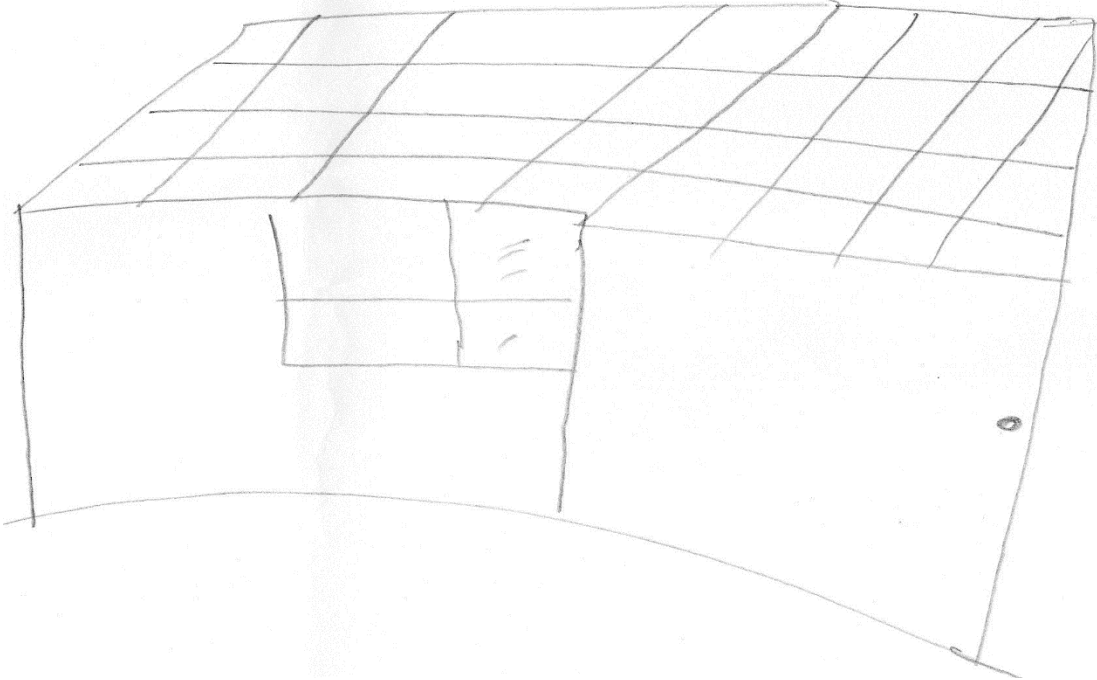
|   |      |   |   |          |                                 |                        |    |           |
|---|------|---|---|----------|---------------------------------|------------------------|----|-----------|
|   |      |   | hipopótamo porque están bien gordos y los señores son panzones, están teniendo un sorbete en la boca el mismo sorbete, pero los señores son muy feos son como terroríficos así la cara muy fea y tienen sombrerito, pero no sé por qué deben tener una base de sangre, no sé porque tiene un color feo. (Forma) | Wx       | Fc'<br>FC<br>Fc<br>M(ten,lim)   | Sg<br>H<br>Obj<br>Vest | O+ | Rc<br>Vol |
| X | 16'' | ^ | 1. Yo les veo como dos fetos, es como que están absorbiendo un toma todo, como que de su ombligo están saliendo dos pajaritos o sea aves. (Forma)   | D        | M(ten,int)<br>CF<br>FM(des,int) | Obj<br>A<br>H          | O- | Rc        |
|   |      | ^ | 2.- Esto es como los pulmones como este conducto así que tenemos, tráquea creo que se llama (Forma).  | D        | F+                              | Anat                   | -  |           |
|   |      | ^ | 3.- Estas cosas como arañas como pulpos es como que les estuvieran halando, como que les quieren separar a los fetos. (Forma)<br>Yo les visualizo como que están dentro de la mamá por eso veo esas cosas.  | Wcom.sim | CF<br>FM (ten,int)              | A<br>H<br>Anat         | O- | Rc        |



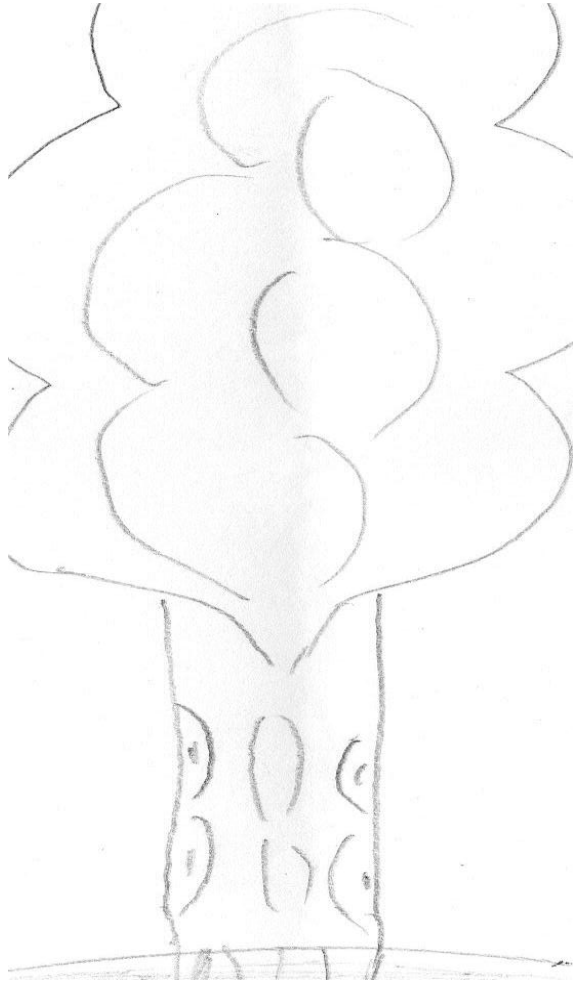
**Anexo 6**

**Caso B  
HTP**

**Casa**



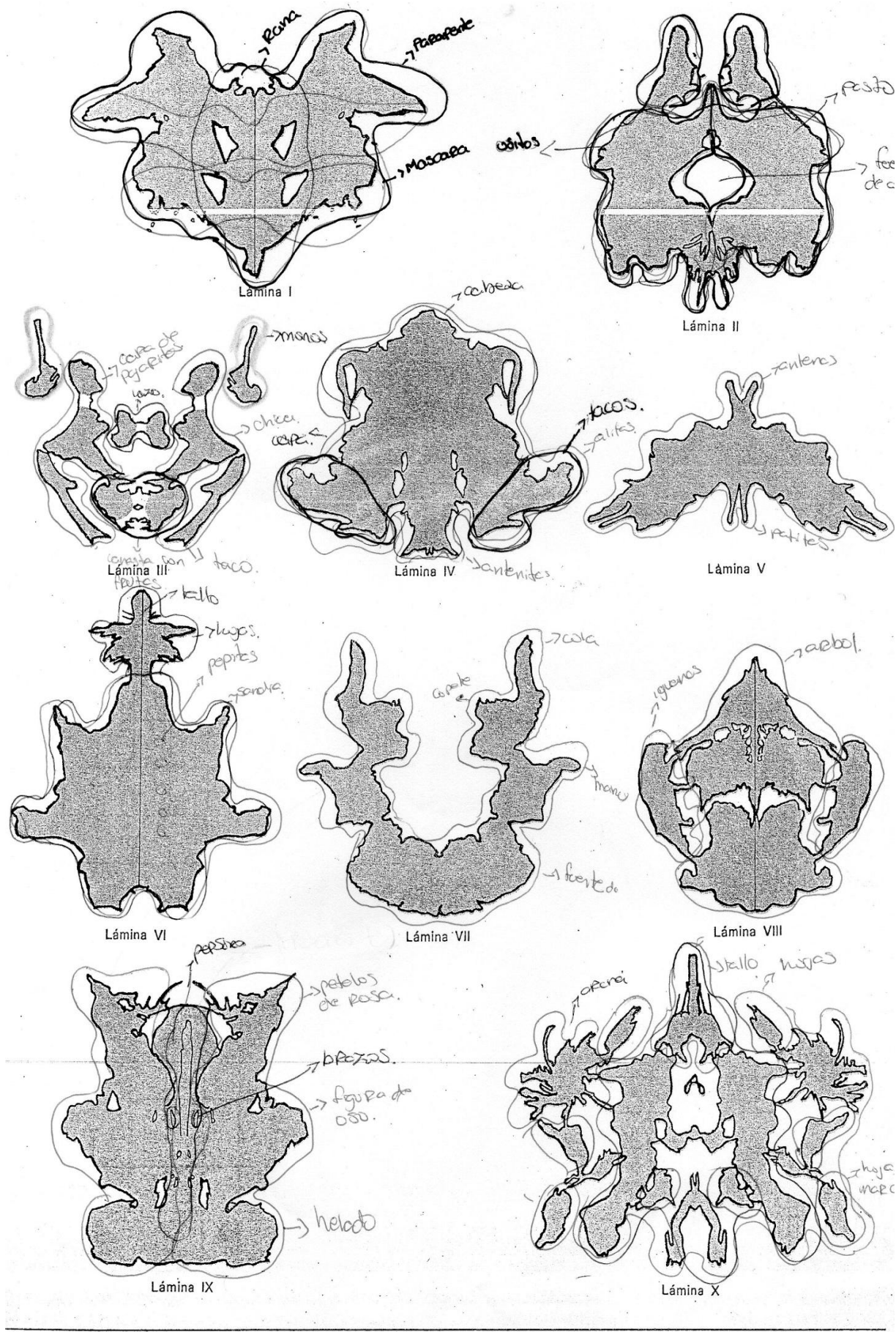
Árbol



**Persona**



### Hoja de Localización de Rorschach



**Matriz Rorschach**

| L   | T    | P | RESPUESTA   | LOCALIZACIÓN | DETERMINANTES | CONTENIDO | FRECUENCIA | OBSERVACION |
|-----|------|---|---|--------------|---------------|-----------|------------|-------------|
| I   | 5"   | ^ | 1. Una máscara , aquí, mejor creo que son dos aquí arriba una y aquí la otra es para dos personas (forma)   | D            | F+            | Obj       | -          |             |
|     |      | ^ | 2. Pero también parece una rana, está en posición como que va a saltar, aquí están las patas impulsándose, esta es la cabeza. (forma)   | D            | FM(ten, int)  | A         | -          |             |
|     |      | ^ | 3. Parece uno de esos parapentes para salir volando, todo es el parapente (forma)   | W+           | F+            | Obj       | -          |             |
| II  | 15"  | ^ | 1. Parece las caderas de una mujer visto en una radiografía. Donde se ve la silueta de los huesos. (forma)  | Wx           | F+            | Ant       | -          | Rad         |
|     |      | ^ | 2. Parece una fuente de agua acá y esto de acá parece algo verde bonito donde las personas pueden hacer un camping. (forma)   | SD           | CpF           | Nat Bot   | O-         |             |
|     |      | ^ | 3. También esto me parece unos ositos, parece que están soplando unas burbujitas con las trompitas. (forma)   | W com suc.   | FM (ten. mod) | A Obj     | -          |             |
| III | 15'' | ^ | 1. Me parece unos muchachos pero están con tacos, que bonito, o unas muchachas con tacos y también están con pantalón, pero tienen cara de pajaritos seguramente están disfrazados. (forma) | D            | F+            | HA Vest   | -          |             |
|     |      | ^ | 2. Aquí veo un lazo. (forma)  | D            | F+            | Obj       | P          |             |
|     |      | ^ | 3. Una canasta pueda que esta con frutas (forma)  | D            | F+            | Obj Bot   | -          |             |

|     |      |   |  |           |                            |           |    |  |
|-----|------|---|--|-----------|----------------------------|-----------|----|--|
|     |      | ^ | 4. También veo unos monitos, como que están colgados de un árbol, no hay el árbol pero están colgados de cabeza. (forma)   | D         | FM ( ten, lim)             | A<br>Bot  | -  |  |
| IV  | 10'' | ^ | 1. Parece una mariposa, una mariposa que todavía no se acaba de formar, aquí están las antenitas, las alitas pero todavía ha faltado que se forme, porque está incompleta (forma)  | Wv        | F-                         | Ad        | -  |  |
|     |      | ^ | 2. También parece la capa de una persona, así la capa y acá la cabeza, está caminando y con el viento se le abre. (forma)  | Wv        | M (despl. mod)<br>mF (int) | Vest<br>H | O- |  |
|     |      | ^ | 3. También me parecen unos tacos, unos tacos bien finitos, pero son unos zapatos raros bien antiguos (forma)   | D         | F+                         | Vest      | P  |  |
| V   | 10'' | ^ | 1.- Un murciélago con las alas abiertas en pleno vuelo, comienza por las patitas, el cuerpo todo y la cabeza con las antenitas. (forma)  | W+        | FM (despl. int)            | A         | P  |  |
| VI  | 12'' | ^ | 1.- Parecen unas tajadas de sandía, porque tienen como pepitas pero no le han cortado bien (forma)   | Wx        | F+                         | Bot       | -  |  |
|     |      | ^ | 2. También parece una orquídea con su tallo y las hojitas, es una orquídea muy bonita tiene una forma muy especial, tiene unas hojas lindas (forma)  | Wv        | F+                         | Bot       | O- |  |
| VII | 10'' | ^ | 1. Parece unos juguetes saltando en una fuente de agua, son unos adornos, tienen la forma de unas niñas pero con cola, cuando saltan la cola se va adelante, tienen copete y a nariz un poco larga, aquí la fuente, las manos la cola, el copete, la nariz, la boca, la frente, están felices bailando (forma) | W com sim | Fm (int)                   | Obj       | O+ |  |

|      |      |   |   |            |                             |            |    |      |
|------|------|---|---|------------|-----------------------------|------------|----|------|
| VIII | 10'' | ^ | 1. Es un árbol, que están trepándose al árbol unas iguanas, este es el árbol y estos son las iguanas, esta precioso ese árbol tiene muchos colores, tiene unas hojas frondosas bonitas (forma- color)   | W com sim  | FM (despl. mod)<br>Fc<br>FC | Bot<br>A   | O+ | Vol. |
| IX   | 18'' | ^ | 1. Parece un batido de sabores, parece un helado, con forma de uvas, de ositos, con forma de una flor, de pétalos pero es de helado, tiene unos lindos colores que me da la sensación de que son helados, aquí está el helado, las frutas, esto tiene forma de oso y esto de aquí los pétalos pero todo de helado. (forma- color) | Wx         | CF<br>cF                    | Alm<br>Bot | O- | Vol. |
|      |      | ^ | 2. Al fondo veo la silueta de una persona que me trae los helados, pero solo le veo la sombra, aquí está la persona estos son los brazos (forma)  | DS         | F+                          | H<br>Alm   | P  |      |
| X    | 18'' | ^ | 1. Es una escultura es un extracto, veo unas orquídeas, con unas hojas verdes, o sea es una pintura de orquídea y esto parece una araña, está pintada es parte del cuadro, es una araña sofisticada porque no hay ese color de arañas (forma- color).   | W. com sim | CF                          | Art        | O- |      |

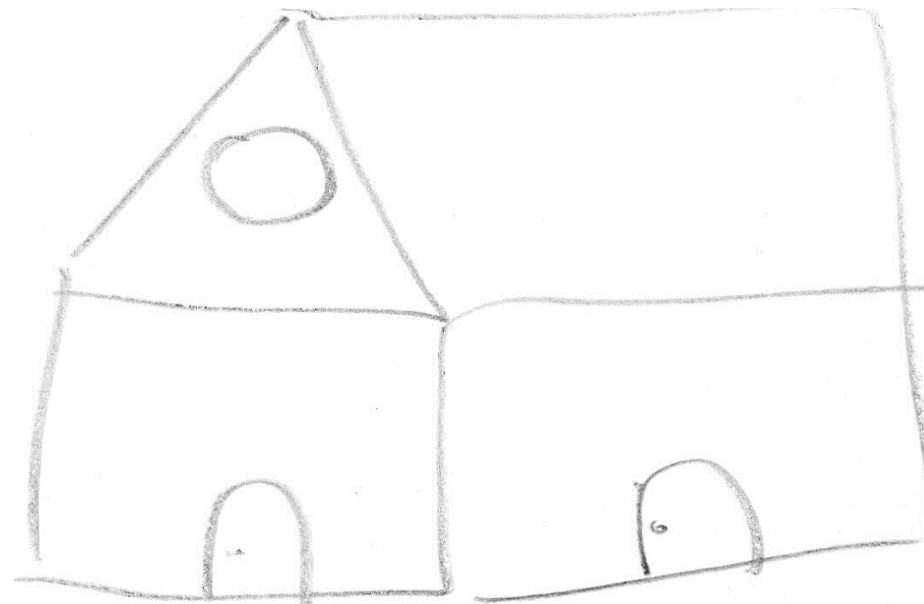
### Ordenamiento formal

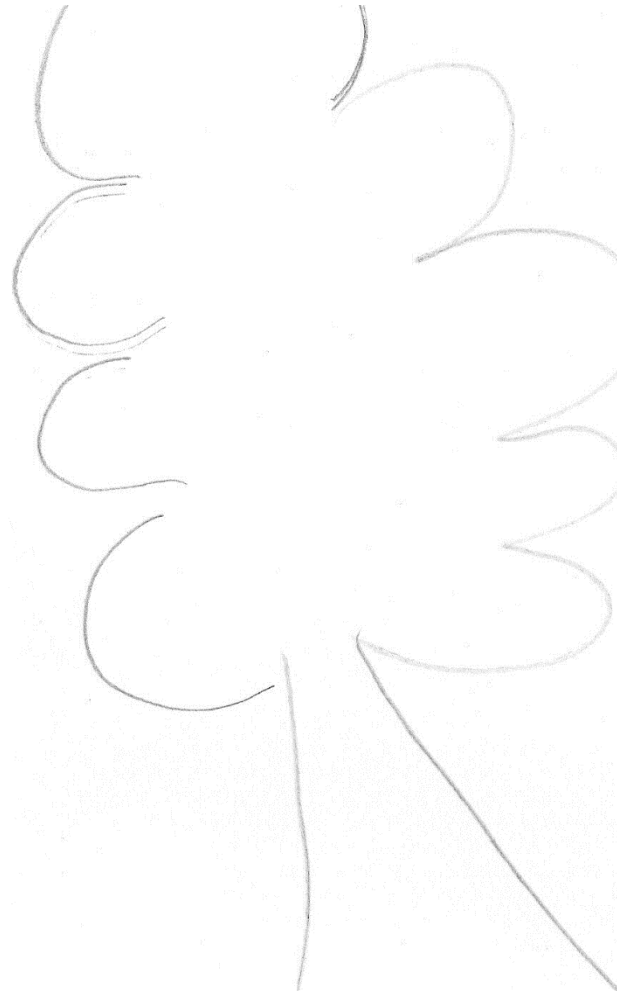
| ORDENAMIENTO DE INTERPRETACIONES                    |   |
|---|---|
| INTELIGENCIA  | k) Capacidad objetiva de análisis síntesis, lógico y flexible + + + + +<br>l) Capacidades intelectuales, imaginativas, artísticas + + + + + + + + + +<br>m) Rechazo a lo que está por demás + +<br>n) Inteligencia superior al promedio + + + + +<br>o) Inteligencia inferior al promedio + + + + +<br>p) Capacidad para resolver problemas + +<br>q) Incapacidad para relacionarse con detalles diminutos e interés por lo complejo + + +<br>r) Incapacidad para integrar los afectos mediante el razonamiento + + |
| EMOCIONES   | h) <b>Apatía, agresividad e Impulsividad + + + + + + + +</b><br>i) <b>Angustia + + + + +</b><br>j) Frustración +<br>k) <b>Ansiedad + + + +</b><br>l) <b>Sentimiento de inferioridad, inseguridad, timidez y culpa + + + + + + + +</b><br>m) Estabilidad emocional + +<br>n) Soledad + +   |
| ADAPTACIÓN  | k) Sumisión ante la autoridad + +<br>l) Relación de iguales con el padre + +<br>m) Capacidad de autocontrol + + + +<br>n) Pedante + +<br>o) Tendencia a la auto-exigencia, precisión, calidad y responsabilidad + + + + +<br>p) Formalismo +<br>q) Evasión + + + + +<br>r) Tendencia a sobresalir y distinción + + +<br>s) Interés limitado por los demás y por sí mismo + + +  |
| ASPECTO SEXUAL                                      | h) Feminidad + + + + +<br>i) Deseo sexual de atraer + +<br>j) Rechazo a la feminidad- identificación + + +<br>k) <b>Homosexualidad + +</b><br>l) Autoerotismo + +<br>m) <b>Inhibición sexual +</b><br>n) <b>Conflictos sexuales + +</b>   |
| MADUREZ. INFANCIA                                   | 5. <b>Infantilismo inmadurez + + + + + + + + + +</b><br>6. Egocentrismo + + + +<br>7. Dependencia + + + +<br>8. Necesidad de protección, cariño, ayuda, seguridad + + +   |
| PROBLEMAS NUCLEARES                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de individualidad, autonomía y confianza en sí mismo +</li> <li>• <b>Conflictos de gordura / pesadez +</b></li> </ul>  |
| MECANISMOS DEFENSIVOS                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión + + +</li> <li>• Regresión +</li> <li>• Complejo de superioridad +</li> <li>• Exaltada vitalidad psicológica total +</li> </ul>  |
| ENTIDADES, SINDROMES, SINTOMAS, SIGNOS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos neuróticos +</li> <li>• Preocupación hipocondriaca +</li> <li>• Conflictos inconscientes +</li> </ul>   |
| INDICES ENTIDAD, SÍNDROME, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos emocionales + +</li> <li>• Neuróticos +</li> <li>• <b>Fobia + + +</b></li> </ul>  |

**Anexo 7**

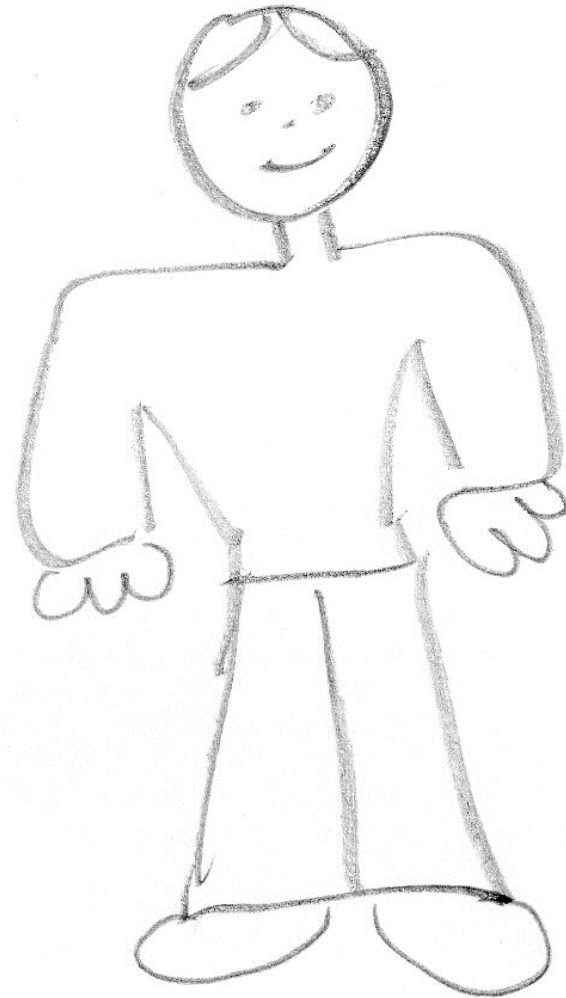
**Caso C  
HTP**

**Casa**



**Árbor**

**Persona**



### Hoja de Localización Rorschach

The image displays ten Rorschach inkblot cards, each labeled from Lámina I to Lámina X. Handwritten annotations in various colors (pink, blue, green) identify specific features and structures on each card:

- Lámina I:** Alas, manos, Mancha, Alas.
- Lámina II:** ojo, osso, Cabeza de Pezosa, Corazon.
- Lámina III:** estomago, cabeza, Dibujos animados.
- Lámina IV:** monstruo, pedestal.
- Lámina V:** dedos de uñeja, Muecuelago.
- Lámina VI:** Serpiente cabeza, Piel.
- Lámina VII:** Refil, Cabeza dibujo.
- Lámina VIII:** Condyl Capan, osso, Pulso, Telescopio, Alifak, Montaña.
- Lámina IX:** ojo, Juhah, ojo, cabeza, mano, cabeza de te.
- Lámina X:** ojalos, morsa, cabeza, libe, nariz, zapatos.

Respuestas

- 1. [hatched box]
- 2. [hatched box]
- 3. [hatched box]
- 4. [hatched box]
- 5. [hatched box]

**Matriz Rorschach**

| L   | T    | P | RESPUESTA  | LOCALIZACIÓN | DETERMINANTE       | CONTENIDO  | FRECUENCIA | OBSERVACION |
|-----|------|---|--|--------------|--------------------|------------|------------|-------------|
| I   | 20"  | ^ | 1.-Una mancha (Forma)  | Wv           | F-                 | Man        | -          |             |
|     |      | ^ | 2.- Tal vez unas alas (forma)  | D            | F+                 | Ad         | -          |             |
|     |      | ^ | 3.- Parecería que salen unas manos, así unas manos. (Forma)  | d            | M(despl-int)       | Hd         | -          |             |
| II  | 1'   | ^ | 1.- Parecería las cabezas de dos perros, no se están unidas o algo, estas son las orejas, este el asico y los ojos. (Forma)  | D            | F+                 | Ad         | -          |             |
|     |      | ^ | 2.- Esto pareciera un corazón sangriento, lastimado. (forma y el color)  | D            | Fc'<br>FC          | Sg<br>Ant  | -          |             |
| III | 25'' | ^ | 1.- Pareciera unos dibujos animados, no se si ha visto ud, esos que tienen anillos en el cuello, como que están cogiendo algo, como que estuvieran inclinados(Forma) | D            | M(flex-int)        | (H)<br>Joy | P          |             |
|     |      | ^ | 2.- Algo chistoso, una cadera humana. (Forma)  | D            | F+                 | Ant        | -          |             |
|     |      | ^ | 3.-Un estomago humano. (Forma)   | Do           | F+                 | Ant        | -          |             |
| IV  | 25'' | ^ | 1.- Eso si no se que parece, parece ser un monstruo, algo feo, sentado en algo, como pedestal. (Forma)   | Wcomb.suc    | Fc'<br>M(flex-mod) | (H)<br>Obj | -          |             |
| V   | 16'' | ^ | 1.- Un murciélago de espaldas pero con orejas de conejo. (Forma)   | W+           | F+                 | (A)        | -          |             |

|      |      |   |  |    |    |      |    |     |
|------|------|---|--|----|----|------|----|-----|
| VI   | 55'' | ^ | 1.-No se como un cuerpo de algo como de una serpiente o cabeza de una serpiente (Forma)  | D  | F+ | A    | _  |     |
|      |      | ^ | 2.- Pero esto de los lados parecería esas pieles cuando les cazan a los animales, esas pieles abiertas. (Forma)                | Wx | Fc | Ad   | P  | Tex |
| VII  | 40'' | ^ | 1.- Esto parecería el perfil de un rostro. (Forma)   | Db | F+ | Hd   | P  |     |
|      |      | ^ | 2.- La cara de un dibujo animado, con el pelo así grande. (Forma)  | Do | F+ | (Hd) | P  |     |
| VIII | 20'' | ^ | 1.-Esto parecería unos osos, yo si digo solo veo animales, parecería las cabezas de osos pero el cuerpo de otra cosa.. (forma) | D  | F+ | A    | P  |     |
|      |      | ^ | 2.- Y esto parecería dos tajadas de mandarinas (Forma- color)  | D  | FC | Alm  | _  |     |
|      |      | ^ | 3.- Esto parecería un corte de pulpa, carne de res o algo así. (Forma)   | D  | FC | Alm  | _  | RC  |
|      |      | ^ | 4.- Esto parecería los cuadrados que salen en el candy crush. (Forma)  | D  | FC | Obj  | _  | RC  |
|      |      | ^ | 5.- Esto parecerían las pinturas de Guayasamin, esas que hace unas manos grandotas y los cuerpos pequeños. (Forma)             | D  | F+ | Art  | O+ |     |
| IX   | 34'' | ^ | 1.- Esto pareciera como en las películas, los espíritus así. (Forma)   | D  | F+ | Rel  | _  |     |

|   |      |   |   |   |                   |              |    |    |
|---|------|---|---|---|-------------------|--------------|----|----|
|   |      | ^ | 2.- Pareciera las cabezas de dos jabalís, estas son las orejas y este es el ojo. (Forma)  | D | F+                | Ad           | -  |    |
|   |      | ^ | 3.- Esto pareciera los cuernos de un reno (Forma)   | D | F+                | Ad           | -  |    |
|   |      | ^ | 4.- Pareciera que esta una taza boca abajo, esas tazas como de té (Forma)   | D | F+                | Obj          | O+ |    |
|   |      | ^ | 5.- Esto pareciera las caritas de un animalito, de un ternero, en esto, pero son pequeñitas (Forma)   | d | F+                | Ad           | O+ |    |
| X | 19'' | ^ | 1.- Parecieran dos personas que están gritándose una a la otra, pero solo son las caras no tienen cuerpos, están con la boca abierta. (Forma) | D | M(ten-int)<br>Fc' | Hd           | -  |    |
|   |      | ^ | 2.- Esto pareciera una flor que esta todavía en su rama así una flor (Forma).   | D | FC                | Bot          | -  | RC |
|   |      | ^ | 3.- Aquí pareciera esos dibujitos, monstruos que están empujando una pilastra así (Forma)   | D | M(ten-int)        | (H)<br>Obj   | O+ |    |
|   |      | ^ | 4.- Esto pareciera las piernas de esos duendes que salen en las películas, esto parecerían zapatos (Forma)                                    | D | FC                | (Hd)<br>Vest | O+ | RC |

## Ordenamiento Formal

| ORDENAMIENTO DE INTERPRETACIONES                    |  |
|---|--|
| INTELIGENCIA  | s) Capacidad objetiva de análisis síntesis, lógico y flexible + + +<br>t) Capacidades intelectuales, imaginativas, artísticas + + + +<br>u) Inteligencia superior al promedio + + + + +<br>v) Lentitud del proceso perceptual + +<br>w) Capacidad para resolver problemas +<br>x) Incapacidad para relacionarse con detalles diminutos e interés por lo complejo +<br>y) Incapacidad para integrar los afectos mediante el razonamiento + + +<br>+ |
| EMOCIONES   | o) Depresión + + +<br>p) Apatía e Impulsividad + + + + + + + + +<br>q) Angustia + + + + +<br>r) Inseguridad + +<br>s) Ansiedad + +<br>t) Docilidad y pasividad +<br>u) Agresividad + +<br>v) Inhibición de los afectos + + +<br>w) Culpa + + + +   |
| ADAPTACIÓN  | t) Desafiante ante la autoridad + + + +<br>u) Visión pesimista del mundo + + + +<br>v) Persona bien adaptada + +<br>w) Gran interés por los otros y por si misma + + +<br>x) Relación de iguales con el padre +<br>y) Inferioridad + + + + +   |
| ASPECTO SEXUAL                                      | o) Rechazo a la feminidad + + +<br>p) Feminidad + + + + +<br>q) Deseo sexual de atraer + + + +<br>r) Homosexualidad +<br>s) Autoerotismo +<br>t) Conflictos sexuales + + + +   |
| MADUREZ. INFANCIA                                   | 9. Infantilismo inmadurez +<br>10. Dependencia + + + + +<br>11. Necesidad de protección, cariño y seguridad + + + + +  |
| PROBLEMAS NUCLEARES                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de individualidad, autonomía y confianza en sí mismo + + + +</li> <li>• Conflictos de gordura / pesadez + +</li> <li>• Conflictos de fealdad + + + + +</li> </ul>   |
| MECANISMOS DEFENSIVOS                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Represión + + +</li> <li>• Regresión + + + + +</li> </ul>   |
| ENTIDADES, SINDROMES, SINTOMAS, SIGNOS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos neuróticos + + + + +</li> <li>• Rasgos histéricos + + +</li> <li>• Conflictos inconscientes + + +</li> </ul>   |
| INDICES ENTIDAD, SÍNDROME, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuróticos + + +</li> <li>• Fobia + + +</li> </ul>  |