

Abordaje de un caso de trastorno por estrés postraumático en una mujer adulta sobreviviente a abuso sexual infantil desde el enfoque de terapia breve estratégica

Approach to a case of post-traumatic stress disorder in an adult woman survivor of childhood sexual abuse from the perspective of the brief strategic therapy

Jael Checa Jibaja¹

Mariela Catherina Molinari Palomino²

Jessy del Pilar Muguerza Vargas³

^{1,2,3}Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Lima, Perú.

¹Autor de correspondencia: jaelcheca@gmail.com

Datos del artículo:

Recibido: marzo 12, 2024

Revisado: abril 18, 2024

Aceptado: junio 5, 2024

Publicación: julio 1, 2024

Palabras clave:

terapia breve estratégica, abuso sexual infantil, trastorno por estrés post traumático, trauma, psicoterapia.

Keywords:

strategic brief therapy, child sex abuse, post-traumatic stress disorder, trauma, psychotherapy.

DOI:

<https://doi.org/10.53877/riced.2.4-7>

Este artículo está bajo la licencia



Resumen

El abuso sexual infantil es una problemática grave a nivel global, además es de origen multicausal, es decir que actúan múltiples variables simultáneamente. De allí la importancia de una intervención sistémica, donde la psicoterapia constituye uno de los aspectos fundamentales para disminuir los efectos en la vida física, psicológica, emocional y en la vida sexual de las víctimas, a corto, mediano y largo plazo. Lo que, será factible, en tanto la víctima rompa el silencio; aunque las estadísticas señalen que el 80% de estas víctimas no denuncian la violencia sexual sufrida; lo cual invisibiliza el problema e impide un tratamiento oportuno, llevando a las mismas a manifestar síntomas asociados a diversos diagnósticos; los que limitan su adecuado desenvolvimiento en diferentes áreas de su desarrollo y lograr feliz y saludable a lo largo de su vida. De allí la importancia de desarrollar experiencias en psicoterapia que muestren los logros que pueden alcanzarse a través de un abordaje con enfoque sistémico, en la atención de víctimas de abuso sexual infantil.

El presente caso, tiene por objetivo presentar el tratamiento mediante psicoterapia breve estratégica de una mujer de 43 años, sobreviviente de abuso sexual infantil. La misma que presenta sintomatología asociada al Trastorno por Estrés Post Traumático. Se utiliza una metodología cualitativa de investigación acción con un diseño observacional de caso único. Como resultado se evidencia una reducción de los síntomas clínicos asociados y el desarrollo de nuevas capacidades, y actitudes, mejorando considerablemente su desempeño a nivel personal, familiar y laboral. Se concluye que la intervención terapéutica fue exitosa lográndose alcanzar los objetivos terapéuticos trazados en el diseño terapéutico y reduciendo la sintomatología clínica asociada.

Abstract

Child sexual abuse is a serious global issue, and it is of multicausal origin, meaning that multiple variables act simultaneously. Hence, the importance of a systemic intervention, where psychotherapy constitutes one of the fundamental aspects to mitigate the effects on the physical, psychological, emotional, and sexual life of the victims, in the short, medium, and long term.

This will be feasible as long as the victim breaks the silence, although statistics indicate that 80% of these victims do not report the sexual violence they have suffered, which renders the problem invisible and prevents timely treatment, leading them to manifest symptoms associated with various diagnoses, limiting their proper development in different areas of life and their ability to achieve happiness and health throughout their lives. Therefore, it is crucial to develop psychotherapy experiences that demonstrate the achievements that can be attained through a systemic approach in the treatment of child sexual abuse victims.

The present case aims to present the treatment, through brief strategic psychotherapy, of a 43-year-old woman, a survivor of child sexual abuse, who presents symptoms associated with Post-Traumatic Stress Disorder. A qualitative action-research methodology is used, with a single-case observational design. As a result, a reduction in associated clinical symptoms is evidenced, along with the development of new skills and attitudes, significantly improving her personal, family, and work performance. It is concluded that the therapeutic intervention was successful, achieving the therapeutic objectives outlined in the therapeutic design and reducing associated clinical symptoms.

Forma sugerida de citar (APA):

Checa-Jibaja, J., Molinari-Palomino, M. C. y Muguerza-Vargas, J (2024). Abordaje de un caso de trastorno por estrés postraumático en una mujer adulta sobreviviente a abuso sexual infantil desde el enfoque de terapia breve estratégica. *RICEd: Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. 2(4), Vol. 2, No 4, julio - diciembre 2024, 11-25. <https://doi.org/10.53877/riced2.4-7>

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil, en la forma de abuso sexual infantil (ASI), es un problema grave en la sociedad, afecta terriblemente el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes (NNAs) víctimas, cuyo trauma psicológico aumenta a medida que crecen y toman conciencia de lo sucedido. Es preocupante su invisibilización, ya que no suele presentar lesiones como otros tipos de abuso y, en muchas ocasiones, es perpetrado por una persona cercana a la víctima, quien, aprovecha la confianza para esconderse con él o la menor en la intimidad, evitando testigos. Los mitos y prejuicios silencian a la víctima, incluso llegando a negar o encubrir su testimonio por lo que su diagnóstico y tratamiento, además de la denuncia oportuna son una tarea compleja (UNICEF, 2017). Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2023), se define como “la participación de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende completamente, para la cual no puede dar su consentimiento, o para la cual no está preparado/a en términos de desarrollo, o que viola las leyes o tabúes de la sociedad. Los niños pueden ser abusados sexualmente tanto por adultos como por otros niños que, debido a su edad o etapa de desarrollo, están en una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima.”.

Este tipo de violencia hacia los NNAs, adquiere diferentes formas al presentarse, así, Arredondo (2002) señala algunas de sus manifestaciones como: tocamiento de los genitales u otras partes del cuerpo de la víctima, estimularla a tocárselos o tocar los del agresor, exhibir estos delante de la víctima, la penetración (oral, anal o vaginal) o intento de la misma con genitales o cualquier otra parte del cuerpo u objeto. Exponerla a pornografía o hacerla participar en la elaboración de la misma. Situaciones que pueden darse con uno o varios niños, una vez o en periodos prolongados. Podemos incluir también, el acoso, la explotación sexual, las recientes formas de violencia sexual con el uso de la tecnología y toda forma de agresión física, emocional y/o psicológica contra la sexualidad de NNAs.

Uno de los factores de riesgo importante para que las NNAs sean víctimas de ASI, es el que se refiere a la familia, padres y cuidadores. La presencia de padres que no logran desarrollar un vínculo afectivo con los niños, no cuidar de ellos, consumir alcohol o drogas, presentar algún tipo de trastorno psiquiátrico, espacios familiares violentos, con situaciones económicas difíciles, entre otros (OMS, 2022).

“La violencia es una realidad para la mitad de los niños, niñas y adolescentes del mundo; mil millones sufren abuso físico, emocional y sexual cada año”. (OMS, 2024) De la misma manera, una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abuso sexual cuando se encontraba entre los 0 y 17 años de edad (OMS, 2022). Aunque los datos a nivel panamericanos son limitados, las Encuestas de Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA), aplicada entre los años 2012 y 2018 a jóvenes entre 18 a 24 años en países que colaboraron con su aplicación, nos brindan los porcentajes de esta muestra que fue víctima de algún tipo de violencia sexual antes de cumplir los 18 años, siendo en Honduras 16,2% de las niñas y 9,9% de los niños; en Haití, 25,7% de las niñas y 21,2% de los niños; en El Salvador, 13,5% de las niñas y 2,5% de los niños y en Colombia, 15,3% de las niñas y 7,8% de los niños (OPS, 2022).

En Perú, solo durante los primeros siete meses del 2024, el 61.21% de los casos de violencia sexual registrados por el Programa Aurora fueron menores entre 0 a 17 años. Mientras que, en Chile, la victimización sexual de niños, niñas y adolescentes tiene una prevalencia de 26.4%, siendo el abuso sexual por un adulto conocido de 4.3%, e identificándose la casa como el lugar del abuso el 49.2% de las veces (Pinto-Cortez y Guerra, 2019).

Según un estudio de la Defensoría de la Niñez en Chile “cerca del 80% de NNAs no denuncian cuando sufren algún tipo de abuso, invisibilizando el problema... lo que reflejaría una profunda crisis en la protección de la infancia. El mismo estudio señala que el 80% de las víctimas de violencia sexual son niñas; lo que está respaldado por el Informe de la Fiscalía del 2023” (León, 2024).

Cabe señalar que cualquier forma de violencia dirigida hacia las NNAs es una vulneración a sus derechos, que esconde una mirada de la niñez que desconoce su condición de sujeto de derechos, de persona; para convertirlo en un objeto y es por ello, que debe erradicarse ese concepto de “menores”; que lleva consigo una connotación de minoridad, de inferior; que ya ha sido ampliamente trabajada desde la suscripción de la Carta de la Convención por los Derechos de los Niños, suscrita por el Perú en 1,990.

Los y las sobrevivientes ASI, suelen experimentar síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT), en su vida infantil como: pesadillas, miedos intensos, irritabilidad, cambios de estado de ánimo, baja autoestima, conductas agresivas, retroceso en sus habilidades y desarrollo propio de la edad. También, este evento traumático genera una confusión emocional y cognitiva que afecta su desarrollo, presentando pensamientos de culpa por lo sucedido o un comportamiento sexual inapropiado producto de no entender lo que le sucedió y, en ocasiones, haber disfrutado el contacto. El inadecuado o inexistente tratamiento limita el desarrollo de la víctima a nivel personal, afectivo, social y laboral, extendiendo los síntomas traumáticos y afectando su salud y bienestar (Wheeling y Barnett 2022; De la Cruz, 2023a).

Así, el TEPT se caracteriza por ser un evento terrible en la vida del paciente que se revive en forma repetida, generando que se evite todo aquello que pueda hacer revivir el horror. El pensamiento se vuelve pesimista, pierde el interés en actividades importantes, pudiendo ser desapegados a otras personas y presenta hiperactivación fisiológica (APA, 2015).

El TEPT tiene una prevalencia de 4.4% (2.5% para hombres y 6.5% para mujeres). De los hechos traumáticos reportados, la violación sexual tuvo una correlación más alta con el TEPT que los demás hechos traumáticos (Pérez et al. 2009).

De no ser abordada esta situación, los síntomas pueden desarrollar otro tipo de trastornos, tales como: Conductas de Indefensión, puede desarrollar respuestas de Ira, trastornos del sueño, terror nocturno, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de ansiedad, se puede ver afectado su desarrollo sexual, problemas con el cuerpo, trastorno depresivo, consumo de alcohol, drogas u otros. (Esto lo señalo en base a las atenciones que hice durante algún tiempo).

Desde la psicoterapia breve estratégica, se busca romper los patrones cognitivos y emocionales que padecen las víctimas de ASI, buscando que el paciente logre modificar el sistema perceptivo reactivo desarrollado a partir de la experiencia vivida e intentar soluciones nuevas frente a los síntomas que presenta para poder lograr una vida saludable. Por ello, es importante, que el espacio terapéutico les proporcione la atención y escucha para compartir lo vivido, para expresar lo que piensa y siente respecto a ello y cómo ha venido enfrentando las emociones que cargan producto del trauma. ¿Cómo ha intentado dar solución a esas situaciones que le impiden desenvolvimiento saludable en diferentes campos de la vida?

Se les acompaña a identificar sus recursos e integridad, cambiando la narrativa del abuso como un evento terrible que ha superado, del cual el único responsable fue el abusador (Losada y Saboya, 2013). La psicoterapia breve es una modalidad de psicoterapia que se sustenta en una epistemología cibernético constructivista con probada eficacia y eficiencia en diversos trastornos emocionales que incluyen el abuso sexual y trastorno por estrés post traumático (De la Cruz Gil, 2021; Bartoli y De la Cruz Gil, 2023). Debido a la alta prevalencia de casos de ASI y sus consecuencias terribles en las diferentes etapas de la vida de los sobrevivientes, es necesaria mayor literatura para su tratamiento. El presente artículo tiene por finalidad exponer un caso de abordaje exitoso desde la psicoterapia breve estratégica en una consultante sobreviviente a ASI, cuyos síntomas se asocian a TEPT.

DESAROLLO

Método

En este documento se narra la aplicación de la psicoterapia breve estratégica en la intervención con una consultante sobreviviente a abuso sexual infantil, cuyos síntomas en su vida actual se asocian con trastorno por estrés postraumático. Se presenta un diseño observacional de caso único, describiendo los efectos del tratamiento, además de ser una metodología cualitativa de investigación acción, donde se levanta información y trazan acciones concretas para resolver problemas, participando el sujeto de estudio en su transformación y la toma de decisiones para el cambio (Roussos, 2007; Losada et al., 2022).

Identificación del consultante

Mujer de 43 años de edad y nacida en Chile. Es la mayor de 3 hermanos, el segundo de ellos, varón de 42 años y la tercera es la hermana de 40 años de edad. Vive actualmente en una casa de su propiedad en Chile con su hija, de 18 años, quien estudia, trabaja y sostiene un tratamiento psicológico tras ser diagnosticada con un trastorno adaptativo; y con su madre, quién fue diagnosticada con TLP (trastorno límite de la personalidad) a quien asume responsablemente a su cuidado, ya que los hermanos no brindan apoyo a ese nivel. Su padre, a quien identifica como una persona irresponsable y alcohólica, falleció antes de la pandemia, y también se encontraba bajo su cuidado.

El padre de su hija es su expareja, de nacionalidad y residencia peruana, con quien mantienen contacto limitado. Actualmente, la consultante se encuentra en una relación de pareja con un hombre separado al igual que ella.

Se formó profesionalmente en una carrera del área social, que no se relaciona con su actual trabajo, el cual, si bien le da horarios flexibles para atender otras responsabilidades de su vida, puede requerirla en cualquier momento, manteniéndola alerta a sus exigencias y alterando su vida personal.

Motivo de consulta

La consultante acude a terapia para trabajar la mala relación que mantiene con su madre, quien presenta serias conductas que la colocan en riesgo permanente, así como a los demás miembros del hogar, los intentos de diálogo solo llevan a discusiones que llegan a desatar estados de ira en la consultante, hasta haber estado cerca a llegar a los golpes.

Descripción del caso

En el transcurso de las primeras sesiones de trabajo, en que comparte los episodios de la mala relación con su madre, episodios que la cargaban de ira hacia la figura materna, se devela que es sobreviviente de un abuso sexual sostenido que se inicia en la niñez y culmina en la adolescencia.

Este evento traumático sostiene secuelas, que coinciden con las descritas por Morrison (2015) en el DSM5 como propias del TEPT, obligando a las memorias del evento a mantenerse lejos de su conciencia, pero apareciendo en su discurso de manera intrusiva. El pensamiento y la manera de ser de la consultante se tornaron pesimistas y desganados, teniendo una vida desordenada que, sumado al deseo de salir de su hogar que le hacía revivir los recuerdos del abuso, la llevo a formar pareja en una relación donde volvía a ser víctima de abuso, esta vez físico y psicológico. Cuando el abuso se extendió hacia su hija, ella recién reacciona. Teniendo un esfuerzo consiente por ordenar su vida, cosa que logra, sustentando un hogar, pero mantiene un cierto descuido por su persona y falta de atención a sus necesidades, evidenciando dificultad para hacerse respetar y establecer límites claros ante cualquier falta cometida contra su persona. Asimismo, presentaba poco interés por trazar metas propias, pasatiempos y actividades de recreación personal, dificultad para identificar su sentir, incluso en relación a su situación de pareja.

Por otro lado, presenta episodios de elevada ansiedad, rabia, frustración e irritabilidad, rumiando los recuerdos del abuso sufrido, llegando a tener ideación suicida en dos ocasiones, la primera al contar el abuso a sus padres y sentirse invalidada “me sentía mal, miserable, quería morir, sentía mucho dolor”; la segunda al regresar a Chile, durante la vida desordenada que llevaba “antes tomaba para evitar el dolor, pensaba en morirme, ahora expreso emociones relacionadas a la ternura y afecto con mi hija, me cuesta con otros”.

Los conflictos con su madre, son el principal desencadenante de estos episodios. Por las conductas de riesgo y agresiones que presenta, su poco compromiso con su tratamiento y exponer detalles delicados de la familia con terceros, incluido el abuso sexual infantil. Todo lo mencionado, evoca con intensidad recuerdos del abuso y la negligencia que lo favoreció, de las que fue víctima. Estos episodios de desborde emocional, son cada vez más intensos en la consultante, temiendo perder el control, expresando que hubo un episodio en que estuvieron muy próximas a agredirse físicamente. Por lo que se retira a su cuarto, desfogándose en llanto.

Historia y presentación del problema

La familia de origen de la consultante era negligente, en especial su padre, a quien identifica como maltratador y alcohólico, su madre se sometía a él. Quienes la desprotegeron frente al ASI sostenido que sufrió por parte de su tío, hermano de su padre, quien en ese entonces

rondaba los 30 años de edad, vivía con su madre, abuela paterna de la consultante, consumía sustancias, poseían carros de juguete con los que llamaba la atención de su víctima.

El abuso inició entre los 5 o 6 años de edad de la consultante, empezando con tocamientos indebidos, para luego incluir penetración oral y vaginal. Se daba, por lo general, en casa de su abuela, en ocasiones en casa de sus padres, incluso durante vacaciones familiares, por lo general sus padres se encontraban tomando bebidas alcohólicas en otro espacio o la habían dejado al cuidado de su abuela. Cuando se daba el abuso, no era de manera violenta, su tío se acercaba con juegos o caricias, decía que iban a ver televisión. Cuando ella cuestionaba lo que pasaba, él justificaba lo que le hacía, clasificándolo como un secreto.

Sus padres no se dieron cuenta del abuso a pesar de que fue sostenido durante años y había señales del mismo, lo cual genera resentimiento en la consultante: “¿cómo no se daban cuenta?, pasaba 2 veces al mes, casi siempre estaban cerca y ni cuenta, me da rabia”, incluso, ya siendo adulta la consultante, su madre le comentó que, siendo niña, le decía “mi tío me muestra su gatito” lo que generaba sospechas en ella, pero no tomó acciones suficientes para protegerla. El abusador tenía comportamientos intimidatorios hacía la consultante delante de sus padres, camuflándolos como bromas con apodosos sobre su peso, comentarios en doble sentido o juegos abusivos, esto aumentaba el poder que tenía sobre ella, ya que sus padres no la defendían.

Al ser sobre-estimulada a temprana edad, la consultante recreaba con sus muñecos y hermanos juegos que imitaban el ASI sufrido, llegando a montarse sobre la pelvis de su hermano, quien amenazó con contarle a sus padres, ella no recuerda si estos juegos eran incitados por su tío. Además, en algunas ocasiones, ella buscaba a su agresor para ser abusada, lo que le causaba una gran culpa que le perseguía incluso en la adultez.

Al inicio de su adolescencia, 12 o 13 años de edad, la consultante conversó con una compañera que había sido víctima de ASI, esto le permitió identificar que lo que vivía también lo era, dejando de someterse a tal y poniéndole fin. A los 18 años, tomó el valor para exponer la situación con sus padres. Estos confrontaron al abusador, que fue protegido por la abuela, la madre insistía en poner una denuncia, pero finalmente no tomaron las medidas pertinentes para la gravedad del asunto, ni de manera legal ni buscando la atención profesional oportuna, solo cortaron comunicación con la abuela y el tío. Tiempo después, el padre de la consultante volvió a juntarse con ellos, bebiendo alcohol como antes.

Durante su adolescencia y adultez temprana, la consultante, mantenía una incomodidad en su hogar familiar por haberse sentido desprotegida, invalidada y no obtener la reparación debida, además de ser escenario de gran parte de los episodios de ASI que sufrió, lo que le llevaba a revivirlos, sumado a tener conflictos constantes con sus padres. Aunque ella siempre ha tenido una difícil relación con su madre, lo era aún peor con su padre: “Mi papá no era muy responsable, vacío, me tocó perdonarlo y lo hice, mi abuela lo malcriaba, también le daba alcohol, lo hacía tomar. Para mis estudios superiores, mi mamá se movía para ayudarme, conseguirme becas u otras formas, mi papá nada”.

Desarrolla gustos por la música metálica, frecuentando amistades y espacios característicos de este género, violentos y con una visión pesimista de la vida, antisistema, que reforzaron su manera de ser. En estos espacios conoce una pareja de origen peruano, con quien aprovecha para mudarse, dejando atrás lo sufrido, formando familia en Perú con una hija. Con el tiempo, con su pareja se repiten los patrones de violencia, si bien no sexual, sí a escala física y psicológica, que la sometían a un estado de re victimización constante. Tras años de abuso, solo reacciona cuando su pareja empieza a agredir a su hija, escapando ambas, cuando esta era una niña.

Se estabiliza en Chile donde consigue vivienda y se hace cargo de sus padres, en acuerdo con su hermano, quien hasta entonces los alojaba, pero al pelearse constantemente afectaban

la salud mental de sus hijos, que eran infantes, así relata: “eran conflictivos, mi padre era alcohólico y maltrataba a mi mamá”. Al morir el padre, se queda solamente al cuidado de su madre, pero los conflictos se mantienen.

La consultante empieza a salir con un hombre, que, al tener creencias religiosas, con un estilo de vida más moderado que el de ella, cuestiona el hecho de que saliera tan seguido a altas horas de la noche, ayudándole a darse cuenta que desatendía a su hija. Temiendo estar repitiendo los patrones de crianza negligente del que ella fue víctima, hace un cambio radical en su vida, por lo que abandona los grupos de música metálica enfocándose en su rol de madre. Así refiere que:

“Tenía una vida muy desordenada, me perdía, era irresponsable, incluso luego de volver a Chile, ya teniendo a mi hija. En una ocasión, mi pareja me insistió en que volviera a casa por mi hija, que seguro estaba preocupada, pensé que estaría dormida, pero la encontré despierta, impresionada por que no llegaba.

Tenía 11 años, en ese momento se me quitaron las ganas de salir y quise estar más tiempo con mi hija, dejé de fumar (no manifiesta uso de drogas) y bebía menos. Lo pasaba bien, pero me faltaba madurar el rol de madre, ahora me siento bien en ese aspecto. Me enfoqué más en mi hija, nuestra relación no era mala, pero mejoró, no quise repetir lo que hizo mi papá... Mi papá no cumplió ni apoyaba, su mala imagen me ayudó a no repetir sus pasos en la crianza, antes salía y dejaba a mi hija con mi mamá y su papá. Mi pareja me ayudó a enderezarme, darme cuenta de mi labor de madre y tomar decisiones”.

De esta manera, la consultante ayuda a su hija en el desarrollo de todos los aspectos de su vida, tanto a nivel académico como en el aspecto social, reparando su relación, pero sin atender las necesidades propias. Cabe resaltar que, previo a recapacitar sobre lo que ocurría, la hija era cuidada por su abuela, siendo expuesta a situaciones de riesgo.

Por otro lado, formaliza una relación de pareja con el hombre antes mencionado, quien también tiene una hija de una relación anterior. No viven juntos, pero mantiene una comunicación respetuosa, aconsejándose y apoyándose en el aspecto familiar, laboral y otros. Aun así, la consultante duda de la misma, cuestionándose si la atracción que siente por él es más de amistad o de pareja: “A veces no me siento a gusto en la relación, él es religioso, yo no, pero dejé de tomar y fumar. Siento una compañía y mucho apoyo de su parte”. Estas dudas aumentan durante la pandemia por Covid 19, pues limitó su contacto.

En el aspecto laboral, se mantiene trabajando para una empresa por años, durante la pandemia, le dan la facilidad de trabajar de manera remota, con horarios flexibles, lo que le permite tener más presencia en el hogar, pero, teniendo dificultad para marcar límites con la empresa y sus clientes en relación a los horarios en que la pueden abordar, así como en las funciones que le corresponden. Además de presentar irregularidades con sus pagos, ante los que no se manifiesta por temor a perder la estabilidad laboral.

Al iniciar el proceso terapéutico, la consultante relata las situaciones antes detalladas con su madre, por otro lado, manifiesta que le preocupa la ruptura de la comunicación entre su madre y su hija, decisión de esta última por las situaciones a las que somete a la familia desde siempre.

Diagnóstico Operativo

Los patrones interaccionales y cognitivos del comportamiento sintomático son los siguientes:

Las peleas entre la consultante y su madre se manifiestan en el contexto de su casa, especialmente en la sala. Inician al interactuar ambas, confrontando la primera a la segunda con respecto a la actitud de no ir a su terapia, no tomar sus pastillas, intentando controlar su conducta; empezando por reclamos, que se van tornando en gritos de ambas, agresiones verbales, hasta terminar con la consultante retirándose para evitar que la situación pase a mayores, como golpes. En cuanto a la duración de las discusiones, dura aproximadamente 20

minutos, dependiendo de cuando la consultante siente que la intensidad de la discusión superó el límite que puede mantener. Con una intensidad de rabia y frustración. Indicador subjetivo de estrés (ISE) de 9 de 10. Ocasionando que la consultante llora en su cuarto. La frecuencia de estos conflictos es diaria, de domingo a sábado, Las pocas veces en que la comunicación entre la consultante y su madre no termina en una discusión, son cuando esta última no ha presentado conductas de riesgo o cuando hablan de temas triviales. Aun así, la comunicación entre ambas es difícil. Respecto a las soluciones intentadas fallidas, refiere que, para evitar los conflictos, la consultante decide no hablar con su madre, lo que redujo las confrontaciones, pero iban acumulando tensión y, al darse, eran de mayor intensidad y respecto a los patrones cognitivos se caracteriza por pensamientos de resentimiento y la culpa a su madre de no haberla protegido ante el abuso sexual que sufrió de niña: "Me siento frustrada, llena de dolor e ira hacia mi mamá, porque está vinculada al abuso sexual del que fui objeto de niña. Yo la responsabilizo a ella, también por la forma en que manejo esa situación".

Diseño y plan terapéutico

Metas terapéuticas

La consultante expresa que desea tener los siguientes logros al terminar la terapia:

Mantener y mejorar la relación con su familia.

Fortalecer la relación con su hija.

Mejorar su desarrollo personal y laboral.

Realizar actividades de ocio que disfrute.

Fortalecer su autoestima y socialización.

Objetivos Terapéuticos

Para el diseño terapéutico se plantearon los siguientes objetivos como equipo:

Modificar la secuencia de emociones, pensamientos y conductas de la consultante durante los conflictos con su madre.

Modificar las percepciones y actitudes en relación al abuso sufrido durante la niñez.

Disminuir la postergación de las propias necesidades ante las de los demás.

Potenciar las capacidades de autoanálisis y autogestión.

Fortalecer la autoestima personal.

Selección de las técnicas de intervención

Para el desarrollo del presente plan terapéutico se ejecutaron las siguientes técnicas:

Análisis e intervención de las soluciones intentadas.

La técnica de "los pequeños pasos"

"Corregir el tiro progresivamente"

Hipnosis sin trance

Auto registro (situaciones positivas y negativas diarias)

Prescripciones directas.

Técnicas de expresión emocional

La Novela del Trauma

El ritual de la quema de la novela del trauma

Cartas terapéuticas.

Proceso terapéutico

Desde un principio, se mostró participativa con la terapia, aunque ansiosa. Para intervenir sobre la comunicación de la consultante con su madre, se revisan sus intentos por controlarla, acompañándole a reconocer que la estaba invalidando como persona adulta, estableciendo estrategias de diálogo asertivo.

Desde la primera sesión, la consultante menciona haber sufrido ASI, expresándolo como algo irrelevante para su vida actual y presentando evasivas para abordarlo, aunque en el

transcurso de las sesiones terapéuticas se va haciendo cada vez más repetitivo y relevante en su discurso.

Se trabaja por decisión de la consultante aspectos de su relación laboral, de pareja y con su hija, así como su autoestima y autocuidado, esto sirve para afianzar la relación terapéutica y para identificar los patrones sintomáticos de TEPT, siendo el evento traumático el ASI sostenido del que fue víctima.

Logrando señalar las secuelas del trauma en su vida actual: en la relación con su madre, su re victimización a lo largo de su vida en sus relaciones de pareja, laborales y conductas de riesgo, la consultante reconoce la importancia de abordar directamente el trauma. Para esto, se toma como estrategia y se le prescribe escribir sobre el abuso (novela del trauma), de esta manera la consultante pudo reconocer las emociones y pensamientos que la abordaron siendo adulta, ella menciona: "al escribir sobre el abuso sentí mucha pena, rabia, aunque también alivio, como que lo sacaba". Así como recordar como percibía el abuso siendo niña y la manipulación que sufrió: "antes del abuso lo veía como una persona entretenida (refiriéndose al abusador), no especialmente atractivo, luego del abuso yo también lo buscaba, se me hacía atractivo, sentía culpa y vergüenza... Una vez me puse encima de mi hermano, él se molestó y amenazó con acusarme, pero al final no lo hizo, tuve miedo". Se conversa sobre la sana curiosidad durante la infancia y niñez por la sexualidad, que su tío se aprovechó de esto y la manipuló, despertando el placer que no correspondía con su edad, redirigiendo la culpa hacia el abusador.

Finalmente, la consultante integra en su narrativa como el abuso sexual ha venido afectando su vida, reconociendo también sus fortalezas, que le han permitido sostenerse a sí misma, su rol de madre y demás responsabilidades. Pero, decide enfrentar su trauma y quitarle poder sobre su vida actual, por lo que realiza una despedida simbólica del abuso:

T: ¿Qué quieres hacer?

C: Dejarlos atrás, siento más claro que nunca tuve la culpa. Siento pena por mí misma y rabia para mi mamá y mi papá.

T: Existen rituales para botar esos recuerdos, sabrás que pasaron, para que los enfrentaste y decidiste ya no cargarlos.

C: Quiero tirar los recuerdos a la basura, quemarlos, en parte, siento que me liberaría.

Se acompaña la novela del trauma con un ritual, durante las sesiones virtuales, la consultante escribe sobre el abuso, luego quema la carta y se queda mirándola, mientras que se le acompaña virtualmente, reafirmando sus recursos y logros. La consultante formula las siguientes frases: "Hay cosas que no se pueden remediar, pero se pueden mejorar", "Aprender de los errores y repetir lo que es bueno para mí" y "Soy feliz". Se consolidan como un nuevo patrón cognitivo a través de la técnica de hipnosis. En las sesiones posteriores se siguen consolidando los cambios y reforzando los nuevos patrones cognitivos y comportamentales, nuevos recursos salen a la luz.

En la última sesión, se recuerda todo el proceso terapéutico, así como los logros de la consultante, motivándola a mantenerlos, llora por la despedida y agradece por el acompañamiento en este proceso.

RESULTADOS

Al finalizar el proceso terapéutico la consultante logró mejorar la relación y la comunicación con su mamá, dejando de darle ordenes, validándola como una persona adulta a la cual puede escuchar y tener en cuenta sus opiniones, facilitando que ella pueda tomar decisiones sobre su vida que no la pongan en riesgo, desarrollando una relación más cercana y de cariño, ella menciona respecto a su madre: "Acordamos que vaya a las sesiones con el psiquiatra, que

vaya a clases de natación y educación física, y cumple, está tomando sus pastillas. Me di cuenta que es vulnerable, pensaba que lo que hacía era al propósito, pero es por la enfermedad. Me ha contado cosas, también, sobre un señor con el que se ve”.

Logró organizarse con sus hermanos para atender a la mamá, de modo tal que ella también pudiese destinar tiempo a su hija y a ella misma, señala: “mamá necesitaba más cariño y atención, también mi hija y yo, porque necesitábamos nuestro espacio. Estábamos agotadas”.

Ha logrado que su hija retome las relaciones con su abuela después de meses, avanzando de una nula comunicación a conversaciones breves. El terapeuta de su hija, le trasmite a la consultante los cambios beneficiosos alcanzados por su hija: “El terapeuta de mi hija me dijo que ha habido cambios positivos en ella, que está tomando como ejemplo mi nueva actitud, que le hace bien verme así”.

En cuanto a la relación con su actual pareja, definió como se siente en la relación: “Conversamos sobre nuestros planes a futuro, estamos de acuerdo en vivir juntos más adelante, con nuestras hijas... aclaramos como nos sentimos ambos y me siento más tranquila con respecto a la relación”. Además, cuando lo apoya en el trabajo, le dará un reconocimiento económico.

Logra poner límites en el trabajo, a los clientes y a la entidad, sobre los horarios: “he aprendido a decir no y a cobrar por mis servicios”. Más adelante, inicia un proceso legal contra la entidad para la que trabajaba por irregularidades laborales, renuncia, pero mantiene el pago hasta que se defina el proceso judicial.

Empieza un proceso de actualización de su formación mediante talleres y cursos. Toma uno o dos cursos semanales para retomar su formación, actualizarse y obtener los certificados.

A nivel personal, empieza a retomar comportamientos que había abandonado, como detenerse a observar más su cuerpo frente a un espejo y transmitiéndonos su autopercepción, además de salir en las mañanas a caminar al parque como una actividad personal. Con su hija asiste a conciertos, al cine, a homenajes a artistas. Señaló: “he aprendido a identificar y gestionar más mis emociones y sentimientos”.

En relación al abuso sexual sufrido durante la infancia, la consultante enfrenta los recuerdos, reconoce como le venía afectando y ha cambiado la narrativa de este evento traumático. Reconoce sus recursos, redefiniéndose como una persona resiliente, que logró sobrevivir al trauma. De esta manera, decide sanar, restándole poder al trauma sobre su vida.

Al finalizar la terapia la consultante expresa tener una mayor gestión de sus emociones, una mejor dinámica en sus relaciones interpersonales, principalmente en su hogar. Mayor facilidad para marcar y respetar límites. Mayor interés y gusto por su cuerpo y pasatiempos personales. En general más tranquilidad y satisfacción en su vida.

CONCLUSIONES

En el abordaje del presente caso tratamos los síntomas del trauma, el ASI sufrido por la consultante, así, en estudios sobre mujeres que habían sobrevivido a este tipo de experiencias, el 44.6% desarrollaban síntomas relacionados a TEPT (Sarasua et al., 2013). Tal era la situación de la consultante, experimentando recuerdos intrusivos que le obligaban a revivir el evento, una fuerte resistencia a abordar el tema de manera directa, además de poco interés en sus metas y actividades personales más allá de su rol de madre.

Diversos estilos de tratamiento destinados a adultos sobrevivientes de ASI concuerdan en revisar la sintomatología emocional que fue modificada por el trauma, las metas de vida y los pensamientos en relación al abuso sufrido, modificando la postura ante el trauma de manera que él o la consultante afronte los recuerdos del trauma, reconozca sus recursos y

reestructure los patrones que le siguen lastimando. (Instituto Nacional de las Mujeres México, 2010; Rueda, 2017) en adultos sobrevivientes, los enfoques humanistas hacen énfasis en el trabajo sobre la relación terapéutica, la reestructuración de la dinámica familiar desde una visión sistémica y la reparación real o simbólica para lograr el cambio deseado, siempre contando con el consultante como principal actor y protagonista (Reyes, 2021). Desde la psicoterapia breve estratégica, se toma en cuenta todo lo mencionado anteriormente, enfatizando que, para el éxito de la terapia, no es necesario una gran cantidad de sesiones, sino, terapeutas capacitados (De la Cruz, 2023b). Con la consultante se trabajó siguiendo el enfoque mencionado, tratando aspectos de su vida donde se manifestaban los síntomas del abuso, hasta que ella decidió abordarlo.

Durante el proceso terapéutico, se repasó constantemente los avances en las metas terapéuticas con la consultante, resaltando sus recursos y cómo posibilitaron los logros, Cornejo (2021) señala que para la atención de sobrevivientes a traumas es importante centrarse en soluciones y valorarlas, sean grandes o pequeñas.

Cada cambio en la consultante modificó los sistemas en los que se relacionaba, rompiendo con la homeostasis que mantenía el problema, de esta manera se reforzó la relación terapéutica y la confianza en sí misma (De la Cruz, 2022) lo que le impulsó a tomar acciones fuera de lo tratado en la terapia, pero bajo la misma línea, cómo iniciar un proceso legal en su trabajo por malas praxis. Así también, expresó el episodio de quiebre en que se vio repitiendo los patrones de crianza a los que fue sometida y asumió un cambio en que se compromete activamente en la crianza de su hija. Se acordó tratar este tema mediante una carta para su hija, una para su madre y otra para su difunto padre, sin ser entregadas necesariamente, expresar el dolor mediante la escritura a mano permite plasmar en el papel las emociones mediante la motricidad de la mano (García, 2018). En nuestra experiencia con el presente caso, el uso de las cartas terapéuticas fue fundamental para el procesamiento de los patrones cognitivos relacionados con el trauma por ASI y los síntomas de TEPT.

En la siguiente sesión, la consultante escribió la carta a su hija, mas no la de sus padres, persistiendo la resistencia a tocar el trauma. En la carta a su hija expresaba el orgullo por esta, la culpa y petición de disculpas por haber descuidado sus necesidades afectivas en el pasado, repitiendo en menor grado los patrones de crianza negligente a los que fue sometida. Lazo (2021) señala la deshonra de las necesidades por parte de los cuidadores como violencia en cualquiera de sus manifestaciones, negligencia en caso de la consultante, y que lleva a la persona a repetir estos patrones en su relación consigo misma y los demás. Luego de la debida contención emocional a la consultante, se le hizo evidente que la negligencia de sus padres seguía influyendo negativamente en su vida, que si bien reparó los patrones que repetía con su hija, era necesario trabajarlo, por lo que se comprometió a trabajar la carta a sus padres.

Mediante la carta a su padre y la dirigida a su madre, la consultante expresa el resentimiento con ellos por el descuido al que fue sometida, por no haberse dado cuenta del ASI del que fue víctima, los cuestiona, pero los comprende como seres imperfectos. Evidenciándose la dificultad para hablar sobre el abuso, se prescribe la tarea “novela del trauma”, García (2011) describe a esta estrategia como la narración del evento traumático de manera diaria, teniendo como ventaja el permitir exteriorizar los recuerdos sin temor a juicios, recurriendo a su memoria motriz al escribir y logrando un distanciamiento emocional al percibirlo como un relato, a su vez al evocar los recuerdos de manera consciente para su gestión se reduce la presencia de estos de manera intrusiva.

Si bien existe gran intensidad de emociones durante la narración del relato, a medida que se avanza con la estrategia, los pacientes pueden abordarlo con mayor facilidad, siendo menos frecuentes los recuerdos intrusivos. Así, el trauma deja de invadir el presente y de entorpecer la construcción del futuro (Milanese, 2017). Este fue el caso de la consultante, que,

superando la dificultad inicial de hablar sobre el abuso, pudo ir construyendo una nueva narrativa de este, enfrentando la culpa por haber participado y sentido placer, reconociendo que su tío se aprovechó de ella, manipulándola y es el único responsable. De igual manera, reconoce como el trauma ha ido afectando negativamente su vida, y como el evadirlo permitió esto, pero que, a pesar de este, ha podido hacerle frente.

La psicoterapia breve trabaja directamente sobre los pensamientos y emociones, ambos son interdependientes, su reinterpretación adecuada orienta a la toma de decisiones para generar el cambio deseado (Hewitt & Gantiva, 2009), así, los cambios en la narrativa que la consultante tiene sobre el abuso que sufrió, cambian su percepción de sí misma, pasando de víctima a reconocerse como persona resiliente, que sobrevivió al abuso y ha podido enfrentarlo e ir reparando los daños durante el transcurso de su vida, mediante la valoración de sus recursos y logros se consolidan los cambios, decide quitarle lo que le queda de poder sobre sí misma, enfrentándolo, de manera simbólica, como se detalla en secciones anteriores del presente artículo.

Finalizando la aplicación de las estrategias, es importante que la persona evalúe su efectividad, pudiendo proponer actividades de refuerzo de tener una valoración positiva ((Hewitt & Gantiva, 2009). La consultante, identifica todos los aspectos de su vida en que ha mejorado, comunicando que mantendrá las actitudes que permitieron estos cambios. Además, expresa satisfacción y agradecimiento por el proceso terapéutico.

Podemos evidenciar cómo la intervención psicoterapéutica resultó ser efectiva en el tratamiento de los síntomas clínicos del abuso sexual, este hallazgo se encuentra relacionado con algunos estudios que señalan que la psicoterapia resulta ser eficaz en el tratamiento de problemáticas como el maltrato infantil y abuso sexual (De la Cruz, 2023c).

Cabe resaltar que, el ASI es una realidad muy frecuente en nuestra sociedad, llegando a afectar entre un 15 a 20% de la población (Echeburúa & de Corral, 2006), teniendo graves consecuencias para el desarrollo y la salud mental de las personas sobrevivientes, a nivel emocional, en sus relaciones interpersonales, vida sexual, autonomía, adaptación y todas las esferas de su vida (López et al., 2012). El abordaje psicoterapéutico en estos casos suele ser delicado y doloroso, siendo significativa la tasa de deserción (López-Castilla, 2022; Echeburúa et al., 2014). Esto sin contar a las personas que evitan seguir un tratamiento o no tienen las posibilidades económicas del mismo. Es necesario asegurar el acceso a una atención psicoterapéutica y en salud mental dignificante y oportuna para todas las víctimas.

De igual manera, la detección temprana del ASI dependerá de la edad, el nivel de comprensión de los niños, de su capacidad para verbalizar y comunicar lo que ocurre, del espacio de contención, afectivo y de protección que le brinden sus padres y familiares para que lo transmita. También de la culpa y el miedo que suelen utilizar los agresores para callar a sus víctimas. Sin embargo, aún en las mejores condiciones familiares, estas situaciones quedan en el recuerdo de las víctimas, como también pueden tener efectos físicos (transmisión de enfermedades, embarazos no deseados y otros); de allí la importancia estrategias que contribuyan a prevenir e intervenir dicha problemática, al igual que promover normas y políticas de prevención y protección a los NNAs. Así, la educación integral en sexualidad viene desarrollando espacios seguros para que los NNAs reconozcan, respeten y expresen límites sobre su sexualidad, reconociendo oportunamente situaciones de riesgo, incluyendo al ASI (Sánchez, 2019). En la misma línea, refuerza la comunicación, crianza, afectividad y otros factores protectores en la familia y la comunidad educativa, brindando herramientas oportunas, a pesar de la fuerte oposición política.

Se concluye que la intervención terapéutica logró eliminar la sintomatología clínica asociada al TEPT y los patrones cognitivos relacionados con la experiencia de ASI. La consultante evidenció una mejoría considerable a nivel personal, familiar y laboral. La

aplicación de la psicoterapia breve estratégica resultó ser exitosa. Se recomiendan mayores estudios e investigaciones de la aplicación de psicoterapia breve con casos de abuso sexual y estrés post traumático, así como políticas de acceso al tratamiento y prevención para toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo Ossandón, V. (2002). Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Corporación ONG Paicabí. <https://acortar.link/QNFEFF>
- Bartoli, S., y De la Cruz Gil, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- Cornejo Troche, O. (2021). Terapia breve centrada en soluciones en un caso de trastorno de estrés post traumático. *Ajayu*, 19(1), 160-194. <https://acortar.link/ZamJwA>
- De la Cruz Gil, R. (2023a). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia y Psique*, 1(1), 67-80. <https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.v1n1.03>
- De la Cruz Gil, R. (2023b). Protocolo de abordaje e intervención terapéutica a mujeres víctimas de violencia sexual, desde la Psicoterapia Breve. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica.
- De la Cruz Gil, R. (2023c). Eficacia de la psicoterapia en el maltrato infantil. Una revisión sistemática de la experiencia Latinoamericana. *Revista perspectivas metodológicas*, 23(1)1-9. <http://dx.doi.org/10.18294/pm.2023.4337>
- De la Cruz Gil, Ricardo. (2021). Epistemología sofista y su influencia en la terapia breve estratégica, modelo Nardone. *Revista Límite (Arica)*, 16, 1. Epub 03 de septiembre de 2021. <https://acortar.link/34XQdk>
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82. Recuperado en 25 de junio de 2024, de <https://acortar.link/uvABGN>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y de Corral, P. (2014). Factores Relacionados con el Rechazo y el Abandono de la Terapia en Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales Tratadas en la Edad Adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 51-60.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. <https://acortar.link/IxLkxm>
- García Aguiar, A. (14 de mayo del 2011). La novela del trauma. Alicia García Aguiar, psicoterapeuta oficial del Centro de Terapia Estratégica. <https://acortar.link/6QpR6x>
- García Aguiar, A. (29 de enero del 2018). Escritura a mano para liberarse del dolor. Alicia García Aguiar, psicoterapeuta oficial del Centro de Terapia Estratégica. <https://acortar.link/4oZZcN>
- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009) La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 165-176
- Instituto Nacional de las Mujeres (2010). Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual. <https://acortar.link/rgSZLL>
- Laso Ortiz, E. (2021). Sanar el pasado en el presente: terapia breve transgeneracional en clave emocional. *VINCULARTE. Revista Clínica y Psicosocial*, 6(6) 69 - 81.
- León, P. (4 de agosto del 2024) Niñas Valientes por cifras de abuso sexual infantil en Chile: "Es fundamental romper con este silencio" *Diario Uchile*. <https://n9.cl/fwf1m>

- López-Castilla, C. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia. *Escritos de Psicología (Internet)*, 15(1), 40-49. Epub 27 de septiembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.24310/epsiescpsi.v15i1.14030>
- Losada, A. V. y Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102-134.
- Losada, A., Zambrano Villalba, M. C., y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Revista de psicología UNEMI*, 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Milanese, R. (26 de enero del 2017). Convierte la herida del trauma en una cicatriz. Tratamiento Estratégico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Centro de terapia estratégica. Recuperado el 3 de setiembre del 2024 de <https://acortar.link/cj7kaM>
- Morrison, J. (2015). DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (8 de noviembre del 2024) Reserva la fecha: Primera Conferencia Ministerial Mundial para poner fin a la violencia contra la niñez. <https://acortar.link/CtQo16>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de setiembre del 2022). Maltrato infantil. <https://acortar.link/3fjwQ>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de octubre del 2023). Lifetime prevalence of child sexual abuse. Recuperado el 3 de setiembre del 2024 de <https://acortar.link/Uo87D5>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Informe sobre la situación regional 2020: Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en la Región de las Américas. <https://doi.org/10.37774/9789275322949>
- Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental (Ciudad de Mexico, Mexico)*, 32(2), 145-153.
- Pinto-Cortez, C., y Guerra, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista De Psicología*, 28(2). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658>
- Reyes Manríquez, K. (2021). Cambio terapéutico con adultos que han vivido abuso sexual infantil, desde psicoterapias humanistas-existenciales. [Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile facultad de Ciencias Sociales escuela de postgrado]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/193938>
- Rodríguez López, Y., Aguiar Gigato, B. y García Álvarez, I. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 58-68. Recuperado el 24 de junio de 2024, de <https://acortar.link/Dv5aVA>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16(3), 261-270.
- Rueda Rodríguez, P. (2017). Proceso psicoterapéutico de una paciente sobreviviente de violencia sexual en su infancia basado en la logoterapia [Tesis de maestría en psicología - profundización clínica, Universidad del norte de Barranquilla]. <https://acortar.link/d4JzM8>
- Sanchez Ruiz, A. (2019). Educación sexual integral, maltrato y abuso infanto-adolescente. *Revista Pelicano* 5, 56-71. <https://acortar.link/d43IWW>
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>

Whealin, J. y Barnett, E. (6 de octubre del 2022). Child Sexual Abuse.US department of veterans affairs. Recuperado el 31 de julio del 2024 de <https://acortar.link/MC1ZpF>