



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ABUSO SEXUAL OCURRIDO EN LA INFANCIA.

Alumno: Ángel Santiago Santiago.

Tutor: Luís Joaquín García López.

Fecha: 03/03/2021.

1. Resumen.

En este trabajo se presenta la evaluación e intervención del caso de una mujer adulta que manifiesta un malestar muy intenso desde hace bastante tiempo, que se agudiza por las tardes y que ha empeorado por el periodo de confinamiento a causa de la pandemia por el COVID19, motivo por el que decide acudir a terapia psicológica. Se llevaron a cabo diferentes métodos de evaluación como entrevistas, observación en las sesiones, autorregistros y análisis funcionales de las conductas problema. Durante la intervención hubo que reformular todo el caso debido a la información dada por la paciente acerca del abuso sexual sufrido en su infancia. Tras ello se plantearon los nuevos objetivos terapéuticos a conseguir consensuados con la paciente, para posteriormente diseñar un plan de intervención totalmente adaptado e individualizado para la paciente. Dicho plan de intervención se encuentra basado en la evidencia científica correspondiente con el fin de ayudar en este caso, utilizando los diversos procedimientos necesarios para ello. Habiendo aplicado los diferentes procedimientos de intervención, la paciente ha conseguido trabajar esta historia traumática de su vida, disminuyendo su malestar físico, consiguiendo mejorar la relación con su pareja a nivel emocional, pero sobre todo a nivel sexual. Estos resultados en la parte central del problema han repercutido y generado mejorías en diferentes ámbitos de su vida como son su autoestima, pensamientos, relaciones sociales y autocuidado.

Palabras clave: Abuso sexual, infancia, trauma, relación sexual.

Abstract.

This paper shows an evaluation and intervention case of an adult woman who feels a lot of discomfort for a long time, which is very intense in the afternoons and has worsened due to the period of confinement by COVID19 pandemic, this is the reason for what she decided to go to psychological therapy. Different methods of evaluation were made like interviews, observation in the sessions, self-registration and functional analyses of behaviour problems. During the intervention, all this case had to be reformulated due to the information given by the patient about sexual abuse suffered in her childhood. After that, we proposed new therapeutic goals to achieve, for design an intervention totally adapted and individualized to the patient. This intervention has been based by scientific evidence with the final purpose to help her, using various procedures. When different intervention processes were applied, the patient has got to work on this traumatic history of her life, decreasing her physical discomfort, achieving to improve her emotional relationship with her husband, but most important her sexual relationship with him. Results at central problem has influenced and improved on different situations in her life like self-esteem, thoughts, social relationships and self-care.

Keywords: Sexual abuse, childhood, trauma, sexual relationship.

2. Descripción de la demanda del cliente.

A. acude a terapia porque siente un malestar muy intenso, en sus propias palabras: *“me pongo malísima, en el sentido de que me dan mareos, vómitos, diarrea, quemazón o malestar en el pecho”*. Actualmente esto le sucede por las tardes, cuando tiene que hacer menos cosas o se encuentra menos distraída. Señala que el confinamiento le ha venido bien, puesto que así no tiene que salir de casa, exponerse, reunirse con amigos, porque no se siente bien.

Recorre a la terapia psicológica para tratar de poner solución a este malestar tan intenso y hallar porqué se produce, puesto que como A. refiere *“me impide estar cómoda en cualquier sitio, siento que me voy a desmayar, que me estoy volviendo loca y necesito parar esto para volver a disfrutar de mi día a día”*.

3. Antecedentes históricos.

A. es una chica de 39 años, casada con su pareja S. y con el que actualmente se encuentra viviendo, también tiene una hija de 17 años pero proveniente de otra relación. A día de hoy no está trabajando en nada concreto, sino que realiza trabajos temporales y muy cortos en el tiempo como cuidar a un niño. Está estudiando un máster en una universidad española, tras haber finalizado el año anterior su formación en el grado en magisterio, aspecto que A. resalta con orgullo porque dice que *“le encanta ayudar a los niños en situaciones difíciles”*.

A. menciona que a pesar de seguir con su vida, se le está dificultando muchísimo a raíz del malestar que está sintiendo, puesto que refiere sentir mareos, náuseas, dolor en el pecho, temblores en las piernas, preocupaciones constantes, todo ello le provoca que no pueda estar cómoda estudiando el máster o dedicarse a cualquier tarea o situación que se produzca, como puede ser salir con su pareja, con sus amigos, entre otras cosas, como ella misma refiere *“mi cabeza empieza a funcionar y no para, y termino poniéndome mala”*.

A. manifiesta que esto le lleva ocurriendo desde hace unos años, pero que no era tan intenso como ahora, y ha podido sobrellevarlo, sin embargo durante el periodo de

confinamiento debido a la pandemia del COVID19 tuvo un par de situaciones en las que estuvo realmente mal y fue ahí donde se planteó que necesitaba ayuda psicológica.

Con respecto al ámbito de su vida familiar cuando era pequeña A. refiere que tuvo dos episodios que le marcaron, los cuales fueron la muerte de sus abuelos (uno por cáncer y suicidio). Uno de ellos fue cuando tenía 6-7 años, su abuelo estaba con cáncer y a causa de ello vivía en casa con oxígeno, A. comenta que ella entraba a visitarlo, lo veía, le daba un beso, y se iba a la cocina con sus primos y familia a comer *“en plan fiesta, y lo dejábamos allí solo, como abandonado y solo, como finalmente murió”* como comenta A. Su otro abuelo murió a causa de un suicidio (cortándose las venas), cuando ella tenía 15 años, a raíz de esta situación es cuando A. recuerda que comienzan las molestias físicas que sigue teniendo a día de hoy.

Hace poco tiempo el recuerdo de su abuelo muriendo solo, le vino cuando venía del máster, sola en el coche, porque escuchó en la radio noticias sobre el COVID19 y como las personas mayores morían solas, *“esta idea me aterra, no quiero verme sola, me da miedo”* refiere A.

Mencionando a su familia en particular, A. manifiesta que la relación siempre ha sido muy fría tanto con sus hermanos como con sus padres, apenas se mostraban cariño físico unos a otros, aunque se diesen besos, ella no lo percibía como cálido. Define a su madre como *“la sargento”*, puesto que siempre hacía todas las tareas de casa, trabajaba y mantenía todo en orden, para ella ha sido una mujer referente *“en el sentido de tirar hacia delante”*, no había problemas con su madre, su relación era y sigue siendo buena.

Sin embargo con su padre no era igual, era muy autoritario y frío, hasta que le sucedió el episodio del embarazo temprano cuando era una adolescente, en el cual su padre se implicó muchísimo, estaba pendiente de ella, de su hija y sus estudios, en sus palabras *“no quiero decir que antes fuese malo, sino que era más frío, pero tras eso todo cambió y fue un apoyo esencial para mí”* refiere A.

Tras toda esta situación caótica su padre fallece a los 4 años de tener a su hija, tras 9 meses de cáncer de colon, manifestando que le gustaría decirle todo lo que ha conseguido actualmente (se derrumba y llora desconsolada). Este episodio le quedó

marcado, puesto que lo llevaron mal en su casa, era ella la que estaba con él, le cuidaba, le ponía los pañales, este evento refleja que su padre le decía que lo sentía por tener que cuidarle así. Manifiesta que el día de su muerte, ella estuvo allí, viéndolo que estaba bien, y sin embargo cuando salió de vuelta a su casa, murió, tuvo mucha rabia contenida, no pudo despedirse de él. El tiempo posterior se sintió arropada por su familia, hubo una época en la que no se mencionaba ni se hablaba de él, sin embargo, a día de hoy con su pareja, su hija y su familia, hablan de como era su padre, pero no ha podido desahogarse como le gustaría.

Con respecto al evento del embarazo, comenta que no ha sido fácil. Pasó una época “oscura” en su vida, puesto que le gustaba salir, *“pero un fin de semana me acosté con un chico y me quedé embarazada con 21 años”*. Refiere que esto paró su vida, y se sintió muy sola, a pesar de que su familia estaba apoyándole, pero no tenía amigos, porque seguían sus vidas y no tenía el compromiso de una pareja, esto le llevó a obligarse a tener una relación de pareja con este chico, el cual pasaba de todo (además se drogaba y bebía mucho alcohol). Una vez se lo encontró en su casa (borracho), cogió a la niña de 2 meses en brazos y empezó a zarandearla, A. se la quitó, y el chico cogió un cuchillo, y lo tiró, dando contra la mesa y rompiendo el cristal, tras esto el chico cogió a A. tan fuerte del brazo que le quedó la señal, sin llegar a agredirle, *“en ese momento me cagué, tuve mucho miedo, salí de la casa, iba llorando por la calle hasta que llegué a casa y se lo conté a mi madre, e inmediatamente se lo contó a mi padre, este último me dijo que no volvería a ver a este chico, pero que no lo denunciaríamos porque ya tenía muchos problemas”*. Tras esto, el chico la siguió llamando por teléfono fijo, amenazándola.

Con 3 meses de embarazo se lo comunicó a su madre, manifestando que *“ésta dejó de desayunar al momento y no pudo terminar, se puso a llorar desconsolada”*. Tras esto, tuvieron una reunión familiar en su casa, con sus padres, su hermano y su hermana, y su padre comenzó a reprocharle lo que hizo, si se quería ir de casa no tenía por qué hacer eso.

Sin embargo a raíz de dicha reunión A. notó muchísimos cambios en la relación con sus padres y hermanos.

Su hija tiene ahora 17 años, comenta que se lleva muy bien con la familia de su padre biológico, que ve a sus abuelos, habla con él, pero se avergüenza cuando habla de su padre con sus amigas. A veces A. tiene la necesidad de decirle lo que le hizo, pero no se lo ha llegado a decir. A. se lleva bien con su familia, pero con este chico no ha vuelto a hablar, ni se lleva con ella.

Con respecto al ámbito social manifiesta que actualmente tiene y sale con unos buenos amigos y su pareja, que cuando está con ellos es capaz de distraerse y el malestar disminuye, aunque algunas veces aparezca y tenga que sobrellevarlo.

Entre sus aficiones A. comenta que le gusta y relaja ver series, la música, la tv, la radio, las tareas de casa y hacer deporte.

No obstante, A. comenta en una de las sesiones que si lo que se habla es confidencial y me cuenta una historia que nunca antes había contado ni hablado con nadie, es la primera vez.

A. menciona que sufrió abusos sexuales durante su infancia, este es el tema que ella sabe que a día de hoy le está afectando, lo siente como una carga muy pesada, y es uno de los motivos por los que está mal y no disfruta.

El recuerdo de estos episodios surgen hace 5 años, cuando se encontraba trabajando en un centro de menores como limpiadora. Un día la psicóloga del centro estaba hablando con una menor y al terminar la psicóloga le habló a A. diciéndole que había sufrido abusos sexuales de pequeña, *“que ahora no lo veía como un problema pero que en un futuro saldría”*, frase que a día de hoy A. la tiene marcada, además de que se sintió muy identificada con la chica, y a partir de ese momento se le empezaron a venir recuerdos, imágenes y sensaciones de lo que le sucedió, sin embargo ella siguió trabajando y *“tirando hacia delante”*. Pero su malestar fue en aumento, tanto que le provocaba mucho malestar, dolor en el pecho, nerviosismo, dolor de cabeza continuo.

No lo ha contado nunca, porque A. cree que va a producir muchos males como son:

- Separarse de su pareja.
- Que no la crean (*“porque hace 30 años de esto”*).
- Pelearse con su familia.
- Encontrarse sola y enferma.

Además dice que no quiere contarlo porque va a hacer mal a gente que no se lo merece, es decir, a la familia de estas personas.

A. se atreve a narrar cómo fueron los episodios. Recuerda que le sucedió con 7-8 años, antes de la comunión (recuerda un episodio de tener que confesarse y decidir si contarlo o no al sacerdote, finalmente no lo hizo), que fueron varias veces, fueron dos personas un familiar suyo y una persona conocida, que tenían 7 y 9 años más que ella (14-16 años, respectivamente). Tras la comunión no volvió a suceder nada más.

Comenta que fueron varias veces, pero por separado con estos dos chicos, un primo suyo (en casa de su primo, sin nadie, sin sus tíos) y un amigo del vecindario (jugando con cajas de cartón, mandaba a los otros niños fuera a jugar y se quedaban ellos dos), ambos chicos se conocían, pero ambos actuaban igual, buscaban quedarse a solas con ella, actuaban directamente (tocamientos, penetraciones, sexo oral, eyacular en ella...) y por último le decían que esto no podía contarlo a nadie. A. dice que ella nunca lo contaba, y que se iba a su casa con dolor, daño, y a ducharse, porque sentía mucho asco tanto a los chicos como la situación. Por eso siente miedo al quedarse sola.

A día de hoy le da muchas vueltas de porqué a ella, si estos dos chicos lo hablaban, lo planificaban, ella no era capaz de decir que no, por miedo, por no defraudarlos. Ante el familiar siente pena, y la otra persona, asco y aversión, de hecho evita hablar de él, ni siquiera quiere verle, sin embargo cuando piensa sobre la situación es capaz de atribuir la culpa a los chicos, no a ella, porque no pudo hacer nada, era una niña.

Cree que es momento de ayudarse a ella misma, no sabe cómo empezar a manejar todo esto y contarlo sin hacer daño. A pesar de toda esta situación, A. es capaz de plantearse que en un futuro pueda ayudar a personas jóvenes, incluso hacer un doctorado dirigido a

la ayuda y cómo influyen estos eventos en las personas, es decir, que tiene proyectos futuros.

Por último refiere como a raíz de todo esto ha tenido conductas de riesgo y problemas a nivel sexual, como puede ser el embarazo de su hija y actualmente con su actual marido, con el que apenas tiene vida sexual *“porque no me gusta, no me apetece, esto hace que S. se enfade y yo le explico que mis prioridades en la relación no son sexuales, que hay otras prioridades, pero lo hago con el objetivo de evitar esta situación”* como comenta A.

A. termina manifestando que se siente como si su vida haya sido un engaño continuo, porque ha ocultado durante muchísimo tiempo estos episodios. Siente necesidad de soltarlo, trabajarlo, contarlo y que las demás personas sepan por lo que pasó, que entiendan porque se comporta como lo hace, y sobre todo recuperar su bienestar.

4. Hipótesis surgidas durante la entrevista.

Tras toda la información inicial proporcionada por A., además de los procedimientos necesarios para la evaluación de su caso, se comienzan a barajar una serie de hipótesis por la situación actual que está viviendo de cara al trabajo terapéutico. Ante el miedo que siente hacia la soledad puede darse por varias historias de abandono, como uno de los fallecimientos de su abuelo (suicidio) y el fallecimiento de su padre, además de su embarazo de riesgo, donde sus amigos no estuvieron presentes, reforzando así su miedo a quedarse sola.

Además todo el malestar que actualmente está sintiendo puede deberse al conjunto de eventos estresantes ya mencionados que no han sido procesados de manera saludable o no han permitido un desahogo, validación y aceptación emocional, fundamentalmente el fallecimiento de su padre, donde no pudo despedirse de él, añadiendo además el fallecimiento de otro de sus abuelos.

A esto hay que sumar la situación avenida por la pandemia del COVID19, ya no solo por el virus y lo que está provocando, sino también por el confinamiento vivido, aspecto

que A. refleja que le produjo aún mayor malestar, debido a que pensaba mucho, estaba mucho tiempo sola, y sentía miedo. Además, influye la relación actual con su pareja, la cual después de tantos años casados no es la misma, siente que están más distanciados, apenas tienen gestos de cariño e intimidad sexual.

Valorando toda esta información, comenzamos a acordar y trabajar los objetivos terapéuticos necesarios para su ayuda y mejoría, como quedan reflejados en el apartado 6.1.1. de este trabajo.

Sin embargo, el curso de la terapia cambió cuando se reveló la información crucial que confiesa A. relativa al abuso sexual, teniendo que reformular desde el inicio todo el caso, tanto sus análisis funcionales de la conducta, hipótesis de trabajo, objetivos de intervención como plan de tratamiento. Teniendo que adaptarlo todo a la nueva situación.

Por ello, las nuevas hipótesis que se generan reformulando todo es que el malestar que A. refleja pueden venir de estos episodios de abusos sexuales producidos durante su infancia, no habiendo sido procesados, y nunca antes haberlos contado a nadie (hasta ahora), lo que intensifica aún más su malestar. Por tanto todos los eventos estresantes que ha sufrido, no supongan un problema como tal para ella, sino que influyan en este evento, no permitiéndole cerrar o afrontar por completo estas situaciones estresantes comentadas al inicio de manera funcional. Además, también podría explicarse el miedo a la soledad debido a que estos abusos ocurrían cuando no había nadie a su alrededor, solo los abusadores, y cuando ella se encontraba sola.

Todo esto está influyendo en la manera que tiene de relacionarse socialmente y con su pareja, sintiendo mucho miedo y malestar al exponerse hacia las personas, haciendo que sea una persona que apenas disfruta o se divierte, lo pasa mal, no habla de sus asuntos personales, se aísla, coincidiendo con la definición que A. proporciona de sí misma en sesión.

Por lo que tras reformular las hipótesis, los objetivos terapéuticos a conseguir también sufren una serie de modificaciones, acordadas por supuesto con la paciente, quedando reflejados en el apartado 6.1.2. de este trabajo.

5. Técnicas y procedimientos de evaluación.

La evaluación llevada a cabo con A. ha sido a través de las entrevistas en las sesiones, para obtener la mayor cantidad de información posible acerca de su vida. Junto a dichas entrevistas también se tuvo en cuenta la observación (dentro de lo que permitía el formato online) de comunicación no verbal y paraverbal.

Se registraron las verbalizaciones encubiertas de A. en sesión (como se reflejan en los antecedentes históricos), así como sus reglas verbales que de alguna manera dirigen e influyen en sus conductas, reflejados en los análisis funcionales de la conducta.

Además se administró un autorregistro (**ANEXO I**, *tabla 1*) que A. rellenaría durante una semana con el fin de obtener la información más precisa posible de su malestar.

Finalmente se llevaron a cabo análisis funcionales de la conducta de A. (**ANEXO II**) basados en los principios de aprendizaje de la psicología y en Froxán Parga (2020), con el objetivo de observar las hipótesis de origen (*figuras 1, 2*) de sus problemas, las hipótesis de mantenimiento de sus problemas (*figuras 3, 4, 5*), teniendo en cuenta las variables disposicionales, aquellas que influyen en su problema, para entender todo lo que le está sucediendo, facilitando así el establecimiento de los objetivos que quiere conseguir y planteando una propuesta de intervención acordada entre ambos para que ésta fuese lo más adaptada y efectiva posible.

6. Resultados de la evaluación y propuesta de intervención.

6.1 Objetivos y secuenciación.

6.1.1. Objetivos iniciales (Sesión 1 hasta la sesión 4).

- **Procesar varios eventos estresantes.**
 - ➔ Fallecimientos de sus abuelos.
 - ➔ El duelo de su padre (sesión 3).
- **Disminuir ciertos miedos actuales.**
 - ➔ Adaptar su vida a la pandemia por el COVID19.
- **Disminuir el malestar fisiológico.**
- **Trabajar la soledad.**
- **Flexibilizar su rigidez cognitiva.**
 - ➔ Aprender a delegar tareas.

6.1.2. Objetivos que se plantearon tras reformular el caso (Sesión 5 hasta la sesión 14).

- **Explicar el análisis funcional de la conducta.**
- **Procesar el evento traumático.**
- **Trabajar la valía personal (autoestima).**
- **Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas.**
- **Disminuir los niveles de ansiedad mediante exposición generando un nuevo repertorio conductual.**
- **Mejorar el autocuidado.**
- **Favorecer las relaciones sociales.**

6.2 Programa de intervención.

Aquí se muestra el cronograma con todo el trabajo que se ha ido realizando en cada sesión a lo largo del todo el proceso terapéutico, mostrando los objetivos e intervención de la siguiente forma: objetivos (intervención).

- **Sesión 1:** Evaluación.
- **Sesión 2:** Evaluación.
- **Sesión 3:** Procesar varios eventos estresantes – el duelo de su padre (adaptación técnica silla vacía, carta a su padre).
- **Sesión 4:** Información abuso sexual. Evaluación.
- **Sesión 5:** Evaluación. Explicación análisis funcional de la conducta. Trabajar la valía personal (disminuir autocríticas destructivas, autoconcepto).
- **Sesión 6:** Procesar evento traumático (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, carta de autocompasión y perdón / adaptación de la técnica de la silla vacía). Trabajar la valía personal (autocompasión). Mejorar el autocuidado (burbujas del autocuidado). Favorecer relaciones sociales (relación cordial).
- **Sesión 7:** Procesar evento traumático (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Disminuir los niveles de ansiedad mediante exposición generando un nuevo repertorio conductual (círculo de control de Covey, identificar sus preocupaciones / restricción de preocupaciones, técnicas de relajación progresiva de Jacobson, técnica de relajación autógena de Schulz). Mejorar el autocuidado (10 actividades).
- **Sesión 8:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Mejorar el autocuidado (caja del autocuidado).
- **Sesión 9:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, técnica de imaginación con su padre / adaptación técnica de la silla vacía). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Mejorar el autocuidado.

- **Sesión 10:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, contar la información - role play en sesión). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Mejorar el autocuidado. Favorecer las relaciones sociales (comunicación asertiva).
- **Sesión 11:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, contar la información - role play en sesión). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Mejorar el autocuidado. Favorecer las relaciones sociales (comunicación asertiva).
- **Sesión 12:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, contar la información - role play en sesión). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Mejorar el autocuidado. Favorecer las relaciones sociales (comunicación asertiva).
- **Sesión 13:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción, visualización). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Disminuir los niveles de ansiedad mediante exposición generando un nuevo repertorio conductual (mindfulness en sesión). Mejorar el autocuidado. Favorecer las relaciones sociales (comunicación asertiva).
- **Sesión 14:** Procesar evento traumático, (trastorno de estrés postraumático, terapia centrada en la emoción). Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas. Disminuir los niveles de ansiedad mediante exposición generando un nuevo repertorio conductual (técnica de resolución de problemas). Mejorar el autocuidado. Favorecer las relaciones sociales (comunicación asertiva).

El cómputo global de sesiones llevadas a cabo con A. fueron catorce sesiones, con una duración media de 1h30Min cada sesión.

Los objetivos planteados inicialmente (6.1.1.) comenzaron a trabajarse en la sesión 3, tras dos sesiones de evaluación y recogida de información. En dicha tercera sesión, se planteó como trabajo para casa una adaptación de la técnica de la silla vacía (Prettel B., 2007) a modo carta, acerca del duelo de su padre, de manera que esta técnica permitiera la elaboración y procesamiento de dicho evento.

No obstante, gracias a dicha técnica y a raíz de escribir a su padre, en la sesión 4, fue cuando decidió comentar la información acerca del abuso sexual, por tanto, hubo que reformular todos los objetivos (6.1.2.) y plantear de nuevo la intervención, que van desde la sesión cinco hasta la sesión catorce, debido a que la sesión cuatro y parte de la cinco fueron de una nueva evaluación.

Por tanto, aquí se presenta el planteamiento reformulado y detallado de la intervención, acordada junto con A., siendo el siguiente:

Explicar el análisis funcional de la conducta (Froxán Parga, 2020)

En la quinta sesión, se explicaron a A. sus análisis funcionales de la conducta (anexo II) para que tomase consciencia y pudiese entender su problema, además de porqué se está produciendo su malestar, que lo está manteniendo, e identificar todas las variables disposicionales que están influyendo en su problema, para saber dónde A. puede intervenir para producir cambios.

Procesar el evento traumático.

Este objetivo fue llevado a cabo durante toda la intervención, desde la sexta sesión hasta la decimocuarta, debido a la necesidad de reelaborar el evento traumático, para poder continuar trabajando con otros aspectos.

Para ello se llevaron a cabo procedimientos tanto verbales como no verbales intrasesión basados en estudios con evidencia científica acerca de los abusos sexuales.

Además de aplicar técnicas y estrategias dirigidas a ayudar a A. a trabajar su problemática como:

➔ Trastorno de estrés postraumático (Bados, 2015).

Emplear recursos y habilidades terapéuticas recomendadas por Bados (2015) para permitir a la paciente expresar y contar toda la información que necesite, como es la empatía, uso de los silencios, comunicación no verbal, comunicación verbal, entre otros.

Además llevando a cabo la aplicación de estrategias aprendidas en el contenido del máster de psicología general sanitaria proporcionados por la profesora de la universidad de Jaén, Moreno Domínguez (2020), afrontando el evento traumático de “*abajo a arriba*”, es decir, permitiendo la expresión emocional y corporal del malestar para posteriormente elaborarlo de manera racional.

Gracias a esto pudo realizarse una intervención mucho más eficaz, dirigida a la ayuda que pedía la paciente y su afrontamiento.

➔ **Terapia centrada en la emoción** (Greenberg, Elliott, & Pos, 2015).

Es un tipo de terapia que permite primeramente tomar consciencia plena del suceso, poder expresarlo y hablar con total libertad, sin ser juzgada ni valorada, validando todas sus emociones que no han sido validadas a lo largo de su historia de aprendizaje. Enseñar a A. en sesión a regular y gestionar sus emociones de cara al evento, pero también para responder en su día a día, poniéndolo en práctica.

Se trabajó también desde la postura de la reflexión, con el objetivo de permitir que A. ahondara en este suceso, se preguntara a sí misma, se plantease que quería hacer con todo esto que les estaba pasando, además de quitarle poder a la emoción de culpa, puesto que descubrió que ella no tenía culpa de nada.

Todo esto para terminar en el último paso, que consistiría en la transformación de todo este suceso, para poder enfocararlo de diferente manera y le permita a A. continuar con su vida.

➔ **Carta de autocompasión y perdón. Adaptación de la técnica de la silla vacía.** (Prettel B., 2007).

Esta técnica fue propuesta en la sesión seis, para llevarla a cabo durante dos sesiones, permitiendo volver a A. a dicha situación con perspectiva, es decir, desde la postura de A. actual, con el objetivo de ir resolviendo y soltando aspectos importantes de la situación. En este caso se adaptó dicha técnica al formato online a través de la escritura de una carta de autocompasión y perdón hacia sí misma, no hacia nadie (aspecto que A. también señaló como importante).

➔ **Técnica de imaginación con su padre. Adaptación técnica de la silla vacía** (Prettel B., 2007). Esta forma de intervención, llevada a cabo en la sesión 9, se aplica debido a que A. considera la figura de su padre como muy importante y comenta como ha ido superando todo y ha conseguido todo lo que se iba proponiendo, reforzando dicha figura de seguridad, que le permita seguir avanzando.

➔ **Contar la información.**

Un aspecto importante comentado por A. es que no aguantaba más guardando toda esta información para ella, necesitaba soltarlo, y no solo con un profesional, sino que también quiere hacerlo con personas que ella considere. Para ello, se comienza a trabajar en la sesión diez de la siguiente manera:

3 PASOS:

- **1º - Role play en sesión.** (De la sesión 10 a la sesión 12)
 - Buscar un espacio seguro y tranquilo (Plantearlo e imaginarlo en su cabeza).
 - Construir, estructurar, graduar la información e ir contando poco a poco de forma asertiva:
 - Inicio, nudo, desenlace.
 - Aspectos paraverbales. Manera de contarle.
 - Feedback de como lo ha hecho y que podemos hacer para mejorarlo.
- **2º Visualización e imaginación en sesión.** (Sesión 13).
 - Introducir con relajación.
 - Visualización del episodio de contarle.
 - Feedback sobre este ejercicio.
- **3º Práctica real.**
 - Exposición (Bados López, A., & García Grau, E., 2011).

Trabajar la valía personal (autoestima) (Gómez Martín, 2020).

Debido a todo lo que ha vivido en su vida, su autoestima de alguna manera se encuentra dañada, por lo tanto es importante trabajarla de cara a potenciar el afrontamiento y superación de esta difícil situación. Para ello se proponen estas formas de intervenir:

- ➔ **Disminuir autocríticas destructivas.** Transformarlas o buscar críticas que aporten soluciones, que sean constructivas.
- ➔ **Autoconcepto:**
 - Hacer consciente de las capacidades que tenemos. Cuento elefante encadenado.

Ambos ejercicios se llevaron a cabo durante la sesión cinco.

- ➔ **Autocompasión** (Gilbert, P., 2015). Trabajar su diálogo interno a través de una serie de preguntas. Previamente se le plantea una metáfora acerca de este componente para después trabajar dichas preguntas. Metáfora del teléfono (llamar por teléfono, equivocarse, no te quedas lamentándote o criticándote, sino que vuelves a llamar sin problema). Aplicación durante la sesión seis.

Modificar verbalizaciones encubiertas aversivas.

A través de la utilización del análisis funcional de la conducta basado en Froxán Parga (2020), se ponen en práctica diversas estrategias con el fin de intervenir sobre dichas verbalizaciones encubiertas aversivas, adaptándolas en el momento que fuese necesario, desde la sesión siete hasta la sesión catorce:

- ➔ **Parada de pensamiento con autoinstrucciones.**
 - Ensayo en sesión.
 - Puesta en práctica en sesión.
 - Puesta en práctica en su día a día.
- ➔ **Toma de consciencia de dichas verbalizaciones y generación de otras alternativas. Metáfora del autobús.**

- ➔ **Metáfora de la china en el zapato.** Aceptación de algunas ocasiones en las que resulte difícil generar alternativas.
- ➔ **Restringir la autoobservación y las preocupaciones.** Horario de preocupaciones y autoobservación para permitir seguir con su día a día, y permitirle generar alternativas antes de que aparezcan las preocupaciones.
- ➔ **Moldeado y modelamiento de verbalizaciones encubiertas en sesión** (reestructuración cognitiva). De cara a verbalizaciones encubierta disfuncionales sobre las sensaciones físicas que al final no ocurren y eventos catastróficos.
- ➔ **Generar un lenguaje alternativo y más flexible.** *Tener que, debería,* utilizar por *estaría bien, sería bueno.* Tabla donde identifique su pensamiento automático, los cuestione, buscar otra alternativa y dirigido a la acción.

Disminuir los niveles de ansiedad mediante exposición generando un nuevo repertorio conductual (Froxán Parga, 2020).

Generar en A. un nuevo repertorio de conductas, diferente al que se ha habituado, para que le permitan poder afrontar esta situación novedosa.

- **Exposición** (Bados López, A., & García Grau, E., 2011).
 - **Círculo de control de Covey (sesión siete).** Explicar la función del círculo de control, de influencia y preocupaciones.
 - **Identificar sus preocupaciones. Restricción de preocupaciones (sesión siete).** Diferencia entre ocuparse vs preocuparse.
 - **Técnica de resolución de problemas** (Bados, A., & García Grau, E., 2014) (sesión catorce).
 1. Identificar el problema.
 2. Darles un orden.
 3. Proponer alternativas de solución.
 4. Ponerlas en práctica.
 5. Valorar como ha ido.
- ➔ **Técnicas de relajación progresiva de Jacobson. Técnica de relajación autógena de Schulz** (España, G. d., s.f.) (sesión siete).

- ➔ **Mindfulness en sesión (sesión 13).** Práctica de mindfulness con visualización de situaciones ansiógenas, haciendo consciente del aquí y ahora, experimentando bienestar y control.

Mejorar el autocuidado.

Al ser una persona que se dedica con mucho afán hacia lo demás, apenas se dedica tiempo a ella y su bienestar, lo que termina intensificando su malestar, por tanto, desde la sesión seis acordamos esta forma de intervenir, para facilitar su proceso de afrontamiento, teniendo momentos de bienestar:

- ➔ **Burbujas del autocuidado.** Encontrar elementos donde canalice las emociones y conductas.
- **Buscar 10 actividades** que le generen bienestar, paz, tranquilidad. Que incluyan actividades físicas.
 - **Caja del autocuidado.**

Favorecer las relaciones sociales.

Por último de cara a sus relaciones sociales / pareja y además al estar en contacto con estas dos personas que cometieron el abuso, acordamos intervenir de la siguiente forma:

- ➔ **Relación cordial (sesión seis).**

Buscar el mínimo contacto posible con estas dos personas, y si se tiene, mantener la compostura, una relación cordial, no más allá de un saludo, porque *“yo me estoy perdonando a mí, y no permito que tú entres más de lo que yo permite”*.

- ➔ **Comunicación asertiva (de la sesión 10 a la sesión 12).**

- **Ensayar en sesión conductas asertivas para ponerlas en práctica cuando se relacione, para priorizar sus necesidades y bienestar a la de los demás, evitando generar mayor malestar.**

- **Establecimiento de límites.** Dejar claro a las personas de mí alrededor lo que quiero, lo que no quiero, lo que permito y lo que no permito.

6.3 Resultados.

Tras comentar A. los episodios de abusos sexuales sufridos durante su infancia, fuimos trabajando conjuntamente en ello con el plan de intervención propuesto.

Con ello, se ha conseguido la expresión emocional, verbalización, validación y aceptación de estos eventos, así como su elaboración. Todo esto ha generado que el malestar con respecto a los síntomas físicos que manifestaba A. se redujeran considerablemente, haciéndola sentir según sus propias palabras *“muchísimo mejor, mucho más segura, como hacía años que no me sentía”*. A esto hay que añadirle la utilización de estrategias de relajación, técnicas de parada de pensamiento con autoinstrucciones, que han potenciado la sensación de bienestar y el control de sus pensamientos respectivamente, además de disminuir también así las autoobservaciones de sus síntomas físicos aversivos.

Esta nueva situación de bienestar y seguridad que A. no había sentido hasta ahora hizo que A. sintiera mucha *“calma y serenidad”*. Gracias a todo esto le permitió reconectar con su pareja, tanto a nivel emocional, poder hablar a nivel personal de su mundo interior, como a nivel sexual, apareciendo de nuevo el deseo e intimidad sexual, según narra A. *“era como iniciar de nuevo la relación, como si fuésemos adolescentes disfrutando de lo que es el amor, y mi marido estaba en una nube, flipando de verme bien”*.

Seguidamente a todo esto, como comentaba A. durante una sesión *“cuando me vea fuerte y me sienta bien, podré contarlo a las personas que elija y quitarme esta carga de encima”*. Al conseguir dicho objetivo terapéutico, trabajamos este nuevo objetivo, que era poder prepararse para contarlo, fue ella quien marcó los ritmos y eligió todo aquello que quería decir. Ensayamos todo como iba a ser en sesión mediante el ejercicio de visualización y posterior role play, permitiendo una exposición y preparación previa al momento real, proporcionando por mi parte el feedback necesario sobre como lo

hace, los aspectos a mejorar y las cuestiones que estaban geniales. Finalmente, tras todo este proceso, el siguiente paso consiste en llevarlo a la práctica real, que tal y como A. comenta *“se que tengo todo lo necesario y me siento preparada para ello, aunque haya ocasiones en las que me plantee no contarlo, pero son mayores las ganas de hacerlo”*.

Con todo este trabajo realizado, el cual era la parte nuclear y central del mantenimiento de sus problemas, hemos ido conseguido el resto de objetivos terapéuticos propuestos. Entre ellos ha sido un gran cambio de su dialogo interno y sus verbalizaciones encubiertas, consiguiendo no ser tan crítica consigo misma, repercutiendo así en la mejora de su autoestima, como reflejan sus palabras *“ahora soy capaz de darme cuenta de los problemas, comprenderme, hablarme con cariño, buscar la forma de resolverlos y ponerme a ello, antes esto era impensable”*.

Gracias a todos estos avances, se facilitaron las mejoras en sus relaciones sociales, sobre todo poder disfrutar de ellas, hablar sin miedo, generando aún mayor bienestar.

Por último, una parte muy importante y que A. no le daba importancia, es el autocuidado, es decir, dedicarse el tiempo necesario a ella misma, a actividades placenteras que antes hacía y dejó de hacer, sabiendo estar sola, perdiendo ese miedo. Como deja ver en sus palabras *“antes sentía terror a quedarme sola y sin embargo ahora lo estoy empezando a disfrutar, haciendo cosas que me gustan, sin darle vueltas a la cabeza de que va a ir mal, porque es un tiempo para mí”*.

6.4 Seguimiento.

Tras todo el trabajo tan fructífero realizado con A., acordamos seguir manteniendo sesiones semanales hasta realizar el último paso por el que hemos trabajado y el que le queda, que es contar esta información y llevarlo a la práctica real.

Tras ello, seguiremos realizando una serie de sesiones semanales más, para valorar como se va sintiendo, como va avanzando este proceso en su vida e ir gestionando todo lo que vaya sucediendo.

Posteriormente distanciaremos las sesiones, haciéndolas cada dos semanas, para observar cómo sigue gestionando su día a día y como se va encontrando, llevando así un seguimiento de su situación vital.

Finalmente tras observar cómo se va desarrollando, terminar con una sesión final para valorar el alta terapéutica.

6.4.1 Impacto del caso en mi experiencia como terapeuta.

Como terapeuta, me gustaría comentar los resultados a nivel personal, sorprendido gratamente por el trabajo realizado.

Por un lado, me encuentro muy agradecido de que esta chica haya podido depositar en mí la confianza necesaria para contarme toda esta dura historia, accediendo a hacer todo lo necesario para salir de ahí y ayudarla. Esto quiere decir que la relación terapéutica ha estado genial, de hecho, confirmo personalmente que me he sentido muy cómodo con ella.

Por otro lado, no esperaba que además volviese a reconectar con su pareja, sobre todo a nivel sexual, debido a los eventos traumáticos ocurridos de naturaleza sexual, tras la expresión emocional y el trabajo en terapia.

Por supuesto agradecer a las personas tanto que me asignaron el caso como de la que me ha acompañado en este trabajo, Luis Joaquín García López, por haber confiado en mí, en mis capacidades y habilidades como terapeuta para llevar el caso, el cual me ha permitido aprender muchísimo, además de todos los contenidos impartidos en el máster, en este caso mencionando a la profesora Silvia Moreno Domínguez por las estrategias empleadas para intervenir en eventos traumáticos, y a la oportunidad de participar en este maravilloso servicio que presta este máster de psicología general sanitaria en la universidad de Jaén.

7. Bibliografía.

- Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición. *Universitat de Barcelona*, 1-83.
- Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. *Universitat de Barcelona*, 1-131.
- Bados, A., & García Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universitat de Barcelona*, 1-63.
- Bados, A., & García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. *Universitat de Barcelona*, 1-34.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, 469-486.
- España, G. d. (s.f.). El entrenamiento autógeno de Schultz. Almería, España: *Universidad de Almería*.
- Froxán Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 6-41.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la Compasión. Características distintivas*. Desclée de Brouwer.
- Gómez Martín, D. (2020). *Guía práctica para tener una sana autoestima*. Valladolid: Agencia del ISBN en España.
- Greenberg, L., Elliott, R., & Pos, A. (2015). Terapia focalizada en las emociones: Una visión de conjunto. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 1-19.
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología*, 1-13.

Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual.
(Octubre de 2010).

Prettel B., O. (2007). Técnica de la Silla Vacía. *CODEH-GESTALT*, 1-15.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29-37.

Anexos.

Anexo I.

Tabla 1. Autorregistro.

SENSACIÓN	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	QUÉ HICE	GRADO DE MALESTAR (0 bajo – 10 alto)
Temblor	Recoger niño	<i>Me voy a caer</i>	Miedo	Dejar de pensarlo	7
Mareo	Clase: activación.	<i>Activo la ansiedad</i>	Miedo	Prestar atención a las anécdotas de la profesora	6
Ganas de llorar	Clase: inteligencia emocional.	<i>Tengo que aprender, lo voy a sacar.</i>	Esperanza, Orgullo.	Seguir el hilo de la clase.	3
Ganas de llorar	Clase. IE. Mi compañera me pasa una valoración.	<i>La gente me valora.</i>	Alegría-Tristeza	Agradecerlo y reconfortarme.	2
Nervios	Salir con amigos	<i>Me voy a poner mala.</i>	Miedo	Hablar, meterme en las conversaciones. Contar sobre mi terapia.	1
Nervios, mareo	Llevar a mi cuñado al médico.	<i>Me voy a caer.</i>	Miedo.	Nada.	7

Anexo II.

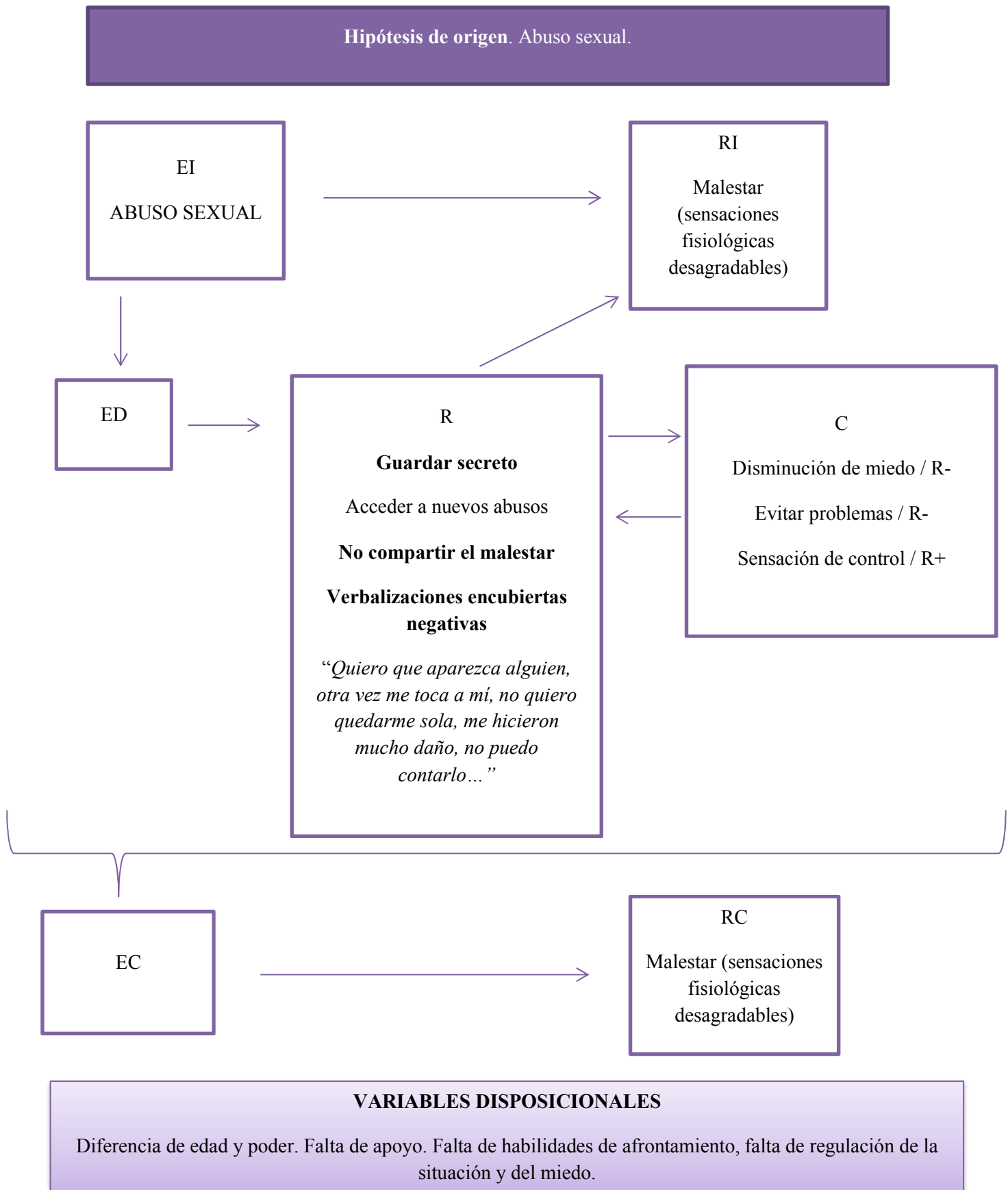


Figura 1. Hipótesis de origen. Abuso sexual.

Hipótesis de origen. Comunicación y relaciones sociales.

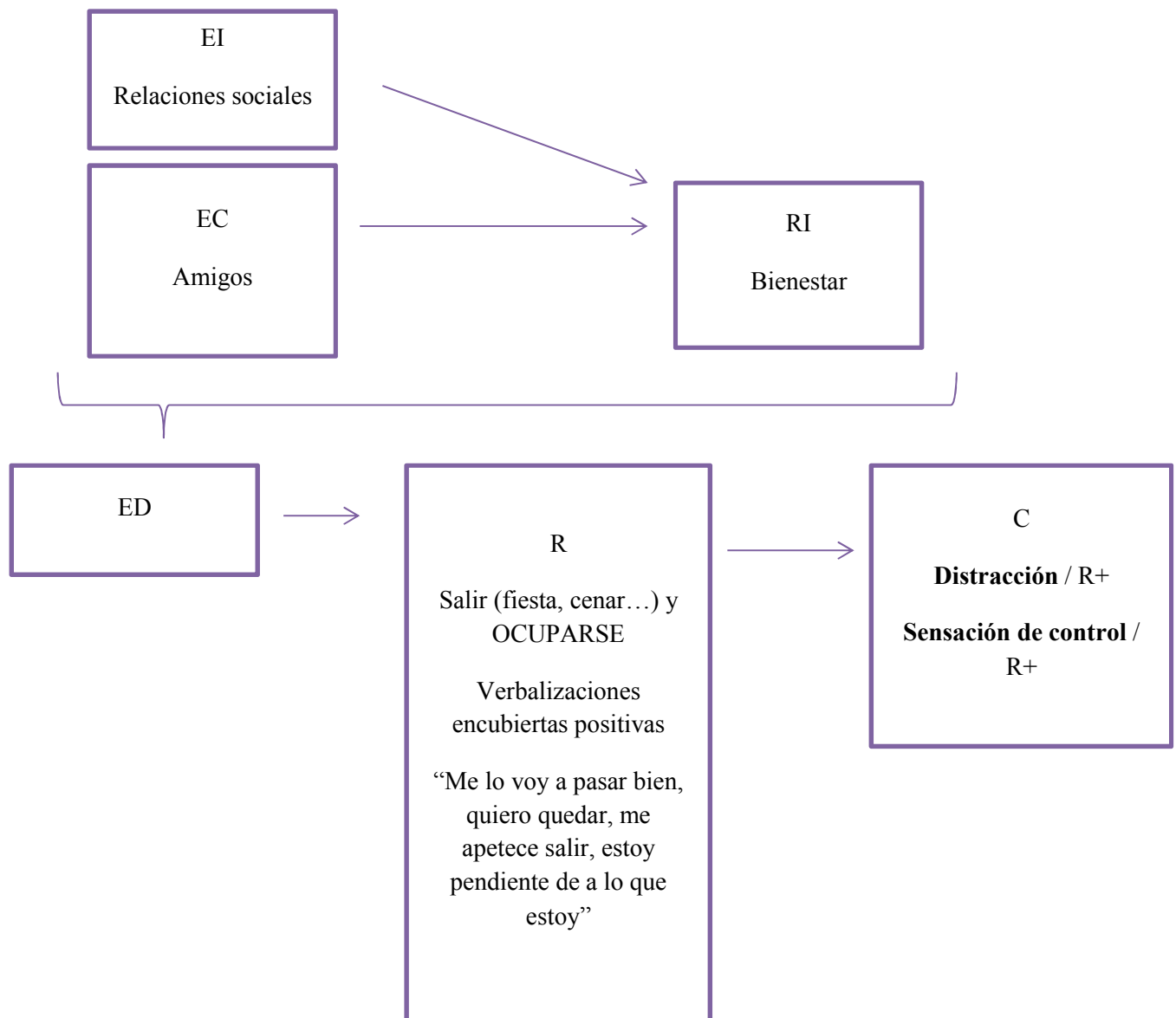


Figura 2. Hipótesis de origen. Comunicación y relaciones sociales.

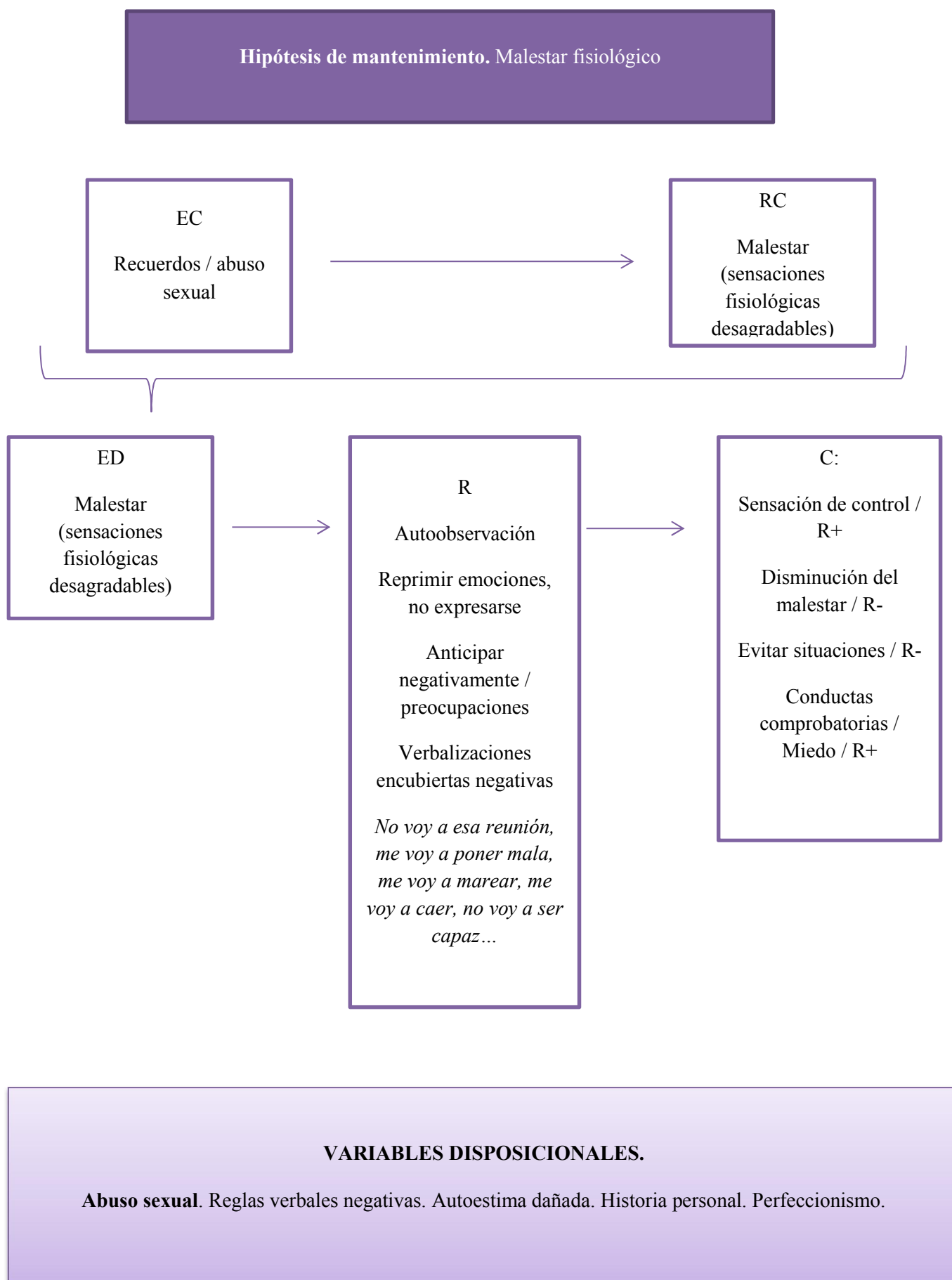
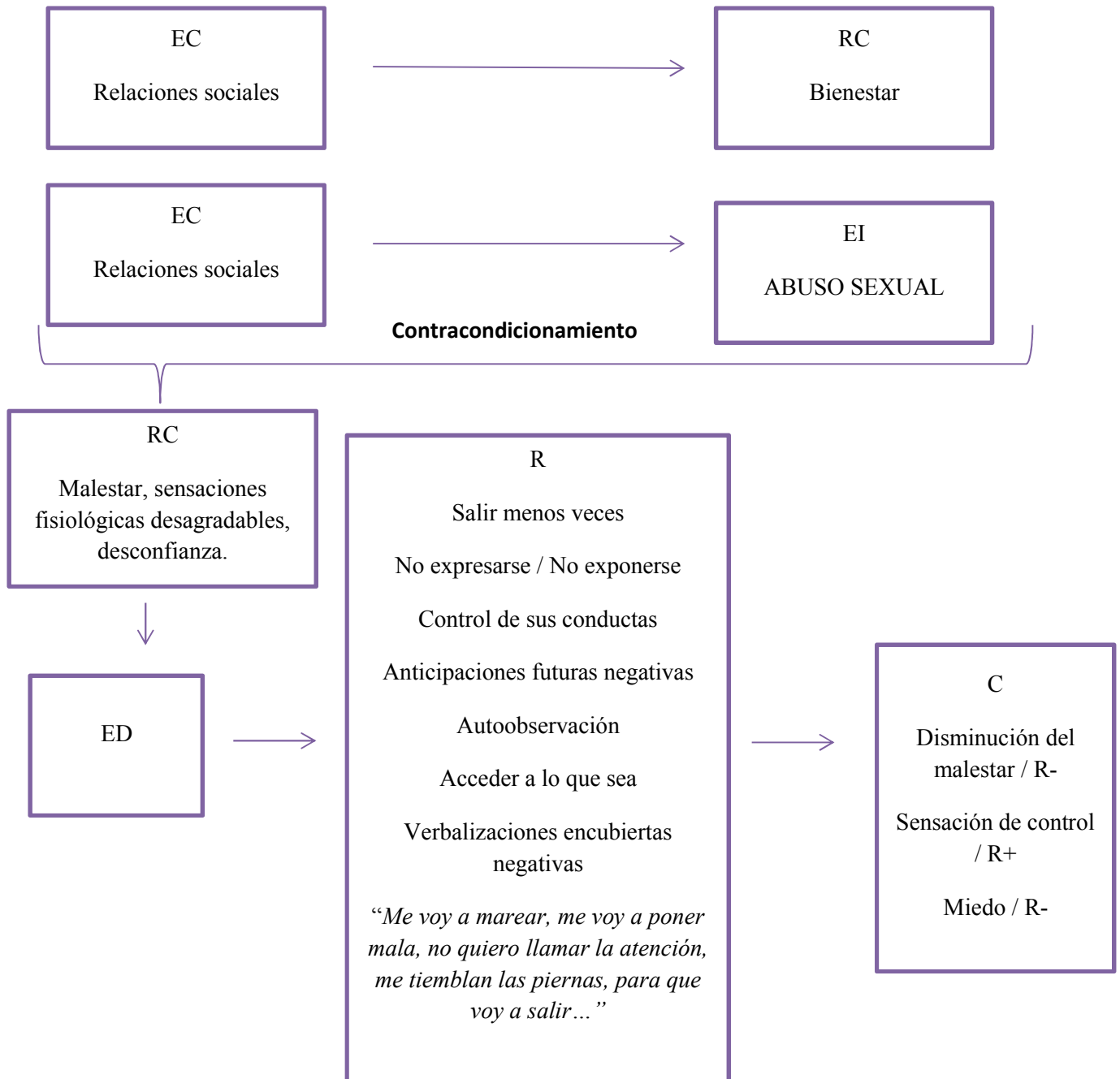


Figura 3. Hipótesis de mantenimiento. Malestar fisiológico.

Hipótesis de mantenimiento. Comunicación y relaciones sociales.

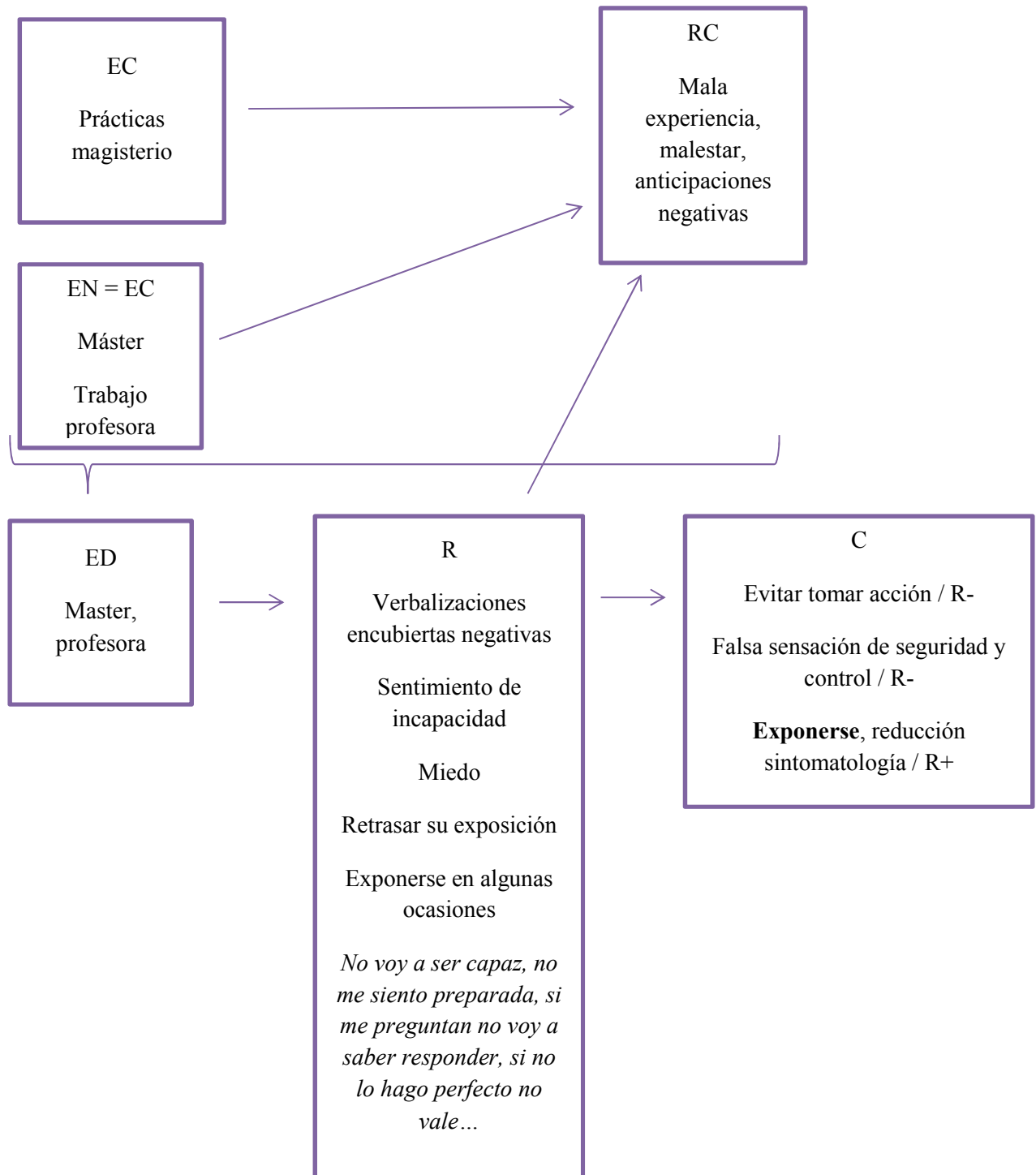


VARIABLES DISPOSICIONALES

Abuso sexual. Historia familiar. Falta de habilidades de comunicación. Reglas verbales disfuncionales.
Falta de control y miedo a sus reacciones fisiológicas.

Figura 4. Hipótesis de mantenimiento. Comunicación y relaciones sociales.

Hipótesis de mantenimiento. Trabajo y estudios.



VARIABLES DISPOSICIONALES:

Perfeccionismo (mejor hecho que perfecto) y autoexigencia (me gustaría que fuese así, pero no es posible), reglas verbales (RC, para de pensamiento), falta de apoyo social y familiar (comunicación).

Figura 5. Hipótesis de mantenimiento. Trabajo y estudios.