



Universidad de San Carlos de Guatemala
Departamento de Estudios de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia

SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y PSICOLÓGICOS TRAS UN ABUSO SEXUAL EN MUJERES ADULTAS

Dulzze Beatriz Velásquez Figueroa

Guatemala de la Asunción, julio del año 2024

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de de León

Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela

M.Sc. José Mariano González Barrios

Representantes de los Profesores

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

Representantes Estudiantiles

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONCEJO ACADÉMICO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Maestro Ronald Amilcar Solís Zea

Director Departamento de Postgrado

Maestra Gabriela Alvarez García

Maestro Francisco José Ureta Morales

Maestro Miguel Alfredo Guillén Barillas

Maestro José Mariano González Barrios

Docentes titulares

Cc. Archivo

CODIPs. 2606-2024

ORDEN DE IMPRESIÓN TRABAJO DE GRADUACIÓN

24 de julio de 2024

Licenciado (a)

Velásquez Figueroa Dulze Beatriz

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Maestrante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO TERCERO** del **Acta TREINTA Y OCHO- DOS MIL VEINTICUATRO (38-2024)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de julio del año 2024, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO TERCERO: Se conoció el expediente que contiene el Trabajo de Graduación titulado: **“Síntomas somáticos y psicológicos tras un abuso sexual en mujeres adultas”** de la maestría en **Psicología Clínica y Psicoterapia** realizado por:

Velásquez Figueroa Dulze Beatriz

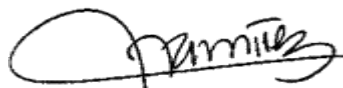
Registro Académico: 202290685

CUI: 2567702711301

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Trabajo de Graduación de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia 1ra. cohorte con categoría en artes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.Sc. Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA DE ESCUELA II





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 206
Tel. 2418-7572 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps 167-2024
Guatemala 17 de julio de 2024


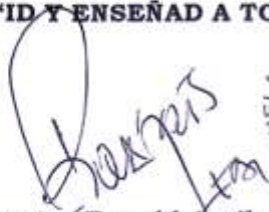
**Autorización para impresión trabajo de graduación
Maestría en Psicología Clínica y
Psicoterapia 1° cohorte**

Licenciado (a)
Velásquez Figueroa Dulzze Beatriz
Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestrante:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto QUINTO del ACTA No. CADEP-Ps-08-2024 de fecha veinticuatro de junio del dos mil veinticuatro El director del Departamento de Estudios de Postgrado presentó el informe de la Maestra Suhelen Patricia Jiménez Pérez, responsable del curso de Seminario III, de los trabajos finales de los maestrandos de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia 1era. cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos, se **ACUERDA:** Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con título **"Síntomas somáticos y psicológicos tras un abuso sexual en mujeres adultas"**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas

Dulze Beatriz Velásquez Figueroa, Licenciada en Psicología
Colegiado núm. 13,277



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt



Guatemala, 25 de noviembre de 2023.

Maestro Ronald Solís Zea
Director Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **DULZZE BEATRIZ VELASQUEZ FIGUEROA con carné 202290685**, previo a optar al grado de Maestro(a) en Psicología Clínica y Psicoterapia, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **“Síntomas somáticos y psicológicos tras un abuso sexual en mujeres adultas”**.

Atentamente,

Suhelen Patricia Jiménez Pérez
Profesor/a Seminario III
Colegiado No. 616

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	4
1. GENERALIDADES	4
1.1. Línea de investigación.....	4
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Justificación	8
1.4. Alcances y Limites.....	10
1.5. Objetivos	11
1.5.1. Objetivo General.....	11
1.5.2. Objetivos Específicos	11
1.6. Definición de variables.....	12
1.6.1. Síntomas de abuso sexual	12
1.6.2. Pensamientos automáticos.....	12
1.6.3. Trauma.....	13
1.6.4. Ansiedad	13
1.6.5. Depresión	14
1.6.6. Severidad de síntomas.....	14
CAPITULO II	14
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Sintomatología somática y psicológica tras abuso sexual.....	14
2.1.1. ¿Qué son síntomas?.....	14
2.1.2. ¿Qué es trastorno somático?	15
2.1.3. ¿Qué es el trauma?.....	16
2.1.4. Diferencia entre trauma simple y trauma complejo	17
2.1.5. ¿Qué es trauma y que no?	18
2.1.6. Trauma psíquico	20
2.1.7. Factores peri traumáticos	20
2.1.8. Factores durante el evento traumático	21
2.1.9. Factores previos al evento traumático	21
2.1.10. Factores posteriores al evento traumático.....	22
2.1.11. Síntomas en el sistema nervioso por un cerebro traumatizado.....	23

2.1.12.	Reexperimentación	25
2.1.13.	Estrés postraumático y trauma complejo.	26
2.1.14.	Trastorno de estrés postraumático	26
2.1.15.	Síntomas del TREPT	27
2.1.16.	Evitación	29
2.1.17.	Amnesia disociativa,	30
2.1.18.	Fuga disociativa.....	31
2.1.19.	Identidad disociativa.....	31
2.1.20.	La disociación traumática y los flashbacks.....	32
2.1.21.	La violencia y su impacto en el estrés postraumático.	32
2.1.22.	Victimización.....	34
2.2.	Abuso sexual.....	34
2.2.1.	Tipologías de abuso sexual.....	35
2.2.1.1.	Abuso de sexual abierto	35
2.2.1.2.	Abuso sexual encubierto	35
2.2.1.3.	Sexualizar verbalmente	36
2.2.1.4.	Tocar sexualmente	36
2.2.1.5.	Fotografías y videos sexuales	36
2.2.1.6.	Exhibicionismo	36
2.2.1.7.	El incesto	37
2.2.1.8.	Abuso crónico.....	37
2.2.1.9.	Abuso ocasional.....	38
2.2.1.10.	Perpetrador en la víctima	39
2.2.2.	Síntomas de abuso sexual	39
2.2.2.1.	La Estigmatización	40
2.2.2.2.	La traición.	40
2.2.2.3.	El desvalimiento.....	41
2.2.2.4.	Atrapamiento y acomodación	41
2.2.2.5.	Síntomas Emocionales, el silencio	42
2.2.2.6.	Síntomas en Afectividad.....	46
2.2.2.7.	Indicadores físicos de abuso sexual.	49
2.2.2.8.	Síntomas de Disfunciones Sexuales femeninas.....	49

2.2.2.9. Síntomas Cognitivos y comportamentales.....	52
2.3. Pensamientos automáticos negativos.....	55
2.4. Trabajo terapéutico ante violencia sexual.....	59
2.4.1. Técnicas de intervención en tratamiento de abuso sexual.....	60
2.4.2. Etapas de tratamiento de síntomas de estrés postraumático en mujeres violentadas.....	65
2.4.3. Después del trauma ¿Y ahora qué?.....	70
CAPÍTULO III.....	72
3. MARCO METODOLÓGICO.....	72
3.1. Diseño de la investigación:.....	72
3.2. Sujetos de investigación.	73
3.3. Criterios de inclusión	73
3.4. Criterios de exclusión.....	73
3.5. Instrumento.....	74
CAPÍTULO IV	76
4. RESULTADOS	76
CAPÍTULO V	96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	96
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	98
CAPÍTULO VI	100
Propuesta de intervención.....	100
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	173

INTRODUCCION.

Los abusos sexuales constituyen, además de acontecimientos delictivos, perpetuados hacia menores y mujeres generar diversos síntomas y signos con malestar clínicamente significativo y que, a la vez, pueden convertirse en secuelas a nivel traumático, lo que puede imposibilitar distintas áreas de desarrollo de la víctimas. Por consiguiente, los abusos de índole sexual tiene distintas manifestaciones, las cuales se describen desde palabras intrusivas donde se sexualiza a la víctima, a la vez, tocamientos de las partes íntimas de las niñas, niños o mujeres, quienes se convierten en población vulnerable, son eventos con la suficiente fuerza para u obligarles a tocar las partes íntimas del perpetrador; así mismo, se pueden incluir elementos desde fotografías, videos o sonidos que incitan el placer sexual del victimarios, cabe destacar también, que las agresiones sexuales con penetración se llevan a cabo con muchas violencia física o violencia psicológica desde la manipulación o normalización del hecho.

Por tanto, se presenta esta investigación, con énfasis en diseño cuantitativo descriptivo, enfocada en las reacciones sintomáticas tras un evento sobre el abuso sexual, para ello se redacta en género femenino al indicar sobre las víctimas y sobrevivientes, puesto que la población participante en este estudio son mujeres adultas entre 18 a 60 años. Entorno a la experiencia clínica y los tratamientos que conllevan la atención integral de los casos de abuso sexual, es importante destacar que son las consultantes que presentan una gama amplia de sintomatologías las que pueden incluirse desde emociones, procesos cognitivos, conductas limitantes para la funcionalidad de la persona, de igual forma, en la clínica se han notado padecimientos somáticos que las sobrevivientes en tantas ocasiones no saben a dónde

dirigirlos, así mismo, la interacción social y afectiva puede verse afectada sustancialmente en el desarrollo intrapersonal.

Otro punto importante a destacar son las complejidades a nivel familiar, ya que una agresión sexual puede ocurrir en su mayoría por un entorno familiar y ser encubierto por el mismo círculo, lo que genera la creencia y sentimiento de que los cuidadores han sido las mismas figuras de desprotección, por ello, el incesto en Guatemala es vivido con bastante frecuencia. Además de ello, tal hecho en gran medida puede ser perpetuado en la niñez lo que suele derivar en desajustes a la vida adulta, el desarrollo humano y social de la víctima. Por consiguiente, se presentan distintos diagnósticos tales como la manifestación de ansiedad, depresión, hostilidad, entre muchos más, de esta manera, las sintomatologías suelen reflejarse como parestesia, ideas sesgadas y poco flexibles, conductas asociadas con problemáticas de alimentación, relaciones disfuncionales con parejas, familiares, personas del mismo género del victimario. De igual manera, el área emocional se destaca como uno de los componentes afectados tras un acontecimiento de abuso sexual ya que la persona víctima puede experimentar el hecho con culpabilidad, puesto que bajo su razonamiento es posible que crea que ella lo habrá provocado, así mismo, los sentimientos de tristeza, frustración y confusión se puede experimentar de manera intensa y prolongada por lo que los malestares pueden llegar a ser clínicamente significativos, además de ello,

A razón de lo anterior, los resultados que distingue este estudio, indican una presencia de ansiedad, hipersensibilidad, psicorreactividad, hostilidad y Somatización en las 21 mujeres participantes, así como la manifestación de sesgos cognitivos tales como pensamiento de “deberías”, la falacia de recompensa divina, filtrajes, los sesgos de culpabilidad y sobre generalización, lo que conlleva a concluir que las pacientes contemplan

distintos niveles de severidad en la sintomatología como nivel alto, moderado y bajo en la vivencia de sufrimiento de los malestares sintomáticos que estas experimentan, lo que permite recomendar que las y los terapeutas que entienden a personas violentadas sexualmente puedan realizar protocolos de intervención psicoterapéutica integrativos, así como dar a conocer a las víctimas las posibles secuelas sintomáticas derivadas de un acontecimiento traumático basado en abuso sexual para que las sobrevivientes puedan entender las diversas reacciones que se pueden present

CAPÍTULO I

1. GENERALIDADES.

1.1. Línea de investigación

Los países latinoamericanos suelen presentar características patológicas derivadas de agresión de género, violencia contra la familia y violencia sexual, en cuanto a agresiones sexuales son sucesos con altos índices de prevalencia donde víctimas mujeres han mencionado tener una experiencia donde se les ha vulnerado su libertad sexual, ante dichos acontecimientos forzosos, puede derivarse múltiples secuelas cognitivas, emocionales, físicas y comportamentales que podrían impedir a la persona en su funcionalidad interpersonal, social y afectiva con parejas, así mismo un impacto nocivo en el auto concepto, autovaloración, autoimagen y en el autoestima en sus diversas áreas, por tal razón, se pretende en este estudio con metodología cuantitativa, con mujeres ,mayores de edad consultantes con indicadores de agresión sexual la valoración tanto psicométrica y testimonio directo de las mismas, conocer las secuelas individuales de dicho acontecimiento violento, al mismo tiempo, brindar un acompañamiento psicoterapéutico con base a la terapia cognitiva conductual para analizar con mayor detalle dichas secuelas, las ideas irracionales que causan un malestar, las reglas y supuestos que se aprendieron a raíz de una violación sexual, así como las conductas adquiridas que suelen ser molestas, las cuales pueden sumergir en las sesiones terapéuticas y por tal razón esta investigación es de índole en psicología clínica al mismo tiempo, se caracteriza en psicosocial ya que por la realidad

guatemalteca, puede observarse violencia en distintas manifestación, la existencia de agresores disfrazados como personas productivas y bondadosas en la sociedad.

1.2.Planteamiento del problema

Las conductas de violencia sexual se describen y tipifican en distintas maneras tal como el exhibicionismo de las partes íntimas y roce con una mujer sin su consentimiento en calle y trasportes públicos, donde puede intimidar, avergonzar e irrespetar la dignidad de la persona ante tal acción, por otra parte, es importante mencionar la distribución de imágenes, conversaciones y videos con contenido sexual subida a redes sociales o compartir con otro contactos, lo cual vulnera la intimidad y libertad sexual de la víctima puesto que tal material es distribuido con fines económicos sin la autorización pertinente de la persona implicada o por fines de venganzas y desprestigios, por ello, la persona que fue violentada puede experimentar ansiedad social, humillación pública, baja autoestima y creencias que las personas tendrán el derecho de emitir palabras lesivas contra ella y una poca aceptación y valoración en la sociedad, así como también, puede traerle consecuencias a nivel laboral y familiar.

A su vez, es catalogado como agresión, plantear conversaciones de índole sexual o presentar imágenes pornográficas a menores de edad, las cuales conllevan la persuasión para que el menor vea una violación como un acto de amor y cuidado, de la misma forma, conductas de tocar e invadir el espacio personal sin el consentimiento de una adolescente o de una mujer puede ser una acción gradual que su destino indudable es la violación, la cual consiste en una penetración violenta y sin el consentimiento sea de pene u otros objetos anal, vaginal y oral, así mismo acompañado de golpes, insultos, amenazas e intimidaciones que destruyen la voluntad de la víctima; al respecto sobre quebrantar la voluntad de una

persona para que acceda a sostener relaciones sexo genitales, merece una mención cuando se utilizan estupefacientes para dormir al cerebro frontal y la toma de decisiones de la víctima y acceder a su cuerpo sin un sí explícito y consiente ya que esta modalidad puede observarse en entornos de diversión nocturna y pueden ser llevados a cabo por quienes les representa una supuesta relación de amistad. Otra situación importante que suele evadirse como violencia, es cuando la pareja puede obligar a su cónyuge o novia para que tengan momentos sexuales pero por el vínculo legal o afectivo que se sostienen, puede tenerse la creencia que las relaciones sexuales son una obligación a forma, manera y tiempo como lo indique la pareja ya que se ve como un papel de cumplimiento.

En el entorno guatemalteco no es distinta la realidad de la víctima de agresiones sexuales, independientemente del sitio geográfico y la modalidad de abuso, el país está caracterizado por niñas, niños y mujeres a los cuales este delito los volvió sobrevivientes: además es importante destacar que la mayoría de estas conductas pueden ser perpetuadas en su mayoría por algún familiar o agente cercano, como un educador, el acompañante espiritual o alguien que visita la familia bajo una amistad. Escribir sobre las situaciones que viven las personas que por lo general suelen ser mujeres agredidas en sus derechos sexuales podría ser un hallazgo sin fin puesto que son múltiples las organizaciones en el país que velan por la prevención o rehabilitación de víctimas sexuales, al mismo tiempo, los testimonios de personas que en un momento de su vida han experimentado una situación de vulnerabilidad de agresión o hechos consumados es considerable, de esta manera, la realidad guatemalteca puede describirse como una constante de delitos sexuales en áreas urbanas y rurales puesto que tal situación no discrimina la economía, edad, género, ideologías ni culturas, tal como lo manifiesta la organización mundial de la salud

En cuanto a áreas rurales del país, las situaciones de violencia sexual puede plantearse como una conducta silenciosa puesto que no son denunciadas con las entidades correspondientes, al mismo tiempo, puede ser un hecho normalizado ya que la sensación de vergüenza, de sentirse indigna y sin valor como mujer puede ser un motivo para ocultar, asimismo, el miedo a ser juzgadas por provocar tan hecho y que una próxima pareja no las acepte también puede ser un razonamiento de silencio, de igual manera porque quien violento puede llegar a ser un familiar en primer o segundo grado denominado como incesto lo que a la sobreviviente del abuso presentara una herida en doble villa, por igual un líder religioso, educador o un afecto cercano, tal depredador sexual puede hacerle creer a la persona violentada que es un acto de cuidado y valido, lo cual romperá con sus sistemas de protección en el entorno familiar.

A razón de lo anterior, la violencia sexual en cualquier tipo que se lleve a cabo, deja secuelas tanto físicas como psicológicas, tal como lo describe Canales (2015) donde a raíz de un suceso de agravio sexual, la persona tendrá un posible quebrante en su personalidad y la eficacia de su relación consigo misma, los demás y su entorno; tales síntomas aparecen a nivel emocional como profunda vergüenza, ira o tristeza, a nivel psíquico como baja valía y creencias irracionales cargadas con culpa, a nivel conductual como desconfianza con personas alternas o disfunciones sexual e incapacidad de disfrutar plenamente

Al mismo tiempo, las secuelas sintomatológicas tanto somáticas como psicológicas, pueden evidenciarse conforme a la queja principal de la paciente y los signos que esta expresa, y las estrategias de afrontamiento también pueden llevar a una persona a ser altamente eficiente en sus diversas áreas de su desarrollo y por el contrario, suelen haber secuelas basadas en síntomas que presentan malestares clínicamente significativos las cuales

dificultan todos los aspectos de la vida de la persona agredida, esto persuasoriamente puede deberse en qué etapa de la vida se sufrió el agravio ya que cuando la violación o actos sexuales inadecuados se viven en la infancia, esto suele repercutir severamente en la vida adulta, otro punto importante a mencionar son las maneras de sufrimiento que puede expresar aquella persona la cual considera corresponsabilidad ya que considera que permitió tal acto con su intimidad puesto que su voluntad pudo verse quebrada de manera progresiva y los abusos pudieron perpetuarse por años , de similar manera, la carga emocional que la víctima puede manifestar debido a haber tenido una respuesta fisiológica sexual aun cuando se gestó tal acto bajo presión, con hostilidad y sin el consentimiento oportuno.

1.3. Justificación

Por lo anterior, la justificación de esta investigación gira entorno a las realidades urbanas y rurales de Guatemala ya que las agresiones sexuales se viven en entornos distintos, sin contemplar economías ni estatus sociales, al mismo tiempo, es un vejamen social que tiene índices de denuncias alarmantes en el ministerio público, asimismo en el municipio donde se realizara este estudio, se visualizan alrededor de 10 denuncias en el ministerio público a cada 15 días, sin embargo existe otra población silenciada la cual no le es permitida acudir a autoridades por el miedo infundido, por otro lado, las víctimas no suelen recibir la atención adecuada por parte de entidades de salud mental estatales ya que los servicios de salud mental gubernamentales suelen ser en periodos rápido, en el trabajo clínico se puede denotar la atención en cantidad pero no en calidad de pacientes, asimismo, los profesionales pueden presentar deficiencias a la atención de los malestares clínicos que un abuso sexual puede producir, esto porque las economías del país muchas veces no le permite al profesional prepararse en especialidades o por lo politizado que los cargos públicos pueden estar. Por

otra parte, las y los sobrevivientes del abuso sexual podrían abordarse y describirse diversas secuelas en las distintas áreas de funcionalidad de la persona agraviada suelen observarse dentro del ambiente clínico, secuelas de índole emocional tal como ansiada, ira, vergüenza y culpa, así como manifestaciones de tipo psicológicas cuando se genera un quiebre en el desarrollo o estabilidad de la personalidad y se denota con sintomatológicas de trastorno de obsesión-compulsión, trastorno antisocial o dependiente de personal. De igual manera, bajo los procesos terapéuticos, los síntomas puede estar asociados en criterios diagnósticos cercanos a los trastornos de estrés postraumático, problemas de adaptación, ansiedad, depresión o un componente mixto, a su vez, los diversos profesionales han encontrado rasgos de lesión a nivel sexual, como la aviación de contactos sexuales, la incapacidad del alcance de orgasmos, así como la adicción que en algunos de pornografía o sostener relaciones sexo genitales sin alguna responsabilidad y en un descontrol. Otro punto importante a destacar, son las secuelas sintomáticas a nivel conductual que puede aprenderse o utilizarse como métodos de afrontamiento o de escape hacia el dolor ocasionado ante tal evento, las cuales puede ser pueden ser sumamente individuales ante cada caso, sin embargo, esta investigación intentara identificar las conductas de auto protección y atípicas las cuales podrán evidenciarse en las consultas psicológicas con la población de estudio. Al mismo tiempo, bajo la premisa teórica que indica la corriente cognitiva conductual, es de interés para el investigador analizar los pensamientos recurrentes, intrusivos y automáticos que se gestaron como consecuencia de alguna violación; los cuales pueden ser molestos y tener carácter limitante significativo ante el entorno de desarrollo interpersonal, social y afectivo de vida de las sobrevivientes

Con respecto a los abordajes terapéuticos del abuso sexual, es importante que se establezcan bajo criterios con suficiente método científico por ello se presenta la siguiente investigación, para dar a conocer compendios ya establecidos y por medio de la praxis como la terapia cognitiva conductual puede ayudar a memorizar las sintomatologías tras un abuso sexual así como la utilización de las técnicas competentes pero diseñadas de forma personalizada para cada plan terapéutico de las mujeres participantes de este estudio

El presente estudio, con base al método científico cuantitativo, la fundamentación literaria de autores e investigaciones ateriores pretende dar un alcance a la población femenina correspondiente entre 18 y 50 años de edad que será parte de la muestra estadística, las cuales serán referidas en un entorno clínico terapéutico bajo la supervisión de la oficina municipal de la mujer del municipio de Chiantla del departamento de Huehuetenango, con alianzas de cicam, de igual manera contempla este estudio enriquecer la biblioteca de investigaciones de la escuela de psicología, guiadas bajo los estatutos de universidad de san Carlos de Guatemala, para futuros profesionales que en sus trabajos de grado pretendan aludir a la temática presente.

1.4. Alcances y Limites.

Ha presente investigación consiguí recolectar distintas fuentes y autores teóricos, lo que le da el sentido cuentico, a la vez puede convertirse en una fuente de consulta para futuras investigaciones similares. Cabe destacar que se produce, a partir de la compilación teórica y resultados obtenidos, un programa de intervención sobre el abuso sexual a mujeres adultas, donde, de manera integrativa se evalúan y se abordan distintas áreas rotas traumáticamente en las víctimas y sobrevivientes.

De manera limitante, esta investigación puede encantar como obstáculo la deserción de las consultantes, así como una limitación en aquellas mujeres agredidas sexualmente en pero que no presentan una denuncia así como tampoco contemplan la idea de iniciar un proceso terapéutico ya sea por creencias culturales de que tal agresión puede ser normal, por sentimientos de vergüenza o amenazas, de igual manera, este estudio se encuentra limitado con respecto a víctimas menores de edad, género y niñez que sin lugar a duda son vulnerables o ya sobrevivientes de este mal social.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

- Describir los síntomas somáticos y psicológicos que presentan mujeres víctimas de abuso sexual adultas del municipio de Chiantla Huehuetenango.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Analizar los pensamientos automáticos presentes en mujeres sobrevivientes de abuso sexual en mujeres de mujeres adultas.
- Conocer la gama sintomática presentes en mujeres adultas víctimas de abuso sexual del municipio de Chiantla Huehuetenango.
- Identificar el nivel de severidad en síntomas que reflejan sexual en mujeres adultas del municipio de Chiantla Huehuetenango.

1.6. Definición de variables

1.6.1. Síntomas de abuso sexual

Según López (2014) Los efectos sintomatológicos a largo plazo son más difíciles de estudiar por la influencia de otra serie de factores, relacionados o no, con los propios abusos sexuales. Tal como la depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales. Quienes los sufrieron durante la infancia es más probable que tengan depresiones durante la vida adulta, así mismo, las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios de hecho llevados a cabo también son más probables en quienes han sido víctimas de abusos sexuales. Al mismo tiempo, los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento, marginalidad y pérdida que disminuyen, con frecuencia, la autoestima de quienes los sufrieron. Ansiedad, tensión y dificultades en los hábitos de comida están asociados también con mayor frecuencia a este tipo de traumas infantiles, de igual forma, las dificultades de tipo relacional (en especial con los hombres, los padres o los propios hijos) acompañan también, con cierta frecuencia, estas sintomatologías. A su vez, en las relaciones interpersonales puede ocurrir que la víctima sienta hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor, otra serie de efectos, como los relacionados con la sexualidad, dificultades para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual, etc., han sido también confirmados.

1.6.2. Pensamientos automáticos

Leahy (2018) indica que bajo la premisa del modelo cognitivo de Beck, existen distintos niveles de valoración cognitiva, en la valoración más superficial se encuentran los pensamientos automáticos, los cuales son espontáneos, son válidos en apariencia y están

asociados a conductas problemáticas o alteraciones emocionales, se les puede clasificar según su sesgo o distorsiones específicas

1.6.3. Trauma.

Ruppert (2017) La palabra trauma significa herida o lesión. En el campo médico se usa en este sentido para describir las lesiones físicas que representan un daño a los huesos o a los tejidos (por ejemplo, trauma en el cráneo o en el cerebro). En el ámbito psicológico y emocional se habla de lesión psicológica cuando algunos procesos como la percepción, el sentimiento, el pensamiento, la memoria o la imaginación dejan de funcionar con normalidad y se encuentran considerablemente limitados en sus funciones, ya sea de manera periódica o en el largo plazo. Por ejemplo, esto sucede en el caso de la hipersensibilidad y en el estado insomne extremo, cuando el ruido más débil hace que una persona brinque con sobresalto y sude con ansiedad, o si una persona está obsesionada por ciertas ideas o imágenes, o sus pensamientos giran obsesivamente alrededor de un acontecimiento pasado.

1.6.4. Ansiedad

Rojo (2017) manifiesta que la ansiedad patológica consiste en una inadecuación entre un estímulo y respuesta del organismo, no es adaptativa y no cumple con su función de alarma asimismo influye en el rendimiento psicomotor así como en el rendimiento psicosocial puesto que al paciente se le imposibilita manejar, asistir a centros comerciales o hablar en público, de igual forma drena energía a nivel fisiológico, sexual e impide una efectividad en la toma de decisiones, en el área alimenticio y del descanso

1.6.5. Depresión

García y Sanz (2016) refiere que depresión o trastornos depresivo se caracterizan principalmente con una alteración de la respuesta emocional básica de tristeza, al mismo tiempo, la depresión como síntoma alude a una tristeza de carácter patológico por lo que hay que valorar la frecuencia, intensidad y duración de la misma; este trastorno se encuentra en comorbilidad con otras patologías, trastornos y otras condiciones médicas. A su vez, la depresión como síndrome, es decir, un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen, dichos síntomas están en conjunto como tristeza, irritabilidad fatiga, pérdida de intereses sentimientos de inutilidad, culpabilidad, enlentimiento motor.

1.6.6. Severidad de síntomas.

Para Rivera (2018) la severidad es un índice de la intensidad de los síntomas que el sujeto afirma tener, Es una medida de la intensidad del sufrimiento ya que indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Sintomatología somática y psicológica tras abuso sexual

2.1.1. ¿Qué son síntomas?

Fernández (2020) Considera que un síntoma crónico es siempre una repetición, a lo que la autora lo explica como la repetición expresa, de una insistente búsqueda de

satisfacción de una necesidad que no ha encontrado eco en el entorno, esa misma, ejemplifica que es una petición que nadie ha recibido. Conforme a lo citado, puede asumirse que las diversas sintomatologías que los consultantes presentan en su motivo de consulta, son una serie de respuestas físicas o cognitivas aparecidas ante la búsqueda de satisfacer necesidades afectivas, la resolución de algún conflicto o la comprensión de un suceso traumático en tiempos anteriores, por ello, los síntomas y signos que pueden detallarse alrededor de un historial clínico puede interpretarse como un medio de contener el sufrimiento que ha quedado insertado en la persona, aunque estos síntomas provoquen también malestares.

2.1.2. ¿Qué es trastorno somático?

Pérez (2021) refiere que son una gama de manifestaciones corporales y fisiológicas, tales como dolor en los miembros inferiores o dolor de cabeza, síntomas gastrointestinales, síntomas sexuales como disfunciones, pérdida del interés sexual, menstruación irregular, y síntomas neurológicos como pérdida del equilibrio, parálisis o problemas de coordinación que no corresponden a un padecimiento biológico sino que encajan con múltiples enfermedades sin estar presentes en el organismo, a su vez, la característica principal es que el individuo suele preocuparse más por los síntomas experimentados que por una enfermedad, en el mismo sentido, Matos (2020), de igual manera, dice que las manifestaciones somáticas no son provocadas conscientemente por la persona, sino más bien, por el exceso de estrés, la incapacidad de manejar frustraciones o situaciones intolerables. Por lo anterior, resulta interesante de como muchas veces se puede silenciar a las emociones o anestesiar la mente con recursos alternativos pero estas áreas siempre encontrarán su medio de expresión en el organismo y el cuerpo, a lo cual los profesionales en salud mental y física pueden notar constantemente en consultas.

2.1.3. ¿Qué es el trauma?

Beyebach y García (2022) hacen referencia que un trauma es un evento o una serie de eventos, bruscos o repetible que son intensamente negativos, que provocan daños psicológicos, emocionales, cognitivos, social, conductual, así como a nivel psicosomático, lo cual derivan un conjunto de síntomas incapacitantes a lo largo del tiempo para la persona. Así mismo, es importante destacar que los eventos traumáticos llevan a que la persona se cuestiona sobre su autoconfianza y hacia el mundo así como quebranta el sentimiento de autocontrol, de igual forma, se puede implicar como trauma cuando la persona refiere un malestar clínicamente significativo en el presente derivado de un acontecimiento pasado, lo cual contempla una función en la conducta del individuo, así como una directriz y marca en las emociones y pensamiento a lo que le genera una limitante en su bienestar o eficiencia en las distintas áreas de desarrollo e interacción. Por su parte, menciona Ruppert (2017) el trauma opera básicamente en el ámbito de las emociones; las situaciones traumáticas agitan sentimientos extremos, lo cual produce una hipersensibilidad que puede tener efectos nocivos, los sentimientos de “desamparo” y de “estar a merced de alguien” pueden ampliarse para incluir otros sentimientos relacionados, como impotencia, pérdida de control y darse por vencido.

Con base a lo anterior, un trauma en clínica psicoterapéutica puede ejemplo en una herida en la piel, donde pueden observarse a veces pequeños raspones, rasgaduras; en ocasiones las heridas traumatológicas ocasionan lesión a nivel interno del organismo donde el trauma ha sido profundo que ha imposibilitado la movilidad de la persona, su eficacia en las distintas áreas de desempeño básicas, por lo que un trauma psicológico actúa en similares

circunstancias, puesto que hay eventos los cuales tienen una naturaleza para ser asumidos como un acontecimiento conflictivo, otros como un impacto emocional y otros como una herida psicoemocional profunda, la cual imposibilita parte de la cognición, la afectividad, el área social, entre distintas áreas de la persona lo que implica como trauma.

2.1.4. Diferencia entre trauma simple y trauma complejo

Conforme a lo referido por Aznárez (2021) el trauma simple es un golpe (evento) sea un accidente, una violación, un suceso natural y que tiene la característica de que tiene la suficiente intensidad para romper emocional y psicológicamente a la persona, por otra parte, un trauma complejo son aquellas experiencias que al inicio no suelen catalogarse como terribles, pero igualmente terminan por romper ya que se producen repetidamente, día tras día y sobretodo, suceden en la etapa más vulnerable de la persona, la infancia, tales vivencias como falta de empatía por parte de los cuidadores, abusos de poder, los maltratos diarios, la negligencia, la desprotección son las que conducen a la formación de un trauma complejo.

Basado con el párrafo anterior, los sucesos traumáticos pueden observarse en similares características para generar dos clases de trauma; en el trauma simple y complejo, la carga emocional, el impacto psicológico y la intensidad física se verán comprometidas para producir la alteración en la persona, se asume que es la temporalidad quien distingue el nivel de trauma mas no el suceso, sin embargo, no es lo mismo someterse varias veces a un desastre natural que a agresiones y abusos, desde la experiencia clínica, una persona que se ha enfrentado varias veces a movimientos telúricos, termina por adaptarse, aprende que así

es el territorio donde vive y determina que estrategias usara en un próximo temblor para sobre guardar su seguridad. Ahora bien, quien fue víctima de malos tratos y abusos desde la infancia, no solo puede llegar a normalizar que tales eventos son aptos y parte de la vida que le toco llevar, se desarrollan estrategias de afrontamiento tantas veces perjudiciales para la victima misma, donde se tiene un malestar explícito o no explicito ya que siempre habrá algo, un síntoma, un malestar, una emoción, una cadena de sucesos resultantes de ese trauma complejo.

A la vez, un trauma complejo puede metaforizarse como la rana en el agua hirviendo, donde si la rana es sumergida a un recipiente con agua sumamente calienten esta saltara, sin embargo si la rana es introducida en agua a temperatura ambiente y se le cambia a una mayor temperatura pero aun no peligrosa, el anfibio notara el resultado pero no se alarmara sino se adaptara a dicho clima, si se hace otro cambio en la temperatura del agua en escala soportable aun así, la rana se adaptara, y así sucesivamente, se generaran cambios y sus respectivas adaptaciones hasta llegar al punto de quemaduras donde la rana no noto su consumo poco a poco, en este ejemplo actúa el trauma en unas personas que desde pequeñas han sido sometidas a eventos complejos y los cuales escalaron poco a poco, el cerebro de la persona se adaptó a cada situación aunque notara malestares emocionales o somáticos, en este sentido, la edad cronológica de una persona que vive en condiciones adecuadas le brinda madurez y crecimiento personal, en cambio en una persona que crece bajo condiciones traumatológicas la edad le juega en perjuicio y conduce a una despersonalización.

2.1.5. ¿Qué es trauma y que no?

Bajo la perfectiva de la corriente cognitiva conductual, es importante resaltar que lo que puede ser traumático o no depende de la interpretación de los hechos hacia la cual la

persona la dirige, así mismo, se valora las herramientas yoicas y de resiliencia que se tengan. Para ello Beyebach y García (2022) refieren que la que puede resultar como trauma serian todos aquellos sucesos donde puede verse vulnerada la seguridad o la vida misma de la persona, tal como accidentes, ataques o enfermedades repentinas, al mismo tiempo, se contemplan como trauma aquellos eventos donde se quebrantó las ideas de sí mismos, hacia otras personas y hacia el mundo (triada cognitiva) donde podrían encontrarse eventos como abusos sexuales, humillaciones constantes o presenciar algún suicidio puesto que estos acontecimientos pueden generar sensaciones de indefensión.

Si bien es cierto que el trauma ha de generarse por eventos intensos emocionalmente, es oportuno distinguir a los acontecimientos no violentos pero que si presentan una carga traumática tal como la muerte de un hijo, de aquellos eventos igualmente intensos y de gran impacto emocional y psíquico tal como la separación de la pareja, una promoción laboral o la salida de los hijos del hogar que aunque presentan una connotación de estrés, no puede elaborarse como trauma debido a su cauce natural del desarrollo humano o porque si bien son de impacto emocional, estos presentan una normativa positiva. Por lo anterior, Beyebach y (Garcia (2021) concluyen que un trauma no puede ser solo el evento en sí y su interpretación sino también el contexto, el cómo y el porqué del suceso así como la red de apoyo sí estuvo presente o no para mitigar el efecto.

Por lo expuesto anteriormente, solos sucesos de gran impacto emocional puede notarse constantemente en la práctica clínica, a la vez los malestares que indican los consultantes en tantas ocasiones pueden acompañarse con un trabajo basado en estrés y malestares menores asi también, se puede encontrar en la atención clínica casos severos y complejos de trauma donde por lo general son eventos de maltrato, agresiones de años

implícitos a la violencia de género, por lo que las y los terapeutas tendrán que realizar un trabajo terapéutico previo consigo mismas para ser imparcial y no vincularse con los procesos de las sobrevivientes.

2.1.6. Trauma psíquico

Ruppert (2017) constata que el trauma psíquico es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona, cuando las personas se sienten sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras, el terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos así los apartan de la consciencia ordinaria, los cuales se organizan en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales. Por ello, es importante destacar que las emociones son instantáneas y a la vez de muy corta durabilidad, si una emoción es vivida con gran intensidad y se experimenta más tiempo del habitual, esta descompensará la fisiología y psiquis de la persona, son de una ira desmedida podrá convertirse en una psicopatía, una tristeza donde se pierda el control se convertirá en una intensa depresión o una alegría intensa para en psicomanías.

2.1.7. Factores peri traumáticos

Según Beyebach y García (2022) los factores peri traumáticos suceden hasta las 72 horas posteriores al evento traumático, se sugiere prestar atención a las primeras 6 horas puesto que es el lapso temporal en el que los engramas de memoria se fijan en el cerebro, a lo que se le dará mayor significación a como se actuó después del acontecimiento traumático, esto por las propias acciones tomadas por parte del sobreviviente principal, tal como las

denuncias o poner en prácticas las herramientas de resiliencia tal como enfrentarse al evento y no negarlo, así, mismo, los factores que causaran las acciones tomadas por la red de apoyo sean estas de acogida o de negación serán determinantes para el reprocesamiento del trauma.

2.1.8. Factores durante el evento traumático

Beyebach y García (2022) aluden que es importante entender el tipo de evento que se produjo para poder comprender el nivel de dramatización; por ello, se considera que los eventos crítico, únicos y no anticipados de tipo trauma 1 puede generar una experiencia de dolor pero que un 70% de los afectados pueden no llegar a producir una psicopatología, por el contrario, los eventos de tipo trauma 2 los cuales son repetitivos y de larga duración tiende a dañar a mayor profundidad la personalidad y el propio sentido del self, lo que conllevara a secuelas evidentes. Por tal razón, la ayuda que la sobreviviente pueda recibir durante el suceso traumático o la sensación de ser cuidada será un asidero psicológico determinante, ya que se mantendrá una figura de esperanza hacia la humanidad aun incluso en medio de la tragedia.

2.1.9. Factores previos al evento traumático

Beyebach y García (2022) afirman que la edad de las víctimas es un factor importante en el manejo de suceso crítico, ya que los niño y adolescentes presentan una limitante en sus recursos cognitivos, conductuales y sociales a lo que se debe los traumas tempranos profundas, a su vez, los procesos estresantes previos a un evento critico se concibe como afecto acumulativo. Así mismo, el estilo de apego establecido en la infancia será influente en el afrontamiento de acontecimientos traumáticos ya que una persona con apego desorganizado

o ambivalente será más vulnerable hacia las secuelas traumáticas que alguien que posee un apego seguro ya que tendrá más herramientas de regulación, al mismo tiempo, las sobrevivientes que presentan una personalidad más resistente, con un adecuado autoestima y con un estilo de vida equilibrada sean quienes encajen mejor un suceso traumático.

2.1.10. Factores posteriores al evento traumático

De igual forma, Beyebach y García (2022) indican que las estrategias de afrontamiento adaptativas contribuyen a que no aumente la dramatización y facilitan la recuperación gradual de la persona. Estas se basan en la aceptación de que sucedió el evento traumático y una reinterpretación positiva del suceso, lo que a nivel conductual se traducen en una posición activa de búsqueda de apoyo social y de resolución de problemas, en la que no se evitan situaciones que recuerden al evento traumático, sino que se enfrentan; finalmente, a nivel emocional se parte desde el desahogo emocional con personas de apoyo y se llega incluso a la compasión y el perdón. Por otra parte, las estrategias de afrontamiento desadaptativas, en cambio, tienden a perpetuar la dramatización y dificultan la recuperación de la persona. Parten de una negación o de una falta de aceptación del hecho, que a menudo lleva a quedarse anclada en preguntas sin respuesta «¿Por qué a mí?», o al pensamiento desiderativo («Ojalá nunca hubiera sucedido»), esto conduce frecuentemente a una rumiación intrusiva, lo que puede genera, a nivel conductual una respuesta de aislamiento social y de evitación de cualquier circunstancia que recuerde al suceso crítico, además del consumo de alcohol u otras sustancia, mientras que a nivel emocional predominarían el odio y los deseos de venganza, el resentimiento y la culpa.

2.1.11. Síntomas en el sistema nervioso por un cerebro traumatizado

Para Sweeton (2019) las cinco áreas del cerebro más importantes en cuanto al trauma serían la amígdala, cuya función es determinar muy rápidamente si una situación, contexto o personas representan peligro, cuanto más se perciva peligro, mayor es la activación de la amígdala, lo que hará que la persona luche, huya o se paralice. Así mismo el hipocampo es el responsable de re experimentar sucesos pasados puesto que es el centro cerebral de la memoria, almacena los recuerdos a los que se acceden conscientemente, por ello, la razón de que el hipocampo este tan implicado en el trauma es debido a que durante el trauma se desactiva y genera problemas de memoria, a lo que los recuerdos o testimonios ante sucesos estresantes los recuerdos pueden estar distorsionados.

De igual manera, el área de la ínsula se encarga de la intercepción y la propiocepción, las cuales son las que rigen el sentido de equilibrio y la conciencia de donde está ubicado el cuerpo en el espacio así como la capacidad de saber lo que ocurre en el interior del cuerpo tal como sentir hambre o nervios, entonces si una ínsula desregulada en los cerebros traumatizados puede observarse como una ínsula hipoactivada donde puede haber disociaciones, cuando esta Hiperactivada posiblemente se presente reactividad emocional y al ser hiperreactiva se visualizara demasiada sensibilidad a los cambios. En el caso de la corteza prefrontal se considera el centro del pensamiento por lo que intervienen en la empatía, la concentración o la inteligencia social y otras funciones ejecutivas, en los cerebros con alguna afección traumática las cortezas prefrontales disminuirán la capacidad de toma de decisiones, la conexión con los demás y la conciencia de si mismo. De la misma forma, la corteza cingulada, está dirigida a regular las emociones y pensamientos y a manejar los conflictos que se produzcan estas dos áreas, por lo que en una persona con secuelas de

trauma, le será difícil la claridad de juicio, el manejo de emociones dolorosas así como de los pensamientos angustiosos.

Aznárez (2021) expresa que en personas traumatizadas suele encontrarse unas amígdalas hiperactivadas, en estado de constante alerta pese a que las amenazas ya no estén presentes, con un hipocampo debilitado y un córtex prefrontal y un cíngulo anterior que no consiguen regularlas. Esta hiperactivación de «detector de incendios» explica, por ejemplo, la hipervigilancia de las víctimas de violencia, su tendencia a los altibajos emocionales, así como su desconfianza interpersonal, ya que se percibe a cualquier persona como una potencial amenaza. La hiperestimulación constante de la amígdala se transmite al hipotálamo, llevando a una sobreactivación del sistema simpático a través del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. La elevada activación del sistema simpático mantiene a la persona en un estado de preparación para luchar o huir, que se traduce en una alteración hormonal constante (adrenalina, cortisol) y en respuestas fisiológicas como el aumento de la tensión arterial y la tasa cardíaca, la sudoración intensa, la contracción muscular... con el consiguiente impacto sobre su salud física. A su vez, la activación del sistema simpático implica la inhibición del sistema parasimpático, lo que interferirá con las «labores de mantenimiento» de las que se encarga esta rama del sistema nervioso autónomo. Esto puede traducirse, entre otras cosas, en problemas digestivos, incapacidad de relajarse, dificultades para dormir, en problemas de atención, dificultades en el razonamiento y la toma de decisiones, así como para monitorizar sus propios procesos mentales y regular su propia conducta de acuerdo con sus valores.

Explicar esto a los consultantes puede resultar muy desculpabilizador puesto que el estrés crónico afecta también al hipocampo, una estructura cerebral implicada en el

aprendizaje (y la única parte del cerebro en la que se crean nuevas neuronas en personas adultas), las personas que son siendo maltratadas o que han sido traumatizadas por maltratos previos pueden ver también disminuida su memoria y su capacidad de aprender. Las víctimas de sucesos especialmente traumáticos pueden llegar a perder el «sentido del sí mismo»: tienen dificultades para sentir su propio cuerpo y para conectar con su propio self. La parte de desconexión sensorial se explica por las secuelas que el trauma puede dejar en los lóbulos parietales del cerebro, encargados, por ejemplo, de procesar sensaciones del tacto; esto sucede especialmente en los casos de abuso sexual. Por otra parte, las dificultades en la conciencia del sí mismo estarían basadas en la afectación de un conjunto de estructuras que se hallan en la parte medial del cerebro:

2.1.12. Reexperimentación

Canales (2015) indica que esta parte del trauma consiste en la reviviscencia involuntaria a través de imágenes del suceso estresante, es como si la persona sobreviviente de un abuso traiga tal experiencia al presente y la vuelva a vivir. En coincidencia con el autor, las imágenes, sonido u olor se quedan en la memoria implícita y esto permita que el suceso se sueñe o se imagine constantemente por parte de la víctima, es por ello que las consultantes de abuso sexual instalen en su mente un círculo de recuerdos que se reflejan como sueños donde la persona puede recortar o agregar imágenes suceso y puede reprocesar como una realidad, de esta forma, la consultante puede vivir sintomatologías físicas y emocionales, de manera intensa ya que se reacciona como si el evento se viviera de nuevo en el aquí y el ahora.

2.1.13. Estrés postraumático y trauma complejo.

Según lo aportado por Vargas y Libenson (2017) el desarrollo del estrés postraumático es multifactorial y las variables mediadoras para desarrollar el trastorno pueden deberse al tipo de trauma, así como a mecanismos de evitación y control, vulnerabilidades sociales, fisiológicas y cognitivas. A su vez, el tipo de trauma experimentado, puede ser de dos tipos: cuales son, desarrollar un trastorno del estado de ánimo que deja a la persona desprotegida ante otras situaciones de abuso o violencia, y el medio en el que las personas se desarrollan, este juega un papel determinante, algunos factores que aumentan la probabilidad de presentar este trastorno son las diferencias étnicas, raciales, el género y la pertenencia a un grupo minoritario, debido a que son poblaciones vulnerables en el ámbito físico o social, con dificultad para acceder a servicios de salud y justicia, y con una alta tendencia a la discriminación y el abuso, otros factores que intervienen en el desarrollo del TEPT es el padecimiento de algún trastorno psiquiátrico a edad temprana así como pensamiento de preocupación o que tiende a rumiar y la evitación experiencial, cabe destacar que estos dos últimos factores son los mayores indicadores de la severidad de síntomas del trastorno

2.1.14. Trastorno de estrés postraumático

Espinoza (2022) refiere que el trastorno de estrés postraumático es un trastorno emocional que sigue a la exposición a una amenaza en la que se experimenta temor o desamparo, a su vez, un estrés alto e incontrolable para la persona, así como la reducción o poca eficacia de las habilidades de afrontamiento, pueden originar secuelas experimentadas por el individuo, como la imposibilidad de superar una experiencia traumática, que puede darse tanto en adultos como en adolescentes y niños. de la misma manera, el evento traumático experimentado está fuera de las proporciones cotidianas normales, como el

secuestro, el abuso sexual, un desastre natural, un accidente o cualquier situación en que esté en peligro la vida o la de alguien querido, o bien en la que estén en juego la agresión y la amenaza a la integridad física.

2.1.15. Síntomas del TREPT

El manual diagnóstico y estadístico DSM (2023) postula que debe haber una presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con los eventos traumáticos, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los eventos traumáticos.
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el/los eventos traumáticos.
- Angustia psicológica intensa o prolongada ante la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos.
- Reacciones disociativas como escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si los eventos traumáticos fueran recurrentes. (Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema una pérdida total de conciencia del entorno actual).

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiantes sobre o estrechamente asociado con el evento(s) traumático(s).
- Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto de los eventos traumáticos.
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo, “Soy malo”, “No se puede confiar en nadie”, “El mundo es completamente peligroso”, “Todo mi sistema nervioso está arruinado permanentemente”.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante de los eventos traumáticos (típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas).
- Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresada como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
- Estado emocional negativo persistente, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
- Problemas de concentración.
- Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias de los eventos traumáticos que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás.
- Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.

- Despersonalización: experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separado y como si se fuera un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo, sentirse como si estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad del yo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente.
- Alteración del sueño, dificultad para conciliar o permanecer dormido o sueño inquieto.
- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia medicación, alcohol u otra afección médica.
- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Desrealización: experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno
- Con expresión tardía: Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediata).

2.1.16. Evitación

Rojo (2017) expone que se tenga en cuenta que al ser la evitación uno de los principales síntomas de los trastornos postraumáticos, puede el paciente tardar mucho tiempo en buscar ayuda, y además al tener dificultades para hablar sobre la experiencia traumática pueden ser inconstantes en las visitas al médico. Igualmente, ya que pueden encontrar muy doloroso y tener dificultad para ocuparse de las consecuencias del acontecimiento traumático, tales como los procedimientos legales y el tratamiento continuado de sus lesiones físicas, es por lo que muchas veces se mantienen sin solucionar estos factores estresantes relacionados con el trauma, lo que dificulta su recuperación

completa. Por tanto, en la comprensión de la evitación marcada por un acontecimiento traumático es a penas natural que muchas víctimas tarden incluso años en comentar sus experiencias, en realizar procesos psicológicos así como llevar sus relatos a instancias legales, a lo que en muchas ocasiones la sociedad plantea opiniones del por qué la persona aun no denuncia si ya no vive en ese entorno.

2.1.17. Amnesia disociativa,

Vázquez (2020) indica que la presencia de síntomas disociativos es un factor principal en el TEPT, ya que es el principal mecanismo defensivo que surge frente al evento traumático, por consiguiente, la respuesta ante la exposición a un estresor de elevada magnitud se dará en función de la interacción entre variables individuales y contextuales de la víctima y de la propia situación en la que se presente el abuso sexual, se incluyen procesos cognitivos, emocionales y comportamentales previos al suceso, durante el mismo y posterior a éste. Si la pérdida o amenaza a la vida o del estado psicobiológico de bienestar, es decir, el daño a éste o de manera directa a la supervivencia, se da con una intensidad suficiente, puede que el sistema psicobiológico de la persona se active sostenidamente y se constituya el cuadro clínico del trauma complejo. En muchos casos, aunque en realidad la persona ya no esté enfrentándose a esos estresores (pues no está o no vive con el agresor),

Aznárez (2021) Hace referencia que al fenómeno de la disociación, es algo que supone una acción defensiva para dejar fuera de la conciencia ese material, externo o interno, que produce malestar y que resulta intolerable, conlleva estrategias psicológicas, fundamentalmente inconscientes, para afrontar la realidad cuando no se es capaz de hacerse cargo de ella, tal y como se presenta, no son maniobras de afrontamiento conscientes. Por otra parte, para los profesionales, los fenómenos disociativos que se encuentran en la clínica,

son el resultado del manejo de las experiencias traumáticas y, por lo tanto, se puede decir que trabajar con ellas supone, siempre, trabajar con la disociación.

2.1.18. Fuga disociativa.

Ruppert (2017) expresa que los trastornos disociativos son caracterizados por pérdida de memoria, identidad y percepción, con respecto a las fugas disociativas se caracteriza por una pérdida de episodios de memoria repentina, los cuales pueden ser totales o parciales, a la vez, se aísla o hay una huida de la casa o del lugar de trabajo, junto con la incapacidad de recordar el pasado propio, en ocasiones puede perderse la identidad y fragmentarse. El bloque en la memoria puede surgir tiempo después de haber vivido el acontecimiento traumático ya que quizá una palabra, un lugar o un acontecimiento similar al pasado que detone los síntomas puede generar una crisis nueva y se busca la salida o escape de la fuga disociativa.

2.1.19. Identidad disociativa.

Ruppert (2017) expresa que en su forma más extrema, el proceso de una experiencia traumática toma la forma de una división de la identidad, en identidades fragmentarias, lo que da como resultado múltiples caracteres, por ello, como consecuencia, el individuo tiene más de una identidad, y estas identidades saben poco o nada de la existencia de las otras identidades, de tal forma, la persona traumatizada se siente en el estado A o en el estado B, si se encuentra en el estado A, no sabe nada del estado B, y viceversa, por consiguiente, el yo consciente recibe informes de los sucesos que se experimentan como un todo y como una identidad, a pesar de que constantemente se cambian de acuerdo con los entornos, se tiene la impresión de que se sigue en sintonía con la misma persona, la psique no está preparada para

la posibilidad de que este yo pueda cesar o dejar de existir repentinamente a causa de las múltiples expresiones del yo.

Por esta razón, Ruppert (2017) refiere que al fenómeno de personalidad múltiple o Trastorno de Identidad Disociativa a menudo se le toma con escepticismo, esto va mucho más allá de los concepto, en esencia determinado culturalmente de personalidad y de subjetividad, además, muchos psicoterapeutas que observan estos cambios repentinos de personalidad en sus propios pacientes los pasan por alto hasta que llegan a entender adecuadamente el verdadero concepto de trauma, así mismo, el autor afirma que la realidad de esta identidad dividida proporciona una clave esencial para la comprensión del trastorno psíquico y del alma humana. Una experiencia del yo puede definirse como una relación organizada y un sistema de experiencias cuyos elementos se mantienen unidos por un principio común y que se separa de otras experiencias del yo a través de una frontera más o menos permeable”.

2.1.20. La disociación traumática y los flashbacks

Rothschild (2015) considera que los trastornos traumáticos reflejan disociación y los flashbacks que son las dos características más salientes, a su vez, ambas se encuentran en las raíces de los síntomas psicológicos y somáticos más angustiantes, por tanto, la disociación puede ser un factor constante en cada caso de TEPT. A menudo ocurren estos dos síntomas en conjuntamente, no es posible tener flashbacks traumáticos sin que algún tipo de disociación traumática opere también, aunque la disociación puede ocurrir sin flashbacks.

2.1.21. La violencia y su impacto en el estrés postraumático.

Según Vargas y Libenson (2017) la ONS catalogo la violencia en las categorías de violencia juvenil, el maltrato y descuido de los menores, la violencia en la pareja, la violencia sexual, la violencia autoinfringida, agresiones a los mayores y violencia colectiva. Por otra parte, la misma fuente refiere que la violencia que se vive en la familia y la violencia de pareja son las más usuales a nivel mundial, así mismo, en la violencia de pareja, las agresiones psicológicas, físicas, sexuales y económicas son las agresiones más notables, de la misma manera, son los menores y las mujeres la población más vulnerables a que pasen por dichos eventos, a su vez Refieren que en los últimos años en México, los índices generales de violencia han aumentado, debido al papel que han tomado los efectos derivados del crimen organizado y de la delincuencia..

Para Vargas y Libenson (2017) Un factor determinante para el desarrollo de los trastornos mentales y otras enfermedades tiene que ver con el contexto social-económico- político y familiar en el que se encuentra la persona, por tal motivo es posible hablar de violencia pre-existente (la persona ya no se encuentra en el ambiente de violencia) y violencia existente (la persona se encuentra en condiciones de violencia),de igual manera, el papel de la interacción de la víctima en estas condiciones juega un papel relevante, ya que genera condiciones para la agresión, como son pasividad del rol víctima acompañada con agresiones o provocaciones encubiertas. Otros factores a considerar son los aprendizajes previos, tanto sociales como familiares que minimizan las consecuencias de la violencia, así como los factores en la personalidad. Eso hace predecir que las personas que tienden a desarrollar secuelas psicológicas de las interacciones violentas, pueden presentar trastornos del estados de ánimo.

Por otro lado, la dificultad para poder recuperarse de eventos traumáticos derivados de la situación de violencia o eventos traumáticos, así como las secuelas físicas, impiden la inserción a la vida cotidiana. Esto complica el pronóstico en la recuperación de las personas, ya que no sólo

se debe trabajar en el ámbito de la salud física y emocional, sino que se requieren programas que promuevan la independencia y la generación de recursos propios, a fin de generar condiciones de vida favorables. Por ello, los enfoques unidimensionales no generan cambios perdurables.

2.1.22. Victimización

De acuerdo con lo expuesto por Intebi (2012) la Victimización se refiere a cualquier acontecimiento en el cual el agente responsable del daño es otro ser humano que, además, dirige su comportamiento agresivo sobre un determinado individuo, a la vez, la victimización no ocurre exclusivamente en el ámbito de los malos tratos intrafamiliares aunque siempre el maltrato familiar, cualquier tipología de desprotección infantil y las agresiones sexuales tiene como consecuencia la victimización de las personas menores, así también, este tipo de experiencias traumáticas suele tener mayor impacto en los/as niños/as que las catástrofes. Por lo anterior, una persona que ha pasado constantemente lesiones físicas y psicológicas por parte de otra persona que represente mayor jerarquía o que signifiquen poder, serán destinatarios de una victimización traumática

2.2. Abuso sexual

Fernández (2020) define al abuso sexual, como un tipo de violencia dirigido a controlar, dominar, ejercer poder sobre una persona, es decir, la sexualidad no sería el motor central del ataque, sino el medio a través del que se ejerce el poder, tal acto a veces se hace presente con una enorme carga de dolor, otras como una anécdota prácticamente olvidada y “sin importancia”, pero se ha descubierto que, aunque así lo parezca, muy rara vez se queda a ese nivel “inofensivo” en la vida del paciente. Así mismo, el autor aporta que el tema del género y su relación con el poder

también es importante para entender la violencia sexual, ya que no puede ser casualidad que casi 90% de las personas agredidas sean mujeres y que más de 97% de los agresores sean hombres.

Por su parte Picherdo (2014) aporta al referir que la violencia sexual constituye una interacción de naturaleza sexual entre dos o más personas basada en el abuso de poder y la asimetría de edad y desarrollo, al mismo tiempo, se caracteriza por una situación de vulnerabilidad pretraumática en la víctima, cuya pobreza vincular y la disfuncionalidad o colapso de la estructura familiar puede presentarse, esto posibilita el proceso del abuso sexual, el cual se lleva a cabo a través de un proceso paulatino donde al inicio el agresor utiliza la confianza, el chantaje, la ambigüedad y la seducción, lo cual puede suceder en una ocasión o de forma repetitiva y sostenida a lo largo del tiempo, y puede ir desde los tocamientos, la exhibición, hasta la penetración y violación, en este sentido, las modalidades, el tiempo, o nivel de agresión acuñadas al hecho, serán determinantes para la sintomatología traumática.

2.2.1. Tipologías de abuso sexual

2.2.1.1. *Abuso de sexual abierto*

Para Canales (2015) el tipo de abuso sexual en su tipología abierta es cuando se da de manera directa en su intención sexual, aunque a veces se oculta la agresión, un ejemplo claro es cuando un adulto se introduce en la cama de un menor con la intención de tocar sus genitales.

2.2.1.2. *Abuso sexual encubierto*

Canales (2015) refiere que en esta tipología de abuso sexual es mucho más discreto y difícil de identificar, ya que se busca esconder el contenido sexual, de esta manera la víctima se cuestiona si el hecho fue sexual o no, por lo que el niño o la persona no hacen conscientes los sentimientos

negativos de secuelas aunque este ahí. Este tipo de abuso permite que los incestos sean ocultos con facilidad.

2.2.1.3. Sexualizar verbalmente

Canales (2015) comenta que este tipo de abuso es cuando por lo general cuando una persona plantea pláticas sexuales sin fines educativos sino más bien con el objetivo de que el victimario obtenga placer sexual, esto es tremendamente invasivo y agresivo. Ejemplos de esto pueden ser el uso del lenguaje del doble sentido o bien hacer una propuesta de encuentro sexual con el menor.

2.2.1.4. *Tocar sexualmente*

Canales (2015) distingue que este tipo de abuso es de los más comunes en los menores ya que el abusador toca los genitales y otras áreas eróticas de los infantes, como ano, pezones o los glúteos, de la misma manera, este abuso se da cuando un adulto besa de manera prolongada e introduce la lengua en la boca del menor así como bañarse con la víctima y tocar de manera sexual con disimulación de limpiarlo.

2.2.1.5. *Fotografías y videos sexuales*

En esta tipología de abusos sexuales, Canales (2015) indica que es llevado por lo general por pedófilos que toman imágenes o videos de menores para masturbarse y obtener placer al verlas, tristemente los padres son quienes toman las fotografías y pueden crear pornografía infantil. Al mismo tiempo, una persona que es víctima de este abuso es chantajeada para acceder sexualmente bajo la amenaza de distribuir en redes sociales este contenido íntimo.

2.2.1.6. *Exhibicionismo*

Canales (2015) destaca que el tipo de abuso sexual de exhibicionismo es cuando una persona es agredida cuando observa involuntariamente los genitales de un agresor, así puede verlo masturbarse o el uso de palabras sexuales, también en esta tipología se encuentra cuando un niño observa a dos adultos como los padres actuar de manera sexual.

2.2.1.7.El incesto

Müller y López (2016) menciona que hablar del incesto hace evidenciar un tabú universal que desde siempre ha sido considerado para la mayoría de las legislaciones del mundo un delito, es por esa razón que el abuso intrafamiliar resulta tan difícil de reconocer no sólo para las madres y las familias involucradas en relación con la víctima sino, incluso, hasta para los mismísimos psicólogos y profesionales que se especializan en estas cuestiones. En concordancia con la autora, decir incesto es muy diferente a decir abuso sexual infantil, no sólo por sus características sino también por sus efectos. El incesto por definición está referido a todo vínculo que implique contacto sexual entre los miembros de una familia; o sea: entre hijos y progenitores; entre hermanos y entre padrastros e hijastros (puesto que si bien el vínculo no es sanguíneo es simbólico en cuanto a la función del padre

La prohibición del incesto es una Ley universal que estaría garantizando la salud psíquica, emocional y biológica no sólo de un individuo sino de la especie humana. En lo que puntualmente a la psicología le compete, el incesto está considerado una forma de violencia familiar porque insta a la víctima a no salir del ámbito familiar, lo que le impide construir relaciones externas, libertad en su individualidad, conocer otras culturas y modalidades de ser.

2.2.1.8.Abuso crónico

En sintonía con Müller y López (2016) el abuso crónico es aquel que se ha extendido a lo largo del tiempo, generalmente, suele suceder dentro del ámbito familiar, en situaciones incestuosas y por esta razón es el tipo de abuso que suele presentar mayor grado de dificultad a la hora de ser detectado y/o aceptado. Por tal razón, y de acuerdo con los temas citados con anterioridad, es el incesto y la vez prolongado el tipo de abuso que tendrá mayores repercusiones sintomáticas en las distintas áreas de la víctima, puesto que en esta situación se quebranta la figura que se supone debe ser de protección y a quien se le implica dar soporte emocional cuando hay dificultades, el sentimiento de desprotección, mezclado con vergüenza, rencor y agresiones perpetuadas por el progenitor quien es de las partes fundamentales para formar a una persona con apego seguro y personalidad resiliente, será un detonante instalado en la psique la persona para que su futuro yo adulto sea mermado de manera traumática

2.2.1.9. *Abuso ocasional*

Müller y López (2016) hacen mención que al abuso ocasional se lo denomina “ataque sexual”. Es aquel que sucede tan sólo en una oportunidad; y por lo general, fuera del hogar, por ende, un ejemplo típico de esta clase de abuso es cuando violan a una adolescente al cruzar las vías del tren a la hora de ir al colegio. Por lo anterior, aun cuando pasa tan solo una vez, dicho acontecimiento provoca secuelas sintomatológicas en la persona agredida, aun así es importante resaltar que las consultas que son agendadas en psicoterapia, en su mayoría son por sobrevivientes que han sido violentas en repetidas ocasiones, sea por la pareja, que aunque se es esposo o novio, si se obkuga a la persona será siempre abusos sexuales, juntamente con los abusos incestuosos que contempla un alto índice en la población del país.

2.2.1.10. *Perpetrador en la víctima*

Ruppert (2017) indica que para la comprensión de las consecuencias del trauma, resulta indispensable saber que en una situación violenta en que una víctima es impotente ante un agresor, la estructura psíquica del agresor se duplica a sí misma en la víctima, debido a qué desde luego, se consideraría normal y lógico que la víctima se defendiera frente al perpetrador y que hiciera todo lo posible para impedir que este penetrara en su ser interior, no obstante, al parecer existe un intento final de sobrevivencia que implica una identificación con la personalidad del perpetrador y un intento de asimilarse con su personalidad. En este sentido, es relevante indicar que hay ocasiones donde la víctima se entrega totalmente a las agresiones, esto puede suceder debido a amenazas de muerte o porque el impacto traumatológico fue tan intenso que las defensas acudieron a una identificación con el victimario, aludido a esto, también resulta importante indicar cuando la víctima posteriormente toma el papel de victimaria, esto en caso de las sectas, trata de personas o la conformación de reclutamientos donde primero se fue reclutada y luego se tomó el papel de reclutadora.

2.2.2. Síntomas de abuso sexual

Ramos (2021) menciona que las sintomatologías de abuso sexual tienen la peculiaridad de manifestarse a la edad adulta o puede pasar que las víctimas no presenten problemáticas ostensibles durante la infancia, se tratan de efectos a largo plazo ya que aparecen dos años después a la experiencia y se estima que son alrededor de un 20%. Por consiguiente, los síntomas producidos tras el abuso son trastornos depresivos, y bipolares; trastorno de ansiedad, trastorno de estrés post traumático, trastorno límite de la personalidad, conductas autodestructivas y auto lesivas, ideas y tentativas suicidas. De igual manera, problemas de relaciones con aislamiento y ansiedad social,

relaciones y parejas inestables, trastorno de conducta alimentaria, trastornos de somatización, trastornos ginecológicos, abuso de sustancia y dificultades sexuales.

2.2.2.1. La Estigmatización

Intebi (2012) destaca que la estigmatización se considera el “síndrome de la mercancía dañada” por el cual la víctima se siente irreparablemente dañado de por vida y, además, cree que el daño es de tal magnitud que los demás, aun ignorando lo sucedido, pueden percibir que las víctimas son diferentes, de una “calidad inferior”, a sus iguales. A nivel emocional, la estigmatización se encuentra por debajo de los sentimientos de culpa y la creencia de las víctimas de que son responsables del abuso o de las consecuencias de la revelación, así también, a nivel comportamental, estos sentimientos se reflejan en conductas autodestructivas tales como el abuso de drogas y alcohol, acciones de riesgo, la automutilación, los intentos suicidas y las conductas desafiantes que llevan a que se les impongan límites muy estrictos y/o a que se les castigue.

2.2.2.2. La traición.

Considera Intebi (2012) La que la traición es un sentimiento que deje el abuso sexual ya que representa un fallo en la confianza depositada en personas que deberían protegerles y velar por ellos/as, otras manifestaciones psicológicas de la traición, constituyen la rabia y la modalidad de funcionamiento de las personalidades límites, a nivel comportamental, las consecuencias de estos sentimientos de traición se manifiestan a través de la evitación a establecer vínculos profundos con otras personas, la manipulación de los demás, las puestas

en acto de los hechos traumáticos involucrándose en relaciones dañinas y de explotación, y los comportamientos furiosos e impulsivos.

2.2.2.3. El desvalimiento

Intebi (2012) refiere que las experiencias traumáticas producen desvalimiento, que es una reacción psicológica que implica la percepción de la propia vulnerabilidad y victimización, por un lado, y, por el otro, una necesidad de controlar e incluso imponerse generalmente debida a la identificación con el agresor/a, por ende, las manifestaciones conductuales están relacionadas con la agresión y con la explotación de otras personas, mientras que los efectos de la vulnerabilidad se expresan mediante conductas evitativas, tales como la disociación y las fugas, mediante comportamientos asociados a trastornos de ansiedad, como fobias, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación y relaciones donde se les revictimiza

2.2.2.4. Atrapamiento y acomodación

Según Intebi (2012) es cuando la víctima no recibe ayuda por red de apoyo y los abusos sexuales ocurren de manera continuada, a lo que la opción saludable que le queda es aprender a aceptar la situación y sobrevivir, en ese sentido, la víctima aprenderá a acomodarse a la realidad del abuso sexual continuado afrontando el desafío de acomodarse a los requerimientos sexuales intrusivos a la vez que toma conciencia acerca de la traición y de haberse convertido en un mero objeto para una persona que, en los casos de abusos intrafamiliares, suele estar idealizada como figura protectora, altruísta y afectuosa.

2.2.2.5.Síntomas Emocionales, el silencio

Fernández (2020) especifica que es común que la violencia sexual se guarde en secreto, hasta el grado de nunca mencionarla. Incluso puede ocurrir que, para la persona que la sufrió, sea un suceso escondido y casi olvidado. Con frecuencia, este “olvido” fue una estrategia de supervivencia necesaria para dejar atrás aquel momento. Un punto importante es que, la experiencia de abuso pudo ocurrir una vez o repetirse en muchas ocasiones durante un largo periodo, a veces por años, al mismo tiempo, el agresor, en la mayoría de los casos, es alguien conocido, tan cercano como un familiar.

- ***Secreto y silencio Secreto y silencio***

Vázquez (2020) considera que las personas que sufrieron victimización sexual o violencia sexual en la infancia y que ahora son adultas sienten miedo de que, al contar su historia ,no les crean, puesto que generalmente se duda de que digan la verdad, se desconfía de su juicio, de su inocencia, incluso de su capacidad para percibir la realidad; y es que justo así es como se sienten las víctimas, ellas también cuentan con sólo parte de la información en su memoria y recuerdos, como si el olvido fuera una cosa que nublara su propia percepción, de igual manera, el secreto y el silencio son dos constantes en la violencia sexual sea por amenazas o por un silencio que provoca la prolongada retroflexión de sentimientos relacionados con la agresión, principalmente el miedo, el dolor, la vergüenza y la ira.

Fernández (2020) también destaca que muchas personas que vivieron un abuso nunca lo dicen, al parecer se estableció una especie de “pacto” con el agresor. El silencio no siempre es resultado de la amenaza directa, en numerosas ocasiones no hace falta la intimidación porque la persona ve al abusador como alguien con gran poder sobre su propia vida: “si ya dispuso de mi cuerpo, puede disponer de mí”. Callarse es una forma de otorgar poder al

agresor, de que siga con el dominio de su vida. Callarse es obedecer, en ocasiones, aunque el agresor ya no esté presente o haya muerto, de esa forma, entre más cercano es el agresor, el trauma y el secreto suelen ser mayores, el silencio y el secreto no solo son impuestos por el agresor, no es nada raro que las personas que rodean a la persona agredida también fomenten y resguarden al agresor.

- ***Culpa y Vergüenza***

De acuerdo con la postura de Fernández (2020) se indica que la culpa y la vergüenza son emociones dolorosas y destructivas, Muchas veces, al narrar detalladamente la experiencia, el paciente se da cuenta de que efectivamente sintió que su vida estaba en peligro y, ante eso, dejó de luchar o cedió a la presión como una estrategia de supervivencia, lo que serán las raíces de estas emociones en la sobreviviente, así como también, cuando la persona recuerda que “buscaba” la experiencia de abuso o que “seducía” al agresor, o cuando la vivía con excitación sexual o aun con orgasmo. Es indispensable que sepa que, en todo caso, podía buscar otra cosa pero no el abuso: aceptación, afecto, atención. Y que es legítimo buscar cariño, pero lo que no es admisible es aprovecharse de la necesidad de otro para, desde una posición ventajosa de poder, satisfacer necesidades propias. La culpa siempre es del abusado. Por tanto, en los casos anteriores es importante aclarar a la persona que el cuerpo sano responde a estímulos y que algunas respuestas incluso son reflejas. El hecho de que el cuerpo reaccionara con excitación u orgasmo solo significa que lo hizo según su funcionamiento, lo que no implica responsables de la agresión.

- ***Miedo***

Nardone, Cagnon y Milinese (2023) refiere que ante un hecho traumático, la emoción que se activa en primer lugar es el miedo, de manera impactante y repentina o insinuarse y

permanecer en la vida diaria de la víctima insidiosamente, como le ocurre a quien se siente amenazado por una persona, por una enfermedad o por una situación de emergencia. En estos casos se puede generar un estado de vigilancia constante que, con el tiempo, puede dar lugar a ataques de pánico y a otros tipos de trastorno. La respuesta natural de activación fisiológica al miedo es la ansiedad. Se trata de una respuesta sana y funcional, destinada a lograr que la persona esté en condiciones de reaccionar al peligro gracias a los cambios fisiológicos que produce (aceleración de la frecuencia cardíaca, del ritmo respiratorio y del reflejo electro galvánico) y que activan el organismo en milésimas de segundo para hacer frente a una posible huida o lucha.

- ***Ira y rabia***

Nardone, Cagnon y Milinese (2023) indican que tener que contener una emoción tan fisiológica como la rabia cuando se es víctima de una injusticia o se sufre un dolor insoportable no es más que violencia sobre violencia. Alejar de nosotros a una persona que nos maltrata, resurgir tras un despido, recuperarse tras un abandono, cuidarse tras haber sido humillados son ejemplos de cómo la rabia puede ayudarnos a avanzar hacia lo mejor para nosotros y para un avance personal, así pues un enfado cotidiano puede durar 15 minutos pero cuando la experiencia traumática puede ser tan violenta que no permite iniciar un proceso de cambio y se queda atrapada en la mente de quien ha sufrido el suceso como una bola de fuego que incendia el corazón y el cerebro. La rabia también puede transformarse en una rumiación constante. La rumiación rabiosa tiene un impacto negativo no solo desde el punto de vista psicológico, sino que también favorece la aparición de algunas enfermedades físicas, como los trastornos cardiovasculares.

- ***Autodesprecio.***

Para Canales (2015) es una alta intensidad de irrespeto y aversión hacia la persona misma, el auto desprecio supone la negación de las propias necesidades y humillación de la valía, asemas, anula en lo absoluto las propias capacidades y la integridad moral. Así, el auto desprecio es similar al odio por si mismo, pero implica además un sentimiento de inferioridad, una persona que se desprecia a sí misma no tiene más que dolor para infligirse a sí misma, la persona que está en tales condiciones emocionales se considera indigna. Según lo expuesto por el autor, el auto desprecio es poco entendido en la psicología, ya que se explica más como un problema o un síndrome que como el síntoma de algo más profundo (como el resultado de cualquier tipo grave de abuso). Por ello, el auto desprecio nunca debe ser considerado el problema principal que ha de resolverse en la vida de un ser humano, ya que es el resultado de una creencia que está instaurada rígidamente en el auto concepto y en la valía de una persona.

- ***Displacer***

Nardone, Cagnon y Milinese (2023) aportan que una mente herida, el gran ausente entre las emociones primarias es seguramente el placer, por tanto, la arrolladora implicación emocional evocada por el dolor suele tener como primer efecto crear una especie de anestesia emocional respecto a las percepciones placenteras, esto es evidente no solo en quien ha sufrido abusos sexuales y no consigue entregarse al placer del contacto físico, sino también en todos aquellos que han vivido otros tipos de situaciones traumáticas o de fuerte angustia. En todos estos casos el placer ha desaparecido por completo: una vez que se ha intervenido eficazmente en las otras emociones será importante acompañar a la persona a recuperar

también esta dimensión perceptiva emocional fundamental, a fin de restablecer una condición de vida satisfactoria y equilibrada.

2.2.2.6. *Síntomas en Afectividad.*

- ***Relaciones conflictivas***

Ruppert (2016) comenta que cuando hay un trauma, el amor se vuelve también una estrategia de supervivencia que puede adoptar diversas formas tales como: la falta de amor pasa a menudo desapercibida es por ello que se niega la ausencia de amor, el amor se tiene por una idea romántica absurda que la persona no puede permitirse o por pamplinas psicológicas. el dinero y los bienes se convierten en una compensación de la falta de amor auténtico, se persigue insaciablemente el estado de enamoramiento como sustitución del verdadero amor, en la imaginación y en el ámbito religioso, espiritual o esotérico se siente el anhelo de un amor universal, perpetuo y eterno, a través de elogios y al decir lo que el otro quiere oír, se genera la impresión de que hay amor donde lo que se esconde en realidad es el rechazo y la indiferencia, el reflejo narcisista de una persona se camufla como amor, en el peor de los casos, incluso la violencia se vende como amor.

Para Canales (2015) Una relación codependiente consiste en que este tipo de relación, las dos personas alternan en asumir estos tres roles: verdugo, víctima y rescatador, El verdugo es quien lastima, hace daño, es injusto con las necesidades del otro, es quien castiga con violencia o con agresión pasiva; la víctima es quien sufre, aguanta, se ve lastimada por los problemas del otro. es quien se queja constantemente. El rescatador es quien pone las necesidades del otro antes que las suyas y decide seguir con la relación a pesar de las

múltiples ofensas en dicho triángulo que no termina y donde ambos únicamente van alternando los roles. Así, el supuesto amor no es otra cosa que castigar, aguantar, manipular, sufrir, agredir, sobreproteger, lastimar, quejarse, exigir, sentir culpa. Debido a que por el abuso sexual la víctima genera muchas culpas y miedo a ser rechazada, tiende a desarrollar relaciones codependientes en la adultez. Contraria al amor sano, la codependencia es una condición psicológica en la cual el sujeto manifiesta una excesiva e inapropiada preocupación por las dificultades de alguien más. El codependiente no busca a una persona sana a quien amar y con la cual compartir la vida, busca en realidad a alguien que esté desesperado por ayuda y que necesite ser rescatado, el codependiente, al proporcionar ayuda constante, busca generar en el otro la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado, cree que de ese modo nunca lo van a abandonar.

- ***Aislamiento social.***

Según Beyebach y García (2022) muchos eventos traumáticos han sido vividos como situaciones privadas y personales, como abuso sexual, asaltos, accidentes, por lo que la persona cree que nadie será capaz de entenderla. Las enormes dificultades para construir una historia capaz de ser comunicada y entendida por otros, es decir, el carácter inenarrable del trauma, ahonda la percepción de la persona de que su experiencia no puede ser comprendida por otros. Cuando a esto se le añade vergüenza y culpa, que impulsan a ocultarse, o a la sensación de que otros podrían no creerles o responsabilizarlas por la situación experimentada, o a la convicción de que nadie hará nada para proteger su integridad, entonces el aislamiento social se acentúa,

Otro elemento que contribuye a aislar a la persona traumatizada de los demás es el temor de que si comunica a personas cercanas lo que ha ocurrido o el sufrimiento que ello le

ha generado, estas podrían verse también afectados por la situación, lo que por supuesto no se desea. Por eso es tan importante que los terapeutas que trabajan con supervivientes de un trauma conozcan bien los factores implicados y sus posibles matices, a fin de poder realizar una escucha empática y desculpabilizadora, pese a todas las dificultades para la comunicación que el trauma genera

- *Síntomas de Alexitimia.*

Para ello, Guerra (2019) señala que la alexitimia, etimológicamente alexo (rechazar) y thymós (sentimientos), es una característica de la personalidad de ciertos individuos con incapacidad o dificultad para reconocer y/o expresar sus sentimientos, afectos y emociones con palabras, a la vez, es un fuerte bloqueo emocional a la hora de pasar al campo de la expresión lo que se siente, algo así como un daltonismo de las emociones. A lo que Moya (2015) refuerza que con una persona agredida en la infancia sea física o sexualmente presentan mayor probabilidad de presentar trastornos como el límite; a la vez, pueden favorecer la separación entre el pensamiento, el afecto y la conciencia social, lo que facilita así el desarrollo de alexitimia y del trastorno de personalidad antisocial.

Al respecto, las personas violentadas sexualmente que acuden a procesos terapéuticos presentan una serie de síntomas inherentes al suceso, la alexitimia es un síntoma poco referido pero visto frecuentemente en cuadros clínicos, en este sentido, las sobrevivientes, en la vida adulta vivencia graves incapacidades en el área afectiva, ya que, las pacientes han mencionado tener la sensación de estar en una burbuja, de no sentir emociones, así como la incapacidad de conectar emocionalmente con una persona a lo que han aludido nunca sentirse realmente enamoradas de sus parejas, así como una fuerte incomodidad cuando

alguien les expresa afecto y la interacción afectiva sea entre amistades o personas en sentido romántico se prefiere ser evitada.

2.2.2.7. Indicadores físicos de abuso sexual.

Intebi (2011) describe que los síntomas o indicadores constituyen lesiones en zonas genital y/o anal, así como desgarros recientes o cicatrizales del himen, desgarramiento de la mucosa vaginal, dilatación anal y esfínter anal hipotónico, sangrado por vagina y/o ano, inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado, infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, SIDA no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, embarazo). Al mismo tiempo, los indicadores físicos certifican que los abusos sexuales han ocurrido; para ello, hay que tener en cuenta que están ausentes en la mayoría de los casos.

2.2.2.8. Síntomas de Disfunciones Sexuales femeninas

Fernández (2020) considera que es habitual que las personas que sufrieron agresiones sexuales construyen una frontera de contacto sobrelimitada que impide el acercamiento, a lo que la víctima construye creencias como el de estar cerca significa la posibilidad de ser lastimada, también es posible que suceda lo contrario: que la frontera de contacto se sublimite, de modo que la persona reproduzca pautas de comportamiento que la hacen volver reiteradamente a relaciones abusivas, de igual manera, es común sentir desconfianza del entorno y, más aún, desconfiar de las propias percepciones que, muchas veces, han sido descalificadas o negadas por este. Por ello, todas estas características generan enorme dificultad para establecer relaciones íntimas y entorpecen el “proceso mutuo de conocer y co-crear el mundo interno de la capacidad de tener intimidad con uno mismo

- ***La preorgasmia y anorgasmia***

Según Fernández (2020) La preorgasmia es una alteración de la respuesta sexual humana que se caracteriza por un alargamiento de la meseta, aunque se llega a un máximo de excitación y energía, estas no culminan en el orgasmo de forma que la persona se agota, se frustra e interrumpe el estímulo; por su parte, La anorgasmia, es la alteración en la respuesta sexual que se caracteriza por la ausencia de orgasmo. Entonces se puede determinar que preorgasmia y anorgasmia coinciden en que el orgasmo no llega, pero no son lo mismo: la primera, es un alargamiento de la meseta en el que la persona siente que el orgasmo está a punto de llegar, pero este no ocurre, y por su lado, la anorgasmia al no culminarse en orgasmo, la tensión el organismo disminuye

- ***Trastorno del orgasmo femenino***

Nardone, Balbi y Boggiani (2020) Señalan que el trastorno del orgasmo femenino es la incapacidad de alcanzar una satisfacción plena o clímax en el coito o encuentros sexuales, en donde se ve implicado tanto el cuerpo y sus sensaciones como la mente y su atención, puesto que cuando la mente se esfuerza demasiado por mantenerse atenta a la consecución del orgasmo, inhibe el alcance del mismo de forma espontánea, a lo cual conlleva la tensión física puesto que se habrá perdido la naturalidad necesaria para alcanzar el clímax, así mismo, la mente intenta escuchar y resolver lo que esté pasando en el cuerpo, lo que la llevara a sentimientos de frustración.

- ***Trastorno del dolor genitopélvico de la penetración***

Nardone, Balbi y Boggiani (2020) afirman que este trastorno, consiste en un problemático dolor sentido en el área de la pelvis o la vagina producido durante la relación sexual, tal molesta, se encuentra asociada al miedo que se pueda tener a la penetración

vaginal, por tal razón, hay una nula lubricación y una inexistencia a los demás signos físicos de placer, al mismo tiempo, se consigue una rigidez como reacción defensiva para que se aumente el dolor, de esta manera, este trastorno puede catalogarse como una paradoja de la acción, que mientras más intenta la mente relajar el cuerpo, más lo tensa, a su vez, este padecimiento se califica como un miedo anticipatorio al acto que puede estar generado por un evento traumático o a creencias moralistas.

- ***Trastorno del deseo sexual y de la excitación femenina***

Para Nardone, Balbi y Boggiani (2020) este trastorno se trata de una paradoja mental ya que mujeres que se encuentran dentro de este trastorno intentan experimentar por la mente lo que no sienten corporalmente, la diferencia sustancial entre este trastorno y el trastorno del orgasmo femenino descrito anteriormente es que en ese caso, se cortan las sensaciones de placer por obtener un clímax, y en este trastorno, no aparecen deseos sexuales ni una excitación a lo que la mujer dirige su mente a un esfuerzo excesivo hacia obtener placer bajo una repetición constante de “debo conseguirlo” a lo que lleva a producirse un bloqueo mental y una congelamiento corporal desde los inicios de cada encuentro íntimo, lo que al paso del tiempo se generara grandes frustraciones y manifestaciones de nervios o ansiedad, así como somatizaciones y reacciones depresivas.

En concordancia con los síntomas sexuales citados con anterioridad, puede describirse que son las ministración sintomáticas más comunes a}tras un abuso sexual, sin embargo son las menos aceptadas por las consultantes puesto que por la naturaleza sexual, las sobrevivientes prefieren continuar con tal malestar aun cuando se vive una vida sexual activa con una pareja ya que requiere asumir la incapacidad de disfrutar algo que por naturalidad humana es dado, por consiguiente, ya que las disfunciones sexuales son de las menos quejas

o motivos de consulta en clínica, es de las menos tratadas por los profesionales, así mismo, trabajar con la reconexión del propio cuerpo y reestablecer la facilidad del contacto físico con los demás, son las dimensiones que con menor frecuencia se preparan a las terapeutas.

2.2.2.9. Síntomas Cognitivos y comportamentales.

- ***Autocastigo***

Canales (2015) afirma que hay un síndrome cada vez más común el cual empieza en la adolescencia, lo que se caracteriza por auto mutilarse con el objetivo de sentir y controlar un dolor físico ya que no es posible controlar el dolor emocional a raíz de un evento traumático, por ejemplo una joven que no pudo controlar la agresión sexual de la que fue víctima, desea sentir el control de las heridas que puede ocasionarse cuando lacera su cuerpo con una navaja, las cuatro características que diferencian al síndrome de actos de manipulación son cortar o quemar partes del cuerpo donde es difícil que los demás no vean, sensación de tensión justo antes de realizar la conducta, sensaciones de relajación y agrado juntamente con el dolor físico y sentimientos de vergüenza al estigma social si se llegan a descubrir las lecciones

- ***Síntomas depresivos y ansiosos***

Nardone, Cagnon y Milinese (2023) consideran La ansiedad se vuelve patológica solo cuando supera el umbral de la funcionalidad, porque el exceso de estrés psicofísico el cual incapacita para reaccionar adecuadamente y provoca un sufrimiento profundo. Hay estudios que demuestran que en estados de hiperactivación de la amígdala (en que el individuo padece un miedo: constante) la liberación continua de adrenalina en la circulación provoca daños somáticos y psíquicos y que con el tiempo estas personas tienen dificultades para gestionar

y regular la propia ansiedad en distintas situaciones vitales, incluso cuando la ansiedad puede considerarse fisiológica.

- ***Conductas suicidas.***

Wolf (2022). Refiere que así como hay un umbral para el dolor físico, existe también un hombre para el dolor emocional, con ello quiere decir que si el dolor emocional de alguien se acerca, en un momento particular de su vida, al umbral, la persona puede llegar a considerar el suicidio como una alternativa de alivio o salida de dicho dolor. Por tanto, esta teoría explica el suicidio no sobre bases biológicas y genéticas, sino al dolor como explicación común a todos estos actos, por consiguiente, en los casos de suicidio se identifican dos factores psicológicos: 1) se refiere a la perturbación o dolor, como engloban el grado de molestia, desesperanza, enojo, agonía o desesperación que caracterizan al dolor psíquico, este dolor intenso motiva a la persona a pensar que algo no está bien y debe resolverlo, así mismo, en un principio solo existe el sufrimiento, sin un plan definido, y sin la conciencia de que para sobrellevarlo alguien puede incluso poner fin a la vida: .2) se refiere a lo mortal, una vez que la persona ha llegado a la conclusión de que el suicidio es la única forma de resolver su situación.

Detrás del suicidio hay una idea, un plan de acción, esta idea poco a poco se vuelve recurrente y se convierte en obsesiva, y le impide a la persona vislumbrar soluciones alternativas. Al mismo tiempo, la autora señala algunas características del suicidio como:

- El propósito es buscar una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia.
- El estímulo común es el insoportable dolor psíquico.

- El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
- La emoción común es la desesperanza.
- El estado común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común es la constricción (visión túnel).
- La acción común es escapar.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida. 10. El acto común es la consistencia permanente de los estilos de vida.

- ***Dependencia a sustancias.***

Según Beyebach y García (2021) refieren que las personas que han sufrido un hecho traumático acaban muchas veces aislándose del mundo y desarrollando un trastorno de abuso o dependencia de sustancias como último intento de gestionar los devastadores efectos del trauma, la inicial sensación engañosa de alivio producida por este tipo de sustancias se traduce de hecho, muy rápidamente, en un aumento de la percepción de la propia angustia y, una vez pasado el efecto, en un aumento del nivel de ansiedad, el sistema sensorial está programado para percibir las sensaciones basadas en contrastes, de modo que cuanto más alivio se consigue con una determinada sustancia, más amplificada se percibirá la sensación en ausencia de esa misma sustancia

- ***Síntomas de Trastorno de conducta alimentaria.***

Canales (2015) describe que las personas que sufrieron un acontecimiento de agresión sexual en la infancia son propensas a desarrollar un desorden de la conducta alimentaria en

la adultez, puesto que se produce un problema con la imagen corporal, esto debido a que en el pasado el cuerpo de la víctima no fue tratado con respeto por lo que la sobreviviente de abusos no estará conforme con su peso, forma o con una parte específica de su cuerpo; normalmente las personas que fueron víctimas de abuso sexual tienen un rechazo al propio cuerpo y desean cambiarlo por medio de dietas extremas que luego se rompen para comer compulsivamente, a su vez, las sobrevivientes tienden a comer cuando se sienten tristes o estresadas lo que posteriormente genera un trastorno e la conducta alimenticia

2.3. Pensamientos automáticos negativos.

Matos (2020) define los pensamientos automáticos como tipos de cogniciones que aparecen de manera súbita ante estímulo con carga emocional, no son precisamente estímulos negativos, tristes o peligrosos, sino más bien depende del significado o la valoración subjetiva que le da la persona, así también, los pensamientos automáticos no están basados en la evidencia sino en el razonamiento emocional, por lo que muchos de esos pensamientos no son útiles y dificultan la adaptación a sucesos, es importante mencionar que los pensamientos automáticos surgen de las ideas o creencias ms profundas, es decir, de las formas de como las personas ven el mundo, así mismo y los demás, dichas posturas se construyen a lo largo de la vida, desde la infancia

- ***Personalización***

Matos (2020) indica que en esta forma de pensamiento sesgado automático, se tiende a creer que los responsables de todo son ellos mismos, la personalización lleva consigo una carga de culpa excesiva

- ***Catastrofización***

Matos (2020) afirma que esta clase de pensamiento automáticos gira en torno a la importancia muy alta que le dan las personas a las cuestiones o eventos que objetivamente no tienen ese peso, al mismo tiempo, en esta clase de pensamientos se tiende a exagerar las consecuencias de los sucesos para que la persona suele ponerse en catástrofes poco probables o en la peor de las situaciones.

- ***Etiquetamiento.***

Matos (2020) señala que el caso de estas distorsiones o pensamientos automáticos consiste en colocar o utilizar etiquetas para darle calificación a las conductas propias y la de los demás, lo que ocasiona reducir la realidad propia o la de los demás a adjetivos calificativos, para una mejor comprensión es oportuno ilustrar un ejemplo de este tipo de pensamiento; un estudiante que debe resolver una serie de problemas matemáticos, los cuales pudo realizar, excepto uno por terminar el tiempo dado, lo que el estudiante piensa que es un imbécil por dejar la prueba incompleta, al revisar el significado de dicha palabra puede destacarse que no es coherente con una persona que solo le faltó un ejercicio y puede reducirse la existencia de esa persona a tan solo un adjetivo.

- ***Los deberías.***

Matos (2020) alude a que esta forma de pensamiento presenta que como debe ser una situación o una persona, la característica principal de este tipo de sesgo es su rigidez, lo que genera esperar realidades de personas o situaciones que nunca llegaran a cumplirse, por lo que pueden aparecer emociones de frustración

- ***Inferencias arbitrarias***

Matos (2020) comenta que en este tipo de sesgos se suele sacar conclusiones de premisas falsas o tras realizar un razonamiento lógico,

- ***Lectura de mente***

Matos (2020) dice que este tipo de distorsiones o sesgos se trata de inferir pensamientos, intenciones y sentimientos en los demás, sin tener una base sólida en la que se apoye, así mismo, se extrae conclusiones negativas sobre la realidad mental de los demás,

- ***Maximización de lo negativo***

Matos (2020) refiere que en esta forma de sesgos o disfunciones consta de darle mayor importancia a los detalles negativos que a los positivos, en este caso, se presume que el ser humano es más capaz de habituarse a las emociones agradables, mientras que es más sensible a las sensaciones incómodas, por ello, es más fácil acostumbrarse a lo bueno y se pierde la perspectiva de la realidad donde se le da demasiada importancia a lo malo

- ***Minimización de lo positivo***

Matos (2020) afirma que este sesgo suele estar acompañado del anterior, el cual consiste en restar importancia a las cosas buenas que tiene una situación determinada y se suele centrar en la parte mala

- ***Pensamiento polarizado***

Reyes (2020) afirma que esta clase de pensamiento sesgado consiste en clasificar la realidad en buena o mala, se suele dar puntuaciones de 10 o 0, así como se tiende a pensar que todo se reduce a blanco o negro, la realidad solo se clasifica en dos opciones

contrapuestas El pensamiento polarizado se asocia regularmente al comportamiento impulsivo y destructivo.

- ***Sobregeneralizacion***

Matos (2020) asume que en esta clase de distorsión o sesgo, se centrarse en un detalle de la vida y generalizarlo a todos los escenarios posibles

- ***Rumiaciones.***

Beyebach y García (2022) indican que las rumiaciones son una clase de pensamientos repetitivos que pueden ser muy intensos ante la presencia de estrés extremo o traumas, cuya finalidad es repasar en la mente aquel evento que no se ha logrado asimilar y restablecer las creencias que han sido afectadas, sin embargo, el mantenimiento de los pensamientos rumiantes causan afectos molestos tanto en las emociones como en funcionalidad social y física que son complicados de manejar. Por consiguiente, las rumiaciones generan constantes interrogantes a la persona del tipo “por qué” “porque me siento así” “como serían las cosas si yo hubiera hecho algo distinto” así como sensaciones negativas y emociones de adaptativas se ven asociados con el TREPT.

- ***Pensamientos invasivos no deseados.***

Winston y Seif (2017) refieren que los pensamientos invasivos no deseados presentan por lo general un contenido autodespreciativo, sexual, tabú, agresivo o de ansiedad. Dichos pensamientos pueden denotarse en un proceso continuo, el cual consiste en advertir la presencia de tal pensamiento, el cual generara preocupación por su contenido y la lucha de alejarlo impide que pase con rapidez y vuelve con más fuerza lo que ayuda a que se formule como una imagen en la mente constante la cual dirige la atención de la persona, tanto que

los esfuerzos que dirige el sujeto por liberarse de ellos, se convierte agotamiento de energía mental, inversión de tiempo excesivo y en una afección en la calidad de vida. Al mismo tiempo, los pensamientos invasivos no deseados conllevan una serie de sensaciones tal como realizar impulsos no deseados, sentir que dichos pensamientos o imágenes están atorados permanentemente en la mente, los cuales aumentarían su frecuencia e intensidad, tanto que harían dudar a la persona de su autocontrol o su salud.

2.4. Trabajo terapéutico ante violencia sexual.

Fernández (2020) alude que el trabajo terapéutico con personas que sufrieron violencia sexual varía según la visión de las diversas corrientes psicoterapéuticas, sin embargo, los puntos fundamentales para el tratamiento suelen ser los mismos, los cuales, resumidamente son 1) Para empezar, actitudes básicas de apoyo 2) Romper el silencio y expresión de sentimientos 3) Restablecer la frontera de contacto 4) Trabajo con el cuerpo 5) Trabajo con la sexualidad. Así también, el terapeuta debe preguntarse cuál es su sentir frente al tema del abuso, y ante la posibilidad de trabajar íntimamente con personas que lo han sufrido. Es importante cuestionarse sobre qué emociones están presentes en. ¿Miedo? ¿Dolor? ¿Rabia? ¿Compasión? ¿Curiosidad? Si no están claros ni reconocidos los sentimientos, estos pueden obstaculizar el trabajo; mientras que, si son aceptados abiertamente, pueden ser una herramienta básica para comprender empáticamente al otro. Sin duda, el tema provoca muchas reacciones, además de que los terapeutas no están exentos de haber vivido experiencias de ese tipo, por lo que vale la pena preguntarse: ¿He trabajado profundamente conmigo el tema de la violencia?

2.4.1. El trabajo terapéutico

Según Fernández (2020) El trabajo terapéutico con personas que han sido víctimas de violencia sexual varía según la visión de las diversas corrientes psicoterapéuticas. Sin embargo, para el autor los puntos fundamentales para el tratamiento suelen ser los mismos sin importar la modalidad o enfoque de la que se trate, tales punto están agrupados en cinco áreas básicas de trabajo con los pacientes; para empezar, actitudes básicas de apoyo, romper el silencio y expresión de sentimientos, restablecer la frontera de contacto, trabajo con el cuerpo, trabajo con la sexualidad

2.4.2. Encuadre y empatía

Froxán (2020) afirma que la empatía en conjunto con la alianza terapéutica son los comportamientos fundamentales que el terapeuta debe tener para el éxito de los procesos psicoterapéuticos, si bien, la definición de empatía en sentido terapéutico, se refiere a la capacidad y la competitividad por parte del terapeuta de entender las sensaciones que el cliente le describe ante las situaciones y la habilidad de hacérselo saber, por lo que se puede conceptualizar desde un constructo que se forma de una parte afectiva-cognitiva y de otra parte expresiva, es decir, las sensaciones que se piensa que experimenta otra persona y como se le hace saber que se están comprendiendo

2.4.3. Técnicas de intervención en tratamiento de abuso sexual.

- ***Psicoeducacion.***

Reynoso, Becerra y Lugo (2019) comentan que la psicoeducación es una técnica en psicoterapia que ayuda a los pacientes a proporcionar un enfoque teórico practico que permita identificar las características de un trastorno o problema psicológico para que le facilite afrontar las secuelas de los mismos, a la vez, la psicoeducacion tiene el papel de

ofrecer la debida información que genere un cambio conductual, además de fomentar el trabajo en equipo en la realización de ejercicios y actividades entre paciente, terapeuta y familiares, de igual manera, la psicoeducación contempla varias funciones en el tratamiento del estrés postraumático tales como:

- ✓ Otorgar información acerca de TREPT para orientar las expectativas de los pacientes sobre el tratamiento
- ✓ Dar una estructura clara sobre el tratamiento lo que favorece que el paciente colabore
- ✓ La información permite que el paciente pueda entender sus reacciones traumáticas.
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015) Señala que la reestructuración cognitiva está dirigida a identificar y reestructurar las cogniciones desadaptativas de la persona al hacerle notar lo perjudicial de las respuestas que se tienen, las percepciones, expectativas, interpretaciones, atribuciones, auto declaraciones, supuestos implícitos sobre el mundo, creencias y las resoluciones de problemas que la persona tiene son los elementos de cambio que la técnica sugiere para exista también un cambio de conductas. Por ello, se propone un alternativa de pensamiento más realista, como se ha señalado para las técnicas anteriores, el momento para incluir este procedimiento es en las primeras sesiones, sobre todo la fase de orientación al problema, por lo que el debate de sus creencias sobre sí mismos y sus expectativas en torno a la solución del problema pueden reducir su malestar emocional en esta fase.

- ***Identificación de pensamientos negativos***

Gillihan (2018). Hace referencia que la principal estrategia para romper los patrones de pensamiento negativos es comparar los pensamientos con la realidad, identificar si se está dando el mensaje razonable, o son los pensamientos un mal reflejo de la situación real, de tal forma, se verifica si los pensamientos están alineados con la evidencia realista y para ello es necesario seguir algunos pasos como;

- ✓ Busca la evidencia que apoye el pensamiento
- ✓ Busca la evidencia que no apoye el pensamiento negativo
- ✓ Busca posibles errores en el pensamiento
- ✓ Identifica un modo más adecuado y útil de ver la situación
- ✓ N Observa y registra cualquier efecto que tenga el pensamiento nuevo sobre los sentimientos y conductas.

- ***Técnicas de afrontamiento y resolución de problemas***

Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015) Refieren que las técnicas de afrontamiento tienen por objeto desarrollar en el paciente competencias y habilidades para que sean aplicadas ante los primeros indicios externos o internos que advierten reacciones de estrés, lo que permite afrontar de manera activa las situación que producen tales reacciones, así mismo, dentro de las técnicas de afrontamiento se encuentran diversos entrenamiento como el de autoinstrucciones el cual enseña cambiar un dialogo interno para favorecer las reacciones de la persona; entrenamiento en inoculación de estrés el cual se basa en enseñar al cliente distintas estrategias como psicoeducación, auto registros, relajación, control del tiempo, etc para provocar cambios en las respuestas de la persona

- ***Técnica de Reescritura Imaginaria***

Buen Define Leahy (2018) que las experiencias traumáticas pueden perdurar en la memoria durante años, lo que ocasiona un trastorno por estrés post traumático, los intentos de modificar imágenes traumáticas al confiar únicamente en la discusión verbal no activan apropiadamente la estructura del miedo e impiden que las paciente pueda contrarrestar los pensamiento y sentimientos que ellas contienen, por ello, la reescritura imaginaria le permite recrear la historia muy detalladamente, y modifica así la naturaleza del hecho traumático original. Esta técnica activa un componente emocional más fuerte y competente del yo, que contrarresta al yo derrotado y victimizado más débil.

- ***Escritura Expresiva***

Leahy (2018) considera también que expresar las emociones al escribirlas libremente, los recuerdos de eventos traumáticos o problemáticos puede ejercer un efecto paliativo sobre la ansiedad, la depresión y el bienestar físico, por tanto, en la libre expresión de la emoción, los pacientes evocan algún hecho traumático y escriben una descripción detallada del mismo, y presta mucha atención a las emociones que emergen y al significado del hecho en sí, a pesar de que en lo inmediato se puede producir un incremento de los sentimientos negativos, como consecuencia de la activación de dichos recuerdos, a menudo, esta negatividad y el estrés que suponen disminuyen durante los días o semanas posteriores. Esta técnica funciona como resultado de una serie de procesos, tales como, atencional, de habituación y/o cognitivo.

- ***Técnicas de respiración y relajación***

Martin (2016) explica que el entrenamiento en relajación basados en la regulación de la respiración y la relajación de tipo pasiva requiere inicialmente de una fase de presentación de la técnica donde se expliquen los fundamentos, objetivos y pasos a seguir, posteriormente, se presentan las recomendaciones para la respiración, que en general son la siguientes estructura; 1) La inspiración debe llevarse a cabo por la nariz. 2) La respiración debe tener un ritmo. 3) La inspiración constituye la fase activa y la espiración es pasiva. 4) El paciente debe concentrarse en las sensaciones corporales que experimenta durante los ejercicios respiratorios.

- ***Reasignación del trauma o recuperación de las víctimas.***

Portillo (2014) describe que el trauma se soluciona sólo cuando la persona es ya capaz de abrirse a nuevas experiencias, además de procurar comunicarse mucho con otras personas, al mismo tiempo, hay indicadores positivos de que la víctima está en mejora y superación de la situación; tal puede verse con la organización de pensamientos e imágenes, que son recuerdo aludidos al suceso traumático, además, habla sobre sus sentimientos, muestra afecto con abrazos y besos, así como realiza actividades que le agradan y las disfruta; pone interés en realizar sus actividades, en lo que pasa a su alrededor; se propone pequeños objetivos factibles. La superación implica considerar el suceso como algo que le ocurrió pero que ya forma parte del pasado. Las vivencias son recuerdos que no interfieren negativamente en su vida y que puede controlar. , en consecuencia, sólo cuando se superan los efectos del suceso traumático y la autoimagen de víctima de violación se cambia a sobreviviente se puede hablar de una recuperación.

2.4.4. Etapas de tratamiento de síntomas de estrés postraumático en mujeres violentadas

En sintonía con Navarro (2015) quien ofrece un esquema de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia, sugiere que las historias de violencia crónica tienen el perfil de momentos críticos que se repiten y a los que siguen períodos de un alto estrés, de modo que, tomado en conjunto, el problema de estas mujeres es cómo sobrevivir a las crisis y adaptarse al miedo y a la falta de libertad de los períodos existentes entre una agresión y otra. El resultado neto puede ser un tipo de estrés postraumático complejo cuyo efecto en la salud mental es muy serio. Estas mujeres pueden tener no solo sintomatología grave, sino también de larga duración y difícil tratamiento, por ello, las etapas de la intervención en casos de SEPT complejo serían las siguientes:

- Reducción de la ansiedad (de la activación neuro-fisiológica)
- Creación de un contexto de seguridad.
- Creación de una relación que permita el trabajo terapéutico.
- Respuesta a las necesidades inmediatas y del momento presente (arraigo en el presente).
- Elaboración de la historia de violencia (de los traumas)
 - *Técnica del vacío corporal.*

Montejo (2021) aporta que el ejercicio del vacío corporal es un nivel que tiene que ver con el frío, la congelación o la parálisis que sufrió el cuerpo después del suceso traumático y cómo una parte del cuerpo físico quedó en otro «lugar». Entonces hay una parte del cuerpo o todo el cuerpo que, en la sesión, nota un frío como de «congelación». Es común

que sea solo una parte del cuerpo. Por ejemplo, de rodillas hacia abajo, siente que es como si esa parte del cuerpo «no estuviera», aunque sabe que está.

- ***Técnicas de aversión sexual.***

Crespi (2017) explica que el tratamiento para la aversión al sexo tiene como base la desensibilización sistemática de la orientación cognitivo-conductual, lo que hace que haya una aproximación gradual a aquellas situaciones que provocan más aversión y se empieza por aquellas situaciones que forman parte del territorio seguro de la paciente, entiéndase por territorio seguro aquellas situaciones en las cuales la paciente no presenta aversión. Ese es un buen punto de partida. Y, durante el tratamiento, se acercara paulatinamente a aquellas situaciones que le provoquen cierto malestar para aprender a vivirlas de mejor manera, así se aumenta el grado de dificultad, poco a poco, a medida que la paciente va en superación de situaciones que le producen cierto grado de aversión y se obtiene habilidades para enfrentarse a situaciones con un grado superior de dificultad.

Por lo anterior, Crespi (2017) indica que la terapia se inicia en una focalización más erótica hasta llegar a una erotización genital, por ello, los ejercicios a nivel individual y ampliándolos en el terreno de la pareja, si se tiene pareja. En casos en los que la aversión sea muy importante, se puede iniciar la terapia con situaciones imaginarias. Se procedería del mismo modo: inicia con una erotización sensual imaginaria y aumenta las fantasías más explícitamente sexuales gradualmente. Se recomendará, ya desde el inicio de la terapia, que el paciente pueda incluir la autoestimulación en el trabajo terapéutico, y se valorarán los mitos y falsas creencias que se tenga sobre la sexualidad y sobre las relaciones con los demás para poder hacer una reestructuración cognitiva de aquellas creencias que sean falsas o que le influyan negativamente sobre la disfunción. Otro aspecto para tener en cuenta ante un

paciente con aversión al sexo es la posibilidad de trabajar con técnicas de relajación para mejorar la ansiedad que le pueda generar una situación imaginaria o real que forme parte de la terapia.

Para finalizar, las habilidades sociales deberían tener un espacio muy importante en la terapia para poderlas trabajar y ganar capacidades para poder relacionarse mejor consigo mismo y con los demás, por consiguiente, algunos aspectos importantes en la terapia serian:

- ✓ Las características personales del paciente. }
- ✓ La educación afectiva y sexual recibida.
- ✓ El contexto social en el que ha crecido.
- ✓ El tipo de relación de pareja que ha tenido.
- ✓ El significado y la importancia que da a la sexualidad.
- ✓ Otro factor para tener en cuenta es el motivo por el cual desea resolver la aversión:

<i>Capacidades de resiliencia</i>	<i>Definición</i>
Introspección.	Es la capacidad de observarse, conocerse a sí mismo y darse una respuesta honesta en relación al mundo exterior. Para ampliar este campo se emplea algunas herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Test de autoconocimiento. • Escala de vulnerabilidad y resiliencia. • Cuestionario de ansiedad. • Rastreo psicológico y foco principal de preocupación.

Autorregulación emocional	<p>Capacidad de afrontar tensiones sin victimismo como parte de la vida, debilitando la respuesta al estrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener control sobre los impulsos y las emociones. • Tomar perspectiva sobre los problemas cotidianos. • Mantener la calma en momentos de tensión. • Tomar decisiones y asumir responsabilidades y retos personales.
Motivación esencial.	<p>Capacidad de darle sentido a la vida creando su propio proyecto trascendente: • Visualizar lo que se desea que sea la propia vida dentro de tres, cinco, diez años. • Qué se debe cambiar de uno mismo: actitudes, comportamientos, etc.</p>
Confianza en uno mismo	<p>Adecuada autoestima, iniciativa y responsabilidad para lograr autonomía personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración proporcionada de uno mismo sin comparaciones con los demás. • Valoración objetiva de los demás aceptando la diversidad. • Proponerse metas posibles con los pasos para conseguirlas. • Superar el miedo al riesgo. • Asumir la responsabilidad de la propia vida

	<p>. Habilidad para establecer vínculos afectivos maduros con otras personas creando relaciones saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrar la propia necesidad de afecto con mantener una independencia emocional. • Comprender y respetar a los demás. • Poner la confianza en alguien para compartir preocupaciones. • Desarrollar y fomentar la empatía. • Inteligencia emocional en las relaciones interpersonales. • Detectar los errores cognitivos en los que caemos y sustituirlos por pensamientos adaptados a la realidad.
<p>Actitud positiva y optimismo.</p>	<p>Es un componente clave en las personas con buena salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser proactivo y contagiar energía. • Moverse siempre en la misma dirección hacia la meta. • Aceptar los errores y no justificarse. Proyectar la culpa en otros incapacita para crecer. • Asertividad y valentía para no dejarse intimidar ante una fuerte oposición.
<p>Sentido del humor y creatividad.</p>	<p>Capacidad para resolver problemas relativizando y sabiendo encontrar lo cómico en la propia tragedia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonreír, gastar bromas y hacer reír a otras personas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar nuevas formas de ver las cosas. • Desdramatizar poniéndose en lo peor y viendo que la vida no acaba ahí. • Aportar soluciones alternativas.
<p style="text-align: center;">Colaboración y compromiso.</p>	<p>Capacidad de comprometerse con valores y ayudar a otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la actitud de ayudar a otros. • Compartir el conocimiento con otros generosamente, siendo estímulo para ellos. • Comprometerse con el propio proyecto vital. • Responsabilizarse de la propia tarea y terminarla superando los obstáculos.
<p style="text-align: center;">Ética y coherencia basada en la moral</p>	<p>La persona resiliente resiste los desafíos de la vida y sabe transformar las crisis en crecimiento. Funciona como un amortiguador de los problemas, como un sistema inmunitario anímico, una especie de vacuna protectora que debilita la normal respuesta al estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una unidad de vida entre lo que se dice y lo que se hace • Tener criterios morales sólidos. • Ser veraz en todo momento. No aceptar que se hable mal de otros.

Tabla 1.1. Elaboración propia basada en Santos (2013 pág. 115)

2.4.5. Después del trauma ¿Y ahora qué?

Santos (2013) indica que se puede llamar signos de resiliencia a las señales que se observa en las personas capaces de superar la adversidad. Se puede encontrar distintas opciones para construir la resiliencia, porque se trata de potenciar una capacidad latente en el ser humano. Por este motivo no hay unanimidad entre lo que dicen unos autores y otros sobre este tema, los profesionales, han enriquecido el programa a lo largo de los años con la experiencia. La comunidad científica ha admitido los pilares de la resiliencia como punto de partida para el desarrollo de esta capacidad. El trabajares básico con diez dimensiones que se considera que presentan las personas resiliente.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación:

La presente investigación se realizó bajo el Enfoque cuantitativo ya que se rigió por medio de la estadística, ponderaciones en resultados y matemáticas, así como se utilizó pruebas psicométricas basadas en la medición numérica, en este sentido, la población elegida tuvo técnicas de elección relacionadas al mostro deliberado, a la vez se obtuvieron resultados numéricos, al mismo tiempo, se realizó en sintonía de metodología descriptiva ya que se buscó profundizar sobre las variables de interés.

Para ello. Ñaupas, Mejía, Novoa y Villagómez (3024) refieren que las técnicas de investigación cuantitativas son aquellas que se refieren a magnitudes o cantidades y que se expresan mediante números, fórmulas, algoritmos numéricos como tal. Determinar el universo y hallar la muestra representativa mediante el muestreo, las técnicas del tratamiento estadístico, que comprende técnicas matemáticas-estadísticas como: el procesamiento de datos, reducción de da tos (estadística descriptiva) o de análisis estadísticos, como los análisis paramétricos y los no paramétricos.

Por su parte, Hernández (2018) considera que } los estudios descriptivos pretenden especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema a investigar. En un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de variables y después recaba información sobre cada

una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo). El Estudios descriptivos Tienen como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado.

3.2. Sujetos de investigación.

La muestra de estudio se constituye por un grupo de 21 personas adultas de género femenino, las cuales fueron seleccionadas de manera estratégica conforme a sus historias clínicas y motivos de consulta

3.3. Criterios de inclusión

- Que sean mayor de edad
- Que hayan pasado un acontecimiento de agresión sexual en la actualidad de vida adulta o en la infancia
- Aunque su motivo de consulta no sea agresión sexual pero en la recopilación de datos surge que en un momento de su vida fue víctima, se tomara en cuenta en el estudio
- Que deseen formar parte de la muestra, respaldadas con el consentimiento informado.

3.4. Criterios de exclusión

- Que sean menores de edad

- Que no sean género femenino

3.5. Instrumento

En primer lugar, se utilizó el inventario de pensamientos automático para recaudar y analizar la información acerca de los sesgos cognitivos automático que las participantes contemplan, para ello es importante mencionar que es una prueba realizada por la universidad de Guadalajara, la cual busca identificar las distorsiones de pensamiento y las creencias negativas que surgieron a raíz de sucesos desagradable que le impiden un bienestar, en el cual se encontraran las distorsiones como, filtraje, pensamiento polarizado, sobre generalización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacias de control, razonamiento emocional, la falacia de cambio, etiquetaje, debería, tener razón, la falacia de recompensa divina.

De igual manera, se utilizó El Listado de Síntomas Breve (LSB-50) de Luis de Rivera, el cual se caracteriza por ser un instrumento clínico cuya finalidad es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos. El cuestionario se compone de 7 escalas principales (Sensibilidad obsesiva, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Sueño estricto y Sueño ampliada), 2 subescalas (**Sensibilidad** y Obsesión-compulsión) y 1 escala de Riesgo psicopatológico. A la vez permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, Número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), donde cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general.

Procedimiento de investigación.

- Selección del tema

- Hacer un sondeo en las instituciones del municipio para evaluar la incidencia de la población de investigación
- Ponerse en contacto con personal de la instituciones
- La remisión de las consultantes a la clínica personal
- Entrevistas
- Firma del consentimiento informado
- Evaluación psicométrica
- Vaciado de información de las pruebas
- Interpretación y análisis de los resultados obtenidos
- Concluir y recomendar con base en los resultados obtenidos

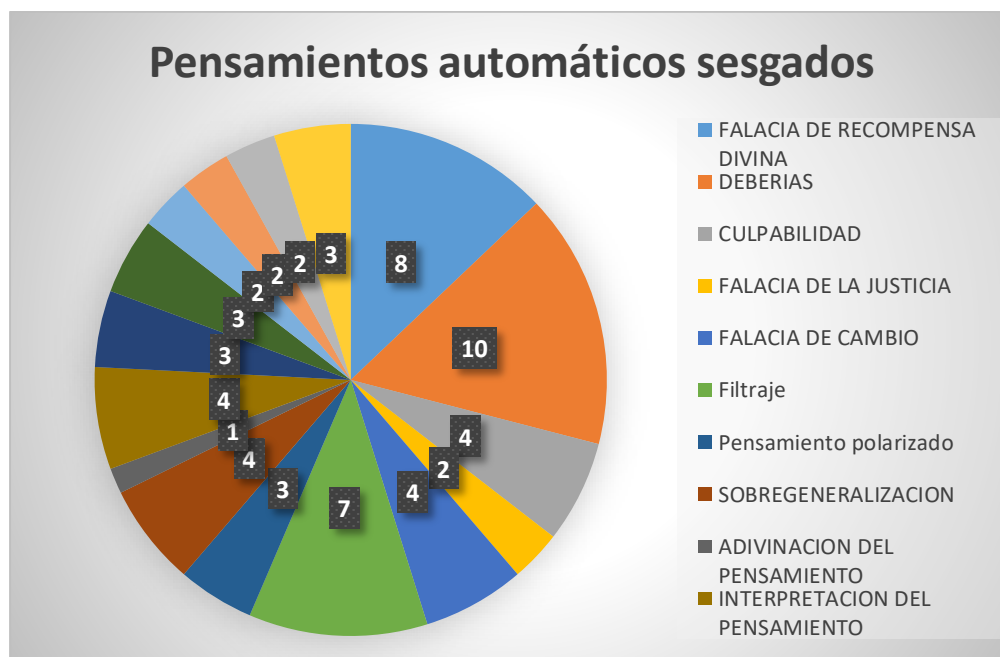
CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

De acuerdo a la evaluación llevada a cabo con mujeres sobrevivientes de algún tipo de agresión sexual, donde se evaluó los sesgos de pensamientos automáticos así como los síntomas psicológicos y somáticos tras el evento, se pudieron obtener los siguientes resultados.

Pensamientos automáticos sesgados	Cantidad
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	8
DEBERIAS	10
CULPABILIDAD	4
FALACIA DE LA JUSTICIA	2
FALACIA DE CAMBIO	4
Filtraje	7
Pensamiento polarizado	3
SOBREGENERALIZACION	4
ADIVINACION DEL PENSAMIENTO	1
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4
Falacia de control	3
Razonamiento Emocional	3
Tener razón	2
Etiquetado	2
Visión Catastrófica	2
Personalización	3

Tabla 1.2 elaboración propia



Grafica 1.1 elaboración propia

De acuerdo con la teoría cognitiva conductual, los pensamientos automáticos surgen de manera involuntaria, rápida e instantánea, tales pensamientos automáticos por lo general están sesgados ante la evaluación y valoración que se le da a un suceso, así mismo, los pensamientos automáticos serian como el fruto aprendido de acuerdo a una creencia profunda que se haya establecido desde temprana edad. De igual forma, existe una categoría de pensamientos automáticos sesgados que producen malestar emocional y que hacen determinar varias decisiones, actitudes y comportamientos basadas en las ideas surgidas, tales pensamientos automáticos han sido evaluados en 21 participantes mujeres mayores de edad con la prueba de pensamientos automáticos

De la evaluación realizada se pudo determinar varios pensamientos automáticos en mujeres abusadas sexualmente en distintas etapas de la vida, de ello se pudo identificar que las distorsiones de pensamiento “DEBERIAS” donde quienes los posee, tienen una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto la persona como los demás, a la vez los

sujetos que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las rompen ella misma. A ello, Merino (2016) amplía ya que los deberías limitan la vida, puesto que estos son muchas veces heredados por familiares y no encajan con la persona porque se vive en una época y en un lugar diferentes, y tienes diferentes esperanzas, problemas y necesidades, a la vez, cuando los deberías empiezan a entrar en conflicto con las necesidades básicas, estás atado a un vínculo imposible. Los «deberías» exigen a menudo una conducta que no es posible o sana para alguna persona

Por otra parte, en segundo lugar, se pudieron encontrar los pensamientos llamados “LA FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA” los cuales se caracterizan por que la persona espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas, se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

Otro de los pensamientos automáticos identificados en las mujeres evaluadas son los “FILTRAJES” los cuales son vividos por las personas que los presentan con tomar los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación, de los lenguajes que estas personas utilizan al tener filtrajes cognitivos serían: terrible, tremendo, horroroso, no puedo resistirlo. Por consiguiente, Rodríguez (2019) considera que los pensamientos son catastrofismo ya que se tiende a exagerar el impacto negativo de un evento. De tal manera que la persona que vive bajo las características de estas cogniciones, encuentra limitada la interacción con los demás.

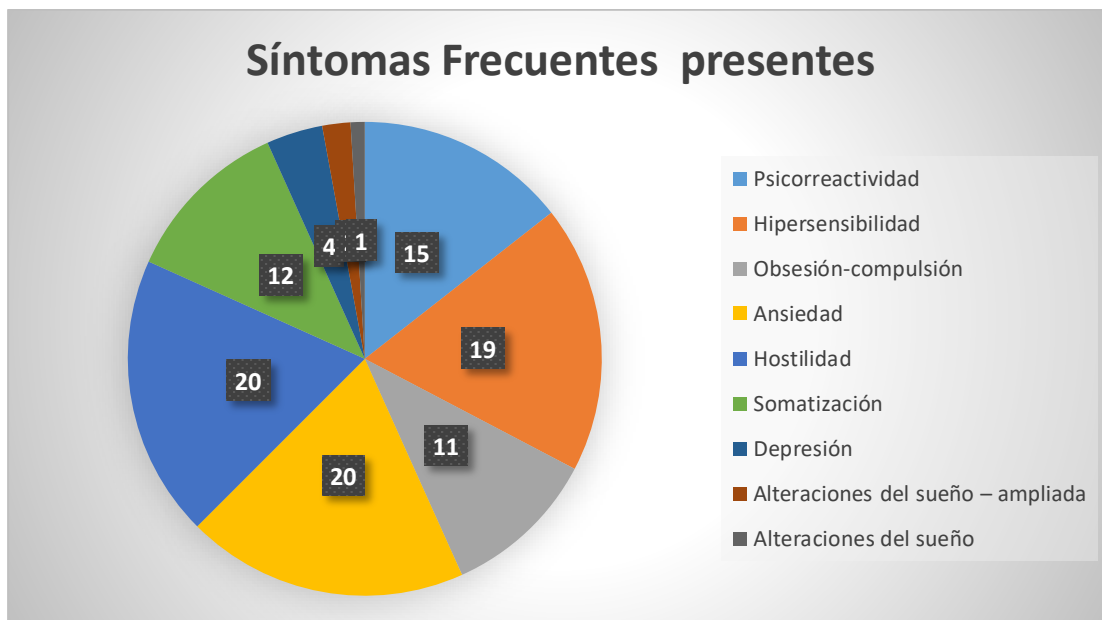
Así también los sesgos de “CULPABILIDAD” cuyo pensamiento de expresa cuando la persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos. Por consiguiente, Cortina (1998) complementa al decir que un excesivo sentido de culpa, inducirá la duda

continua sobre las propias capacidades de comprensión y reparación, con una obvia caída de eficacia en las realizaciones, por ello, habrá que tener, cuidado en la elaboración de estrategias terapéuticas que permitan ver, a los protagonistas del drama, las decisiones objetivamente equivocadas, tomadas por ellos en el pasado, con realismo pero también con piedad y comprensión.

A su vez, los sesgos de “SOBREGENERALIZACIÓN” fueron identificados en la evaluación, donde se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia, si ocurre algo malo en una ocasión se esperará que ocurra una y otra vez, el dialogo utilizado por las personas que expresan estos pensamientos son: todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno. Rodríguez (2019) lo afirma al indicar que los sesgos de sobregeneralización consisten en que la persona se entrena a elaborar una conclusión general a partir de muy pocos datos y aplicarla a otras situaciones no relacionadas.

Síntomas Frecuentes presentes	Cantidad
Psicorreactividad	15
Hipersensibilidad	19
Obsesión-compulsión	11
Ansiedad	20
Hostilidad	20
Somatización	12
Depresión	4
Alteraciones del sueño – ampliada	2
Alteraciones del sueño	1

Tabla 1.3 Elaboración propia



Grafica 1.2 elaboración propia

.De acuerdo con la medición basada en la prueba LSB-50 de Luis de Rivera, la finalidad principal de toda entrevista clínica es detectar los síntomas y signos presentes en un paciente, así como la ponderación de la intensidad con los que este exprese tales malestares, ya sean psicológicos o somáticos. En concordancia con la estimación realizada en esta investigación; se puede observar en la gráfica 1.2 que de 21 mujeres evaluadas, 20 presentan reacciones sintomatológicas de hostilidad, lo cual, la prueba de LSB-50 en su escala clínica refiere que la persona tiende a perder el control emocional con manifestaciones súbitas o continuas de agresividad, ira, rabia o resentimiento. A lo que Moya (2015) refuerza al indicar que la hostilidad es una actitud o inclinación que siente una persona a realizar actos violentos», aunque no siempre se reflejan en acciones violentos, así también, son una evaluación negativa de las personas y objetos, frecuentemente acompañada por un claro deseo de hacer daño», acompañada de sentimientos de indignación, desprecio y resentimiento hacia los otros.

En similar resultado, se puede apreciar que 20 personas han indicado presentar sintomatología ansiosa que de acuerdo con la escala clínica de la prueba utilizada indica que la persona manifiesta síntomas acordes al trastorno de ansiedad generalizada así como de cuadros de ansiedad fóbica y trastornos de pánico, así mismo, estos resultados pueden incluir la presencia de síntomas referentes a miedos irracionales. Por tanto, Broks (2019) considera que Las personas con trastornos de ansiedad luchan con hacer las actividades necesarias. Con las serias preocupaciones en sus vidas, consideran incluso los detalles más minuciosos para contribuir a eventos significativos. Y a menudo, estas personas imaginan los peores escenarios con posibilidades catastróficas.

Por su parte, Hipersensibilidad es otro de los síntomas que resulto en una mayor cantidad, la cual 19 mujeres de 21 han indicado sentir, lo que de acuerdo a la prueba refiere que las participantes sobrevivientes de abuso sexual presentan una sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, lo que indica que tienen una excesiva focalización en los detalles de las relaciones interpersonales como en la valoración de sí mismas. Por tanto, Kreisman y Straus (2021) amplían al referir que una persona violentada en la etapa temprana de su vida presentara hipersensibilidad al contacto físico y la preferencia por guardar las distancias interpersonales.

Psicorreactividad que es otro de los síntomas encontrados en la muestra, con 15 mujeres que refieren este malestar, a lo que LSB-50 interpreta como una sensibilidad en la autopercepción en las relaciones con los demás, así como se ve implicada la autoimagen, las formas de actuar y pensar con exceso de autoobservación.

En un menor número de representatividad se encontró la sintomatología de somatización, a lo que la prueba utilizada indica que la persona presenta síntomas de

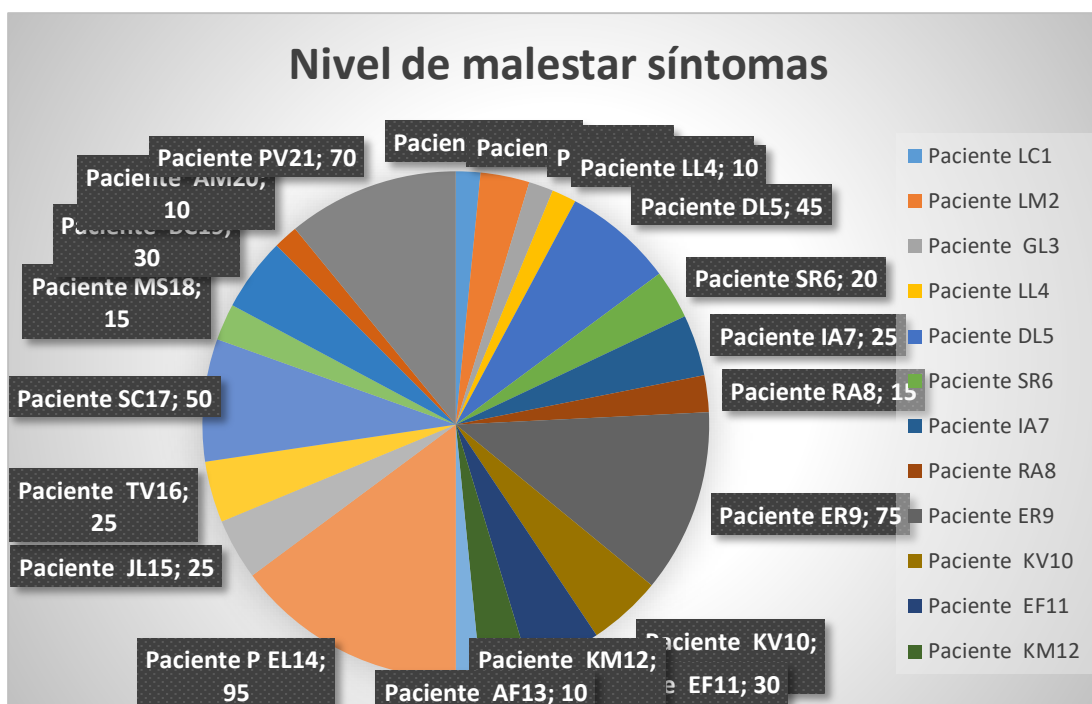
malestar corporal debido a procesos de somatización psicológica aunque pueden ser también manifestaciones de patologías médicas, de igual manera puede reflejarse desequilibrios del sistema nervioso autónomo que afecta al sistema respiratorio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal, por lo que puede referir también a un trastorno de ansiedad somática. Al respecto, Prins (2912) añade que los síntomas de somatización suele manifestarse antes de los treinta años y lo sufren más mujeres que hombres, pueden sentirse como dolor en, por lo menos, cuatro partes del cuerpo diferentes, problemas con el sistema reproductor (como disfunción eréctil o falta de interés en el sexo), problemas gastrointestinales (como diarrea y vómitos) y síntomas pseudoneurológicos (como ceguera o desmayos

Pacientes	Nivel de malestar síntomas
Paciente LC1	10
Paciente LM2	20
Paciente GL3	10
Paciente LL4	10
Paciente DL5	45
Paciente SR6	20
Paciente IA7	25
Paciente RA8	15
Paciente ER9	75
Paciente KV10	30
Paciente EF11	30
Paciente KM12	20
Paciente AF13	10
Paciente P EL14	95
Paciente JL15	25

Paciente TV16	25
Paciente SC17	50
Paciente MS18	15
Paciente BC19	30
Paciente AM20	10
Paciente PV21	70

Tabla 1.4 elaboración propia

Grafica 1.1 elaboración propia



Respecto a los resultados reflejados en la tabla 1.3, que es basada en la escala de índice de intensidad de síntomas presentes (INT) de la prueba psicométrica LSB-50, puede distinguirse que la paciente EL14 obtuvo una ponderación de 95 a lo que la interpretación del instrumento evaluador indica que la persona en este nivel de punto puede sufrir en alto rango sus síntomas presentes, a la vez, puede interpretarse que la persona exagera y dramatiza sus malestares

Las pacientes PV21, SC17y ER9 quienes obtuvieron una ponderación de 70, 50 y 75 respectivamente, se puede interpretar que el nivel de intensidad con las que dichas pacientes viven sus síntomas es alto pero aun con una capacidad estoica. Por otra parte, las pacientes DL5, BC19, Ef11 KV10; con un punteo de 45, 30,30,30 respectivamente, indican un estilo de respuesta sintomatológica estoica, es decir, con cierta fortaleza en la personalidad para sobrellevar el sufrimiento de los malestares, en similares resultados e interpretación se encuentran las evaluadas TV16, JL15 IA7, estas con un nivel en 25 y las participantes KM12, SR6 Y LM2 con puntuaciones de 20

En el caso de las pacientes evaluadas AR8 Y MS18 con ponderación de 15 y las participantes LC1, GL3, LL4, AF13 Y AM20 con resultados en nivel 10, se interpreta con una intensidad baja a los sufrimientos y malestares que pueden ocasionar lo síntomas presentes, sin embargo, se puede llegar a minimizar o tratar de disimular la intensidad de la sintomática.

Tras resultados descritos anteriormente, puede observarse que la muestra tomada de 21 mujeres sobrevivientes de abuso sexual, contemplan sesgos cognitivos relacionados con los deberías, filtrajes, falacias de recompensa divina, culpabilizarían y sobregeneralización, al mismo tiempo, indican manifestar síntomas y signos clínicamente significativos e relacionados a ansiedad, hipersensibilidad, psicorreactividad, hostilidad y Somatización; estos en comorbilidad dentro del conjunto de síntomas que las participantes presentan, a su vez, los síntomas de depresión y alteraciones del sueño – ampliada son malestares resultantes en la evaluación, sin embargo, denotados en un menor número en las consultantes, ya que se distinguen 4 mujeres 1 participante respectivamente quienes obtuvieron estas puntuaciones en la prueba. Por tanto, puede inferirse que las características manifiestas sintomática

conlleven un malestar en diversas áreas de la persona, a lo que a nivel clínico se denota con que existe una presencia de síntomas a nivel de pensamiento lo que enmarca una secuencia de ideas inflexibles ilógicas, alejadas de la realidad lo que a su vez, deriban otra serie de malestares y problemáticas en la persona, según la perspectiva de Aron Beck y la corriente cognitiva Conductual.

Sumado a ello, la manifestación de los síntomas psicomotrices, englobados en somatizaciones como dificultades de movimientos, dolores musculares o excesos de agitación motora son manifestaciones significativas a eventos o emociones no procesadas adecuadamente o simplemente silenciadas por el temor a enfrentarse a su intensidad de sufrimiento. Finalmente, los síntomas afectivos relacionados a indicadores de depresión, ansiedad, impulsividad indiferencia o ausencia de emociones, la incapacidad de expresión, ira hostilidad o la rigidez son los que mas influyen en el bienestar de la persona y los que mas pueden encontrarse en las patologías, por lo que el trabajo terapeuta hacia sobrevivientes de abuso sexual debe ser dirigido en una perspectiva integrativa, puesto que las secuelas sintomáticas se ven en distintas áreas de la persona violentada, asi mismo, pueden encontrarse otros síntomas en mayor complejidad son los síntomas de atención, los síntomas de la conciencia, relacionados a delirios y disociaciones y los síntomas del lenguaje y de la memoria. Por consiguiente. Los abordajes deben estar compuestos de tal manera que no se deje de lado algún componente de malestar en las sobrevivientes-

Por ello, la idea de trabajar con las mujeres violentadas sexual mente, desde las cogniciones limitantes, abordar las emociones presentes o la probable ausencia de ellas, las dificultades a nivel social, en la familia o parejas también requieren una atención especial, asi como los resultantes a nivel corporal, desde las manifestaciones de dolor o somáticas,

hasta la reconciliación con el propio cuerpo lastimado tras la agresión, la autoimagen quebrantada, la autoconfianza y confianza en los demás desprogramada, el auto concepto lacerado, la capacidad de colocar límites invadido, posiblemente los vínculos rotos de manera incestuosa, las alteraciones de memoria, espacio o desrealidad muchas veces afectada, las conductas de autodescuido u obsesivas como dependencias de sustancias a veces requieren un tratamiento paralelo, la pérdida del self y las severas dificultades a nivel sexual son también manifestaciones que en los tratamientos no deben dejarse de incluir

Si bien es cierto, la evaluación logro encontrar diversas manifestaciones sintomáticas, pudo incluirse otras pruebas que pueden encontrar mas síntomas con mayor especificidad, sin embargo, para la comprensión del estudio, se presentan algunas tablas que reflejan los síntomas por paciente.

Paciente LC1		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA DEBERIAS CULPABILIDAD	Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	1

Paciente LM2		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
FALACIA DE LA JUSTICIA FALACIA DE CAMBIO FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	Hipersensibilidad Ansiedad Hostilidad Somatización Depreció	20

Paciente GL3		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA Filtraje Pensamiento polarizado	Ansiedad Hostilidad Somatización Depresión Alteraciones del sueño	10

Paciente LL4		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA SOBREGENERALIZACION ADIVINACION DEL PENSAMIENTO	Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	10
--	---	----

Paciente DL5

Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Filtraje INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO FALACIA DE CAMBIO	Psicorreactividad Hipersensibilidad Ansiedad Hostilidad Somatización	45

Paciente SR6

Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
FILTRAJE RAZONAMIENTO Emocional	Hipersensibilidad Ansiedad Hostilidad	20

FALACIA DE CAMBIO	Somatización Depresión	
-------------------	---------------------------	--

Paciente IA7		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Sobre generalización Culpabilidad Tener razón	Psicorreactividad Hipersensibilidad Ansiedad Hostilidad Somatización	25

Paciente RA8		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Falacia de recompensa divina Razonamiento emocional Deberías	Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Somatización Ansiedad	15

Paciente ER9		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Falacia de control Debería Pensamiento polarizado	Psicorreactividad Hipersensibilidad Hostilidad Somatización Alteraciones del sueño - ampliada	75

Paciente PV21 KV10		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Filtraje Tener razón Culpabilidad	Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad Somatización Depresión	30

Paciente EF11		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes

Deberías	Psicorreactividad	30
Falacia de Justicia	Hipersensibilidad	
Visión Catastrófica	Obsesión-compulsión	
	Ansiedad	
	Hostilidad	

Paciente KM12		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Sobre generalización	Hipersensibilidad	20
Interpretación del pensamiento	Obsesión-compulsión	
Razonamiento emocional	Ansiedad	
	Hostilidad	
	Somatización	

Paciente AF13		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Etiquetado	Psicorreactividad	
Deberías	Hipersensibilidad	

Culpabilidad	Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	10
--------------	---	----

Paciente P EL14		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Pensamiento polarizado Visión catastrófica Falacia de control	Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	95

Paciente JL15		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Falacia de recompensa divina Filtraje Falacia de control	Psicorreactividad Hp Hipersensibilidad Ansiedad Hostilidad Somatización	25

Paciente TV16		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Falacia de cambio etiquetado Falacia de recompensa divina	Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad Somatización	25

Paciente SC17		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Filtraje Interpretación del pensamiento Deberías	r Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	50

Paciente MS18		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Falacia de recompensa divina Interpretación del pensamiento Deberías	Psicorreactividad obsesión-compulsión hostilidad Hipersensibilidad Ansiedad	15

Paciente BC19		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Filtraje Deberías Personalización	Hostilidad Psicorreactividad Hipersensibilidad Ansiedad Obsesión-compulsión	30

Paciente AM20		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Deberías Sobre generalización Personalización	Psicorreactividad Hipersensibilidad Obsesión-compulsión Ansiedad Hostilidad	10

Paciente PV21		
Pensamientos automáticos encontrado	Síntomas presentes	índice de intensidad de síntomas presentes
Razonamiento Emocional Deberías Personalización	Psicorreactividad Hipersensibilidad Hostilidad Somatización Ansiedad	70

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, se pudo identificar la presencia de reacciones sintomáticas tanto psicológicas y somáticas en la muestra de sobrevivientes de abuso sexual, por ende, las mujeres adultas que han participado en esta investigación y que en distinta etapa de sus vidas, sea está en la infancia, adolescencia o como suceso reciente fueron víctimas de alguna agresión sexual en sus distintas tipologías, experimentan signos y síntomas a modo de secuela en un malestar clínico tras el hallazgo traumático, los cuales son expresados en el área cognitiva, emocional, actitudinal y conductual, relacionales así como en sensaciones fisiológicas que responden a trastornos de tipo somáticos.

En consecuencia con los resultados obtenidos, se pudo analizar que los pensamientos automáticos sesgados que más se encontraron en las personas evaluadas, fueron; los deberías, por lo que las participantes contemplan pensamientos repetitivos a cerca de reglas rígidas las cuales les indican cómo actuar o sentir, reglas generadas para la misma persona y los demás. De igual forma, se pudo apreciar que la falacia de recompensa divina es otro pensamiento automático que las evaluadas presentan, a lo cual las mujeres víctimas y sobrevivientes de abuso sexual contemplan la analogía que tras el sufrimiento experimentado habrá una recompensa futura, al mismo tiempo, los sesgos cognitivos de filtraje se hicieron presentes en las participantes por lo que estas toman una magnificación a los detalles negativos de las situaciones que experimentan y pierden noción a las características positivas de las mismas situaciones,

En concordancia con los resultados, puede observarse que la gama de síntomas encontrados en mujeres de abuso sexual son; hostilidad, que indica que las sobrevivientes tienen reacciones a cerca de rencor, ira, agresividad y poco control emocional, así también, se conocieron sintomatologías sobre ansiedad, lo que refiere que es probable la presencia de trastornos de ansiedad generalizada, la presencia de fobias y miedos irracionales, otro síntoma observado en los resultados es hipersensibilidad, a lo que se interpreta que las sobrevivientes presentan una alta sensibilidad a situaciones que surjan en la interacción de las relaciones interpersonales, así como una susceptibilidad ante la imagen de sí mismas, de igual manera los síntomas de psicorreactividad lo que permite indicar que las sobrevivientes contemplan una alta sensibilidad en la autoobservación en las relaciones que establecen, a la vez, se pudo conocer un cuadro de síntomas somáticos ya que las sobrevivientes afirman padecer reacciones corrales características de dolor muscular y malestares digestivos sin precedentes medios.

Por último, se logra identificar distintos niveles de severidad en la sintomatología de las participantes que han pasado algún episodio sobre agresión sexual, por lo que, se puede concluir que 5 evaluadas manifiestan un nivel alto en la vivencia de sufrimiento de los malestares sintomáticos que estas experimentan, de similar manera, 9 sobrevivientes aluden a que el nivel de severidad en las sensaciones sintomatológicas es moderado, en consecuencia, 7 participantes evaluadas refieren un nivel bajo en las sensaciones de sufrimiento y malestar acorde a los síntomas expresados, en tal sentido, las experiencias de severidad clínica puede verse en diversos niveles donde las participantes sobrevivientes de abuso sexual son proporcionadas.

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados y conclusiones de esta investigación se sugiere facilitar una psicoeducación tanto en talleres, consultas individuales, grupales o medios digitales y redes sociales a cerca de los síntomas psicológicos y somáticos que surgen ante la experiencia de un evento traumático caracterizado en agresiones sexuales para que el nivel de sufrimiento en las personas violentadas pueda disminuir ya que se llegara a entender sobre la etiología de los mismos síntomas y la normativa de la experimentación de los mismos por parte de esta población vulnerada y que no ha tenido las posibilidades de iniciar procesos psicoterapéuticos.

Se recomienda en el mismo sentido que las y los terapeutas que entienden a personas violentadas sexualmente puedan realizar protocolos de intervención psicoterapéutica integrativos, incluir en el proceso la atención cognitiva ya que las ideas, reglas y pensamientos surgidos tras un abuso de índole sexual puede modificar las traídas cognitivas racionales, al mismo tiempo, se requiere una reconciliación con el propio cuerpo y las fronteras del espacio personal, como también es importante intervenir en las fortalezas de la personalidad fragmentada debido al trauma vivido, las asertividades en las relaciones interpersonales que establecen las sobrevivientes y entender y atender las sensaciones expresadas durante y después de un abuso sexual.

En sintonía, se sugiere aumentar los programas de prevención en programaciones radiales, televisivas y profesionales con el manejo y alcance de las redes sociales, a cerca de abuso sexual en Guatemala, donde pueda incluirse información psicológica y legal oportuna para así desnormalizar y disminuir las sensaciones de vergüenza por parte de las agredidas y sus entornos familiares. Al mismo tiempo, reeducar a la sociedad en general para eliminar

la revictimización y comentarios nocivos con carga de culpabilidad y responsabilidad por parte de las personas

Por último, se recomienda dar a conocer a las víctimas las posibles secuelas sintomáticas derivadas de un acontecimiento traumatológico basado en abuso sexual para que las sobrevivientes puedan entender las diversas reacciones que se pueden presentar, para con ello disminuir la culpabilidad surgida tras las sensaciones físicas que se experimentan durante un abuso sexual, así también, a las personas de los entornos de las agredidas para que comprendan las dificultades de relacionarse a las que las sobrevivientes pueden someterse.

CAPÍTULO VI

Propuesta de intervención

El proceso traumático tras el abuso sexual, conlleva una afectividad en diversos aspectos de la vida del desarrollo de la persona violentada, por ende, el tratamiento terapéutico está compuesto de manera multidisciplinaria puesto que se abordan las lesiones cognitivas surgidas, las cuales se entiende a trabajar los pensamientos automáticos rumiativos y a la vez molestos; así mismo, las reglas y supuestos que la persona ha construido basado en las normativas vividas y los contratos culturales, a la vez, las ideas o creencias centrales que la sobreviviente ha formado, desde la tapa prenda de vida, los aprendizajes familiares y las creencias que se quebraron o que nacieron de manera rígida a continuidad de un abuso sexual, al mismo tiempo, determinar la comprensión y significado que la consultante le da al suceso y describir las emociones que son provocadas por los sesgos cognitivos, contemplan los principales objetivo abordados por medio de la corriente cognitiva conductual y la gama de técnicas usadas en esta forma de terapia.

De conformidad con lo anterior, la terapia integrativa basa en terapia cognitiva conductual, gestáltica u terapia narrativa, también requiere un abordaje en el área emocional tal como el reconocimiento y validación de las emociones expresadas o reprimidas a raíz de un abuso sexual, por lo que se sugiere abordar la gestión emocional de manera gestáltica así como la focalización del presente, la construcción y sanación del pasado traumático; a su vez, el área afectiva, referida a las relaciones parentales, las relaciones interpersonales quebrantadas requieren una intervención importante puesto que la confianza fragmentada debido a un abuso o un incesto es una afección presente en la vida adulta de una sobreviviente, por lo que, la terapia a nivel grupal puede aportar a la nueva construcción de las relaciones objétales, la confianza hacia los demás y los recursos defensivos para no interactuar con personas del mismo género que la o el abusador.

Una de las áreas que posiblemente es mas afectada es a nivel físico, ya que el cuerpo fue violentado no solo a nivel sexual sino proalmente se vivio violencia física, por tal, las lesiones enmarcan un trauma adherido al trauma sexual, por tanto el tratamiento constituye una recuperación física con respecto a los golpes y heridas corporales, a la vez, la reconstrucción del contacto físico con otras personas, la experiencia de vivir las sensaciones corporales asi como el cuidado que es importante tener a nivel corporal y el aprendizaje y adquisición de herramientas para poner limites en el acceso al cuerpo es una etapa sumamente necesaria para el avance en el proceso terapéutico de las mujeres violentadas, po ello, las técnicas gestálticas, de mindfulness y técnicas de sentidos corporales son necesarios que estén presentes en los planes terapéuticos ya que también refuerzan la aceptación de los eventos dolosos sucesivos.

Otra de las áreas afectadas y en muchas ocasiones de manera severa es el área sexual, ya que es la dimensión de la persona violentada, lo que sugiere un suceso donde la frontera fue traspasada sin el consentimiento y muchas ocasiones por parte de personas que contemplan figuras de cuidado y perpetuado el evento de manera constante, lo que deriva secuelas del tipo trastorno o disfunciones sexuales en la vida adulta, por tanto, los malestares en esta área no representan un dolor o sufrimiento diario, sin embargo, representan síntomas que para muchas mujeres violentadas pueden pasar desapercibidas pero contemplan un bloqueo en la plena satisfacción sexual de la persona, debido a miedos de reexperimentar el suceso traumático, a la incapacidad de sentir las distintas sensaciones corporales, la desconfianza a intimar con otra persona o disociación y desconexión de propio cuerpo en el momento de relacionarse sexualmente el la vida conyugal puesto que la persona le es difícil separa la agresión sexual de la sexualidad consentida, por lo que la experiencia también puede ser entendida como amenazante lo que genera una inhibición del placer o relaciones sexual molestas.

A fin de que el tratamiento sea beneficioso en las diversas áreas de desarrollo de la paciente, se constituye una intervención compuesta por terapia cognitiva conductual, a lo que Beck (200) considera que La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Al mismo tiempo, esta terapia es útil en la conceptualización cognitiva, ya que provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente, al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son sus problemas actuales, y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas?
- ¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

El terapeuta establece, entonces, una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular:

- ¿Qué aprendizajes y experiencias tempranas (y quizá predisposiciones genéticas) contribuyen a sus problemas actuales?
- ¿Cuáles son sus creencias subyacentes (expectativas y reglas) y pensamientos?
- ¿Cómo ha sobrellevado sus creencias mecanismos cognitivos, afectivos; en práctica para afrontar sus creencias se veía (y se ve) a sí mismo y a los demás?
- ¿Cómo percibió su mundo personal y su futuro?

- ¿Qué factores de tensión contribuyeron a sus problemas psicológicos o interfirieron con su capacidad para resolverlos?

En sintonía, Martin (2013) contempla que la terapia Gestalt se centra en el esquema de la persona, así es la representación psicológica y mental que cada persona tiene de sí misma, y que resulta del proceso constante de organización e interrelación de cada uno de los tres campos fenomenológicos que configura a la persona: el campo psicológico, que corresponde a la representación de la psique, el campo que corresponde a la representación psicológica del cuerpo esquema corporal, y la representación psicológica del mundo exterior. Así mismo, a partir de aquí, identifica el proceso homeostático con el proceso de autorregulación, que es el proceso mediante el cual el organismo interactúa con el ambiente para equilibrarse. Por lo que, el organismo tiene multitud de necesidades, entre ellas, se puede señalar las necesidades de contacto, las necesidades fisiológicas y las psicológicas.

Así también, el darse cuenta es la capacidad que tiene todo ser humano para percibir lo está sucediendo dentro de sí mismo y en el mundo que le rodea, es la capacidad de comprender y entender aspectos de sí mismo, y situaciones o cualquier otra circunstancia o acontecimiento que se produzca en su mundo. Para destacar, dentro de la experiencia se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta:

- Darse cuenta de sí mismo o del mundo interior.
- Darse cuenta del mundo exterior.
- Darse cuenta de la zona intermedia

Por tanto, el trabajo terapéutico también se realiza en la conexión con su propia sexualidad, la de la pareja si así fuera el caso y la conexión reestablecida entre cuerpo, sensaciones, mente y

afectividad, por tal razón, se presenta una propuesta de intervención para mujeres violentadas sexualmente, la cual se compone por una serie de sesiones a manera grupal, donde se crea un ambiente de reafirmar la confianza en otros y la capacidad de convivir socialmente, así como el crecimiento interpersonal por medio de historias similares. También se plantean sesiones construidas de manera individuales organizadas en etapas, las cuales son:

- Etapa de inicio, alianza y encuadre terapéutico
- Etapa Reorganización cognitiva
- Etapa de romper el silencio y expresión de sentimientos
- Etapa de reestablecer la frontera de contacto
- Trabajar con el cuerpo
- Trabajar con la sexualidad
- Resolución
- Plan cuando ya no se está en tratamiento



**Propuesta de Programa de intervención en sobrevivientes
y víctimas adultas de abuso sexual.**

Maestrante: Dulzze Velasquez

Col 13,277

Objetivo	Promover un proceso terapéutico integrativo basado en la evidencia científica cuyas técnicas y estrategias terapéuticas que componen el programa de intervención, ayuden a disminuir la sintomatología somática y psicológica así como alcanzar la comprensión del evento
Terapia integrativa en	Terapia cognitiva conductual Gestalt

- **ETAPA 1**
- **Alianza y encuadre terapéutico**
-

Nº sesión	Tema	Técnicas	Tareas de casa
1	Actitudes básicas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Escucha activa • Clarificación de expectativas • Aceptación incondicional <ul style="list-style-type: none"> • entrevista • La falsa calma • Acompañar la crisis 	Carta de asuntos inconclusos con el agresor o la familia

MATERIAL

Clarificar expectativas

Este ejercicio permite clarificar las expectativas que tiene el consultante, especialmente si éste tiende a idealizar o a despreciar la relación de ayuda, en todo caso la clarificación se convierte en un ejercicio de ajuste cognitivo con respecto a las expectativas de la psicoterapia.

1. ¿Desde cuándo tengo este problema?
2. ¿De quién es la “culpa” de que yo tenga este problema?
- ? 3. ¿Cuánto tiempo me ha estado afectando?
- ? 4. ¿Cuál ha sido la vez que me he sentido peor con este problema?
5. ¿Cómo podría empeorar este problema?

1. ¿Qué es lo que deseo?
2. ¿Para cuándo me gustaría lograr eso?
3. ¿Qué tanta satisfacción me hará sentir ese logro?
4. ¿Qué otras áreas de mi vida resultarán afectadas positivamente?

Basado en Pichardo (2014)

Encuadre

El encuadre es una acción que se plantea con el paciente para delimitar tiempo, espacio, modalidad y costos. En el encuadre es importante aclarar el tipo de psicoterapia, haciendo énfasis en sus alcances y limitaciones, así como en la metodología, se le explica la importancia de centrarse en el tema acordado para su resolución, en el entendido de que la resolución de un conflicto o crisis le permitirá afrontar de forma positiva otros conflictos y crisis

ENCUADRE	
Estrategias terapéuticas generales	Estrategias terapéuticas específicas
Evaluación inicial del sobreviviente. Encuadre de trabajo claro. Anticipar emergencias y crisis. Ejercicios de autoayuda. Consejería a familiares. Construir red de apoyo	Evaluación inicial continua. Exploración vs. Consolidación. Control de la intensidad. Foco del tiempo. Resistencias y defensas. Secuencia de objetivos terapéuticos. Terminación. Trabajo con áreas sanas del yo

Basado en Pichardo (2014)

CARTA AL ABUSADOR 1.

Mencionar al abusador por su nombre, es un acto de poder. Muchas sobrevivientes nunca lo han mencionado siquiera. Pida a las sobrevivientes que escriban el nombre del o de los abusadores.

Escriba una carta a un abusador o a su abusador, exprese todos los sentimientos de ira que le produjo o le produce: Carta a un abusador

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

¿Cómo le ha afectado el abuso?

.....
.....

¿Qué siente hacia el abusador?

.....
.....

¿Qué desearía que le sucediera al abusador?

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

¿Qué clase de relación desearía usted tener con él?

.....
.....

.....

Batres (1998)

2	Expresar el evento Apoyo para disminuir las conductas de evitación	5, 4, 3, 2, 1 EN EL «ALLÍ» ...	CAJA DE LAS EMOCIONES
---	---	--------------------------------------	--------------------------

MATERIAL

5, 4, 3, 2, 1

Descripción: Pedimos a la persona que fije su atención, uno a uno, en cinco objetos y exprese (mentalmente o en voz alta) su contento, aceptación o agradecimiento por cada uno de ellos. Después, lo mismo con cinco sonidos y cinco sensaciones corporales. Luego, cuatro objetos con contento, aceptación o agradecimiento, cuatro sonidos y cuatro sensaciones parejas. A continuación, tres de cada, dos de cada, uno de cada.

Indicaciones: Esta versión del «5, 4, 3, 2, 1» está indicada para que la persona pueda sobrellevar mejor situaciones crónicas o que simplemente no tienen solución, ya que promueven una actitud de aceptación de las limitaciones. En ese sentido, también la utilizamos a veces con personas perfeccionistas. A tener en cuenta: Inicialmente, se pide que la persona realice este ejercicio en un lugar tranquilo, una vez al día. Tras practicarlo durante unas tres semanas, llegará a automatizarlo y podrá llevarlo a cabo en casi cualquier situación

Basado de Beyebach (2016)

EN EL «ALLÍ»

Se indica a la persona lo siguiente:

«Cierra los ojos. Imagina que estás realizando tu actividad favorita. Mientras la realizas fíjate en la luz que envuelve la actividad, puede que sea una luz artificial... tal vez sea la del amanecer... del atardecer... o quizás haya oscuridad... Fíjate también en los colores que predominan, pueden ser brillantes, o pasteles o alegres... Ahora fíjate en qué ruidos oyes mientras realizas la actividad, tal vez oigas algo... tal vez reine el silencio... Fíjate en qué sensaciones corporales percibes. Basado de Beyebach (2016)

La caja de las emociones, de la culpa y otras emociones

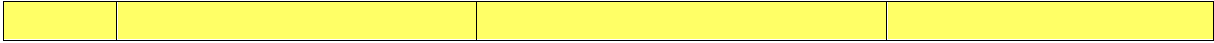
Proponemos a la persona que consiga una caja y la convierta en su «caja de las emociones. Durante el tiempo que transcurra hasta la siguiente sesión la animamos a que recopile todas las declaraciones que utilizan otras personas para culparla o presionarla de forma injusta y/o manipuladora, declaraciones que pueden referirse a hechos presentes o pasados. Debe escribir cada una en un papel y meterlos en la caja. Al cabo del tiempo establecido la persona tiene que envolver la caja como si fuese a mandarla por correo. En el ángulo superior izquierdo debe escribir el remite de los acusadores, su nombre y su dirección. En el frontal con mayúsculas y a ser posible en un color fuerte pondrá: «DEVUÉLVASE AL REMITENTE». Ahora puede deshacerse de la caja de la forma que prefiera: tirarla a un contenedor, enterrarla, quemarla y esparcir las cenizas...
Así se harán mini cajas de otras emociones de la caja grande.

Basado de Beyebach (2016)



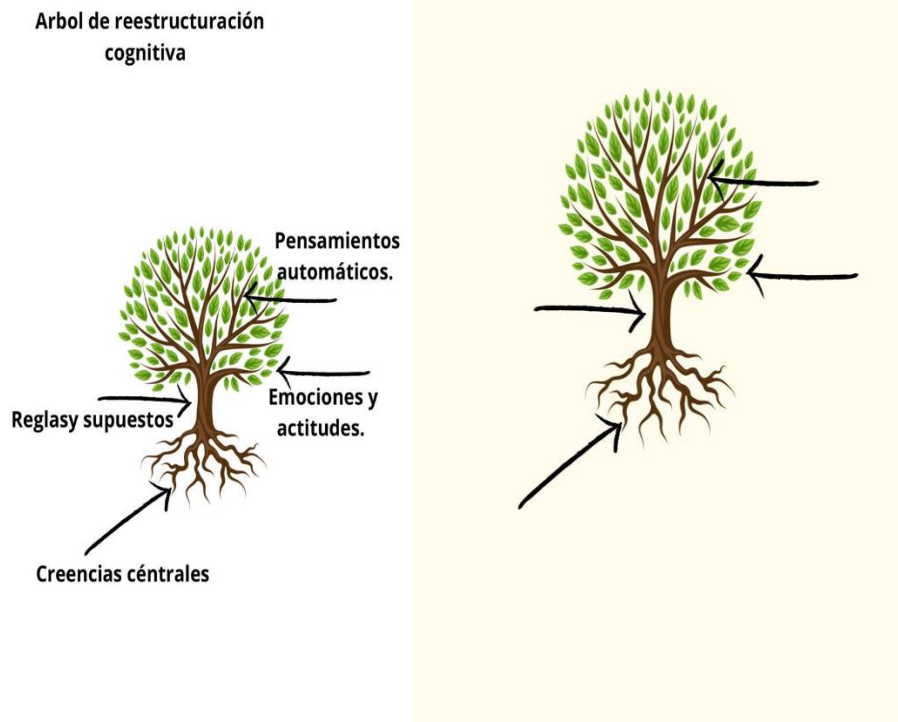
Etapas
Reorganización cognitiva

3	Los pensamientos sesgados	Psicoeducación Árbol de reestructuración Autoafirmaciones Regla del 70%	Frasco de afirmaciones
---	---------------------------	--	------------------------



MATERIAL

Árbol de reestructuración del pensamiento



Ejercicios de autoafirmación

En este paso es importante “convencer” a la paciente sobre sus derechos humanos emocionales, diciéndole que ella o el tiene los siguiente derechos:

Mis necesidades son tan importantes como las de los demás.

- Equivocarme y no sentirme mal por ello.
- Tener y expresar mis propios sentimientos y opiniones aunque los demás no las compartan o acepten
- No tener siempre un explicación para los demás sobre lo que siento o hago.

- Cambiar de opinión o actitud sobre un tema o cuestión concreta
 - . • Reclamar por haber sido tratada/o de forma injusta.
 - Pedir información cuando así lo necesite.
 - Ser independiente
 - . • Sentir y manifestar emociones como ira, dolor, rabia...
 - Decidir si me comporto según los consejos de los demás
 - . • Pedir un favor, ayuda o apoyo, recordando que la otra persona tiene derecho a negármelo y no sentirme mal ante la negación.
-
- Negarme ante cualquier petición que me hagan sin sentirme mal por ello. • Decidir estar solo aunque los demás demanden mi compañía
 - . • A no tener que adivinar qué necesitan, piensan y desean los demás si éstos no lo comunican. • Triunfar
 - . • Ser escuchada/o y tomada/o en serio.
 - . • No sentirme responsable de los problemas de otras personas
 - . • Ser feliz.
 - Ser respetada/o y tratada/o con dignidad
 - . • Progresar aunque aventaje a los demás.
- Reflexionar antes de tomar una decisión.
- Tener derechos y defenderlos.
 - Querermelo a mi misma/o
 - . • No ser utilizado por los demás.
 - Aprender.
 - No hacer las cosas perfectamente

Basado de Beyebach (2016)

Frasco de afirmaciones

Se necesita un frasco donde se coloquen en pequeños papelitos las afirmaciones anteriores, se indica que la paciente saque un papelito por día, en las mañanas y nombrar frente al espejo lo que dicen.



Regla del 70%

Instrucciones: Este documento es una ficha para aprender La regla del 70 % o por qué el 7 es el nuevo 10. Básicamente, esta regla sugiere que es prácticamente imposible alcanzar de manera constante el 100 %, o lograr un 10 perfecto en todo lo que te propones. Puedes intentarlo, pero tendrás que hacer un enorme esfuerzo extra y sudar mucho para conseguir más bien poco a cambio. Piensa en ello de este modo: poner un 20-30 % de energía adicional en lo que ya es casi muy bueno o suficientemente bueno puede que no sea un uso práctico de tu tiempo. Para descubrir si es realmente así, contesta las preguntas de la parte 1 de esta ficha para comprender el papel del perfeccionismo en tu vida y ver si te resulta contraproducente. Las preguntas de la parte 2 investigarán si los objetivos sustitutorios muy bueno o bastante bueno tienen fundamento.

PARTE 1 Reflexiones:

¿Retrasas comenzar un proyecto porque sabes que ha de ser perfecto? - - - - Del mismo modo, ¿retrasas terminar los proyectos porque te preocupa que no sean lo suficientemente buenos? - - - - ¿Cuánto te preocupa que otros juzguen tu trabajo?

¿Eres tu peor crítico y piensas que podrías haberlo hecho mejor?

¿Crees que cualquier esfuerzo inferior al 100 % es un fracaso? - - - - ¿Te han dicho los otros que eres muy crítico con ellos?

¿Cómo ha afectado esa actitud a tus relaciones?

101 - - - - Echa un vistazo a las anteriores reflexiones para ver si el perfeccionismo está creando dificultades o causando daños en tu vida o tus relaciones. Ahora, continúa con la parte 2 de esta ficha.

PARTE 2 Redefinir el fracaso: Escribe tu propia definición de fracaso.

¿Se incluye en ella la importancia del fracaso por lo que te enseña sobre resiliencia, autoaceptación y otros tipos de aprendizaje?

Contempla la posibilidad de incluir cómo el fracaso o la pérdida te preparan para éxitos posteriores. - - - - ¿Cómo eliminaría la presión autoimpuesta el hecho de soltar el deseo ansioso de un resultado perfecto?

¿Cómo disminuye la ansiedad o la preocupación? - - - - ¿Cómo podría ayudarte poner un 70 % de tu energía en el objetivo de muy bueno o bastante bueno?

¡Especialmente dado que el otro 20-30 %, de todos modos, nunca podría hacer que algo fuese perfecto! - - - - Ahora, piensa en una experiencia en la que hayas sido excesivamente crítico o hayas quedado insatisfecho con tu trabajo o tu actuación.

A continuación, utilizando la nueva definición dada antes, vuelve a evaluar y a calificar lo bien que lo hiciste, utilizando una escala del 1 al 10, en la que una puntuación de 7 (muy bueno o bastante bueno) en realidad es un 10.

Basado en Pichardo (20149

4	Los pensamientos Cambiar los yo necesitaba por los me hubiera gustado El autoperdón	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de pensamientos crean sentimientos • Canción dedicada para el autoperdón 	Cartas curativas Escribir 4 cartas
----------	--	---	---

MATERIAL

COMO LOS PENSAMIENTOS CREAN SENTIMIENTOS

PENSAMIENTO. PIENSO QUE	SENTIMIENTO. POR LO TANTO ME SIENTO...

Leahy (2018)

Cartas curativas

Descripción: Proponemos al/a la cliente que escriba cuatro cartas dirigidas a la persona que la maltrató o abusó de ella. Carta 1. Libera sentimientos e ideas no resueltos. «Cuéntale en esta carta todo lo que él/ella te hizo y los efectos que sus acciones o palabras han tenido sobre ti y tu vida. En tercer lugar, indícale qué reparación quieres.» Carta 2. Libera mensajes negativos internalizados. «Escribe esta segunda carta como si lo hiciese la persona que abusó de ti. Es la respuesta más temida a la carta número 1: qué es lo que más temes que esta persona te responda a la primera carta.» Carta 3. Libera las esperanzas internalizadas. «Escribe otra respuesta imaginaria de la persona que abusó de ti. A diferencia de la carta anterior, ésta contiene la respuesta más deseada, todo aquello que te gustaría que respondiese a la primera carta: expresa su disposición a asumir la responsabilidad por lo que te hizo, sus remordimientos, etcétera.» Carta 4. Libera tu propio punto de vista. «Escribe otra carta a la persona que abusó de ti en respuesta a la carta número 3 contándole los cambios o el efecto que su respuesta ha provocado en ti. Aprovecha esta carta para escribir cualquier cosa que te quedara por decir en la carta número 1 o las ideas que se te hayan ocurrido desde entonces». Se indica a la persona que estas cartas no van a ser enviadas nunca. Indicaciones: 335 Esta tarea sirve para confrontar al abusador de forma simbólica o como preparación a fin de revelar el abuso en la familia.

Basado en Beyebach (2016)

Etapa 3 Romper el silencio y expreso de sentimientos

5	Vos y sonido para romper el silencio	<ul style="list-style-type: none"> • Metáforas • Formato rompiendo el silencio • Culpa o realidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Listados de canciones
----------	---	---	--

		• Reescribiendo una historia	
--	--	------------------------------	--

MATERIAL

ROMPIENDO EL SILENCIO

El nombrar las formas en que fue manipulada para guardar silencio la ayudará a liberarse de esa imposición. Cuando estaba abusando de mí, el abusador me dijo:

.....

Mi silencio fue obligado con:

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

.....

Sentí que debía proteger a:

Si hubiera contado hubieran pensado que yo:

..... El mensaje que recibí, fue:

Batres (1998)

IDENTIFICANDO LA CULPA Y REEMPLAZÁNDOLA CON LA REALIDAD

Piense en todas esas frases acusatorias que usted se ha dicho por todos estos años. Las razones por las cuales se ha sentido culpable. Así como no debemos evadir el dolor, sino atravesarlo para curarlo, sucede lo mismo con los sentimientos de culpa, necesitamos conocerlos para superarlos.

Fue realmente mi culpa: ¿Por qué?

.....

2. Creo que fue mi culpa: ¿Por qué? (Hágase la pregunta cuantas veces sea necesario):

.....

3. No fue mi culpa: ¿Por qué?

.....

RECORDANDO

Recordando lo que pasó Yo estaba (dónde y haciendo qué)

__ Mi papá (o quien abusó de mí) estaba:

__ Mientras me abusaba me dijo:

__ Y me hizo:

__ Yo sentí:

__ Yo quise:

__ El se quedó (tiempo)

__ El resto de la familia estaba:

__ Cuando se fue, yo sentí:

__ Yo pensé:

__ Ahora pienso:

__ Ahora siento:

__ Voy a contarle sobre el abuso a:

__ ¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

__ ¿Qué aprendí?

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

Batres (1998)

Reescribiendo la historia

Quando atravesamos una situación traumática o estresante, solemos ver a nuestro abusador como alguien más poderoso o superior. En la columna izquierda, escriba una descripción detallada de lo que sucedió: cómo veía a su abusador/a, cómo era su voz, lo que dijo e hizo, etc. Ahora, Ud. es más poderoso/a y su abusador/a es débil y está asustado. Ud. es más grande que él/ella. Ud. grita, él/ella calla. Su actitud en este momento es activa, agresiva y hostil, en tanto que la otra persona le tiene miedo. Reescriba esta historia de forma tal que pueda sentirse que es más fuerte y que domina la situación. Luego anote lo que piensa y siente respecto a este ejercicio.

Descripción del hecho traumático o estresante original	Reescribiendo la historia: describiendo el hecho desde una nueva perspectiva
¿Qué pensó y sintió respecto a la otra persona y a sí mismo cuando ocurrió este hecho?	¿Qué piensa y siente ahora?

Batres (1998)

Etapa 4 Reestablecer la frontera de contacto

6	Reestablecer la frontera de contacto Atención a los límites Conectar con su autoconfianza Honrar la supervivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Me hago responsable • El focusing de Gendin • Descentralizar el dolor • Decir no MENSAJES “DECIR NO” Formato	EXAMINAR A LA FAMILIA Y A LAS PERSONAS DEL ENTORNO
----------	---	---	---

MATERIAL

Me hago responsable

A continuación, compartimos esta dinámica para trabajar el sentimiento de responsabilidad, **CÓMO LO PRACTICAMOS**

Es muy sencillo, cuando una persona expresa algo que le está sucediendo, se le puede decir que añade a esta percepción: “y me hago responsable de ello” o “me hago cargo de ello”. Por ejemplo: “me doy cuenta de que estoy nerviosa e intranquila, y me hago responsable de ello”, o “Me doy cuenta de que mi voz es tranquila, y me hago responsable de ello”.

Con esta fórmula, **las personas dejan de echar la culpa al mundo de sus estados emocionales y tienen la oportunidad de hacer algo por sí mismos/as para cambiar y disminuir las consecuencias.**

Otra forma de asumir más responsabilidad y no evitar el compromiso es cuidar nuestro lenguaje para no utilizar excusas. Por ejemplo, la fórmula “Si...pero...” que se usa a menudo “Quiero ir al cine contigo, pero no puedo porque tengo un examen” o “Me gustaría ir de compras contigo, pero tengo que ir con mi madre” son formas de evitar nuestra responsabilidad.

Martin (2013)

DESCENTRALIZAR EL DOLOR

Está pensado para que reflexiones sobre el dolor y la experiencia del dolor de un modo diferente. Pero antes, para ilustrar una cuestión, responde a la pregunta siguiente con una sola frase.

La pregunta es:

¿qué has desayunado esta mañana y hasta qué punto te gustó?

Ha sido fácil, ¿verdad? Ahora, veamos:

¿has empleado las palabras yo, me o mío al responder la pregunta?

¡Desde luego que lo hiciste!

Es normal, porque habitualmente adoptamos una visión de las cosas muy personal, o «egocéntrica». Es así como hablamos de nuestro mundo y nuestras experiencias y como los compartimos.

Pero ¿qué ocurre cuando hablamos de mi dolor?

¿Qué sucede cuando consideramos que el dolor es nuestro?

Esto no implica que tú no seas quien lo experimenta.

Claro que lo eres. Ahora bien, lo que esta práctica sugiere es que es posible considerar y experimentar el dolor –o cualquier otra cosa– desde una perspectiva más neutral y que juzga menos.

Dicho de otro modo, sería como un testigo imparcial que observa lo que ocurre y lo describe sin participar en ello.

¿Te has preguntado alguna vez cómo adoptar la perspectiva del «testigo imparcial» puede cambiar tus sensaciones acerca del dolor? Instrucciones:

Esta práctica te llevará a experimentar la historia de tu dolor desde el punto de vista de un testigo imparcial.

El ejercicio tiene cuatro partes, y comienza con una historia de precalentamiento.

1. Historia de precalentamiento: el punto de vista personal. Durante los tres minutos siguientes describirás una comida reciente memorable.

Es mejor si la compartiste con otros y contiene algún tipo de componente emocional, sea positivo o negativo. Ahora, describe esa historia en detalle: lo que comiste, cómo sabía la comida y si te gustó o no, con quién estabas, si disfrutaste con la conversación o no, de qué hablasteis y el lugar en el que comisteis.

¿Comiste más de lo que querías?

¿Cómo te sentiste por ello?

(Como alternativa, si no hay nadie a quien contársela, escribe la historia aquí). - - - - -

2. Historia de precalentamiento: el punto de vista descentralizado. Acabas de compartir una historia desde un punto de vista muy del «yo» personal. Ahora, comparte la misma historia de un modo diferente.

Esta vez la narrarás sin utilizar las palabras yo, me o mío. ¡Vas a intentar descentralizar tu historia! No es fácil hacerlo, así que aquí tienes unas cuantas sugerencias.

Cuando narres la historia de este modo, no uses los pronombres él o ella ni esta persona para representarte. Eso sería como utilizar yo.

En lugar de eso, habla de las experiencias más o menos así: «había la experiencia del cuerpo caminando y sentándose a la mesa», «la boca probó la hamburguesa y percibió lo

jugosa que estaba», «los ojos vieron el mantel blanco», «el estómago sintió malestar después de comer», «hubo una conversación muy interesante», etc.

¿Has visto cómo es posible contar la misma historia desde la perspectiva del observador, en tercera persona?

Es importante que al practicarlo por primera vez le cuentes tu historia a un oyente atento. El que escucha tiene un trabajo muy importante y específico. No interrumpirá mientras escucha con interés. Y lo que es más importante, prestará atención a las palabras, yo, mi o mío para ver cuándo las utilizas incluso sin darte cuenta.

Al oír cualquiera de estas palabras, levantará la mano para hacerte saber que has utilizado una de ellas.

Cuando esto ocurra, puedes reformular tu historia. Repito que no es fácil, y no tienes que ser perfecto en la no utilización de esas palabras.

El hecho de contar tu historia de este modo te ayuda a aprender que tu experiencia de comer (o de sentir dolor) puede verse de una manera descentralizada.

Siempre puedes volver, después de la práctica, a tu punto de vista muy personal, «egocéntrico». Ahora compartirás tu misma historia de la comida sin utilizar las palabras yo, mi o mío durante unos tres minutos, y el oyente atento estará contigo.

¿Estás listo?

Comienza, pues. (Como alternativa, si no puedes encontrar a alguien para contarle la historia descentralizada, escribe esa versión de la historia.). - - - - -

Reflexiones: ¿Hasta qué punto te ha resultado difícil contar tu historia sin utilizar las palabras yo, mi o mío? - - - - - ¿Cómo te has sentido al experimentar tu historia desde este punto de vista más neutral? ¿Era más descriptivo? ¿Ha tenido una menor emotividad negativa para ti?

¿Qué has notado que sea útil o positivo al pasar al punto de vista del espectador imparcial? - - - - -

3. Historia de dolor: punto de vista personal. Durante unos tres minutos contarás una historia muy personal acerca de una experiencia en la que sentiste dolor o te sentiste mal.

Puede ser la historia de tu mañana, al despertarte. O podría ser la historia de cómo el dolor limitó tu capacidad de hacer algo que querías hacer (ver a un amigo, participar en alguna actividad, etc.).

¡Emplea todas las veces que quieras las palabras yo, mi o mío! (Si no tienes a nadie con quien compartir esta historia, escribe a continuación tu experiencia). - - - - -

4. Historia de dolor: punto de vista descentralizado. Ya has practicado contar una historia sin las palabras yo, mi o mío.

Durante los tres minutos siguientes compartirás la misma historia de dolor que acabas de describir, pero desde la perspectiva neutra, carente de juicios e imparcial, de un testigo interesado. Una vez más, el oyente atento escuchará y levantará la mano para hacerte saber que has utilizado yo, mi o mío durante la historia.

Si sucede, comienza de nuevo expresándolo de otro modo, describiendo las experiencias en distintas partes del cuerpo. Incluso la palabra dolor es un juicio, así que podrías quizás utilizar la palabra sensación para luego describirla del mejor modo que puedas –como opresión, presión, tensión o cualquier otro término que describa la sensación que experimentas en ese momento–.

Recuerda describir tu entorno y otras experiencias en detalle. Por cierto, también puedes mencionar pensamientos negativos que formaron parte de la historia de dolor.

Desde la perspectiva del observador, podrías describirlo más o menos así: «la mente siguió repitiendo el pensamiento negativo de que...», «había un sentimiento de frustración o tensión en el estómago» o «la mente decía que ojalá las cosas fueran de otro modo». De esta manera puedes saber qué hay en la mente y qué hay en el cuerpo. (Si no dispones de un oyente atento, escribe en tu diario la historia descentralizada de dolor). - - - - -

Reflexiones: Después de la práctica que has realizado,

¿cómo has vivido el hecho de contar la historia otra vez desde la perspectiva descentralizada? - - - - -

- ¿Cómo te has sentido al experimentar tu historia de dolor desde este punto de vista más neutro?

¿Has podido notar cómo los pensamientos o los comentarios de la mente desempeñaban un papel en tu historia?

Te puede resultar útil saber que solo por el hecho de «tener» un pensamiento no quiere decir que tengas que creértelo. - - -

¿Qué puedes indicar de positivo o útil en el cambio al punto de vista del espectador imparcial de tu historia de dolor? - - -

¿En qué sentido crees que este cambio puede ser útil?

¿Cuándo podrías practicar contar la historia de esta manera descentralizada, aunque sea como un recordatorio de que puedes elegir cómo experimentar tu historia de dolor?

Rodríguez (2019)

DECIR NO

Si yo digo “no” temo que:

.....

.....

.....

Quiero decir “no” a:

.....

Si alguien se enoja por decirle “no” yo voy a:

.....

.....

.....

Batres (1998)

EXAMINAR A LA FAMILIA Y A LAS PERSONAS DEL ENTORNO

Pidan a las sobrevivientes que elaboren una lista con las personas que las rodean, incluyendo a la terapeuta. Que escriban a la par de cada nombre lo que de esa persona las hace sentirse bien y lo que las hace sentirse mal.

NOMBRE	ACTITUD POSITIVA	ACTITUD NEGATIVA

--	--	--

Complete las siguientes frases:

Las actitudes que más aprecio en las personas son:

– Las actitudes de las personas que me hacen sentir mal son: –

Los cambios debo hacer para construir un sistema de apoyo son: 1. HOY

– ¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en estos temas?

– ¿Qué compromisos adquiriré conmigo misma?

Al revisar el cuestionario: – ¿Qué cambios hice de los que me puedo sentir orgullosa?

Batres (1998)

7	Los síntomas ansiosos Depresivos Y los flashback	AQUÍ Y ALLÍ Identificar puntos calientes Aceptar las emociones Percibir y puntuar la ansiedad del cuerpo	El 5 4 3 2 1 para la ansiedad
----------	---	---	--

MATERIAL

AQUÍ Y ALLÍ

Indicamos a la persona que centre su atención y describa mentalmente, uno a uno, cinco objetos en el «aquí», es decir, del lugar donde se encuentra físicamente en ese momento. Después, cerrando los ojos, describirá cinco objetos del «allí», es decir, del «lugar seguro» generado anteriormente, entonces, con los ojos de nuevo abiertos, tendrá que describir cinco sonidos en el «aquí» y, a continuación, cerrando los ojos, cinco sonidos del «allí». Y finalmente, cinco sensaciones corporales en el «aquí» (ojos abiertos) y cinco en el «allí» (ojos cerrados).

Beyebach (2016)

Identificando “Puntos Calientes”

Cuando recordamos ciertas experiencias, nos resulta difícil evocar determinados detalles, ya sea porque los bloqueamos o porque simplemente son muy dolorosos. Estos son los “puntos calientes” en nuestra memoria, y, en ocasiones, recuperar dichos detalles nos permite comprender mejor nuestras emociones y pensamientos. En la columna izquierda, describa la historia o la imagen de la forma más detallada posible. En la del medio, escriba las partes más dolorosas. En la columna derecha, intente identificar los sentimientos y pensamientos que tiene respecto a estos puntos calientes

Describa la historia o la imagen lo más detalladamente posible.	¿Qué partes de esta historia lo afectan más? Estos son los puntos caliente	¿Qué sentimientos y pensamientos tiene en estos puntos calientes?

Leahy (2018)

Aceptando las Emociones

En vez de intentar librarnos de una emoción desagradable, podemos elegir aceptarla como una experiencia que tenemos en el aquí y ahora. Y, cuando aceptamos que sentimos una emoción, aún podemos elegir adoptar una conducta significativa o placentera. Por ejemplo, quizás Ud. se sienta triste, pero, a pesar de ello, salir con sus amigos o ir a trabajar. Anote en la columna izquierda del siguiente formulario algunos ejemplos de emociones que pueda estar sintiendo. En la columna del medio, escriba algunas “palabras de aceptación” para esa emoción, como ser. “Percibo ese sentimiento” “Ahí está” “Ahora estoy sintiendo [X].”

En la columna derecha, escriba alguna actividad significativa que pueda realizar.

Emoción o sensación que percibo	Palabras de aceptación	Actividad significativa

Leahy (2018)

PERCIBIR Y PUNTUAR LA ANSIEDAD DEL CUERPO

Instrucciones: Con este ejercicio aprenderás a prestar atención, de un modo totalmente nuevo, a las sensaciones de ansiedad que se manifiestan en el cuerpo.

Es una práctica que puede acompañarte a cualquier parte siempre que sientas ansiedad.

¡Es también un modo útil de «bajar al cuerpo» en cualquier momento del día, aunque solo sea para decir «hola» y familiarizarte más con este precioso regalo que todos poseemos!

No hay mejor sistema de detección que el cuerpo para señalarnos que podemos estar desequilibrados en alguna situación –pasada o presente– de nuestra vida.

Ya se relacione la señal corporal con un antiguo trauma, una situación vital difícil o el estrés, la capacidad de percibir estas señales de aviso puede ayudar a responder más rápidamente y de manera más eficaz.

Recuerda, ¡nadie está inmunizado contra la ansiedad! Mediante «Percibir y puntuar la ansiedad del cuerpo» puedes estar presente a ella y gestionarla de un modo sano.

La práctica de darse cuenta de las sensaciones lleva un tiempo, de modo que sé amable contigo mismo mientras aprendes cómo hacerla. Si es posible, haz esta práctica en un lugar tranquilo, para poder observar las sensaciones en detalle.

Sigue los seis pasos que se indican a continuación: Comienza esta práctica en cuanto percibas cualquier sensación de ansiedad.

Si esperas a estar en pleno ataque de ansiedad, ¡puede ser difícil incluso practicar esta técnica!

Cuanto más realices esta práctica, más fácilmente comenzarás a notar el surgimiento inicial de la ansiedad, ya sea una opresión en el pecho o una respiración más superficial de lo normal.

Junta las manos y presiona con los talones en el suelo como un modo de enraizarte en el cuerpo.

Presiona durante unos cinco segundos, luego espira para dejar que el estrés se vaya.

Lleva la atención allí donde sientas ansiedad en el cuerpo y responde las preguntas que siguen. Si estás solo, puedes formular las respuestas en voz alta o escribirlas en el espacio que se ha dejado para ello.

Si estás con otros al experimentar ansiedad, basta con que digas las respuestas mentalmente.

1. ¿En qué parte del cuerpo percibes la sensación de ansiedad?

Nombra tantos lugares diferentes como puedas, desde la sensación más fuerte hasta la más ligera.

--

2. ¿Cómo puntuarías el nivel de ansiedad en una escala del 1 al 7, donde 1 es el nivel más bajo de ansiedad y 7 el más alto?

Escribe a continuación ese número. --

Si la sensación de ansiedad tuviera nombre,

¿cuál le pondrías? --

Si la sensación de ansiedad tuviera un color,

¿qué color sería? --

Si la sensación de ansiedad tuviera una forma,

¿cuál sería? --

Si la sensación de ansiedad tuviera un tamaño,

¿cómo sería de grande o de pequeña? --

Si la sensación de ansiedad tuviera un peso,

¿cómo sería de pesada? --

- Durante un minuto, haz varias respiraciones lentas, serenas y suaves. Mientras las realizas, puedes visualizar o imaginar que este aliento viaja al lugar en el que estás experimentando la sensación de ansiedad.

Permite que la respiración llene esa área. Con cada espiración puedes visualizar la sensación de que el cuerpo se limpia.

Opcionalmente, en lugar de centrarte en la respiración puedes observar la sensación con toda la curiosidad que puedas.

Como un surfista cabalgando una ola, mira si puedes surfear la sensación de ansiedad, percibiendo con todo detalle cada pequeño cambio a medida que aparece y desaparece, igual que una ola del océano.

Al final del minuto, vuelve al paso 3 y puntúa de nuevo el nivel de la sensación en una escala del 1 al 7, respondiendo también a las preguntas sobre el nombre, el tamaño, la forma, el color, el peso, etc.

Sigue observando la sensación durante cinco minutos, percibiendo cómo cambia a cada instante, aunque sea sutilmente.

Reflexiones: ¿Qué has aprendido al percibir y puntuar tu sensación de ansiedad?

¿Cuándo puedes programar como una práctica diaria «Percibir y puntuar la ansiedad del cuerpo» como una manera de darte cuenta de los primeros signos de ansiedad?

Altman (2014)

Etapa 5
Trabajo con el cuerpo

8 y 9	Posee el propio cuerpo que el cuerpo se recupere y se resensibilice. Hablar acerca del cuerpo, ir sintiéndolo parte por parte, imaginar que se lleva la respiración a diferentes zonas, establecer diálogos con alguna parte de él “Posesión significa nombrar, tocar y dibujar el propio cuerpo, permitiendo tener sensaciones, afirmándolo y aceptándolo	Ejercicio de respiración El focusing de Gendin Ejercicios de abrazo de mariposa Ejercicio de sensaciones y texturas Psicoeducación Mi cuerpo cambia Enraizamiento reteevo	Corazones de curación
--------------	---	--	------------------------------

MATERIAL

Abrazo de la mariposa

El procedimiento consiste en entrelazar los dedos pulgares con las palmas de las manos mirando hacia nosotros (formando el cuerpo de la mariposa), apoyando los demás dedos a ambos lados del pecho (formando las alas de la mariposa), con los brazos cruzados. La punta de cada dedo corazón se situará debajo de la clavícula y la mano estará lo más vertical posible (los dedos dirigidos hacia el cuello, no hacia los brazos).

A continuación, situándonos en un aposición cómoda, sentados o tumbados, con los ojos cerrados o semicerrados, y respirando lenta y profundamente (respiración abdominal),

nos enfocaremos en las situaciones y sensaciones que nos producen malestar, a la vez que moveremos las manos alternativamente, dando pequeños golpecitos (tapping) con los dedos en los pectorales, simulando el aleteo de la mariposa (golpearemos suavemente con las yemas de los dedos primero en un lado del pecho y luego en el otro lado, no a la vez).

Otra forma de hacerlo es cruzando los brazos sobre el pecho y situando la mano derecha sobre el hombro izquierdo y la mano izquierda sobre el hombro derecho y dando los golpecitos alternadamente en cada hombro.

Sensaciones corporales

Colocar alfombras con texturas, donde los pies descalzos inicien a sentir diversas sensaciones
Tocar diversas texturas con la yema de los dedos
Pasa o otras partes del cuerpo como brazos, rostro o labios los utensilios de texturas
Colocar velas aromáticas
Bocina son música o sonidos
Elementos comestibles de sabores y sexualizar formas o paisajes con proyectores para empezar la conexión a las sensaciones corporales

Rodríguez (2019)

CORAZONES DE CURACIÓN

Se pide a la persona que dibuje el contorno de su cuerpo y marque con un color aquellas partes que asocia con sentimientos positivos y, con otro, las que asocia con sentimientos negativos. A continuación, la invitamos a volver a trazar, en otro papel, la silueta de su cuerpo y dibujar con un color que asocie a la curación pequeños corazones en las áreas asociadas al dolor o a sentimientos negativos. Finalmente, se le sugiere que identifique diferentes maneras de cuidar, mimar, etcétera esas partes de su cuerpo.

Indicaciones:

Proponemos los «Corazones de curación» a mujeres que han sufrido violencia sexual. Está indicada para recuperar el contacto positivo con el propio cuerpo y con la sexualidad.

Beyebach (2016)

APRENDER LA RESPIRACIÓN ABDOMINAL

Instrucciones: ¿Has visto alguna vez respirar a un bebé? Con cada respiración se mueve no su pecho, sino su pequeño abdomen. Este es nuestro método natural de respiración, y con esta

ayuda sugerida aprenderás a utilizar la respiración abdominal, o respiración diafragmática, para relajar naturalmente el cuerpo.

Si respiras con el pecho, haces respiraciones más cortas y más rápidas. Llevando el aire a la parte más profunda de los pulmones, obtendrás diez veces más aire fresco con cada respiración. Será una respiración más lenta y más larga, pero de tamaño normal. Sigue las preguntas que vienen a continuación para modificar la respiración y obtener los beneficios de la respiración abdominal.

Pregunta

1. «¿Respiro con el pecho o con el abdomen?». Para comprobar si respiras superficialmente o más profundamente, haz lo siguiente: 1. Siéntate en una silla, en una postura erguida pero cómoda.
2. Coloca una palma de la mano en el pecho y la otra en el vientre (por debajo de la caja torácica y por encima del ombligo).
3. Haz varias respiraciones normales. ¿Qué mano o manos se mueven? Si no estás seguro, míralo en el espejo.
4. Si se mueve la mano de arriba, o las dos, eso significa que respiras con el pecho. Si se mueve la mano que se encuentra debajo, estás realizando una respiración más profunda. En cualquier caso, sigue leyendo para lograr el máximo de tu respiración abdominal.

Pregunta 2. «¿Cómo puedo reeducarme en la respiración abdominal?». Vas a aprender un movimiento que estira suavemente los músculos que están entre las costillas (manteniendo de manera natural las costillas para que puedas lograr una respiración más completa).

1. Une las manos llevando los brazos por detrás de la silla.
2. Relaja los músculos abdominales para que el vientre pueda moverse hacia fuera a medida que los pulmones presionan sobre la cavidad abdominal.
3. Percibe si hay más movimiento en la barriga. Es así de fácil. 4. Si no percibieras ningún movimiento abdominal, prueba esta postura: levanta los brazos por encima de la cabeza y junta las manos por detrás del cuello. Esto abre el área pectoral y hace que sea más fácil tomar una respiración más profunda.

Pregunta 3. «¿Cómo debo practicar o utilizar la respiración abdominal?».

1. Para empezar, prueba a practicar tres veces al día, durante un minuto. 2. Puedes notar cuando te sientas tenso o estresado, y en ese momento hacer un minuto de respiración. 3. Presta atención a tu postura, especialmente si estás sentado delante del ordenador. 4. Practica de pie o acostado.
- Reflexiones: ¿A qué hora u horas del día puedes practicar la respiración? - - - 60 - - ¿Tienes alguna dificultad en utilizar la respiración abdominal? - - - - ¿Cómo te beneficiaría esta respiración?

Martin (2016)

MI CUERPO CAMBIA, ME PERTENECE Y LO RESPETO

Inicie la sesión con música suave y con algunos ejercicios de relajación. Seguidamente solicite al grupo que haga los siguientes ejercicios: Dibuja tu cuerpo y señala tus partes privadas con su nombre correcto. 84 Contesta las siguientes preguntas: Siento que mi cuerpo es _____

__ El abuso hizo que me sintiera con mi cuerpo

__ Con el sexo

__ Pienso que el sexo es

__ En círculo y tomando como referencia nombres de artistas o conocidos pueden hablar de problemas del cuerpo como anorexia, bulimia, cortarse. Un ejercicio dirigido a respetar el cuerpo y amarlo puede ser muy importante. Contesta las siguientes preguntas y complete las frases. Voy a cuidar mi cuerpo _____

__ Voy a mejorar lo que pienso y siento de mi cuerpo haciendo

— ¿Qué quiero saber sobre mi cuerpo y nunca he preguntado?

— ¿Qué quiero saber sobre sexo y nunca he preguntado?

Batres (1998)

PRÁCTICA DE ENRAIZAMIENTO RETEEVO

Instrucciones QUÉ: RETEEVO es un acrónimo que representa seis potentes habilidades de enraizamiento (respiración, emoción, tacto, escucha, estiramiento intencional, vista y olfato) que te ponen en contacto con todos tus sentidos.

Esto te permite apartar la atención de los pensamientos de ansiedad o negativos y centrarla en tu entorno de una manera más positiva.

CUÁNDO: Utiliza RETEEVO cuando notes una sobrecarga emocional, como cuando situarías tu estado negativo o de ansiedad entre el 5 y el 7 en la escala del 1 al 7, donde 1 es la menor negatividad y 7 la más elevada.

CÓMO: Los cuatro pasos para practicar la «forma larga» de RETEEVO son los siguientes:

Paso 1. Observa cuándo entras en un estado de sobrecarga emocional, algo que puedes hacer estableciendo tu nivel de negatividad.

No tienes que esperar hasta alcanzar un nivel «alto» para hacer el enraizamiento. De hecho, es una buena idea empezar con la práctica antes, cuando percibas que tu nivel de negatividad está por el medio, sobre el 4 o el 5.

A continuación, escribe las claves que te permiten saber cuándo estás en un nivel 5-7 de sobrecarga emocional.

Dicho de otro modo, ¿cómo percibes tu sobrecarga emocional, qué sensación tienes? (Por ejemplo, podría ser una sensación corporal, querer llorar, una emoción de rabia o de impotencia, etc.). El truco está en observar esto antes de reaccionar emocionalmente de una manera exagerada, o durante la sobrecarga emocional.

Paso 2. Mira alrededor y describe tu entorno con una frase única, siguiendo con la intención de practicar las habilidades de conciencia RETEEVO. Esto podría formularse como: «Estoy en el salón de casa, y estoy practicando las habilidades del estar consciente y enraizado». El propósito de esto es centrarte en el momento presente. Practica esto justo ahora, escribiendo un ejemplo de afirmación intencional: - - - - Paso 3. Busca un lugar en el que puedas pasar aproximadamente entre cinco y siete minutos para practicar en paz. Puedes hacerlo también aunque haya personas presentes, pero es mejor cuando las distracciones están limitadas. Paso 4. A través de las habilidades de conciencia sensorial y enraizamiento del RETEEVO, te reciclarás. Puedes estar aproximadamente entre un minuto y un minuto y medio con cada una de las habilidades de enraizamiento RETEEVO. Justo ahora, practica cada una de las seis habilidades de enraizamiento como se describen a continuación: R (respiración). Durante el primer minuto, utiliza la práctica de respiración diafragmática para permanecer enraizado en la respiración. Al pasar a los otros sentidos, sigue manteniendo un 25 % de tu conciencia en tu respiración.

una distancia segura, sin añadir ningún juicio de 82 bueno o malo; solamente di «sentimiento de rabia» o «sentimiento de tristeza». Puedes incluso especificar dónde lo sientes en el cuerpo, como «tensión en el estómago» o «mandíbula apretada». Mientras sigues haciendo esto, observa si los sentimientos son menos intensos o cambian. Practica dando nombre a tus emociones corporales y tus sentimientos. Si no estás seguro de qué nombre poner a la emoción, inténtalo lo mejor que puedas y escríbelo de cualquier modo. Así llegas a conocer tus sentimientos un poco más de cerca

Si hay alguien implicado en tu sobrecarga emocional, pasa otros treinta segundos o un minuto para darte cuenta de si te resulta posible experimentar empatía respecto a esta persona. Empatía significa imaginar cómo sienten los demás. No quiere decir que ellos estén en lo cierto y tú estés equivocado, o al contrario. Solo quiere decir que podrías entender cómo pueden sentirse. Si no sientes empatía, date cuenta de ello, sin más. Cuando termine el minuto, sigue adelante. ¿Qué pensamientos te vinieron mientras hacías esta parte del ejercicio? - - - -

T (tacto).

Durante un minuto, practica el tacto relajante. Lleva las manos a la altura del corazón, con las palmas una frente a la otra a unos centímetros de distancia. Percibe el calor que puedas experimentar y presta atención a tus pulsaciones hasta que puedas sentir las en las manos. Luego, haz tres respiraciones; con cada una, llena de energía positiva el espacio que hay entre las palmas. A continuación, júntalas lentamente, comprimiendo la energía. Frótalas vigorosamente entre sí durante unos segundos. Ahora, colócate las manos sobre los ojos durante unos momentos, luego una sobre cada sien y después sobre la parte trasera de la cabeza. Permite que la energía de tus manos te relaje y te suavice. A continuación, puedes colocar las palmas sobre la parte superior del pecho y lentamente bajarlas al corazón, el vientre, las pantorrillas y los tobillos. Finalmente, deja que los brazos cuelguen a los lados y sacude las manos durante unos segundos para liberar cualquier tensión que siga quedando. ¿Qué pensamientos te vinieron mientras hacías esta parte del ejercicio?

E (escucha).

Durante un minuto, sintoniza con los sonidos de tu entorno. Permite que tu escucha y tu conciencia se expandan para captar todos los sonidos posibles, incluso los que haces al respirar, moverte en la silla, etc. Intenta escuchar cada uno sin ponerle nombre ni etiquetarlo. Solo date cuenta de cada sonido que tiene lugar de instante en instante, segundo a segundo. Una vez más, escribe los pensamientos que pasaron por tu mente mientras hacías esta parte del ejercicio.

E (estiramiento intencional).

Durante el minuto siguiente, establece una intención sencilla y síguela conscientemente. Podría ser la intención de estirar el cuello girando la cabeza de derecha a izquierda en un movimiento circular relajante. O puedes tener la intención de levantar los brazos por encima de la cabeza al mismo tiempo que inspiras y bajarlos luego mientras espiras. Es una buena idea pensar en una intención que te ayude a liberar la tensión y la opresión del cuerpo. A continuación, escribe algunos movimientos suaves del cuerpo (como los mencionados u otros) que podrías emplear como intención y que te ayudarían a relajarte.

----- V/O (vista/olfato). Durante el último minuto, o un poco más, utiliza los sentidos del olfato y la vista con curiosidad. Haz esto sin pensar acerca de la función de un objeto, o si te gusta o te disgusta. Solamente mira alrededor y observa en detalle todas las formas, los tamaños y los colores de los objetos que puedas, percibiéndolos con una actitud de apertura, asombro infantil e interés. Percibe también las diferentes fragancias que hay en el entorno. Mira alrededor de la habitación o el entorno en el que te encuentres en este momento. Después de haber pasado un cierto tiempo explorando, anota algunas de tus observaciones acerca de lo que has visto y oído a tu alrededor:

Has terminado. ¡Felicidades por acabar esta práctica de enraizamiento RETEEVO! Ahora que has finalizado, continúa y vuelve a valorar tu nivel de negatividad emocional en la escala del 1 al 7. ¿Cómo ha cambiado tu puntuación? Si el enraizamiento ha sido útil, escribe ejemplos de momentos en los que esta práctica podría haberte beneficiado en el pasado, y también cómo podrías utilizarla en el futuro. Recuerda que el enraizamiento RETEEVO es como cualquier otra habilidad. ¡Cuanto más practicas y la utilizas, mejor lo haces! - - - - PRÁCTICA OPCIONAL. Escaneo rápido del enraizamiento RETEEVO. ¡A veces no tienes cinco o seis minutos para descargar la sobrecarga! Afortunadamente, puedes escanear todas las habilidades del enraizamiento RETEEVO en tan solo un minuto o menos. Igual que antes, puedes establecer y luego volver a determinar tu nivel de negatividad emocional en la escala del 1 al 7, tanto antes como después de hacer el «Escaneo rápido del enraizamiento RETEEVO». Ten la intención de realizar el escaneo rápido RETEEVO. A continuación, formula cada letra y la palabra que representa. Luego, sigue con una breve experiencia, tal como se indica a continuación: R (respiración): Realiza una o dos respiraciones diafragmáticas profundas y satisfactorias. E (emoción): Escanea rápidamente tu cuerpo desde la cabeza hasta la punta de los pies, detectando alguna emoción o sensación en él. Dale nombre a esa emoción. T (tacto): Lentamente, toca algo que tengas cerca o presiona los pies contra el suelo. E (escuchar): Percibe un único sonido que esté teniendo lugar en este mismo instante, aunque sea el de tu respiración. E (estiramiento intencional): Formula la intención sencilla de hacer un único estiramiento, y hazlo a continuación. V/O (vista y olfato): Observa un objeto que haya delante de ti y realiza una inspiración profunda para ver qué olor puedes detectar en el entorno

Martin (2014)

El Focusing

Primer paso. Despejar un espacio.

Respira profundamente dos o tres veces y toma contacto con tu cuerpo, presta atención a tus sensaciones.

Haz un espacio para que vayan apareciendo las cosas que más te preocupan en este momento.

Con tranquilidad, ve haciendo el inventario. Cada cosa que surja, salúdala, reconócela y permítete no entrar a fondo.

Haz un sitio para cada una de ellas cerca de ti. Nota siempre que tú eres distinto de tus problemas.

Segundo paso. Formar la sensación-sentida.

Ahora deja que tu cuerpo elija una de las preocupaciones y permítete experimentarla.

Mantente en contacto con tu cuerpo para que este te diga algo acerca de esa preocupación. Espera a que se forme la sensación y trata de percibirla interiormente.

Respira y percibe las sensaciones corporales que te produce... y las emociones.
 Tercer paso. Conseguir un asidero (o permitir que se exprese).
 Mira a ver si hay alguna palabra o frase, o tal vez alguna imagen, que provenga de esa sensación-sentida.
 Toma esa palabra o esa imagen y siéntela un poco más.
 ¿Sientes que tienes un pequeño asidero desde donde estar en contacto con la sensación-sentida? ¿Notas que su expresión a través de esas palabras o imágenes empieza a ser corporalmente adecuada?
 Cuarto paso. Resonar.
 Trata de moverte una y otra vez entre la palabra (imagen o símbolo) y tu sensación-sentida.
 ¿Es esta la adecuada? ¿Se ajusta bien, al menos de momento?
 Quinto paso. Hacer preguntas.
 Pregunta a la zona o parte del cuerpo donde está localizada la sensación-sentida:
 ¿Qué es lo peor de este sentimiento, de esta sensación?
 ¿Qué estaría bien que sucediera?
 ¿Qué se interpone en su camino?, ¿hay algo bloqueado en estos momentos? ¿A qué te está invitando

Martin (2014)

Fase 6 Trabajo con la sexualidad	
-------------------------------------	--

10	Trabajar con la sexualidad, separar la agresión de la experiencia sexual consentida	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • La flor de una relación sana 	
----	---	--	--

MATERIAL

ELIMINACIÓN DE LOS FLASHBACKS DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

Descripción:

Se indica a la persona que cuando se inicie un flashback mientras mantiene relaciones sexuales proceda de la siguiente manera.

Debe:

Abrir los ojos y fijarse en el aquí y el ahora.

Fijarse en las diferencias que existen entre su pareja y el abusador y entre el espacio físico actual y en el que se desarrolló el abuso.

Centrarse en su símbolo de seguridad.

Pedir a su pareja que diga algo que la ayude a sentirse más tranquila. Decirse a sí misma que ahora se encuentra en un lugar seguro.

Pedir a su pareja cualquier cosa que le haga sentirse segura.

No reiniciar la relación sexual hasta que vuelva a notarse cómoda.

Indicaciones:

Se utiliza cuando una persona al mantener relaciones sexuales experimenta o revive el abuso que suf

HOJA DE APOYO, SENSUALIDAD

1. ¿Qué es la sensualidad para usted?

__ 2. Conéctese con su sensualidad. a. Realice un ejercicio suave. ¿Qué siente?

__ b. Prenda velas en su habitación, ponga música y dese un masaje. ¿Qué siente?

__ 3. Siga adelante, toque su cuerpo. El objetivo no es tener un orgasmo. ¿Qué se siente con su cuerpo. Si se desconecta, vuelva, hágalo despacio. Si tiene recuerdos del abuso, no se asuste.

Puede encontrar información de su abuso en este recuerdo y liberar sentimientos reprimidos. Compártalo con su pareja. La parte más difícil de este ejercicio fue:

— Aprendí:

En un pizarrón o papelógrafo, apunten todas sus ideas sobre la siguientes preguntas y discútanlas en grupo. En caso de que no lo deseen así, las pueden desarrollar a solas en su cuaderno de trabajo: ¿Qué es sexo?

— ¿Qué pienso del sexo?

— ¿Qué me enseñó el abuso sobre el sexo?

___ Normas sexuales seguras (Toda sobreviviente tendrá algunas normas sexuales sobre lo que tolera o no). SEGURO INSEGURO _____

_____ Compártalo con su pareja La parte más difícil de este ejercicio fue:

___ Aprendí:

___ Compromisos que tomé:

Batres (1998)

11	Recuperar el sentimiento del deseo	<ul style="list-style-type: none">• Listado de fortalezas• Mis cosas favoritas	Realizar las actividades que pueden generar deseo en general Tomar un baño relajante con aceites
-----------	---	---	---

MATERIAL

LISTA DE FORTALEZAS

Haga una lista de sus fortalezas y cualidades. Hágalo en primera persona.

Si no encontrara muchas, explique por qué. ¿Cuáles son las frases negativas que suele decirse? Al finalizar esta lista cámbielas por positivas.

Negativas Positivas

Batres (1998)

MENSAJES “DECIR NO”

Cuando yo era niña y abusaron de mí me dijeron que:

El haber sido víctima de abuso me enseñó que:

.....

Ahora yo me voy a decir lo contrario. A continuación anota los mensajes que recibía en la infancia pero transformándolos positivamente.

Negativo

Positivo

Batres (1998)

MIS COSAS FAVORITAS

Instrucciones: Prueba un experimento. Piensa, en este momento, en un color favorito. Concéntrate en él durante unos momentos más. Quizás incluso llevas puesta una blusa, una camisa u otra prenda que contiene ese color. Cierra los ojos y mantén este color en tu mente durante unos segundos más antes de continuar. ¿Cómo ha centrado tu atención este color favorito? ¿Cómo te has sentido al prestarle atención? La práctica de «Mis cosas favoritas» es como un imán gigante que atrae tu atención por medio de enfocarte en cosas que te gustan, que te proporcionan una sensación de comodidad y que te ayudan

a sentirte seguro. Y lo mejor de todo es que puedes adaptar tus cosas favoritas para que encajen en aquello que ya te gusta. PARTE 1. Crear una lista de cosas favoritas Mira la lista que viene a continuación. La utilizarás para reunir una lista de categorías en la que centrarte. Observa que hay dos categorías: una para tu cosa más favorita de todas y otra para muchas de tus cosas favoritas, de modo que puedas pensar en más de un color, una persona, un lugar, etc. Rodea con un círculo aquello que te llame la atención de manera espontánea. No pienses demasiado para hacerlo. Utiliza esto cuando te sientas decaído o roto o cuando experimentes pensamientos negativos. Categoría 1. Elige las categorías en las que puedas pensar en una única cosa que te hace s

entir bien.

Canción Persona Artista visual u obra de arte Estación del año Alimento saludable Color Alimento reconfortante Momento del día Aperitivo Aplicación del móvil Actividad matutina Libro agradable Revista Maestro Miembro de la familia Asignatura de la escuela Afición Deporte de riesgo Deporte Deporte de equipo Lugar relajante, seguro

Lugar de vacaciones Habitación en la que vivo Figura histórica Comida Humorista/Chiste Práctica contemplativa Árbol Flor Lugar con vistas Parque Coche/Transporte Disco Logro Gratitud Fragancia/Perfume Prenda de vestir Diseñador de moda Monedero/Cartera Programa de televisión Programa de radio Personaje famoso

Si tienes otras cosas favoritas que no se mencionan en la lista anterior, añádelas: - - - - - Ahora, recopila lo que has elegido, escribiéndolo. Utiliza una ficha, una hoja de papel, el ordenador o el bloc de notas del móvil. En la parte superior de la lista escribe: «Mi cosa favorita». Categoría 2. Elige las categorías en las que fácilmente tienes al menos una o dos cosas favoritas que te hacen sentir bien.

Canción Persona Artista visual u obra de arte Estación del año Alimento saludable Color Alimento reconfortante Momento del día Aperitivo Aplicación del móvil Actividad matutina Libro agradable Revista Maestro Miembro de la familia Asignatura de la escuela Afición Deporte de riesgo Deporte Deporte de equipo Lugar relajante, seguro

Lugar de vacaciones Habitación en la que vivo Figura histórica Comida Humorista/Chiste Práctica contemplativa Árbol Flor Lugar con vistas Parque Coche/Transporte Disco Logro Gratitud Fragancia/Perfume Prenda de vestir Diseñador de moda Monedero/Cartera Programa de televisión Programa de radio Personaje famoso

Ahora, recopila esta lista de categorías en una ficha, una hoja de papel, el ordenador o el bloc de notas del móvil. En la parte superior de la lista escribe: «Mis muchas cosas favoritas». PARTE 2. Accede a tu lista de cosas favoritas Utiliza una de estas listas favoritas, o ambas, cada vez que necesites equilibrar las cavilaciones incómodas o cuando te sientas abrumado por el caos y el estrés. Emplea estas directrices para ayudarte

a usar con éxito la práctica «Mis cosas favoritas»: Directrices: Haz la práctica de repasar tus listas favoritas durante diez minutos o más. Familiarízate con el tiempo que tardas en sentirte en calma o animado. Puedes utilizar esta práctica en cualquier momento, pero quizás lo más efectivo sea que empieces a centrarte en tus cosas favoritas antes de alcanzar un nivel elevado de negatividad o de sentirte extremadamente estresado o deprimido.

Emplea «Mis cosas favoritas» como una técnica preventiva, por ejemplo antes de entrar en una situación o circunstancia que ha actuado como desencadenante emocional en el pasado. Si es posible, busca un lugar tranquilo al que puedas ir a concentrarte en «tus cosas favoritas». Quizás necesites solo unos cuantos minutos para centrarte. Repasa tu lista, comenzando desde el principio. Atiende todos los detalles que puedas de cada cosa favorita. Por ejemplo, si es una canción, cántala mentalmente. Si es un libro, imagina tus - personajes preferidos y las partes favoritas del libro. Si es un lugar con vistas, intenta recordar todo lo que puedas acerca de ese lugar utilizando todos tus sentidos. Sigue repasando una lista, o las dos, todo el tiempo que necesites, o hasta que te sientas conectado, seguro y en calma.

Martin (2016)

12	<p>Trabajo con la intimidad No ver a otro como amenaza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta a una niña abusada • Afirmaciones de bondad 	
----	---	--	--

MATERIAL

AFIRMACIÓN DE LA BONDAD AMOROSA

En su libro Las obras del amor, el filósofo y teólogo danés Søren Kierkegaard compartió cierta sabiduría sobre la esencia del amor. Escribió: Engañarse y abandonar el amor es la más terrible decepción; es una pérdida eterna para la que no hay reparación, ni en el tiempo ni en la eternidad. A alguien que está luchando con el dolor, sea físico o emocional (quizás ambos), puede resultarle difícil pensar en la idea del amor. Pero la afirmación practicada en estas páginas no tiene que ver con el amor en el que puedes estar pensando.

No es el sabor del amor romántico, sentimental o nostálgico, dependiente de una persona o un recuerdo específico. Se trata más bien del deseo compasivo profundo por el bienestar de todas las personas.

Se basa en que todos los seres merecen este amor que no discrimina, que todos necesitamos, porque todos hemos luchado o sufrido de un modo u otro. Incluso esa persona que parece feliz y da la impresión de tenerlo todo tendrá que habérselas con la pérdida y el dolor en la vida.

Así pues, esta práctica es una forma de compasión, palabra que en realidad significa estar con el sufrimiento de otros. Comenzamos desarrollando compasión hacia nosotros mismos. Es un proceso, ya que es posible que uno no sienta que merece este deseo profundo de bienestar.

Si es así, uno puede empezar representándose a sí mismo como el bebé o el niño que fue, y que era merecedor de esta meditación amorosa. Pronuncia las palabras para esa parte de ti. Ofrecer amor y caridad hacia nuestros semejantes es un tema central en todas las tradiciones de sabiduría.

Se encuentran ejemplos claves de bondad amorosa en las historias de cómo Jesús, Buda y Mahoma daban de comer al hambriento y al necesitado, sin discriminaciones.

Sea cual sea tu formación, esta es una práctica inclusiva de la que todo el mundo puede beneficiarse. Además, puedes ver estas palabras de un modo que encaje con tu formación religiosa o espiritual, como una bendición, una oración, una afirmación, etc.

Instrucciones: Sigue las palabras que vienen a continuación, afirmándolas para ti mismo una y otra vez... con el enfoque que prefieras.

1. COMIENZA CON EL PERDÓN Todos hemos sido heridos; por eso esta práctica comienza con el perdón. Tal vez seas ese padre, por ejemplo, que sabe que ofendió involuntariamente a sus hijos y aun así espera la gracia del perdón. O quizás heriste a alguien sin darte cuenta, porque no supiste hacerlo mejor. Sea cual sea tu caso, reflexiona sobre las palabras que vienen a continuación. Permite que el perdón actúe como un bálsamo para tu espíritu herido, para que puedas sanar la herida y seguir adelante. Al enviar perdón, abres también la puerta a una conducta más despierta y sensible, alerta incluso a las consecuencias sutiles de tus acciones y tus pensamientos. Jesús habló de esto en la Biblia (Lucas, 6: 37) cuando dijo: «No juzguéis y no seréis juzgados. No condenéis y no seréis condenados. Perdonad y seréis perdonados». Repite las siguientes palabras antes de seguir adelante: Pueda yo perdonarme por herir a otros. Puedan otros perdonarme por haberlos herido. Pueda yo perdonarme por herirme a mí mismo.

2. PRONUNCIA LAS PALABRAS DE LA BONDAD AMOROSA PARA TI MISMO Repite las palabras siguientes una y otra vez. Dilas hasta que sientas que resuenan en tu interior. Tal vez ello te lleve cinco, diez o treinta minutos. Que esté yo seguro, que sea feliz,

que esté sano,
que esté en paz.
Opcionalmente,

añade estas palabras:

Que quede libre de dolor,
hambre y sufrimiento.

3. PRONUNCIA LAS PALABRAS DE LA BONDAD AMOROSA PARA OTROS

A continuación, repetirás la meditación/afirmación de la bondad amorosa para otras personas. Imagínalas con aspecto radiante, saludable y feliz a medida que les envías este deseo profundo de bienestar. Mira la lista de seis grupos que viene a continuación.

Las dos de arriba resultan evidentes, pero el grupo de «personas neutras» se refiere a aquellos a los que puede ser que veas o con los que puede ser que interactúes de vez en cuando, pero que realmente no conoces, como la cajera del supermercado, aquella persona que vive en tu calle y saludas al pasar, etc.

El grupo de «personas hostiles» representa a aquellos que resultan problemáticos en tu vida. Quizás incluso te han infligido algún daño o te han maltratado. Es un grupo que supone el mayor reto para enviar a otros las palabras de la bondad amorosa.

Si encuentras que no puedes enviarle esas palabras a este grupo, puedes detenerte y comenzar a enviarte amor a ti mismo. Luego, cuando sientas que resuenas con las palabras, comienza otra vez a enviar bondad amorosa a los otros, empezando por la parte de arriba de la lista.

Recuerda que incluso ese maltratador o esa persona difícil en tu vida ha sufrido de un modo u otro y se beneficiaría de tu bendición. Además, sabes que no hace falta que esa persona problemática sepa que le estás enviando esas palabras. De hecho, es posible que ni siquiera esté viva ya. Puesto que la bondad amorosa hace caer los muros de la separación entre nosotros y los demás, decir esas palabras para otros, incluso para aquellos que pueden habernos herido o dañado, también nos beneficia a nosotros.

Estas son las categorías y la manera de repetir el deseo bondadoso-amoroso de bienestar para esos grupos de personas:

1. Maestros/mentores/guías.
2. Familiares.
3. Amigos.
4. Personas neutras.
5. Personas hostiles.
6. Todo el mundo/los seres vivientes/las cosas existentes sin discriminaciones.

Repite las siguientes palabras de bondad amorosa para cada uno de los grupos indicados:

Que (nombre) se sientan seguros y a salvo.

Que (nombre) sean felices.

Que (nombre) tengan salud.

Que (nombre) tengan paz.

Opcionalmente, añada estas palabras: Que (nombre) estén libres de dolor, hambre y sufrimiento.

4. CONCLUYE CON UNA BENDICIÓN O UN DESEO PARA OTROS Después de haber extendido la bondad amorosa a los seis grupos, termina con las siguientes palabras:

Que aquellos que sufren se vean libres de sufrimiento.

Que quienes se ven atenazados por el miedo se vean libres de temor.

Que los afligidos alejen de sí todo pesar.

Que todos los seres encuentren alivio.

Reflexiones: ¿Qué te ha parecido realizar la meditación o la afirmación de la bondad amorosa? ¿Ha habido alguna parte que hayas encontrado difícil?

La práctica de la bondad amorosa lleva tiempo y exige paciencia. ¿Cómo crees que podría ayudarte esto a dirigirte hacia el perdón, para ti mismo u otras personas? - - - - -
¿Cómo podrías desarrollar una práctica meditativa o afirmación constante de bondad amorosa? ¿Cuál sería el lugar ideal para practicarla? Dicho lugar ideal puede ser la soledad de la naturaleza o un espacio diseñado para esta práctica del cultivo de la paz, la bondad y la compasión

Martin (2016)

Buscando a la niña

Recuerde la edad en que usted empezó a ser víctima de abuso, trate de encontrar una escena de la vida cotidiana de ese tiempo. Busque una fotografía suya y mírela bien. Observe niños o niñas que cuenten actualmente con la edad en que se inicia su abuso. Escriba una carta a esa niña, que es usted u otra niña victimizada, díglele por qué no es culpable, díglele cosas que la animen, háblele de su inocencia, del amor y felicidad que se merece. CARTA A UNA NIÑA VÍCTIMA DE ABUSO

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

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

Batres (1998)

Fase 7
Resolución

13	El autocuidado y estrategias de afrontamiento adecuadas	<ul style="list-style-type: none">• Frasco de regalos diarios• Formato de autocuidado• Escribiendo una historia	
----	---	---	--

MATERIAL

CUIDAR DE SÍ MISMA

Para cuidarme a mí misma yo haré lo siguiente:

DIARIAMENTE:

SEMANALMENTE:

MENSUALMENTE

: Si no sé cómo cuidarme a mí misma, preguntaré a las siguientes personas cómo se cuidan a sí mismas:

1.

2

.

3.

¿Qué sentimientos tuve cuando trabajé en este tema?

¿Qué compromisos adquirí

Batres (1998)

Escribiendo una Historia

A veces, es útil escribir una historia sobre lo que recuerda que sucedió, Utilice el formulario que aparece a continuación, y sírvase responder cada una de las preguntas.

Describa lo que recuerda de su historia lo más detalladamente posible. Intente visualizar detalles de lo que estaba sucediendo, los sonidos que rememora, cómo se sentía, cómo se veía todo a su alrededor, sus sensaciones en ese momento, etc.:

¿Qué sentimientos o emociones experimentó en esta historia?

¿Qué pensamientos tiene al repasar su historia?

<p>¿Qué pensamientos lo perturban al repasar su historia?</p>
<p>¿Qué partes de esta historia, qué recuerdos le resultan más dolorosos? ¿Por qué?</p>
<p>¿Le resulta difícil recordar ciertas partes de su historia? Describa los hechos que anteceden a este fragmento que lo perturba y lo que ocurre después.</p>
<p>¿Cómo se siente después de escribir esta historia?</p>

Batres (1998)

Frasco de regaos

Se usara un frazo donde dentro se coloquen post it con regalos que la paciente pueda darse durante un año, se sacaran a cada semana o mes cada papelito.



Fase 8
 Plan para cuando ya no se está en tratamiento.

LA CARTA PARA LOS DÍAS MALOS

Descripción: Proponemos a la consultante que, en un momento en que se sienta bien, escriba una carta dirigida a sí misma en un día malo. En esta carta, la consultante puede

expresar su apoyo a sí misma, y también darse algunos buenos consejos sobre qué puede hacer para sobrellevar ese mal día o incluso convertirlo en uno bueno. Indicaciones: Esta tarea está indicada para la prevención de recaídas, en especial para clientes que en los momentos de retroceso literalmente se olvidan de lo que saben que les ayuda. Para ellos, la carta es una buena forma de salir de su estado negativo y tomar medidas para combatirlo. A tener en cuenta: Proponemos «La carta para los días malos» a aquellos consultantes que ya han mejorado y podido identificar qué cosas les ayudan en los momentos malos. Por tanto, se requiere un trabajo previo en la sesión.

Beyebach (2016)

LA CAJA DE RECURSOS

Descripción: Sugerimos al consultante que prepare una caja (bonita a ser posible) en la que irá guardando todo tipo de «recursos» que le puedan ayudar en un momento de bajón, crisis o recaída: los números de teléfono de personas a quienes llamar; fotos de seres queridos; souvenirs o amuletos; «La carta para los días de lluvia», etcétera. Si en algún momento la persona se siente mal o le parece que está en riesgo de recaer, puede abrirla y utilizar alguno de estos recursos. Indicaciones: «La caja de recursos» es una buena forma de prevenir y manejar posibles recaídas. En este sentido, puede ser también parte del cierre de la terapia

Beyebach (2016)

ADIÓS»... «HOLA»

Descripción: Se le pide a la persona que escriba una carta de despedida dirigida a la «depresión» o a los «bajones». En la carta debe expresar a la depresión su agradecimiento por los servicios prestados y aclarar que ya no va a necesitarla más. También sería útil que la carta explicara las cosas que ya no sucederán más o que la persona dejará de hacer a partir de ese momento. A continuación, redacta otra carta dando la bienvenida a la persona que va a ser (por ejemplo, la «nueva Laura» o el «verdadero Carlos»), explicando también qué es lo que ocurrirá o qué hará diferente a partir de ahora. Indicaciones: Esta tarea tiene un valor simbólico y emocional que puede ayudar a que la persona «se ponga en marcha».

Beyebach (2016)

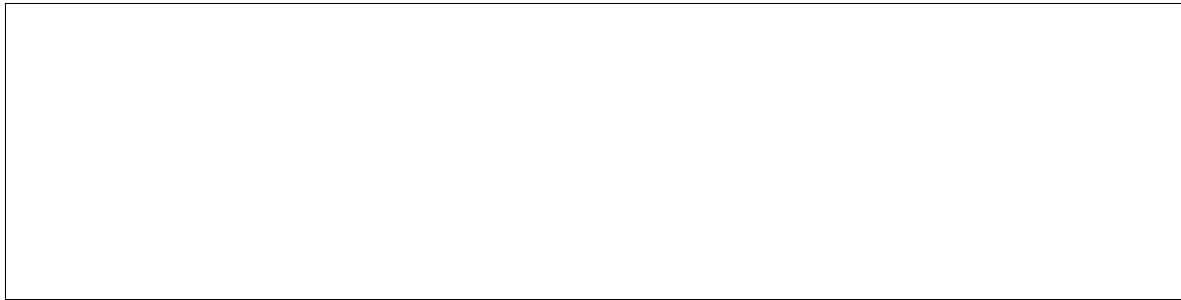
TERAPIA DE APOYO GRUPAL

1	Presentación. Reglas, estructura del grupo. Establecimiento de una alianza terapéutica.	Cartel de reglas Colaje de los sueños	
----------	--	--	--

MATERIAL

Cartel de reglas

Cartel de reglas



Batres (1998)

EL COLLAGE DE LOS SUEÑOS

Descripción: Se trata de que el consultante elabore un collage que recoja sus sueños, metas y aspiraciones. En este collage pueden dibujar, pintar, escribir, utilizar fotos, objetos...

Indicaciones: «El collage de los sueños» es una manera de hacer una proyección al futuro creativa y emocional. Variantes: A veces, nos limitamos a sugerir que los consultantes hagan el collage. En otros casos, les pedimos también que lo coloquen o cuelguen en algún lugar importante de la casa. Con familias o parejas solemos pedir que nos lo traigan a la próxima sesión para comentarlo.

Beyebach (2016)

2	Estableciendo la confianza y un sistema de apoyo.	Visualizar la calma	
----------	--	----------------------------	--

MATERIAL

VISUALIZAR LA CALMA

Visualizar la calma (circunstancial)

Instrucciones:

En este ejercicio aprenderás cómo utilizar el poder de la visualización, o ensayo mental, para encontrar una mayor sensación de calma cuando te enfrentes a una situación que sea generadora de angustia o ansiedad.

La visualización mental, por ejemplo, ha mostrado ser efectiva con los deportistas, ya que los ayuda en la práctica real, así como a prepararse para gestionar el elevado nivel de estrés de la competición.

Esta práctica funciona porque el cerebro responde como si estuviera experimentando la visualización realmente. Ahora bien, lo que es importante es hacer que participen todos los sentidos en tu imaginación mental.

Recrea el escenario de la calma con todo el detalle que puedas. Esto significa darte cuenta de todo lo que ves, oyes, hueles, de las texturas y de cualquier otra sensación que te rodee.

Como en la película Avatar, en la que el protagonista estaba vinculado a un avatar que su mente controlaba, puedes pensar en esta visualización ¡como si fuera tu propio avatar en 3D!

Previsualización:

1. Identifica la actividad durante la que sientes ansiedad. Escríbela en el espacio siguiente:

3. A continuación, identifica cuándo empezaste a experimentar la sensación de ansiedad.

¿Cómo es esa sensación?

Escríbelo aquí:

4. Ahora, identifica lo siguiente:

¿qué estás haciendo generalmente antes de que empiece la sensación de ansiedad?

¿En qué piensas?

¿Qué sientes?

Visualización: En tu visualización, imagínate en el momento justo anterior a percibir la sensación de ansiedad. Contémplate totalmente relajado, en calma, tranquilo, aunque sepas que vas a enfrentarte a una situación que en el pasado te ha provocado sentimientos de ansiedad.

Ahora, imagínate a ti mismo o a tu avatar entrando en la situación al mismo tiempo que sigues totalmente cómodo y relajado. Observa todas las personas, los objetos de la habitación, los sonidos y las cosas que ves a tu alrededor.

Puedes percibir incluso los olores que hay en el espacio.

Es importante que mentalmente te veas consiguiendo estar en calma en tu visualización.

¡Si en algún momento te sientes tenso o con ansiedad, recuerda que se trata de tu visualización!

Siempre puedes congelar la acción, hacer marcha atrás y volver al momento en el que te sentías seguro y en calma. Luego, comienza a realizar de nuevo la visualización.

Sigue conectado a tu respiración suave mientras la llevas a cabo. Al acabar el ensayo mental, practica otra vez... ¡y otra! Siempre puedes imaginarte cada vez más confiado y relajado, lo que te permite ser más flexible y te ayuda a prepararte para cualquier suceso imprevisible que pueda ocurrir cuando estés en tiempo real.

Reflexiones: ¡Enhorabuena por completar este ensayo mental! ¿Cómo viviste el hecho de efectuarlo con éxito?

Piensa de qué manera, aunque sea pequeña, este ensayo mental puede marcar una diferencia para ti y para otros.

¿Cómo podrías practicarlo cada día durante cinco minutos?

¿Dónde y cuándo podrías hacerlo?

VISUALIZAR LA CALMA EN EL MOMENTO DURANTE TRES MINUTOS

Esta es una segunda práctica de visualización, y es para esos instantes en que necesitas calmarte y contrarrestar los sentimientos generales de ansiedad y caos en el momento presente, antes de que te sobrepasen.

Para esta visualización, te basarás en tu historia personal.

¿Hay algo o alguien del pasado que te ha ayudado a encontrar paz o calma?

Puede ser cualquier objeto, sonido, color o incluso un miembro cariñoso de la familia o un amigo. Incluso si este recurso no está disponible en el momento de tu ansiedad, puedes echar mano de tu memoria para ensayar mentalmente una visualización detallada que te produzca alivio.

Durante los tres minutos siguientes, visualiza, con todos los detalles posibles, uno o más de los elementos siguientes, que sean de tu preferencia, y te resulten tranquilizadores y motivadores: Color favorito Persona sabia favorita Comida sana favorita Canción o sonido favorito Lugar tranquilo favorito Animal favorito Entorno natural favorito Cita favorita Actividad tranquilizador

Batres (1998)

3	Autoestima y autoimagen.	Silueta de autoimagen	
----------	---------------------------------	------------------------------	--

| MATERIAL

AUTOIMAGEN

Dibuje su autorretrato (puede usar una hoja adicional)

¿Qué sintió al hacerlo?

__ Haga una lista de sus fortalezas y cualidades; hágalo en primera persona.

__ Si no encontrara muchas, explique por qué.

__ ¿Cuáles son las frases negativas que suele decirse? A1 finalizar esta lista cámbielas por positivas. Negativas Positivas

__ LEA SU LISTA CADA MAÑANA Y CADA NOCHE EN VOZ ALTA

CELEBRANDO LOS LOGROS Haga una lista de sus logros. Incluya aspectos del pasado y del presente. Anote cualquiera, aunque le parezca muy pequeño.

__ CUESTIONARIO DE FORTALEZAS Y VALORES ¿Qué habilidades tiene?

— ¿Cómo puedo celebrar mis logros? Incluya celebraciones que puede hacer en el presente y las que le gustaría hacer en el futuro.

Batres (1998)

4	Los mensajes negativos. Control y poder.	• Cuestionario dialogado	
---	--	--------------------------	--

| MATERIAL

Cuestionario dialogado

Cuando yo era niña y abusaron de mí me dijeron que:

— 35 El haber sido víctima de abuso me enseñó que:

__ Ahora yo me voy a decir lo contrario. A continuación vuelva a anotar los mensajes que recibió en la infancia pero transformándolos positivamente. NEGATIVO POSITIVO

__ DECIR NO Si yo digo no temo que:

__ Quiero decir no a:

_ Si alguien se enoja por decirle no, yo voy a:

Batres (1998)

5	Mitos y realidades sobre el incesto.	• Formato de listado	
----------	---	-----------------------------	--

| MATERIAL

Listado de mitos y realidades

A continuación aparece un listado sobre mitos y realidades del incesto y el abuso sexual. La terapeuta debe mencionar el mito y preguntar a las participantes su opinión. Posteriormente la terapeuta complementará o corregirá lo que las sobrevivientes expresan. Pueden hacerlo en forma verbal o usando un pizarrón o papelógrafo

MITO: El abuso sexual ocurre solamente entre extraños, si las (os) niñas (os) no se acercan a los extraños se evitará el abuso sexual.

REALIDAD: En un alto porcentaje de los casos de abuso sexual, el abusador es un pariente, un integrante de la familia, un amigo, un cuidador o un conocido de la víctima (Batres, Claramunt, 1993).

MITO: Las (os) niñas (os) son responsables del abuso sexual incestuoso.

REALIDAD: El acto abusivo es responsabilidad total del adulto. Las niñas por su edad, conocimientos, dependencia y falta de poder no están en capacidad de decir no, de detener el abuso. En una relación tan desigual de poder no se puede hablar de consentimiento ni igualdad.

MITO: Todas las víctimas de abuso sexual e incesto son niñas.

REALIDAD: Más niñas que niños son víctimas de abuso sexual, pero también los niños lo son.

Algunas estadísticas norteamericanas hablan de que uno de cada ocho varones menores de 18 años y una de cada tres niñas serán víctimas de abuso sexual (Haseltine, Peterson, 1990).

MITO: El incesto y el abuso sexual solo ocurren en familias pobres y sin educación.

REALIDAD: El incesto y el abuso sexual ocurre en familias de todas las clases sociales y en todos los niveles de educación.

MITO: El incesto es una fantasía infantil.

REALIDAD: Una niña o un niño no fantasea sobre acontecimientos dolorosos o que no son vivencias. Estas teorías de la fantasía infantil fueron construcciones teóricas de Freud quien las convirtió en "realidades" científicas (Batres, Claramunt 1987).

MITO: El incesto ocurre solo entre enfermos mentales.

REALIDAD: La mayoría de los ofensores sexuales son personas sin patologías mentales y por el contrario, lo común es que sean personas apreciadas socialmente (Batres, Claramunt, 1987).

Batres (1998)

6	Reconociendo el daño y estableciendo las secuelas.	• Sintonización con la música	
---	--	-------------------------------	--

| MATERIAL

SINTONIZAR CON LA MÚSICA

La música es como una droga potente. ¿Sabías, por ejemplo, que la música adecuada estimula el sistema inmunitario, eleva el estado de ánimo e incluso favorece la curación después de una intervención quirúrgica? Parece sorprendente, pero la música que suena a través de tus auriculares, tu ordenador o cualquier otro aparato puede contrarrestar los sentimientos de depresión y sintonizarte con un estado mental más alegre. Este documento te llevará a descubrir cómo la música te «toca» a ti, igual que tú la «tocas» a ella. Instrucciones: Siguiendo la estructura de la tabla vas a crear un inventario de música y estados de ánimo. Es una oportunidad para que descubras cómo la música modifica tus sentimientos. Para hacerlo, evalúa tu estado de ánimo a medida que escuchas diferentes tipos de música.

Documento: SANAR CON MÚSICA ¿Cuándo es la última vez que cantaste una canción, solo por diversión? Un estudio realizado en la Universidad de Estocolmo, en Suecia, mostró que cuando los aficionados practicaban el canto se reducía la sensación de estrés, al mismo tiempo que experimentaban - sentimientos de alegría y júbilo. Es interesante observar que los cantantes profesionales no obtenían el mismo beneficio, porque estaban preocupados por la ejecución y los resultados logrados. ¿No es hermoso saber que puedes cantar sin esa presión? Aquí se trata de cantar por diversión. Si eres demasiado tímido o no puedes cantar por cualquier motivo, no te preocupes. El solo hecho de escuchar música se ha demostrado que es beneficioso para reducir el estrés, debido a su efecto sobre el sistema vascular. Escuchar música alegre expande y relaja los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Prueba las siguientes estrategias y comenta cómo cambian tu experiencia del dolor, el estrés o la ansiedad. Instrucciones: Experimenta con cada una de las ideas musicales que vienen a continuación para ver cuál funciona mejor para ti. Canta al menos durante cinco minutos cada vez. Si te apetece, puedes cantar más tiempo. Cada vez que pruebes uno de los métodos musicales siguientes, califica el nivel de dolor o malestar que sientes en una escala del 1 al 10, en la que 1 es el nivel más bajo y 10 el más elevado. Tras terminar, asegúrate de calificar de nuevo el dolor o el nivel de malestar en una escala del 1 al 10. De este modo, puedes ver qué método es más eficaz para disminuir el dolor, controlarlo o distraerte de él. (Utiliza la tabla que viene más adelante para seguir la pista a tus puntuaciones).

1. CANTA O TARAREA UNA CANCIÓN QUE TE GUSTE Aunque no acostumbres a cantar canciones, prueba a ver qué te parece cantar una de tus canciones favoritas. También puedes tararearla, lo que produce los mismos efectos. Thomas Jefferson era famoso por tararear sus temas escoceses favoritos cuando vivía en Monticello. Piensa en la posibilidad de cantar una canción de tu pasado con la que disfrutabas. Si no recuerdas la letra, puedes mirar en Internet, donde es muy fácil localizar letras de todo tipo.
2. CANTA CON MÚSICA Como cuando vas a un bar con karaoke, puedes disfrutar cantando con música. Esto podría ayudarte si no tienes las letras.
3. ESCUCHA MÚSICA QUE TE PAREZCA ALEGRE Escucha música que haga que te sientas bien. Esto quiere decir que te produzca un sentimiento inspirador o incluso eufórico. Idealmente, escúchala durante quince minutos o más. Si puedes moverte o balancearte con el sonido, adelante, y permite que tu cuerpo se mueva como quiera. La música de artistas como Randy Newman y Bobby McFerrin parece que provoca sonrisas. ¿Quizás también a ti?
4. EXPERIMENTA CON TIPOS DE MÚSICA DIFERENTES Quizás pienses que solo te gusta un tipo determinado de música. Pero ¿has escuchado otros tipos de música recientemente? Por ejemplo, se ha demostrado que la música clásica relajante ayuda a que las personas sanen más rápidamente después de una operación quirúrgica. Esto podría presentarte la oportunidad de explorar y expandir tus gustos musicales. ¡O quizás confirme tus preferencias actuales! Diviértete descubriendo distintos tipos de música.

Reflexiones: ¿Qué has descubierto sobre la eficacia de la música como modo de gestionar el dolor? ¿Qué has aprendido sobre la capacidad de la música de volver a centrar tu atención? - - - - ¿Qué método para conectar con la música ha funcionado

mejor para reducir el dolor o distraerte de él? ¿Cuál encuentras más manejable y utilizable? - - - - ¿Cómo podrías crear una práctica constante para utilizar la música con el fin de reducir el estrés o el dolor? ¿Cuáles podrían ser las dificultades para que esto funcionase? ¿Cuál sería uno de los beneficios de esta práctica para ti o para quienes te rodean

Batres (1998)

7	Recordando, rompiendo el silencio y la culpa.	• Identificando la culpa	
---	---	--------------------------	--

| MATERIAL

IDENTIFICANDO LA CULPA Y REEMPLZÁNDOLA CON LA REALIDAD

piense en todas esas frases acusatorias que usted se ha dicho por todos estos años. Las razones por las cuales se ha echado la culpa. Así como no debemos evadir el dolor, sino atravesarlo para curarlo, sucede con los sentimientos de culpa, necesitamos conocerlos para superarlos. 1. Fue realmente mi culpa, ¿por qué?

__ 56 2. Creo que fue mi culpa, ¿por qué? (hágase la pregunta cuantas veces sea necesario):

__ 3. No fue mi culpa, ¿por qué?

Batres (1998)

8	El duelo	La actitud de aceptación Apartar la atención	
---	----------	---	--

| MATERIAL

LA ACTITUD DE ACEPTACIÓN

¿Has luchado alguna vez contra algo en tu vida que no podías cambiar? Quizás cuando tenías quince años querías conducir un coche, pero la edad para poder conducir era superior. O tal vez no lograste entrar en la universidad que querías. O acaso perdiste el trabajo para el que te entrevistaron. Sí, podías volverte loco, enfadarte y sentirte frustrado, o podías aceptarlo y seguir adelante.

La aceptación es la capacidad de avanzar, y significa que todavía puedes encontrar otro trabajo, ir a otra universidad o esperar a ser un poco más mayor para poder conducir. La aceptación hace referencia a lo que está bajo nuestro control. Puede incluso ser la actitud con la que hacemos frente a situaciones indeseadas que no podemos controlar o cambiar. La pérdida de la salud física y el dolor son dos de esas situaciones indeseadas. Al responder a las preguntas que vienen a continuación, verás si una actitud de aceptación podría ayudarte. Recuerda que la aceptación es una elección, y es muy diferente de la resignación. No confundas las dos.

La resignación significa abandonar y ser incapaces de ver lo que podemos y lo que no podemos controlar. La oración de la serenidad, piedra angular de los programas de doce pasos, apunta de manera elocuente: Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el coraje para cambiar las que puedo y la sabiduría para conocer la diferencia. Instrucciones El modo que elijas de utilizar el lenguaje respecto a tu situación y tu dolor puede influir en cómo te sientas.

Contesta a las preguntas siguientes para explorar el concepto de aceptación, así como para hallar nuevos modos de trabajar con el lenguaje. La aceptación no es una respuesta, sino un lugar desde el que el cambio puede comenzar. Cuando piensas en tu dolor o tus limitaciones físicas, ¿cómo les describes a otros el modo en que afecta a tu vida?

¿Qué palabras claves cuentan realmente la historia? - - - - -

¿Cómo hace que te sientas esta descripción?

¿Qué emociones surgen en ti al contar a otros tu dolor?

Si pudieras darle un nombre a tu dolor o al estado de tu salud,

¿cuál sería?

Puedes llamarlo como a un personaje de dibujos animados, un color, un objeto o incluso un sentimiento. Elige el nombre que quieras, y siéntete libre para ser creativo. - - - - Si el nombre anterior que propusiste para tu dolor o tu estado de salud te produjo sentimientos negativos, propón un nuevo nombre. Piensa en una palabra o un nombre que pueda hacerte reír o sentirte menos negativo. Una vez más, puedes extraerlo de la televisión, del cine o de cualquier idea u objeto. Averigua si es posible hallar un nombre que te haga sonreír. - - - -

- ¿Qué te parecería no luchar ni tener que ir a la guerra con tu dolor o tu estado? - - - -

¿Qué parte o partes de tu dolor o tu estado puedes empezar a aceptar?

Por ejemplo, ¿puedes escuchar tu dolor como escuchas a un miembro querido de tu familia?

¿Puedes ocuparte de tu dolor como te ocuparías de un amigo herido?

¿Puedes mirar tu dolor como contemplas la foto de una persona heroica a la que admiras?
- - -

- - ¿Cómo podría una actitud de aceptación cambiar el modo como te sientes?

¿Cómo cambiaría la historia que contarías para describir tu dolor o tu estado?

Escribe a continuación esa nueva historia, aunque no estés totalmente comprometido con ella o no la creas del todo. Tan solo mira cómo te sonaría y qué impresión te daría. - - - -

- ¿Qué consejo te daría tu yo sabio, cariñoso, acerca de aprender a aceptar?

Martin (2016)

APARTAR LA ATENCIÓN

¿Has oído alguna vez el sonido de una sirena mientras conducías el coche?

¿Te diste cuenta de que tu atención se estrechaba y se concentraba en el sonido?

Te preguntaste si la sirena pertenecía a un camión de bomberos, una ambulancia o un coche de policía, y de qué dirección venía el ruido. Y en ese momento probablemente te olvidaste de muchos de los otros sonidos y de las cosas que podías ver a tu alrededor.

Eso se debe al poder de concentrar la atención. Del mismo modo, los magos utilizan tu propia capacidad de concentrarte contra ti; te distraen y consiguen que te centres en lo que ellos quieren. Eso se hace para que no te des cuenta de dónde están colocando el objeto que harán desaparecer.

Mediante esta práctica de «Apartar la atención», lograrás ser tu propio mago. En este truco mágico verás si puedes hacer que desaparezca tu dolor, o al menos disminuya, por medio de centrarte intensamente en otras cosas de tu entorno o en acciones que atraigan tu atención hacia otro lugar.

Instrucciones: Para ayudar a que aumenten tus capacidades de «Apartar la atención», vas a crear una «caja de la comodidad».

Esta caja contendrá todas las ideas y modos a través de los cuales puedes sentirte cómodo, para crear cierta distancia respecto del dolor y para ayudarte a prestar atención a aquello que puede proporcionarte algún tipo de placer. En una «caja de la comodidad» puede haber de todo. Puede incluir cosas como una meditación o un CD con música que te inspire, una vela con fragancia de lavanda o incluso una tableta de chocolate. También puede contener notas que te digan qué hacer, como mirar un álbum de fotos que te haga sonreír.

Examina los conceptos que vienen a continuación y rodea con un círculo aquellos que sientas que captarán positivamente tu atención. Si algo te ha funcionado en el pasado, inclúyelo en tu caja de la comodidad. ¿Qué aspecto tiene una «caja de la comodidad»? ¡El que quieras! Puede ser una caja de cartón que has decorado o etiquetado. Puede ser un joyero o un recipiente utilizado para algo diferente. Puedes decorarlo, pintarlo y darle un aspecto expresivo.

ACTIVIDADES CÓMODAS Haz un círculo en las actividades que sabes que apartarán tu atención, aunque sea en una pequeña medida. Una vez hecho, escribe tus selecciones en una hoja de papel para ponerla en la «caja de la comodidad». Adapta la actividad de modo que te resulte manejable. Por ejemplo, un paseo por la naturaleza puede significar andar seis metros más allá de la puerta y percibir la hierba, los setos, las plantas y las flores antes de regresar.

Dar un paseo por la naturaleza
Encontrarte con un amigo
Comer
Sentarte en la naturaleza
Preparar una buena comida
Comer comida con la que disfrutar
Ejercicio apropiado
Llamar a un amigo
Escribirle a un amigo
Leer un libro favorito

Ver una película favorita Escuchar una canción inspiradora Dibujar o hacer esbozos
Mirar una flor Oler una rosa Hacer un crucigrama Hacer un sudoku Leer chistes Leer un
poema Leer un pasaje Escribir (algo divertido)

Hacer estiramientos Respirar profundamente Sonreír (sin motivo) Ver un show televisivo
favorito Estar con la mascota Hacer solitarios Jugar a las cartas con alguien
Rezar/Meditar Jugar a algo como el Scrabble Hacer pompas de jabón

Aprender algo nuevo Escribir un recuerdo positivo Practicar el vocabulario Tomar un
refresco Tomar una bebida caliente Ponerte tu ropa preferida Pensar en una persona
preferida Hallar el color/arte favorito Disfrutar de la habitación preferida Sentarte en un
sillón cómodo Reírte con tu programa favorito

Reflexiones: En el espacio que hay a continuación, añade otras actividades cómodas que
te ayuden a apartar la atención. - - - - COSAS CÓMODAS Rodea con un círculo lo que
te atraiga.

Vela con fragancia Película favorita DVD favorito CD preferido de música alegre
Comida predilecta Libro preferido Poema favorito Cita inspiradora preferida
Aromaterapia Fotos (amigos, familia) Baño de espuma Soplador de burbujas

Crema de manos preferida Recuerdo favorito Joya favorita Carta hermosa Diario de
recuerdos positivos Libro con rompecabezas Rosario para oraciones Objeto o icono
espiritual Escritura favorita Juego de niño preferido Juego de cartas Bebida favorita
(chocolate caliente, limonada).

Reflexiones: En el espacio que hay a continuación, añade otras cosas cómodas que te
ayuden a apartar la atención. - - - - Para ver hasta qué punto eres un buen mago y lo
bien que esto funciona para ti, puntúa tu nivel de dolor antes y después de utilizar una
actividad o un objeto de tu comodidad. De este modo, podrás descubrir qué es lo que
mejor te funciona a ti. Utiliza una escala del 1 al 10, en la que 1 es el dolor más bajo y 10
el más intenso. Puedes hallar que ciertas actividades/cosas funcionan mejor cuando el
dolor es débil al comienzo, mientras que otras funcionan mejor cuando el dolor es alto al
comienzo. Emplea la tabla 217 siguiente como guía, o haz la tuya propia. Recuerda
utilizar la actividad o el objeto durante un tiempo lo suficientemente largo como para que
sea efectivo

Reflexiones: En el espacio que hay a continuación, añade otras cosas cómodas que te ayuden a apartar la atención. - - - - Para ver hasta qué punto eres un buen mago y lo bien que esto funciona para ti, puntúa tu nivel de dolor antes y después de utilizar una actividad o un objeto de tu comodidad. De este modo, podrás descubrir qué es lo que mejor te funciona a ti. Utiliza una escala del 1 al 10, en la que 1 es el dolor más bajo y 10 el más intenso. Puedes hallar que ciertas actividades/cosas funcionan mejor cuando el dolor es débil al comienzo, mientras que otras funcionan mejor cuando el dolor es alto al comienzo. Emplea la tabla 217 siguiente como guía, o haz la tuya propia. Recuerda utilizar la actividad o el objeto durante un tiempo lo suficientemente largo como para que sea efectivo

Dolor antes 1 al 10	Cosas comidas	Dolor después 1 al 10

Batres (1998)

9	La ira: aprendiendo de ella.	• Aprendiendo de la ira	
----------	-------------------------------------	--------------------------------	--

Aprendiendo de la ira.

1. Mencionar al abusador por su nombre, o escribir en una pizarra frente al grupo el nombre, es un acto de poder. Muchas sobrevivientes nunca lo han mencionado siquiera. Pida a las sobrevivientes que pasen a la pizarra y escriban el nombre del o de los abusadores.
2. En un ejercicio de las sesiones No. 8 y No. 9 usted escribió una carta a una niña victimizada. Léala otra vez. Permítase sentir el apoyo que esta situación le produce.
3. Escriba una carta a un abusador o a su abusador, exprese todos los sentimientos de ira que le produjo o le produce:

3. ESCRIBIR MENSAJES NEGATIVOS

Descripción: Se propone a la persona que durante treinta minutos al día escriba mensajes negativos que ha recibido de otras personas y que se concentre en el sentimiento de malestar que le ocasionan. Finalizado ese tiempo, quema o tira los mensajes escritos. Si además lo necesita, puede pedir un abrazo a quien lo desee. A continuación, durante diez minutos y en un lugar diferente, debe escribir mensaje positivos, elegir uno y repetirlo con la mano no dominante. Se le dice que no es necesario que crea ese mensaje en este momento. Pueden ser escritos en folios de colores y la persona debe guardarlos en un lugar seguro y accesible de manera que si aparecen los pensamientos que le hacen sentir mal pueda sacarlos y repetir

alguno con la mano no dominante. El resto de los pensamientos los deja para los treinta minutos. Indicaciones: Esta tarea está indicada ante pensamientos recurrentes negativos. No evitar el pensamiento negativo sino por el contrario recrearse en él durante treinta minutos surte un efecto paradójico. Repetir el mensaje positivo con la mano no dominante ayuda a cambiar el foco de la atención y anclar las cogniciones positivas

Batres (1998)

10	Intimidad y relaciones.	• Cuestionario en ronda	
----	-------------------------	-------------------------	--

Cuestionario en ronda

¿Qué cambios le gustaría hacer en las relaciones que tiene usted con: Su familia?:

__ Su pareja?

__ Sus hijos (as)?:

__ Si su pareja y sus hijos (as), sus amigos (as) y familia fueron un apoyo durante su proceso de sanar, ¿qué les gustaría decirles para agradecerles su cooperación?

Batres (1998)

EJEMPLO DE UNA CARTA DE DESPEDIDA: Setiembre, 1992 "Querida Doctora:
Profundamente agradecida le escribo ahora, de esta manera quiero dar testimonio de la labor que está llevando a cabo con las mujeres que como yo, en diversas formas han sido agredidas. Quiero agradecer al cielo por haberme puesto en el lugar y en el camino correcto. Ingresé al grupo en 1990 en completa crisis, mente, cuerpo, alma y corazón enfermos. Yo sentí estar al borde de la locura, algo malo ocurría dentro de mí, pero yo no sabía qué era. El desequilibrio emocional era evidente, me dejaba llevar por el confuso impulso de hacer y decir cosas. Recuerdos repentinos horribles se venían acompañando mi vida. Hacía pasar muy malos ratos a mi querida familia con mi conducta. Aprendía cuidar de la niña escondida y asustada dentro de mí. Cada semana descubría un mecanismo nuevo, poco a poco aprendí a cuidar de mí misma y la única forma en que el pasado regresa, es si yo lo permito. Ojalá que todas las personas que están en situaciones similares a las mías, acudan a este tipo de tratamiento y puedan evitar llegar a depresiones que puedan causarle daños irreparables. Soy una sobreviviente, mi meta es continuar firme y nunca más permitir ser humillada, agredida y menos, nunca más abusada sexualment



Clínica Psicoresilientes otorga un

RECONOCIMIENTO

A:

D. V

Por su destaca participación en el taller grupal de apoyo emocional dirigido hacia mujeres.

[Signature]

DULZCE VE
participante.



[Signature]

Psoterapeuta

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed Tr.)
- Altman (2014). 50 técnicas de mindfulness. Editorial Sirio. S.A.
- Aznárez, B. (2021). *El trauma psíquico es de todos*. Edición independiente.
- Batres, G.(1998). *Tratamiento grupal adultos y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual*. Editorial Eidos.
- Beyebach, M. (2016). *200 tareas en terapia breve*. Herder editorial.
- Broks, E. (2019). *Terapia cognitiva conductual*.
- Canales, J. (2015). *El Cristal Roto, Sobreviviendo al abuso sexual*. Editorial Paidós.
- Crespi, E. (2017). *Terapia sexual en parejas*. Editorial Síntesis S.A.
- Cortina, R. (1998). *Trauma y reparación*. Editore Milán
- De Rivera, L. (2018). *Listado de Síntomas Breve*. Tea Ediciones.
- Espinoza, M. (2022). *La psicopatología, psicología de la anormalidad*. Editorial Terracota. Bajo el sello de Pax
- Fernández, F. (2020). *Lo que pasa entre nosotros, terapia sexual con Gestalt*. Editorial terracota bajo el sello Pax
- Froxám, M. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana*. Ediciones pirámide Grupo Anaya S.A.
- García, M. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad*. Ediciones Pirámide Grupo Anaya S.A.
- Gillihan, S. (2018). *Terapia cognitiva conductual Fácil*. Editorial Sirio. S.A.

- Guerra, L. (2019). *El clavo ardiendo, claves de las adicciones amorosas y los coenflctos en las relaciones de pareja sanas y patológicas*. Ediciones Octaedro S.L.
- Hernández, R. (2018). *Metodología de la investigacion, las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. Mc Graw Hill
- Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Santiago Montevideo.
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Instituto cántabro de servicios sociales.
- Kreisman, J. Y Straus, H. (2021). *Te odio, no me abandones*. Editorial Sirio S.A.
- Leahy, R. (2018). *Técnicas de terapia cognitiva*. Riberia Akadia editorial.
- López, F. (2014). *Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*. Editorial Síntesis S.A.
- Martin, L. (2016). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Ediciones pirámide Grupo Anaya S.A.
- Martin A. (2013). *Manuel practico de psicoterapia Gestalt*. Editorial Descleede Brouwer.
- Matos, J. (2020). *Un curso de emociones*. Ediciones Urano S.A.U.
- Merino, B. (2016). *Autoestima*. New Harbinger Publications.
- Montejo, N. (2021). *Abrazar al monstruo*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Moya, L. (2015). *Neurocriminología, psicobiología de la violencia*. Ediciones Pirámide Grupo Anaya S.A.
- Müller, M. y López, C. (2016). *Madres de hierro, las madres en el abuso sexual infantil*. Editorial Maipue.
- Nardone, G. Balbi, E. y Boggiani, E. (2020). *El placer frustrado*. Herdes Editorial Barcelona S.A
- Nardone, G. Cagnoni, F. y Milanese, R. (2023). *La mente herida*. Herder editorial.
- Naupas, H. Mejia, E. Novoa, E. y Villagómez, R (2014). *Metodología de la investigación*. Adiciona de la U.

- Navarro, J. (2015). *Violencia en las relaciones íntimas*. Herder Editorial, S.L.
- Pérez, F. (2021). *La mente renovada*. Editorial, Terracota bajo el sello de Pax.
- Pichardo, M. (2014). *Protocolo de intervención en crisis por revelación de abuso sexual infantil*.
Fundación PAS
- Portillo, J. (2014). *Víctimas de abuso sexual*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.),
- Prins, F. (2012). *Introducción a la psicología*. Editorial Sirio S.A.
- Ramos, R. (2021). *La selva del maltrato*. Editorial Morata
- Reyebach, M. y García, F. (2022). *Superar experiencias traumáticas*. Edición Herdes Editorial
Barcelona S.A.
- Reyes, M. (2020). *Guía clínica de Evaluación y tratamiento de comportamientos suicidas*.
Editorial Manual moderno.
- Reynoso, L. Becerra, A Y Lugo, I. (2019). *Tratamiento de estrés postraumático en adultos*. Editorial
- Rodríguez, A. (2019). *Manual de psicoterapias*. Herder Editorial S.L.
- Rojo, J. (2017). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Ediciones pirámide Grupo Anaya
S.A.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda*. Editorial Eleftheria
- Ruppert, F. (2016) *Trauma Precoz*. Edición Herdes Editorial Barcelona S.A.
- Ruppert, F. (2017). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares*. Paidós.
- Santos, R. (2013). *Levantarse y luchar, como superar la adversidad con resiliencia*. Penguin
Random House Grupo Editorial S.A.
- Sweeton, S. (2019). *Tratar el trauma*. Editorial Sirio S.A.
- Vargas, A. y Libenson, K. (2017). *Estrés postraumático*. Editorial el manual moderno.
- Vázquez, F. Otero, P. Blanco, V. y Torres, V. (2015). *Terapia de solución de problemas*. Alianza
Editorial S.A.

Vázquez, J. (2020). *Alas rotas*. Penguin random house grupo editorial.

Winston, S. y Seif, M. (2017). *Guía para superar los pensamientos atemorizantes, obsesivos o inquietantes*. Editorial Sirio S.A.

Wolf, J. (2022). *Superando el duelo después de un suicidio*. Editorial Terracota bajo el sello PAX