

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

MÓDULO

PROYECTO DE TITULACIÓN MPS

TEMA:

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL ABUSO SEXUAL, UN ESTUDIO DE CASO EN LA CIUDAD DE QUITO

Autor(a)

Lombeida Cisneros Cristina Romina

Tutor(a)

MGS. Natalia Vizcaíno

QUITO – ECUADOR

2024

Resumen:

El abuso sexual es un problema persistente a nivel global, alrededor de 15 millones afectando especialmente a mujeres adolescentes. En América Latina, las estadísticas muestran altas tasas de abuso sexual, con Ecuador registrando preocupantes índices. El objetivo del presente proyecto de investigación es analizar el impacto psicológico del abuso sexual a través de un estudio de caso en Quito. Como objetivos específicos: Evaluar el estado emocional y conductual de la víctima utilizando herramientas estandarizadas. Identificar los factores psicológicos desarrollados como consecuencia del abuso. Y desarrollar un plan de tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Se realizó un estudio de caso, siguiendo una metodología basada en evidencia y evaluación clínica de una paciente de 18 años, que fue víctima de abuso sexual, presentando a su vez síntomas de ansiedad, dificultades para dormir y sentimientos de culpa, entre otros. La intervención se centra en la TCC para abordar sus necesidades específicas como resultados, el estudio destaca las intervenciones multidisciplinarias para abordar los efectos del abuso sexual. La TCC se muestra como una herramienta efectiva para tratar los problemas emocionales y conductuales. Así como también la importancia de la comunicación y la educación sobre el abuso sexual son cruciales para su prevención y tratamiento. También se identificó que la intervención temprana y el papel vital de la psicología pueden ayudar en la mitigación del daño sufrido por las víctimas.

PALABRAS CLAVES: Impacto psicológico, abuso sexual, estudio de caso y terapia cognitivo-conductual.

Abstract

Sexual abuse is a persistent problem globally, especially affecting adolescent girls. In Latin America, statistics show high rates of sexual abuse, with Ecuador registering worrying rates. The objective of this research project is to analyze the psychological impact of sexual abuse through a case study in Quito. Specific objectives: To assess the emotional and behavioral state of the victim using standardized tools. Identify the psychological factors developed as a result of the abuse. And develop a treatment plan based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT). A case study was carried out, following an evidence-based methodology and clinical evaluation of an 18-year-old patient, who was a victim of sexual abuse, presenting symptoms of anxiety, sleep difficulties, and feelings of guilt, among others. The intervention focuses on CBT to address their specific needs, as the study highlights multidisciplinary interventions to address the effects

of sexual abuse. CBT is shown to be an effective tool for treating emotional and behavioral problems, as well as the importance of communication and education about sexual abuse are crucial for its prevention and treatment. It was also identified that early intervention and the vital role of psychology can help in mitigating the damage suffered by victims.

KEYWORDS: Psychological impact, sexual abuse, case study and cognitive-behavioral therapy

1. Introducción

Al hablar de abuso sexual, se reconoce que en la actualidad no es un tema novedoso, sino un modo de maltrato que se relacionó con el desarrollo del ser humano durante su historia. Alrededor del mundo existe mucha información relacionada con esta temática, lo cual, según Fernández (2008), la sociedad llega a sentir preocupación, pero también desconocimiento y lejanía frente a este tipo de actos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018 a nivel mundial 15.000 millones de adolescentes y mujeres de 15 a 19 años se han visto forzadas a tener relaciones sexuales, alrededor de 30 países de acuerdo con datos proporcionados solo 1 % de ellas han pedido alguna vez ayuda profesional. De esta manera, en América Latina se registra el índice de mayor abuso sexual hacia la mujer que equivale a 1.1 millón de mujeres, cifras alarmantes consideradas como una problemática que mantiene a la población latinoamericana atemorizada (Salazar, 2019). Ahora bien, el abuso sexual como maltrato no es un tema actual, sino que ha surgido a través de la historia de la humanidad. Aun así, se estima que durante los dos últimos siglos ha tenido un reconocimiento a nivel de desarrollo intelectual y legal, considerando tanto al niño como a la mujer como actores sociales con derechos propios. Así gracias a estas determinaciones existe la penalización de las conductas lesivas por parte de los adultos o personas implicadas (Gallego et al., 2008). Al hablar del Ecuador, la problemática social contra las mujeres en las relaciones interpersonales o familiares ha sido denunciada como tal por el movimiento de las mismas desde la década de los 80 y con el tiempo se logró desarrollar políticas de desarrollo y protección. Pero esto no ha sido suficiente según, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2021, 1 de cada 4 mujeres en el país son víctimas de abuso sexual.

Ahora se entiende por abuso sexual a cualquier forma de contacto sexual con fuerza o intimidación hacia una persona que esté privada de sentido y razón o sea menor de 12 años.

Estos actos relacionados con abuso pueden implicar desde toques o roces obscenos hasta la penetración (Corsi, 1994). Es importante reconocer que existen diferentes tipos de abuso sexual dependiendo del contexto en el que ocurren y de quién los comete. Entre estos está el abuso intrafamiliar y aquel que se da fuera del contexto de la misma como el abuso extrafamiliar. Barudy (1998) destaca esta distinción, ya que implican dinámicas clínicas distintas y, por lo tanto, requieren diferentes enfoques de intervención. Este tipo de abuso se puede llevar a cabo por cualquier persona independiente de su sexo, pero es más frecuente que su perfil se relacione con un conocido de sexo masculino. De hecho, según Hernández (2012), la agresión se puede dar por un amigo, compañero, familiar o pareja con una probabilidad de un 35 a 70% de los casos. De acuerdo con los autores Ysern y Becerra (2006), el abuso sexual se da como un proceso que requiere de 5 etapas: "Fase de seducción, de interacción sexual abusiva, del secreto, de divulgación (sea accidental, precipitada o intencionada) y la fase represiva" (p. 81). Respecto a las consecuencias del abuso sexual, hay pocos estudios que han hecho un seguimiento a las víctimas; sin embargo, existe consenso en que los efectos a largo plazo en la salud de las personas representan un problema significativo para la salud pública en los países (Montero et al., 2005). Ahora estos efectos dependen aparte de las características del incidente, también de la vulnerabilidad de la víctima, su funcionamiento previo al abuso y a su vez de los factores de protección y riesgo que incluyen sus redes de apoyo familiares, sociales, recursos financieros, recursos emocionales disponibles que pueden ayudar a los incidentes de abuso (SENAME, 2004).

De esta forma, la gravedad como tal del abuso sexual y el impacto final en la víctima dependerán de la cercanía del vínculo con el abusador, el tipo de abuso (caricias, sexo de forma oral, anal o vaginal), la duración del abuso, el grado de restricción física por parte del abusador y la falta de una figura alternativa protectora (Finkelhor, 1980).

Como consecuencias de un abuso sexual está el impacto psicológico; dependiendo de la edad, pueden ser consecuencias iniciales como perdurar a lo largo del ciclo evolutivo hasta configurar la edad adulta, lo que se conoce como efectos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Según los autores, Browne y Finkelhor (1986) lo definen como efectos a largo plazo cuando se desarrollan a partir de los dos años siguientes a la experiencia del abuso. Algunos autores señalan que las víctimas de abuso sexual tienden a tener una afectación de salud mental general, manifestando una mayor cantidad de síntomas y trastornos psiquiátricos, así como también asociarse a sentimientos de ira, hostilidad, impotencia o desconfianza (Pereda, 2010; Fatmawati, 2017). Este también puede ser un factor que explique la aparición de trastorno de estrés postraumático (TEPT); no obstante, el impacto varía según el

tipo, gravedad, naturaleza del abuso y el estado previo de la víctima (Cantón y Cortés, 2015). En Suiza y Sudáfrica se descubrió que tener antecedentes de abuso sexual duplicó el riesgo de desarrollar TEPT (Landolt et al., 2013; Nöthling et al., 2017). Enfocándose a nivel de Latinoamérica, un estudio realizado en Colombia con estudiantes de décimo y primero de bachillerato, se encontró que aquellos que tenían antecedentes de abuso sexual tenían nueve veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos en el momento presente (Gallego et al., 2008). A nivel nacional, en Quito existen algunas investigaciones que aportan conocimiento con relación al impacto psicológico, según la autora Jiménez (2022) en su investigación “Programa piloto de intervención psicoeducativa para la prevención del abuso sexual infantil” indica que una víctima de abuso sexual genera una diversidad de problemas psicológicos, primordialmente con sintomatología depresiva, conducta e ideación suicida, trastorno de estrés postraumático y problemas a nivel sexual. En otra investigación llamada Análisis de los estudios realizados sobre el abuso sexual en adolescentes en el 2021, hablan de resultados similares en mujeres que pueden presentar afectaciones en las relaciones interpersonales a través de la desconfianza como dificultad en la comunicación con la pareja; en la salud mental se encontraron comportamientos de riesgo, violencia, ideación o conducta suicida, trastornos del estado de ánimo, entre otros (Gonzalez, 2022).

Ante el síntoma y su desarrollo se han establecido modelos que parten de distintas teorías psicológicas explicativas del comportamiento humano y sus desviaciones, según los autores Finkelhor y Browne (1985), existen cuatro factores causales a los que denominaron procesos traumatogénicos. El primero determina una interferencia en el desarrollo sexual adecuado, si esta se da dentro de la etapa de desarrollo de la víctima, lo que se refiere a aprender erróneamente a utilizar y considerar su sexualidad, afectando en su autodescubrimiento corporal, interacción con los demás confundiendo sus límites corporales y pudiendo desarrollar comportamientos sexuales agresivos, inadecuados, disfunciones sexuales y confusión respecto a la propia identidad sexual. El segundo factor hace énfasis en la pérdida de confianza o sensación de traición al ser víctima de una persona de confianza, generalizando su desconfianza a otras personas y experimentando a su vez miedo, ansiedad, retraimiento social y dificultades en las relaciones interpersonales. El tercer factor se conoce como la estigmatización de la sensación de pérdida de su valor, sentimiento de vergüenza o culpa, produciendo baja autoestima a corto y largo plazo llevando a tener intentos de suicidio o conductas autodestructivas. Por último, está el sentimiento de indefensión como resultado de la victimización de la situación de vulnerabilidad de la víctima, produciendo un temor y ansiedad

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

constante, así como síntomas depresivos, una actitud agresiva o pasiva y distanciamiento frente a sus cercanos. Los efectos adversos se intensifican cuando las vivencias se acercan más al extremo traumático.

En los últimos años como se pudo observar, se han llevado a cabo investigaciones en varias partes del mundo que a pesar de utilizar distintos enfoques metodológicos, han ayudado a expandir la comprensión de este importante problema social. No obstante, se reconoce que aún hay aspectos que necesitan ser investigados más a fondo. La comunicación desempeña un papel crucial en los esfuerzos para combatir el sin número de abusos sexuales. De acuerdo con el INEC (2021) datos oficiales de las fiscalías especializadas en violencia de género en Ecuador, se reporta un promedio de 11 mujeres violadas diariamente en los últimos tres años, basándose en los registros de denuncias presentadas. A pesar de las campañas, charlas y movimientos destinados a prevenir esta violencia, el tema de las denuncias sigue siendo ambiguo. Esto se debe a que muchas víctimas, particularmente aquellas que sufrieron abusos durante su infancia, a menudo optan por no denunciar debido a la falta de información, sentimientos de culpa y temor a ser estigmatizadas, especialmente en entornos de confianza. Por lo tanto, hablar sobre violaciones y abusos sexuales sigue siendo un tema tabú en la comunicación de la sociedad. Por ello el abuso sexual ha llegado a ser una problemática de salud pública que involucra como tal una intervención multidisciplinaria donde interviene la parte médica, judicial, psiquiátrica, psicológica y sociológica, en demanda de un tratamiento asistencial y preventivo, ya que este tipo de agresión deja efectos psicológicos negativos como se mencionó anteriormente. De acuerdo a esta demanda surge este proyecto que se centra en el impacto psicológico del abuso sexual a través de un estudio de caso, ya que la psicología como ciencia especializada en el desarrollo de la mente de las personas, según Gutierrez (2022) juega un papel muy importante para la implementación de recursos frente al daño a fin de mitigar en la medida de lo posible el daño sufrido. Gonçalves y Vieira, (2018) establecen que debido a la seriedad del problema, la psicoterapia para el abuso sexual debe iniciarse tan pronto como se detecte el trauma.

Ante esto el presente estudio responde como objetivo general: Analizar el impacto psicológico del abuso sexual a través de un estudio de caso en la ciudad de Quito. Y como objetivos específicos: Evaluar el estado emocional y conductual de la víctima de abuso sexual al inicio del estudio de caso, utilizando herramientas y técnicas de evaluación psicológica estandarizadas. Identificar los factores psicológicos que se desarrollaron en la paciente como consecuencia del abuso sexual experimentado en su adolescencia. Desarrollar un plan de

tratamiento personalizado basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que aborde las necesidades específicas del paciente.

Como se mencionó con anterioridad al hablar de estudios de caso, de acuerdo con algunos autores son de gran utilidad para impartir sus conocimientos relacionados con los modelos de evaluación e intervención, plasmar los nuevos desafíos, la eficacia y efectividad científica en la terapia psicológica (Vicente, 2020). Por esto el presente estudio busca ampliar la efectividad clínica y la generalización de las intervenciones empíricamente validadas y de las evaluaciones basadas en la evidencia desde el contexto de un estudio del impacto psicológico del abuso sexual. Así como también conocer los nuevos desafíos en la práctica clínica y formas de como afrontar, contribuyendo así a mejorar las estrategias de intervención y apoyo para sobrevivientes de abuso sexual. Por otra parte al hablar de la importancia y aportaciones en la práctica clínica también se pueden observar limitaciones, de acuerdo con el caso como se vió con anterioridad existe una limitación de investigaciones y estudios de casos en el Ecuador y en Quito por la falta de conocimiento, otro también se relaciona con el abordaje de los casos desde la práctica, los hallazgos del mismo pueden no ser generalizables a otros pacientes o contextos debido a la singularidad de cada caso y las características específicas del individuo.

De acuerdo con el análisis y características metodológicas es un estudio de caso basado en la evidencia. Esto tiene relación con la integración de contenidos verbales a través de la interacción de la paciente dentro del proceso terapéutico, así como a su vez establecer mecanismo de cambio mediante análisis del discurso del paciente, y también la aplicación de evaluaciones en diferentes momentos del proceso, como también el conocimiento especializado y la experiencia de la persona que realiza la intervención. No solo se trata de la evidencia que respalda una intervención, sino también de las decisiones individuales sobre cómo entender los casos y considerar el contexto completo de la situación en la que se está interviniendo y finalmente, se considera crucial el uso del juicio clínico con la eventualidad de entender mucho mejor el contexto individual del paciente con relación a los efectos psicológicos del abuso (Martínez, 2014; Vicente, 2020).

El estudio se llevó a cabo en el consultorio de un centro privado de atención psicológica.

Como criterios de inclusión se tomaron los siguientes:

- Sexo femenino
- Ser de nacionalidad Ecuatoriana.
- Mayor de edad (tener 18 en adelante)
- Asistir al centro psicológico privado (agendamiento de cita)

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

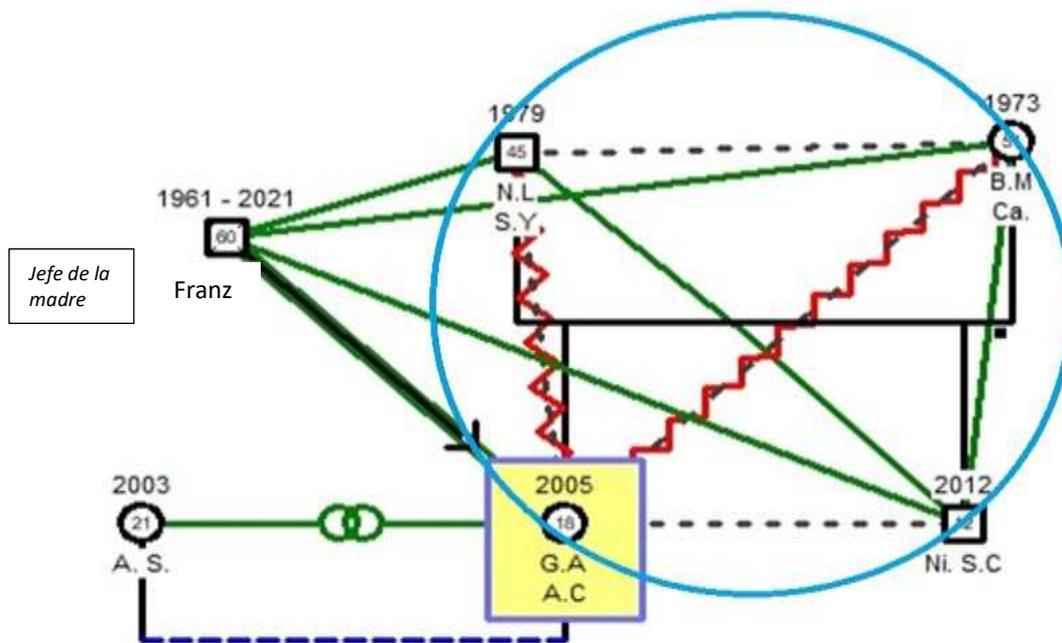
- Que hayan tenido un indicio de abuso sexual
- Querer participar voluntariamente en la investigación

Criterios de exclusión:

- Ser extranjera
- Estar embarazada.
- Ser menor de 12 años o mayores de 70.

2. Presentación del caso:

2.1 Genograma



Es necesario determinar que parte de este estudio mediante el consentimiento se redactaron los acuerdos de confidencialidad por lo que los datos de información que se observaran a continuación en el caso han sido modificados con el fin de precautelar la identidad y seguridad de la paciente.

Paciente Andrea de 18 años de sexo femenino que vive con sus padres y su hermano menor en la ciudad de Quito. Es estudiante del último año del colegio, Andre asiste al centro porque existen conflictos familiares desde hace algún tiempo atrás, caracterizados por la falta de aceptación por parte de sus progenitores hacia su identidad y preferencias. Ella desea mostrarse libremente a través de su forma de vestir y actuar, lo cual es cuestionado por sus padres por considerarla "no femenina". Además, la relación con su nueva pareja, Sofía, no es aceptada por ellos. La paciente muestra un comportamiento distante y una comunicación escasa

con sus padres, y apenas interactúa con su hermano menor. Sus padres están preocupados por los comportamientos, actitudes rebeldes y distanciamiento emocional por parte de Andrea hacia los miembros de su familia. Es importante reconocer que los padres biológicos mantienen una creencia religiosa que frecuentemente genera desacuerdos o discrepancias con los gustos y decisiones de la paciente. Dentro de su círculo familiar se encuentra Franz, con quien logró establecer un vínculo cuando su madre empezó a trabajar como ama de llaves en la casa de él, después incluyó a su padre en su empresa. Así Franz les permitió vivir en su casa ya que para él ya no solo eran trabajadores sino familia, con el tiempo la mamá, Ana, quedó embarazada lo cual generó resistencia de Franz porque iban a dejar de estar completamente con él y en su trabajo, cuando ella nació la historia cambió. Al conocer que él nunca tuvo un vínculo con alguien generó un apego muy marcado a Andrea por lo cual habló con sus papás delegando que ellos se dediquen más a las empresas y a la casa, a cambio él también ayudaría en la formación de Andrea queriendo recompensar lo que alguna vez él no tuvo.

2.2 Motivo de consulta

La consultante menciona que desde hace 2 años y medio presenta, sentimientos de culpa, dificultades para dormir, pensamientos de muerte, así también desinterés por las actividades, la única actividad que sigue disfrutando es cuando está con su novia con quien menciona tener una “relación sana”.

2.3 Problema actual

Andrea fue llevada a consulta por motivación de sus padres, quienes están preocupados por su comportamiento. Anteriormente, consultó a un psiquiatra, pero mostró resistencia al tratamiento medicamento prescrito (Risperidona y Neuryl) debido a los efectos secundarios experimentados. La muerte de Franz por cáncer en 2021, quien era una figura paterna para Andrea, ha exacerbado sus problemas emocionales. Aunque recuerda a Franz como una figura exigente, también lo percibe como la única persona que aceptaba su orientación sexual. Andrea desde aproximadamente sus 12 años es homosexual, lo cual al principio lo mantenía en secreto hasta el fallecimiento de Franz que le hizo tomar valentía y comentarles a sus papás que le gustan las chicas, aun así, con su pareja aún mantenía la dinámica de que es su amiga para que les permitan verla. Además, se observa una historia de un posible abuso sexual por parte de un amigo, con el cual compartía gustos y actividades como la patineta. Actualmente la sintomatología que presenta es ansiosa, no puede respirar, le tiembla todo, mareo y vómito; conductas evitativas (como no comunicarse con sus padres); aislamiento social como falta de habilidades sociales y retraimiento entre pares y adultos; sentimientos de culpa, dificultades

para dormir, pesadillas reviviendo el abuso sexual que ejecutó un antiguo amigo, así también desinterés por las actividades, conductas de riesgo (como colocarse cerca de los autos para ver si algo sucede). La única actividad que sigue disfrutando es cuando está con su novia con quien menciona tener una “relación sana”.

Es importante mencionar que dentro de la evaluación inicial al momento de la entrevista vestía con prendas muy olgadas que se relacionaba con expresión de género masculina. Su conciencia lúcida, estaba orientada en persona, espacio y tiempo y su atención era sostenida aunque con ligera dificultad en la concentración al momento de la evaluación, presenta inquietud física, onicofagia e hiperhidrosis en manos. Se observaron alteraciones en la expresión oral, le cuesta establecer contacto visual, lenguaje un poco lento, mientras que la articulación y curso eran adecuados, aunque con alto grado de timidez.

2.3 Queja

Andrea remite que desde hace algún tiempo atrás no se siente cómoda en casa, hay desacuerdos constantes con sus padres y con su hermano. Esto se ha venido presentando desde que ella tiene memoria porque siente que su forma de vestir es diferente y su familia no comparte ni respeta sus gustos, intereses y hasta su forma de vestir y actuar. Por esto se siente sola ya que la relación con cada uno de los miembros de su familia es distante y muy poco comunicativa, por esto se siente cansada y frustrada llevándole a sentir ansiedad y sentimientos de tristeza constantes. Según Andre para ella su casa no es un espacio seguro ni cómodo, lo cual le gustaría saber qué es lo que está pasando. A parte de su hogar, identificó que en su adolescencia fue víctima de un abuso por parte de un amigo muy cercano, por lo que siente que esto en la actualidad le limita e imposibilita en su esfera social y personal. A raíz de esto se ha mostrado muy distante y poco comunicativa tanto en la institución como con su familia.

2.4 Demanda

La iniciativa de buscar ayuda profesional proviene principalmente de los padres de Andrea, la madre expresa la esperanza de que la terapia ayude a mejorar la comunicación y restaurar la armonía familiar, mientras que el padre está interesado en entender mejor las necesidades emocionales de Andrea.

Por su parte, Andrea asiste a las sesiones de terapia con una actitud reservada. Ella espera encontrar un espacio seguro para expresar sus preocupaciones y recibir orientación para manejar sus dificultades emocionales, como también hacer que los discursos u opiniones de sus padres no le afecte tomando decisiones desde su punto de vista y sintiéndose libre.

3. Metodología

Este estudio de caso emplea la metodología tipo ABA, es decir, el presente tipo estudio se basa, primero en una evaluación de la conducta de la paciente para establecer un diagnóstico y a su vez proponer una línea de base con los resultados (A). Posteriormente, se aplica un tratamiento para intervenir en el diagnóstico o condición psicológica hallada (B) y, por último, se mide nuevamente la conducta y se compara con la línea de base (A) (Virués y Moreno, 2008).

Para realizar el proceso de evaluación se aplicaron durante la etapa de evaluación una entrevista clínica y los siguientes instrumentos estandarizados:

- El Inventario Clínico Multiaxial de Millón, de acuerdo con un estudio en Perú de un grupo de pacientes internados y ambulatorios que se atienden en dos hospitales de salud mental de Lima corroboraron conceptualmente la equivalencia con el original en lengua inglesa. En cuanto a la fiabilidad se observa que las escalas clínicas del MCMI- II están por encima del 80, lo cual plantea que la consistencia del test es adecuada, proyectando una validez interna satisfactoria de las escalas clínicas (Solís, 2019). Esta evaluación permite determinar la existencia de patrones de personalidad y síntomas clínicos.
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), al hablar de validez y confiabilidad en una investigación dio como resultados del estudio psicométrico que el Inventario se adapta aceptablemente en una estructura unidimensional, mediante la técnica del análisis factorial confirmatorio a nivel de Latinoamérica (Gomez et al., 2023). Este Inventario permite conocer aquellos aspectos importantes de la sintomatología de la ansiedad tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. del paciente (Vizioli y Pagano, 2020).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI), al hablar de validez y confiabilidad en la adaptación ecuatoriana del BDI-II presenta una estructura de dos factores coherente con la versión original y las adaptaciones previas sobre validez y consistencia interna del instrumento ($\alpha = .86$) (Astudillo y Quezada, 2021). Es un instrumento que permite medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento establecido.
- Frases incompletas de Sacks (FIS) para adultos, gracias a las fuerzas de seguridad de la provincia de Buenos Aires realizaron varias adaptaciones de la técnica para

poder abordar las áreas de personalidad y competencias, siendo utilizada en su vertiente proyectiva permite el conocimiento de la forma como el sujeto se relaciona en sus contactos interpersonales, en los que se manifiestan aspectos básicos de la personalidad del sujeto (Fatelevich y Tonin, 2021).

- Y la última evaluación la escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), de acuerdo con un estudio la EAR cuenta con evidencia empírica de validez, confiabilidad y funcionamiento, se efectuó el análisis de consistencia interna, que para todos los modelos fue bueno ($H > .80$). Este test evalúa el sentimiento de satisfacción que tiene la persona sobre sí misma (Ventura et al., 2018).

Para explicar estos efectos, es necesario considerar la teoría cognitivo conductual. Como lo describió Hoier, et al. (1992) el condicionamiento clásico podría explicar cómo estímulos neutros, como un lugar o un pensamiento, al asociarse con un estímulo incondicionado de abuso, como un sonido fuerte o una agresión física, desencadenan automáticamente una respuesta que puede manifestarse en un aumento del ritmo cardíaco o el miedo. Así las respuestas de las víctimas de abuso sexual pueden explicarse mediante este tipo de condicionamiento desarrollando un aumento del estado de alerta, problemas físicos a corto plazo como taquicardia, hiperactividad, trastornos del sueño y de la concentración, cambios en el apetito, enuresis, quejas físicas vagas, comportamientos sexualizados y autolesiones. Las teorías del condicionamiento operante, centradas en el reforzamiento y el castigo, también se han utilizado para explicar las repercusiones psicológicas del abuso. Por ejemplo, el mecanismo del reforzamiento negativo, que implica la eliminación de un estímulo después de una respuesta y aumenta la probabilidad de que se repita esa respuesta, se ha aplicado para comprender las conductas de evitación de las víctimas, como fobias o evitar el contacto sexual, disfunciones sexuales, retirada social, escapadas del hogar, consumo de alcohol y drogas, ideación suicida, procesos disociativos y agresividad.

4. Formulación de Hipótesis

De acuerdo con el enfoque cognitivo conductual se pueden determinar las siguientes hipótesis, basando en su conducta, pensamiento y emociones: 1. Tras haber vivido un abuso pudo interferir con su desarrollo sexual, generando confusión, disociación, así como también tener dificultades para establecer y mantener relaciones íntimas y saludables. Esto puede deberse a problemas de confianza, miedo al contacto íntimo o dificultades para establecer límites personales. 2. La dificultad de Andrea para comunicarse con sus padres, debido a las diferencias entre sus convicciones religiosas y su orientación sexual, puede estar contribuyendo

a la aparición de pensamientos negativos y creencias disfuncionales sobre sí misma y su relación con su familia. Estos pensamientos y creencias pueden aumentar su sentimiento de soledad y falta de pertenencia, lo que a su vez refuerza los síntomas depresivos. 3. El conflicto de Andrea con sus padres, quienes intentan imponer un cambio en su orientación sexual basándose en sus creencias religiosas, podría estar generando en Andrea pensamientos negativos sobre la falta de aceptación y reconocimiento por parte de su familia. Esta falta de aceptación, junto con la pérdida de su figura de protección (Franz), puede estar provocando una deriva emocional caracterizada por síntomas depresivos y ansiedad, al sentirse incapaz de encontrar apoyo y comprensión en su entorno cercano.

5. Análisis de Factores

De acuerdo con el análisis del caso se consideran los factores de riesgo:

- 1.1 Factores biológicos :** El antecedente del abuso sexual puede tener implicaciones biológicas como la activación del sistema simpático y la respuesta al estrés.
- 1.2 Factores Conductuales:** Las conductas evitativas de Andrea, como la falta de comunicación con sus padres y las conductas de riesgo.
- 1.3 Factores Fisiológicos:** La dificultad para dormir, las pesadillas y el desinterés por las actividades pueden ser indicativos de una respuesta de evitación y una estrategia de afrontamiento disfuncional.
- 1.4 Factores sociales:** El ambiente familiar marcado por la tensión, la falta de comunicación, las normas rígidas y la pérdida de la figura paterna sustituta (Franz) en el 2021. Así como también los prejuicios de su entorno y el desconocimiento sobre género.
- 1.5 Factores predisponentes:** El fallecimiento de Franz Y el evento traumático de abuso sexual.
- 1.6 Factores de riesgo:** El rechazo por parte de la familia debido a la orientación sexual puede ser un factor de riesgo significativo. La falta de apoyo y aceptación familiar puede aumentar el riesgo de ideación suicida y conductas autolesivas en las personas LGBT. Las personas LGBT a menudo enfrentan estigmatización y discriminación en diversos entornos, esto puede llevar a un aislamiento social y a una mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.

6. Presunción diagnóstica

El diagnóstico presuntivo sería: Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) con Ansiedad 300.4 (F34.1) Puesto que la consultante cumple con los siguientes criterios diagnósticos del DSM-V: Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprenda la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante mínimo dos años. Andrea presenta estado de ánimo deprimido, que se representa a través de sentimientos de soledad, incompreensión, llanto, anhedonia y abulia. Además, dentro de este criterio se especifica que en niños y adolescentes el estado de ánimo deprimido se presenta con irritabilidad, la misma que es la preocupación de los padres y por lo cual acuden a consulta. Así como también presentó dificultad e inseguridad para tomar decisiones generando una respuesta evitativa de afrontación. Sentimientos de desesperanza como de tristeza, de no encajar en situaciones sociales ni familia, por lo cual presenta conductas de riesgo y auto lesivas. Los síntomas presentados por Andrea han generado un deterioro en su área sentimental, familiar y social, presentando falta de comunicación, aislamiento y conductas de riesgo.

De acuerdo con las investigación que han surgido en el campo de la psicología, las intervenciones han avanzado y pueden contribuir significativamente a la recuperación de la víctima. Además, los autores recomiendan la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) porque aborda tanto el comportamiento como las emociones de la víctima. Por eso la intervención que se llevará a cabo es desde un enfoque cognitivo conductual a fin de contribuir a la interconexión entre pensamientos, sentimientos y comportamientos buscando reducir las experiencias traumáticas y los síntomas que influyen con el desarrollo social y personal de las víctimas de abuso sexual. Como dijo Chávez y Ontiveros (2014) La terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal y ritmo social, la terapia familiar focalizada, el método clínico y lo mismo que la psicoeducación, enfoques psicosociales útiles en el tratamiento del trastorno depresivo recurrente, comparten el énfasis en el empoderamiento del paciente para convertirlo en participante activo de su tratamiento. Siguiendo el método clínico y las técnicas desde el enfoque cognitivo conductual se procede ordenadamente con la recolección de información necesaria, evaluando la sintomatología del paciente y su asociación con trastornos especificados en los manuales internacionales, además de su posible relación con otras psicopatologías, con lo cual se podrá obtener información concreta del paciente en mención.

7. Objetivos Terapéuticos:

7.1 Objetivo Principal:

Reducir la sintomatología depresiva enseñándole técnicas efectivas desde el enfoque cognitivo conductual aportando a la mejora del estado de ánimo de la paciente.

7.2 Objetivos Específicos:

1. Fomentar la aceptación y reconocimiento personal desarrollando una mayor aceptación y confianza en sí misma, independientemente de las expectativas externas, promoviendo una imagen positiva de sí misma y su identidad.
2. Promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento como identificar y utilizar estrategias saludables para hacer frente a la presión familiar y social relacionada con su orientación sexual, incluyendo la comunicación asertiva, la búsqueda de apoyo social y la resolución de problemas.
3. Facilitar el manejo del estado de tristeza y la ansiedad como enseñar a Andrea técnicas de manejo de estado de ánimo deprimido y la ansiedad para que pueda lidiar de manera efectiva con las emociones desagradables que experimenta debido a la falta de aceptación de sus padres y la pérdida de su figura de protección.
4. Fortalecer el sentido de pertenencia de Andrea identificando, cuestionando y reestructurando los pensamientos automáticos negativos relacionados con su falta de aceptación de sí mismo y por parte de sus padres.
5. Promover la autoaceptación y el bienestar emocional del paciente, fortaleciendo su identidad y resiliencia, mediante la implementación de estrategias de afrontamiento, el desarrollo de una red de apoyo social positiva a través de un enfoque afirmativo e inclusivo.

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

8. Plan Terapéutico:

Fases	Síntoma o situación	Objetivo	Técnica o Actividad	Descripción
1 (4 sesiones)	<i>Reencuadre y Enfoque Psicológico</i>	Ayudar al paciente a entender su diagnóstico como factores influyentes y normalizar sus reacciones.	Psicoeducación	Abordaje de emociones y reacciones a eventos, respuestas asociadas al abuso y su diagnóstico.
2 (4 sesiones)	<i>Evaluación</i>	Identificar el motivo de consulta y evaluar los síntomas y signos de la paciente	Entrevista Instrumentos Psicológicos	Esta fase consta de 4 sesiones en la cual primero se aborda el motivo de consulta, dos sesiones de valuación en la cual se aplican reactivos de acuerdo con la sintomatología
3 (6 sesiones)	<i>Pensamientos de Muerte</i>	Abordar pensamientos suicidas y promover la seguridad.	Identificación y reestructuración de pensamientos suicidas.	Se establecerá un plan de seguridad y se identificarán recursos de apoyo en caso de emergencia.
4 (3 sesiones)	<i>Tristeza profunda</i>	Identificar sus emociones y expresarlas	Externalización de malestar	Abordaje de emociones y reacciones a eventos, respuestas asociadas al abuso. Relación entre respuestas de ansiedad, conductas de evitación y mantenimiento de dificultades

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

5 <i>(4 sesiones)</i>	<i>Abuso sexual</i>	Identificación de creencias disfuncionales y distorsionadas sobre uno mismo y su identidad.	Reconocimiento y diario de pensamientos	Identificar y desafiar pensamientos automáticos negativos relacionados con el abuso y la identidad de género. Monitorear y analizar patrones de pensamiento negativos.
6 <i>(3 sesiones)</i>	<i>Pensamientos automáticos</i>	Reestructurar el estado de ánimo negativo y las preocupaciones.	Reestructuración cognitiva	Practicar la reestructuración cognitiva para transformar creencias negativas en afirmaciones positivas y realistas
7 <i>(2 sesiones)</i>	<i>Autolesiones</i>	Abordar las conductas auto lesivas y promover la seguridad.	Se explorarán las causas subyacentes de las autolesiones.	Se desarrollarán estrategias de afrontamiento alternativas y saludables. Prevención de recaídas.
8 <i>(3 sesiones)</i>	<i>Aislamiento Social</i>	Fomentar habilidades sociales y reducir el aislamiento.	Entrenamiento en habilidades sociales.	Se practicarán habilidades de comunicación efectiva y se explorarán formas de conectar con los demás.
9 <i>(3 sesiones)</i>	<i>Autoestima y autoconocimiento</i>	Aprender a reconocerse y aceptarse tal y como es con sus gustos y decisiones	Evaluar y reestructurar pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo.	Promoción de autocuidado y fomentar su seguridad de lo que es y sus gustos.

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

			Practicar la autocompasión y autoafirmaciones diarias.	<p>Explicar qué es la autocompasión: reconocer el sufrimiento personal, tratarse con amabilidad y recordar la humanidad compartida.</p> <p>Establecer un momento específico del día para que Andrea recite sus autoafirmaciones (por ejemplo, al despertarse o antes de dormir).</p>
10 (3 sesiones)	<i>Identidad de género</i>	Fomentar la autoaceptación y el bienestar emocional del paciente	A través de estrategias de afrontamiento y apoyo social (red de apoyo)	<p>Mediante su historia podemos explorar y afirmar su identidad sexual y/o de género a través de conversaciones abiertas y sin juicio.</p> <p>Así como enseñar técnicas específicas para manejar el estrés y la ansiedad relacionados con experiencias de discriminación, como la respiración profunda, la meditación y la visualización positiva.</p>
11 (3 sesiones)	<i>Nerviosismo</i>	Dotar de herramientas para manejar los nervios y las emociones intensas.	Meditación mindfulness	Enseñar técnicas de respiración y relajación para reducir la ansiedad.
12 (3 sesiones)	<i>Dificultad de toma de decisiones</i>	Aprender a solucionar problemas y tomar decisiones de un modo adecuado	Entrenamiento en Solución de Problemas y toma de decisiones	Describir los pasos de la resolución de problemas: Identificación del problema, generación de soluciones,

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

				<p>evaluación de opciones, selección de la mejor solución, implementación y revisión.</p> <p>Ayudar a Andrea a evaluar cada solución generada, considerando sus ventajas y desventajas. Utilizar una tabla de pros y contras para organizar la evaluación de cada opción.</p>
<p>13 <i>(4 sesiones)</i></p>	<p><i>Planificación y Metas</i></p>	<p>Aprender a planificar y establecer metas de acuerdo a sus necesidades</p>	<p>Planificación y gestión del tiempo</p>	<p>Ayudar a Andrea a definir claramente sus metas a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Asegurarse de que las metas sean específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo definido (SMART). Celebrar los logros alcanzados por Andrea en el camino hacia sus metas.</p> <p>Proporcionar refuerzo positivo y reconocimiento por su esfuerzo y perseverancia.</p> <p>Libro recomendado: El poder de los hábitos y Hábitos atómicos</p>

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

<p>14 (1 sesión)</p>	<p>Planificación de Seguimiento</p>	<p>Establecer medidas concretas para evaluar el progreso continuo de Andrea fuera de la terapia.</p>	<p>Se proporcionarán recursos y apoyo adicional según sea necesario.</p>	<p>Se finalizará la sesión con palabras de aliento y apoyo. Se reiterará el compromiso de Andrea hacia su bienestar emocional y se le recordará que siempre puede recurrir a las estrategias aprendidas durante la terapia en momentos de dificultad</p>
<p>15 (2 sesiones)</p>	<p>Prevención de recaídas</p>	<p>Identificar las herramientas accesibles a pesar del cierre de proceso</p>	<p>-Identificación de su red de apoyo.</p> <p>-Reconocimiento de herramientas adquiridas en el proceso terapeutico</p> <p>-Programación de sesiones de seguimiento</p>	<p>- Ayudar a Andrea a fortalecer y mantener sus redes de apoyo social, incluyendo amigos, familia y grupos de apoyo, en la cual se le enseña cómo buscar y aceptar apoyo cuando lo necesite.</p> <p>-Indica como realizar autoevaluaciones regulares de su estado emocional y a monitorear posibles signos tempranos de recaída y proporcionar herramientas de monitoreo, como diarios de emociones o cuestionarios periódicos, para facilitar esta autoevaluación.</p> <p>- Planificación sesiones de seguimiento periódicas para revisar el progreso de Andrea, ajustar estrategias si es necesario y proporcionar apoyo continuo.</p>

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

				Y asegurarse de que Andrea sepa que puede volver a la terapia si siente que necesita más apoyo en el futuro.
16 (1 sesión)	<i>Reflexión y Despedida</i>	Reflexionar sobre el progreso realizado durante todo el proceso terapéutico y despedirse de manera satisfactoria.	Escritura terapéutica y visualización	Reflexión, expresión emocional, cierre simbólico. Se le pide a la paciente que logre visualizar todos sus cambios y sus restos durante el proceso terapéutico que le ayude a reconocer sus logros. Después a través de la aplicación FutureMe se realiza una carta a Andrea de futuro que le permita recordar sus avances en terapia y estableciendo sus metas y objetivos para evaluarlo en un año.

9. Esquema Plan Terapéutico

Fase 1: Psicoeducación

Objetivo Terapéutico:

Proporcionar a Andrea una comprensión básica de los principios cognitivo-conductuales y la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos.

Sesión 1: Introducción a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Objetivo: Explicar a Andrea los fundamentos de la TCC, cómo funciona y qué esperar del proceso terapéutico.

Aquí se usó el Modelo Cognitivo- Pensamiento emoción y conducta- mediante ejemplificaciones diarias Andrea pueda identificar y entender cómo influyen y están relacionadas en su vida. Por último se hizo cierta introducción del concepto de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con el fin de poder trabajar los pensamientos de muerte que ha presentado la paciente recurrentemente.

Sesión 2: Comprensión de Pensamientos Automáticos

Objetivo: Enseñar a Andrea a identificar y entender qué son los pensamientos automáticos, cómo se generan y su impacto en sus emociones y conductas.

Para esto se usó la metáfora de entender el problema (Las moscas) con el fin de que reconozca cómo trabaja nuestra mente cuando está sobrecargada y no ve una salida.

Sesión 3: Educación sobre la Depresión y la Ansiedad

Objetivo: Proporcionar información sobre los síntomas de la depresión y la ansiedad, así como las causas y los factores de mantenimiento.

Se pudo discutir el impacto del conflicto familiar y la falta de aceptación en su bienestar emocional. Dentro del proceso se abordó la dinámica y relación familiar con cada uno de los miembros de su familia, al inicio se observó mucha ansiedad lo cual Andrea somatizaba mediante movimientos involuntarios en sus piernas (temblor), pero conforme iba hablando logró calmarse. Como Andrea le gustaba dibujar hizo que identifique cómo ella veía a su depresión y ansiedad por lo cual hizo una persona grande sin rostro que en su momento le seguía en todo tiempo y era como algo tenebroso, relacionándolo con tristeza y ansiedad. Se realizó una proyección y concientización para que pueda ver en su dibujo que ella es más grande que su malestar (tristeza y ansiedad).

Sesión 4: Herramientas de Autoobservación:

Objetivo: Introducir el uso de diarios de pensamiento y registros de emociones para que Andrea pueda comenzar a monitorear sus propios pensamientos automáticos y respuestas emocionales.

Se le enseñaron algunos formatos de registro de pensamientos y de emociones y se le dejó como tarea para empezar la siguiente fase.

Fase 2: Evaluación**Sesión 1: Entrevista Inicial**

Objetivo: Recabar información relevante sobre Andrea, identificando el motivo de consulta y la demanda para posteriormente establecer el tratamiento oportuno.

Es importante que dentro de esta sesión los padres también manifestaron su preocupación y le proporcionaron todo el apoyo necesario con su terapia.

Sesión 2: Aplicación de Instrumentos

Objetivo: Medir la sintomatología, características psicológicas, rasgos personales y la afectación a nivel afectivo de acuerdo con el contexto de Andrea y su motivo de consulta.

En esta sesión se aplicarán los siguientes instrumentos:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millón

Sesión 3: Aplicación de Instrumentos

Aquí se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Frases Incompletas de Sacks (FIS) para adultos
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Sesión 4: Feedback de Resultados

Objetivo: Evaluar el estado emocional y cognitivo de Andrea.

Andrea de acuerdo con las evaluaciones muestra tendencias límites y conflictos con figuras de autoridad, en especial con sus padres debido los conflictos que presenta por sus gustos, forma de vestir y lucir. También presenta comportamientos compulsivos y autodestructivos. Es introvertida e inhibida, insegura consigo misma y evita socializar. Utiliza mecanismos de defensa evasivos y de negación, reprimiendo sus emociones. Tiene inmadurez emocional que afecta su reacción ante situaciones. Su autoestima baja y su percepción negativa de sí misma y su familia contribuyen a conflictos familiares y emocionales. La comunicación con

su familia es limitada y enfrenta una presión constante y falta de aceptación. Evaluaciones sugieren indicativos de abuso en la adolescencia, desencadenando ansiedad severa y depresión.

Fase 3: Pensamientos de muerte

Objetivo Terapéutico:

Reducir la frecuencia, intensidad y el impacto de los pensamientos de muerte de Andrea, proporcionando estrategias efectivas de afrontamiento y un plan de seguridad para manejar situaciones de crisis, promoviendo su bienestar emocional y seguridad.

Sesión 1: Evaluación y Comprensión de los Pensamientos de Muerte

Objetivo: Realizar una evaluación detallada de los pensamientos de muerte, incluyendo su frecuencia, intensidad y cualquier planificación o intención suicida.

En esta sesión a través del discurso de la paciente se recabó información de los pensamientos y su frecuencia indicando que al sentir mucha tristeza o ansiedad para parar los pensamientos se autolesiona mediante: cortes, golpes o huidas. En muy pocas ocasiones ha llegado a pensar en las posibles formas de terminar con su vida, pero llevarlo a cabo es algo que aún le genera miedo.

Sesión 2: Psicoeducación sobre Pensamientos Suicidas

Objetivo: Proporcionar información sobre cómo los pensamientos de muerte pueden ser una manifestación de la depresión y de la ansiedad, y cómo pueden ser manejados.

Esto se llevó a cabo a través de imágenes y tríptico de los pensamientos de muerte y las consecuencias de la misma a través del Modelo: Emoción, pensamiento y conducta para que pueda entender y manifestar lo que siente. Andrea empezó a tener una conciencia más plena de sus pensamientos y en ocasiones generaba un insight de los mismos, logró identificar sus distorsiones y reconocer que esos pensamientos no se desarrollan mucho con la realidad. Dentro de esta sesión se estableció y se enseñó el Journaling (diario de pensamientos) para registrar situaciones en las que aparecen pensamientos de muerte, los pensamientos específicos que tiene, y las emociones asociadas. Se acordó que es necesario traer su registro durante las sesiones posteriores.

Sesión 3: Cuestionamiento y Reestructuración Cognitiva

Objetivo: Aplicar técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar y modificar los pensamientos de muerte, buscando evidencias y alternativas más positivas.

Cuestionamiento Socrático, se utilizaron preguntas socráticas para desafiar la validez de los pensamientos de muerte de Andrea. Se realizaron preguntas como: "¿Cuál es la evidencia de que tus padres nunca te aceptarán?", "¿Hay algún momento en el que hayas sentido apoyo de

alguien?". Lo cual le llevó a identificar que tiene una red de apoyo externa a su familia como es su novia, la familia de su novia, ciertos amigos de su colegio con los cuales se lleva muy bien. Bajaron mucho los pensamientos que le hacían pensar que estaba sola.

Reestructuración cognitiva, también se generaron pensamientos alternativos más equilibrados. Dentro de sus pensamientos estaba: "No tengo ningún valor", se trabajó junto con la paciente el encontrar y enfocar en aspectos positivos de sí misma y sus logros. Se usó el cambio de dialogo logrando reestructurarlos desde una tercera persona, esta tarea se le mandó a casa con el fin de aplicarlo lo aprendido en la sesión.

Sesión 4: Regulación emocional

Objetivo: Enseñar y practicar habilidades de regulación emocional para ayudar a manejar mejor las emociones intensas y mantenerse en el presente.

Se logró en la sesión dar más importancia a las emociones luego de que sus pensamientos sean mas estables, indicando que sus pensamientos han bajado y a traves de una ruleta de emociones se le explicó las principales que existen y los derivados que salen de las mismas. Consecuentemente se enseñaron técnicas de regulación emocional, como la identificación y etiquetado de emociones y la reevaluación cognitiva (que implica resignificar un evento para cambiar su impacto emocional). Por se asignó como práctica diaria de tarea para Andrea.

Sesión 5: Desarrollo de un Plan de Seguridad

Objetivo: Crear un plan de seguridad detallado que incluya estrategias de afrontamiento inmediatas, contactos de emergencia y pasos claros a seguir en caso de crisis.

Se establecieron estrategias de afrontamiento inmediatas, como actividades que la distraigan, según sus gustos en la siguiente lista: nadar, escuchar música, hacer patineta (aquí se observó un desbloqueo, ya que ella lo relacionaba con el abuso por lo cual no lo había retomado) , pintar, hablar con su novia y su mejor amiga. Se incluyeron contactos de emergencia, los números de teléfono fueron de amigos, papá y el correo de la terapeuta.

Por ultimo como tarea se acordó realizar en casa un espacio seguro, tomando en cuenta los 5 sentidos: cosas que pueda ver y le generen tranquilidad (fotos, cuadros y dibujos), escuchar (lista de música en tiempo de crisis), tocar (slime, plastilina y pop it), oler (perfume favorito, vaselina y aceites de esencias de su agrado) y gusto (dulces o bocaditos que ayuden). Esto se usará en caso de una crisis.

Sesión 6: Fortalecimiento de Redes de Apoyo

Identificó y mapeó con Andrea su red de apoyo social, incluyendo amigos, familiares y posibles grupos de apoyo y se fomentó la comunicación abierta y honesta con estas personas sobre sus sentimientos y pensamientos de muerte a través de un Rol Playing. Al principio como era una actividad nueva generó un poco de ansiedad e incomodidad en Andrea pero se observó una gran regulación con las técnicas vistas anteriormente, generando recursos y herramientas de manera independiente y autónoma.

Fase 4: Tristeza Profunda

Objetivo Terapéutico: Reducir la intensidad y la frecuencia de la tristeza profunda mediante la identificación y modificación de pensamientos negativos, el desarrollo de habilidades de afrontamiento que promuevan el bienestar emocional.

Sesión 1: Identificación de pensamientos y creencias negativas.

Objetivo: Identificar las situaciones, pensamientos y creencias que contribuyen a su tristeza profunda.

A través del discurso de la paciente se abordó la historia de vida en la cual se hizo una línea de tiempo de acuerdo con lo que se iba abordando en la sesión. Se dió un espacio con relación a la situación del abuso que ella con el tratamiento ha identificado que no ha sido su culpa y que ella era muy pequeña (pudo hablar de la situación y se observó poca ansiedad). Otro aspecto fue la muerte de Franz que sintió que fue alguien muy importante y se pidió en la misma que aprendizaje generó de la situación (clarificó que el le enseñó a seguir por sus sueños, aceptarse como es y que si lo propone puede llegar lejos)

Sesión 2: Habilidades de Afrontamiento

Objetivo: Enseñar habilidades de afrontamiento efectivas para manejar la tristeza cuando surge.

Se propuso un entrenamiento en habilidades de afrontamiento que se basó en enseñar a Andrea técnicas específicas para manejar la tristeza, como la respiración profunda y el uso de técnicas de distracción (Grounding: 5,4,3,2,1 – Técnica de los 5 sentidos). Practicamos estas técnicas en sesión y se asignó como tarea utilizandolas en su vida diaria.

Sesión 3: Aumento de Actividades Placenteras y Refuerzo Positivo

Objetivo: Fomentar la participación en actividades que generen placer y logros, reforzando comportamientos positivos.

Mediante la activación conductual se buscó identificar actividades que le generen placer y sentido de logro. Andrea le ha gustado mucho dibujar y los tatuajes, así pudo gestionar un

acuerdo con su padre de que ella pueda comprar una maquina y seguir un curso para aprender a tatuar. También se creó un plan semanal que incluya estas actividades, asegurando que Andrea participe en al menos una actividad placentera cada día. Por último se proporcionó refuerzos positivos cuando Andrea complete estas actividades, ayudándola a asociar estos comportamientos con sentimientos de bienestar.

Fase 5: Abordaje del abuso sexual

Objetivo Terapéutico:

Procesar y manejar el trauma del abuso sexual, reduciendo los síntomas de angustia, promoviendo una mayor sensación de seguridad y desarrollando estrategias de afrontamiento saludables.

Sesión 1: Psicoeducación sobre las consecuencias del abuso.

Objetivo: Proporcionar a Andrea información sobre los efectos del abuso y cómo puede afectar sus pensamientos, emociones y comportamientos.

Se proporcionó a Andrea información sobre el impacto del abuso en el cerebro y el cuerpo, incluyendo los síntomas comunes de TEPT (trastorno de estrés postraumático). Aquí se utilizó material visual y ejemplos concretos. Como actividad: Andrea dibujó un diagrama que explique la relación entre sus pensamientos, emociones y comportamientos relacionados a esta situación. Se identificó que a pesar de que los síntomas han disminuido existen sentimientos de culpa aún por haber permitido y confiado en su compañero.

Sesión 2: Procesamiento del Trauma

Objetivo: Ayudar a procesar sus experiencias traumáticas a través de técnicas que generen liberación emocional y reprocesamiento del dolor

Se usó la Exposición Prolongada: Se creó una narrativa del trauma, exponiéndola gradualmente a los recuerdos traumáticos en un entorno seguro, ayudándola a desensibilizarse y reducir la angustia asociada. Esta sesión fue muy delicada en cual ella pudo hablar sobre el evento traumático de manera estructurada y controlada, en ocasiones se aplicaron técnicas de respiración y se establecieron espacios con el fin de que ella se sienta cómoda y segura. A su vez, escribió sobre sus creencias (esto ya lo hizo de manera autónoma identificando en ella herramientas para trabajar sus creencias más dolorosas) estas se reestructuraron durante la sesión.

Sesión 3: Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento

Objetivo: Enseñar habilidades de afrontamiento para manejar los desencadenantes y la angustia relacionada con el abuso.

Mediante la Solución de Problemas se desarrolló un enfoque estructurado para resolver problemas que pueden desencadenar estrés y ansiedad. En esta actividad Andrea identificó un problema actual con relación a la confianza en un amigo (como también el cerrarse a la posibilidad de haber entablado mayor relación con los chicos). Así se generaron posibles soluciones, como dar paso a entablar mayor comunicación con algunos compañeros del colegio como también mejorar la relación con su padre (esta relación mejoró muchísimo y se observó que ella podía contar mucho más con su padre y acompañarle en algunas actividades).

Técnicas de Afrontamiento Cognitivo: Mediante el uso de estrategias cognitivas se empezó a enfrentar a situaciones estresantes como estar en un grupo con algunos hombres y generar amistad con ellos. El ejercicio que se usó fueron las autoafirmaciones y técnicas de distracción cognitiva durante situaciones difíciles.

Fase 6: Pensamientos Automáticos

Objetivo Terapéutico: Reducir los síntomas depresivos y mejorar el bienestar emocional de Andrea al desarrollar patrones de pensamiento más realistas y positivos sobre sí misma y sus relaciones familiares.

Sesión 1: Identificación de Pensamientos Automáticos

Objetivo: Enseñar a reconocer y registrar sus pensamientos automáticos negativos en situaciones específicas, especialmente aquellos relacionados con su interacción con sus padres y su orientación sexual.

Se le explicó qué son los pensamientos automáticos y cómo pueden influir en las emociones y comportamientos. Así se utilizó ejemplos prácticos y cotidianos para ilustrar el concepto. Por último se mandó a que anotará ejemplos de pensamientos automáticos negativos que surjan durante la semana, aquí se proporcionó una plantilla de registro que incluya la situación, pensamiento automático, emoción asociada y nivel de intensidad de la emoción.

Sesión 2: Cuestionamiento de Pensamientos Automáticos

Guiar en la práctica de técnicas de cuestionamiento cognitivo para desafiar la validez de sus pensamientos automáticos negativos, utilizando evidencia objetiva y lógica.

Mediante el Cuestionamiento Socrático se desafiaron los pensamientos automáticos negativos con preguntas que cuestionen la evidencia y lógica de estos pensamientos. Técnica del STOP: Parar el pensamiento y reflexionar con preguntas como "¿Cuál es la evidencia de que este pensamiento es cierto?", "¿Hay una manera alternativa de ver esta situación?".

Sesión 3: Reestructuración Cognitiva

Reformular sus pensamientos automáticos negativos en pensamientos más equilibrados y realistas, que reflejen una perspectiva más compasiva y comprensiva hacia sí misma. Reformulando los pensamientos negativos en positivos o neutrales mediante una tabla de reestructuración cognitiva que incluía: pensamiento automático, evidencia a favor, evidencia en contra y pensamiento alternativo. Esto le llevó a reconocer que los pensamientos rumiantes tienen relación con su percepción de cómo es ella y qué es lo que pueden pensar los demás con relación a cómo luce o cómo se ve.

Fase 7: Abordaje de Autolesiones

Objetivo Terapéutico:

Reducir las conductas de autolesión y mejorar el bienestar emocional mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables, la modificación de pensamientos automáticos negativos y el fortalecimiento de su red de apoyo social.

Sesión 1: Psicoeducación sobre la autolesión

Se explicó qué es la autolesión, sus posibles causas y cómo los pensamientos automáticos pueden influir en este comportamiento. Esto se realizó con ejemplos prácticos y material educativo, se estableció el mojar su cara en agua fría o hielo como factor distractor cuando existan los pensamientos automáticos y emociones que preceden las conductas de autolesión. Con estas tareas, disminuyó con totalidad las autolesiones.

Sesión 2: Aplicación de Compasión:

Objetivo: Introducir técnicas de autocompasión para generar una mayor comprensión y compasión consigo misma.

Con anticipación durante estas sesiones se logró identificar que las autolesiones también se manifestaban cuando ella estaba enojada con otras personas (peleas con sus padres o hermano) como también cuando se enojaba con ella misma. En esta sesión se establecieron ejercicios de autoafirmación y diálogo interno positivo. Se practicaron estas técnicas en casa y se pidió que puntúe como cambian o bajan sus autolesiones de acuerdo con su experiencia.

Fase 8: Aislamiento Social

Objetivo Terapéutico:

Reducir el aislamiento social y mejorar su bienestar emocional mediante el desarrollo de habilidades sociales, la modificación de pensamientos automáticos negativos relacionados con la interacción social y el fortalecimiento de su red de apoyo.

Sesión 1: Identificación de Pensamientos Automáticos Relacionados con el Aislamiento Social

Objetivo: Enseñar a reconocer y registrar sus pensamientos automáticos negativos que contribuyen a su aislamiento social.

Se usó la técnica de la Flecha Descendente con el fin de que Andrea pueda identificar los pensamientos subyacentes detrás de los pensamientos automáticos relacionados con el aislamiento. Dentro de esta actividad se encontró con la idea de que muchas personas han fragmentado su confianza y existe el Pensamiento Generalizado de que todos van hacer lo mismo, han llegado a discriminarle por como es y por como luce sintiéndose juzgada. Frente a estos pensamientos se hicieron las siguientes preguntas: "¿Qué significaría para ti si este pensamiento fuera cierto?" y ¿Cómo puede comprobar que esos pensamientos son ciertos? Y así se llegó al pensamiento subyacente.

Sesión 2 y 3: Desarrollo de Habilidades Sociales

Objetivo: Proporcionar a Andrea herramientas y estrategias para mejorar sus habilidades sociales y reducir el aislamiento social.

Técnica de Entrenamiento Asertivo: Se enseñó habilidades de comunicación asertiva para ayudar a Andrea a expresarse de manera efectiva en situaciones sociales. Como conocer o hacer nuevos amigos o amigas, como actuar en fiestas o grupos, exposiciones o presentaciones.

Apartir de la identificación de situaciones se puntuó de la mas facil (1) a la más difícil (5) y se replanteó esa situación a través de un role-playing donde Andrea pueda practicar la comunicación asertiva. Después se empezó a exponer a estas situaciones de manera real donde ya práctico la comunicación asertiva. Esto fue de mucha ayuda para ella ya que se sentía mas segura y pudo ampliar su red social, aquí también se dio cuenta que perdió el miedo a desenvolverse con chicos y poder hablar sin dificultad de que tenga miedo o genere inseguridad o recordar la situación del abuso.

Fase 9: Autoestima y Autoconcepto

Objetivo Terapéutico:

Fortalecer la autoestima y el autoconcepto, especialmente en relación con la aceptación de su identidad de género y orientación sexual, mediante el desarrollo de una autoimagen positiva y la modificación de creencias negativas sobre sí misma.

Sesión 1: Identificación de Creencias y Pensamientos Negativos sobre Sí Mismo

Objetivo: Identificar y registrar creencias y pensamientos negativos sobre sí misma, especialmente en relación con su identidad de género y orientación sexual.

Con pos it se le pidió que en cada uno de ellos escriba las creencias nucleares que siente que han influido de ella misma y de su entorno para generar etiquetas y creencias negativas de

ella misma, aquí se evidenciaron creencias con relación a su peso, estatura, vestimenta y forma de trato e imagen y se generó conciencia de cuando empezaron a ser parte de su vida y que hizo que ella creyera cada una de ellas.

Sesión 2: Desarrollo de la Autoimagen Positiva

Objetivo: Desarrollar una autoimagen positiva y realista mediante el refuerzo de cualidades y logros personales.

Se usó la técnica de la Imagen Positiva donde se construyó una autoimagen positiva identificando y registrando sus cualidades y logros con una lista de cualidades positivas y logros personales, los que ella conocía que fueron pocos lo cual le hizo reflexionar sobre lo que ella cree de si misma y por lo tanto se llevó a completar esta lista en casa y discutir sus cualidades y logros en sesión.

Sesión 3: Fomento de la Autoaceptación y Aceptación de la Identidad de Género y Orientación Sexual

Objetivo: Fomentar la autoaceptación y la aceptación de la identidad de género y orientación sexual de Andrea.

Grupos de Apoyo y Modelos Positivos: se habló aquí los lugares que frecuenta o no lo ha hecho en donde haya conocido más personas de su misma orientación sexual y se llegó como compromiso a participar en grupos de apoyo LGBTQ+ y la búsqueda de modelos positivos, como también a la planificación de actividades comunitarias. Esto bajó muchísimo la sintomatología de miedo y negación de Andrea facilitando una mayor apertura y auto-expresión.

Fase 10: Identidad de Género

Objetivo Terapéutico:

Promover la autoaceptación y el bienestar emocional del paciente, fortaleciendo su identidad y resiliencia con estrategias de afrontamiento, el desarrollo de una red de apoyo social positiva a través de un enfoque afirmativo e inclusivo.

Sesión 1: Psicoeducación de Identidad de género

Objetivo: Identificar y abordar los terminos y significados de la identidad de para proporcionar información precisa y apoyar a la persona en su proceso.

Con la paciente se considero hacer una lluvia de ideas y empezar desde su dialogo el conocimiento que tiene de identidad de género, dentro de este proceso de recolecto mucha información y se indentificó que Andrea a investigado mucho del tema y usaba terminos como identidades no binarias, género fluido, agénero, aspectos de transición, etc. A su vez Impacto se toparon temas del estigma y discriminación observando que al inicio afecto a nivel emocional

generando estrés, frustración, ansiedad y que incluso en su institución según su experiencia vivió momentos de discriminación y rechazo por parte de autoridades y padres de familia.

Sesión 2: Exploración y Afirmación de la Identidad de Género

Objetivo: Experimentar y articular de manera positiva y consciente su identidad de género, reforzando su autoaceptación y confianza en su identidad.

Se estableció una guía a la paciente a través de ejercicios de visualización donde se vea así mismo viviendo su identidad de género auténtica. De la mano mediante su discurso se trabajó donde fue consciente y desarrolló una narrativa positiva de su identidad de género.

Sesión 3: Estrategias de Afrontamiento

Objetivo: Desarrollar estrategias para manejar el estrés y la ansiedad relacionados con la discriminación.

Primero mediante Rol Playing se practicó e identificó sus activadores así como a manejar situaciones de discriminación o rechazo en un entorno seguro. Con el uso de factores distractores con los recursos de la paciente, música que le guste, anillos de ansiedad que llevaba siempre, respiraciones conscientes, se acordó que al momento de presenciar estas situaciones ella iba a generar estos recursos para gestionar sus emociones y contestar desde un lenguaje muy asertivo.

Fase 11: Abordaje de Nerviosismo

Objetivo Terapéutico:

Reducir los niveles de nerviosismo y ansiedad de Andrea mediante la identificación y modificación de pensamientos automáticos negativos, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, y la implementación de técnicas de relajación y mindfulness.

Sesión 1: Identificación de Factores Desencadenantes y Pensamientos Automáticos Relacionados con la Ansiedad

Objetivo: Reconocer los factores desencadenantes específicos de su ansiedad y los pensamientos automáticos negativos asociados.

Se desarrolló un diario de Ansiedad para registrar situaciones que provocan ansiedad, pensamientos automáticos y emociones asociadas con una plantilla de registro que incluya situación, pensamiento automático, emoción y nivel de intensidad de la emoción.

Sesión 2: Técnicas de Relajación y Mindfulness

Objetivo: Proporcionar a Andrea herramientas y técnicas de relajación y mindfulness para reducir el nerviosismo y la ansiedad.

Algo que aún permanecía era la atención que era muy corta y sentía aún nerviosismo sin ninguna razón. Se enseñó mediante instrucciones y el acompañamiento de un video ejercicios de mindfulness guiándole a mantenerse en el momento presente y reducir la ansiedad así también se enfocó en la atención plena y la respiración o en las sensaciones corporales. Por último se envió a casa el Podcast “Buenos días” se practicó el mindfulness diariamente y se registro sus avances, llegando a sostener la atención plena por 5 minutos. La paciente compartió que tanto su atención como ansiedad disminuyeron en gran medida.

Sesión 3: Fomento de la Resiliencia y Apoyo Social

Objetivo: Fortalecer la resiliencia de Andrea y su red de apoyo social para reducir el nerviosismo y la ansiedad.

Con la construcción de Resiliencia: se identificarán y desarrollarán características, como la adaptabilidad y la persistencia frente a nuevos cambios o situaciones que tal vez están fuera del control de la paciente (círculo de control) y se usaron ejercicios de reflexión y discusión sobre experiencias pasadas donde Andrea haya demostrado resiliencia. Reconoció que dentro de las situaciones que más impactaron su vida (Abuso, muerte de Franz, conflictos con sus padres) todo lo que hacía es sobrevivir y que a pesar de que tal vez no fueron las mejores acciones hizo lo que pensó y sabía en ese momento de acuerdo a su edad y su etapa tomó decisiones.

Fase 12: Mejora en la Toma de Decisiones

Objetivo Terapéutico:

Mejorar la capacidad de Andrea para tomar decisiones de manera efectiva y segura, reduciendo la indecisión y aumentando su confianza en sí misma mediante el desarrollo de habilidades específicas de toma de decisiones y la modificación de pensamientos negativos que contribuyen a la indecisión.

Sesión 1: Identificación de Obstáculos en la Toma de Decisiones

Objetivo: Reconocer los obstáculos internos y externos que dificultan su capacidad para tomar decisiones.

Se analizarán las decisiones pasadas y los factores que contribuyeron a la indecisión. El material que se usó fue una hoja de trabajo para evaluar decisiones pasadas, incluyendo la situación, opciones consideradas, factores de dificultad y resultado. Todas las decisiones que tomaba eran cuestionadas por sus padres y las personas que le rodeaban, nunca era suficiente y siempre exigían más de ella. Por eso su pensamiento era dudar mucho de ella misma, por lo que relacionó que existían algunas creencias fuertes que le hacían dudar al tomar decisiones.

Sesión 2: Desarrollo de un Enfoque Estructurado para la Toma de Decisiones

Objetivo: Proporcionar a Andrea un enfoque estructurado para la toma de decisiones que pueda aplicar a diversas situaciones.

Se usó el modelo de decisiones DECIDE paso a paso para la toma de decisiones (Definir el problema, Establecer criterios, Considerar opciones, Identificar la mejor opción, Desarrollar un plan de acción, Evaluar la decisión) con decisiones hipotéticas y reales en sesión y como tarea en casa. Con la siguiente sesión se clarificó mucho y empezó a tomar decisiones conscientes y se sintió mucho más tranquila y segura de lo que hoy quiere ser, se dió un tiempo de hablar de lo que quiere estudiar, enfocandose en médica desde la parte psiquiátrica. Por lo que se planteó la idea de irse a estudiar fuera del país.

Sesión 3: Desarrollo de un Enfoque Estructurado para la Toma de Decisiones

Se consideró el mismo tema y objetivo pero como refuerzo se usó la técnica Pros y Contras con el uso de una tabla para evaluar diferentes opciones de manera objetiva. Como su tema a tratar era la Universidad se completó la tabla con diferentes opciones y sus pros y contras logró reconocer que es una buena opción tomar esa decisión y que iba a hablar con sus padres para poder comentar y a final de la sesión.

Fase 13: Planificación y Metas

Objetivo Terapéutico:

Facilitar a Andrea el establecimiento de metas realistas y alcanzables, así como desarrollar un plan de acción para su consecución, promoviendo su sentido de dirección y motivación personal.

Sesión 1: Evaluación de Metas Personales

Objetivo: Definir metas personales significativas y alineadas con sus valores y aspiraciones.

Mediante un Brainstorming de Metas (lluvia de ideas) se identificaron posibles metas personales, después de plantearlas Andrea hizo una lista de todas las metas que tenía en mente (Acabar el colegio y buscar un trabajo para generar ciertos recursos antes de irse a Argentina como tatuar, hacer cuadros y dar clases de alemán, buscar departamento en Argentina y Universidades)

Sesión 2: Evaluación de Metas Personales

Se trabajó con la técnica SMART para evaluar las metas identificadas utilizando el criterio (Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con Tiempo definido) así se ajustaron sus metas para asegurar que cumplan con los criterios SMART y se priorizó y clasificó las metas según su urgencia e importancia.

Sesión 3: Identificación y Manejo de Obstáculos

Objetivo: Explorar posibles obstáculos que Andrea pueda enfrentar en la consecución de sus metas y desarrollar estrategias para superarlos.

Se identificaron mediante la técnica de tormenta de ideas pasos para poder ir a la Universidad en otro país y se enlistó y discutió los obstáculos potenciales y se desarrolló una planificación de contingencias: con ideas alternativas y recursos adicionales necesarios.

Como se ha observado los resultados que ha presentado la paciente han sido avances muy significativos y se logró cumplir los objetivos de cada fase y sesión. En esta fase, se acordó con la paciente que se empiezan a evaluar los cambios durante el proceso, ya que han existido avances significativos y se han cumplido con los objetivos propuestos, por lo que las sesiones se van a empezar a realizar cada 15 días para evaluar su evolución y proceso. Prácticamente se cumplieron las fases de trabajo de cada sintoma, por lo que las siguientes sesiones se relacionaban con el cierre del proceso terapéutico. Trabajando en la Planificación de Seguimiento, Prevención de recaídas que ayuda a la paciente y al proceso a reforzar sus herramientas, redes de apoyo y acciones a tomar frente a cambios o nuevas etapas. Por último, está la sesión de reflexión y despedida, observando una mejora en la calidad de vida y bienestar emocional de la paciente.

10. Resultados

En la actualidad existen varios estudios que corroboran y validan diversos enfoques psicoterapéuticos eficaces en el tratamiento de la distimia y ansiedad; así también se enfocan en el proceso de mejora y cambio. Dentro de estos procesos de cambio se consideran hechos relacionados entre el cliente y el terapeuta, ya sea directa o indirectamente con un impacto causal en el resultado como cambios en los pensamientos automáticos distorsionados así como también cambio en el procesamiento emocional (Basto, 2020). Ahora bien, para reconocer y comprobar dichos resultados es necesario identificar evidencias que, según el autor Espada (2020), permiten constatar efectos y resultados de técnicas, estrategias indicadas para problemas o situaciones concretas a mediano, largo y muy largo plazo.

Los resultados evidenciados en la paciente que se llevó a cabo en un proceso de 12 fases fueron muy significativos, ya que de acuerdo con su narrativa, acciones y discursos, así como también la aplicación de instrumentos, proporcionaron resultados muy satisfactorios. Este tipo de cambios frente al análisis del discurso (AD) de la paciente ha sido aplicado en el análisis de la metodología cualitativa, ya que proporciona la visión de expresiones verbales, los significados ante el conocimiento de una situación y la forma en la cual se apropian, construyen e

intercambian conocimientos (Urra, Muñoz y Peña, 2013). De acuerdo con los cambios, esto se observaron mediante esferas personales. En su esfera cognitiva se evidenciaron cambios en sus pensamientos, al empezar a identificar sus situaciones y contexto, el sistema a nivel emoción, pensamiento y conducta cambió, ya que indicó que sus pensamientos son muy intrusivos e intensos que en ocasiones sus acciones la llevan a huir de ellos, lastimándose o golpeándose para que estos paren. Con la reestructuración de los mismos es capaz de afrontar cambios como la graduación de su último año de colegio, sus exámenes finales y el ir a otro país a estudiar la Universidad, planteándose un pensamiento realista y a la vez positiva sin malestar fisiológico y con tranquilidad.

En su esfera familiar con relación a la dinámica en casa cambió mucho la forma de comunicar de Andrea la cual ayudó a separar sus problemas y establecer límites de acuerdo a sus gustos y puntos de vista, así como también respetar la decisiones de los demás lo que permite una mayor armonía. La relación con su padre mejoró significativamente ya que el le acompañaba y compartía algunos de sus gustos hasta incluir en salidas a Andrea con su novia. En su esfera emocional logró gestionar mucho su enojo, aprendió a tomarse un tiempo y luego comunicar, lo cual evita las discusiones y también su estado de ánimo deprimido se vieron cambios regulados en su sueño, alimentación, motivación y aumento de energía.

Esfera profesional, está ligado con metas y objetivos personales, es capaz de tomar decisiones, decidió estudiar Medicina en otro país. Así también se establecieron planes para generar ingresos de acuerdo con sus gustos como tatuar lo cual se inscribió a un curso y compró la maquina, para que así también pueda ser independiente de sus gastos y compras. Esfera de Ocio estableció actividades que sea de su agrado, retomó el patinaje y la natación, considero mucho sus tiempos de descanso y también disfruta mucho de tiempos al aire libre y caminatas lo que ayudó a todo su bienestar.

Su esfera de autoconocimiento mejoró ya que Andrea pudo aceptarse como es lo que le llevó a mejorar en su aspecto físico, bajó de peso, empezó a pintar su pelo y peinarlo como también compartió sus gustos y tipo de ropa que le gusta. Dentro del discurso de la paciente se observó un cambio significativo como “Entendí que como soy no es malo y me siento cómoda conmigo misma, soy yo en una versión real, la gente debe respetarlo, pero saber que aparte de mi físico soy, mis valores, costumbres y creencias.”

Esfera social se reforzó su círculo social, aparte de su novia retomó amistades en el colegio y pudo salir y disfrutar de la última etapa de su año escolar. Conoció y entró a grupos de apoyo LGBT y también de patinaje, tatuadores y artes que le permitieron bajar su miedo y

IMPACTO PSICOLÓGICO DE ABUSO SEXUAL

generar la aceptación. Ella también tuvo una conversación con sus padres de sus gustos y aunque sus padres no estaban del todo de acuerdo se estableció un acuerdo de respeto.

Ahora bien, como metodología garantiza la correspondencia entre las declaraciones y los resultados reales necesitan disponer de herramientas e instrumentos utilizables, orientadas a evaluar, tanto desde la perspectiva del paciente como del terapeuta, las variables implicadas en los cambios (Yáñez y Saavedra, 2005). Ya que con el surgimiento de medios de autoreporte, los métodos de evaluación se empezaron a desarrollar medidas antes del proceso terapéutico conocidos como línea base o pre-test que luego se volverían a aplicar casi al término del tratamiento como pos-test, conceptualizando a esto como el cambio producido por el tratamiento terapéutico (Gómez, Manubens y Roussos, 2017). Para esto se procedió a aplicar el factor de análisis de efecto con los test que se aplicaron en el proceso de evaluación que dieron los siguientes puntajes:

Tabla 1 Pre-test, Post-test

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
• MCMII-		
Patrones clínicos de personalidad		
Esquizoide	75	31
Evitativo	71	20
Depresivo	98	34
Dependiente	75	66
Histriónico	77	60
Narcisista	33	33
Antisocial	81	28
Agresivo-Sádico	55	40
Compulsivo	35	34
Negativista (pasivo-agresivo)	71	38
Autodestructiva	77	20
Patología severa de personalidad		
Esquizotípica	80	40
Límite	65	50
Paranoíde	54	17
Síndromes clínicos		
Ansiedad	95	39
Trastorno somatomórfo	70	45

Trastorno bipolar	17	17
Trastorno distímico	97	33
Dependencia del alcohol	25	20
Dependencia de sustancias	75	44
Trastorno de estrés postraumático	90	22
Síndromes clínicos graves		
Desorden del pensamiento	74	35
Depresión mayor	98	21
Desorden delusional	31	30
• BAI	51 (Ansiedad severa)	20 (Ansiedad moderada)
• BDI	61 (Depresión grave)	13 (Depresión baja)
• Escala de Autoestima de Rosenberg	12 (Baja autoestima)	36 (Autoestima alta)

Los objetivos propuestos se lograron cumplir, sin embargo, algunos podrían reforzarse más, con el fin de prevenir recaídas ya que la paciente sigue enfrentándose a situaciones que le causan dolor, como enfrentarse a cambios al estar en un nuevo país, nuevas metas como la Universidad y enfrentarse a vivir sola en un departamento. Los pensamientos automáticos resurgen, pero existe un reforzamiento de contrarrestar estas ideas, reevaluar cuidadosamente la situación y reestructurarlos. Cada vez busca más su propio espacio, limitando el de los demás para tomar decisiones sobre su vida. También ha aprendido a reconocer cuando comienza a deprimirse o sentir ansiedad, para de esta manera, busca estrategias para mejorar su estado de ánimo.

11. Conclusión y Discusión

De acuerdo con el estudio de caso y la revisión bibliográfica el abuso sexual provoca un impacto psicológico importante y perdurable en las víctimas. Es común presentar síntomas de ansiedad, depresión y dificultades en las relaciones interpersonales, lo cual resalta la importancia de recibir una atención psicológica adecuada. Ayudar a las víctimas a sanar y reconstruir sus vidas requiere de intervención temprana y apoyo emocional, ya que son fundamentales. Gonçalves y Vieira (2018) enfatizan que la psicoterapia debe iniciarse tan pronto como se detecte el trauma, ya que esto puede ayudar a las víctimas a procesar su experiencia y desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables. Así la psicoterapia desempeña un rol crucial en la rehabilitación de las víctimas de abuso sexual al brindarles herramientas y recursos para mitigar el daño emocional y promover su bienestar psicológico a largo plazo.

La utilización de herramientas y técnicas de evaluación psicológica estandarizadas permitió obtener un diagnóstico claro del estado emocional y conductual de la víctima al inicio del tratamiento. Esto resalta la importancia de contar con metodologías validadas que faciliten la identificación de las necesidades específicas de cada paciente, lo que a su vez puede guiar el desarrollo de intervenciones más efectivas. Meyer et al. (2013) argumentan a su vez que las herramientas de evaluación estandarizadas no solo ayudan en el diagnóstico, sino que también facilitan la identificación de las necesidades específicas de cada paciente. Esto es esencial para personalizar el tratamiento y asegurar que se aborden las áreas más críticas del bienestar emocional y conductual del individuo.

El desarrollo de un plan de tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se mostró efectivo para abordar las necesidades específicas de la paciente. La TCC, al centrarse en la modificación de patrones de pensamiento y comportamiento, proporciona herramientas prácticas que pueden ayudar a las víctimas a reconstruir su bienestar emocional y mejorar su calidad de vida (Basto, 2020). Para corroborar estos resultados, es esencial identificar evidencias que respalden la efectividad de técnicas y estrategias en problemas específicos a mediano y largo plazo (Espada, 2020).

La metodología utilizada garantiza la correspondencia entre las declaraciones y los resultados reales, empleando herramientas e instrumentos que evalúan las variables implicadas en los cambios (Yáñez y Saavedra, 2005). A través de medios tanto cualitativos y cuantitativos como el autoreporte, análisis del discurso, observación directa y pre-test, pos-test en la aplicación se pudieron medir los cambios antes y después del tratamiento, conceptualizando el impacto del tratamiento terapéutico (Gómez, Manubens y Roussos, 2017).

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Entre ellas, la más destacada es la imposibilidad de realizar un seguimiento de la paciente a largo plazo, más allá de los doce fases del proceso terapéutico. A pesar de esta limitación, se concluye que el uso de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención ha logrado obtener resultados positivos significativos. Estos resultados no solo mejoraron la sintomatología depresiva y ansiosa de la paciente, sino que también facilitaron el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas y un mayor bienestar general. La efectividad observada en este caso proporciona una nueva evidencia y una contribución adicional a la literatura científica existente sobre el tratamiento de la distimia y la ansiedad en mujeres.

La consideración de la identidad de género y la orientación sexual en el tratamiento de víctimas de abuso sexual es esencial para proporcionar un enfoque holístico y efectivo. Al

reconocer la diversidad de experiencias y las complejidades que enfrentan las personas LGBT, los profesionales de la salud mental pueden ofrecer un apoyo más adecuado y sensible. Esto no solo contribuye a la recuperación de las víctimas, sino que también promueve la aceptación y el empoderamiento, ayudando a las personas a reconstruir su autoestima y a desarrollar una identidad positiva

12. Recomendaciones

Dada la efectividad observada en el tratamiento de la paciente durante los doce meses de intervención, se recomienda realizar seguimientos a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los resultados y detectar posibles recaídas. Esto permitirá obtener una visión más completa del impacto de la terapia cognitivo-conductual a lo largo del tiempo.

De acuerdo con las revisiones bibliográficas que se realizaron a lo largo del proyecto actualmente, existe una escasez de estudios sobre el impacto psicológico del abuso sexual en Ecuador. Es fundamental llevar a cabo investigaciones adicionales que aborden esta temática, con el fin de generar propuestas de intervención y generar conciencia de las consecuencias y como abordar de acuerdo al contexto ecuatoriano. Estos estudios deberían incluir diversas poblaciones y contextos para ampliar la generalidad de los hallazgos.

Además de las técnicas cognitivo-conductuales, se recomienda investigar la efectividad de nuevas intervenciones y enfoques terapéuticos en el tratamiento del impacto psicológico del abuso sexual como también de la distimia y ansiedad . La comparación de diferentes metodologías puede proporcionar información valiosa sobre las mejores prácticas en psicoterapia.

Es fundamental que los profesionales de la salud mental reciban capacitación específica sobre identidad de género y orientación sexual, así como sobre las experiencias únicas de las personas LGBT, especialmente en el contexto de la violencia y el abuso sexual. Al implementar programas de capacitación y sensibilización para los profesionales de la salud mental, se puede mejorar significativamente la calidad de la atención brindada a las personas LGBT que han sido víctimas de abuso sexual. Esto no solo contribuirá a una mejor recuperación y bienestar emocional de los pacientes, sino que también promoverá un enfoque más inclusivo y comprensivo en la práctica clínica,

Por ultimo es crucial que las autoridades de salud en Ecuador implementen políticas públicas que apoyen la salud mental. Esto incluye la financiación de programas de intervención temprana, la promoción de campañas de concienciación y la mejora del acceso a servicios de salud mental de calidad.

13. Referencias

- Astudillo, P. y Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Development*, 2(5), 7271-7288.
- Ávila, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31 (116), 29-52.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil . *Paídos*.
- Basto, I. (2020). La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de la Universidad de Coimbra*, 1-27.
- Basto, L. (2020). Procesos de cambio en psicoterapia: Un enfoque integrador. Editorial Psico.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Cantón, D. y Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561.
<https://doi.org/org/10.6018/analesps.31.2.180771>.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Buenos Aires: *Paidós*, 12-20.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico. *Barcelona: Ariel*.
- Espada, J. (2020). *Evidencias en la práctica psicoterapéutica: Evaluación y resultados*. Revista de Psicología Clínica, 36(2), 123-135.
- Fatelevich, M. y Tonin, S. (2021). Test de Frases Incompletas: origen, desarrollo y adaptaciones en diferentes ambitos de evaluación psicológica. *Memorias*, 18-21.
- Fatmawati, F. (2017). Post-Traumatic stress disorder among sexually abused children: The role of traumagenic dynamics model. *Gender Equality: International Journal of Child and Gender Studies*, 2(2), 11-22, <http://dx.doi.org/10.22373/equality.v2i2.1460>.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Finklerhord, D. (1980). Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Pax México S.A.

- Gallego, C. Medina, M. y Montoya, L. (2008). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. *CES Medicina*, 22 (1), 17-27.
- Gomez, J. . (2023). Adaptación y validación del Inventario de ansiedad de Becken jóvenes peruanos. *Liberabit Revista Peruana de Psicología* 29(2), 1-11.
<https://doi.org/10.24265/liberabit>.
- Gómez, A., Manubens, J., y Roussos, A. (2017). Evaluación de la efectividad terapéutica: Uso de pre-test y post-test en psicoterapia. *Revista de Psicología y Psicoterapia*, 45(1), 50-65.
- Gómez, J. Acevedo, K., Cano, K., Ildefonso, F., Mosquera, D. y Castillo, R. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: Desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de Investigaciones*, 24 (1), 15-24.
- Gonçalves, J. y Vieira, J. (2018). Terapia Cognitivo-Comportamental en situación de Abuso: Un estudio de caso. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(3), 20-51.
- Gonzalez, O. (2022). Análisis de los estudios realizados sobre el abuso sexual en adolescentes entre el año 2016 al 2021. *Universidad Politécnico Salesiana*, 9-73.
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/23122/1/TTQ872.pdf>.
- Gutiérrez, P. (2022). Abuso sexual infantil: caso de estudio desde la praxis Psicológica Forense. *Alternativas en Psicología*, 48, 9-24.
- Hernández, N. Barreto, D. y Ortega, M. (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios"*, 6(1), 157-182.
- Hoier, T. Shawchuck, C., Pallotta, G., Freeman, T., Inderbitzen, H., MacMillan, V., et al.. (1992). The Impact of Sexual Abuse, The sexual abuse of children. *Clinical Issues*, 2(1), 100-142.
- Jiménez, V. (2022). Programa piloto de intervención psicoeducativa para la prevención del abuso sexual infantil. *Revista U-Mores*, 1(1), 79-99,
<https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.564>.
- Landolt, M. Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, y Mohler, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209-216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116).
- Martínez, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78.

- Meyer, I. H., Smith, M. L., & Jones, T. (2013). The role of standardized assessment tools in identifying specific needs in mental health treatment. *Journal of Mental Health, 22*(4), 345-352. <https://doi.org/10.1080/09638237.2013.789456>
- Nöthling, J. Simmons, C., Suliman, S., y Seedat, S. (2017). Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 76* (1), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.001>.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias Psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil . *Papeles del Psicólogo, 31*(2), 191-201.
- Salazar, D. (2019). Abuso y violencia sexual en mujeres en la ciudad de Guayaquil . Universidad Politécnica Salesiana , 1-31.
- Servicio Nacional de Menores. (2004). Estudio. Peritajes psicológicos en abuso sexual infantil Santiago de Chile.
- Solís, C. (2019). El Inventario Clínico Multiaxial de Millon: Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana. *Pontificie Universidad Católica de Perú, 3*-81.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Violence against women prevalence estimates. 1-112, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
- Urra, E. Muñoz, A. y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria, 10*(2), 50-57.
- Ventura, J. Caycho, T., Barboza, M. y Salas, G. (2018). Evidencias Psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes limeños. *Revista Interamericana de Psicología, 52*(1), 44-60. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/download/363/pdf/2460>.
- Vicente, A. Santamaría, P., y González, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica. *Psychocare: Guidelines, 31*(2), 69-76. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a6>.
- Yáñez, J. y Saavedra, M. (2005). Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia. Santiago de Chile: Universidad de Chile .
- Yáñez, J. & Saavedra, C. (2005). Evaluación de variables implicadas en los cambios terapéuticos: Metodologías y herramientas. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37*(4), 567-580.

Ysern, J. y Becerra, P. (2006). Abuso sexual: prevalencia y características en jóvenes de 3º medio de liceos municipalizados de Chillán, Chile. *Theoria*, 15(1), 79-85.

14. Anexos:

TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

APORTES TECNICOS

Segunda Edición

E. Bunge | M. Gomar | J. Mandil



Librería **AKADIA** Editorial

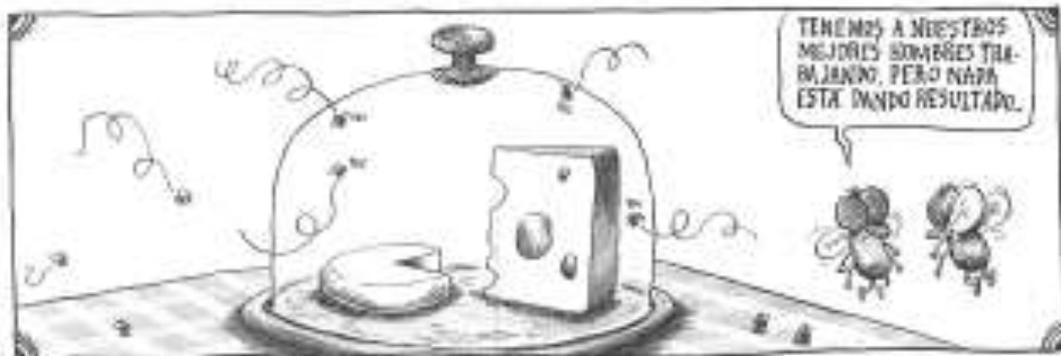
Objetivos²

1. Que puedas ENTENDER por qué muchas veces te sentís triste, enojado o con miedo.
2. Que puedas encontrar una manera de SOLUCIONAR esos conflictos, aprender a pensar de otra manera y sentirte cada vez mejor.
3. Y un tercer objetivo es que aprendas a MANTENER las soluciones que hayas logrado.

En resumen:

ENTENDER y SOLUCIONAR
mis problemas.
MANTENER las soluciones

Definir el problema



¿Qué sucede en esta historieta?

Las moscas quieren llegar al queso pero chocan una y otra vez contra el vidrio, y es posible que les duelan esos golpes. Pero no encuentran la solución al problema.

¿Cuál sería la solución al problema de las moscas?

.....

.....

Hay chicos que una y otra vez chocan contra sus padres y están muy enojados con ellos, otros que viven con muchos miedos y otros que sienten que todo les molesta.

Si te pasa alguna de estas cosas, para poder ayudarte sería muy bueno saber:

¿Qué cosas te molestan y quisieras cambiar?

Responde la pregunta del milagro.

Pregunta del milagro¹

Imaginate que una noche, mientras estas durmiendo, ocurre un milagro y tus problemas desaparecen. Al despertarte a la mañana siguiente ¿qué te gustaría que haya cambiado? ¿Qué diferencias habría? ¿Cómo te darías cuenta?

¿Querés anotarlo?

.....

.....

.....

.....

.....

Registro de Pensamientos



Pensamientos de hoy

A vertical list of ten horizontal lines for writing. Each line is preceded by a small orange square marker. The lines are separated by dotted lines.



Pensamientos de hoy



Pensamientos de hoy



Esquemas Creencias

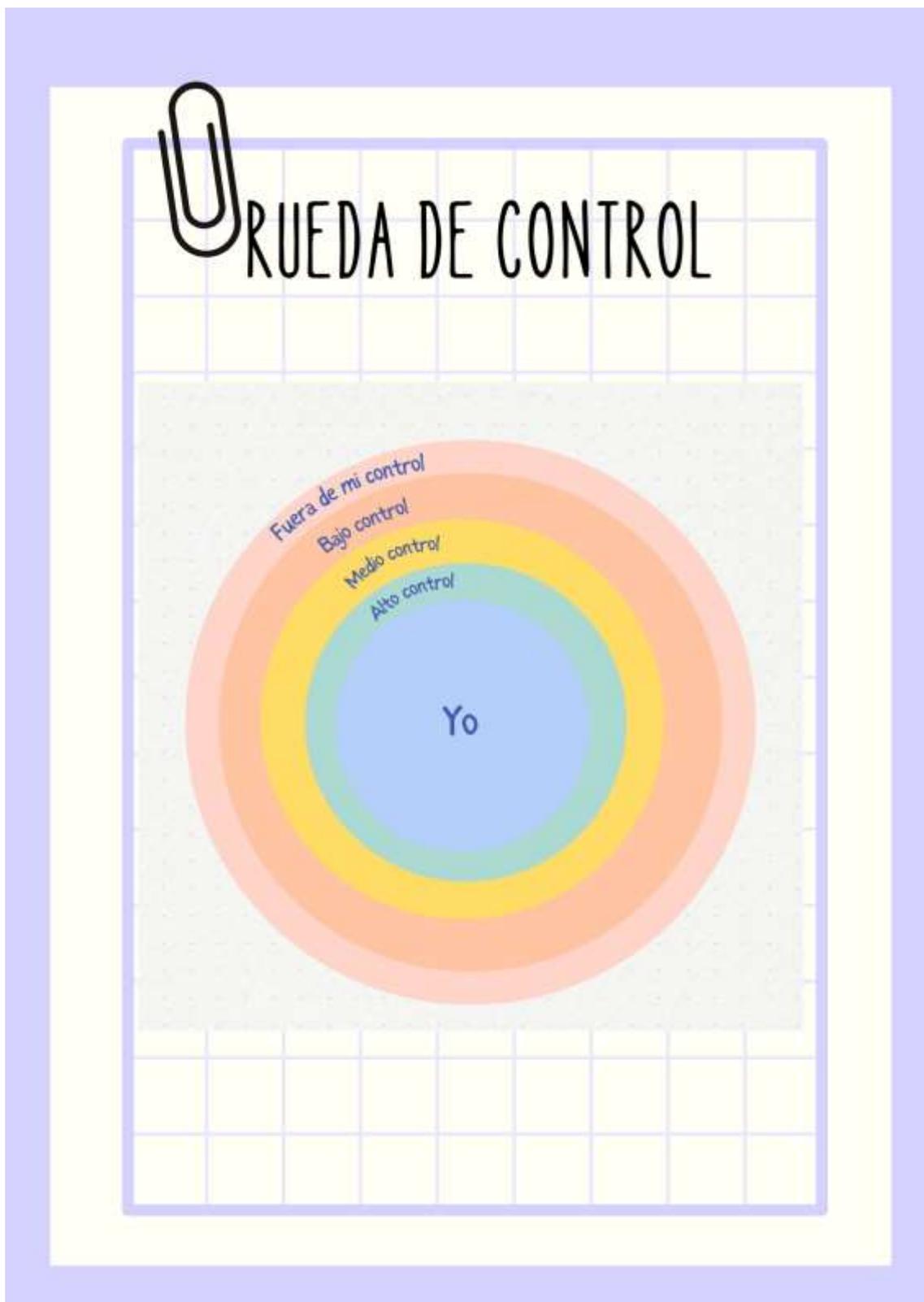
¿Qué creo del mundo que me rodea?

¿Que creo de los demas?

Yo soy.....

El que mas se parece a mi forma de ver las cosas:

The worksheet is titled "Esquemas Creencias" (Schemas Beliefs) and is designed for self-reflection. It features several distinct sections: a large grid for "¿Qué creo del mundo que me rodea?" (What do I believe about the world around me?); a drawing area for "¿Que creo de los demas?" (What do I believe about others?) which includes a portrait of a woman and a dotted grid; a section for "Yo soy....." (I am.....) with a list of horizontal lines for writing; and a grid for "El que mas se parece a mi forma de ver las cosas:" (The one who most resembles my way of seeing things:). The page is decorated with orange stars, a butterfly, binoculars, pencils, and an illustration of a girl reading a book.





Terapia cognitiva de la depresión

19ª Edición

**Aaron T. Beck - A. John Rush
Brian F. Shaw - Gary Emery**



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

GUÍAS DE AUTOAYUDA

APRENDA A CONTROLAR SUS PENSAMIENTOS ANSIOSOS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL