



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CENTRADA EN EL TRAUMA EN PERSONA QUE

VIVIÓ ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA POR

VERÓNICA VANESSA GALICIA NERI

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLÍNICA DE ADULTOS

DIRECTOR DE TESIS

DR. RICARDO CASTILLO AYUSO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 922243 durante el periodo julio-diciembre 2018 a enero-julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

*“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”*

Carl Gustav Jung

Agradecimientos

Hay muchas personas a las que me gustaría agradecer que esta meta se haya hecho realidad, creo que no hubiera sido posible sin su apoyo brindado.

Principalmente a mi familia Zaira, Denisse, Verónica, Demetrio quienes han estado acompañándome toda mi vida, apoyándome incondicionalmente, personas que amo profundamente y a quienes no me alcanzarían las palabras para expresar todo lo que siento y lo agradecida que estoy por todo.

A Lucio, Karina, Mariana, Mauricio, Cris, Gabriel, Lucero, Jennifer, Miriam, Beto, Ricardo, Demetrio y Ofelia, Alberto y Rodrigo por todo lo que han hecho por mí en diferentes momentos de mi vida, destacando que esta etapa no fue la excepción.

A Rominna, Diana, Brenda y Nai quienes comenzaron siendo amigas y se volvieron poco a poco parte de mi familia, convirtiéndose en grandes hermanas, agradezco su sororidad, su acompañamiento en la lucha por nuestros derechos, su amor y su cariño.

A Beto con quien compartí una parte de mi estancia en Mérida, y con quien he compartido y sigo compartiendo la mayor parte de mis días; por su comprensión, ternura y amor brindado en todo momento, por ser mi compañero de vida de quien aprendo tanto y quien me permite enseñarle lo que sé, por cuestionarnos, por debatir, por acompañarme en la lucha de problemáticas sociales, por ejercer nuevas masculinidades y por apoyarme siempre.

Finalmente, a todas las profesoras y profesores, principalmente a mi director, el profesor Ricardo Castillo Ayuso, quien estuvo en toda la disposición de guiarme en este camino y a quien admiro por su conocimiento y su contribución a toda mi práctica clínica, en verdad gracias.

No saben lo mucho que han influido en mí todas las personas mencionadas, gracias por hacer más ligero mi camino, les quiero y agradezco infinitamente.

Resumen

Las personas que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia o adolescencia pueden experimentar dificultades en diferentes aspectos de su salud mental. Se ha encontrado correlación con algunos rasgos de trastorno de ansiedad, depresión, estrés postraumático, drogadicción y trastornos alimenticios (Aguirre, 2002). A nivel mundial uno de cada diez hombres y una de cada cinco mujeres reportan haber sufrido abusos sexuales en su infancia. (Save the Children, 2019). El objetivo del proyecto fue realizar una intervención con una persona víctima de abuso sexual en la infancia utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma para disminuir síntomas de ansiedad y depresión. La realización del proyecto implicó tres etapas: I) Evaluación y diagnóstico de la paciente, II) Intervención Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma que constó de 21 sesiones de 50 minutos y III) Evaluación del tratamiento. La metodología corresponde a un estudio de caso clínico. Respecto a los resultados se observó, mediante las evaluaciones pre y post con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, una disminución en los síntomas de ansiedad de severa a leve y de depresión, de severa a mínima, con lo cual se evidenció la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma en este caso específico. Finalmente se discute la importancia de brindar más espacios donde se trabaje con personas que vivieron abuso sexual en la infancia mediante Terapias basadas en la evidencia.

Palabras clave: Abuso sexual, Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma, Intervención Clínica, Ansiedad, Depresión.

Tabla de contenidos

Capítulo 1.....	11
Introducción.....	11
Capítulo 2.....	12
Marco Teórico.....	12
Violencia.....	12
Definición.....	12
Formas y contextos de la violencia.....	12
Abuso sexual infantil.....	13
Categorías en el abuso sexual infantil.....	14
Prevalencia.....	16
Consecuencias.....	16
Abordaje del abuso sexual desde los principales modelos psicoterapéuticos.....	21
Capítulo 3.....	29
Metodología.....	29
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos de la investigación.....	29
Escenario y participantes.....	29
Tipo de Muestreo.....	30
Criterios de Inclusión.....	30
Criterios de Exclusión.....	30
Diseño de investigación.....	30
Presentación del Caso.....	31
Conceptualización del caso.....	33
Instrumentos.....	36
Resultados de la evaluación diagnóstica.....	38
Programa de Intervención.....	41
Descripción de las Sesiones.....	47
Capítulo 4.....	58
Resultados y Discusión.....	58
Resultados posttest de la Ansiedad.....	58
Resultados posttest de la Depresión.....	59
Discusión.....	64
Conclusión.....	66
Limitaciones.....	66
Referencias.....	68
Apéndice.....	73
Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	73
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	78
Hoja de apoyo 1.....	80
Hoja de apoyo 2.....	81

Hoja de apoyo 3 83

Lista de tablas

Tabla 1	42
Fases y Componentes del Programa de Intervención	42
Tabla 2	45
Fases y Objetivos del Programa de Intervención aplicado	45
Tabla 3	47
Sesiones del Programa de Intervención	47

Lista de figuras

Figura 1	34
Mapa Clínico de Patogénesis	34
Figura 2	35
Mapa Clínico de Fortalezas	35
Figura 3	38
Puntajes de Pretest de la Ansiedad.....	38
Figura 4	39
Puntajes Pretest de Depresión.....	39
Figura 5	58
Puntajes Pre y Postest de Ansiedad	58
Figura 6	60
Puntajes Pre y Postest de la Depresión	60

Capítulo 1

Introducción

El abuso sexual se ve manifestado en aquellos actos sexuales llevados a cabo por un adulto sobre alguien que no tiene la capacidad de consentir el hecho, ejerciendo control y poder para lograr su objetivo (Aguirre, 2002). México se encuentra en primer lugar de abuso sexual infantil, a pesar de todo el sufrimiento que experimentan las víctimas, por diversos factores suele ser hasta la adultez cuando buscan ayuda al respecto. Yucatán se encuentra en segundo lugar a nivel nacional en casos de abuso sexual de menores. Se sabe que cada año más de 4 millones de niñas y niños son víctimas de abuso sexual en el país, y únicamente es denunciada una de cada cuatro violaciones. (La Jornada Maya, 2019).

Las personas que han sido víctimas de abuso sexual en su infancia o adolescencia suelen ver mermada su salud mental y se ha encontrado correlación con varios trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, estrés postraumático, drogadicción y trastornos alimenticios (Aguirre, 2002). Sin embargo, a pesar de la correlación mencionada en algunas investigaciones, aún siguen existiendo pocos espacios donde se trabaje exclusivamente con personas que vivieron abuso sexual en la infancia.

Es por lo anterior que se pretendió realizar una intervención con una adulta joven que vivió abuso sexual en la infancia utilizando la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva. Se busca que, a través de dicha intervención, una vez demostrada la eficacia en este caso, se pueda aplicar a más personas que se encuentren en situaciones similares.

Capítulo 2

Marco Teórico

Violencia

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad” resaltando que puede desencadenar en traumatismo, problemas psicológicos, de desarrollo o la muerte.

Esta se puede expresar en distintas formas, desde las simples molestias, insultos, tocamiento y ataque físico abusivo hasta el abuso sexual (O’Donohue, Downs y Yeater, 1998 citado en Ortega, Rivera & Sánchez, 2008).

Formas y contextos de la violencia

La OMS (2002) plantea tres formas con distintos contextos de la violencia:

Violencia interpersonal:

Acto violento cometido por uno o más individuos, incluye la violencia familiar, violaciones y agresiones sexuales. Contemplan violencia física, sexual, psíquica y abandono.

Violencia autoinfligida y suicidio:

Acto violento cometido hacia uno mismo. Entre los factores de riesgo se encuentran: abuso del alcohol y/o drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, aislamiento

social, trastornos psiquiátricos, como la depresión, esquizofrenia, o un sentimiento general de desesperanza, entre otros.

Violencia colectiva:

Uso de violencia por personas miembros de un grupo frente a otro grupo cuyo objetivo puede ser de carácter político, económico o social.

Incluye actos de violencia perpetrados por Estados como genocidio, represión, entre otros; también terrorismo y crimen organizado, conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos.

Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil implica la transgresión de los límites íntimos y personales de los niños. Existe una imposición de comportamientos de carácter sexual por parte de una persona hacia un menor, se lleva a cabo en un contexto de desigualdad de poder, normalmente haciendo uso de engaños, fuerza, mentiras o manipulación (Save the Children, 2019).

Por otro lado, el abuso sexual infantil involucra actividad sexual no acorde a la edad de la niña o el niño, una acción de confidencialidad y amenazas de lo que podría pasar si se cuenta a alguien. Todo esto puede llevar a confusión emocional, miedo y en ocasiones, placer, sin embargo, todo esto suele ser extraño y desagradable para el menor; puede incluir desnudez, exposición a material sexualmente explícito, tocamiento corporal, masturbación, sexo oral, anal o genital, exhibicionismo, insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar abuso a otro menor, exposición a actos sexuales de adultos, prostitución, pornografía infantil, entre otros (González, 1995 citado en Barrios, 2012).

Además, no siempre implica un acto violento, en ciertas ocasiones el agresor utiliza la manipulación para poder ganarse la confianza de la víctima y así cometer los abusos (Berliner, 2000; Echeburúa & De Corral, 2006; Finkelhor, 1979 citado en Guerra & Farkas, 2015).

Por otra parte, en México, es un tipo de maltrato infantil muy poco documentado en las áreas social, de la medicina y en la parte legal (Guzmán et al., 2015).

Categorías en el abuso sexual infantil

Barrios (2012) destaca las siguientes categorías en el abuso sexual infantil:

Abuso sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral o anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Agresión sexual: Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

Exhibicionismo: Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

Explotación sexual infantil: Una categoría de abuso sexual infantil en la que la persona abusadora persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil (trata de menores para la explotación sexual, turismo sexual, prostitución y pornografía infantil).

Aunado a lo anterior, la Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual elaborada por el Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011) menciona las siguientes Dimensiones Involucradas en el concepto de Abuso Sexual Infantil:

Derechos Humanos: El abuso sexual implica una vulneración grave de los derechos. (OMS, s.f. citado en Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011)

Dimensión ética: El abuso sexual conlleva un ejercicio abusivo del poder, ya que existe una vulnerabilidad física y psicológica.

Dimensión sociocultural: Existen factores de poder relacionados con la familia, la cultura y la sociedad que favorecen la ocurrencia del abuso y ponen en duda la veracidad del relato del menor. (González, 2004 citado en Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011) Un aspecto específico en esta dimensión son los estereotipos y relaciones de género. La violencia contra las mujeres y las niñas es una de las violaciones de los derechos humanos más graves, extendidas, arraigadas y toleradas en el mundo. (OMS, 2018). El enfoque de género permite analizar las diferentes situaciones de los menores para observar qué roles y comportamientos les son socialmente atribuidos en función del sexo, identificando las oportunidades y/o dificultades que generan a unos y a otras. Todo esto debe ser tomado en cuenta en la prevención, detección y atención especializada de quienes han sufrido abuso sexual, para identificar los estereotipos de género que favorecen la reproducción de patrones de conducta violenta. El abuso sexual se da en el marco de la socialización de género, en una sociedad predominantemente patriarcal, ya que el hombre (padre, padrastro, abuelo, amigo) es reconocido como una figura que tiene más poder y el privilegio de posesión, no sólo de las mujeres, sino también de los niños, niñas y adolescentes. (Barudy, 1998 citado en Ministerio de Salud de Chile y UNICEF, 2011)

Dimensión psicológica: el abuso sexual afecta el desarrollo biopsicosocial actual y futuro, pudiendo generar trastornos de depresión, estrés postraumático, de personalidad, ansiedad, disfunciones sexuales, entre otros.

Dimensión biológica: en esta dimensión destacan las infecciones de transmisión sexual, ruptura anal, daños en el aparato reproductivo, entre otras.

Dimensión legal: el abuso sexual está tipificado como delito en el Código Penal.

Prevalencia

A nivel mundial se sabe que uno de cada diez hombres y una de cada cinco mujeres reportan haber sufrido abusos sexuales en su infancia (Save the Children, 2019).

Si bien hay casos registrados de violación de jóvenes y niños por otros hombres e igualmente hay registro de abuso sexual de hombres jóvenes llevado a cabo por mujeres mayores; suelen ser las mujeres y niñas principalmente las víctimas de abuso sexual, mientras que los hombres suelen ser los agresores en la mayoría de los abusos. (OMS, 2002).

México ocupa el lugar 1° a nivel mundial en abuso sexual infantil. Cada año más de 4 millones de niñas y niños son víctimas de abuso sexual en el país y sólo se denuncia 1 de cada 4 abusos. (La Jornada Maya, 2019).

Aunado a lo anterior, Yucatán se encuentra en 2° a nivel nacional (La Jornada Maya, 2019).

Consecuencias

Las consecuencias en las víctimas de abuso sexual dependerá de las características de la situación, la forma particular de afrontar tal experiencia por parte de la víctima y su entorno, la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserta(o) el niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la investigación temprana, la reacción de la familia ante la revelación y el tratamiento proporcionado, por lo que no se puede generalizar el tipo de consecuencia de las víctimas de abuso sexual infantil (Felzen, 2004 citado en Ministerio de Salud de Chile & UNICEF, 2011); ya que incluso algunos de ellos podrían presentar

sintomatología grave e inmediata, mientras que otros la presenten sólo en el largo plazo (Kendall, 1993 citado en Ministerio de Salud de Chile & UNICEF, 2011).

Es resaltante que no se ha encontrado una correlación entre la gravedad de los síntomas y el sexo o edad del agresor; mientras que los factores asociados a un peor pronóstico corresponden a abuso con violencia, penetración, cronicidad de abuso y cercanía del perpetrador (Kendall, 1993 citado en Ministerio de Salud de Chile & UNICEF, 2011).

Asimismo, aunque no existen muchos estudios que hablen sobre trastornos psicológicos asociados al abuso sexual infantil, algunas investigaciones señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, intento o consumo de suicidio, abuso de alcohol o trastorno de estrés postraumático es aproximadamente tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada (Bernet y Corwin, 2006; Holmes y Slap, 1998 citado en Ministerio de Salud de Chile & UNICEF, 2011).

Otros estudios señalan que los problemas psicológicos principalmente asociados con el abuso sexual infantil son la depresión, ansiedad, ira, intento de suicidio, baja autoestima, miedo y pesadillas, quejas somáticas, retraimiento, problemas de atención y desórdenes alimenticios (Yüce et al., 2015); mientras que Cortés, Cantón y Cantón (2011) agregan trastorno de estrés postraumático, problemas en las relaciones interpersonales, vulnerabilidad a una nueva victimización, trastornos en el funcionamiento sexual, consumo de drogas o alcohol, y desarrollo de trastornos ginecológicos, gastrointestinales o coronarios.

Por otra parte, las personas que fueron abusadas sexualmente en la infancia han reportado tener menos amigos cercanos, más conflictos con sus padres, un inicio más temprano de actividad sexual y sexo sin protección con más frecuencia que los que no fueron abusados (Yüce et al., 2015; Velázquez, Guzmán & Villanueva, 2013).

El Ministerio de Salud de Chile & UNICEF (2011) en la Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual destacan las siguientes consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo:

Consecuencias físicas del abuso sexual infantil (Pereda, 2006; Felzen, 2004; Ministerio de Salud de Chile, 2004 citados en Ministerio de Salud de Chile & UNICEF, 2011):

Manifestaciones agudas en el periodo inicial de una agresión:

- Lesiones anales o vaginales
- Embarazo no deseado
- Infecciones de transmisión sexual: gonorrea, clamidia, tricomoniasis, sífilis, VIH / SIDA y hepatitis B, cuadros clínicos de vulvitis, vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis bacteriana, verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano, infertilidad, embarazo ectópico.

Consecuencias a largo plazo:

- Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos, anorgasmia, vaginismo, dispareunia, dolores pélvicos crónicos, menopausia temprana.
- Incontinencia anal o vesical.

Consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual infantil en la salud mental

Las consecuencias clínicas inherentes a este tipo de abuso si bien son de naturaleza psicológica, pertenecen tanto a la clínica médica como a la psicológica. Es por esto que suele utilizarse comúnmente como referencia el manual de diagnóstico CIE-10 y sus criterios diagnósticos, siendo este el manual que abarca más información al respecto.

Trastornos asociados del CIE 10 a corto plazo

- Reacción de estrés agudo

- Trastorno de estrés postraumático
- Crisis de pánico
- Episodio depresivo
- Trastornos emocionales de comienzo en la infancia: ansiedad de separación, fobias
- Trastornos de sueño: terrores nocturnos, pesadillas, insomnio
- Trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia, bulimia, obesidad
- Otros trastornos disociativos
- Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y orientación sexual
- Trastorno oposicionista desafiante
- Pérdida del control de esfínteres: enuresis y encopresis no orgánicas

Síntomas aislados

- Intentos de suicidio o ideas suicidas
- Desmotivación
- Baja autoestima
- Sentimientos de culpa
- Conducta hiperactiva
- Dificultades de atención y concentración
- Trastornos del aprendizaje
- Alteración del funcionamiento cognitivo y rendimiento académico, repetir ciclos escolares
- Aislamiento social, menos amigos
- Hostilidad, agresividad, rabia

- Rechazo a figuras adultas
- Hostilidad hacia el agresor
- Temor al agresor
- Fugas del hogar
- Deserción escolar
- Interés excesivo por juegos sexuales
- Conducta sexualizada que no corresponde a la edad ni etapa evolutiva

Trastornos asociados del CIE 10 a largo plazo

- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno de ansiedad
- Trastornos por estrés postraumático
- Disfunciones sexuales
- Trastornos de personalidad y comportamiento en adultos

Síntomas aislados

- Explotación sexual comercial, baja autoestima
- Estigmatización
- Conductas de riesgo, ausencia de autoprotección
- Ideas suicidas e intentos de suicidio
- Fracaso escolar
- Abuso y dependencia de alcohol y/o drogas
- Conductas delictuales
- Relaciones familiares conflictivas
- Negligencia de obligaciones

- Aislamiento social, menos interacciones sociales, baja participación en actividades comunitarias
- Dificultad en las relaciones de pareja, elevado índice de ansiedad social, estilo parental permisivo, percepción negativa de sí misma (o) como madre o padre, uso de castigo físico ante conflicto con sus hijas(os)
- Revictimización

Mientras que, algunos motivos que influyen para que los niños, niñas y adolescentes no revelen que están siendo o han sido abusados, son (UNICEF, 2016):

- El menor o su familia reciben amenazas de daño físico o muerte.
- Existe temor de lo que pueda ocasionar en el agresor o su familia.
- Miedo a ser acusados de complicidad y complacencia con el agresor.
- Evitan ser estigmatizados y rechazados.
- Por sentimientos de culpa, vergüenza y desvalimiento.
- Falta de redes dispuestas a creer en sus palabras.

Aunado a lo anterior, otras investigaciones como la de Hernández, Ortega & Barrento (2012) destacan entre otros motivos, la manipulación de los lazos afectivos, un discurso culpabilizante por parte del abusador y la obligación del silencio y del secreto.

Abordaje del abuso sexual desde los principales modelos psicoterapéuticos

Modelo sistémico

A diferencia de otros enfoques donde se ofrecen manuales exponiendo los procedimientos y la operacionalización de los conceptos teóricos, en el enfoque sistémico no es muy común encontrarlos debido a que en la teoría sistémica se visualizan los fenómenos en un nivel de complejidad alto, que se compara al que poseen las relaciones interpersonales y esto

conlleva que cada situación que se presenta como problema tiene una historia particular, y por lo tanto un tratamiento específico.

Perrone y Nannini (1997 citado en Hernández, Barreto y Ortega, 2012) Proponen un protocolo de intervención donde se plantean seis etapas en las cuales se apunta a revelar la existencia del hechizo como modo relacional, y hacer posible que la víctima reescriba su historia ahora desde el marco de esta nueva manera de comprender qué le provee el concepto de hechizo (en cual existe una interacción donde uno ejerce dominación sobre el otro); y se buscará el vínculo de lo sucedido con el comportamiento actual de la víctima; se buscará que ésta recupere su poder, y se revisan los rituales que se instalaron en la familia alrededor del abuso. El objetivo es que la víctima, al recuperar su poder, salga del hechizo y concluya el tratamiento con una reparación de su auto imagen e historia.

Madanes (1993 citado en Hernández et al., 2012) realiza una propuesta de intervención para el tratamiento de casos de abuso sexual a través de dieciséis pasos. Estos pasos incluyen acciones como la narración de los hechos por parte de todos en el sistema familiar; hacer conciencia del dolor provocado en lo individual y en la familia; una petición sincera del perdón; la reparación del daño y el auto perdón por el agresor. Este tratamiento puede ir encaminado a intervenir en el área emocional y cognitiva tanto de la víctima como del abusador.

Por otra parte, Bill O'Hanlon (2001 citado en Hernández, et al., 2012) propone lo que él denomina Terapia de posibilidades.

De acuerdo a este modelo existe una manera de trabajar en el presente con una orientación hacia el futuro para resolver las secuelas de abusos sexuales. Todo esto mediante tres estrategias generales:

1. Reconocer la experiencia pasada y presente sin cerrar las posibilidades de cambio.

2. Ayudar a la persona a recuperar los aspectos disociados, desapegados o devaluados de su experiencia o de su persona y a valorarlos.

3. Reinstaurar una sensación o una visión del futuro que tenga significado y ofrezca posibilidades.

Por otra parte, se destacan algunas relaciones entre el construccionismo social y la terapia familiar narrativa, donde al narrar la historia de abuso sexual, las familias conocen y experimentan otras y nuevas secuencias narrativas, hallando una pauta de sentido que corresponde al momento vivido. Todo ello fomenta la construcción de una nueva narrativa (Magnabosco, 2014).

Finalmente, es importante recalcar que la edad del menor y lo que implica, puede influir en la intervención psicológica con la propia víctima.

Por lo anterior, se busca:

- Garantizar capacidad para supervisar la evolución la víctima
- Dotarle de seguridad a la víctima
- Brindar estrategias de afrontamiento adecuadas
- Superar efectos psicológicos que ellos mismos padezcan (Echeburúa &

Guerricaecheverría, 2011)

Modelo Psicodinámico

Al hablar desde el enfoque psicodinámico con personas que han sido víctimas de abuso sexual resulta importante hablar del abuso sexual como evento traumático.

Puede que en un primer momento el trauma no se instale como tal en el momento de ocurrencia del evento, sin embargo, luego de la pubertad, donde hay un encuentro con la sexualidad, puede despertar el evento pasado, resignificándolo. El evento traumático se puede seguir viviendo en

pensamientos, sueños y emociones como una realidad presente Este trauma puede mantenerse inconsciente por la represión, actuando como un saber no sabido, como una casualidad oscura y angustiante (Pignatiello, 2006). El recuerdo puede entrar en conflicto con la conciencia moral del sujeto que las padece, produciendo dicha respuesta represiva, debido a que las tendencias socioculturales enseñan a censurar este tipo de actos. (Uribe, 2010)

A través de las sesiones desde este enfoque se va a posibilitar la emergencia de un sujeto allí donde la persona se ha visto reducida a una condición de objeto degradado del Otro; cortando con la pasividad de objeto abusado mediante esta separación subjetiva que sólo el paciente puede construir. Aunado a esto, un aspecto importante es que el reconocerse como víctima de abuso sexual es un paso importante para comenzar a tratar lo que sucedió; ya que el término “Abuso Sexual” es un término para intentar nombrar algo que sucedió, que no marcha con la sexualidad. (Pignatiello, 2006)

Modelo Humanista

De acuerdo a Martínez (2012) la primera vez que el o la paciente rompe el silencio, el terapeuta debe mostrar empatía, validar su coraje y valentía por compartir esa parte de su existencia. La persona puede experimentar ansiedad por su apertura, vergüenza, temor a ser juzgada de nuevo, y a no ser escuchada y entendida.

La experiencia queda guardada, consciente o inconscientemente, como un asunto inconcluso.

Una de las técnicas principalmente usadas es la “revivenciación” de la experiencia de violencia sexual, la cual consiste en:

Contacto: donde el paciente ubica el lugar de la tensión e identifique cómo es.

Exageración: en la cual exagera la forma y movimiento en que se presenta la tensión para reconocer la necesidad.

Dirección: en esta se señala a la persona o situación hacia la cual va dirigida la energía.

Expresión: busca facilitar la expresión.

Integración de polaridades: se deberán integrar polaridades como fortaleza-debilidad, adulta-niña, independiente-dependiente, cerrada-abierta, sensible-racional, entre otras.

Finalmente, otros aspectos importantes a considerar son:

- Sensibilización corporal.
- Manejo de sueños.
- Actualización del manejo de sus relaciones interpersonales.

Modelo Cognitivo-Conductual

De acuerdo a Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) la actuación de la terapia desde este enfoque va encaminada a los siguientes objetivos:

Reestructuración cognitiva. Enfocada a detectar y modificar los pensamientos distorsionados en relación con la situación de maltrato y abuso.

Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Dirigidas en primer lugar a reducir los niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular progresiva; posteriormente, a controlar las preocupaciones mediante las técnicas de detención del pensamiento y de distracción cognitiva y la programación de actividades incompatibles.

c) Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas: Definido por Rodríguez Naranjo y Gavino (1997 citado en Gómez et al., 2014) como un proceso cognitivo comportamental con el objetivo de ayudar a la persona a hacer disponibles una variedad de

alternativas de respuesta para enfrentarse con soluciones problemáticas y a incrementar las respuestas más eficaces de esas opciones.

Si bien existen diferentes maneras de intervenir desde este enfoque, una de las propuestas por sesión es la siguiente (Gómez, Burbano, y Ramírez, 2014):

- 1° Sesión
 - Se establece una relación terapéutica positiva.
 - Plantear los objetivos generales de la intervención
 - Proporcionar pautas urgentes de actuación
- 2° y 3° Sesión
 - Fase educativa preventiva
- 4° Sesión
 - Evaluación psicológica
- 5° y 6° Sesión
 - Deshago emocional
 - Elaboración cognitivo- emocional del abuso
- 7° a 14° Sesión
 - Intervención sobre secuelas específicas y sesiones conjuntas.

Todas tienen en común observar cada caso particular, y ver qué tratamiento es pertinente para cada paciente teniendo en cuenta las implicaciones futuras de las víctimas de abuso sexual (Gómez et al., 2014)

Terapia Cognitiva Conductual Centrada En El Trauma (TF-CBT)

La TF-CBT es un modelo de psicoterapia basada en los principios del modelo cognitivo-conductual y diseñada por Judith Cohen, Anthony Mannarino, y Esther Deblinger (Cohen,

Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012) originalmente diseñado para ayudar a niños, niñas y adolescentes junto con sus padres a superar las consecuencias negativas de eventos traumáticos, específicamente síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. La duración del tratamiento habitualmente es de 8-25 sesiones donde se incluyen terapias individuales con el paciente, los padres y en conjunto.

De acuerdo a Cohen et al (2012) se pueden evidenciar cinco áreas afectadas principalmente en la vida de una víctima de trauma:

Afectividad. ansiedad, ira, desregulación emocional y tristeza.

Componente comportamental. evitación de recordatorios del trauma, conductas autolesivas y conductas mal adaptativas.

Área biológica. hipervigilancia, falta de sueño, dolores de estómago y cabeza, entre otros problemas somáticos que interfieren con su funcionamiento.

Cognitivo y perceptual. memorias y pensamientos intrusivos relacionados al trauma, creencias mal adaptativas, disociación, síntomas psicóticos y desregulación cognitiva.

Área social. incluye relaciones dañadas con la familia, amigos y compañeros, retiro social, apego y/o confianza dañada

Por lo que, esta Terapia provee un ambiente adecuado en el que la víctima puede hablar de su pasado en un espacio seguro. Dentro de los principales objetivos de la TF-CBT se encuentran fomentar la seguridad, discutir pensamientos negativos, como la ideación suicida, y reducir comportamientos negativos. (Moore, 2017). Cabe destacar que esta terapia se compone de cuatro modelos diferentes: la teoría de apego, terapia familiar, terapia de exposición y terapia cognitiva conductual (Takazawa, 2015 citado en Ruales, 2019).

Estudios previos de la TF- CBT en abuso sexual.

En Chile se realizó un estudio denominado Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma llevado a cabo por Guerra y Barrera (2017), en esta investigación se menciona que si bien existe pocos estudios referidos a la efectividad de las intervenciones terapéuticas con adolescentes víctimas de abuso sexual, en otros países existe evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT) que crea la hipótesis de su utilidad en el contexto chileno. Por tanto, el objetivo fue realizar la evaluación piloto de un protocolo inspirado en la TF- CBT.

La muestra constó de 21 adolescentes de sexo femenino de 12 a 17 años, quienes se encontraban en un centro de atención a víctimas en Chile; de esta muestra, catorce adolescentes completaron el programa de tratamiento basado en la TFCBT, mientras que siete conformaron el grupo de comparación. Los objetivos del tratamiento fueron: reducir sintomatología, promover una comprensión adecuada de la experiencia traumática, disminuir las creencias de culpa, incrementar las creencias de autoeficacia para enfrentar los recuerdos traumáticos e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la víctima. Todas las adolescentes respondieron instrumentos de auto-reporte para evaluar sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. En los resultados se encontró que el grupo de tratamiento disminuyó significativamente su sintomatología, en tanto el grupo de comparación no mostró variaciones. Finalmente se discutió necesidad de obtener evidencia empírica sobre la efectividad de los tratamientos que actualmente se implementan en Chile, y la utilidad de este tipo de tratamientos en ese contexto. (Guerra y Barrera, 2017).

Capítulo 3

Metodología

Objetivo General

Determinar la efectividad de la intervención individual usando la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el trauma en una persona que vivió abuso sexual en la infancia que asistió a consulta privada en Mérida, Yucatán para disminuir síntomas de ansiedad y depresión.

Objetivos Específicos de la investigación

1. Evaluar síntomas de ansiedad y depresión en una persona que vivió abuso sexual en la infancia de abuso sexual que asistió a consulta privada en Mérida, Yucatán.
2. Realizar una intervención usando la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el trauma en una persona que vivió abuso sexual en la infancia y que asistió a consulta privada en Mérida, Yucatán para disminuir síntomas de ansiedad y depresión.
3. Comparar las evaluaciones pre y post para identificar si existe una disminución en la sintomatología de ansiedad y depresión en una persona que vivió abuso sexual en la infancia y que asistió a consulta privada en Mérida, Yucatán.
4. Dar a conocer los resultados obtenidos.

Escenario y participantes

La muestra que comprende el estudio es una joven adulta de 24 años que vivió abuso sexual en la infancia y que actualmente presenta síntomas de ansiedad y depresión.

Es importante mencionar que su nombre fue cambiado, con el fin de mantener su anonimato. La paciente acudió a un consultorio privado, con iluminación adecuada, aire acondicionado y materiales necesarios para el proceso de terapia, ubicado en Mérida, Yucatán.

Tipo de Muestreo

Muestreo no probabilístico intencional.

Criterios de Inclusión

- Haber vivido una experiencia de abuso sexual en la infancia.
- Haber acudido al consultorio privado ubicado en Mérida, Yucatán.
- Ser mayor de edad.
- Presentar sintomatología ansiosa y depresiva.

Criterios de Exclusión

- Que consuman algún tipo de drogas.
- Que presente algún tipo de trastorno no relacionado con la experiencia de abuso.

Diseño de investigación

El diseño corresponde a un diseño de caso único, ya que se llevó a cabo un estudio de caso clínico en el cual se aplicó una evaluación a la paciente previa a la administración de la terapia, se llevó a cabo el tratamiento y posteriormente se realizó otra evaluación.

Se destaca que los estudios de caso son descriptivos no estructurados y se refieren a una única unidad muestral, (Mertens, 2010 citado en Pérez, 2017).

Presentación del Caso***Datos de identificación de la paciente***

Nombre: *Diana*

Edad: *23 años*

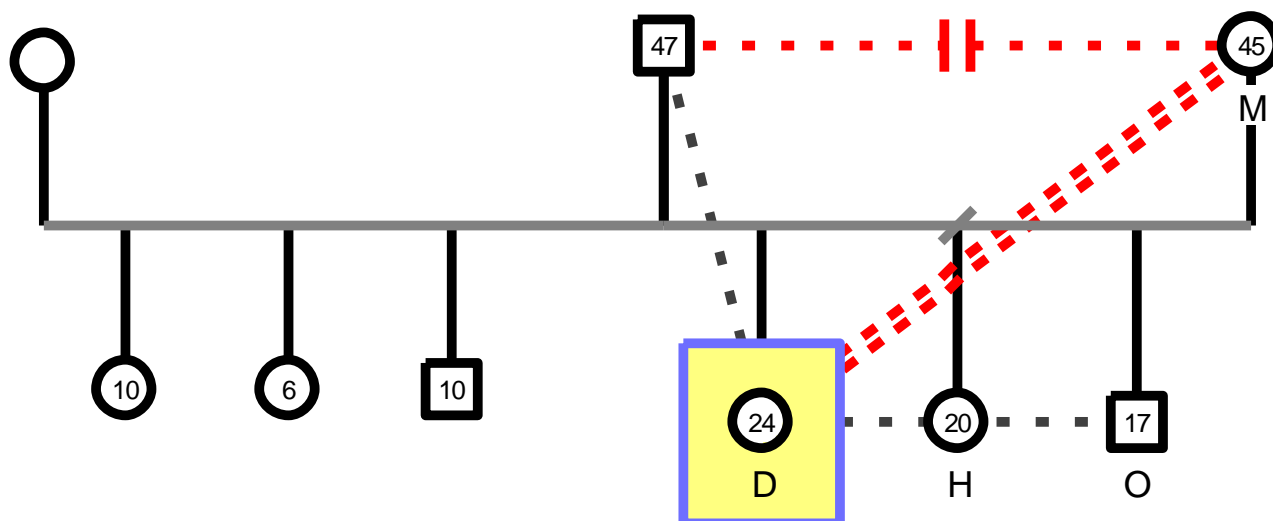
Sexo: *Mujer*

Lugar de residencia: *Yucatán*

Estado civil: *Soltera*

Escolaridad: *Secundaria*

Familiograma



Descripción de la paciente

Paciente de sexo femenino, de 24 años de edad cronológica igual a la aparente, estatura media. Se reservan características físicas debido a la confidencialidad. Se observa en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se encuentra consciente, orientada en tiempo, persona, lugar y situación, presenta habla y lenguaje adecuados, con coherencia y congruencia, y reporta tener redes de apoyo. Refiere presentar síntomas de ansiedad y depresión en la actualidad. A lo largo de la entrevista se muestra con una actitud cooperativa.

Respecto al examen mental ,en este momento no se encontraron indicadores de daño orgánico cerebral o disfunción cerebral que pudiera alterar su conducta o percepción. Sus facultades mentales al momento de la entrevista se encuentran íntegras, conservadas y funcionales, no refiere alteraciones en cuanto a sensopercepción.

Motivo de consulta

Acude debido a que lleva varios años con síntomas de ansiedad y depresión y recientemente le contó a su amiga que en la infancia abusaban sexualmente de ella, asimismo, que tiene dudas sobre su identidad sexual.

Objetivos de la paciente

- 1. "Quiero estar bien, sentirme mejor"
- 2. "Quiero tomar mejores decisiones"
- 3. "Esta vez, en terapia, quiero contar toda la verdad"

Conceptualización del caso

Para la Formulación de caso se utilizó el Mapa Clínico de Patogénesis (Figura 1) y un Mapa Clínico de Fortalezas (Figura 2) mediante los cuales se realiza un análisis funcional de la relación de variables correspondientes a dicha conceptualización.

Figura 1*Mapa Clínico de Patogénesis*

Mapa Clínico de Patogénesis				
VARIABLES DISTANTES	VARIABLES ANTECEDENTES	VARIABLES ORGANÍSMICAS	VARIABLES DE RESPUESTA	CONSECUENCIAS
Hija mayor	Dificultad para adaptarse a los cambios	COGNITIVO	Autolesiones frecuentes	CORTO PLAZO
A los 4 años (2000-2010) Abuso sexual por familiar cada fin de semana.	Relación distante con todos los miembros de la familia y mala relación con la madre.	Ideación suicida; dificultad para tomar decisiones; pobre autoconcepto; rumiaciones sobre identidad de género, si se arrepentiría de tomar hormonas; flashbacks de abuso sexual; futuro desesperanzador; piensa que ha fracasado en varias cosas; piensa que merece ser castigada.	Modificación de dosis del tratamiento psiquiátrico.	Disminución de síntomas de ansiedad.
Kinder-tocamientos por parte de un familiar.	Pocas habilidades sociales	EMOCIONAL	Evita contacto físico	Mejora temporal en el estado de ánimo.
Estilo de crianza autoritario.	Constante malestar físico y emocional desde pequeña.	Tristeza; temor a que ocurra lo peor; miedo a perder el control; temor a morir; insatisfacción en gral.; culpa; decepción de ella misma; dificultad para llorar y expresar emociones; pérdida de interés en las relaciones sociales e irritabilidad.	Fuma una cajetilla al día, en promedio.	Bloqueo emocional.
16 años-Intento de suicidio por ruptura de relación de noviazgo.	Dudas sobre su identidad de género.	FÍSICAS	Evita relaciones sociales y mantiene apego ansioso con la única ya establecida.	Pocas o nulas redes de apoyo.
16 años (2012-2014) Control a base de Carbamazepina, Sertralina, Risperidona, Venlafaxina por depresión e intento de suicidio.		Entumecimiento; temblor en piernas y manos; poca capacidad para relajarse; mareada; taquicardia, nerviosa; inestable; atemorizada; sensación de bloqueo; insegura; dificultad para conciliar el sueño y mantenerse despierta; menos apetito; fatiga; dolor al contacto físico con personas no tan cercanas.		LARGO PLAZO
18 años aprox., separación de padres y abandono por parte de padre.		Adicción al tabaco.		
22 años –Menciona recibir hipnosis para no escribir sobre sus fantasías sexuales y de asesinato, se siente incompleta.		Incremento de síntomas ansiosos y depresivos. Tolerancia a medicamento Suicidio		

Figura 2

Mapa Clínico de Fortalezas

Mapa Clínico de Fortalezas				
VARIABLES DISTANTES	VARIABLES ANTECEDENTES	VARIABLES ORGANÍSMICAS	VARIABLES DE RESPUESTA	CONSECUENCIAS
Apoyo parental en un inicio.	Intención de concluir la prepa y estudiar una licenciatura.	COGNITIVO	Responsable	CORTO PLAZO
		Disposición al cambio Motivada	Puntual	Buen rendimiento en el deporte
	Buena deportista	EMOCIONAL	Buena higiene y cuidado personal	Adecuados hábitos de salud e higiene
Ella es quien pone alto a los abusos.	Grandes habilidades artísticas en escritura y dibujo	Disfruta la convivencia con su mejor amiga Experimenta bienestar al dibujar Le alegra montar a caballo.	Resiliente	Obtención de técnicas para disminuir síntomas ansiosos y depresivos
			Busca formas de canalizar lo que piensa y siente	LARGO PLAZO Mejora en su bienestar psicológico
Buena relación con una tía.	Acude a pedir apoyo psicológico	Buena salud por la actividad física que realiza y por los resultados de estudios realizados.	Honesta en el proceso	Buen rendimiento académico
			Acude a psicoterapia	Obtención de herramientas para mejorar sus relaciones sociales

Encuadre

Se le comentó que se trabajaría con un enfoque cognitivo conductual, y se le mencionaron algunas características de éste, se le preguntó si tenía alguna duda o comentario y mencionó que estaba de acuerdo. Se le mencionaron el número aproximado de las sesiones y que se llevarían a cabo una sesión por semana con una duración de 50 minutos. Se le mencionó que era un espacio donde se podía expresar libremente, y se le indicó que en caso de faltar más de tres sesiones consecutivas sin avisar se tendría que dar de baja el servicio.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El Inventario de ansiedad de Beck (BAI) fue desarrollado por Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. en 1988; y validado por Rebeca Robles, Rubén Varela, Samuel Jurado y Francisco Páez en 2001. Dicho instrumento consta de 21 síntomas y evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad y puede ser usado en estudios clínicos o experimentales, ya sea en población psiquiátrica o personas sin diagnóstico.

El índice de confiabilidad para la escala total es de .83., se determinaron las normas de calificación para la población mexicana con base en el rango percentilar. Se obtuvo la confiabilidad test-retest del inventario obteniendo un índice de correlación intraclase de $r=.75$.

Los pacientes con trastornos de ansiedad obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas que los sujetos de población sana. El análisis factorial de componentes principales arrojó cuatro factores principales: Subjetivo (8 ítems), Neurofisiológico (7 síntomas), Autonómico (3) y Pánico (3). (Calleja, 2011)

Inventario de Depresión de Beck (BDI). El Inventario de depresión de Beck (BDI) fue realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988, y posteriormente validado para población mexicana por Samuel Jurado, Ma. Enedina Villegas, Lourdes Méndez, Fabiola Rodríguez, Verónica Loperena y Rubén Varela en 1998. Este instrumento, evalúa la severidad de los síntomas de la depresión, consta de 21 afirmaciones que van de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa). Tiene un análisis de consistencia interna de .87, y su validez concurrente es de $r = 0.70$ con la escala Zung con pacientes con diagnóstico de depresión (Calleja, 2011).

Otros elementos empleados:

- Historia Clínica: el conjunto de datos de la situación clínica de un paciente. (Antomás & Huarte, 2011)

- Autobiografía: Herramienta clínica útil para la evaluación psicológica, consta de la narración de la vida por el o la misma paciente y facilita el conocimiento de la realidad subjetiva de la persona. (Puente, 2011)

Técnicas implementadas para la evaluación

Entrevista inicial. Se utilizó la entrevista individual para la recolección de datos mediante para la elaboración de la Historia Clínica y la descripción del motivo de consulta para la formulación de caso y elaboración del Mapa Clínico de Patogénesis (MCP) y Mapa Clínico de Fortalezas (MCF) (Nezu et al.,1997 citado en Pérez, 2017) para analizar las variables hipotéticas de los síntomas y conductas causados por el abuso sexual infantil.

Procedimiento

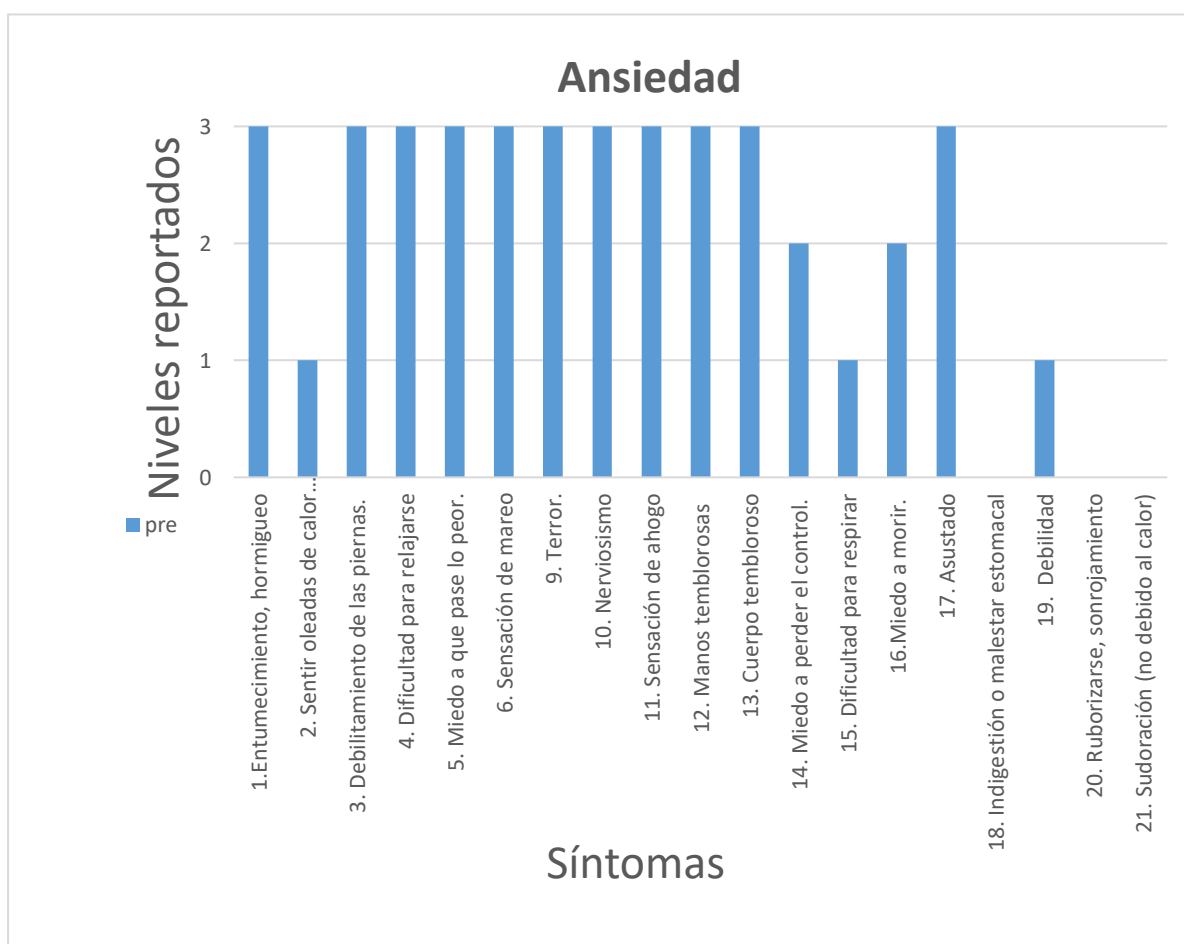
1. Se llevaron a cabo las entrevistas estructuradas de algunos usuarios que acudían por primera vez al consultorio particular ubicado en Yucatán.
2. Se realizó el encuadre terapéutico con la paciente que cumplió con los criterios de inclusión.
3. Se procedió a la revisión de formatos de Derechos del paciente, Contrato psicológico y Consentimiento informado.
4. Se realizó una evaluación que consistió en la aplicación de BAI, BDI, y la creación de su historia clínica completa.
5. Se obtuvo el diagnóstico de la paciente de acuerdo a los resultados psicométricos cuantitativos y cualitativos.
6. Se llevó a cabo una intervención psicoterapéutica de 21 sesiones utilizando la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma.
7. Al terminar las sesiones se presentaron los resultados obtenidos.

Resultados de la evaluación diagnóstica

Pretest de la Ansiedad. La paciente obtuvo 43 puntos totales en el Inventario de Ansiedad de Beck, los cuales corresponden a un nivel de ansiedad severo, como se puede apreciar en la Fig. 3.

Figura 3

Puntajes de Pretest de la Ansiedad



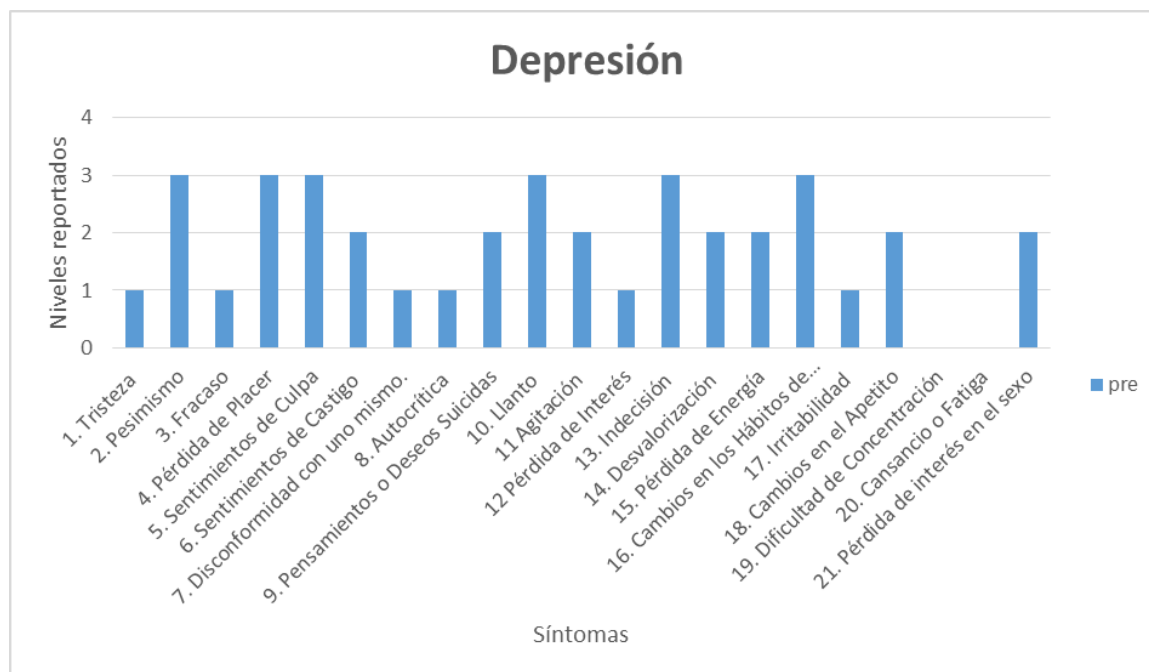
Cabe resaltar que los niveles reflejados en la gráfica corresponden a: 0) En absoluto, 1) Levemente, 2) Moderadamente y 3) Severamente. Destacando que los síntomas 18. *Indigestión o*

malestar estomacal, 20. Ruborizarse, sonrojamiento, y 21. Sudoración (no debido al calor) se mantuvieron ausentes; 2. Sentir oleadas de calor (bochorno), 15. Dificultad para respirar, y 19. Debilidad fueron identificados por la paciente en un nivel leve; por otra parte, el 14. Miedo a perder el control y el 16. Miedo a morir se ubican en un nivel moderado; finalmente los síntomas 1. Entumecimiento, hormigueo, 3. Debilitamiento de las piernas, 4. Dificultad para relajarse, 5. Miedo a que pase lo peor, 6. Sensación de mareo, 7. Opresión en el pecho o latidos acelerados, 8. Inseguridad, 9. Terror, 10. Nerviosismo, 11. Sensación de ahogo, 12. Manos temblorosas, el 13. Cuerpo tembloroso y 17. Asustado se identificaron en un nivel severo.

Pretest de la Depresión. La paciente obtuvo 38 puntos totales en el Inventario de Depresión de Beck, los cuales corresponden a un nivel de depresión severo, como se observa en la Fig. 4.

Figura 4

Puntajes Pretest de Depresión



En cuanto a los niveles de depresión inicial, la paciente presentó las siguientes puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck: **0. En absoluto** se encuentran el síntoma

19. *La dificultad de Concentración* y 20. *Cansancio o fatiga*. Seguido del nivel, **1. Levemente**, se localizan los síntomas 1. *Tristeza*, 3. *Fracaso*, 7. *Disconformidad con uno mismo*, 8.

Autocrítica, 12. *Pérdida de interés* e 17. *Irritabilidad*. Posteriormente en el nivel **2.**

Moderadamente están 2. *El sentimiento de castigo*, 9. *Pensamientos o deseos suicidas*, 11.

Agitación, 14. *Desvalorización*, 15. *Pérdida de energía*, 18. *Cambios en el apetito* y 21. *Pérdida de interés en el sexo*; finalmente en el nivel **3. Severamente** se sitúan 2. *Pesimismo*, 4. *Pérdida de placer*, 5. *Sentimientos de culpa*, 10. *Llanto*, 13. *Indecisión* y 16. *Cambios en los hábitos de sueño*.

Aunado a esto, la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, APA. (2014) establece los siguientes indicadores para el Trastorno de Ansiedad:

Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno

Diagnóstico

A partir de la información recabada en la entrevista, la historia clínica, la autobiografía, los inventarios y los indicadores en el DSM se estableció el siguiente diagnóstico: Trastorno de Ansiedad generalizada 300.02 (F41.1) con rasgos depresivos.

Programa de Intervención

Gracias a diversas investigaciones científicas se ha demostrado que la Terapia Cognitiva Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) es uno de los enfoques con mayor eficacia para casos de abuso sexual. Es un modelo para trabajar síntomas que se producen en diferentes trastornos psicológicos que una víctima de abuso sexual infantil puede desarrollar, así como otros tipos de trauma (Holtzhausen, Ross & Perry, 2016 citado en Ruales, 2019).

A través de distintas investigaciones internacionales, la TF- CBT ha aportado evidencia empírica de su utilidad para tratar las consecuencias de eventos traumáticos en niñas, niños, jóvenes y adultos (Cohen et al. 2012).

Cohen & Mannarino (Cohen et al. 2012) mencionan que la TF-CBT se divide en tres fases principales: 1) la estabilización, narración del trauma y procesamiento, 2) la integración y 3) la consolidación.

Dentro de cada fase se incluyen los componentes de la terapia (Cohen et al., 2012):

Tabla 1

Fases y Componentes del Programa de Intervención

Fase de estabilización
<i>Psicoeducación.</i> que sirve para normalizar las respuestas de la víctima ante los eventos traumáticos y reforzar pensamientos que le permitan afrontar la situación de la mejor manera.
<i>Habilidades parentales.</i> mediante las cuales se refuerza o entranan las habilidades adecuadas para que los padres y madres de familia otorguen un apoyo adecuado a sus hijos e hijas.
<i>Relajación.</i> con el objetivo principal de reducir la ansiedad.
<i>Expresión y regulación emocional.</i> con el propósito de ayudar a expresar las emociones de forma asertiva en lugar del afrontamiento evitativo.
<i>Afrontamiento cognitivo y procesamiento cognitivo.</i> para explorar activamente pensamientos y reconocer y modificar aquellos que sean disfuncionales.
Fase de narrativa del trauma

Creación de una narrativa del trauma. con el fin de enfrentar los recuerdos traumáticos y lograr una reestructuración cognitiva para integrar la experiencia traumática en su historia de vida.

Fase de integración y consolidación

Exposición en vivo a estímulos que le recuerden el trauma. con el objetivo de reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición gradual a recuerdos o actividades inofensivas que presenten una asociación al evento traumático.

Establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro. con el fin de aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima.

Cabe destacar que estos componentes están interrelacionados entre sí, y que la duración y profundidad en las sesiones de cada uno dependerá de las necesidades de cada víctima; ya que la TF-CBT es un modelo flexible que se puede adaptar a las necesidades de cada paciente, tomando en cuenta aspectos culturales (De Arellano, Danielson, & Felton, 2012 citado en Guerra y Barrera, 2017).

La propuesta, presentada a continuación, fue adaptada dadas las características específicas de la paciente:

Objetivo General de la Intervención

Disminuir síntomas de ansiedad y depresión en la paciente que vivió abuso sexual en la infancia.

Objetivos específicos de la intervención de acuerdo a la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma

1. Normalizar las respuestas de la paciente ante el abuso, reforzar pensamientos que le permitan afrontar actualmente la situación de la mejor manera.
2. Disminuir síntomas de ansiedad.
3. Ayudar a identificar, regular y expresar las emociones de forma asertiva, en lugar de respuestas evitativas o impulsivas.
4. Explorar activamente pensamientos que sean disfuncionales para la paciente y modificarlos.
5. Fomentar una mejor comprensión de la experiencia traumática e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la paciente.
6. Reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición a recuerdos ahora en un espacio seguro.
7. Aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima.

Objetivos específicos agregados por la Formulación del Caso y las necesidades detectadas:

1. Disminuir síntomas depresiva (como autolesiones e ideación suicida)
2. Promover mejora en el autoconcepto
3. Incrementar confianza en toma de decisiones
4. Disminuir dependencia a quien considera su única amistad
5. Fomentar creación de más redes de apoyo y fortalecimiento de las ya existentes

Programa de Intervención aplicado

El programa (Tabla 2) está basado en la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma en joven adulta víctima de abuso sexual infantil con el objetivo principal de disminuir síntomas de ansiedad y depresión.

Tabla 2

Fases y Objetivos del Programa de Intervención aplicado

Fases	Sesión	Técnicas y elementos	Objetivos
	1,2,3	Entrevista <hr/> Historia Clínica <hr/> Asignación: Autobiografía	Obtener información para la elaboración de la formulación de caso.
	4	Aplicación de Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck	Obtener niveles de sintomatología ansiosa y depresiva antes del tratamiento.
Fase de estabilización	de 5, 6	Psicoeducación	Normalizar las respuestas de la paciente ante el abuso, reforzar pensamientos que le permitan afrontar actualmente la situación de la mejor manera.
	7	Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson	Disminuir síntomas de ansiedad.
	8, 9, 10	Entrenamiento en regulación emocional	Ayudar a identificar, regular y expresar las emociones de forma asertiva, en lugar de respuestas evitativas o impulsivas.

			Disminuir síntomas de depresión como las autolesiones e ideación suicida.
	11, 12	Reestructuración Cognitiva	Explorar activamente pensamientos que sean disfuncionales para la paciente y modificarlos. Promover mejora en el autoconcepto.
Fase de narrativa del trauma	13, 14, 15	Técnicas narrativas	Fomentar una mejor comprensión de la experiencia traumática e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la paciente.
Fase de integración y consolidación	16	Exposición en vivo a estímulos que le recuerden el trauma.	Reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición a recuerdos ahora en un espacio seguro.
	17	Terapia de Solución de problemas	Incrementar confianza en toma de decisiones
	18, 19	Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad	Disminuir dependencia a quien considera su única amistad Fomentar creación de más redes de apoyo y fortalecimiento de las ya existentes
	20	Establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro: con el fin de aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima.	Aumentar la sensación de autoeficacia de la paciente.

		Acompañar en su toma de decisión sobre su identidad de género y sexual.
21	Aplicación de Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck	Obtener niveles de sintomatología ansiosa y depresiva después del tratamiento.

Aunque van encaminadas a un objetivo, al final todos los componentes se interrelacionan como lo mencionan Guerra y Barrera (2017).

Descripción de las Sesiones

Tabla 3

Sesiones del Programa de Intervención

Sesión 1

Se realizó la presentación de la paciente- terapeuta.

Se estableció el rapport y el encuadre terapéutico.

Se realizó la entrevista y se indagó sobre el motivo de consulta.

Menciona que hace un mes le contó a una amiga que lleva tiempo sintiéndose mal, que cuando era pequeña un familiar abusó sexualmente de ella y que nunca se lo había dicho a nadie; asimismo, que tenía dudas sobre su identidad sexual.

Agrega que en 2012 tuvo un Intento de suicidio debido a una ruptura amorosa, y que posterior a eso en el Hospital le dieron un diagnóstico de Ansiedad y tuvo tratamiento a base de

Carbamazepina, Sertralina, Venlafaxina, Risperidona y Triazolam, y acudió a psicoterapia, pero en ese entonces no contó mucho de su vida porque no tenía mucha confianza, no mencionó nada sobre el abuso sexual porque no se lo preguntaron, y tampoco contó que ya presentaba dudas sobre su identidad sexual.

Síntomas que menciona tener: cambios bruscos de humor, frustración, insomnio y sentirse intranquila, siente que el tímpano le vibra, le asusta el ruido y la gente alrededor, además que se altera si algo se sale de ritmo, dolores de cabeza muy fuertes (tiene cita en el neurólogo).

Además, dice consumir una cajetilla de tabaco diario, que el contacto físico le resulta muy estresante, y que le da miedo el infierno

Se realizó en conjunto, la lectura de los formatos de Derechos del paciente, Contrato psicológico y Consentimiento informado con algunas pausas para aclaraciones y dudas.

Se quedó de asignación la realización de una Autobiografía.

Por último, se le preguntó si había algo que quisiera agregar o que fuera importante comentar y no se había abordado, ante lo cual respondió que no. Se realizó el cierre de sesiones.

Sesión 2

Menciona que la noche de antier se autolesionó con un cigarro y el domingo pasado con un bisturí, que es algo que hace frecuente.

Se le agradeció la confianza de contarlo, pero se le mencionó que es importante realizar un acuerdo para que no se autolesione, ella lo escribió con las siguientes palabras:

“Yo _____ me comprometo a no dañarme a mí misma ni a nadie más para poder avanzar en las sesiones de terapia”; se comprometió a llevarlo a cabo y lo firmó. Además, se le solicitó elaborar una lista de números telefónicos de personas a las que puede llamar o buscar si necesita ayuda.

Añadió que le tiene miedo al cambio de sexo, que tuvo una “plática fea con su mamá” donde se sintió mal, que no quiere ser así como es, pero quiere que la apoyen, se trabajó escucha activa y empática, posteriormente se comenzó la lectura de la autobiografía.

Sesión 3

Menciona que el abuso fue desde los cuatro hasta los diez u once años, que ahí fue donde imaginó que el pene era suyo, entre otros datos específicos relacionados al abuso. Agrega que, en un futuro, cuando se encuentre más estable para el cambio de sexo, quiere que no le ganen los prejuicios, poder relacionarse en el trabajo de la mejor manera, menciona que le da miedo el cambio, sobre todo porque vive en un lugar que es muy conservador y pequeño. Se normalizaron dichas emociones, y se le mencionó que brindaríamos un espacio para trabajar con lo mencionado durante las sesiones.

Sesión 4

Se realizó la aplicación de Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck para obtener el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva antes del tratamiento.

Sesión 5, 6

A través de escucha empática, se le brindó a la paciente la atención a lo que mencionaba referente a las respuestas que ha tenido después del abuso, además, mediante la Psicoeducación se normalizaron todas las reacciones emocionales y las conductas de ese momento, haciendo hincapié en la frase “Hiciste lo mejor que pudiste en el momento que lo hiciste”.

Mediante la Psicoeducación se reforzaron pensamientos que le permitan afrontar actualmente la situación de la mejor manera, dentro de este apartado, ella menciona que hace mucho tiempo sí pensó que ella era culpable, porque no puso un alto, sin embargo, con el tiempo entendió que no había sido su culpa, pues fue manipulada por su agresor, aunque se sentía culpable por enterarse de otro abuso a una familiar y no contarlo a nadie, ante lo cual se devolvió que no pensamos igual cuando somos pequeños que cuando somos adultos, y coincidió diciendo que ella no pensaba que fuera algo malo en ese momento.

En esta sesión agregó que tiene miedo a que gente que aprecia se aleje, y que quería mostrarme una grabación de audio de una discusión que tuvo con su mamá durante la semana, donde se molestó mucho, añadiendo que las peleas con la mamá suelen ser constantes. Durante la indagación sobre el motivo de la discusión se observó que se le quebraba la voz, como si tuviera un nudo en la garganta. Se le recordó que podía expresarse libremente, y que podía llorar si quería; ante lo cual mencionó que hace mucho tiempo que no lloraba, que no iba a poder hacerlo, ya que un tiempo para acá, aunque tenga ganas de llorar no le salen las lágrimas. Se le brindó breve Psicoeducación sobre las emociones, comentando que más adelante ahondaríamos en este tema.

Sesión 7

Se trabajó con la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, en esta sesión se le dio una breve explicación sobre la TRPJ, dónde y cómo iríamos tensando y distensando los músculos desde los pies hasta la cabeza; iniciamos con respiraciones profundas, se le comentó que inhalara profundamente llevando el aire al abdomen, y fue tensando cada par de músculos por 7 segundos y posteriormente relajaba el músculo. Se le preguntó cómo se había sentido, ante lo cual mencionó que ya se encontraba muy relajada. Se quedó como asignación replicarla en la semana.

Esta sesión, además, mencionó que ya supo porque tenía miedo de que las personas se alejaran, era porque su mamá le había dicho algo parecido hace tiempo, ahondamos en las discusiones que tiene con ella.

Sesión 8, 9, 10

Se utilizó el Entrenamiento en regulación emocional para ayudar a identificar, regular y expresar las emociones de forma asertiva, en lugar de respuestas evitativas o impulsivas; así como disminuir síntomas de depresión como las autolesiones e ideación suicida.

Se inició con breve descripción de la importancia de las emociones, se mencionaron las 6 emociones básicas, y se asignó un color a cada una de ellas, posteriormente se le solicitó realizar un dibujo de ella misma, y se identificaron las emociones en el cuerpo, indicando específicamente dónde suelen verse más reflejadas, por ejemplo, marcó con azul (el color signado a Tristeza) la parte del pecho y el estómago; el miedo en la frente, entre otras. Se establecieron 3 áreas en una hoja correspondientes a lo siguiente: Situaciones más relacionadas

a una emoción, ¿Cómo se siente esa emoción?, ¿Qué hacemos cuando se presenta esa emoción?, ¿Qué podríamos hacer?, todo esto con el objetivo de identificar y nombrar las emociones, interpretar las sensaciones corporales relacionadas con emociones correctamente, tener apoyo en situaciones emocionalmente estresantes o intensas, aceptar las emociones, incluso las que no son tan agradables. Finalmente se trabajó con una situación donde había discutido con su mamá y se había autolesionado, ella identificó que emoción había sentido en ese momento y qué palabras fueron específicamente las que la hicieron sentir así; dado que una de las actividades que más disfrutaba hacer era escribir, se le propuso escribir todo lo que se le viniera a la mente cada que estuviera en situaciones estresantes, como una forma de desahogo emocional, y se retomaron algunas estrategias que le habían funcionado en otras ocasiones similares, como el hecho de ir a practicar karate y otras actividades físicas.

En esta sesión agregó que no ha dormido bien, menciona que así ha sido desde siempre, y que algo que nunca había contado a alguien más es que hace mucho se imaginó que le hacía daño a alguien, se ahondó más en la situación, mencionó que no lo hizo porque la detenía una cuestión divina (el miedo a ir al infierno) y que ahora ya tiene remordimientos, que hace un año no tenía. Además, agregó que ya le otorgaron el diagnóstico de las cefaleas y le comentaron que tenía Sinusitis maxilofrontal y etmoidal bilateral con predominio derecho, por lo que le dieron medicamento para esto, pues tiene en toda la cara.

Sesión 11, 12

Se trabajó con Reestructuración Cognitiva para explorar activamente pensamientos que sean disfuncionales para la paciente y modificarlos y promover mejora en el autoconcepto.

Se logró explorar diferentes pensamientos relacionados a la ideación suicida; dificultad para tomar decisiones; pobre autoconcepto; futuro desesperanzador; pensarse y sentirse fracasada, y el pensamiento de merecer ser castigada; destacándose entre éstos: “todos se van a alejar”, en momentos de crisis “¿para qué seguir?”, “quisiera ser normal”, y se trabajó en su modificación, logrando respuestas como “lo más importante es que yo esté bien y los demás deben respetar mis decisiones y si no lo hacen aun así seguiré con lo que yo quiero hacer”.

Cabe destacar que a partir de esta sesión las demás se llevaron a cabo por videollamada y llamada telefónica debido a la pandemia de COVID-19 que surgió en el presente año.

Sesión 13, 14, 15

Se trabajó con Técnicas narrativas para fomentar una mejor comprensión de la experiencia traumática.

Se retomó a Batres (1988) para la narración del suceso, con base en las siguientes preguntas:

Cuando estaba abusando de mí, el abusador me dijo:

Mi silencio fue obligado o condicionado con:

Yo fui testigo de las siguientes cosas que me hicieron tener miedo:

Sentí que debía proteger a:

Si hubiera contado hubieran pensado que yo:

El mensaje que recibí, si lo contaba, fue:

Posteriormente, se le preguntó a la paciente si le gustaría realizar una carta al agresor, sin entregar, sólo para expresar todo lo que no expresó en aquel momento, esta vez en un espacio seguro, se le mencionó que yo no la leería, y que al finalizarla sería quemada o rota; ante lo cual respondió que sí, se le solicitó entonces en una hoja en blanco dejar correr el lapicero por 30 minutos, donde ella se expresara libremente, todas las emociones, pensamiento, etcétera, que podía incluir groserías y expresar toda la ira. Al finalizar la carta y romperla, mencionó sentir algo como una “liberación”

Sesión 16

Se trabajó con Exposición en vivo a estímulos que le recuerden el trauma con el fin de reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición a recuerdos ahora en un espacio seguro.

Se retomó a Batres (1988) para recordar el trauma y tener una mejor elaboración cognitiva.

1. Recordando lo que pasó

Yo estaba (dónde y haciendo qué)

Quien abusó de mí estaba:

Mientras me abusaba me dijo:

Y me hizo:

Yo sentí:

Yo quise:

Él se quedó (tiempo):

El resto de la familia estaba:

Cuando se fue, yo sentí:

Yo pensé:

Ahora pienso:

Ahora siento:

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

¿Qué aprendí?

¿De lo que haré, ¿qué me hace sentir orgullosa?

Hubo preguntas en las que se ahondó más que en otras, en todo momento se mantuvo escucha activa y empática.

Sesión 17

Se trabajó con la Terapia de Solución de problemas con el fin de incrementar confianza en toma de decisiones:

Mediante los siguientes pasos: Identificar el problema, Describir el problema, Analizar la causa, Soluciones opcionales, Toma de decisiones y Plan de acción.

Además, en esta sesión mencionó que hace unos días, su abuela le dijo que no quería que se realizara el cambio, ella no le contestó nada, pero comentó que ese día no quiso hablar con nadie porque estaba “de malas”, ella dice que sí quiere realizar el cambio cuando acabe el

proceso de psicoterapia, se le mencionó que es su decisión y que en psicoterapia siempre se respetaría su decisión.

Sesión 18, 19

Se trabajó con Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad con el objetivo de disminuir dependencia a quien considera su única amistad y fomentar creación de más redes de apoyo y fortalecimiento de las ya existentes

Se trabajó con modelado y ensayo para mantener conversaciones con más personas, se le brindó retroalimentación y se le solicitó llevarlo a cabo mediante el medio que ella eligiera.

Se trabajó Psicoeducación de la asertividad, para plantear la diferencia entre un estilo de comunicación pasivo, agresivo y de cómo la asertividad se encontraba en medio de estos dos, en el equilibrio. Se habló sobre los beneficios de una respuesta asertiva. Se revisaron algunas técnicas asertivas como: disco rayado, banco de niebla, aserción empática, autorrevelación, entre otras, y se plantearon ejemplo de cada una, se quedó de asignación registrar situaciones que acontecieran durante la semana y qué respuesta había tenido (asertiva, pasiva o agresiva).

Sesión 20

Se realizó el establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro con el fin de aumentar la sensación de autoeficacia de la paciente, y de acompañar en su toma de decisión sobre su identidad de género y sexual. Respecto a este tema menciona que recientemente se ha sentido cómoda vistiendo sacos y pantalones holgados, comenta que anteriormente no le gustaba cómo se veía eso en una mujer, pero que recientemente ha encontrado que ese es su estilo y que ya no le importa lo que opinen los demás, menciona que en el presente ya no está

interesada en el proceso de hormonización, dedicamos un momento a hablar sobre la expresión de género y de ciertos constructos sociales.

Además, en esta sesión mencionó que si su amiga está ocupada, ella sigue platicando con más personas, lo cual indica una mejora en las relaciones interpersonales, pues anteriormente si su amiga no podía hablar, ella se ponía muy mal. Posteriormente agrega que estaba viendo una película el fin de semana, y su personaje favorito murió, por lo cual lloró. Este se considera un indicador favorable en este proceso, debido a que anteriormente, aunque tuviera el “nudo en la garganta” le costaba mucho trabajo llorar.

Sesión 21

Se realizó la aplicación del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck para obtener niveles de sintomatología ansiosa y depresiva después del tratamiento.

Se observó que las respuestas de dicha sintomatología habían disminuido, se habló sobre cambios que ella había observado.

Se realizó un repaso con la paciente respecto a cómo llegó y qué quería, se le preguntó cuáles objetivos sí se consiguieron y cuáles no, se le preguntó a qué lo relacionaba. Se enfatizó que los resultados se dieron por la paciente, pues ella quien fue quien en un primer momento acudió a terapia a buscar ayuda, y se presentó a todas las sesiones puntualmente, cumpliendo con las asignaciones durante cada semana. Se le preguntó qué se llevaba de todo esto. Se le deseó éxito y se llevó a cabo el cierre de sesión, acordando una sesión en un mes como parte

del monitoreo, pero se dejó la puerta abierta para que en caso requerir el servicio lo solicitara ya sea relacionado a este motivo de consulta o a uno distinto.

Capítulo 4

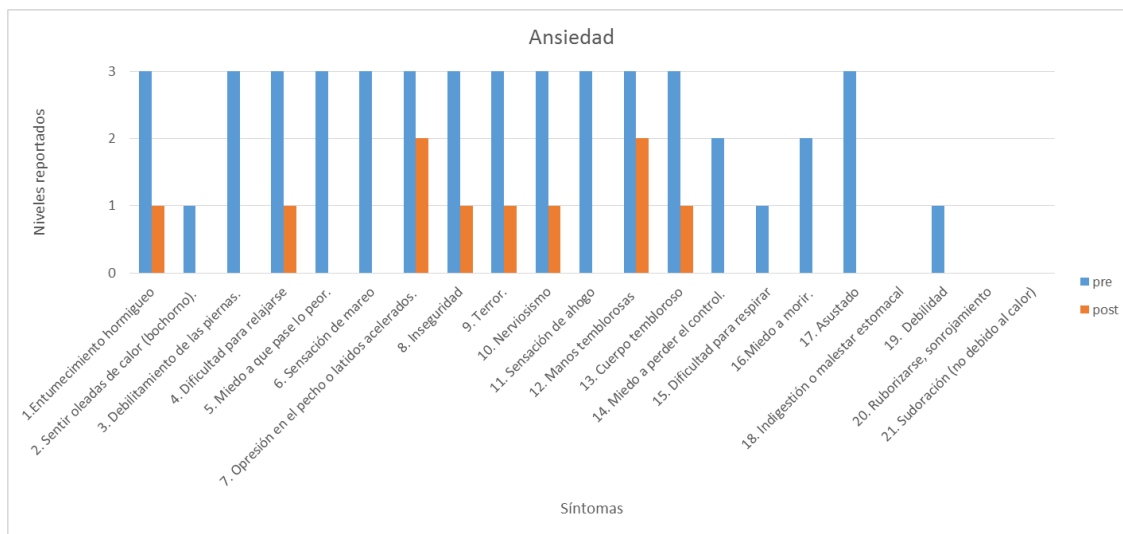
Resultados y Discusión

Resultados postest de la Ansiedad

La paciente obtuvo 10 puntos totales (Figura 5) en el Inventario de Ansiedad de Beck, lo cual corresponde a un nivel de ansiedad leve.

Figura 5

Puntajes Pre y Postest de Ansiedad



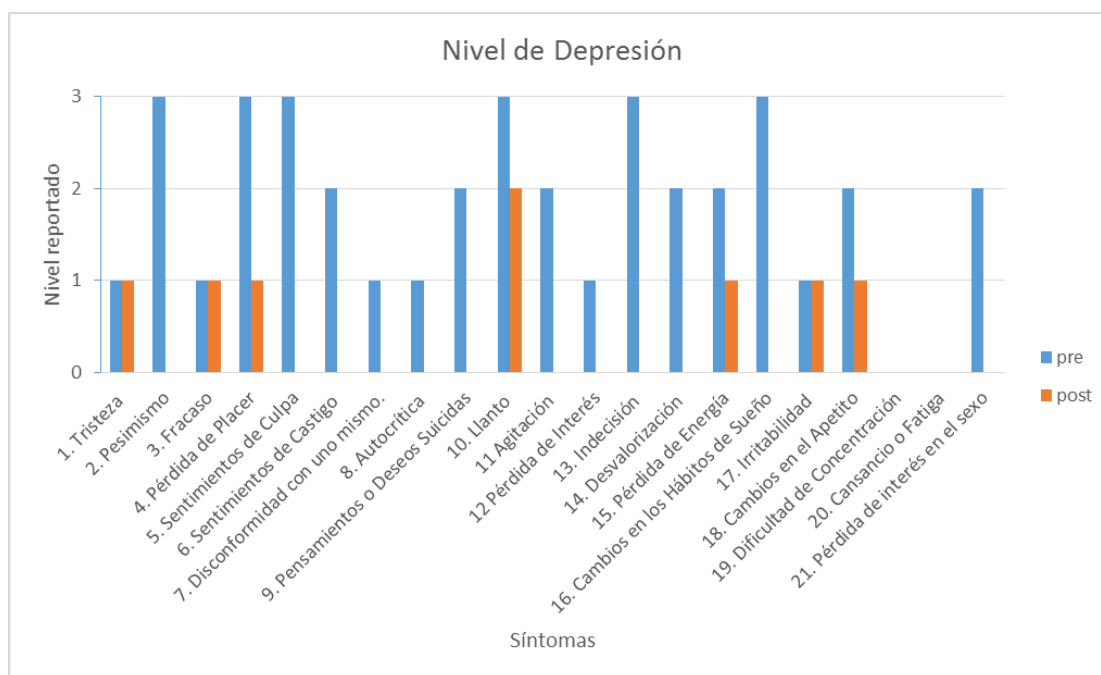
Los niveles de ansiedad que presentó la paciente después de la intervención son los siguientes: En el nivel **0**. En Absoluto, sin presencia de, se observaron los síntomas, *2. Sentir oleadas de calor, 3. Debilitamiento de las piernas, 5. Miedo que pase a lo peor, 6. Sensación de mareo, 11. Sensación de ahogo, 14. Miedo a perder el control, 15. Dificultad para respirar, 16. Miedo a morir, 17. Asustado y 19. Debilidad*, los cuales disminuyeron en comparación con los niveles observados en el pretest; mientras que los síntomas *18. Indigestión o malestar estomacal, 20. Ruborizarse, sonrojamiento y 21. Sudoración (no debido al calor)* se mantuvieron en el nivel cero.

Por otra parte, Los síntomas *1. Entumecimiento hormiguelo, 4. Dificultad para relajarse, 8. Inseguridad, 9. Terror, 10. Nerviosismo y 13. Cuerpo tembloroso*, al inicio se encontraban en el nivel 3 categorizado como Severo, mientras que en el post test se presentó una disminución de estos al nivel 1 que hace referencia a un nivel Leve.

Y finalmente, en el nivel 2. Moderadamente, se ubican los síntomas *7. Opresión en el pecho o latidos acelerados y 12. Manos temblorosas*; por lo que es posible observar que en estos síntomas también se presentó una disminución de un nivel severo a un nivel moderado, que se refleja en las puntuaciones pre y post de la gráfica. Finalmente, como puntaje total se observa que la paciente tuvo una disminución de un nivel de ansiedad severa con una puntuación de 46 a un nivel de ansiedad leve con una puntuación de 10.

Resultados posttest de la Depresión

La paciente obtuvo 8 puntos totales (Figura 6) en el Inventario de Depresión de Beck, lo cual corresponde a un nivel de depresión mínimo.

Figura 6*Puntajes Pre y Postest de la Depresión*

A partir de la gráfica, se puede observar que los niveles de depresión que presentó la paciente después del tratamiento fueron: En 0 (en absoluto, sin presencia de) 14 ítems, los cuales son 2. *Pesimismo*, 5. *Sentimiento de culpa*, 6. *Sentimiento de castigo*, 7. *Disconformidad con uno mismo*, 8. *Autocrítica*, 9. *Pensamientos o deseos suicidas*, 11. *Agitación*, 12. *Pérdida de interés*, 13. *Indecisión*, 14. *Desvalorización*, 16. *Cambios en los hábitos de sueño*, 19. *Dificultad de concentración*, 20. *Cansancio o fatiga* y 21. *Pérdida de interés por el sexo*. Con el nivel 1. Levemente, se registraron 1. *Tristeza*, 3. *Fracaso*, 4. *Pérdida de placer*, 15. *Pérdida de energía*, 17. *Irritabilidad* y 18. *Cambios en el apetito*. Finalmente, en el nivel 2. Moderadamente, sólo estuvo presente el ítem 10. *Llanto*.

Por lo que, respecto a la depresión, se observa que la paciente tuvo una disminución de un nivel de depresión severa con una puntuación de 38 a un nivel de depresión mínima con una puntuación de 8.

Aunado a ello se retoman los objetivos específicos y los cambios que reportó la paciente a lo largo de las sesiones.

1. Normalizar las respuestas de la paciente ante el abuso, reforzar pensamientos que le permitan afrontar actualmente la situación de la mejor manera.: Se llevó a cabo la sesión, donde a través de la escucha empática, se le brindó a la paciente la atención a lo que mencionaba referente a las respuestas que ha tenido, asimismo, se normalizaron todas las reacciones emocionales y conductas, haciendo hincapié en la frase *Hiciste lo mejor que pudiste en el momento que lo hiciste.*

2. Disminuir síntomas de ansiedad: Se observó una disminución de la sintomatología ansiosa no sólo en el pretest postest, sino también a lo largo de las sesiones.

3. Ayudar a identificar, regular y expresar las emociones de forma asertiva, en lugar de respuestas evitativas o impulsivas: Si bien ha habido una mejora en la respuesta emocional, no se logró la expresión de respuestas asertivas en todo momento.

4. Explorar activamente pensamientos que sean disfuncionales para la paciente y modificarlos: Se logró explorar diferentes pensamientos, asociados a distintas áreas como la ideación suicida; dificultad para tomar decisiones; pobre autoconcepto; futuro desesperanzador; pensarse y sentirse fracasada, y el pensamiento de merecer ser castigada; destacándose entre éstos: “todos se van a alejar”, en momentos de crisis “¿para qué seguir?”, “quisiera ser normal”, y se trabajó en su modificación, logrando respuestas como “pienso que me metían miedo, diciendo que todos se iban a alejar, ahora sé que no es así, mi mejor amiga me acepta tal y como soy, y lo más importante es que yo esté bien y los demás deben respetar mis decisiones y si no lo hacen aun así seguiré con lo que yo quiero hacer”.

5. Fomentar una mejor comprensión de la experiencia traumática e integrar la experiencia traumática en la historia de vida de la paciente: Sí se logró este objetivo, pues conforme pasaban las sesiones, agregaba recuerdos y decía que eso no se lo había dicho a nadie.

6. Reducir en la víctima la evitación de situaciones inocuas que le recuerden el trauma, mediante la exposición a recuerdos ahora en un espacio seguro: Sí se logró este objetivo, ya que la paciente mencionó en una sesión, que recordó que cuando era pequeña hacía dibujos debajo de la mesa de unos personajes con penes grandes y otro personaje llorando, y mencionó que anteriormente ya no recordaba eso. Aunado a frases en las sesiones como “Me voy acordando cuando vengo, hay cosas que no recordaba como si tuviera amnesia”.

7. Aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima: Respecto a este objetivo, se observó que no hubo una disminución en el síntoma *Fracaso* del Inventario de Depresión, ya que este se mantuvo en el mismo nivel 1) Levemente.

8. Disminuir síntomas depresivos (como autolesiones e ideación suicida) Sí se cumplió el objetivo debido a que se observó una disminución en los síntomas del Inventario de Depresión 9) *Pensamientos o deseos suicidas* y 6. *Sentimiento de castigo* se redujo considerablemente de un nivel 2) Moderado a 0) En absoluto, esto fue consistente con lo observado en las sesiones, la última autolesión reportada se llevó a cabo en la sesión 9. Algo que es importante mencionar, es que el acuerdo que se hizo para no autolesionarse funcionó en un primer momento, pero posteriormente hubo una recaída, fue hasta que se trabajó con la regulación emocional que se comenzaron a observar más cambios.

9. Promover mejora en el autoconcepto: Se observó una mejoría, donde destaca que los síntomas del inventario de Depresión *disconformidad con uno mismo* y la *autocrítica* se redujo considerablemente (a cero) el nivel inicial.

10. Incrementar confianza en toma de decisiones: Se vio una mejoría no sólo en la toma de decisiones, sino también en solicitar que otras personas respetaran dicha decisión, uno de estos indicadores es que llevaba más de seis meses con dudas sobre su cambio de sexo, en psicoterapia se le mencionó que el que fuese el resultado se le respetaría, al final comentó que estaba decidida porque desde pequeña nunca se sintió identificada y es algo que quiere realizar.

11. Disminuir dependencia a quien considera su única amistad: Sí se llevó a cabo debido a que la paciente indicaba en un inicio que se ponía muy mal si su mejor amiga no podía salir con ella y actualmente ha reportado que cuando su mejor amiga no puede acudir, invita a alguien más.

12. Fomentar creación de más redes de apoyo y fortalecimiento de las ya existentes: Este objetivo sí se llevó a cabo con una gran mejoría, pues la paciente reportaba salir con más personas y aunque no las consideraba amistades íntimas, se abría a tener más conversaciones.

Actualmente se encuentra estudiando la preparatoria en línea, la retomó a la mitad de las sesiones debido a que tiene la meta de estudiar una licenciatura, comenta que al tener mejor manejo de emociones ya sabe qué hacer cuando atraviesa por momentos difíciles en lugar de autolesionarse, le gusta mucho escribir y practicar karate. Refiere lo siguiente: “A mi estilo me siento bien, siento como un regreso triunfal, no a lo de antes, me siento mejor. [...] No me gusta la forma de vestir estilo princesa, quiero construir mi propio estilo, ya me veo como una mujer adulta, y me gusta quien soy, tenía que hacer la prueba para comprobarlo; creo que todo esto me ha servido bastante...”

Discusión

Este estudio de caso utilizó la Terapia Cognitiva-Conductual centrada en el Trauma (TF-CBT) para conocer su efectividad en una paciente de 23 años con síntomas de ansiedad y depresión que fue víctima de un abuso sexual en la infancia.

A lo largo de este proceso terapéutico, se han observado cambios significativos de la sintomatología ansiosa y depresiva en la paciente, estos se pueden ver reflejado en el pretest, donde la paciente presentaba altos niveles de dicha sintomatología. De acuerdo a las normas de calificación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) para la población mexicana (Jurado et al., 1998 citado en Rodríguez et al., 2010), la sintomatología depresiva en la evaluación pretest se encontraba en la categoría de *depresión severa*. Posterior a la intervención, el resultado obtenido en la prueba fue de *depresión mínima*. Respecto a la sintomatología ansiosa, se destaca que en la evaluación pretest de acuerdo a las normas de calificación del Inventario de Ansiedad de Beck (BDI) para la población mexicana por Robles y colaboradores (2001 citado en Rodríguez et al., 2010) se obtuvo como resultado *ansiedad severa*, mientras que en la evaluación posttest se obtuvo *ansiedad leve*. Por lo que se puede observar una consistencia en los resultados obtenidos con otras investigaciones como la de Guerra y Barrera (2017) en Chile donde mediante la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma se disminuyeron síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad en víctimas de abuso sexual.

Además, se observa que hubo tres indicadores asociados a la depresión, que se mantuvieron en el mismo nivel que al inicio del proceso de terapia : *Tristeza, Fracaso e Irritabilidad*, reportado en el nivel 1) Levemente; la hipótesis podría ser explicada desde la Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual elaborada por el Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011) donde menciona que un

factor que influye en el pronóstico del tratamiento es cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el evento, y el momento en el que la persona recibió atención, por lo que quizá pudo haber permeado en la sintomatología y si bien sí se logró una disminución en la mayoría de los ítems, aún no se ha logrado en estos tres síntomas.

Por otra parte, respecto a los dos objetivos específicos no cumplidos es importante destacar para el objetivo 3. Ayudar a identificar, regular y expresar las emociones de forma asertiva, en lugar de respuestas evitativas o impulsivas, si bien ha habido una mejora en la respuesta emocional, no se logró la expresión de respuestas asertivas en todo momento, y esto puede deberse a lo que algunos autores plantean en investigaciones, donde la asertividad más que ser el modo general en el que se actúa, es un tipo de respuesta a cada situación a lo largo de la vida, fluctuando así ante diversas circunstancias.

En cuanto al segundo objetivo no cumplido, 7. Aumentar la sensación de autoeficacia de la víctima, se observó que la paciente cambió de “tengo 23 años y no he terminado ni la prepa” a “ya voy a ingresar a la prepa en línea, ahora a ver cómo me va”; donde quizá no se puede observar un aumento en la autoeficacia específicamente, pero sí un intento por llevar a cabo actividades que representen un reto para ella.

Se observa que hubo tres indicadores asociados a la depresión, que se mantuvieron en el mismo nivel que al inicio del proceso de terapia (Tristeza, fracaso e irritabilidad). Por lo que se brindará un espacio a los tres indicadores asociados a la depresión, que se mantuvieron en el mismo nivel que al inicio del proceso de terapia (Tristeza, fracaso e irritabilidad), para mayor atención a estos indicadores, así como la variable de *Autoeficacia*.

Conclusión

Gracias a los instrumentos descritos y las técnicas aplicadas es posible observar una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión, con lo cual se evidenció la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma en este caso específico.

Es importante mencionar que el cumplimiento del objetivo general y la mayoría de los objetivos específicos fue llevado a cabo gracias a todas las técnicas y a más de un indicador, ya que como lo describen Cohen et al (2012), los componentes de la terapia pueden ir encaminados a un objetivo en específico, pero todos se interrelacionan y todos pueden contribuir a un mismo objetivo, por lo que se considera que si sólo se hubiera contemplado, por ejemplo, la Técnica de Relajación para disminuir los niveles de ansiedad no se habría logrado el objetivo de disminuir la ansiedad, pues habrían hecho falta más estrategias, en suma, cada una de las técnicas fue repercutiendo en disminuir sintomatología de ansiedad y depresión, así como en indicadores de cada objetivo.

Limitaciones

Estos resultados sirven como base a futuras investigaciones, sin embargo, es necesario mencionar que dicho estudio tiene ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Una de ellas es que a partir de la sesión número 11, las demás sesiones se llevaron a cabo por videollamada y llamada telefónica debido a la pandemia de COVID-19 que surgió en el presente año, lo cual interfirió en la comunicación paciente-terapeuta, pues era bastante distinto llevar a cabo las sesiones presencialmente; otra limitación es que es una muestra muy pequeña al tratarse de un estudio de caso. Por lo anterior, y ante los datos de alerta relacionados al abuso sexual infantil y sus consecuencias a corto y largo plazo en la adultez al no tener una temprana atención, se extiende la invitación a brindar más espacios donde se trabaje con personas que

vivieron abuso sexual en la infancia mediante Terapias basadas en la evidencia y realizar investigaciones que incluyan una muestra más grande para generar evidencia de la efectividad de los tratamientos para las víctimas de abuso sexual en el país.

Referencias

- Aguirre, T. (2002). *Taller para sobrevivientes al abuso sexual*. (Tesis de pregrado).
http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/JPkXVVXHRFHNUYBEHUQ3BJP81KKA5BISJLfvUCP2Jset&set_number=031499&set_entry=000009&format=999
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Barrios, K. (2012). Implementación de una propuesta de psicoterapia grupal para la atención de mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil.
http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/XS4SN87H1JK2I4IGH6I73TH2K9BUU721VLCATMNVGXJDFNJRC5-01614?func=full-set-set&set_number=033977&set_entry=000004&format=999
- Batres, G. (1998). Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. *Manual para terapeutas*. San José, Costa Rica: ILANUD, Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
- Calleja, N. (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005. México:
<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). *Trauma-focused CBT for youth with complex trauma*. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541.

- Cortés Arboleda, M., Cantón Duarte, J., & Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19 (2), pp. 469-486.
- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿Son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2).
- Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F., & García, T. (2015). Intervenciones Psicológicas Basadas En La Evidencia Para El Trastorno Por Estrés Postraumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Argentina.
- Gómez, A., Burbano, L. y Ramírez, S. (2014). Estrategias de Intervención para minimizar el impacto a niños y niñas víctimas de abuso sexual. *Terapia Cognitivo-Conductual*. Universidad Libre de Colombia. Cali-Valle, Colombia.
- Guerra, C. y Barrera, P., (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, *Revista de Psicología*, 26(2), 1-13.

- Hernández, N., Barreto, D., Ortega, M, (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Revista Psicoespacios*, 6, (9), pp.157-182. <http://www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios/article/view/115>
- La Jornada Maya (marzo, 2019). El abuso sexual infantil. Radio Yucatán. Yucatán. <http://radioyucatanfm.com.mx/category/noticias>.
- Magnabosco, M. (2014). El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 219-242. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200002&lng=es&tlng=es.
- Martínez, M. (2012). La revelación del secreto. Una experiencia terapéutica humanista-gestalt en el tratamiento de mujeres adultas sobrevivientes de violencia sexual. *Figura / Fondo*, 6, 27-48.
- Ministerio de Salud de Chile & UNICEF. (2011). Guía clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. *Ministerio de la Salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Chile.
- Moore, J. (2017). Suicide Ideation and Treatment Options. *Mental Health in Family Medicine*, 13, 512-516.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). La violencia contra las mujeres no es normal ni tolerable. Garantizar los derechos humanos de las mujeres y las niñas es trabajo de todas y de todos. Washington, DC: OPS.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2019). Violencia.
<https://www.who.int/topics/violence/es/>

Ortega, R., Rivera, F. J. O., & Sánchez, V. (2008). Violencia sexual entre compañeros y violencia en parejas adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 63-72.

Pérez, M. (2017) *Propuesta De Intervención Para El Tratamiento De Un Menor Víctima De Abuso Sexual: Estudio De Caso*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, 11, (26), p.161-168.

Puente, R. M. (2011). Autobiografía en psicoterapia breve: Cinco horas con Mario. *Revista digital en medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2 (5).
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Cinco_horas_con_Mario.pdf

Rodríguez, Alvarado, Cuellar, Villavicencio y Gómez (2010). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto*. *Gamo*, 9(1), 11.

Ruales, M. (2019) *La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para Adolescentes con Presencia de Ideación Suicida Víctimas de Abuso Sexual en su Infancia*. (Tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito.

- Save the Children (2019). Abuso y violencia sexual. <https://www.savethechildren.es/trabajo-ong/proteccion-infantil/violencia-contra-la-infancia/abuso-violencia-sexual>
- Uribe, N. (2010). Consideraciones psicoanalíticas sobre el abuso sexual y el maltrato infantil. *Poiesis FUNLAM*, 19, 18 - 24.
- Velázquez, M. V., Guzmán, L. G. D., & Villanueva, L. G. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92(1), 131-139.
- Yüce, M., Karabekiroğlu, K., Yildirim, Z., Sahin, S., Sapmaz, D., Babadağı, Z., ... Aydin, B. (2015). The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 52(4), 393–399. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7472>

Apéndice

Inventario de Depresión de Beck (BDI¹)

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Domicilio (colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentra grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. 0. Yo no me siento triste | 2. 0. En general no me siento |
| 1. Me siento triste | descorazonado por el futuro |
| 2. Me siento triste todo el tiempo y no | 1. Me siento descorazonado por mi |
| puedo evitarlo | futuro |
| 3. Estoy tan triste o infeliz que no | 2. Siento que no tengo nada que |
| puedo soportarlo | esperar del futuro |

¹ Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández
Facultad de Psicología, UNAM.

3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. 0. Yo no me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
4. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
5. 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo
6. 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado
7. 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio
8. 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores

2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. 0. Yo no lloro más de lo usual
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11. 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones

14. 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
 3. Creo que me veo feo(a)
15. 0. Puedo trabajar bien como antes
1. Requiere de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
17. 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos

3. He perdido más de ocho kilogramos

20. 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación

2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más

3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo que ahora

3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

OCUPACIÓN: _____ EDO. CIVIL: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

		Poco o nada	Mas o menos	Moderada o mente	Severamente
1	Entumecimiento hormigueo				
2	Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3	Debilitamiento de las piernas				
4	Dificultad para relajarse				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Sensación de mareo				
7	Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8	Inseguridad				
9	Terror				

10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Manos temblorosas				
13	Cuerpo tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Asustado				
18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Debilidad				
20	Ruborizarse, sonrojamiento				
21	Sudoración (no debido al calor)				

Versión estandarizada por Robles, Varela Jurado y Paz (2001) Revista Mexicana de Psicología,
Vo. 18 Núm. 2, págs. 211-218.

Hoja de apoyo 1

SESIÓN No 2

AUTOLESIONES

Haga una lista de números telefónicos de personas a las que puede llamar o buscar si necesita ayuda:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

“Yo _____ me comprometo a no dañarme a mí misma ni a nadie más para poder avanzar en las sesiones de terapia”.

Versión obtenida y adaptada de Batres, G. (1998). Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas.

Hoja de apoyo 2

SESIONES No 13, 14, 15 TÉCNICAS NARRATIVAS PARA FOMENTAR UNA MEJOR
COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA.

Cuando estaba abusando de mí, el abusador me dijo:

Mi silencio fue obligado con:

Yo fui testigo de las siguientes cosas que me hicieron tener miedo:

Sentí que debía proteger a:

Si hubiera contado hubieran pensado que yo:

El mensaje que recibí, si lo contaba, fue:

Versión obtenida de Batres, G. (1998). Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas.

Hoja de apoyo 3

SESIÓN No 16. EXPOSICIÓN EN VIVO A ESTÍMULOS QUE LE RECUERDEN EL TRAUMA CON EL FIN DE REDUCIR EN LA VÍCTIMA LA EVITACIÓN DE SITUACIONES INOCUAS QUE LE RECUERDEN EL TRAUMA

RECORDANDO

1. Recordando lo que pasó

Yo estaba (dónde y haciendo qué)

Quien abusó de mí estaba:

Mientras me abusaba me dijo:

Y me hizo:

Yo sentí:

Yo quise:

Él se quedó (tiempo)

El resto de la familia estaba:

Cuando se fue, yo sentí:

Yo pensé:

Ahora pienso:

Ahora siento:

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

¿Qué aprendí?

De lo que haré, ¿qué me hace sentir orgullosa?

Versión obtenida de Batres, G. (1998). Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas.