



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Intervención Psicológica en Niños y
Adolescentes

**Programa de Intervención Psicológica para
abordar el Autoconcepto, Regulación
Emocional y Trauma de una Adolescente
de 17 años Víctima de Abuso Sexual
Infantil**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Johana Alexandra Chica Peláez
Modalidad:	Caso clínico
Director/a:	Andreia Marisa Marques de Carvalho
Fecha:	

Resumen

El abuso sexual infantil (ASI), tiene profundas repercusiones en el desarrollo psicológico de las víctimas, afectando su autoconcepto, regulación emocional y su integridad psíquica. Este trabajo, abordó el impacto del ASI en una adolescente de 17 años, mediante un programa de intervención psicológica centrado en la regulación emocional, el autoconcepto y la elaboración del trauma. La metodología utilizada, fue un estudio de caso único y se emplearon entrevistas clínicas, análisis narrativo, observación y pruebas psicométricas (AF-5 y 16PF-5), seguido de ocho sesiones de intervención cognitivo-conductual. Los resultados, evidenciaron avances en el autoconcepto emocional, físico, y social, así como, mejoras en la gestión emocional y un avance significativo en la elaboración del trauma. El abordaje integral, permitió a la paciente resignificar su experiencia, fortalecer su autoconcepto y adquirir herramientas para la gestión adecuada de la emotividad. La intervención, resultó efectiva en la recuperación psicoemocional tras un ASI.

Palabras clave: abuso sexual infantil, autoconcepto, regulación emocional, trauma, adolescencia.

Abstract

Child sexual abuse (CSA) has profound repercussions on the psychological development of its victims, affecting their self-concept, emotional regulation, and psychic integrity. This study addressed the impact of CSA on a 17-year-old adolescent through a psychological intervention program focused on emotional regulation, self-concept, and trauma processing. The methodology was based on a single case study design, incorporating clinical interviews, narrative analysis, observation, and standardized psychometric assessments (AF-5 and 16PF-5), followed by eight sessions of cognitive-behavioral intervention. The results showed significant progress in the patient's emotional, physical, and social self-concept, as well as improvements in emotional management and trauma elaboration. This comprehensive approach allowed the patient to reframe her experience, strengthen her personal identity, and develop tools for effective emotional regulation. The intervention proved to be effective in supporting psychological and emotional recovery after experiencing CSA.

Keywords: child sexual abuse, self-concept, emotional regulation, trauma, adolescence.

Índice de contenidos

1. Introducción	10
1.1. Justificación	11
1.2. Objetivo general	13
1.3. Objetivos específicos	13
1.4. Marco teórico	13
1.4.1. Abuso sexual	13
1.4.2. Abuso sexual infantil (ASI)	15
1.4.3. Factores de riesgo en el ASI	16
1.4.4. Factores protectores del ASI	16
1.4.5. Normativa colombiana aplicable a la labor psicológica en casos de violencia sexual	17
1.4.6. Consecuencias del ASI	18
1.4.7. Autoconcepto	20
1.4.8. Características del autoconcepto	21
1.4.9. Construcción del autoconcepto	22
1.4.10. Abordaje del autoconcepto en víctimas de ASI	24
1.4.11. Definición de regulación emocional	26
1.4.1. Características de la regulación emocional	27
1.4.2. Aplicación de estrategias de regulación emocional para víctimas de ASI	29
1.4.3. Elaboración del trauma	31
1.4.4. Elaboración del trauma del ASI	31
1.4.5. La adolescencia como etapa del desarrollo	33
1.4.6. Intervención psicológica en adolescentes víctimas de ASI	34
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	38

2.1. Historia del problema actual	39
2.2. Desarrollo e infancia	40
2.3. Desarrollo social	41
2.4. Desarrollo escolar	41
2.5. Antecedentes y composición familiar	41
3. Evaluación	42
3.1. Entrevista clínica semiestructurada	43
3.2. Observación	43
3.3. Cuestionario af-5. autoconcepto forma-5	43
3.4. 16 pf-5. cuestionario de personalidad	45
3.5. Resultados	47
3.5.1. Resultados 16pf-5	47
3.5.2. Resultados af-5	52
3.5.3. Análisis narrativo del trauma	53
3.6. Conclusión diagnóstica	55
4. Objetivos del tratamiento psicológico	56
5. Tratamiento	56
5.1. Sesión 1. reconociendo emociones	58
5.2. Sesión 2. reaprendiendo sobre las emociones	59
5.3. Sesión 3. autorregulación emocional	60
5.4. Sesión 4. autoconcepto físico	62
5.5. Sesión 5. entrenamiento en habilidades sociales	63
5.6. Sesión 6. identificación de eventos vitales significativos	64
5.7. Sesión 7. elaboración del trauma	65
5.8. Sesión 8. elaboración del trauma	67

6.	Valoración del tratamiento	68
6.1.	Valoración de la sesión 1	69
6.2.	Valoración de la sesión 2	69
6.3.	Valoración de la sesión 3	70
6.4.	Valoración de la sesión 4	70
6.5.	Valoración de la sesión 5	70
6.6.	Valoración de la sesión 6	71
6.7.	Valoración de la sesión 7	71
6.8.	Valoración de la sesión 8	71
6.9.	16 pf-5 resultados cuestionario de personalidad	72
6.10.	Cuestionario af-5 resultados autoconcepto forma-5.....	76
6.11.	Análisis narrativo del trauma - posttest.....	79
7.	Discusión y conclusiones	81
7.1.	Limitaciones	83
7.2.	Prospectiva.....	84
	Referencias bibliográficas	86
Anexo A.	Consentimiento informado	95
Anexo B.	Compromiso de confidencialidad.....	98
Anexo C.	Memoria TFE	99
Anexo D.	Autorización centro TFE	105
Anexo E.	Informe favorable del comité de ética	106
Anexo F.	Modelo de entrevista semiestructurada	107
Anexo G.	Instrumento af-5.....	108
Anexo H.	Instrumento 16pf-5.....	110
Anexo I.	Diario emocional.....	126

Anexo J.	Ficha de registro de situaciones	127
Anexo K.	Respiración diafragmática.....	128
Anexo L.	Registro de sensaciones físicas.....	129
Anexo M.	Listado de autorregulación emocional	130
Anexo N.	Formato de fortalecimiento del autoconcepto físico mediante autorrefuerzo	131
Anexo O.	Demostración de la técnica de role playing	132
Anexo P.	Modelo de línea del tiempo	133
Anexo Q.	Recordando y superando el abuso sexual	134

Índice de figuras

Figura 1. Genograma.....	42
Figura 2. Resultados comparativos en las fases pre-test y post-test del 16 pf-5.....	76
Figura 3. Resultados comparativos en las fases pre-test y post-test del af-5.....	79

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados 16pf-5	47
Tabla 2. Resultados af-5	52
Tabla 3. Resultados 16pf-5 posttest.....	72
Tabla 4. Resultados af-5 posttest.....	76

1. INTRODUCCIÓN

En Colombia, la violencia sexual es una práctica que se ha presentado históricamente en las dinámicas relacionales de los sistemas familiar y social. El Centro Nacional de Memoria Histórica de Colombia (2018), señaló que al referirse al tema de violencia sexual se debe tener en cuenta que este ocurre, no solo dentro del conflicto armado, sino más bien, está presente en cada contexto y el género más afectado fue el femenino en sus diferentes ciclos vitales, específicamente en la infancia y la adolescencia. En el año 2016, reportaron 21.399 casos en los cuales realizaron peritajes médico legales por presunta violencia sexual, 18.257 realizados a mujeres, 15.524 de ellas se encontraban cursando la etapa de la infancia y la adolescencia.

Según la Procuraduría General de la Nación de Colombia (2024), el 88% de las víctimas de delitos sexuales son mujeres y al mes de octubre de 2024 se reportaron 28.944 casos de violencia sexual.

Al realizar una comparativa de las cifras presentadas en el año 2016 y 2024, se afirma que los casos de violencia sexual han incrementado y que continúan siendo las mujeres las mayores afectadas.

Para el caso de la población infantojuvenil, las estadísticas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (2025), indican que al mes de febrero del año en curso se han realizado 2.408 exámenes médico legales por presunto delito sexual a menores de edad, 2.053 de ellos se aplicaron a niñas y adolescentes.

Con base a lo anterior, se puede decir que la violencia sexual es una problemática que permanece en la actualidad y hace parte de la realidad de los colombianos, también, que las niñas y adolescentes presentan un riesgo alto de sufrir un abuso sexual en diferentes espacios y que puede ser perpetrado por personas desconocidas, así como cercanas.

Un tema de especial relevancia, es el impacto que genera el trauma del abuso sexual infantil en las personas, particularmente, en las dimensiones del autoconcepto y la regulación emocional, la cuales deben ser tratadas en el proceso de intervención, así como, la elaboración del trauma en sí.

1.1.JUSTIFICACIÓN

El ser víctima de abuso sexual infantil (ASI), trae consigo secuelas y afectaciones que pueden perdurar durante la ontogenia de un individuo y harán de algunos procesos psíquicos, propios del desarrollo humano, algo complejo, incomodo y doloroso, como bien lo mencionan Rodríguez et al. (2012), las personas que fueron abusadas en su infancia, siendo adultos pueden experimentar problemas emocionales que llegan a convertirse en psicopatología, como el trastorno de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidad, conductas autodestructivas o suicidas y baja autoestima. Adicionalmente, es posible que aparezcan dificultades en las relaciones interpersonales y sociales, presentando concepciones negativas de las mismas y no teniendo las herramientas para la construcción de vínculos positivos y fuertes con otras personas, así mismo, se pueden presentar dolencias físicas sin razón aparente, actuando como secuelas de la experiencia traumática del abuso sexual.

Por otro lado, Colombé et al. (2020), estudiaron el abuso sexual y su relación con los problemas emocionales, encontrando que el 70% de los adolescentes estudiados muestran un nivel muy bajo de autoestima, el 20% niveles bajos y solo el 10% tiene una autoestima dentro de los estándares normales.

La autoestima está altamente influenciada por el autoconcepto. Se entiende este último como la percepción individual de sí mismo, si se cuenta con un autoconcepto positivo, es probable que la autoestima, de igual forma, se mantenga en niveles altos. Páramo (2021), advierte que el autoconcepto es la evaluación cognoscitiva que una persona hace de sí misma y de sus características físicas, afectivas, sociales, intelectuales y de las cuales es consciente. Es decir, hace parte de cada dimensión interna y externa del ser humano, tiene la capacidad de modificar, de potencializar o de afectar el pensamiento, las emociones, las sensaciones, los comportamientos y, por lo tanto, desempeña un papel fundamental en la psicología de una persona.

Entendiendo que, las emociones pueden ser influenciadas por el autoconcepto, Gomez y Calleja (2016), refieren que, la gestión adecuada de las mismas, es una habilidad fundamental en el desarrollo psicológico del ser humano, pues facilita la regulación de forma adaptativa de las vivencias internas y externas que se presentan en la vida diaria. Durante la niñez y la

adolescencia, esta competencia juega un papel esencial en la formación del autoconcepto, la interacción social y en la puesta en práctica, de estrategias de afrontamiento asertivas ante las circunstancias adversas. Por lo tanto, una correcta regulación de las emociones promueve el bienestar general y disminuye la probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos. Desde esta óptica, es crucial tratar la regulación emocional en situaciones de abuso sexual infantil, ya que, estos sucesos traumáticos pueden perturbar seriamente el equilibrio emocional, modificar el autoconcepto y complicar la elaboración del trauma.

En consecuencia, para la elaboración del trauma, es necesario trabajar antes en la capacidad de gestión de las emociones y en el fortalecimiento del autoconcepto, solo de esta forma, se podrá realizar el proceso responsablemente y con capacidad instalada en el paciente, de herramientas que permitirán realizar el tratamiento, sin colocar en riesgo su integridad mental. Según White y Epston (1993), la elaboración del trauma, representa un paso esencial en la rehabilitación psicológica de aquellos que han experimentado situaciones de abuso sexual en la infancia. Este procedimiento, no solo requiere rememorar el suceso traumático, sino también, darle un nuevo sentido, que facilite su incorporación adaptativa en la historia personal. También, Quiceno et al. (2022) afirman que, la narrativa del trauma y su reconstrucción ayudan a remodelar la identidad y potenciar la resiliencia, elementos esenciales, para que el paciente adopte una posición y percepción adecuada de sí mismo, frente al mundo.

En relación con el apartado anterior, se hace de especial interés la conexión existente entre el abuso sexual infantil, el autoconcepto, la regulación emocional y la elaboración del trauma. Profundizar en las afectaciones que surgen en la percepción de la imagen de sí mismo y en las alteraciones emocionales, a partir de tal vivencia en la infancia, la cual, se debe resignificar, y en la intervención de tales afectaciones con técnicas propias del enfoque cognitivo conductual.

En consecuencia, el presente estudio de caso único, cobra relevancia y utilidad, ya que, aportara a la comunidad científica una visión más específica de la repercusión del abuso sexual en las dimensiones anteriormente expuestas.

Por ende, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto de un programa de intervención psicológica en el autoconcepto, regulación emocional y elaboración del trauma en una adolescente de 17 años que ha sido víctima de abuso sexual infantil?

1.2. OBJETIVO GENERAL

Abordar el impacto del abuso sexual infantil, en el autoconcepto, regulación emocional y elaboración del trauma en una adolescente de 17 años, a través de un programa de intervención psicológica.

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A. Evaluar el nivel de gestión emocional, autoconcepto y trauma en la paciente, mediante la aplicación de la entrevista clínica, observación y pruebas psicométricas estandarizadas.
- B. Desarrollar un plan de intervención que incluya estrategias psicológicas efectivas para la elaboración del trauma y las alteraciones identificadas en el autoconcepto y en la emocionalidad de la adolescente.
- C. Valorar los resultados sobre la efectividad de la intervención psicológica aplicada a la muestra del estudio.

1.4. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico, brindará una visión más amplia y profunda en los temas de abuso sexual, abuso sexual infantil, autoconcepto, regulación emocional, elaboración del trauma y en la intervención psicológica apropiada para tratar estos aspectos.

1.4.1. ABUSO SEXUAL

El abuso sexual, es un fenómeno que aún persiste a nivel mundial y constituye una realidad que se debe dar a conocer para prevenirlo y abordarlo efectivamente.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) define la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (p. 2).

Con referencia en el texto citado, se puede decir que, en cualquier escenario en el que una persona se desenvuelva, presenta riesgo de sufrir violencia sexual y puede ser ejercida por

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil cualquier individuo tenga o no con la víctima, un vínculo filial, sentimental, laboral, académico u otro.

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas para las Mujeres (ONU Mujeres, 2024), considera diferentes formas de violencia sexual. A continuación:

- Acoso sexual: Es todo acto de acecho con una intención sexual, que incluye el contacto físico (tocamientos, bofetadas, golpes, apretujones) y el contacto no físico (palabras, invitaciones, opiniones sobre el cuerpo, lenguaje no verbal de carácter sexual, espiar o mostrar los órganos sexuales), todo lo anterior sin el consentimiento de la víctima.
- Violación: Acto no consentido de penetración vía vaginal, anal u oral ejercido por otra persona utilizando un objeto o alguna parte de su propio cuerpo.
- Violación Correctiva: Acto sexual no consensuado e intencionado a que una persona con una identidad de género u orientación sexual diferente, se comporte de forma heterosexual o típica.
- Explotación sexual: Ejercicio mediante el cual una persona obtiene provecho (económico, social, político, físico) mediante la utilización de un ser humano coaccionándolo a que realice diversos actos sexuales.
- Violencia Sexual en los Conflictos: Acciones sexuales no consentidas en un contexto de conflicto armado.

De igual modo, el protocolo y modelo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual, ostentado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia (2012), y en concordancia con la terminología internacional, incluye otros conceptos en las modalidades de violencia sexual:

- Trata de personas con fines de explotación sexual: Captación de posibles víctimas por medio de ofertas con la finalidad de trasladarlas de lugar (dentro o fuera del país) y explotarles sexualmente, se considera delito sexual independientemente si la víctima consiente o no la explotación.
- Explotación sexual de niñas, niños o adolescentes: Aprovechamiento por parte de un adulto de la vulnerabilidad del niño, exponiéndolo a situaciones de tipo sexual con la finalidad de lucrarse, ejemplo: Matrimonio Infantil, pornografía infantil, prostitución,

se considera delito de violencia sexual, independientemente si la víctima consiente o no la explotación.

- Esclavitud Sexual/Prostitución Forzada: Ejercicio mediante el cual una persona obliga a otra, utilizando la intimidación o amenaza para que realice diversas actividades sexuales con el fin de lucrarse.
- Embarazo forzado: Embarazar a la fuerza a una mujer teniéndola bajo confinamiento en su periodo de gestación, con la intención de modificar la composición étnica de una población.

1.4.2. ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Como bien lo conceptualizan Pérez et al. (2022), el ASI se refiere a toda acción en la que un menor se ve involucrado en una actividad sexual que no comprende completamente, para la cual no está preparado biológicamente, o que transgrede las leyes o normas sociales. El ASI puede incluir contacto físico (cómo caricias, tocamientos o penetración) o sin contacto (exposición a la pornografía, proposiciones sexuales, exhibicionismo, entre otros). Esta es una forma grave de maltrato infantil que afecta significativamente el desarrollo emocional, cognitivo o social de la víctima. Por consiguiente, constituye toda actividad sexual de carácter impositivo con un menor de edad, por parte de un adulto, que yace en una posición de poder, autoridad, o confianza, sobre el menor –víctima.

Para Zambrano (2019), el ASI incluye, desde la exposición del menor a actos sexuales, hasta el contacto físico o penetración, puede ser perpetrado tanto por familiares como por personas ajenas al entorno familiar. En este sentido, este fenómeno no solo implica una violencia a la integridad física del menor, sino que también es una trasgresión profunda a su seguridad emocional, su sentido de autonomía y su capacidad de confiar en los demás. Consecuentemente, puede clasificarse, en dos tipos principales, el primero se caracteriza por el no contacto físico, el cual hace referencia al exhibicionismo, a la pornografía infantil, a la masturbación del agresor en presencia del niño y a espiar al menor en momentos íntimos como el cambio de ropa o durante el baño. El segundo, es el abuso ritualizado, este se relaciona con la inclusión por parte del agresor de rituales y elementos simbólicos en la dinámica de abuso con la víctima. Las consecuencias son especialmente severas, cuando el abuso ocurre durante un periodo prolongado y es perpetrado por figuras significativas, lo cual,

genera un alto nivel de trauma complejo, un proceso de intervención más prolongado y con un manejo supremamente más difícil.

1.4.3. FACTORES DE RIESGO EN EL ASI

Se hace importante, conocer los factores de riesgo para el desarrollo de problemáticas en la infancia. Franco y Finol (2021), encuentran, la negligencia parental, la exposición a ambientes de violencia intrafamiliar, la pobreza, el consumo de sustancias por parte de los cuidadores y los antecedentes de abuso en generaciones anteriores.

Profundizando en los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de abuso sexual infantil. Mebarak et al. (2023), mencionan, que los niños pertenecientes a familias reconstruidas, con padres solteros, con la presencia de la figura de padrastro o madrastra o que su cuidado se encuentra a cargo de otros familiares como, tíos o abuelos, tienen más posibilidad de sufrir agresiones sexuales, así como, que sus padres tengan una relación de pareja debilitada y desajustada que no responde al ideal de relación sana. También, se encuentran con más riesgo de sufrir violencia sexual, los niños que comparten habitación con terceros, que viven en hacinamiento o en inquilinatos, ya que, esos lugares no tienen la seguridad adecuada y las personas pueden acceder fácilmente a sus espacios. Por último, mencionan, los menores de edad que presentan discapacidades de tipo físico y mental, debido a su mayor vulnerabilidad, presentan más riesgo de sufrir violencia sexual. Adicionalmente, Vallejo y Granados (2017), reportan que existen factores de riesgo que influyen en las adolescentes víctimas de abuso sexual. En el plano intrasubjetivo, destacan las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones estresantes, las atribuciones de culpabilidad sobre el evento traumático, el estilo de apego y los mecanismos de defensa activados para enfrentar el trauma, como la somatización, la negación, el aislamiento y la evitación. A nivel familiar, se reportan factores como la violencia intergeneracional, la pasividad o negligencia materna en el cuidado de los hijos, antecedentes de enfermedad mental en los padres, la ruptura de vínculos familiares a raíz de la denuncia del abuso, así como la falta de apoyo y confianza hacia las adolescentes cuando deciden hablar sobre las agresiones sexuales sufridas.

1.4.4. FACTORES PROTECTORES DEL ASI

Franco y Finol (2021), afirman que los factores protectores pueden incluir redes de apoyo efectivas en el sistema familiar, la detección temprana de señales de alerta, la atención

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil psicológica especializada y un entorno escolar seguro. Sumado a lo anterior, Rojas (2020), indica que existen factores de protección a nivel socio- contextual que vale el esfuerzo remarcar, como el sentido de pertenencia del niño en una comunidad, la relación optima entre las familias y las entidades del gobierno, las concepciones adecuadas de los comportamientos sexuales esperados en adultos y niños, la participación ciudadana y comunicación comunitaria para el abordaje de las situaciones de abuso sexual infantil y la solidaridad en el contexto social en el que se desenvuelve el niño o adolescente.

1.4.5. NORMATIVA COLOMBIANA APLICABLE A LA LABOR PSICOLÓGICA EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL

El Psicólogo, en el buen desempeño de su profesión, debe conocer las leyes de su gobierno y su práctica profesional debe ser transversal a las mismas, por ello el profesional en Psicología al momento de estudiar un caso, no solo debe tener en cuenta las leyes generales, sino también profundizar en aquellas directamente relacionadas con el motivo a tratar y ajustar su rol con respecto a esas particularidades, en este caso, se hace interesante revisar las normas y leyes que guardan una relación entre el abuso sexual y el papel del psicólogo.

Por lo anterior, es importante resaltar algunos conceptos del resumen analítico en educación, realizado por Guerrero y Jiménez (2023), cuyo tema era “Programa de Intervención para la prevención de conductas de replicación del patrón de abuso sexual en menores de 14 años”. En la cual detallan las normas y leyes directamente relacionadas con en este fenómeno.

- Constitución política del 1991: La intervención psicológica encuentra su sustento constitucional en los artículos 44 y 45 de la constitución política de Colombia, que consagran los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes. Estos artículos establecen el derecho a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, entre otros, así como la protección contra toda forma de violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual y explotación.
- Ley 1146 del 2007: Esta ley, expedida el 10 de julio del 2007, constituye el principal marco normativo colombiano para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así mismo, proporciona definiciones precisas sobre lo que se considera violencia sexual contra

niños, niñas y adolescentes, entendida como: “Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente”.

- Ley 1719 del 2014: Esta ley, complementa el marco normativo al adoptar medidas para garantizar el derecho de acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, con especial atención a aquellas víctimas en el contexto del conflicto armado interno. Aunque se enfoca principalmente en el acceso a la justicia, establece que estas medidas “buscan atender de manera prioritaria las necesidades de las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas”, lo que refuerza la obligación estatal de proporcionar atención integral, incluida la intervención psicológica.

1.4.6. CONSECUENCIAS DEL ASI

En cuanto a la sintomatología del abuso sexual en niñas, niños y adolescentes, Mebarak et al. (2023) advierten que, a corto plazo, pueden presentarse diversos síntomas en la manifestación clínica de un menor de edad víctima de abuso sexual. Entre ellos, se encuentran dificultades para relacionarse con personas del mismo sexo que el agresor, problemas estomacales, cefaleas, enuresis, bajo rendimiento escolar, sentimientos de confusión, culpa, miedo y conductas sexualizadas. Además, mencionan signos específicos como enfermedades de transmisión sexual, infecciones, lesiones genitales o anales, presencia de espermatozoides, cambios abruptos en la conducta, introversión o extroversión inusual, así como una menor confianza interpersonal en comparación con menores que no han sido abusados. A largo plazo, pueden presentarse disociación, trastornos del sueño, dificultades en las relaciones interpersonales, prácticas sexuales inseguras, menor satisfacción en las relaciones sexuales e inseguridad en el apego.

En esa misma línea, se puede decir que el ASI, se asocia con una serie de afecciones emocionales y conductuales, entre ellas, y como bien lo evidencia Blades (2021), el desarrollo de trastornos como depresión, ansiedad, estrés post-traumático, dificultades en la regulación emocional, alteraciones en el autoconcepto y en la autoestima, así como comportamientos de riesgo en la adolescencia.

De igual manera, las secuelas psicológicas del abuso sexual infantil en la adolescencia, pueden manifestarse de múltiples formas, por mencionar alguno en específico, se podría hablar de uno de los trastornos más frecuentes, que es el trastorno del estrés post-traumático o TEPT, este trastorno, como bien lo esquematizan Ramirez y Quesada (2021), se caracteriza por

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil
recuerdos intrusivos, pesadillas, hipervigilancia, evitación de estímulos asociados al trauma, y una sensación de amenaza constante.

Además del TEPT, muchas víctimas desarrollan síntomas depresivos, ansiedad generalizada, trastornos disociativos, conductas autolesivas y pensamientos suicidas. Olalla (2024), enfatiza, en que la experiencia del abuso genera una percepción distorsionada del mundo, lo que se traduce en aislamiento, desconfianza, dificultades para expresar emociones y una visión negativa del futuro. En este sentido, las secuelas psicológicas de un abuso sexual en edad temprana –en realidad, a cualquier edad-, genera un cúmulo de consecuencias que, de no intervenir a tiempo, podrían incapacitar o inhabilitar a la víctima en una o varias áreas de su vida.

También, se menciona, el síndrome del sobreviviente, término utilizado para describir las dinámicas psicológicas que atraviesan las personas que han superado un evento traumático severo. Este, según Lovaglio y Del Bagge (2021), implica procesos de resignificación, lucha por construir la identidad y búsqueda de sentido. Sin intervención adecuada, estas secuelas pueden verse prolongadas hasta la etapa de la adultez, afectando grandemente las esferas afectivas, laboral y social de la víctima.

A su vez, Vallejo y Granados (2017), señalan que, en adolescentes víctimas de violencia sexual, se identifican conductas de autoagresión que pueden tener distintas funciones, como aliviar emociones negativas, enfrentar conflictos interpersonales, reducir el impacto del estrés o actuar como una forma de autocastigo, es decir, la autoagresión funciona como una estrategia de defensa frente a contenidos psíquicos difíciles de representar, siendo una manifestación frecuente en adolescentes con antecedentes de abuso sexual. Asimismo, los autores advierten sobre diversas consecuencias del abuso sexual infantil en el ámbito relacional, tales como, la escasa participación en actividades comunitarias, dificultades en las relaciones de pareja marcadas por sentimientos de culpabilidad y una autoevaluación negativa. También, reportan síntomas físicos y funcionales, como cefaleas, fibromialgia y trastornos gastrointestinales. En el plano sexual, mencionan experiencias de una sexualidad insatisfactoria y poco placentera, la aparición de conductas sexuales de riesgo, la prostitución y la maternidad en edades tempranas.

1.4.7. AUTOCONCEPTO

El autoconcepto, como bien lo define Bayas (2022), es la percepción que una persona tiene de sí misma, incluyendo creencias, valoraciones, actitudes y sentimientos a cerca de su identidad. Gonzalez et al. (2023), diferencian el autoconcepto de la autoestima en que éste último, se refiere a la valoración afectiva del yo, mientras que el autoconcepto abarca una descripción más amplia de cómo se percibe la persona a sí misma.

Así mismo, Cortés y Noaba (2022), exponen que existen segmentos concretos en la definición de autoconcepto, como lo son:

- La percepción valorativa: Hace alusión al sentirse valorado y querido.
- La autoestima: Se entiende como la apreciación que una persona se da a sí misma.
- El autoconocimiento: Hace referencia, al grado de entendimiento global de su individualidad interna.
- La imagen personal: Esta, se remite a la manifestación externa de la capacidad del ser humano de reflejar los estados internos que pretende transmitir, y, que acompañan los comportamientos y por lo tanto la personalidad.
- La identidad personal: Se caracteriza, por la construcción subjetiva y personal a partir de la elaboración simbólica de las interacciones con otros y la pertenencia a grupos socioculturales.
- La conducta: Comprende, cada comportamiento accionado por el individuo en los diversos contextos de la vida.
- El desarrollo social: Se refiere al proceso de socialización, y, a la capacidad para adoptar y practicar las normas y reglas establecidas.
- El desarrollo personal: Su significación se encuentra, en la capacidad de la propia evolución, con el perfeccionamiento de habilidades que mejoren la condición individual.
- El desarrollo profesional: Responde a las necesidades de autosuperación, que experimenta la persona en el plano académico/laboral.
- La autoaceptación: Obedece a la admisión positiva del sí mismo, acompañado de una autoevaluación constructiva de los propios estados internos y externos.
- La personalidad: Hace alusión al conjunto de características y rasgos personales que conllevan a una forma singular de conducta e interacción.

- La Interacción: Se determina, por la forma en la cual se generan y mantienen patrones de relación entre los seres humanos.

Por lo que, de acuerdo con los mismos autores, el autoconcepto es considerado, como un constructo multidimensional que se desarrolla a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia y la adolescencia, a partir de las experiencias personales y la interacción con el entorno social. El autoconcepto en menores de 17 años es una estructura dinámica, la cual se encuentra influida por factores como la crianza, el entorno educativo, las relaciones interpersonales y, de forma significativa, las experiencias traumáticas

Siguiendo la idea anterior, se puede decir que el autoconcepto se construye a partir de la experiencia personal, la retroalimentación del entorno social y los procesos internos de reflexión.

1.4.8. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCONCEPTO

Por su parte, Monroy (2008), señala que existen siete características fundamentales del autoconcepto, las cuales confluyen permanentemente. La primera es la organización, la cual, tiene la función de estructurar internamente las vivencias en categorías o formas más simples, esto le permite a la persona darles significado. Por lo que se puede decir que, el autoconcepto no es algo caótico ni desorganizado, más bien, está establecido de forma lógica por medio de ejes que ayudan a la persona a entenderse a sí misma y a su mundo. Estas categorías mentales que usa cada individuo no son fortuitas, están influenciadas por la cultura en la que vive. Es decir, la forma en que alguien interpreta sus experiencias y se percibe a sí mismo está condicionada, en parte, por los valores, normas y creencias transmitidas y adoptadas de su entorno.

La segunda característica es la multifacética, la cual, se refiere a la manera en que las personas organizan sus experiencias en áreas específicas. Estas áreas, reflejan cómo cada individuo entiende y clasifica la realidad, a través de un sistema que puede ser personal o compartido socialmente. En este sentido, los humanos, tienden a evaluar su valor personal basándose en su desempeño en distintos ámbitos, como el académico, el social, el físico y en sus diversas habilidades o capacidades.

El tercer distintivo es el jerárquico, el cual, hace alusión a que en la base de su estructura se encuentran las experiencias personales de situaciones específicas. A partir de estas, se

construye una imagen más amplia y general de sí mismo. En la parte superior de esta jerarquía se sitúa el autoconcepto general, el cual puede descomponerse en dos grandes áreas, el autoconcepto académico, relacionado con el rendimiento y desempeño escolar, y el autoconcepto no académico, que abarca aspectos personales, sociales, emocionales y físicos.

La cuarta característica es la estable, esta se encuentra relacionada con la tercera, debido a que a medida que se baja en la estructura jerárquica del autoconcepto, este se vuelve más dependiente de circunstancias particulares y, por lo tanto, tiende a ser menos estable. Además, las variaciones que ocurren en los niveles inferiores de la jerarquía suelen estar influenciados por los niveles superiores, lo que contribuye a que el autoconcepto sea más resistente a su transformación.

La quinta característica, se llama experimental y tiene que ver con que, a lo largo del desarrollo infantil, el niño o niña adquiere nuevas vivencias y habilidades. Este proceso hace que ciertas partes de su identidad cobren mayor relevancia para él, y, que distintos aspectos de su entorno adquieran significados diversos. A medida que el niño o niña crece, gana experiencia y desarrolla habilidades verbales, su autoconcepto se vuelve cada vez más diferenciado. Con el tiempo, al integrar y coordinar estas distintas dimensiones de sí mismo, es posible hablar de un autoconcepto estructurado y multifacético.

La sexta característica es la valorativa, la cual, hace referencia a las apreciaciones que el individuo realiza de sí mismo en toda clase de situaciones y espacios en los que se desenvuelve. Por último, la séptima característica se llama diferenciable, esta alude a que el autoconcepto se puede distinguir de otros conceptos similares, aunque esté relacionado con ellos desde un punto de vista teórico, por ejemplo, la autoestima o la identidad. Lo que lo hace especial es que se entiende como un modelo multidimensional y jerárquico.

Esto significa que el autoconcepto no es una idea única o simple, sino que está formado por varias dimensiones.

1.4.9. CONSTRUCCIÓN DEL AUTOCONCEPTO

En coherencia con lo anterior, García y Musitu (2014), identifican que tal construcción incluye dimensiones específicas:

- Académico: Hace referencia a la percepción del desempeño y competencia escolar.

- Social: Hace alusión, a la capacidad de establecer y mantener vínculos con personas del sistema comunitario.
- Emocional: Refleja el grado de conciencia, regulación y expresión de emociones.
- Físico: Se refiere, a la autoimagen corporal y a las habilidades motoras.
- Familiar: Hace referencia, al sentido de pertenencia y a la valoración positiva o negativa que percibe la persona dentro del núcleo familiar

Cada una de estas áreas, puede verse afectada de forma particular según el contexto de vida del menor y las experiencias personales asociadas a ellas.

Así pues, resulta crucial comprender que el autoconcepto no es una entidad estática, sino un constructo en constante reorganización, receptivo a los eventos vitales significativos. Su desarrollo sano está vinculado a un entorno que valide emocionalmente al individuo, le proporcione seguridad, y, promueva la autoexploración positiva.

En consecuencia, Pulido et al. (2023), señalan que existen motivaciones psicológicas que influyen en la formación y el mantenimiento del autoconcepto. Por un lado, se encuentra la motivación de autoensalzamiento, la cual, se orienta a proteger y mejorar la imagen que una persona tiene de sí misma. Esta motivación, se manifiesta a través del logro de metas personales, así como, mediante la comparación social, dicha comparación, puede ser hacia personas que se perciben como superiores —lo que genera modelos de referencia para superarse— o hacia personas que se consideran en desventaja, lo cual, puede reforzar una percepción de superioridad.

Por otro lado, la motivación de consistencia busca mantener una imagen de sí mismo estable y coherente. En este caso, el ser humano tiende a seleccionar y procesar información que confirme las creencias que ya tiene sobre sí. Esta función, permite que la realidad se perciba como más predecible, facilitando así la interpretación de las relaciones interpersonales y de las situaciones cotidianas.

Desde la perspectiva de la etapa de la adolescencia, se presentan particularidades en el funcionamiento del autoconcepto, según García y Musitu (1999), en este ciclo vital se desarrolla el pensamiento formal, lo que conlleva al adolescente a autocuestionarse y autoevaluarse de una forma más profunda, se convierte de especial interés el reconocer como se ve a sí mismo y como lo ven los demás. También, presenta facilidad de ser influenciado por otras personas de diversos contextos, como el escolar, social, familiar, lo que conlleva en

ocasiones a compararse con otros pares y sus atributos físicos, intelectuales y aptitudinales.

Así mismo, en la adolescencia se presenta el dinamismo en el propio autoconcepto, lo que lleva a contradicciones internas, el joven puede percibir que tiene un buen autoconcepto en una dimensión mientras que, en otra considera que tiene nulas capacidades.

1.4.10. ABORDAJE DEL AUTOCONCEPTO EN VÍCTIMAS DE ASI

Al comprender que el autoconcepto, se fortalece o debilita en consecuencia de la vivencia de eventos significativos positivos como negativos, se puede decir que, en adolescentes víctimas de abuso sexual, el autoconcepto puede verse distorsionado, dando lugar a pensamientos negativos sobre sí mismos, baja autoestima y dificultades para relacionarse con los demás.

En víctimas de abuso sexual infantil, el autoconcepto puede verse profundamente afectado y como bien señala Garcilazo (2020), estas personas, pueden desarrollar una autoimagen negativa, sentimientos de culpa, vergüenza, confusión de identidad y una tendencia al auto-abandono emocional. El trauma, altera la forma en que la persona se relaciona consigo misma, lo que impacta significativamente en su salud mental y su desarrollo social.

Por lo anterior, es relevante traer a colación programas de intervención psicológica del autoconcepto aplicables a adolescentes que han sufrido de abuso sexual. Uno de los más reconocidos es la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma, desarrollada por Cohen et al. (2004), esta se compone por la psicoeducación, la exposición gradual, la reestructuración cognitiva y la participación familiar, para disminuir síntomas relacionados a la experiencia traumática y aumentar la autoestima, la cual, como se mencionó anteriormente, se encuentra directamente relacionada con el autoconcepto.

En la misma línea del enfoque cognitivo conductual, se encuentra el manual práctico de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales creado por García et al. (2019), a partir del cual, definen el entrenamiento en habilidades sociales como una serie de estrategias de comportamiento dirigidas a aprender, perfeccionar o cambiar conductas sociales que no responden a las necesidades propias de la comunicación en el contexto social, con el objetivo de promover interacciones más eficientes, gratificantes y adaptativas en diferentes entornos.

En el manual, realizan la descripción de los tres patrones fundamentales de conducta interpersonal (asertivo, sumiso y agresivo), destacando la relevancia de la asertividad como habilidad para proteger los derechos propios sin infringir los derechos de los otros. Se detallan

los pasos del proceso terapéutico: psicoeducación, programación de sesiones, instrucciones, modelado, ensayo de comportamiento, retroalimentación y ejecución en contextos reales. El manual proporciona orientación práctica y ejemplos para utilizar en cada fase del entrenamiento, incluyendo herramientas para gestionar problemas como resistencias, ansiedad o creencias arraigadas. Este método, se puede utilizar tanto en formato individual como en grupo, siendo este último aconsejable por sus beneficios pedagógicos y motivadores. La meta principal consiste en que los adolescentes aprendan a expresarse de manera asertiva, protegiendo sus derechos y manifestando sentimientos, pensamientos o anhelos sin intimidar ni oprimir a los demás.

Por su parte, Cordero y Cerezo (2010), propusieron un modelo de intervención grupal centrado en mejorar el autoconcepto emocional y social, mediante técnicas cognitivas y dinámicas relacionales.

Otra intervención que responde al autoconcepto en víctimas de violencia sexual, es la terapia de juego centrada en el trauma, esta, se plantea por Gil (2006), como una terapia muy útil en adolescentes con dificultades para verbalizar sus experiencias, empleando el juego simbólico para facilitar la expresión emocional y la integración del trauma. También se menciona, el programa psicoeducativo de Pérez et al. (2018), el cual, tiene como objetivo promover mejoras en la autoestima, en el autoconcepto físico y emocional, y, la resiliencia en las jóvenes víctimas de ASI, así como la prevención de la revictimización, a través de talleres artísticos.

Finalmente, se expone el programa de intervención centrado en la identidad personal, realizado por Martínez et al. (2018), este, se enfoca en adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual, y se fundamenta sobre el fortalecimiento de elementos esenciales del autoconcepto, como la autopercepción, la imagen corporal y la seguridad emocional. En el programa, se hace uso de dinámicas grupales que pretenden promover la validación personal y la resiliencia, aunado a la utilización de técnicas de reestructuración cognitiva y de exteriorización de emociones.

Los anteriores programas de intervención, coinciden en la necesidad de tratamientos que respondan no solo a la elaboración del trauma, sino también a la reconstrucción de lo dañado, como la autoestima y el autoconcepto.

1.4.11. DEFINICIÓN DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Las emociones, tienen un papel fundamental en el funcionamiento interno y externo del ser humano, hacen parte de muchos procesos mentales y están presentes en cada momento de la ontogenia y su evolución propia. Hoy en día, se reconoce la importancia y trascendencia que estas tienen en el bienestar mental y se pueden ver como una fortaleza cuando se saben regular o como una debilidad cuando ocurre lo contrario. Según Gonzáles (2023), las emociones se componen de varios elementos que pueden diferenciarse entre ellos. Incluyen, un estímulo que las genera, la experiencia interna o subjetiva que se vive como emoción, las modificaciones fisiológicas que suceden en el cuerpo, las manifestaciones externas como los gestos faciales, la voz o la postura, y, finalmente una respuesta conductual perceptible. Estos elementos no funcionan de forma independiente, sino que, pueden interactuar entre ellos en un orden temporal o causal. Además, las emociones se consideran, como mecanismos biológicos específicos y universales, creados con un objetivo de adaptación que promueve la supervivencia.

Por su parte, Cervantes (2020), refiere que las emociones desempeñan el papel de asistir al ser humano en diversas circunstancias. Por ejemplo, facilitan reaccionar rápidamente ante situaciones imprevistas, tomar decisiones con rapidez, tener mayor seguridad y manifestar los sentimientos sin requerir de palabras, a través de señales no verbales. El cuerpo tiene la capacidad de expresar las emociones mediante gestos, movimientos, la postura o la tonalidad de la voz. Inclusive, si no se expresan, es posible que los demás lo detecten a través de la conducta. Fundamentalmente, los sentimientos emergen como respuestas a lo que sucede en el entorno. Es decir, se identifican varios estímulos y, con relación a ellos, se produce una reacción emocional. En ese sentido, las emociones son vivencias individuales que surgen en correspondencia con alguien o con una circunstancia determinada.

A su vez, Cervantes (2020), propone un modelo de familia de emociones básicas:

Amor: Aceptación, ternura. Ira: Furia, cólera, irritabilidad. Felicidad: Alegría, dicha, placer. Tristeza: Congoja, pesar, melancolía. Disgusto: Enojo, aversión. Sorpresa: Asombro, desconcierto. Envidia: Celos, disgusto, tristeza. Entusiasmo: Energía, vitalidad. Comprensión: Empatía, ser compartido, justicia. Temor: Miedo, pánico, terror. Vergüenza: Culpabilidad, remordimiento. Timidez: Desconfianza (p. 26-27).

Con relación a lo anterior, se determina que la función de las emociones y el proceso de autorregulación de las mismas, es un aprendizaje continuo, que parte desde el reconocer y nombrar las emociones más básicas, identificando como actúan y los efectos directos que generan en el pensamiento y comportamiento de la persona.

Teniendo esto en cuenta, se hace indispensable ahondar en lo concerniente a la autorregulación emocional. Como bien lo definen, Olhaberry y Sieverson (2022), la habilidad de los niños para manejar correctamente sus emociones y relacionarse de manera positiva con otros, es un componente esencial del desarrollo socioemocional, es crucial para construir relaciones saludables y fomentar el bienestar general. Los niños y niñas capaces de manejar sus conductas emocionales y sociales suelen ser considerados hábiles y mejor capacitados para manejar las circunstancias cotidianas, mientras que, aquellos que enfrentan problemas en este campo, suelen ser vistos como conflictivos o introvertidos. Además, las dificultades en el control emocional durante la niñez, son un factor de riesgo frecuente en varios trastornos de salud mental.

Partiendo de lo anterior, se puede decir que, cuando un niño o niña sufre de abuso sexual infantil y tiene bases sólidas de regulación emocional, tiene más herramientas para confrontar la situación y para elaborar el trauma, mientras que, cuando no existen esas bases, se pueden presentar fluctuaciones emocionales complejas, que requerirán de una intervención anterior al abordaje del trauma en sí.

1.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

El autor Compte (2014), expone la relación que existe entre el apego y la regulación emocional, el autor refiere que la emotividad se encuentra íntimamente relacionada con el apego, dado que este afecta su manifestación y control. En tal sentido, las tácticas empleadas para exteriorizar y gestionar las emociones tienden a estar en sintonía con el estilo de apego establecido, ya sea del tipo seguro, evitativo o inseguro ambivalente, dado que, cada uno de estos conlleva patrones particulares para manejar las emociones.

En conclusión, la existencia de una figura de apego disponible, potencia la adaptabilidad en la implementación de recursos para regular tal emotividad, el estilo de apego transmitido en la infancia, influirá de manera notable en la evolución emocional y, por consiguiente, en las herramientas utilizadas para gestionar las emociones a lo largo de la vida.

Profundizando en el concepto de regulación emocional, Gómez y Calleja (2016), señalan que, existen tres procesos básicos para lograr un equilibrio en la emotividad. La primera, es la premisa que las emociones tienen mecanismos inherentes de autorregulación, un individuo no puede mantenerse en un estado emocional intenso, como la ira o la alegría por un largo periodo, ya que, esto conlleva un gran esfuerzo mental y un agotamiento físico. La segunda, se refiere, a que tanto la fuerza como el carácter (positivo o negativo) de las emociones, pueden provocar movimiento o inmovilidad, pues, las respuestas del sujeto ante estímulos emocionales impactan en la vivencia emocional individual, pudiendo generar en ella, una intensificación, disminución o modificación. La tercera y última, hace alusión a que, las habilidades empleadas para controlar las emociones, también influyen en la forma en que se viven. Tales mecanismos de regulación, pueden ser automáticos y su objetivo es alterar tanto el estado emocional, como las situaciones que lo originan, basándose en las necesidades individuales y las demandas del entorno.

En la misma línea, es importante abordar algunos modelos teóricos enfocados en la regulación emocional. El modelo de emociones básicas de Ekman (1992), propone un esquema de emociones fundamentales que argumenta, están presentes en todas las culturas humanas. De acuerdo con su perspectiva, las emociones esenciales tales como la alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa y asco, poseen un fundamento biológico y, se manifiestan mediante expresiones faciales conocidas a nivel global. Estas emociones, desempeñan roles de adaptabilidad, pues llevan a las personas a reaccionar de manera rápida y eficiente ante circunstancias críticas para la supervivencia. Tales señales emocionales, son automáticas e involuntarias y pueden ser reconocidas por individuos de culturas diferentes.

Por otro lado, el modelo de regulación emocional de Gross (1998, 2015), diferencia entre aptitudes de regulación emocional centradas en el antecedente, como, la revisión cognitiva en la contestación, y, las respuestas focalizadas, cómo, la supresión de emociones. De forma que, regular las emociones antes de que se vuelvan completamente activas, conllevan a la reinterpretación de las situaciones, este proceso suele ser más efectivo, que tratar de suprimir las reacciones emocionales una vez que ya han aparecido.

También, Thompson (1994), sugiere que su modelo de desarrollo socioemocional, hace referencia a que, la regulación emocional es una habilidad que se desarrolla durante la infancia y la adolescencia, manteniendo una fuerte conexión con el ambiente social,

especialmente con las figuras de apego. Por lo tanto, el progreso en la autorregulación emocional, no solo se basa en elementos personales, sino también, en el entorno social y cultural en el que el individuo se desenvuelve.

Adicionalmente, desde el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997), consideran que, la habilidad para controlar las emociones favorece el bienestar, la toma de decisiones y las interacciones sociales. La inteligencia emocional, encuentra su significado en reconocer, entender, emplear y administrar las emociones de forma correcta.

Por último, el modelo de regulación emocional de Linehan (1993), destaca, la validación de las emociones y el desarrollo de capacidades para modificar la intensidad del sentir, particularmente en grupos con problemas de regulación severos, como en el trastorno límite de la personalidad.

Encontrando que, el desarrollo y el fortalecimiento del manejo emocional, es importante en el individuo desde sus primeras interacciones, resulta interesante ahondar en el funcionamiento de la inteligencia emocional en la etapa de la adolescencia. Según Santoya et al. (2018), en el estudio de relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. Encontraron que, conforme los adolescentes adquieren un mayor entendimiento e identificación de sus emociones, también se incrementa la probabilidad, de que adquieran una mayor capacidad de tolerancia a la frustración. Igualmente, determinaron que la capacidad para manifestar sus emociones de manera libre y reconocer señales emocionales internas, promueve el manejo de los impulsos, la creación de habilidades para controlar las emociones y una mayor eficacia para gestionar situaciones de frustración.

1.4.2. APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL PARA VICTIMAS DE ASI

En relación con el apartado anterior, existen estrategias específicas para la generación y fortalecimiento de las capacidades de regulación emocional. Compte (2014), señala, que la estrategia de entrenamiento asertivo puede favorecer a tener una actitud más relajada en las relaciones interpersonales, como primer paso, es crucial identificar el estilo de conducta interpersonal que se emplea frecuentemente, que puede categorizarse como agresivo, pasivo o asertivo. Este último, se distingue por la protección de los derechos y puntos de vista propios

sin recurrir a la manipulación y demostrando respeto hacia los demás. Después, es necesario reconocer aquellas circunstancias en las que se busca actuar de manera más asertiva, detallándolas con precisión, incluyendo quiénes participan, cuándo suceden, los miedos, inquietudes, emociones, pensamientos y metas personales, relacionadas con tales circunstancias. Después de realizar el análisis respectivo, se elabora un plan de acción para enfrentar las dificultades de forma asertiva.

Según Beck (2011), la reestructuración cognitiva, es una técnica que lleva a reconocer, interrogar y cambiar pensamientos automáticos disfuncionales, que producen reacciones emocionales desadaptativas, facilitando de esta manera, una interpretación más realista y balanceada de las circunstancias. Lo cual, contribuye a reducir la fuerza de emociones como la ansiedad, la tristeza o la ira, y, a fomentar un mayor control emocional frente a sucesos estresantes. Por ejemplo, reconsiderar un contexto social no como una valoración negativa de los demás, sino como una oportunidad para interactuar. Esto, puede disminuir la ansiedad anticipatoria.

La respiración, es otra técnica que ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, y, también puede influir positivamente en el manejo de la emotividad, pues se instala la capacidad de controlarse en momentos de tensión emocional intensa.

También, se encuentra la relajación progresiva, la cual, se fundamenta en el concepto de que algunas ideas pueden provocar tensión en los músculos. El proceso de relajación gradual, es particularmente beneficioso, para disminuir la tensión corporal asociada a los síntomas relacionados con la emotividad desregulada.

Adicionalmente, se hace necesario conocer programas de intervención en regulación emocional dirigido a adolescentes, los cuales, tienen efectos directos en su bienestar mental.

Según, Brackett et al. (2012), el programa RULER, imparte destrezas como reconocer, comprender, nombrar, expresar y regular las emociones, y ha logrado incrementar el desempeño escolar y el ambiente emocional en los centros educativos.

El programa friends for Life, respaldado por la OMS (2004), utiliza métodos cognitivo-conductuales, para instruir a los adolescentes en capacidades de manejo y reorganización cognitiva, con la finalidad, de prevenir la ansiedad y la depresión por medio de la regulación emocional.

Por otro lado, Montoya et al. (2020), crearon el programa PREDEMA (Programa para la regulación emocional en la adolescencia), el cual, es un enfoque psicoeducativo creado específicamente para los jóvenes, con la finalidad de, potenciar sus capacidades de control emocional y evitar trastornos psicológicos relacionados, tales como la ansiedad, la depresión o la agresividad, se basa, en las dimensiones de la conciencia emocional, la regulación de la emotividad, la expresión de los sentimientos y la toma de decisiones.

1.4.3. ELABORACIÓN DEL TRAUMA

El trauma infantil no tratado, se puede convertir en un actor silencioso y presente en otros ciclos vitales, se manifiesta frecuentemente en el pensamiento, comportamiento y emoción de las víctimas, incluso, sin llegar a sospechar que las dificultades que se presentan a nivel personal, interpersonal y social, pueden tener sus raíces en tal hecho traumático. Por lo anterior, dentro de un proceso de intervención, es importante volver a traer ese recuerdo temido, evitado y en ocasiones, negado, para darle una nueva significación. Partiendo de lo anterior, White y Epston (1993), refiere que, la terapia narrativa es un método terapéutico enfocado en las narraciones que los individuos crean sobre sí mismos y sobre su existencia. Se puede decir que, es una estructura de vivencias trascendentes mediante relatos que contienen una secuencia temporal, un argumento, objetivos, interpretaciones y finales. Basado en lo anterior, se establece que la narración se refiere a las secuencias elegidas de vida que adquieren existencia como entidad, mediante el acto de ser relatadas, tanto a sí mismos como a los demás. Estas historias son esenciales para el desarrollo de la identidad.

A su vez, Rocabado (2021), define el proceso de reparación del trauma, como un procedimiento extenso y siempre cambiante para aquellos que han sido impactados por vivencias dolorosas. No obstante, ese transcurso posibilita incorporar, de forma adaptativa, las experiencias traumáticas en la narrativa personal.

1.4.4. ELABORACIÓN DEL TRAUMA DEL ASI

De acuerdo a lo anterior, se afirma que, la violencia sexual obstaculiza el camino natural del desarrollo humano, y, es esencial que el individuo se aventure en un proceso que le facilite la resiliencia de lo que ha experimentado. Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), la elaboración del trauma en niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, requiere de intervenciones individualizadas que tomen en cuenta, no solo los síntomas perceptibles, sino

también, las alteraciones cognitivas profundas que generalmente surgen después del suceso traumático, pues, muchas víctimas adoptan percepciones sesgadas que obstaculizan su crecimiento emocional y complican la superación del trauma.

Adicionalmente, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) indican que, el trauma del ASI, causa una perturbación que modifica el desarrollo personal a nivel físico, cognitivo, emocional y social. A pesar de que el ser humano suele intentar sobrevivir ante cualquier adversidad, si no se le proporciona soporte, el trauma puede obstaculizar seriamente ese desarrollo, impactando al individuo en su totalidad y promoviendo la normalización y la reproducción de la violencia en sus diversas manifestaciones. Esto, por consiguiente, provoca un daño duradero en las dinámicas familiares y sociales, obstaculizando el acceso a una vida plena y con bienestar, tanto para la persona afectada como para su entorno.

Al evidenciar que, el sufrir de un abuso sexual infantil, desprende consecuencias psicológicas claras, resulta esencial fomentar un proceso de sanación para la víctima. Transitar por ese camino, conlleva a obtener apoyo profesional, que, a su vez, promueva la reconstrucción de la percepción del trauma, dando un nuevo significado a lo experimentado, por medio de, un proceso activo de cambio que facilita la resignificación de las vivencias de abuso sexual, incorporándolas de manera adaptativa a la identidad individual y a la propia trayectoria vital.

Por lo que, de acuerdo con López (2011), no solo se caracterizan las experiencias a través de las historias, sino que, estas también las moldean. La capacidad de contar historias, está vinculada a la habilidad para cambiar, lo que significa que, cualquier transformación personal implica una alteración en las historias que se construyen acerca de si mismos. Así pues, cualquier intervención que provoque un cambio significativo en un individuo, también cambiara su relato. De tal forma, con el paso del tiempo, algunas narraciones se vuelven predominantes en la vida. Cuando estas narrativas predominantes son excesivamente restrictivas, pueden omitir experiencias relevantes o llevar a las personas a percepciones negativas de su identidad.

Por otro lado, se hace indispensable mencionar que, en el proceso de narrativa, el rol del psicólogo es fundamental, de acuerdo con Quiceno et al. (2022), este, consiste en acompañar al individuo para que pueda recontar su historia, particularmente, cuando se halla estancada en un punto doloroso o sin esperanza, y es complicado concebir un nuevo desenlace posible. Esta tarea, se complica aún más cuando la historia personal está llena de vivencias adversas.

En estas situaciones, la labor del terapeuta consiste en orientar al individuo a reevaluar su pasado, rescatando aspectos que quizás se habían olvidado, pero que pueden ser esenciales para reestructurarla y restituirle el significado perdido. Por lo tanto, se argumenta que toda narrativa puede perdurar, y, que el individuo posee la habilidad de hallar nuevos significados, mediante un acto creativo metafórico que sucede en la interacción con el otro.

Ahora bien, Maturana y Ocampo (2024), reportan, que la terapia cognitivo conductual es uno de los métodos más eficaces para reparar y mitigar los impactos del abuso sexual en niños y niñas, ya que, se enfoca en cambiar las ideas y conductas provocadas por el trauma, consiguiendo de esta manera, una reducción notable de los síntomas ansiosos-depresivos derivados del estrés postraumático. Gracias a su enfoque estructurado, la hacen particularmente recursiva, para el manejo de los síntomas tanto a corto como a largo plazo.

1.4.5. LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DEL DESARROLLO

La OMS (2022), advierte que la adolescencia es una etapa del ciclo vital que se extiende aproximadamente entre los 10 a los 19 años y usualmente durante su desarrollo se establecen patrones de comportamiento relacionados con su salud física y mental, como el ejercicio físico, la actividad sexual, la alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas.

Este periodo, según Bustamante et al. (2022), es caracterizado por profundos cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. En este sentido, a nivel psicológico, el adolescente busca la construcción de su identidad y la consolidación del autoconcepto, enfrentando simultáneamente la necesidad de pertenecer a un grupo y de diferenciarse como individuo. Por otro lado, se debe decir que la adolescencia es una etapa particularmente sensible a experiencias traumáticas, dado a que el sujeto aún se encuentra en proceso de formación de su personalidad y autoimagen.

Durante esta etapa, el cerebro experimenta una reorganización significativa que influye en la toma de decisiones, la regulación emocional y la percepción de sí mismo. Erikson (1968), citado en Pàmpols (2020), menciona que la principal tarea psicosocial de la adolescencia es la formación de la identidad frente a la confusión de roles, siendo el auto concepto un componente fundamental de este proceso. La adolescencia también es una etapa de alta vulnerabilidad emocional, especialmente si existen antecedentes de trauma como el abuso sexual infantil. En otros casos, el adolescente, puede presentar conflictos de identidad,

distorsiones en la autoimagen, aislamiento social y dificultades para establecer relaciones afectivas sanas.

1.4.6. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ASI

En el contexto psicológico, y como bien lo conciben Pedroso y Fortunato (2021), se entiende como víctima, a la persona que ha sufrido daño, dolor o prejuicio como resultado de una acción externa, generalmente violenta o abusiva. En este caso específico, la víctima es una adolescente que ha vivido experiencias de abuso sexual durante la infancia, lo cual ha generado una afectación emocional significativa, que requiere de atención especializada.

Del Blanco y Tosta (2021), definen al trauma psicológico, cómo una respuesta emocional intensa que ocurre como resultado de un evento extremadamente estresante, que supera la capacidad del individuo para afrontarlo. En este sentido, el abuso sexual infantil, constituye un tipo de trauma que puede generar efectos duraderos, como la aparición de síntomas ansiosos, depresivos, disociativos e incluso estrés post-traumático. El trauma, impacta directamente en la percepción que la persona tiene de sí misma y del mundo que la rodea.

Un programa de intervención psicológica, tal como lo define Jiménez (2022), es una estrategia estructurada, sistemática y planificada que busca generar cambios significativos en el bienestar emocional de los individuos o grupos a los que se dirige. Además, hace referencia a un conjunto de acciones planificadas y estructuradas que tienen como objetivo generar cambios positivos en el comportamiento, pensamientos, y emociones de una persona o grupo. Este estaría diseñado a través de la integración de muchos elementos, los cuales, en conjunto, buscan restablecer multidimensionalmente a una persona o grupo, en función a una situación límite y/o trauma. Por ende, estos programas suelen organizarse por etapas, comprendidas en: diagnóstico, planificación, evaluación y ejecución, con una duración variable según la complejidad del caso. De esta forma, y a través de esta estructura, se lograrán mejores resultados positivos.

Cómo bien lo plantean Brito et al. (2022), un programa de intervención es una propuesta organizada en fases o etapas, que responden a una problemática específica, integrando objetivos, técnicas y actividades terapéuticas. Es decir, un programa de intervención psicológica debe considerar las características individuales del paciente, los recursos terapéuticos disponibles y un marco teórico que oriente las acciones. Es necesario que este

programa de intervención sea construido a partir de un análisis previo, éste incluye, entre otros aspectos, el trazado de un historial o precedente, la revisión documental de programas ejecutados en contextos similares o iguales, con el fin de analizar resultados e impactos, de manera que, estos puedan ser útiles para asentar un marco de antecedentes.

La intervención psicológica en adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual, debe estar fundamentada en principios éticos claros, según Brito et al. (2022), estos principios éticos deben estar conformados por cinco pilares: confidencialidad, consentimiento, consentimiento informado, no revictimización y respeto por el ritmo del paciente. Es fundamental que el proceso terapéutico, se base en la construcción de un vínculo seguro, que permita al adolescente expresar su experiencia sin juicio ni presión, así como también, se hace necesario que este proceso sea guiado, si es posible, por un equipo multidisciplinar, debido a las características propias del trauma a intervenir en cuestión.

Los enfoques terapéuticos utilizados con mayor frecuencia, según Maturana y Ocampo (2024), se encuentra la terapia cognitivo-conductual (TCC), que busca reestructurar pensamientos disfuncionales, la terapia narrativa, centrada en la resignificación del relato traumático, y, por último, la terapia centrada en el trauma, orientada a la integración emocional de la experiencia dolorosa. Basándose en lo anterior, cabe resaltar, que todos y cada uno de los enfoques mencionados anteriormente, obedecen en última instancia, a un caso específico, y buscan abarcar una o varias esferas del espectro traumático.

Adicionalmente, se debe incluir la psico-educación sobre el abuso, trabajar con la familia (si es seguro hacerlo), y diseñar estrategias que fortalezcan la resiliencia y la autoestima, en este sentido, el psicólogo actúa no sólo como terapeuta, sino también como guía en el proceso de reconstrucción personal, facilitando herramientas que permitan al adolescente recuperar el control de su vida.

Por su parte, Mundaca (2021), indica que, en el caso de adolescentes, víctimas de abuso sexual, los programas deben contemplar un enfoque integral, personalizado y flexible, que aborde tanto el trauma como las consecuencias psicosociales derivadas del mismo. Un componente central de estos programas es el fortalecimiento del autoconcepto, ya que influye directamente en la capacidad del adolescente para establecer relaciones sanas, tomar decisiones y proyectarse hacia el futuro, por lo que, aspectos como la construcción o

reconstrucción de la identidad, el fortalecimiento de elementos como la autoestima, el autocuidado y la autopercepción, son indispensables en la intervención.

Igualmente, Osorio et al. (2023), plantean que, las dinámicas grupales e individuales, ejercicios de reconocimiento y validación emocional, expresión artística y la evaluación del programa, debe realizarse de forma continua, permitiendo ajustar las estrategias según las respuestas y necesidades del adolescente.

En relación con lo anterior, se exponen algunos de los programas guiados a la intervención psicológica en adolescentes víctimas de ASI.

Un manual eficaz, es el del tratamiento de niños, niñas y adolescentes, víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), este, es un recurso terapéutico creado para profesionales que se ocupan de menores víctimas de abuso sexual. El propósito principal del manual, es ofrecer herramientas de intervención a niños y adolescentes en el manejo del trauma, en la disminución de los síntomas del estrés postraumático y el fomento de la capacidad de resiliencia. Lo anterior, a través de la incorporación de la experiencia traumática en la trayectoria vital de la víctima, la reorganización cognitiva y el refuerzo de la autoeficacia. Su operación, se centra en la psicoterapia en grupo, con metas concretas, como, interrumpir el ciclo del maltrato, sanar el trauma emocional y gestionar los síntomas vinculados al trastorno de estrés postraumático. También se hace importante mencionar que, las técnicas planteadas se fundamentan en pruebas y se ajustan al contexto latinoamericano.

Otra intervención ajustada a los parámetros antes descritos, es la expuesta en el manual para el abordaje psicológico del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, publicado por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA, 2021). La cual, es una herramienta esencial para expertos dedicados a la protección y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, ofreciendo recursos tanto prácticos como teóricos para una intervención eficaz y respetuosa de los derechos de las víctimas. La organización del manual se distribuye en dos partes:

- Elementos teóricos del abuso sexual: Este capítulo, proporciona un entendimiento completo del fenómeno del ASI, desde un enfoque de género y derechos humanos, tratando las dinámicas sistemáticas y culturales que perpetúan la violencia sexual.

- **Orientación para la atención psicológica:** En este apartado, se especifican métodos y estrategias para la intervención psicológica con las víctimas y sus familias, subrayando la relevancia de prevenir la revictimización y fomentar la capacidad de resiliencia.

De acuerdo a lo anterior, cabe anotar que, el manual se fundamenta en la experiencia de más de dos décadas de AVESA en el cuidado psicológico de menores víctimas de abuso sexual y en un análisis sistemático de buenas prácticas. Su contenido, se basa en datos actuales, pruebas científicas y una aplicación ética, en concordancia con las regulaciones nacionales e internacionales de derechos humanos y el código de ética para el ejercicio de la psicología en Venezuela.

Adicionalmente, para el tratamiento del abuso sexual, se encuentra el programa de intervención para adultos víctimas de abusos sexuales en la infancia, elaborado por, Igartua (2022). Este, se define como una terapia orientada a adultos que han padecido abusos sexuales en su niñez y que no han obtenido previamente atención clínica psicológica, y, por lo tanto, no han elaborado el trauma. Su propósito principal, es disminuir los síntomas físicos y psicológicos resultantes de estos eventos traumáticos, tales como la ansiedad, la depresión y las carencias en el manejo emocional, que impactan de manera considerable en la calidad de vida de los sujetos afectados. La intervención, se enfoca en el manejo de emociones tales como la vergüenza y la culpabilidad, y se realiza en grupo con el objetivo de potenciar las relaciones interpersonales de los participantes. El programa, se organiza en ocho tareas concretas y con su aplicación, se espera que, se alcance una transformación en el autoconocimiento e independencia en los participantes, lo que conlleve a la disminución de las sensaciones de vergüenza y culpabilidad, y la mejoría de los vínculos interpersonales.

La autora, resalta la importancia de establecer programas de prevención e intervención como el propuesto por ella, ya que las repercusiones del abuso sexual a menores son significativas y propone la implementación de programas parecidos dirigidos a niños que hayan padecido de abusos sexuales durante su etapa infantil.

En concordancia, Vélez y Sanchez (2018), señalan, que el programa de educación y regulación emocional para menores abusados (PREMA), busca el desarrollo de habilidades en adolescentes víctimas, para gestionar sus emociones y potenciar su salud mental. Este programa, se enfoca en instruir a los jóvenes en métodos de control emocional, tácticas de manejo de situaciones estresantes y capacidades para disminuir la ansiedad y el estrés

producto del trauma. Además, PREMA tiene como objetivo potenciar la autoconfianza y fomentar un manejo saludable de las vivencias traumáticas, favoreciendo de esta manera, la recuperación emocional y la reinserción social. La terapia, se lleva a cabo a través de actividades psicoeducativas, acciones individuales y grupales y a veces implican la colaboración con las familias para establecer un ambiente de apoyo seguro.

Este programa resulta particularmente beneficioso para reducir síntomas como el temor, la tristeza y la ira, y, para promover una gestión emocional adecuada.

Desde el enfoque cognitivo conductual, se encuentra un programa eficaz que trata eventos traumáticos, como el abuso sexual infantil, a partir de, la terapia centrada en el trauma (TF-CBT). Según Cohen et al. (2017), se trata de una intervención organizada y fundamentada en evidencia científica, direccionada específicamente a niños, niñas y adolescentes que han sufrido sucesos perturbadores. El tratamiento, combina métodos de la terapia cognitivo-conductual con fundamentos enfocados en el trauma. En este, se incluyen la psicoeducación, los métodos para relajarse y controlar el estrés, el análisis cognitivo, la narrativa del trauma y el trabajo con los progenitores o figuras de referencia para el paciente. Este método terapéutico, ha probado su eficacia en la disminución de síntomas asociados al trauma, tales como la ansiedad, la depresión y los pensamientos intrusivos.

Dentro del modelo de tratamiento TF-CBT, se encuentra una estrategia terapéutica valiosa para trabajar el abuso sexual infantil, Cohen et al. (2017), lo definen como el cuaderno para adolescentes, el cual, está diseñado y enfocado para jóvenes que han sufrido uno o varios sucesos traumáticos, su objetivo, es ofrecer actividades organizadas que contribuyan a los adolescentes, mayor comprensión y procesamiento de sus vivencias traumáticas, en el fortalecimiento de sus capacidades de afrontamiento y de tal forma, impactar positivamente en su bienestar. Los elementos fundamentales del cuaderno siguen la misma línea de la terapia TF-CBT, como lo son, la psicoeducación, relajación, control afectivo, manejo cognitivo, narrativa del trauma, exposición gradual en vivo, sesiones grupales. Su aplicación debe estar constantemente supervisada por el terapeuta, de manera que las actividades sean asertivas y fructíferas para el paciente, además de ello, es importante especificar que, si bien el cuaderno tiene una estructura, esta se puede adaptar a las necesidades de cada adolescente.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

La paciente de 17 años a quien se nombrará de manera ficticia como Diana, se encuentra en el primer semestre de un pregrado en la Facultad de Salud y Ciencias Médicas. Su familia es nuclear y se compone por ella, su madre de 37 años, su padre de 39 años y su hermana de 20 años, también estudiante universitaria, sus padres son casados desde hace 18 años, la familia vive en la misma casa y Diana manifestó que son unidos, mantienen una buena relación, una buena comunicación y no ha existido violencia intrafamiliar.

Como motivo de consulta, refirió que le cuesta mucho entablar una relación de tipo sentimental y sexual con alguien, debido a que las caricias, los besos y el contacto físico con personas externas a su familia y en especial hombres, le incomodan. Adicionalmente, manifestó que siente atracción por el género masculino y que en definitiva las mujeres no son de su gusto, sin embargo, suele pensar que no es suficiente, o tan bonita o interesante para que alguien se fije en ella de una manera “real”.

Por otro lado, comentó que ha intentado tener dos novios, ambas relaciones han durado tres meses y con ambos a pesar de experimentar deseo al momento de un contacto íntimo, no logra conectarse y termina alejándose.

Diana informó, que encuentra una conexión entre la presente sintomatología con sus experiencias de abuso sexual, la primera a sus 5 años por parte de su abuelo paterno y la segunda a sus 9 años por parte de un primo materno, quien en ese entonces ya era mayor de edad.

2.1. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada, se profundizó en los eventos traumáticos y de violencia sexual infantil expresados por la paciente. Ella comentó, que el abuso sexual por parte de su abuelo se dio a sus 5 años, en ese entonces vivían con varios familiares por línea paterna, entre ellos sus abuelos, un día se quedó con él a solas quien aprovecho el momento para tocarla en sus partes íntimas y tratar de violarla, relata que no pudo hacerlo, ya que, en ese momento llegaron otras personas a la casa.

La paciente también reveló que, el abuso sexual por parte de su primo materno, quien tenía 19 años en ese entonces, se dio cuando fue a visitar a su prima materna de 10 años, ese día se quedó a dormir y su primo espero a que ella fuera al baño para tocarla en sus partes

privadas sin su consentimiento, expresó que se paralizó y la iba a acceder sexualmente, él escuchó ruidos y se fue.

En consecuencia, Diana refirió que no le contó nada a nadie hasta hace 3 años, en medio de una charla con una amiga le surge la necesidad de hablar sobre esas experiencias, su amiga la escucha y le aconseja que le cuente a sus padres, comentó que al otro día en el desayuno, sentía un nudo en la garganta y lo dijo sin pensar mucho, sus padres y su hermana se mostraron sorprendidos, hubo silencio y desde entonces sus progenitores cortaron toda relación con su abuelo paterno, en el caso de su primo, la paciente explica que vive en otro país y no es cercano a la familia.

Ella, enfatizó en que ni su mamá ni su papá le preguntaron sobre el tema, ni volvieron a hablar de este. Con su hermana, dialogó de forma superficial. También señaló que sintió quitarse una carga muy pesada cuando pudo expresarse acerca de los abusos de los cuales fue víctima, se sintió más tranquila y liberada y en un momento pensó que la reacción y posteriores acciones de sus padres fueron acordes, pero, desde hace un tiempo, ha afirmado considerar que no es así, que ha necesitado ayuda desde siempre porque desde el inicio de la adolescencia ha tenido pensamientos negativos en cuanto a ella misma, ha pensado que debido a lo que le pasó merece menos que otras mujeres, que no es suficiente, que algo le falta, que nadie se podrá fijar en ella para construir una relación sentimental, no solo sexual.

De tal forma, Diana reconoció que no ha tenido confianza en sí misma, creyendo que los demás evidencian su inseguridad y ha sentido mucha vergüenza de su cuerpo, refirió “me siento como con una marca imborrable”.

2.2. DESARROLLO E INFANCIA

Diana nació a las 39 semanas de gestación, su madre le comentó que el embarazo fue tranquilo y normal, el parto fue por cesárea y cuando nació, su estado de salud fue bueno y con un peso normal, no tuvo ninguna complicación médica y su desarrollo fue normativo, se sentó a los 6 meses, gateo a los 9 meses, empezó a caminar entre los 11 meses, el control de esfínteres diurnos y nocturnos se presentó entre los 24 meses e hizo uso del lenguaje desde los 12 meses, acompañado de la evolución típica en los primeros años de vida.

La paciente manifestó, que se ha caracterizado desde niña por ser tranquila, amable y seguir fácilmente las reglas en todos los contextos en los que se desenvuelve.

2.3. DESARROLLO SOCIAL

Diana se describió como una persona tímida socialmente, le cuesta ser el foco de atención de un grupo, ejemplo: las exposiciones escolares, sin embargo, se enfrenta a ello y su temor ha reducido con el paso del tiempo.

También informó que tiene una amiga desde el colegio con quien mantiene contacto y a veces comparten tiempo juntas, en la universidad se encuentra conociendo personas nuevas y hace poco se unió a un grupo que tiene la finalidad de reunirse para estudiar. Negó haber sufrido de bullying y refirió que, aunque ha sido de pocos amigos tiene un buen desempeño a nivel social.

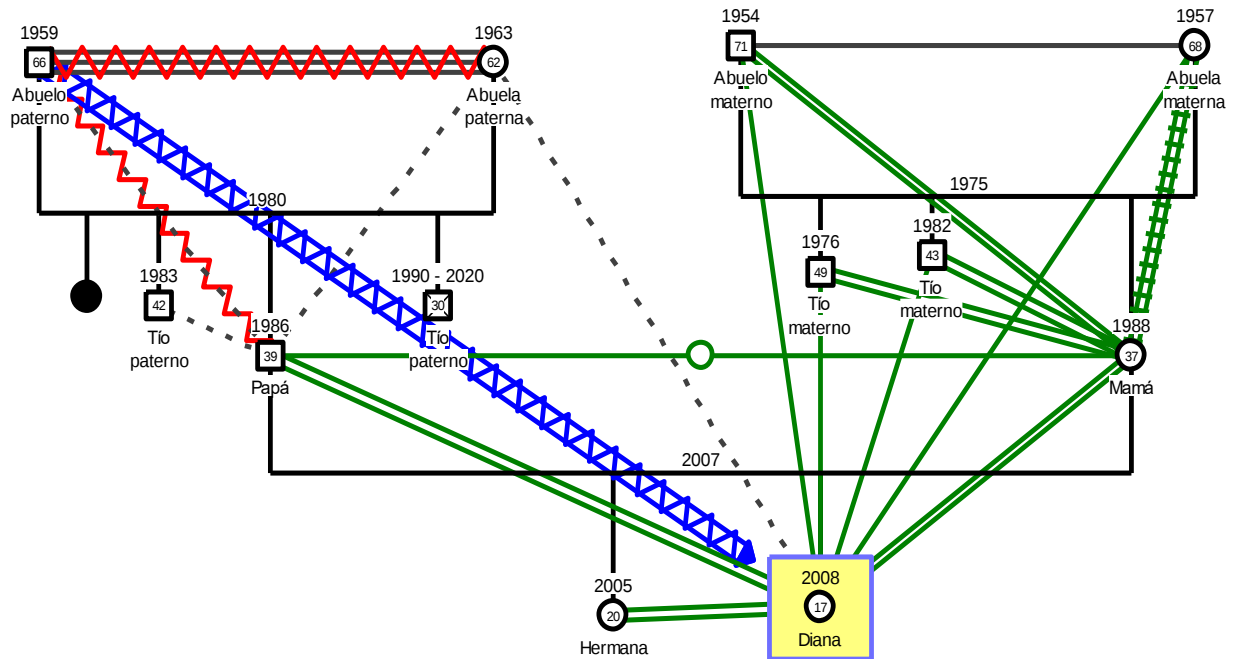
2.4. DESARROLLO ESCOLAR

Diana inició la etapa escolar a los 4 años, ha superado sin mayores dificultades cada grado académico desde primaria hasta secundaria, no ha tenido dificultades de aprendizaje, se ha interesado por las ciencias de la salud y ha logrado un cupo en una universidad pública donde cursa primer semestre.

2.5. ANTECEDENTES Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

La familia nuclear de Diana, cuenta con red de apoyo extensa en los abuelos maternos de la paciente, con quienes han mantenido un vínculo cercano e igualmente con dos hermanos mayores de la progenitora, por línea paterna no existe contacto ni proximidad con ningún pariente, Diana refirió que solo su progenitor en ocasiones, habla con su mamá.

Figura 1. Genograma.



Nota: Elaboración propia.

Como antecedentes en salud mental, se encontró un primo en segundo grado por línea paterna diagnosticado con depresión, por línea materna, la paciente reportó historia de abuso sexual a su abuela y a su madre.

3. EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de Diana, se enfocó en establecer la correlación con las variables de estudio definidas a continuación:

- Relaciones interpersonales: entendidas como el vínculo social, emocional y afectivo que se construye entre dos personas, y que varía según el tipo de relación (familia, amigos, compañeros de estudio o pareja).
- Visión de sí misma: hace referencia, a la percepción que una persona tiene sobre su aspecto físico, intelectual, emocional y social, así como sobre su identidad, capacidades y el valor que se atribuye a sí misma.
- Reacciones emocionales: entendidas como, las respuestas emocionales que una persona puede manifestar frente a distintas situaciones o experiencias, las cuales

pueden ser agradables o desagradables, y que afectan la afectividad e influyen en el comportamiento.

- Relación con el abuso sexual: hace alusión, al impacto psicológico y físico que ha dejado en la persona la experiencia de abuso sexual, así como la manera en que afronta sus secuelas.

Por lo anterior, se procedió a la elección de procedimientos e instrumentos acordes a las necesidades del estudio. A continuación, se describen los instrumentos aplicados, acompañados de su respectivo enlace a los formatos en blanco incluidos en los anexos.

3.1. ENTREVISTA CLINICA SEMIESTRUCTURADA

Según Muñiz y Azcárate (2023), la entrevista clínica semiestructurada (ver anexo E), es una combinación de preguntas cerradas y abiertas, que facilita la recopilación de datos tanto específicos como subjetivos. Esta, se realizó al inicio del proceso psicológico y se utilizó con la finalidad de recolectar información detallada acerca de la paciente, el motivo de consulta, los antecedentes, la sintomatología presentada y cualquier otro dato relevante para el caso. De este modo, se buscó captar el discurso de la paciente frente al trauma y su postura ante el mismo, para, posteriormente llevar a cabo el análisis narrativo, el cual, según Capella (2013), es una herramienta, que permite estudiar cómo las personas construyen sentido sobre su experiencia a través del relato, considerando, tanto el contenido de lo que dicen como la forma en que lo narran, y, reconociendo que el lenguaje configura la identidad y la subjetividad del ser humano.

3.2. OBSERVACIÓN

De acuerdo con López et al. (2019), La observación es un método transversal a ejecutar durante todo el proceso de intervención, por medio de este se obtiene y se registra información sobre el comportamiento, lenguaje verbal y no verbal y las reacciones emocionales de la paciente.

3.3. CUESTIONARIO AF-5. AUTOCONCEPTO FORMA-5

García y Musitu (2014), informan que el Cuestionario AF-5 (ver anexo F), se compone de 30 ítems que evalúan diversas vertientes del autoconcepto en niños a partir de los 10 años,

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil
adolescentes y adultos. El proceso de evaluación se lleva a cabo sobre las dimensiones social, emocional, familiar, física y académica o laboral, se definen:

- Autoconcepto social: Se refiere a la apreciación personal del propio rendimiento en las interacciones con otros, considerando la facilidad o dificultad que experimenta el individuo para sostener y expandir su círculo social. Esta percepción también se basa en cualidades personales relevantes para las relaciones interpersonales, como ser alegre o amigable, que influyen en la manera en que la persona se relaciona con los demás.
- Autoconcepto emocional: Hace alusión a la opinión individual de la emocionalidad propia y su manejo ante las diversas situaciones de la vida cotidiana. Por un lado, se basa en la valoración general del estado emocional y, por otro lado, en las respuestas anímicas frente a situaciones sociales, en las cuales, se encuentra implicada una persona que ostenta una jerarquía superior.
- Autoconcepto familiar: Denota la valoración personal del desempeño propio en el contexto familiar, su integración y participación. Hace alusión a la confianza y el afecto con los padres, también al sentirse apoyado y feliz en el seno del hogar o, por el contrario, al sentimiento de no ser aceptado ni estar totalmente implicado en las relaciones familiares.
- Autoconcepto físico: Representa la consideración individual del aspecto físico. A la percepción de tener un buen desempeño en el área deportiva y, por otro lado, a sentirse atractivo, elegante e interesante para las demás personas.
- Autoconcepto académico/laboral: Se refiere a la apreciación personal del desempeño como trabajador y estudiante, este se basa en dos ejes, el primero, es la percepción construida acerca del ejercicio efectivo de su rol a partir de lo que figuras de autoridad creen de él y el segundo, radica en la percepción de poseer cualidades específicas y necesarias en el contexto laboral/educativo, como la inteligencia, la estima, entre otros.

En cuanto a las características psicométricas del instrumento, se reportan índices de confiabilidad de entre 0,75 y 0,82. Hederich et al. (2022), confirman sobre las correctas propiedades psicométricas de la prueba AF5, por lo que el cuestionario se ostenta como una

herramienta práctica, accesible y sencilla de aplicar, la cual logra la valoración del autoconcepto desde un enfoque que abarca múltiples dimensiones, con potencial de uso en diversos ámbitos como el clínico, educativo y de investigación. Además, se destaca que el test AF5 ha sido respaldado por estudios que confirman su validez en distintos entornos sociales.

3.4.16 PF-5. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

El instrumento 16PF-5 (ver anexo G), creado por Cattell y Mead (2008), se compone de 185 ítems, se aplica a adolescentes desde los 16 años y población adulta de cualquier edad, tiene como objetivo la estimación de 16 aspectos primarios de la personalidad y con la combinación de estas, se pueden valorar 5 dimensiones globales, la cuales permiten lograr una visión más amplia de la personalidad, se describen:

- Escala primaria A. Afabilidad: Hace referencia al nivel de amabilidad, la capacidad de socializar y la disposición para relacionarse con otras personas.
- Escala primaria B. Razonamiento: Brinda una medida sucinta de inteligencia, se encuentra directamente relacionada con el grado de escolaridad cursada por el individuo.
- Escala primaria C. Estabilidad emocional: Analiza la percepción realista del mundo y el grado de coherencia con la personalidad global de la persona, demuestra el nivel de satisfacción e insatisfacción individual con las metas que se ha propuesto.
- Escala primaria E. Dominancia: Interpreta, el grado de control que un individuo maneja sobre sí mismo o sobre los demás, su proactividad y participación en un grupo, así como la capacidad de defensa de sus intereses, derechos y opiniones.
- Escala primaria F. Animación: Hace referencia, al nivel de ánimo y proactividad que mantiene una persona en la realización de sus actividades diarias.
- Escala primaria G. Atención a las normas: Grado en el que una persona respeta las normas sociales y guía su comportamiento a través de la normatividad.
- Escala primaria H. Atrevimiento: Hace alusión, a la forma en la que un individuo actúa en sociedad, si es extrovertido o expresivo o, por el contrario, es retraído.

- Escala primaria I. Sensibilidad: Hace referencia al grado de emocionalidad que maneja el individuo, si tiene tendencia a actuar bajo el dominio del sentimiento o, por el contrario, se domina por la lógica, la practicidad y la racionalidad.
- Escala primaria L. Vigilancia: Mide el grado de confianza con el mundo y las personas que le rodean, puede encontrarse desconfianza o vigilancia frente a las actuaciones de los otros, o, por el contrario, confianza y receptividad frente a las personas.
- Escala primaria M. Abstracción: Mide, si el individuo tiende a ser practico y abstracto o creativo e imaginativo.
- Escala primaria N. Privacidad: Esta escala, hace referencia a la privacidad que el individuo mantiene en sus asuntos y a las barreras que coloca a las personas, en el acceso a información personal.
- Escala primaria O. Aprensión: Hace alusión, al nivel de culpa que un individuo puede presentar, o por el contrario mostrarse seguro, tranquilo y satisfecho con su vida en general.
- Escala Q1. Apertura al cambio: Esta escala, mide la capacidad de adaptación del individuo frente a los cambios.
- Escala Q2. Autosuficiencia: Este ítem, revisa la tendencia a realizar las cosas solo antes que ejecutarlas de forma grupal.
- Escala Q3. Perfeccionismo. Se refiere a la percepción del sujeto de estar cerca o lejos a lo que idealmente quiere ser.
- Escala Q4. Tensión: Grado en el cual se presentan tensiones a nivel emocional.
- Dimensión global. Extraversión: Su interpretación surge de la unión de los resultados de las escalas de afabilidad, animación, atrevimiento, privacidad y autosuficiencia.
- Dimensión global. Ansiedad: Su interpretación se desencadena de los resultados de las escalas de estabilidad emocional, vigilancia, aprensión y tensión.
- Dimensión global. Dureza: Su resultado se obtiene de la ponderación de los valores de las escalas de afabilidad, sensibilidad, abstracción y apertura al cambio.

- Dimensión global. Independencias: Esta dimensión, surge de la combinación de los resultados de las escalas de dominancia, vigilancia y apertura al cambio.
- Dimensión global. Autocontrol. Su interpretación, surge de los resultados de las escalas de animación, atención a las normas, abstracción y perfeccionismo.

Las propiedades psicométricas del instrumento, según lo refieren Cattell y Mead (2008), presentan una confiabilidad que oscila entre 0.65 y 0.85 para los factores primarios, lo cual se considera de aceptable a bueno. Además, muestra una adecuada estabilidad temporal, con correlaciones test-retest que varían entre 0.70 y 0.80, lo que indica una buena consistencia de los rasgos medidos. El 16PF-5 también cuenta con normas actualizadas según edad, género y población general, así como, con normas específicas para contextos laborales.

3.5.RESULTADOS

En el presente apartado, se exponen los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos 16PF-5 (prueba de personalidad) y AF-5 (test de autoconcepto), así como, la interpretación correspondiente de cada uno. De igual manera, se presenta el análisis narrativo derivado de la entrevista semiestructurada aplicada a Diana.

3.5.1. RESULTADOS 16PF-5

Tabla 1. Resultados 16PF-5.

Escalas Primarias		Notas		Polo Bajo	Decatipo											Polo Alto
		PD	DE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	Afabilidad	8	2	Fría, impersonal, distante.		X										Cálida, afable, generosa, atenta a los demás.

B	Razonamiento	9	6	De pensamiento concreto.											X					De pensamiento abstracto.
C	Estabilidad emocional	9	3	Reactiva, emocionalmente cambiante.						X										Emocionalmente estable, adaptada, madura.
E	Dominancia	12	5	Deferente, cooperadora, que evita conflictos.											X					Dominante, segura de sí misma, obstinada.
F	Animación	10	4	Seria, reprimida, cuidadosa.						X										Animosa, espontánea, activa, entusiasta.
G	Atención a las normas	16	7	Inconformista, muy suya, indulgente.													X			Atenta a las normas, cumplidora, formal.
H	Atrevimiento	6	4	Tímida, temerosa, cohibida.											X					Emprendedora, atrevida y segura en lo social.
I	Sensibilidad	18	7	Objetiva, nada sentimental, utilitaria.													X			Sensible, idealista, sentimental, emotiva.

L	Vigilancia	4	3	Confiada, sin sospechas, adaptable.			X										Vigilante, suspicaz, escéptica, precavida.
M	Abstracción	13	7	Práctica, con los pies en la tierra, realista.							X						Abstraída, imaginativa, idealista.
N	Privacidad	16	8	Abierta, genuina, llana, natural.								X					Privada, calculadora, discreta que no se abre.
O	Aprensión	13	6	Apacible, buen nivel de autoestima, flexible.						X							Aprensiva, insegura, preocupada.
Q1	Apertura al cambio	14	3	Tradicional, conservadora, resistente al cambio.			X										Abierta al cambio, experimental, analítica
Q2	Autosuficiencia	11	7	Seguidora, se integra en el grupo.							X						Autosuficiente, individualista, solitaria.
Q3	Perfeccionismo	13	5	Flexible, tolerante con el desorden o las faltas.					X								Perfeccionista, organizada, disciplinada.

Q4	Tensión	8	5	Ausencia de tensión nerviosa, relajada, paciente.																Tensa, enérgica, impaciente, intranquila
		Factores Globales																		
EX	Extraversión		2,5	Introvertida, socialmente inhibida.		X														Extravertida, socialmente participadora
AX	Ansiedad		5,7	Imperturbable, con poca ansiedad						X										Perturbable, con mucha ansiedad.
T M	Dureza		6,3	Receptiva, de mente abierta, intuitiva.							X									Dura, firme, inflexible, fría, objetiva.
IN	Independencia		3,5	Acomodaticia, acepta acuerdos, cede fácilmente			X													Independiente, crítica, polemiza, analítica.
SC	Autocontrol		5,7	No reprimida, sigue sus impulsos.						X										Autocontrolada, contiene sus impulsos.

Nota: Elaboración propia.

Los resultados de la prueba 16PF-5 realizada por Diana reflejaron rasgos de personalidad marcados en algunas escalas, es decir, fueron características arraigadas que componían el temperamento de la paciente. En la escala de afabilidad obtuvo un 2 (polo bajo), lo que sugirió

que tendía a ser fría, impersonal y distante con las personas. En la escala de estabilidad emocional arrojó un resultado de 3 (polo bajo), lo que hizo referencia a la inestabilidad de sus emociones y, por lo tanto, al manejo poco adecuado que les daba, con tendencia a ser reactiva. En el ítem de vigilancia obtuvo un 3 (polo bajo), lo cual indicó que era propensa a confiar en las personas con las que tenía un vínculo y no se mantenía alerta de las intenciones de los demás para con ella. En la escala de apertura al cambio, la evaluación arrojó un 3 (polo bajo), lo que denotó que la paciente mostraba inclinación a ser conservadora, tradicional y a resistirse al cambio. En cuanto a los resultados que exhibieron polos altos de rasgos de personalidad, se encontró la privacidad con un resultado de 8, lo que significó que Diana tendía a ser discreta, no se abría a las personas fácilmente y mantenía un nivel alto de privacidad en sus asuntos.

En cuanto a las escalas que se encontraron dentro de un puntaje promedio, pero a las que se les debió prestar atención, debido a la evidencia de una predisposición notable hacia el polo bajo o el polo alto, fueron: la escala de animación (decapito 4), el resultado reflejó una orientación actitudinal hacia la seriedad, el poco entusiasmo y la baja espontaneidad. En el punto de atención a las normas, la paciente obtuvo un 7, a raíz de lo cual se pudo mencionar que Diana seguía las normas con facilidad y era cumplidora de sus responsabilidades. La escala de atrevimiento arrojó un puntaje de 4, lo que pudo significar que Diana solía comportarse de forma tímida, en ocasiones temerosa y cohibida. El ítem de sensibilidad se definió por un 7, lo que reveló que la paciente presentaba predisposición a ser emotiva, sensible y sentimental. En la escala de abstracción, obtuvo un decapito de 7, lo que indicó tendencia a la imaginación y el idealismo. Por último, se encontró el ítem de autosuficiencia con un puntaje de 7, lo cual hizo referencia a que Diana se inclinaba a ser individualista y solitaria, y se sentía cómoda trabajando sola, más que con un grupo de personas.

Por otro lado, las escalas de razonamiento (resultado de 6), dominancia (resultado de 5), aprensión (resultado de 6), perfeccionismo (resultado de 5) y tensión (resultado de 5), no expusieron rasgos notorios en su personalidad, toda vez que los valores obtenidos se encontraron dentro del rango de la normalidad.

Al realizar el análisis de las escalas primarias de la personalidad, se prosiguió con la exploración de los factores globales, los cuales se determinan por la combinación de algunas de las escalas antes relacionadas, y se procedió a su especificación:

- **Extraversión:** Resulta de la unión de los puntajes arrojados en los ítems de afabilidad, animación, atrevimiento, privacidad y autosuficiencia. Esta dimensión se ubicó en el punto 2 (pelo bajo), lo que afirmó que Diana se caracterizaba por ser introvertida y socialmente inhibida.
- **Ansiedad:** Su puntuación, se consigue mediante la combinación de los resultados de las escalas de estabilidad emocional, vigilancia, aprensión y tensión. La presente se ubicó en el punto 5, de lo cual se infirió que la paciente manejaba niveles de ansiedad normales.
- **Dureza:** Los valores de la presente dimensión, resultan de la mezcla de los puntajes asignados a los ítems de afabilidad, sensibilidad, abstracción y apertura al cambio. La dimensión se ubicó en el punto 6, de lo cual se interpretó que Diana manejaba un nivel de dureza ajustado y apropiado según el contexto en el que se encontraba.
- **Independencia:** Esta dimensión, resulta de la unión de los resultados de las escalas de dominancia, vigilancia y apertura al cambio. Se ubicó en el punto 3, a partir de lo cual se infirió que la paciente se caracterizaba por ser tímida y tendía a la sumisión.
- **Autocontrol:** Su puntuación se obtiene a partir de la combinación de los resultados de animación, atención a las normas, abstracción y perfeccionismo. La dimensión se encontró en el punto 5, lo que significó que Diana manejaba un nivel de autocontrol dentro de los parámetros normales y regulaba de manera adecuada sus impulsos.

3.5.2. RESULTADOS AF-5

Tabla 2. Resultados AF-5.

Dimensión	Puntuación Directa	Puntuación Centil	Interpretación
Académico/laboral	7,33	70	Medio alto
Social	6,83	45	Medio bajo
Emocional	3,58	25	Bajo
Familiar	9,76	95	Alto

Físico	3,5	20	Bajo
---------------	-----	----	------

Nota: Elaboración propia.

Los resultados de la prueba AF-5 realizada por Diana, revelaron el nivel de autoconcepto de la paciente en cada una de las cinco dimensiones. En la dimensión familiar obtuvo un rango alto, lo que indicó que existía confianza, afecto, apoyo e integración en el sistema y se percibía aceptada por su núcleo familiar. La evaluación del ámbito académico/laboral arrojó un resultado medio alto, lo cual hizo referencia a que Diana consideraba que tenía un buen desempeño como estudiante, percepción construida a partir de las devoluciones positivas de sus docentes, sus compañeros y el reconocimiento individual de capacidades orientadas al logro de sus metas escolares, como la inteligencia y la disciplina. En el ítem social, la puntuación de Diana se enmarcó dentro del rango medio bajo, de lo cual se interpretó que, si bien poseía habilidades sociales, le era difícil mantener y ampliar sus relaciones con personas externas; tampoco eran características de su personalidad las habilidades facilitadoras del proceso de socialización, como ser amigable o mostrarse alegre. En la dimensión emocional, obtuvo un puntaje delimitado como bajo; de lo anterior, se interpretó que la paciente solía no tener el control sobre sus emociones y situaciones que le generaban nerviosismo o inseguridad. Por último, la dimensión del autoconcepto físico fue la que obtuvo la puntuación más baja, lo que significó que la paciente podía percibirse poco atractiva, no gustando de su cuerpo y, por lo tanto, consideraba que las demás personas tampoco lo hacían.

3.5.3. ANÁLISIS NARRATIVO DEL TRAUMA

El relato de Diana, estuvo fuertemente conectado a las secuelas del abuso sexual infantil del que fue víctima. El impacto de esa vivencia, fue evidente en su forma de relacionarse consigo misma, con su cuerpo y con los demás.

Desde el inicio, Diana manifestó: “es muy difícil para mí, relacionarme con los hombres, más cuando tengo un gusto por ellos, no logro conectarme, las caricias, los besos y el contacto físico me incomodan”. Esta dificultad, reflejaba una huella traumática en su experiencia corporal, en la que el afecto físico se encontraba distorsionado por el malestar, la incomodidad y posiblemente el miedo. Por lo tanto, se puede decir que, el abuso sexual infantil, generó en la paciente una desconexión entre el deseo y la posibilidad de intimidad real.

También expresó: “pienso que no soy suficiente, o tan bonita o interesante para que alguien se fije en mí de una manera real”. Esta frase, reveló un autoconcepto deteriorado, cargado de dudas sobre su valor y su capacidad de ser deseada o amada. A lo largo de su discurso, se percibió una narrativa de autoexclusión, como si el trauma hubiese instaurado en ella, la idea de que no merecía el afecto ni el reconocimiento de los demás.

Además de lo anterior, comentó que había intentado tener dos relaciones de pareja, ambas de tres meses de duración, y aunque en momentos experimentó deseo, expresó nuevamente: “no logro conectarme, y por eso termino alejándome”. Por lo tanto, se afirmó que sus comportamientos, pensamientos y emociones asociadas a los intentos de vincularse sentimentalmente, mostraban un patrón relacional afectado por el trauma. Cada intento de intimidad, revivía el malestar, lo que la llevaba a desconectarse y abandonar el vínculo antes de involucrarse.

Diana, también compartió que desde el inicio de su adolescencia había tenido pensamientos negativos hacia sí misma. Señaló: “creo que debido a lo que me pasó, merezco menos que otras mujeres”, “siento que algo me falta” y “nadie se fijaría en mí para construir una relación sentimental, no solo sexual”. Estas afirmaciones, mostraron el efecto profundo del abuso sexual en su identidad. Se evidenció una narrativa de culpa, de daño irreversible y de valor personal disminuido. La idea de que solo podía ser vista como un objeto sexual y no como alguien digna de amor, reveló el impacto de la experiencia traumática, que distorsionó sus creencias sobre su cuerpo, su valor y su rol en el mundo.

Una de las frases más significativas fue cuando refirió: “me siento como con una marca imborrable”. Esta declaración, representó la forma en que el trauma había quedado enganchado en su historia y en su cuerpo, no solo como un recuerdo doloroso, sino, como una señal permanente de diferencia, vergüenza y exclusión. En su psicología, esa marca la definía y la alejaba del ideal de lo que, según ella, debía ser una mujer digna de afecto.

Además, mencionó: “siento que no tengo confianza en mí misma y yo sé que los demás lo saben, se me nota mi inseguridad”, lo que indicó, que su percepción aumentaba su malestar corporal y emocional, y limitaba aún más su capacidad de mostrarse auténticamente ante los otros.

La estructura narrativa de Diana fue coherente, pero repetitiva. Se caracterizó por relaciones breves, el mismo desenlace, las mismas emociones de fondo. Esta repetición no fue casual, sino que, mostró una narrativa cerrada, en la que el trauma seguía teniendo el control del relato, impidiéndole imaginarse a sí misma en escenarios de seguridad, disfrute o correspondencia emocional. En consecuencia, se puede decir que Diana construyó su historia personal desde una narrativa marcada por el daño, la vergüenza y la desconexión. El abuso sexual infantil instauró una voz interna crítica, culpabilizadora y devaluadora. Su relato, fue el testimonio de una herida persistente en su presente, que tenía la capacidad de influir en su pensamiento, emoción y conducta.

3.6.CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

A partir de los análisis realizados, se concluyó que la paciente presentó afectaciones relacionadas con las variables de estudio planteadas. Diana mostró rasgos de personalidad marcados por la introversión, poca apertura al cambio y una alta privacidad en sus asuntos, lo cual conllevó a dificultades en la socialización y una resistencia notable a modificar patrones de pensamiento y comportamiento ya establecidos. Estas características, actuaron como una barrera invisible que limitó el acceso de otras personas a su mundo íntimo, dificultando la interacción en contextos académicos y sociales.

A nivel interno, se identificó una emotividad intensa acompañada de escaso control emocional. Esto se tradujo en un autoconcepto disminuido en el área afectiva y una notable vulnerabilidad emocional, generando inseguridad y estrés en sus relaciones interpersonales. Diana, no contó con las herramientas necesarias para establecer y mantener vínculos afectivos de tipo sentimental. Además, la imagen que tenía de sí misma a nivel físico resultó inadecuada y no contribuyó positivamente a su bienestar psicológico.

Por lo anterior, se pudo afirmar que las experiencias de abuso sexual sufridas durante su infancia impactaron negativamente en su desarrollo psíquico. Estos eventos alteraron la adquisición de herramientas fundamentales para su adecuado desempeño social, emocional y afectivo, perturbando la construcción de su autoimagen, su capacidad para relacionarse con personas externas a su núcleo familiar y la formación de vínculos interpersonales significativos.

4. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- a. Desarrollar habilidades de regulación emocional que le permitan a la paciente reconocer, comprender y regular sus emociones de manera adecuada.
- b. Aumentar los niveles de autoconcepto en las dimensiones física y social.
- c. Elaborar las experiencias traumáticas de abuso sexual infantil, para la reducción de su impacto negativo en el presente.

5. TRATAMIENTO

El plan de intervención guiado a Diana, se realizó con la intencionalidad que respondiera a sus necesidades y capacidades, se emplearon herramientas con la cuales se pudiese sentir cómoda y segura. Conforme avanzaba el tratamiento y se evidenciaba su respuesta actitudinal frente al mismo, se eligieron los métodos que se consideraron acertados para continuar con la intervención y que esta se llevara a cabo de forma exitosa, previniendo la deserción por parte de la paciente.

Antes de iniciar con el tratamiento, se destinó una sesión para la devolución de los resultados de la evaluación realizada a Diana y la psicoeducación, ya que, esto cumple con una función importante dentro del proceso psicoterapéutico.

Hay que devolver al paciente su identidad latente, tanto los aspectos desvalorizados y temidos, como los más enriquecedores y potencialmente adaptativos. La entrevista de devolución funciona como una prueba de realidad y supone un intento de integración.

Permite que el paciente se vea en forma más real, menos idealizado y menos peyorativo (Ortiz y Terán, 2019, p.33).

Partiendo de lo anterior, fue de gran importancia realizar la devolución de los resultados, analizar conjuntamente los mismos, escuchar los pensamientos y sentimientos de la paciente relacionados al proceso y a partir de allí, se realizó una psicoeducación que, como bien lo refieren Vera y González (2021), tiene como objetivo, lograr que el individuo pueda ahondar a un nivel más profundo en su conciencia y se alcance un empoderamiento, que conlleve al bienestar psicológico y que convierta al sujeto, en un ser proactivo y participante del proceso psicoterapéutico. Otro objetivo de la psicoeducación, fue lograr la disminución de la carga

negativa de sentimientos como la culpa, la desvalorización, la frustración y, por el contrario, se llevó a la paciente a la comprensión que muchas personas experimentan lo mismo que ella y que con el tratamiento adecuado y su voluntad, puede lograrse una mejoría importante, lo que influenciara directamente en su calidad de vida.

Posterior a la ejecución de los procedimientos anteriormente mencionados, se prosiguió a iniciar con la intervención psicoterapéutica, la cual se enfocó en un primer momento, en la regulación de las emociones, se basó en el programa de educación emocional para adolescentes PREDEMA Montoya et al. (2020), de la cual, se utilizaron actividades enfocadas a mejorar el estado emocional, ya que, esto es indispensable para la regulación de la emotividad. En la segunda fase del tratamiento, se trabajó en el fortalecimiento del autoconcepto físico y social, las estrategias anteriores, brindaron bases sólidas para continuar con la confrontación de las dificultades desprendidas de las experiencias de abuso sexual experimentadas por la paciente (tercera fase del tratamiento).

La intervención, tuvo como base el enfoque cognitivo conductual, lo que permitió trabajar de forma estructurada sobre los pensamientos, emociones y conducta. Se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva de forma transversal en el tratamiento, ya que, de acuerdo con Durango (2023), este enfoque busca la transformación de los pensamientos negativos, sustituyéndolos por otros más positivos, a través de la internalización por parte de la paciente de la relación existente entre emoción, pensamiento y conducta. Lo anterior, se practicó de forma integral en el tratamiento. Además, se utilizaron otros recursos como el cuestionamiento socrático, el entrenamiento en habilidades sociales, el autorrefuerzo, la reflexión guiada y la validación emocional.

Para la elaboración de los abusos sexuales que sufrió la paciente, se utilizó la técnica de narrativa del trauma, según Gonzalez (2020), esta terapia, implica la exposición emocional guiada a los recuerdos traumáticos, permitiendo a la persona revivir de forma controlada las emociones y cogniciones asociadas. A lo largo del proceso, se facilitó la reconstrucción narrativa de estos eventos, organizándolos cronológicamente con el objetivo de integrar la experiencia traumática en su historia personal de manera coherente y menos disruptiva para su funcionamiento psíquico.

Cabe resaltar, que los padres de Diana fueron invitados a participar en el proceso terapéutico de la adolescente, reconociendo la importancia de su vinculación y acompañamiento, e

incluso, la posibilidad de ejercer el rol de coterapeutas. Sin embargo, se presentaron dificultades para su participación, principalmente relacionadas con sus extensos horarios laborales, la exigencia de sus empleos y la imposibilidad de obtener permisos en sus lugares de trabajo. A pesar de estas limitaciones, Diana manifestó que sus padres han tenido siempre la intención y el deseo de involucrarse activamente en el proceso, pero, las condiciones externas no lo han permitido.

5.1.SESIÓN 1. RECONOCIENDO EMOCIONES

Objetivos:

- a) Identificar el autoconocimiento de la paciente sobre sus emociones.
- b) Generar un espacio de reflexión sobre las emociones.
- c) Generar curiosidad por aprender sobre las emociones y su reconocimiento.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Un lápiz, un lapicero, marcadores, una hoja de papel tamaño carta, diario emocional (ver anexo H).

Inicio:

Se inició el encuentro preguntando a Diana cómo le había ido en la semana, a lo que respondió que todo bien, mencionó que se había encontrado con su amiga y compartieron, con ella siente que se distrae y se libera en parte de la rutina. Se indagó sobre las emociones que había sentido más frecuentemente en esos días, a lo que respondió que solía angustiarse fácilmente con sus estudios y más cuando se presentaban cambios que ella no esperaba, como, por ejemplo: un cambio de grupo elegido por el profesor, expresó que no sabía muy bien cómo actuar, ante lo que sintió una mezcla entre enojo, tristeza y estrés. Se procedió a explicar que el reconocimiento de las emociones era fundamental para aprender a manejarlas. Además, era clave sentirlas y permitir su expresión, pues tenían una finalidad y ayudaban al equilibrio emocional.

Desarrollo:

Se entregó a la paciente lápiz y papel, y se le pidió que dibujara el contorno de su mano y escribiera en cada dedo dos cosas que creyera que hacía bien, dos cosas que sintiera que no hacía bien o le generaran inseguridad, dos pensamientos que soliera tener sobre sí misma,

dos emociones frecuentes, dos cosas que valorara en sí misma. Durante el desarrollo de la actividad, Diana se mostró pensativa, presentando dificultad para realizar la tarea con agilidad, se demoró más del tiempo estipulado (20 minutos) y entregó el resultado preguntando si ello tenía algún tipo de calificación. Se le informó, que la actividad no tenía resultados buenos o malos y que lo importante era ahondar en su mundo interno y confrontarse con ello. Se indagó si había sido difícil para ella realizar el ejercicio, a lo que respondió que sí, sobre todo al registrar lo que pensaba que hacía bien y las cosas que valoraba de sí. Se notaba muy reflexiva y callada.

Cierre:

La paciente logró reflexionar sobre la confusión que tenía sobre sí misma, ya que, no reconoció lo que sentía y al parecer no diferenciaba entre algunas emociones primarias y secundarias. Por lo tanto, se planteó una tarea para su desarrollo en el transcurso de la semana. El primer paso fue investigar sobre las emociones, sus definiciones y diferencias entre ellas. Se le hizo entrega de un diario emocional, se le indicó que, al reconocer las emociones allí especificadas, debía registrar en el formato, la causa, la intensidad, la duración y la frecuencia de cada emoción, adicionalmente, debía ir complementado el registro, con otras emociones diferentes a las que ya se encontraban definidas en el diario.

5.2. SESIÓN 2. REAPRENDIENDO SOBRE LAS EMOCIONES

Objetivos:

- a) Identificar pensamientos automáticos.
- b) Profundizar en la relación entre emociones y reacciones fisiológicas.
- c) Explorar alternativas de afrontamiento más funcionales.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, ficha de registro de situaciones, diario emocional (ver anexo I, H).

Inicio:

Se inició la sesión, preguntando cómo se había sentido en la semana y sobre sus percepciones al realizar el diario emocional. Diana refirió que había sido difícil pensar en sus emociones y pasarlas al diario, ya que, nunca se había enfocado en eso, sin embargo, logro reconocer que

suele sentir miedo ante lo extraño o nuevo y se había dado cuenta de que sentía mucha ira, culpa y vergüenza al recordar sus experiencias de abuso sexual, por lo tanto, prefería concentrarse en sus actividades académicas, pues, actualmente era lo más importante para ella. Posterior a la revisión conjunta del diario emocional, se le informó que se continuaría con la línea de trabajo de las emociones y se procedió a comunicarle la actividad a realizar.

Desarrollo:

Se explicó que, en la presente sesión, se trabajaría como si ella fuera una detective emocional. El objetivo era que pudiera analizar algunas situaciones que le hubiesen generado malestar, identificar qué pensó en ese momento, cómo se sintió y cómo actuó. Con ello, se pretendía que aprendiera a encontrar pensamientos alternativos que le ayudaran a sentirse mejor. Se solicitó a la paciente, completar y comentar de dos a tres situaciones personales recientes, utilizando la ficha de registro de situaciones, la cual, se componía de la descripción de una situación, el registro de la emoción sentida, el pensamiento automático, su reacción y la conclusión, en la cual, debía registrar el aprendizaje y una alternativa más útil a ejecutar en ese tipo de circunstancias. Diana registró dos situaciones recientes, una en la cual, un nuevo compañero quiso entablar una conversación ella, y otra cuando su amiga le conto que está saliendo con alguien que le gusta.

Cierre:

Se realizó el cierre de la sesión, con el planteamiento de las siguientes preguntas: ¿Ese pensamiento te ayudó o te perjudicó?, ¿Qué otras formas hay de interpretar esa situación?, ¿Qué podrías hacer diferente la próxima vez?, estas preguntas permitieron llevar a la paciente a tomar mayor conciencia de que podía elegir otros caminos ante diversas situaciones.

5.3. SESIÓN 3. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL

Objetivos:

- a) Comprender la relación entre respiración, cuerpo y emociones.
- b) Enseñar técnicas de autorregulación emocional.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, Computador, internet, video ilustrativo de respiración diafragmática, diario emocional, ficha de registro de situaciones, registro de sensaciones

físicas, listado de autorregulación emocional (ver anexos J, H, I, K, L) hoja de papel tamaño carta.

Inicio:

La sesión comenzó con un espacio de diálogo entre la paciente y la terapeuta, en el cual, se exploraron las experiencias significativas ocurridas durante la semana, así como, la aplicación de los contenidos trabajados en sesiones anteriores. A partir de esta revisión, se explicó que era relevante trabajar en técnicas de autorregulación emocional, ya que, tras el reconocimiento de emociones y pensamientos automáticos, resultaba esencial incorporar herramientas prácticas que le permitieran regular su estado emocional.

Desarrollo:

Se brindó una explicación psicoeducativa sobre la relación entre respiración, cuerpo y emociones, enfatizando en cómo la activación fisiológica influía en la respuesta emocional. Se procedió a la enseñanza por medio de un video, de la técnica de respiración diafragmática 4-4-6 (inhalar durante 4 segundos, sostener durante 4 segundos y exhalar durante 6 segundos), y posterior a ello, se continuo con la práctica. Se realizó el ejercicio en conjunto para un mayor aprendizaje y se introdujo un registro de sensaciones físicas, en el cual, se puntuaba de 1 a 10, la facilidad para respirar, la concentración durante el ejercicio y la relajación al terminar, esto, con el fin de fomentar la toma de conciencia corporal. Luego, se presentó el listado de autorregulación emocional, el cual, era un recurso para gestionar situaciones de malestar emocional sin recurrir a la evitación. Diana elaboró una lista de actividades placenteras y personales que pudieran servirle como distractores funcionales. Se enfatizó, en que la herramienta se utilizaba para darse a sí misma pausas emocionales cuando se considerara necesario, mas no, como una forma de evitar situaciones incómodas o conflictos. Posterior a ello, se realizó un ejercicio que consistía en describir situaciones emocionalmente desbordantes, y la paciente practicó la selección adecuada de distractores.

Cierre:

La sesión finalizó, con una reflexión conjunta sobre cómo se había sentido durante la realización de los ejercicios respiratorios y de distracción. Como tarea para la semana, se le indicó practicar la respiración diafragmática dos veces al día durante 5 minutos, registrando las sensaciones físicas correspondientes. Asimismo, se le solicitó utilizar su listado de

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil

autorregulación emocional cuando se presentaran situaciones de estrés leve, eligiendo conscientemente una estrategia de distracción anteriormente pensada.

5.4.SESIÓN 4. AUTOCONCEPTO FÍSICO

Objetivos:

- a) Introducir pensamientos positivos relacionados con el cuerpo.
- b) Fortalecer el autoconcepto físico por medio del autorrefuerzo.
- c) Promover la aceptación de las características físicas de la paciente.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, formato de fortalecimiento del autoconcepto físico mediante autorrefuerzo (ver anexo M).

Inicio:

La sesión dio inicio, con una exploración reflexiva sobre los aprendizajes adquiridos en las sesiones previas y cómo estos habían influido en la percepción corporal de la paciente. Diana manifestó que ha reconocido tener muchos pensamientos negativos y descalificativos hacia su cuerpo, lo notó, específicamente porque se suele comparar con otras mujeres. Refirió que no se siente completamente cómoda con su imagen corporal y expresó su intención de realizar algunos cambios físicos, en su forma de vestir y en el uso del maquillaje. Estas decisiones fueron validadas desde una perspectiva de autonomía y autorregulación emocional. A partir de esta apertura, se planteó el objetivo de la sesión, el cual, fue trabajar activamente en el fortalecimiento del autoconcepto físico a través del entrenamiento en autorrefuerzo.

Desarrollo:

Se explicó a la paciente, que el autorrefuerzo consistía en reconocer logros o avances personales mediante la autoadministración de estímulos positivos. En conjunto, se acordó qué tipo de reforzador sería significativo para ella. Diana informa que, se siente más cómoda escribiendo, se le entregó un formato para trabajar durante la sesión, en el cual, debía identificar una parte del cuerpo con la que no se sintiera completamente satisfecha, describir la función que cumplía esa parte del cuerpo en su vida cotidiana, formular una frase positiva asociada y registrar las emociones emergentes a raíz del reconocimiento funcional y

afirmativo de dicha parte, cuando esto ocurría, se autoadministraba el autorrefuerzo elegido por ella.

Cierre:

Se finalizó la sesión, explorando las sensaciones y pensamientos que surgieron durante la actividad, así como, la percepción que tenía Diana sobre la utilidad de este ejercicio. La paciente se mostró receptiva, colaborativa, pero con un poco de resistencia. Como tarea para casa, se le solicitó continuar con el registro durante la semana, seleccionando cada día una parte diferente del cuerpo y aplicando el mismo esquema de autorrefuerzo.

5.5.SESIÓN 5. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Objetivos:

- a) Practicar habilidades sociales en un entorno seguro mediante la técnica de role playing.
- b) Fortalecer el autoconcepto positivo en relación con el desempeño social de la paciente.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, internet, computador, vídeo ilustrativo de la técnica de role playing, formato de fortalecimiento del autoconcepto físico, diario emocional, registro de sensaciones físicas, ficha de registro de situaciones, listado de autorregulación emocional (ver anexos N, M, H, K, I, L).

Inicio:

La sesión dio inicio, con la escucha activa de las eventualidades que la paciente tenía por reportar. Se ofreció retroalimentación sobre las experiencias compartidas y se resaltaron avances observados en su proceso. También, se realizó seguimiento conjunto a los registros cumplimentados por Diana, refirió experimentar cierta dificultad y resistencia para completar los registros, aunque manifestó comprensión sobre la importancia del proceso terapéutico para su mejoría. Posteriormente, se informó que el encuentro estaría orientado al fortalecimiento de sus habilidades sociales. Se le explicó que, si bien se habían identificado capacidades adecuadas para la interacción social, estas podían ser fortalecidas aún más

mediante la práctica. La paciente manifestó estar de acuerdo con la propuesta y mostró disposición para participar en la dinámica.

Desarrollo:

Se presentó la técnica de role playing como herramienta principal de la sesión, con el propósito de generar un espacio seguro para ensayar situaciones sociales que le generaban ansiedad. Se mostro un video relacionado y se resolvieron sus inquietudes, posterior a ello, en conjunto, se eligió una situación significativa: iniciar una conversación con un compañero de la universidad (la cual ya le ha sucedido y su respuesta no ha sido adaptada). La terapeuta asumió el rol del compañero y se le pidió a la paciente que actuara como si estuviera viviendo la situación en tiempo real. Finalizada la actuación, se realizó un análisis guiado de la experiencia a través de preguntas que facilitaron la identificación de emociones experimentadas, logros en su actuación y aspectos a reforzar. Posteriormente, se repitió la escena incorporando conductas socialmente asertivas, tales como el contacto visual, el tono de voz seguro y la escucha activa.

Cierre:

Para finalizar la sesión, se invitó a la paciente a reflexionar sobre la utilidad de lo practicado y su aplicabilidad en la vida cotidiana. Se reforzó la importancia de continuar practicando estas habilidades en contextos reales, para favorecer su integración y fortalecer su autoconcepto social.

5.6. SESIÓN 6. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS VITALES SIGNIFICATIVOS

Objetivos:

- a) Reconocer eventos vitales significativos, tanto los agradables como los desagradables.
- b) Propiciar un espacio seguro para dialogar sobre eventos significativos.
- c) Resignificar experiencias significativas.

Tiempo de la sesión: 60 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, lapicero, marcadores, resaltadores, cuartos de cartulina, regla, borrador, modelo de línea el tiempo (ver anexo O).

Inicio:

La sesión inició, con la exploración de las eventualidades ocurridas durante la semana y la

percepción de la paciente respecto al proceso terapéutico. Reconoció que el autoconocimiento de sí misma, de sus emociones y procurar por ver las situaciones desde otra perspectiva, han sido logros significativos para ella. A partir del compromiso evidenciado y del uso progresivo de estrategias de regulación emocional trabajadas previamente, así como, de la aplicación de técnicas para fortalecer el autoconcepto, se planteó la posibilidad de iniciar la fase de elaboración del trauma, asociado a los abusos sexuales experimentados por parte de su abuelo paterno y su primo por línea materna. Se explicó a la paciente, la relevancia de abordar estos eventos traumáticos, dado el impacto que tienen en su vida actual. Se enfatizó, en que las elaboraciones del trauma se realizarían por separado, ya que eran situaciones distintas con agresores diferentes y, por lo tanto, con significaciones particulares. Estos abordajes se realizarían a su propio ritmo, sin imposiciones, respetando sus tiempos y su consentimiento constante. La paciente aceptó continuar con esta nueva etapa del tratamiento.

Desarrollo:

Como herramienta de apoyo para la exploración narrativa, se planteó a la paciente que era de gran importancia hablar sobre los eventos vitales significativos en su vida, por lo que se realizó una línea del tiempo, en la cual se colocó cada año vivido desde el nacimiento, donde pudo ubicar momentos importantes, tanto los que habían sido agradables y positivos como los que habían sido desagradables, dolorosos o negativos, las personas significativas en las diferentes etapas y las emociones que reconoció haber sentido en cada una de ellas. Lo anterior, proporcionó una visión amplia e integral de su historia de vida.

Cierre:

La sesión finalizó, asegurando que la paciente se encontrara emocionalmente estable. Se orientó el cierre hacia el reconocimiento de sus logros, las habilidades adquiridas a lo largo de su vida y los eventos positivos que habían contribuido a su crecimiento personal. Se validó su participación activa y disposición para trabajar en aspectos complejos de su experiencia vital.

5.7. SESIÓN 7. ELABORACIÓN DEL TRAUMA

Objetivos:

- a) Realizar la construcción de la narrativa del trauma relacionada con su abuelo paterno.
- b) Organizar y expresar la experiencia traumática de forma segura y controlada.

c) Resignificar la experiencia del trauma.

Tiempo de la sesión: 90 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, lapicero, marcadores, formato “recordando y superando el abuso sexual” (ver anexo P).

Inicio:

Se inició la sesión, preguntando a la paciente sobre su estado emocional en ese momento. Se le recordó que se trabajaría al ritmo que ella considerara y que podía detenerse en el momento que lo deseara. Se indicó que, era muy importante su seguridad emocional y que, por lo tanto, había que prestarle la mayor atención. De igual forma, se indicó que se le estaría acompañando durante toda la sesión y se validó su valentía al afrontar el proceso.

Desarrollo:

Se explicó a la paciente a profundidad sobre la técnica de narrativa del trauma. Se aclaró que, el objetivo en sí no era revivir el dolor, sino más bien, darle otro significado a esa experiencia, colocarla bajo otros determinantes y de esa forma reducir el impacto del trauma en la actualidad. Se ofreció la opción de dictar o escribir su experiencia. Diana prefirió escribir, por lo que se indicó que su narrativa se iba a guiar a través del formato “recordando y superando el abuso sexual”, en el cual, se le planteaban diferentes ítems a responder y, se le solicitó que, en la medida de lo posible, detallara las sensaciones, emociones y reacciones actitudinales que recordaba haber tenido durante las vivencias. Diana empezó a escribir, durante su relato presento labilidad emocional, llanto fácil, y, se decía a sí misma que no era su culpa, sin embargo, en pausas cortas, utilizó el ejercicio de respiración e informo que quería continuar con la escritura, termino su narrativa en el minuto 60, lo leyó en voz alta y se dialogó profundamente sobre lo sucedido, centrándose en las emociones sentidas en cada apartado del escrito. Se identificaron pensamientos disfuncionales relacionados directamente con el trauma y se procedió a cuestionarlos, planteándole la necesidad e importancia de reemplazarlos por otros razonamientos más útiles y realistas.

Cierre:

Se procedió a la contención emocional, por medio de ejercicios de tensión y relajación muscular, se reconoció el esfuerzo psíquico y emocional realizado. Se procedió a verificar que

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil su emotividad estuviese estable. Se indicó que, ante cualquier eventualidad urgente o grave, podía contactarse con la terapeuta, y se finalizó la sesión.

5.8. SESIÓN 8. ELABORACIÓN DEL TRAUMA

Objetivos:

- a) Realizar la construcción de la narrativa del trauma relacionado con su primo materno.
- b) Organizar y expresar la experiencia traumática de forma segura y controlada.
- c) Resignificar la experiencia del trauma.
- d) Dar cierre al proceso psicoterapéutico.

Tiempo de la sesión: 90 Minutos

Materiales utilizados: Lápiz, lapicero, marcadores, formato “recordando y superando el abuso sexual”, formato de fortalecimiento del autoconcepto físico, diario emocional, registro de sensaciones físicas, ficha de registro de situaciones, listado de autorregulación emocional (ver anexos P, M, H, K, I, L).

Inicio:

Se inició la sesión, preguntando a la paciente sobre su estado emocional, si había presentado crisis, momentos de angustia, rumiaciones o algún otro síntoma importante. Diana refirió, que había pensado con más frecuencia de lo normal, en el evento traumático de abuso sexual perpetrado por su abuelo, había sentido una especie de liberación al escribir y posteriormente hablar de ello. Manifiesta que, aunque se sintió triste, realizó sus actividades con normalidad, durmió bien y se alimentó adecuadamente. Se le recordó que, se trabajaría al ritmo que ella considerara y que podía detenerse en el momento que lo deseara. Se indicó que era muy importante su seguridad emocional y, por lo tanto, había que prestarle la mayor atención. De igual forma, se indicó que se le estaría acompañando durante toda la sesión y se validó su valentía al afrontar el proceso.

Desarrollo:

Se explicó a la paciente, que se realizaría el mismo proceso que se llevó a cabo anteriormente, pero, en esta ocasión se construiría la narrativa relacionada al abuso sexual por parte de su primo. Se reiteró que el objetivo en sí no era revivir el dolor, sino más bien darle otro significado a esa experiencia, colocarla bajo otros determinantes y de esa forma reducir el impacto del trauma en la actualidad. Se ofreció la opción de dictar o escribir su experiencia,

Diana prefirió nuevamente escribir, por lo que, se le recordó que su narrativa se iba a guiar a través del formato “recordando y superando el abuso sexual”, en el cual, se le planteaban diferentes ítems a responder y, se le solicitó que, y, en la medida de lo posible, detallara las sensaciones, emociones y reacciones actitudinales que recordaba haber tenido durante las vivencias. Diana detuvo su escritura en el minuto 47 de la sesión, terminó el escrito, se mostró tranquila y no se evidenciaron signos de alteración emocional durante el proceso. Se indicó a la paciente que se continuaría con la lectura en voz alta y se siguieron los mismos parámetros que en la anterior narrativa del trauma. Se dialogó profundamente sobre lo sucedido, centrándose en las emociones sentidas en cada apartado del escrito. Se identificaron pensamientos disfuncionales relacionados directamente con el trauma y se procedió a cuestionarlos, planteándole la necesidad e importancia de reemplazarlos por otros razonamientos más útiles y realistas.

Cierre:

Se finalizó la sesión asegurando su estabilidad emocional. Se reconoció el esfuerzo psíquico y emocional realizado. Se indicó que, ante cualquier eventualidad urgente o grave, podía contactarse con la terapeuta, y se finalizó la sesión.

Adicionalmente, se realizó el cierre del proceso psicoterapéutico, reconociendo los avances alcanzados a lo largo del tratamiento a partir de la última revisión y análisis conjunto de los diferentes registros cumplimentados por la paciente, y resaltando el compromiso sostenido con su proceso.

6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

Para valorar los resultados del tratamiento, se aplicaron nuevamente, el cuestionario de personalidad 16PF-5, elaborado por Cattell y Mead (2008), y el cuestionario de autoconcepto AF-5, de García y Musitu (2014). El objetivo, fue identificar si existieron variaciones en las puntuaciones obtenidas en la segunda aplicación, en comparación con las obtenidas en la primera evaluación.

Además de la aplicación de los instrumentos estandarizados, se realizó nuevamente el análisis narrativo y se registraron las impresiones clínicas observadas en la paciente durante el desarrollo de cada sesión. Estas observaciones, posibilitaron enriquecer los datos cuantitativos con información cualitativa acerca de su estado emocional, conducta, grado de

participación y reacción ante las intervenciones. Esta estrategia, resultó particularmente beneficiosa para detectar cambios sutiles de la paciente durante el proceso terapéutico, evaluar la efectividad de los métodos utilizados y adaptar el tratamiento a las necesidades que se iban identificando.

6.1. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 1

En la primera sesión, se identificó que Diana mostró disposición para iniciar con el proceso psicoterapéutico, presentó capacidad de reflexión y reconoció que requería trabajar en algunos aspectos de su vida que le generaban dificultades y con las cuales se sentía incómoda, pues, la llevaban a situaciones no gratas y angustiantes para ella. En cuanto a la actividad realizada, se evidenció que lo que registró en las cosas que hacía bien, eran referentes al área estudiantil y familiar, al igual que los pensamientos que tenía sobre sí misma, por lo que se llegó a la conclusión de que había reducido sus capacidades al rol de estudiante y al rol de hija, sin reconocerse en otros ámbitos de su vida. Adicionalmente, se evidencio una dificultad marcada para hablar de sus emociones y confusión al intentar explicarlas o describirlas.

6.2. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 2

En la segunda sesión, la paciente mostró algo de sorpresa al notar que se seguiría trabajando en las emociones, consideraba que la parte del tratamiento enfocado en la emocionalidad sería una sesión, ante lo cual, se le explicó que primero se debía reforzar su capacidad de gestión emocional, para que, el resto de la intervención tuviera éxito, pues, la emotividad jugaba un papel muy importante para poder adaptar otras estrategias relacionadas con el fortalecimiento del autoconcepto y con la elaboración del trauma. Refirió entenderlo. Diana realizó la tarea del diario emocional, se evidenció que borró en varias ocasiones el formato y reescribió, ante lo cual, se identificó que, si bien le generó dificultad la ejecución de la actividad, procuró realizarla de una forma consciente. Durante la sesión, la paciente, en un primer momento, demostró cierta dificultad e incomodidad para hablar de las situaciones que le generaban malestar, poco a poco se fue aperturando al diálogo y, al responder las preguntas, requirió de apoyo constante en la búsqueda de otras formas de enfrentar y manejar aquellas situaciones generadoras de malestar.

6.3. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 3

En la tercera sesión, Diana se mostró participativa, refirió que había ganado todas las materias de la universidad y eso le generó alegría y satisfacción, se le felicitó. Se mostró atenta a los ejercicios de respiración y los replicó sin mayores dificultades. Al momento de la elaboración del listado de autorregulación emocional, comentó que necesitaba empezar a hacer cosas nuevas ya que no tenía mucho en qué distraerse, se validó su opinión. Llamó la atención, que todos los recursos que colocó en el listado se realizaban de manera individual, sin embargo, se le admitió y se le explicó que, se requería tiempo para adoptar otras rutinas, lo importante era que internalizara la técnica, la siguiera utilizando y la modificara cuando lo considerara necesario.

6.4. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 4

En la sesión 4, Diana llegó con una buena actitud a la sesión, sin embargo, mostró resistencia al elegir autorreforzadores que le permitieran cambiar el pensamiento sobre su físico. Al exponerle algunas ideas, se rio de una forma incrédula, expresando de forma verbal y no verbal que, realmente, ella no creía que pudiese tener esos atributos o capacidades, por lo que se le explicó la función de la sesión, los resultados que se esperaban obtener con ella y se le indicó que el proceso sería lento, pero que a medida que ejecutara el ejercicio se volvería más sencillo. Gran parte del encuentro, se dedicó a encontrar autorreforzadores con los cuales se pudiese identificar y que quisiera utilizar, solo se realizó un registro en el formato.

6.5. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 5

En la sesión 5, Diana expresó la dificultad que le generaba cumplimentar los registros y el esfuerzo mental que tenía que realizar para hacerlo, se le validó y se le explicó la normalidad de la situación. En la realización del ejercicio práctico, al momento de socializar, se identificó nerviosismo e inseguridad expresados por medio de la indiferencia, es decir, posiblemente, el mensaje que transmitía a los otros con los que interactuaba era de frialdad y desinterés. Lo anterior se le comunicó a la paciente, lo reflexionó un momento e informó que no lo había visto de esa forma, pero tal vez era ella quien alejaba a las personas, más no, que los demás no desearan interactuar con ella.

6.6. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 6

En la sesión 6, se evidenció en la paciente satisfacción al sentir que hasta ese momento había superado cada reto del proceso terapéutico. Durante la realización de la actividad, se mostró más abierta a contar sus historias. Llamó la atención, que su relato de la primera infancia y parte de la infancia se componía de experiencias positivas, con su familia y con pares, donde las interacciones eran adecuadas y tenía la capacidad de adherirse fácilmente a los grupos sociales. Su emocionalidad al finalizar la sesión, fue estable y se logró recuperar, recuerdos y vivencias agradables.

6.7. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 7

En la sesión 7, Diana confirmó querer realizar la narrativa del trauma. Cuando se encontraba escribiendo, realizó varias pausas y se evidenció que intentaba recordar partes específicas de la situación, mostrando un poco de confusión al no poder recordar algunos detalles. En el desarrollo de la escritura, empezó a mover un pie y a cambiarse de posición en la silla frecuentemente. Cuando se le indagaba cómo se sentía, informaba que no muy bien, pero que quería continuar. Además de ello, presentó tristeza y llanto. Un aspecto importante a resaltar fue que hizo uso de estrategias anteriormente aprendidas. Durante la lectura, también tuvo que hacer pausas cortas y respirar de forma consciente para seguir leyendo. Por medio de un lenguaje verbal y no verbal, expresó su dolor por la experiencia. Posterior a tratar los pensamientos disfuncionales, la paciente manifestó su propia conclusión, y fue que ella tenía muchos sentimientos agradables por su abuelo, su relación afectiva era buena. En ese entonces, sentía que su abuelo la quería y la protegía, por lo que, la experiencia de abuso sexual cobraba aún más significancia y dolor, al ser perpetrada por una figura importante para ella y con la cual mantenía un vínculo afectivo valioso que también perdió.

6.8. VALORACIÓN DE LA SESIÓN 8

En la sesión 8, la paciente llegó con un ánimo estable, informó que había tenido cambios emocionales notorios, pero manejables. Afirmó, querer realizar la narrativa del trauma centrada en su primo materno. Durante la escritura, se evidenciaron en su rostro gestos de enojo e ira, tomó el esfero con fuerza y no paró de escribir hasta terminar. Al momento de la lectura, hizo referencia en varias partes a que, si le hubiese hecho caso ese día a sus padres, no le hubiese sucedido lo que le pasó. Expresó culpa e ira con ella y con el abusador. A partir

de lo anterior, se trabajó en los pensamientos disfuncionales y se reemplazaron por otros más adaptados. Posterior a haber verificado su estabilidad emocional y a haber dialogado aspectos varios de la intervención psicoterapéutica, se dio cierre al proceso.

6.9.16 PF-5 RESULTADOS CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Tabla 3. Resultados 16PF-5 posttest.

Escala Primaria		Notas		Polo Bajo	Decatipo											Polo Alto
		P D	DE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	Afabilidad	12	4	Fría, impersonal, distante.				X								Cálida, afable, generosa, atenta a los demás.
B	Razonamiento	9	6	De pensamiento concreto.						X						De pensamiento abstracto.
C	Estabilidad emocional	12	4	Reactiva, emocionalmen te cambiante.				X								Emocionalmente estable, adaptada, madura.
E	Dominancia	11	5	Deferente, cooperadora, que evita conflictos.					X							Dominante, segura de sí misma, obstinada.
F	Animación	10	4	Seria, reprimida, cuidadosa.				X								Animosa, espontánea, activa, entusiasta.
G	Atención a las normas	11	5	Inconformista, muy suya, indulgente.					X							Atenta a las normas, cumplidora, formal.
H	Atrevimiento	10	5	Tímida, temerosa, cohibida.					X							Emprendedora, atrevida y segura en lo social.

I	Sensibilidad	18	7	Objetiva, nada sentimental, utilitaria.										X			Sensible, idealista, sentimental, emotiva.
L	Vigilancia	6	4	Confiada, sin sospechas, adaptable.				X									Vigilante, suspicaz, escéptica, precavida.
M	Abstracción	7	6	Práctica, con los pies en la tierra, realista.							X						Abstraída, imaginativa, idealista.
N	Privacidad	13	7	Abierta, genuina, llana, natural.								X					Privada, calculadora, discreta que no se abre.
O	Aprensión	12	5	Apacible, buen nivel de autoestima, flexible.					X								Aprensiva, insegura, preocupada.
Q1	Apertura al cambio	14	3	Tradicional, conservadora, resistente al cambio.			X										Abierta al cambio, experimental, analítica
Q2	Autosuficiencia	8	6	Seguidora, se integra en el grupo.						X							Autosuficiente, individualista, solitaria.
Q3	Perfeccionismo	13	5	Flexible, tolerante con el desorden o las faltas.					X								Perfeccionista, organizada, disciplinada.
Q4	Tensión	8	5	Ausencia de tensión nerviosa, relajada, paciente.					X								Tensa, enérgica, impaciente, intranquila
Factores Globales																	

EX	Extraversión	3, 9	Introvertida, socialmente inhibida.			X											Extravertida, socialmente participadora
AX	Ansiedad	5, 2	Imperturbable, con poca ansiedad					X									Perturbable, con mucha ansiedad.
T M	Dureza	6, 2	Receptiva, de mente abierta, intuitiva.						X								Dura, firme, inflexible, fría, objetiva.
IN	Independencia	4	Acomodaticia, acepta acuerdos, cede fácilmente				X										Independiente, crítica, polemiza, analítica.
SC	Autocontrol	5, 2	No reprimida, sigue sus impulsos.					X									Autocontrolada, contiene sus impulsos.

Nota: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos de la segunda aplicación de la prueba 16-PF5, evidenciaron cambios sutiles pero significativos en algunas escalas, lo que sugirió, que el tratamiento generó transformaciones en el pensamiento, las emociones y la conducta de la paciente. En los polos donde Diana obtuvo puntuaciones marcadas, tanto altas como bajas, se identificaron los siguientes cambios: en el ítem de afabilidad, la paciente pasó de una puntuación de 2 en la primera aplicación a un 4 en la segunda, lo cual indicó, que dejó de mostrar una tendencia tan marcada a ser fría, impersonal y distante. Posterior a la intervención, se mostró un poco más cálida, afable, generosa y atenta con los demás. En la escala de estabilidad emocional, su puntuación subió de 3 a 4, lo que indicó que, si bien continuó presentando cierta inestabilidad en sus emociones, adquirió mayores herramientas para gestionarla de manera más adecuada, logrando un mejor control de su reactividad.

En el ítem de vigilancia, su puntuación aumentó de 3 a 4, lo cual, reflejó una ligera disminución en la confianza hacia las personas con las que se vinculó. Sin embargo, no se mantiene alerta frente a las intenciones de los demás. En cuanto a la escala de apertura al cambio, se mantuvo en una puntuación de 3, lo que demostró, que la paciente persistió en una actitud

conservadora, tradicional y con cierta resistencia al cambio. Respecto al factor de privacidad, se observó una disminución de 8 a 7 en su puntuación, lo que permitió inferir que, su nivel de discreción fue ligeramente menos marcado. Diana comenzó a mostrarse más abierta con los demás, permitiendo cierto acceso a su intimidad.

En las escalas donde se obtuvieron puntuaciones promedio, pero con predisposiciones importantes, se hallaron los siguientes resultados: La escala de animación se mantuvo en 4, lo que reflejó una actitud orientada hacia la seriedad, el bajo entusiasmo y la escasa espontaneidad. En atención a las normas, su puntuación bajó de 7 a 5, lo que significó que continuó cumpliendo con las normas y responsabilidades, aunque comenzó a analizarlas y cuestionarlas de forma más racional. La escala de atrevimiento, mostró un incremento de 4 a 5, lo que sugirió que, aunque conservó cierta tendencia a la timidez, fue capaz de mostrarse más segura y menos temerosa al interactuar en entornos sociales.

El ítem de sensibilidad se mantuvo en 7, lo que reveló que, Diana continuó siendo una persona emotiva, sensible y sentimental. En abstracción, bajó de 7 a 6, lo que indicó que, a pesar de su inclinación hacia la imaginación y el idealismo, desarrolló una mayor capacidad para ser práctica y realista. El ítem de autosuficiencia disminuyó de 7 a 6, lo cual, reflejó una mejora en su habilidad para integrarse a grupos sociales sin experimentar tanto malestar.

Finalmente, se evidenció un cambio en el ítem de aprensión, con una disminución de 6 a 5, lo que indicó que, posterior al tratamiento, Diana presentó un mejor nivel de autoestima y mayor flexibilidad ante las exigencias de la vida cotidiana. Por otro lado, en las escalas de razonamiento (6), dominancia (5), perfeccionismo (5) y tensión (5) no presentaron variaciones, y, los puntajes obtenidos se mantuvieron dentro del rango de la normalidad, sin manifestar rasgos destacados en la personalidad de la paciente.

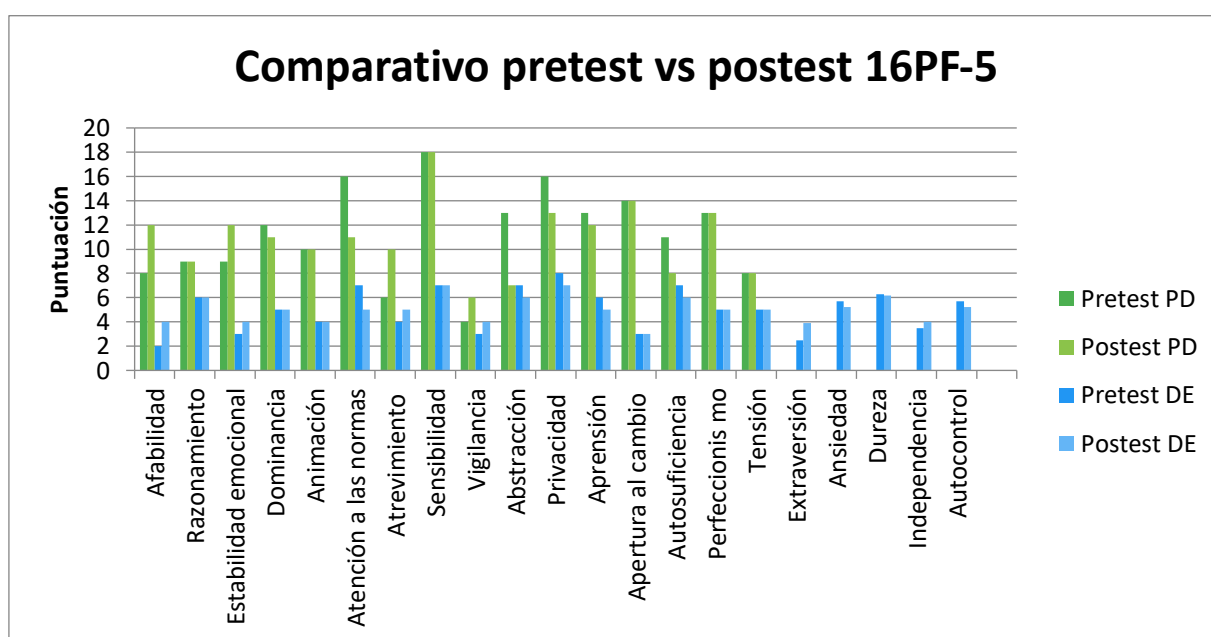
Con relación a las dimensiones globales, en la segunda evaluación también se evidenciaron cambios sutiles, pero indicativos de una transformación en la paciente. En el apartado de extraversión, la puntuación pasó de dos a tres, lo que indicó que, si bien continuaba siendo introvertida y socialmente inhibida, había desarrollado mayores capacidades para interactuar en sociedad y mostrarse más abierta hacia las personas externas.

En cuanto a la dimensión de independencia, se observó un cambio del polo 3 al polo 4, lo que permitió inferir que la paciente había dejado de mostrarse tan tímida y tendía menos a la sumisión, mostrándose más segura de sí misma.

Por otro lado, las dimensiones de ansiedad, dureza y autocontrol no presentaron cambios. Lo cual indico que, Diana continuaba manejando niveles de ansiedad dentro de la normalidad, manteniendo un nivel de dureza ajustado y apropiado al contexto en el que se encontraba, y mostrando un autocontrol adecuado, regulando de manera adecuada sus impulsos.

Para concluir, se presenta el siguiente gráfico de barras comparativo, que muestra las puntuaciones obtenidas en la primera aplicación de la prueba (pretest), frente a las obtenidas en la aplicación posterior (postest). Este gráfico, permite visualizar los cambios en las distintas escalas evaluadas y analizar la evolución general posterior a la intervención.

Figura 2. Resultados comparativos en las fases pre-test y post-test del 16 PF-5.



Nota: Elaboración propia.

6.10. CUESTIONARIO AF-5 RESULTADOS AUTOCONCEPTO FORMA-5

Tabla 4. Resultados AF-5 posttest.

Dimensión	Puntuación Directa	Puntuación Centil	Interpretación
Académico/laboral	7,28	70	Medio alto

Social	7,29	55	Medio
Emocional	4,14	35	Bajo
Familiar	9,76	95	Alto
Físico	4,2	35	Bajo

Nota: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos en la segunda aplicación del cuestionario de autoconcepto AF-5, presentaron variaciones en comparación con la evaluación realizada antes del tratamiento, especialmente en las áreas abordadas durante la intervención, como fueron las dimensiones social, emocional y física.

En la dimensión social, se identificó un aumento en la puntuación centil, que pasó de 45 (considerado medio-bajo) a 50 (considerado medio). Esto indicó, que la paciente logró modificar la percepción de sí misma respecto a su capacidad para interactuar adecuadamente con los demás. Le era más fácil mantener y ampliar sus relaciones con personas externas y había desarrollado mayores habilidades facilitadoras del proceso de socialización, como mostrarse amigable y alegre.

En cuanto a la dimensión emocional, se evidenció un incremento de 10 puntos, pasando de 25 a 35. Aunque la puntuación continuó siendo baja, se interpretó como una señal de mejora, ya que la paciente había comenzado a incorporar estrategias para el reconocimiento y manejo de sus emociones. Esto, le permitió ejercer un mayor control sobre su emotividad y sobre situaciones que anteriormente le generaban nerviosismo o inseguridad.

En la dimensión física, se observó un aumento de la puntuación de 20 a 35, siendo esta la dimensión que mostró los mayores avances con la intervención. Si bien el resultado aún se consideró bajo, se evidenció un cambio positivo en la percepción de su atractivo físico. La paciente comenzó a aceptar y querer un poco más su cuerpo, lo que le permitió considerar una realidad distinta respecto a cómo creía que los demás la percibían.

Por último, las dimensiones familiar y académica/laboral no fueron abordadas en el proceso de intervención, por lo que las puntuaciones se mantuvieron sin cambios.

Con relación a lo anterior, se determinó que, los hallazgos conseguidos en la segunda aplicación de las pruebas psicométricas aplicadas a Diana, mostraron progresos importantes

como consecuencia del proceso de intervención. A pesar de que gran parte de las modificaciones detectadas fueron sutiles, estas indicaron un avance positivo en elementos clave del funcionamiento psicológico de la paciente, especialmente en su autoconcepto, su estabilidad emocional y su habilidad social.

En conclusión, se afirma que, en el cuestionario 16-PF5, se observó una inclinación hacia un incremento en la apertura emocional, una reducción en la rigidez interpersonal y una autorregulación emocional más efectiva. Diana, presento una reducción en rasgos de frialdad, timidez y aprensión, a la vez que aumentó su seguridad, afabilidad y dominio emocional. A pesar de la persistencia de ciertas características conservadoras y un grado moderado de vigilancia, estas, no impidieron el avance en su capacidad para relacionarse y adaptarse a su entorno.

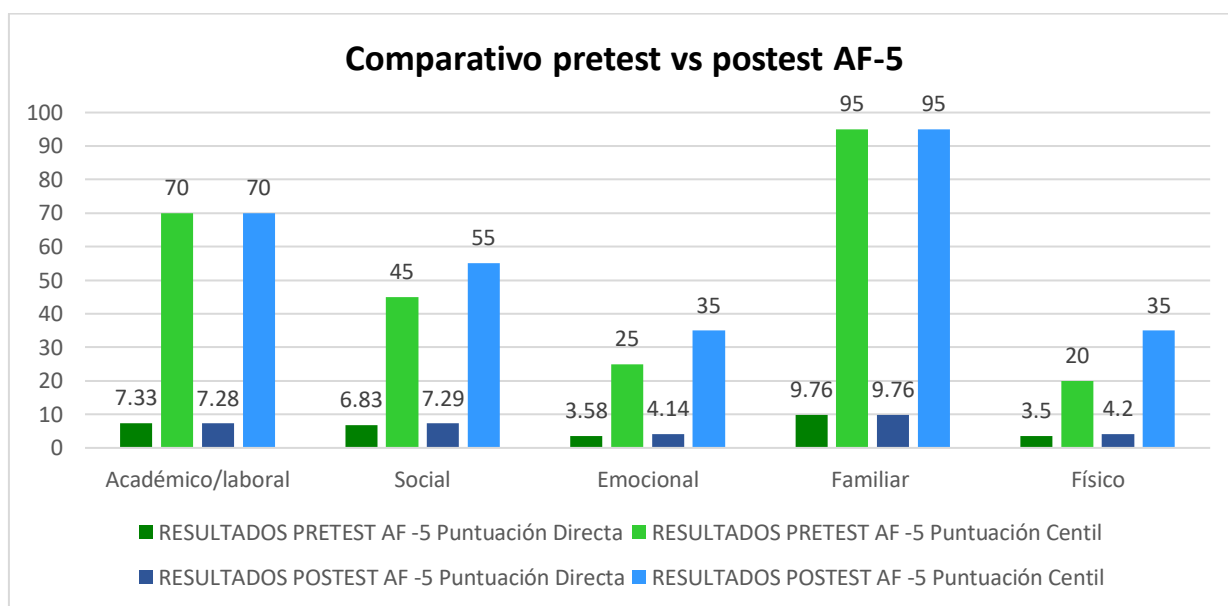
En los aspectos generales de la personalidad, los hallazgos también indicaron un progreso favorable. Se notaron mejoras en su extraversión e independencia, lo que reflejo una reducción en la inhibición social y un incremento en su seguridad. A pesar de que no se observaron alteraciones en la ansiedad, dureza o autocontrol, estos elementos permanecieron en niveles funcionales y apropiados, lo que fortaleció la suposición de la obtención por parte de la paciente de estrategias para la regulación emocional.

En relación con el autoconcepto, los aspectos abordados durante la intervención (social, emocional y físico), presentaron avances significativos. Diana consiguió construir una percepción más positiva de sus capacidades sociales, incrementó su habilidad de regulación emocional y empezó a cambiar de manera positiva la forma en que apreciaba su cuerpo. Estas modificaciones, implicaron una disposición hacia una autopercepción más sana y un incremento en la aceptación personal.

Con base en lo anterior, se puede deducir que, la intervención tuvo un efecto beneficioso en la emocionalidad, cognición y comportamiento de la paciente. Los progresos logrados, a pesar de ser moderados, fueron señales cruciales del fortalecimiento de su autoconcepto, de su habilidad para regular las emociones y de su capacidad para construir relaciones personales más cercanas. Por lo que, se recomienda continuar con el proceso terapéutico para reforzar los éxitos alcanzados.

Por último, se presenta una gráfica que compara los resultados obtenidos en la prueba AF5 antes y después de la intervención. Esta representación visual, permite observar las variaciones en las dimensiones del autoconcepto evaluadas, facilitando así, el análisis de los efectos logrados tras el proceso terapéutico. La comparación entre el pretest y el posttest brinda una perspectiva clara sobre los cambios alcanzados y señala posibles áreas que aún requieren de intervención y seguimiento.

Figura 3. Resultados comparativos en las fases pre-test y post-test del AF-5.



Nota: Elaboración propia.

6.11. ANÁLISIS NARRATIVO DEL TRAUMA - POSTEST

El proceso terapéutico y la narrativa del trauma trabajada en las sesiones 7 y 8, permitieron abrir un espacio para resignificar las experiencias traumáticas de Diana, desde un lugar de mayor conciencia emocional, uso de recursos personales y, sobre todo, desde una postura menos pasiva y más autorreflexiva frente al trauma.

En la sesión 7, Diana tomó la decisión consciente de enfrentar la escritura de su experiencia traumática, enfocada en el abuso sexual cometido por su abuelo. A pesar de su malestar emocional, expresó: “no me siento muy bien, pero quiero continuar”, lo que reflejó, una disposición distinta a la que mostraba antes de iniciar el proceso, y demostró una voluntad activa de enfrentar lo vivido. El hecho de que hiciera uso de estrategias de regulación

aprendidas (como la respiración diafragmática y las pausas autorreguladas), también evidenció, avances en su capacidad para manejar la emocionalidad asociada al trauma.

Un punto a resaltar, fue la conclusión que Diana elaboró por sí misma, refirió: “tenía muchos sentimientos agradables hacia mi abuelo, sentía que me quería y me protegía, me dolió mucho lo que me hizo, porque todo lo que pensaba de él, se destruyó”. Esta reflexión, conlleva a un sentido emocional y afectivo muy profundo, ya que, el dolor no solo estaba asociado al abuso sexual en sí, sino también, al engaño de un vínculo afectivo significativo, lo cual, intensificaba el sentimiento de pérdida. La experiencia traumática, en este sentido, rompió un lazo que para ella era importante. A partir de lo anterior, se puede decir que, la ambivalencia afectiva y la confusión relacional pudieron ser nombradas, lo cual, constituye un avance significativo en la integración del trauma.

En la sesión 8, el enfoque se dirigió al abuso perpetrado por su primo materno. A diferencia de la narrativa anterior, en esta ocasión se observó una emocionalidad distinta (gestos de enojo, presión al escribir y un ritmo continuo sin pausas). Diana no evitó ni se detuvo, al contrario, pareció enfrentar esa parte de la historia con firmeza. Durante la lectura de lo escrito, expresó: “si ese día les hubiese hecho caso a mis padres, no me hubiese sucedido lo que me pasó”, lo que reflejó, un sentimiento de culpa que aún persistía. Sin embargo, esta vez fue capaz de nombrar esa culpa y trabajarla conscientemente durante la sesión.

Además, expresó ira, tanto hacia sí misma como hacia el abusador, lo cual representó una ruptura importante con la narrativa anterior, que estaba más centrada en la tristeza, la vergüenza y la inseguridad. El surgimiento de la ira, indicó un cambio significativo, ya que, la paciente no se ubicó solo como víctima pasiva, sino como alguien que empezaba a identificar injusticias, traiciones y límites vulnerados.

La intervención en ambas sesiones, permitió trabajar los pensamientos disfuncionales surgidos durante la narrativa, los cuales, fueron reemplazados por otros más adaptativos. Esto, contribuyó no solo a reducir el malestar inmediato, sino también a modificar la forma en que Diana empezaba a contarse a sí misma lo ocurrido.

Por último, es importante referir que se presentó una transformación significativa en la manera en que Diana se identificó y posicionó frente a sus experiencias traumáticas, adoptando un rol más activo y fortalecido posterior a la intervención, con mayor capacidad

de afrontamiento. Lo más significativo, no fue solo que contara lo ocurrido, sino cómo lo hizo (con pausas conscientes, con llanto, con ira, con memoria y, sobre todo, con la capacidad de entenderse desde una nueva perspectiva). El proceso terapéutico no eliminó el dolor, pero le permitió reorganizarlo, resignificarlo y abrir un nuevo capítulo desde el discurso y una nueva comprensión de los eventos.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo de fin de master, tuvo como propósito principal comprender y atender las secuelas psicológicas derivadas de una experiencia de abuso sexual en la infancia, vivida por una adolescente de 17 años. Para ello, se llevó a cabo un proceso clínico que permitió explorar de manera profunda cómo dicha vivencia afectó su percepción de sí misma, su capacidad para regular las emociones y el modo en que ha elaborado el trauma. Esta exploración, se sustentó en la aplicación de entrevistas clínicas, técnicas de observación y pruebas psicométricas estandarizadas, las cuales, ofrecieron información clave sobre el funcionamiento emocional, el autoconcepto y los posibles efectos psicológicos asociados a la experiencia traumática. Con base en estos hallazgos, se diseñó un plan de intervención individualizado, que integró estrategias psicológicas orientadas a facilitar la resignificación del trauma, fortalecer el autoconcepto y promover recursos de autorregulación emocional. Finalmente, se evaluó el impacto de dicha intervención, analizando los cambios logrados a lo largo del proceso terapéutico y valorando la efectividad del acompañamiento clínico brindado a la paciente.

En coherencia con lo planteado anteriormente, se puede decir que, tener una experiencia de abuso sexual en la infancia, impacta de forma negativa el desarrollo del autoconcepto y la emocionalidad, lo cual, coincide con lo señalado por Garcilazo (2020), quien afirma que, el ASI genera distorsiones profundas en la autoimagen, afectando el juicio emocional y relacional de la víctima, también coincide, con lo indicado por Olalla (2024), quien enfatiza, en que la experiencia del abuso sexual genera una percepción distorsionada del mundo, lo que se traduce en aislamiento, desconfianza, dificultades para expresar emociones y una visión negativa del futuro.

A partir de lo anterior, se logró una evaluación concreta del impacto del trauma del ASI sobre el autoconcepto de la paciente y su gestión emocional, lo cual, fue posible mediante la aplicación de instrumentos como el AF-5 y el 16PF-5. Los resultados, evidenciaron una mejora

Programa de intervención psicológica para abordar el autoconcepto, regulación emocional y trauma, en una adolescente de 17 años víctima de abuso sexual infantil en el autoconcepto, especialmente en sus dimensiones física, emocional y social, y avances en la autorregulación emocional, aun cuando persistieron algunas áreas vulnerables.

En la dimensión social del autoconcepto, la paciente mostró una transición de un nivel medio-bajo a medio, revelando una mayor apertura a establecer relaciones con otros. Este cambio, es coherente con lo propuesto por García y Musitu (2014), quienes explican que el autoconcepto es un constructo dinámico, que puede ser modificado positivamente mediante intervenciones apropiadas. Igualmente, en la dimensión física se analizó un incremento de 10 puntos, lo que advierte una transformación en la percepción corporal, y en concordancia con Pérez et al. (2018), tal transformación es un aspecto crucial en la recuperación de adolescentes víctimas de ASI.

En cuanto a la regulación emocional, se observaron mejoras en el reconocimiento, manejo y expresión de la emotividad, evidenciando que, Diana adquirió herramientas eficaces para afrontar situaciones que anteriormente generaban malestar, ansiedad e inseguridad. Lo anterior, se respalda bajo el planteamiento de Gómez y Calleja (2016), quienes destacan, que una adecuada regulación emocional no solo es fundamental para el desarrollo psicológico saludable, sino que, es una herramienta esencial en la elaboración de experiencias traumáticas.

Por otro lado, el proceso de elaboración del trauma se pudo realizar de forma responsable y segura, gracias al fortalecimiento previo del autoconcepto y la autorregulación emocional. En las sesiones destinadas a tal elaboración, Diana pudo narrar su historia de manera organizada, resignificando sus experiencias desde una perspectiva de validación personal y disminución de la culpa y la vergüenza que pudiese sentir. Lo cual, se encuentra alineado con lo descrito por White y Epston (1993), quienes refieren, que el ejercicio narrativo permite una reconstrucción de la identidad, lo que, a su vez, fomenta la resiliencia y una transformación positiva de la comprensión del sí mismo.

Adicionalmente, la intervención se apoyó en estrategias de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, gestión adecuada de las emociones y la técnica de narrativa del trauma, las cuales, están respaldadas por programas como el TF-CBT (Cohen et al., 2017) y el enfoque psicoeducativo de Brackett et al. (2012), confirmando, la eficacia de los modelos cognitivo-conductuales en contextos de trauma infantil y adolescente.

La unificación de los resultados anteriormente descritos con el marco teórico, demuestran que el ASI no solo produce consecuencias inmediatas (como las emociones de miedo, culpa o vergüenza), sino que, también altera estructuras complejas como el autoconcepto, el apego, habilidades sociales, la emocionalidad y la percepción de seguridad, aspectos desarrollados ampliamente por autores como Olalla (2024) y Lovaglio y Del Bagge (2021).

En este sentido, el presente estudio confirma que el abordaje terapéutico debe contemplar no solo la elaboración del evento traumático, sino también la reparación de las dimensiones internas perjudicadas. Por lo tanto, el presente trabajo de fin de master aporta evidencia sobre la importancia de diseñar programas personalizados que consideren la etapa evolutiva, los contextos más importantes del paciente y su grado de afectación emocional. Y de acuerdo con lo que señala (Maturana y Ocampo, 2024), es imprescindible, iniciar el trabajo terapéutico por el fortalecimiento del yo, antes de confrontar el trauma.

También, se hace importante mencionar que los hallazgos obtenidos en el presente estudio de caso único, ofrecen una base valiosa para la práctica clínica en adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual. El estudio, destaca la relevancia de incorporar, desde etapas iniciales, evaluaciones estandarizadas y herramientas validadas que orienten un plan terapéutico centrado en el individuo. Además, promueve la importancia de intervenir no solo en el trauma, sino también, en factores mediadores del daño psicológico como el autoconcepto, la autoimagen, la capacidad de autorregulación y el establecimiento de vínculos sanos.

A partir de lo anterior, se reafirma el valor del trabajo individualizado desde un enfoque empático, respetuoso del ritmo de cada paciente, y con un sólido sustento teórico. La experiencia aquí documentada, ofrece aportes concretos tanto a la comunidad académica como a profesionales de la psicología que intervienen con población infantojuvenil afectada por el abuso sexual.

7.1.Limitaciones

En esta investigación, se presentan algunas limitaciones que deben ser consideradas. Una de ellas es que, al tratarse de un estudio de caso único, los hallazgos no pueden generalizarse a otras poblaciones, ya que se basan en la vivencia específica de una paciente con características personales, familiares y sociales particulares, así como con capacidades psíquicas y cognitivas

que pueden estar más o menos desarrolladas en comparación con otras adolescentes de su misma edad. Por lo tanto, no es posible afirmar que los resultados obtenidos sean aplicables a otras pacientes, incluso si presentan características y experiencias similares.

Otra limitación evidenciada, es que la intervención terapéutica fue breve, ya que se contó con un tiempo limitado para su desarrollo. En consecuencia, el número de sesiones realizadas no permitió abordar de manera minuciosa cada uno de los aspectos previstos y, considerando la complejidad del trauma y la intensidad de sus secuelas, se hace necesario un proceso terapéutico más extenso, que posibilite un seguimiento a lo largo del tiempo, lo que, a su vez, permita evaluar a mayor profundidad los efectos de la intervención.

También, cabe señalar que, no fue posible la vinculación de la familia al proceso terapéutico de la paciente, aunque la adolescente manifiesta que le apoyan y están al tanto de la intervención, no tuvieron la posibilidad de asistir a ninguna sesión por temas laborales. Su ausencia, limitó el acceso a información valiosa que podría haber enriquecido el estudio, especialmente en lo relacionado con la psicoeducación, las dinámicas familiares, el apoyo emocional desprendido de ese sistema y la percepción del entorno más cercano y primario de la paciente, frente al trauma. Por lo que se concluye que, la implicación de la familia podría haber brindado una perspectiva más completa del caso.

7.2. Prospectiva

El presente estudio, permite la apertura a futuras líneas de investigación e intervención en el ámbito de la psicología infantojuvenil, particularmente, en contextos de abuso sexual infantil y en el impacto que este genera en el desarrollo y funcionamiento de diversas dimensiones de la psicología de los niños y adolescentes. Por lo que, las investigaciones se podrían desarrollar con diseños longitudinales, que permitan medir con mayor precisión los efectos de programas de intervención en grupos más amplios y diversos, de adolescentes víctimas de ASI.

También, sería viable adaptar el programa de intervención empleado en este estudio a formatos grupales, que posibiliten su aplicación en instituciones educativas, centros de salud mental o programas de asistencia a víctimas, con la finalidad de expandir su aplicación, no solo para tratar las secuelas del ASI, si no también, para prevenir en cierta medida el daño psicológico que la experiencia traumática genera.

Por otro lado, para enriquecer futuros estudios, sería apropiado hacer uso de más herramientas diagnósticas, que midan el trauma, la resiliencia, mecanismos de afrontamiento, trastorno de estrés postraumático, entre otros.

Adicionalmente, es fundamental contar con la participación activa de las familias en el proceso psicoterapéutico, ya que, desempeñan un papel primordial en la recuperación de la víctima. Su implicación como coterapeutas, influye de manera directa en la evolución del tratamiento, permitiendo que este, se enriquezca desde una perspectiva relacional y sistémica, y ofreciendo un entorno de apoyo más sólido para el adolescente.

Finalmente, se considera de gran importancia continuar investigando el rol mediador del autoconcepto y la regulación emocional en la elaboración del trauma. Comprender mejor estos procesos, permitirá diseñar tratamientos más específicos, integradores y sensibles al contexto cultural, social y emocional de las víctimas de abuso sexual infantil.

En conclusión, las anteriores propuestas no solo abren nuevas posibilidades para el avance de la investigación en el campo del abuso sexual infantil, sino que, también fortalecen la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas más eficaces, sensibles y contextualizadas. Consolidar un abordaje integral que tenga en cuenta factores individuales y relacionales. De tal forma, el presente estudio, constituye un punto de partida significativo para seguir construyendo conocimiento y prácticas clínicas basadas en la evidencia, centradas en el bienestar mental de las víctimas de ASI.

Referencias bibliográficas

- Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA). (2021). *Manual para el abordaje psicológico del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes*. AVESA. <https://avesa.blog/wp-content/uploads/2021/05/manual-abordaje-psicologico-asi.pdf>
- Bayas Méndez, J. V. (2022). Análisis del autoconcepto de adolescentes en relación con el género. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 1810–1820. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1611
- Beck, J. S. (2011). *Terapia cognitiva: Teoría y práctica* (2.ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2012). Mejorando el rendimiento académico y la competencia socioemocional con el currículo de palabras emocionales RULER. *Learning and Individual Differences*, 22(2), 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2010.10.002>
- Brito Hidalgo, E. M., Ayala García, M., & Vega Marín, M. G. (2022). Impacto de la atención psicológica a las adolescentes víctimas de abuso sexual. *Opuntia Brava*, 14(1), 301–308. Recuperado a partir de <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1507>
- Bustamante Espinoza, L. K., Luzuriaga Calle, M. A., Rodríguez Rodríguez, P. E., & Espadero Faican, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 389–398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>.
- Capella, C. (2013). Narrativas en psicoterapia: Una aproximación desde el análisis narrativo de la experiencia del cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3), 319–330.
- Castro Castañeda, Remberto, Vargas Jiménez, Esperanza, & García Alcalá, Jesús Ulises. (2021). El autoconcepto del adolescente, su relación con la comunicación familiar y la violencia escolar. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(spe1), 00017. Epub 26 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2570>.
- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). *16PF: Cuestionario factorial de personalidad. Manual* (5ª ed.). TEA Ediciones.

- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). *Memoria histórica con víctimas de violencia sexual: Aproximación conceptual y metodológica*. Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Cervantes Martínez, P. (2020). *Inteligencia emocional: Manual para quien trabaja con adolescentes de secundaria* (1.ª ed.). Ediciones Normalismo Extraordinario.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2004). *Tratamiento del trauma y del duelo traumático en niños y adolescentes*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Manejando el trauma: Un cuaderno para adolescentes* [Manual]. National Child Traumatic Stress Network. <https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/09/Revised-Dealing-with-Trauma-A-TF-CBT-Workbook-for-Teens-SPANISH-1.pdf>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para niños y adolescentes: Aplicaciones del tratamiento*. Guilford Press.
- Colombé Echenique, M., Pozo Martínez, E., & de Armas Mesa, I. (2020). El abuso sexual infantil: Su relación con algunos problemas emocionales. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 2020(9), <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/09/abuso-sexual-infantil.html>
- Compte Boix, A. (2014). *Regulación emocional: Concepto, estrategias y aplicaciones en la relación de ayuda* (Trabajo de fin de grado, Universitat de les Illes Balears). Universitat de les Illes Balears.
- Cordero, A., & Cerezo, M. Á. (2010). Intervención en menores víctimas de abuso sexual: efectos en autoconcepto y adaptación social. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 63–70.
- Cortés Montoya, D y Noaba Benítez, R. (2022). Propuesta de una definición integral de autoconcepto. Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/26396>.
- Del Bianco, Omar Moreira, & Tosta, Rosa Maria. (2021). Abuso sexual infantil, trauma e depressão na vida adulta: um estudo de caso. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(2), 1-25. <https://doi.org/10.36298/gerais202114e16251>.
- Durango Galvis, A. M. (2023). *Estudio de caso clínico de una adolescente, bajo la terapia cognitivo conductual* [Trabajo de grado, Universidad del Sinú, seccional Cartagena].

<http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/964>

- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, R. (2000). *Abuso sexual en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Ekman, P. (1992). Un argumento a favor de las emociones básicas. *Cognition & Emotion*, 6(3–4), 169–200. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales*. Fundación Unidos por la Niñez.
- Franco, S., & Finol de Franco, M. (2021). Violencia sexual detectada en el ámbito educativo y factores de riesgo. *Dominio De Las Ciencias*, 6(1), 601–612. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231707>.
- García, F., & Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, F., & Musitu, G. (2014). *AF-5 Autoconcepto Forma 5* (4.ª ed., revisada y ampliada). TEA Ediciones.
- Garcilazo Pedrozo, J. E. (2020). *Adaptabilidad cohesión familiar y autoconcepto en víctimas de abuso sexual-incesto en una institución pública, región Ucayali, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Enrique Guzmán y Valle]. Repositorio Alicia. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_03f87ac315eae1df6066728babf905e6.
- Gil, E. (2006). *Ayudando a niños abusados y traumatizados: Integración de enfoques directivos y no directivos* [*Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*]. Guilford Press.
- Gómez Pérez, O., & Calleja Bello, N. (2016). Regulación emocional: Definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96–117. <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com>
- González-Arias, M. (2023). Evolución del concepto de emoción en el contexto científico: Desde la biología y la cultura, hasta el construccionismo psicológico. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 33(2), 264–286. <https://doi.org/10.15443/RL3315>

- Gonzalez Acevedo, J. P. (2020). *Aplicación de la terapia de exposición narrativa (NET) en un caso de estrés postraumático (TEPT) y depresión* [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Psicología].
- González Balanta, M., Cuartas Torres, J. C., & Joaqui, N. P. (2023). *Relación entre autoconcepto, la adolescencia y el impacto en y de la escuela: Una revisión teórica analítica* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio Institucional Ucatólica. <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2426>.
- Gross, J. J. (1998). *El campo emergente de la regulación emocional: Una revisión integradora. Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015). *Regulación emocional: Estado actual y perspectivas futuras. Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Guerrero-Jiménez, G., & Jiménez Ardila, L. O. (2023). *Programa de intervención para la prevención de la conducta de replicación del patrón de abuso sexual en menores de 14 años* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional UCatólica. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/a4aa3a8f-7591-468c-bb3a-ee55c771529c/content>.
- Hederich-Martínez, C., De la Portilla, S., & Montoya, D. (2022). Características psicométricas de la escala de autoconcepto AF5 en estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 16(1), 57–70. <https://doi.org/10.21500/19002386.5517>
- Igartua Escobar, E. (2022). Programa de intervención para adultos víctimas de abusos sexuales en la infancia. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, (46), 229–256. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/252063>
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2025). *Boletín estadístico mensual, niños, niñas y adolescentes, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCERN* (febrero de 2025). Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Jiménez Quincha, G. V. (2022). Programa piloto de intervención psicoeducativa para la prevención del abuso sexual infantil. *REVISTA U-Mores*, 1(1), 77–99. <https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.564>.

- Linehan, M. M. (1993). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad* [Obra original en inglés: *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*]. Guilford Press.
- López De Martín, S. R. (2011). *Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- López Palma, A. E., Benítez Hurtado, X. G., Leon Ron, M. J., Maji Mozo, P. J., Domínguez Montoya, D. R., & Báez Quiñónez, D. F. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014
- Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. (2021). Síndrome de Münchausen por poderes: alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología-Tercera época*, 20.
<https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/130922>.
- Maturana Barbosa, J., & Ocampo Sierra, M. C. (2024). *Proceso de reparación psicoterapéutica en víctimas de abuso sexual infantil e impacto en el contexto familiar*. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Rectoría Antioquia y Chocó, Centro Universitario Bello (Antioquia). Programa Especialización en Familia, Infancia y Adolescencia.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). ¿Qué es la inteligencia emocional?. En P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Desarrollo emocional e inteligencia emocional: Implicaciones educativas* (pp. 3–31). Basic Books
- Mebarak-Chams, M., Aragón-Barceló, J., Álvarez-Alzate, I., Oliveros-Charris, J., & Mejía-Rodríguez, D. (2023). Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes: factores de riesgo y sintomatología. *Psicogente*, 26(50). <https://doi.org/10.17081/psico.26.50.6438>
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2012, 6 de marzo). *Resolución número 0459 de 2012: Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0459-de-2012.pdf>

- Monroy Poncio, E. C. (2008). *Autoconcepto en la niñez víctima de violencia intrafamiliar* [Tesis de licenciatura no publicada]. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Campus de Quetzaltenango.
- Montoya Castilla, I., Postigo Zegarra, S., & González Barrón, R. (2020). *PREDEMA: Programa de educación emocional para adolescentes*. Ediciones Pirámide.
- Mundaca Salazar, J. N. (2021). *Informe sobre el diseño y ejecución de la intervención terapéutica, enfoque sistémico y prácticas narrativas desarrollada por la Trabajadora Social en un Programa de Protección Especializado en Maltrato Grave y Abuso Sexual Infantil, Alto Hospicio* [Tesis doctoral, Universidad Andrés Bello]. Repositorio UNAB. <https://repositorio.unab.cl/server/api/core/bitstreams/1ca03eff-979b-4264-bc82-bfa3f04dd0bc/content>.
- Muñiz, B., & Azcárate, J. (2023). La entrevista clínica en el estudio de las representaciones y emociones sobre procesos sociales. En *Actas de la Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.17293/ev.17293.pdf
- Olalla Monar, P. S. (2024). *Secuelas psicológicas en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil* [Trabajo de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/4afca109-5879-4822-aff8-fdddf365241b>.
- Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional / Early social-emotional development and emotional regulation. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.07.004>
- ONU Mujeres. (2024, 27 de junio). *Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/articulos/preguntas-frecuentes/preguntas-frecuentes-tipos-de-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1

- Ortiz Soto, P., & Terán Sedano, S. (2019). La entrevista de devolución en psiquiatría infantil. *Psicopatología y Salud Mental*, 34, 29–37.
- Osorio Giraldo, C, Mina Caviche, E, Palacio Arias, S y Mosquera Arango, J. (2023). *Estrategias psicológicas para la atención de menores víctimas de abuso sexual*. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/4378>.
- Pàmpol, C. F. (2020). Identidad, juventud y crisis: el concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *RES. Revista Española de Sociología*, 29(3), 11-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7685384>.
- Páramo Morales, D. (2021). Autoconcepto y comportamiento. *Pensamiento & Gestión*, 51, Editorial. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762021000200007
- Pedroso Bastos, Kárita Rachel y Fortunato Costa, Liana. (2021). Caracterización de las víctimas y de la violencia sexual cometida por adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19 (2), 50-73. Publicación electrónica del 14 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.2.4399>.
- Pérez Caballero, A., Durán, S., Padilla Martínez, H., & Hidalgo Arango, S. (2022). Caracterización social y normativa de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Cartagena, Colombia. *SUMMA*, 4(1), 1-17. <https://doi.org/10.47666/summa.4.1.03>.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Gázquez Linares, J. J., & Barragán Martín, A. B. (2018). Programa psicoeducativo para adolescentes víctimas de violencia sexual: efectos sobre el autoconcepto y autoestima. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 29(3), 112–126. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.29.num.3.2018.24008>
- Procuraduría General de la Nación. (2024, 28 de noviembre). *Violencia de género: 88 % de las víctimas de delitos sexuales son mujeres, alerta la Procuradora* (Boletín 1364). Procuraduría General de la Nación. <https://www.procuraduria.gov.co>
- Pulido Guerrero, E. G., Redondo Marín, M. P., Lora Carrillo, L. J., & Jiménez Ruiz, L. K. (2023). Medición del autoconcepto: Una revisión [Measurement of self-concept: A review]. *Psykhē*, 32(1), 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.22389>

- Quiceno Osorio, J. D., Meza Perochena, A. C., & Tejada, M. del C. (2022). Resimbolizando el tiempo perdido: El modelo narrativo de Paul Ricoeur aplicado a casos de abuso sexual. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 17(1), 3. <https://doi.org/10.4067/s0718-50652022000100203>
- Ramírez, M. R., & Quesada, L. R. (2021). El abuso sexual en la infancia y sus secuelas. *Medisan*, 25(04), 1001-1011. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110801>.
- Rocabado Rojas, I. (2021). El proceso de superación del trauma psicológico de víctimas de violencia sexual a lo largo del proceso penal. *Con-Sciencias Sociales*, 13(24), 39–47. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. <https://doi.org/10.35319/consciencias.20212440>
- Rodríguez López, Y., Aguiar Gigato, B. A., & Garcia Alvarez, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil / *Psychological consequences of infant sexual abuse*. *Asunción* 9(1), 58-68. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
- Rojas Castro, C. H. (2020). *Factores protectores en el ámbito social comunitario frente al abuso sexual infantil* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. Repositorio UNAD. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/37238/chrojasc.pdf?sequence=2>
- Thompson, R. A. (1994). *Regulación emocional: Un tema en busca de definición*. En N. A. Fox (Ed.), *El desarrollo de la regulación emocional: Consideraciones biológicas y conductuales* (pp. 25–52). *Monografías de la Sociedad para la Investigación en el Desarrollo Infantil*.
- Vallejo Samudio, Á. R., & Granados Corrales, B. E. (2017). Autoagresión y autoconcepto en adolescentes violentadas sexualmente: Una mirada descriptiva [Self-harm and self-concept in sexually abused adolescents: A descriptive look]. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.5027/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-903>
- Vélez, M. A., & Sánchez, P. (2018). Intervención en regulación emocional para víctimas de abuso sexual infantil. *Revista de Psicología Clínica*, 22(2), 123-136.

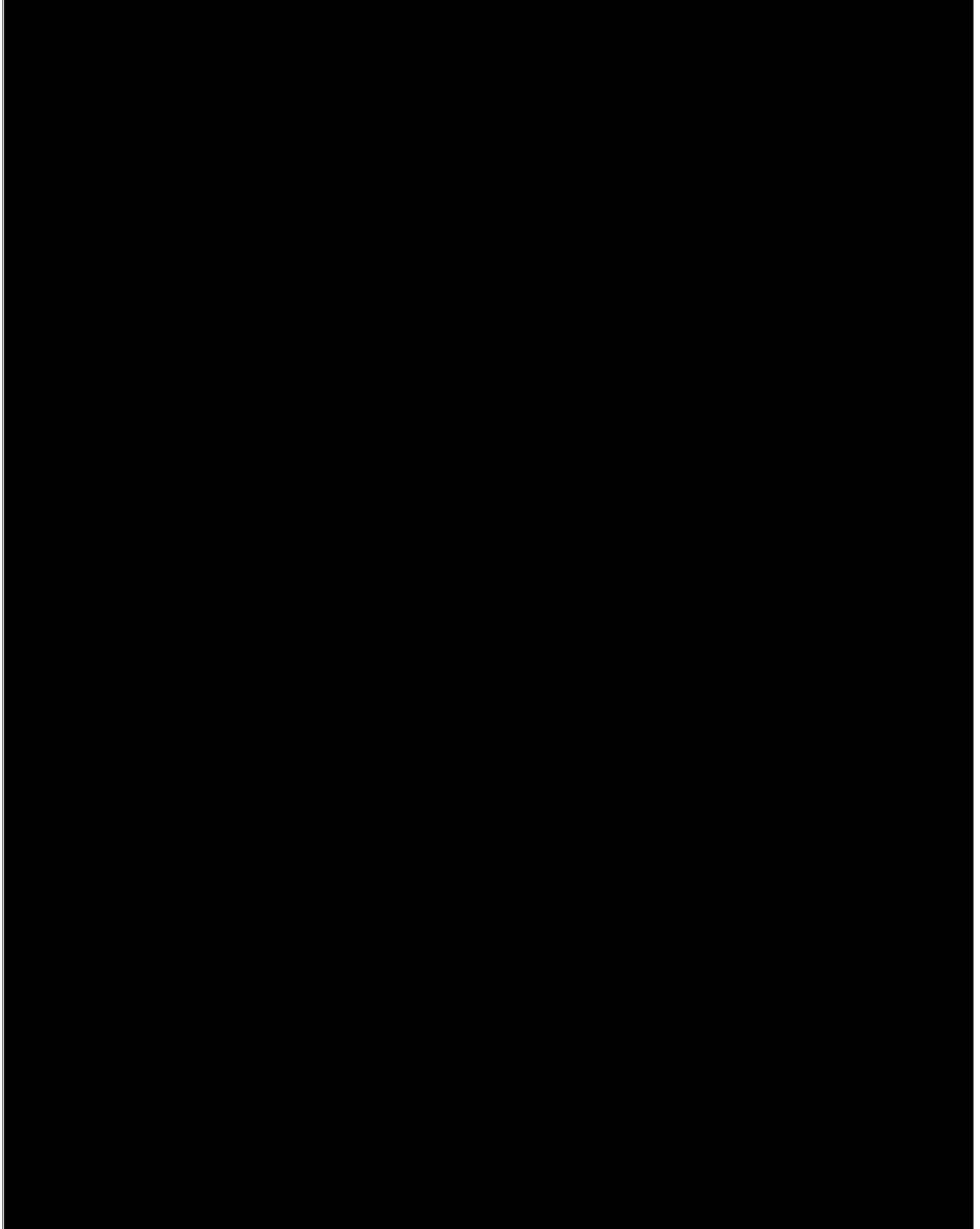
Vera-Chevez, J. P., & González-Loor, V. (2021). Adolescencia y psicoeducación. *Revista Científica de Innovación Educativa y Sociedad Actual "ALCON"*, 1(1), 1–8.
<https://soeici.org/index.php/alcon/article/view/16/32>

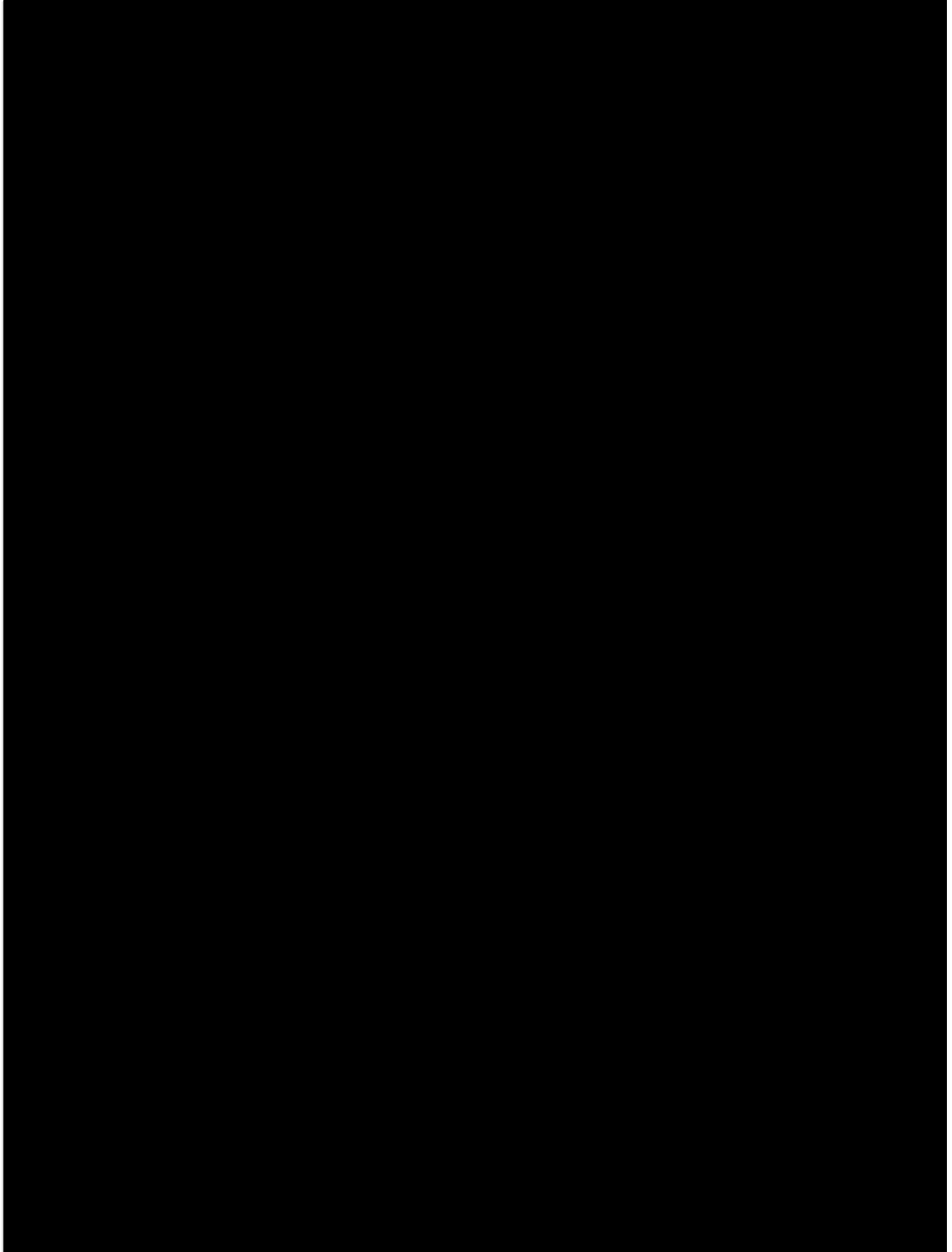
White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

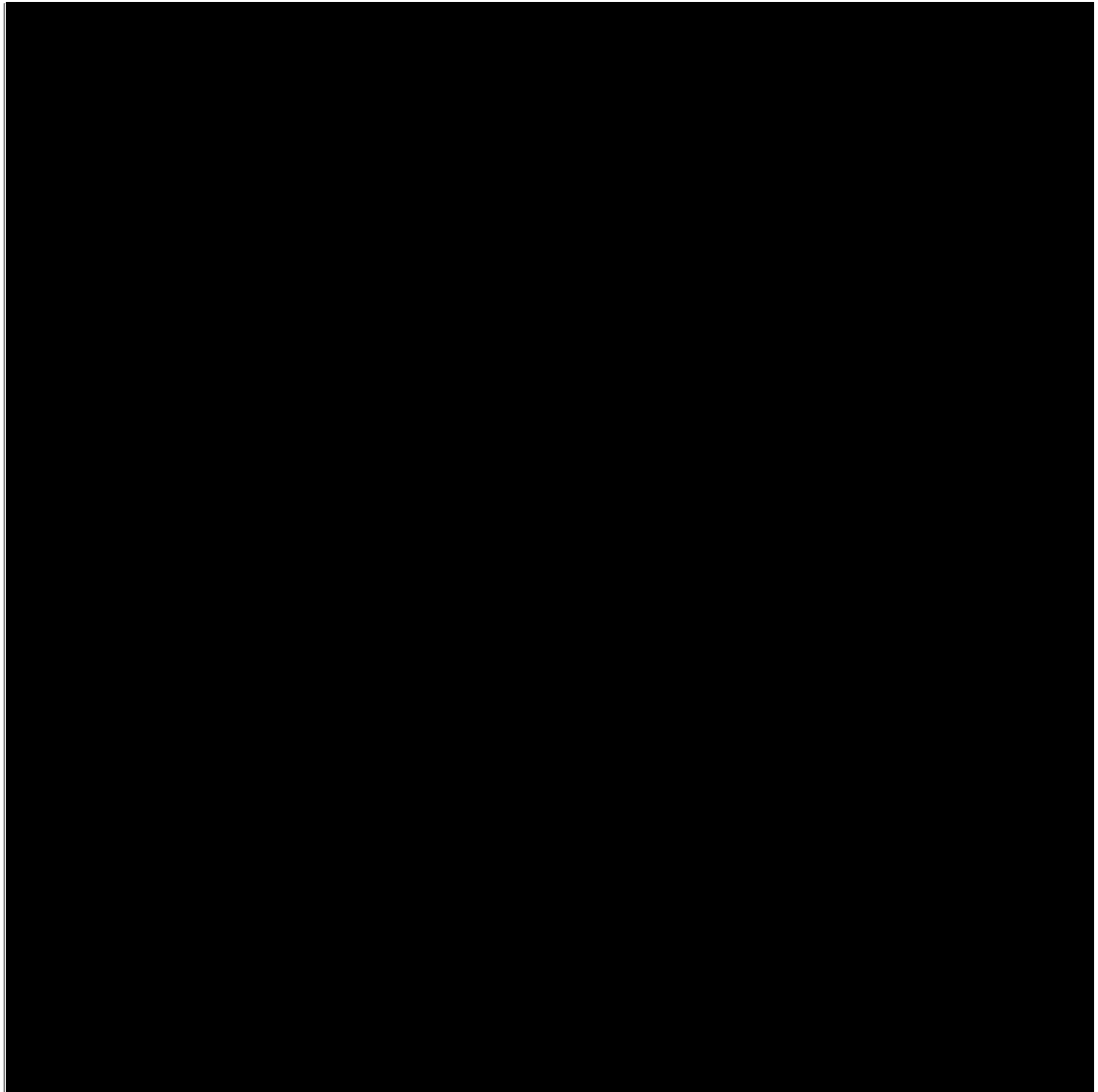
World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/prevention-of-mental-disorders-effective-interventions-and-policy-options>

Zambrano, K. I. D. (2019). Un acercamiento al abuso sexual infantil. La pornografía. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 4(6), 192-207.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164358>.

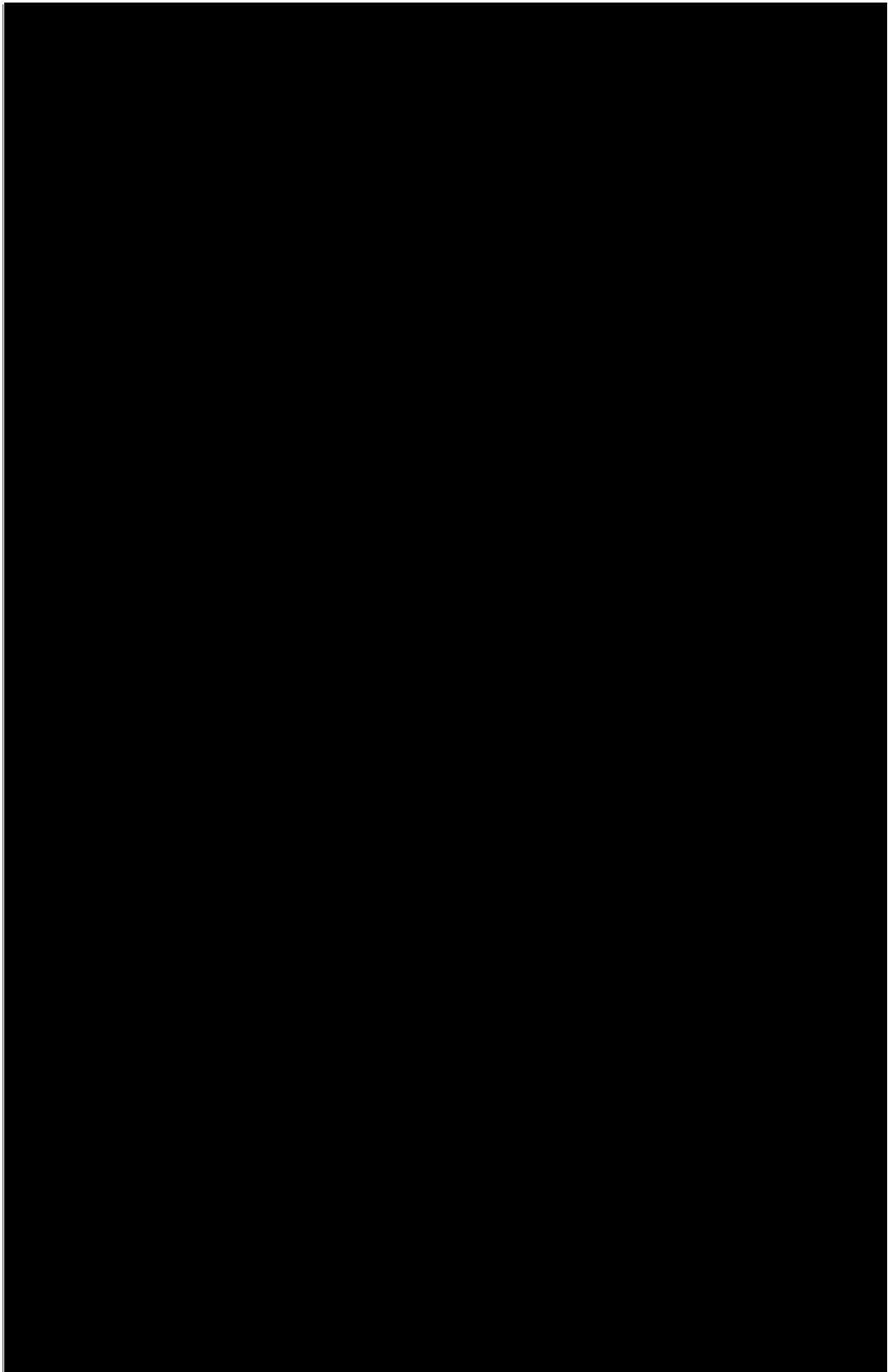
Anexo A. Consentimiento informado



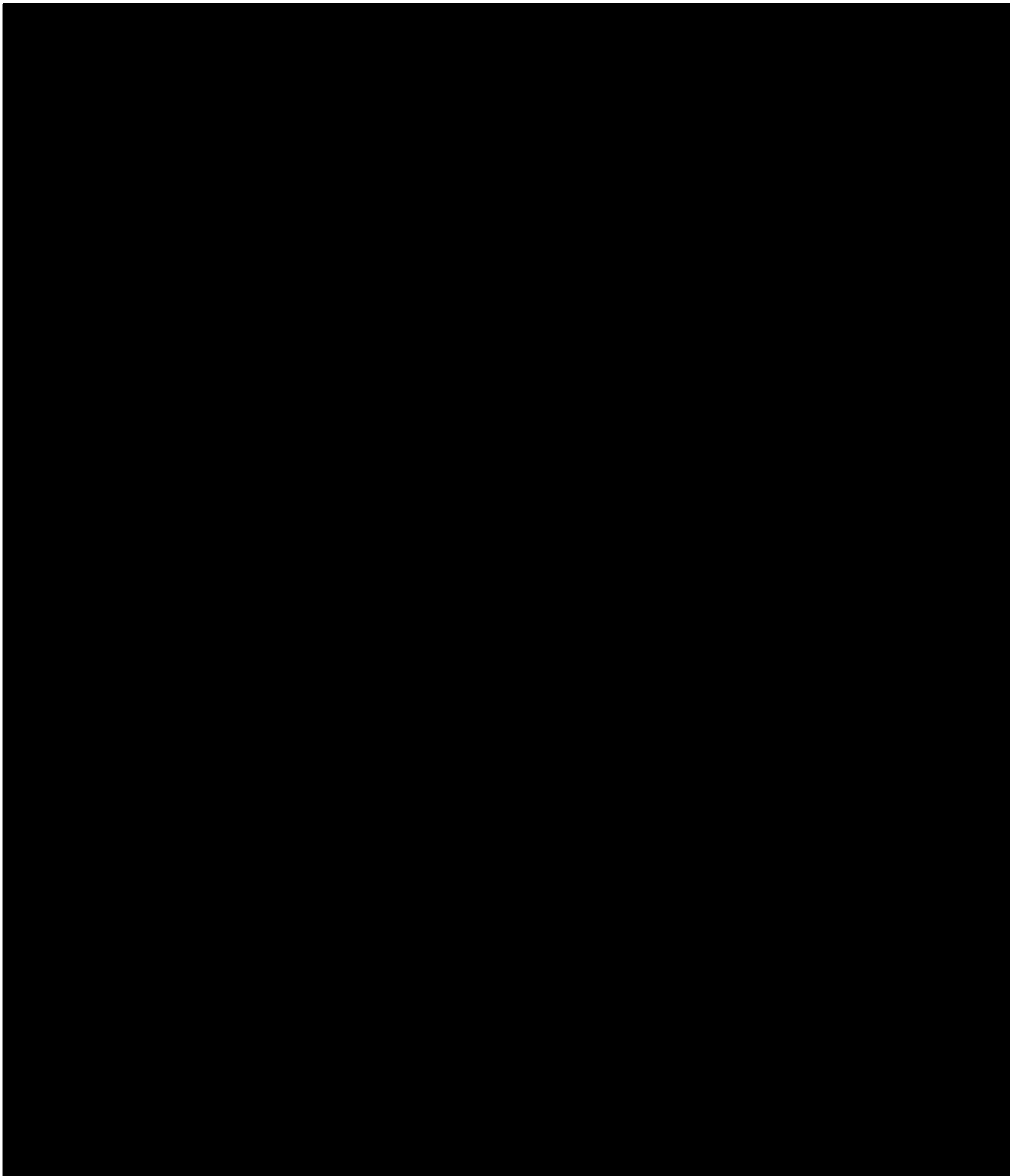


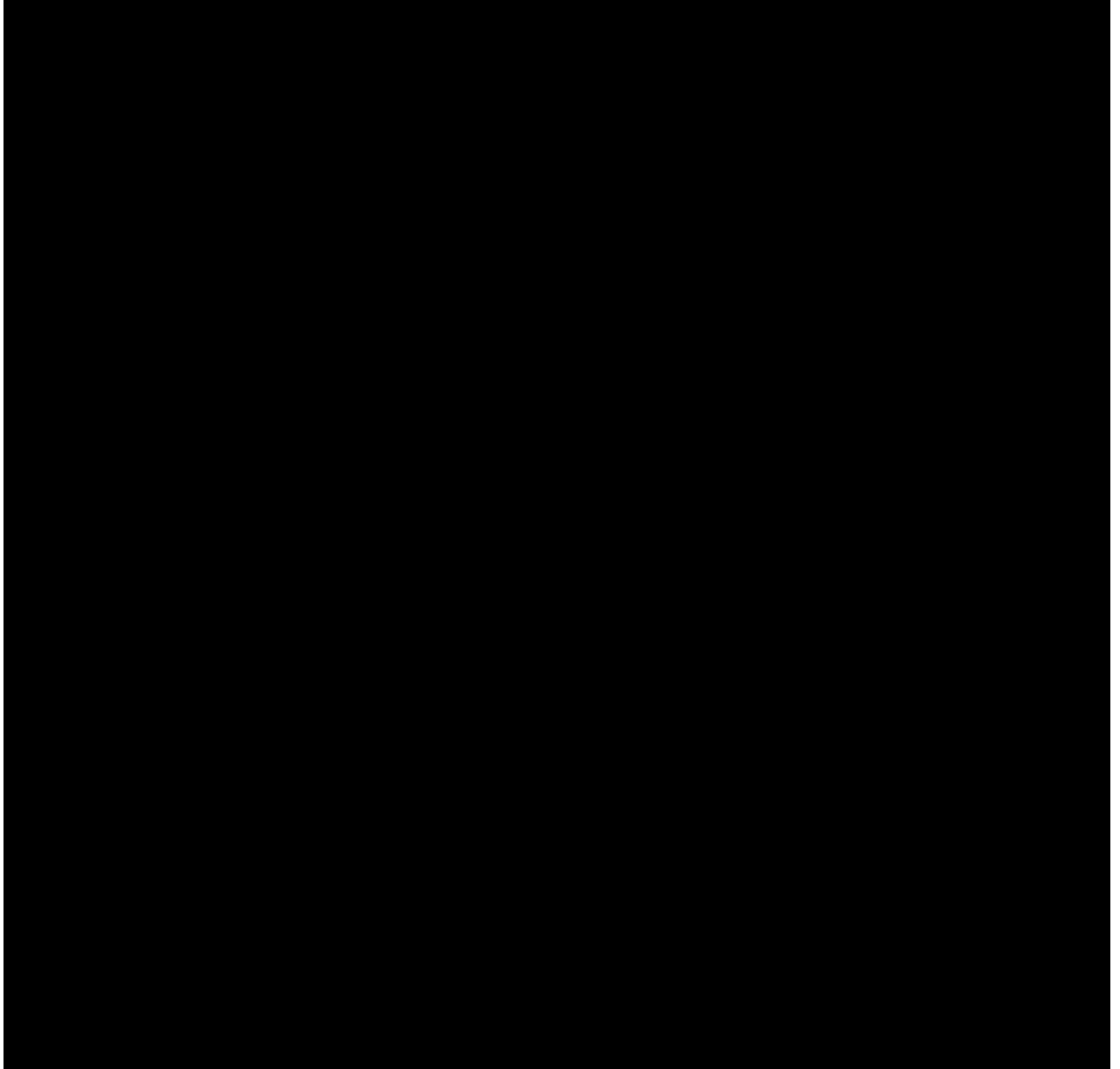


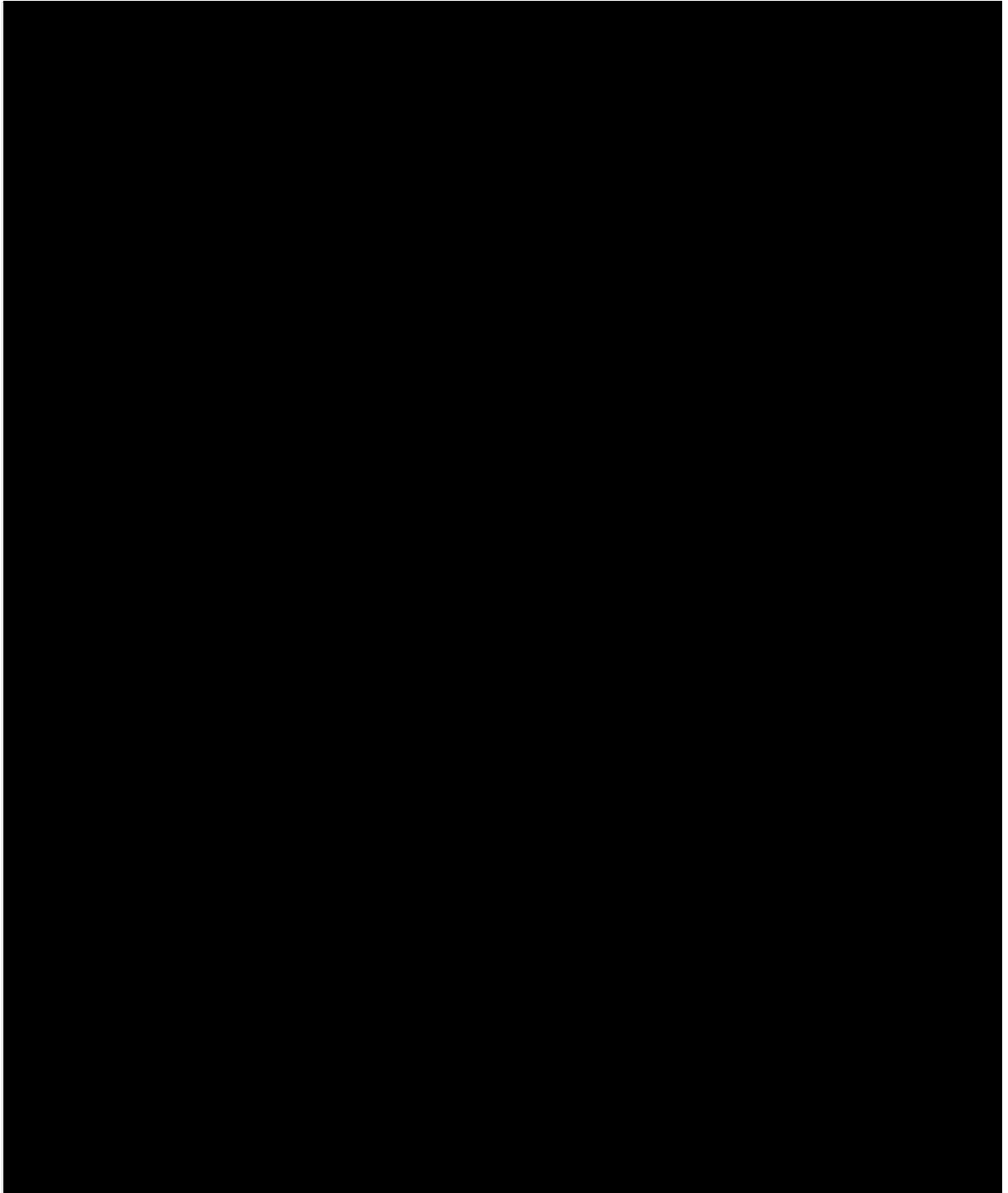
Anexo B. Compromiso de confidencialidad

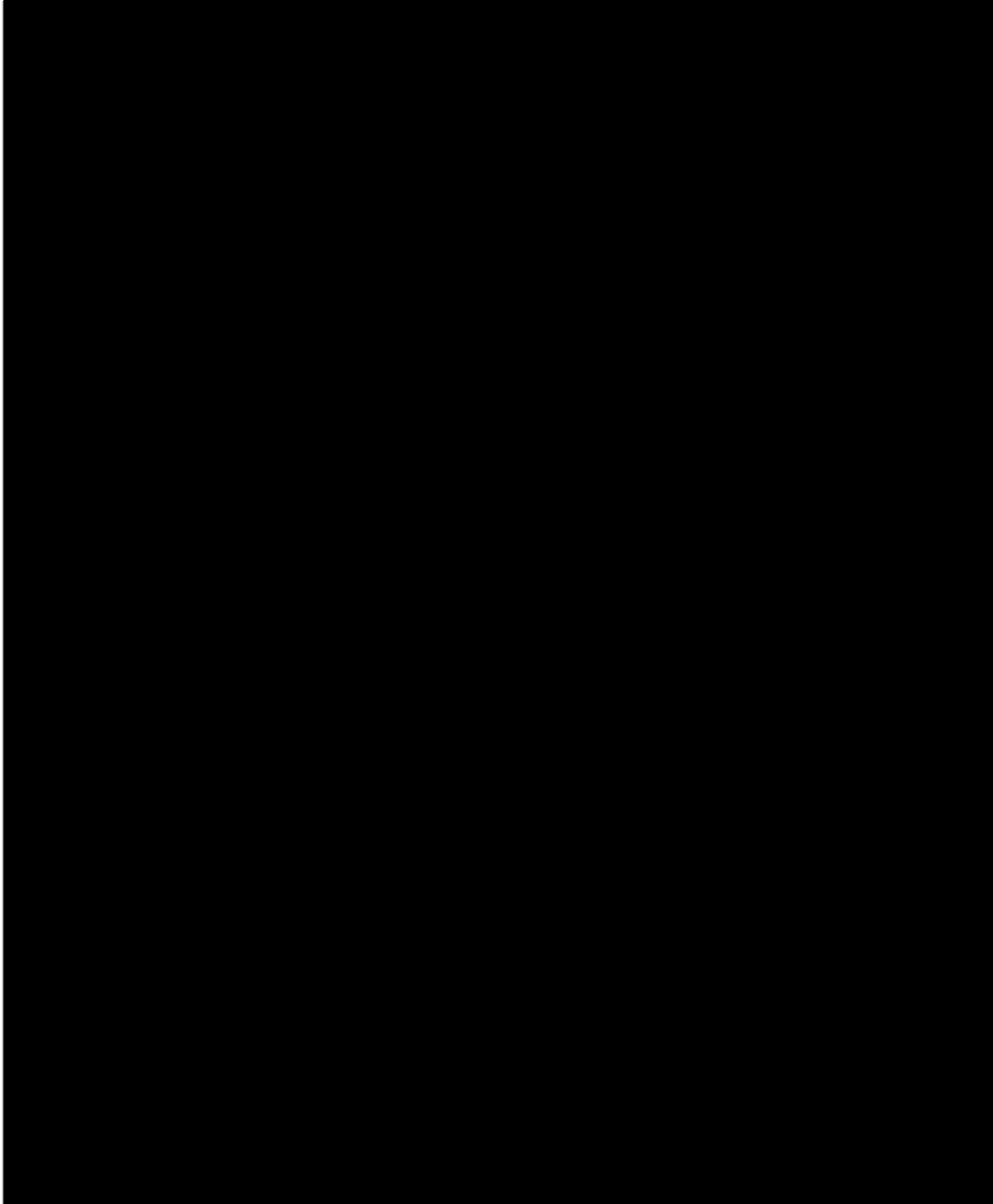


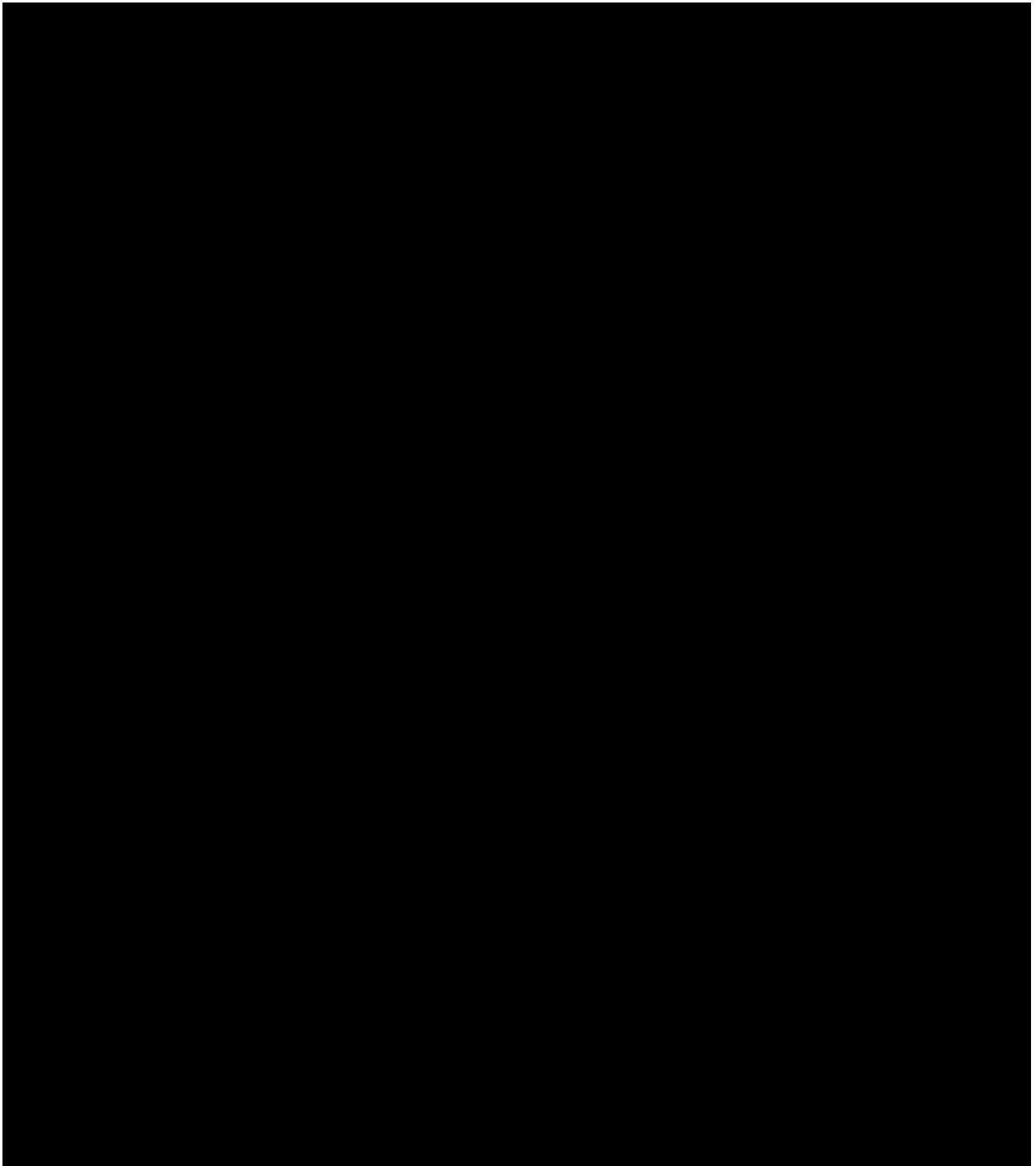
Anexo C. Memoria TFE

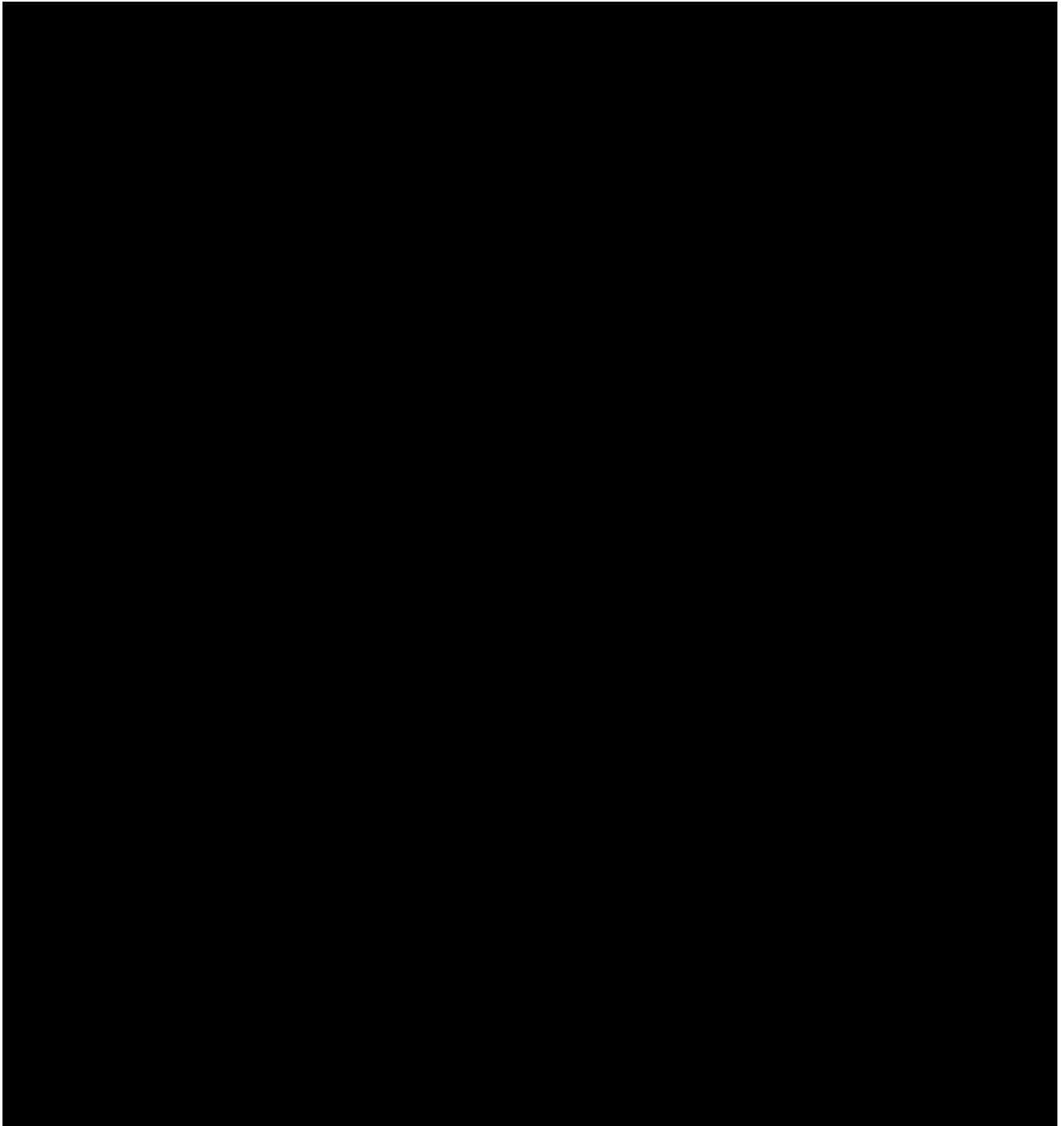




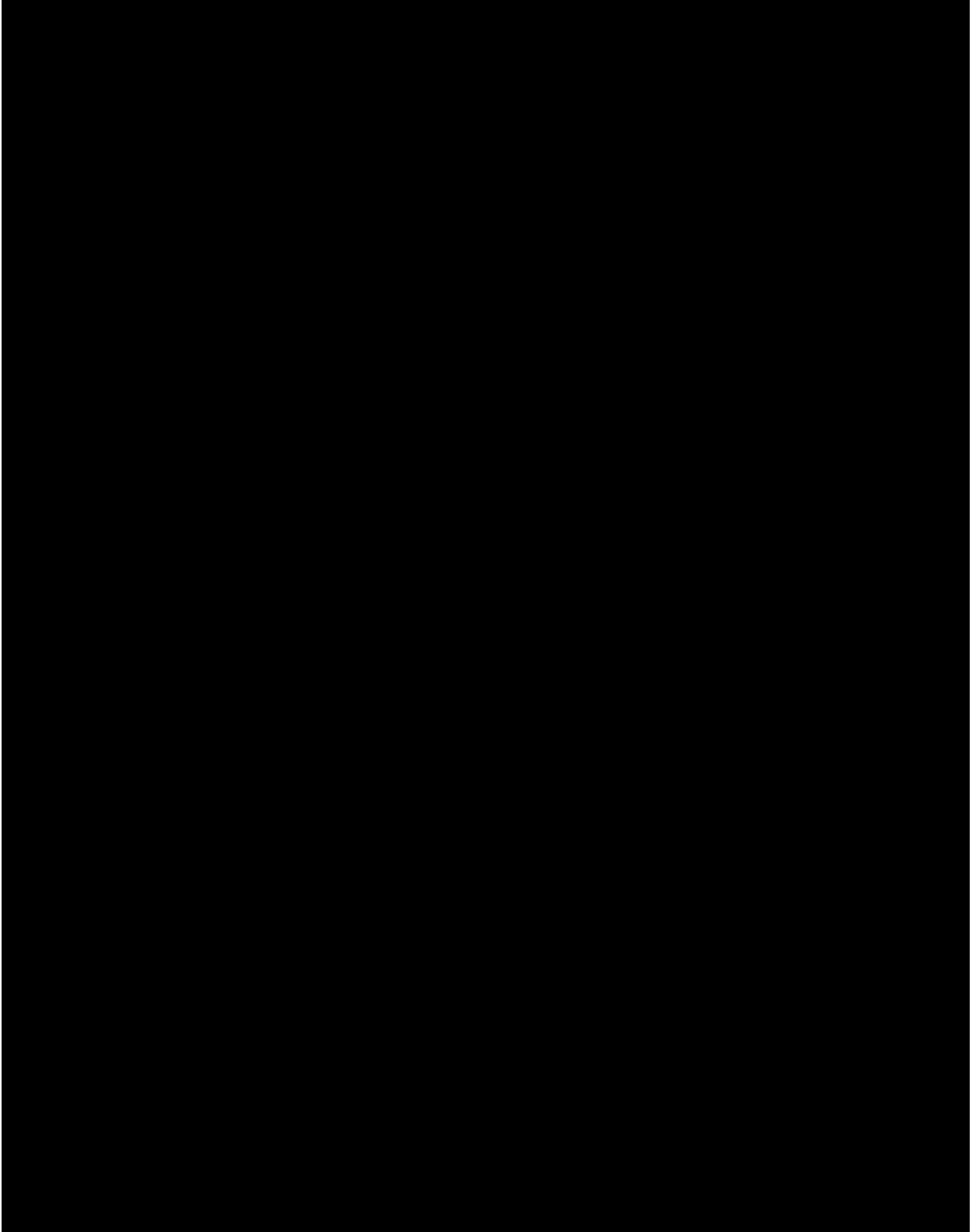




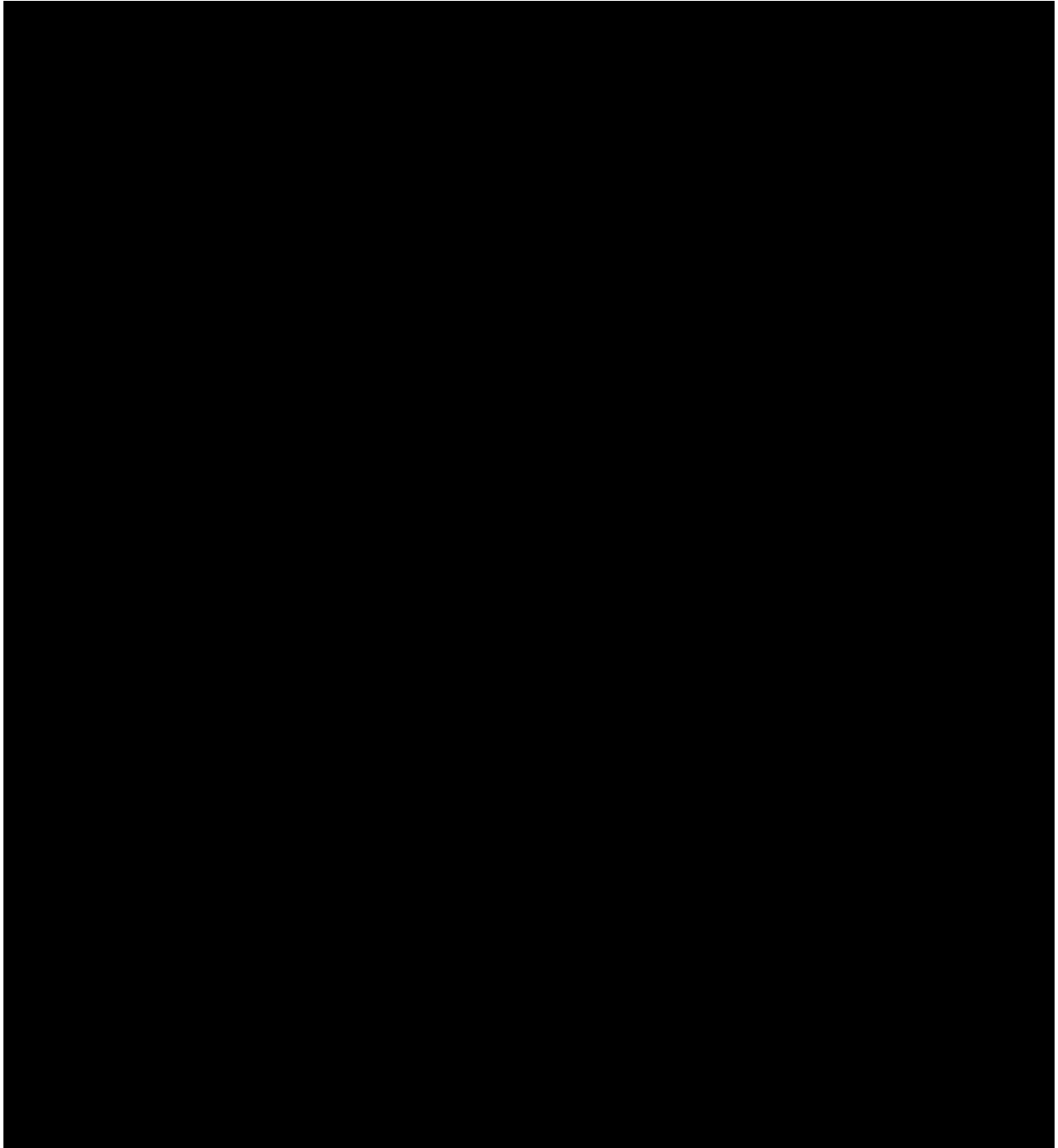




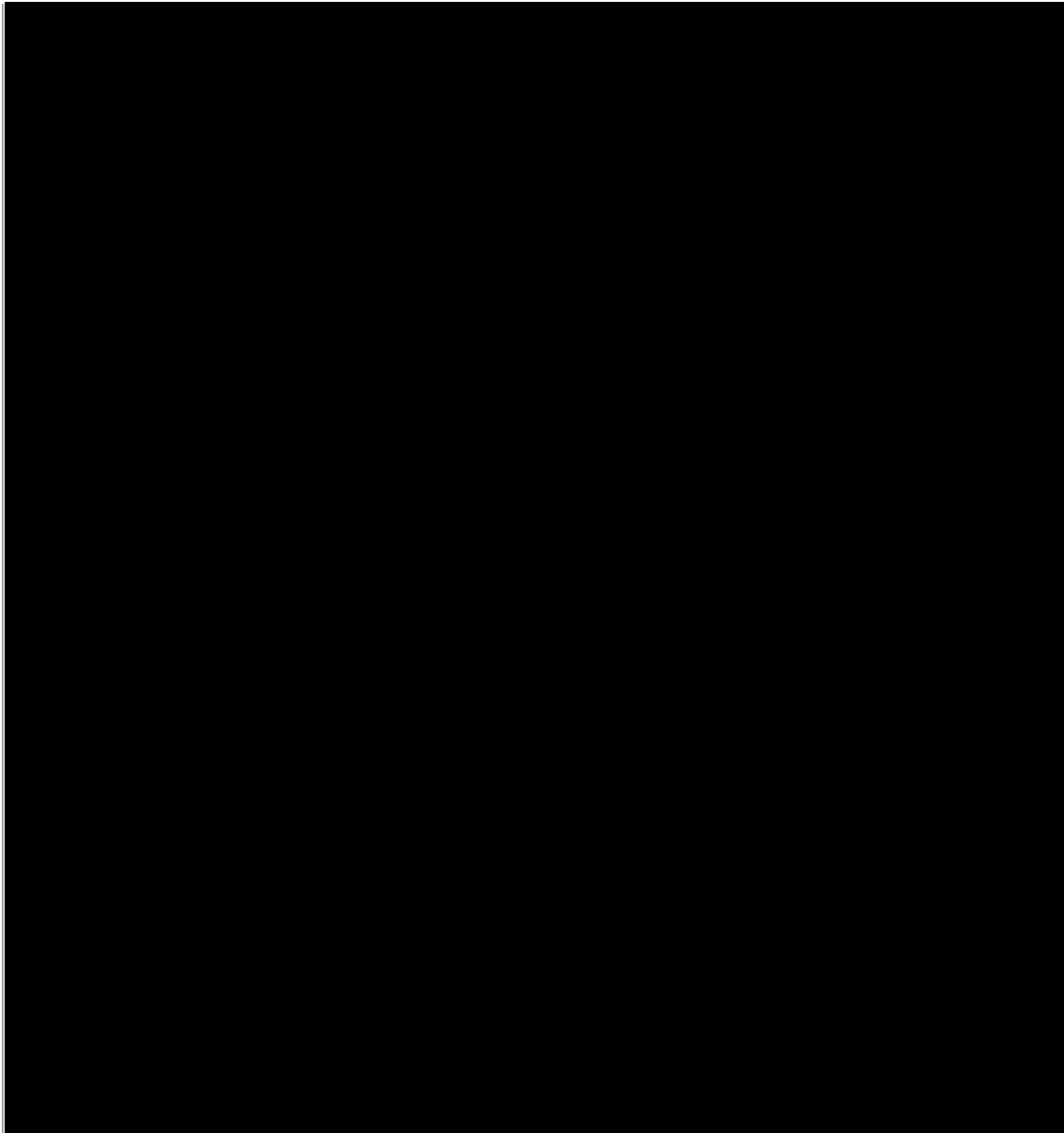
Anexo D. Autorización Centro TFE



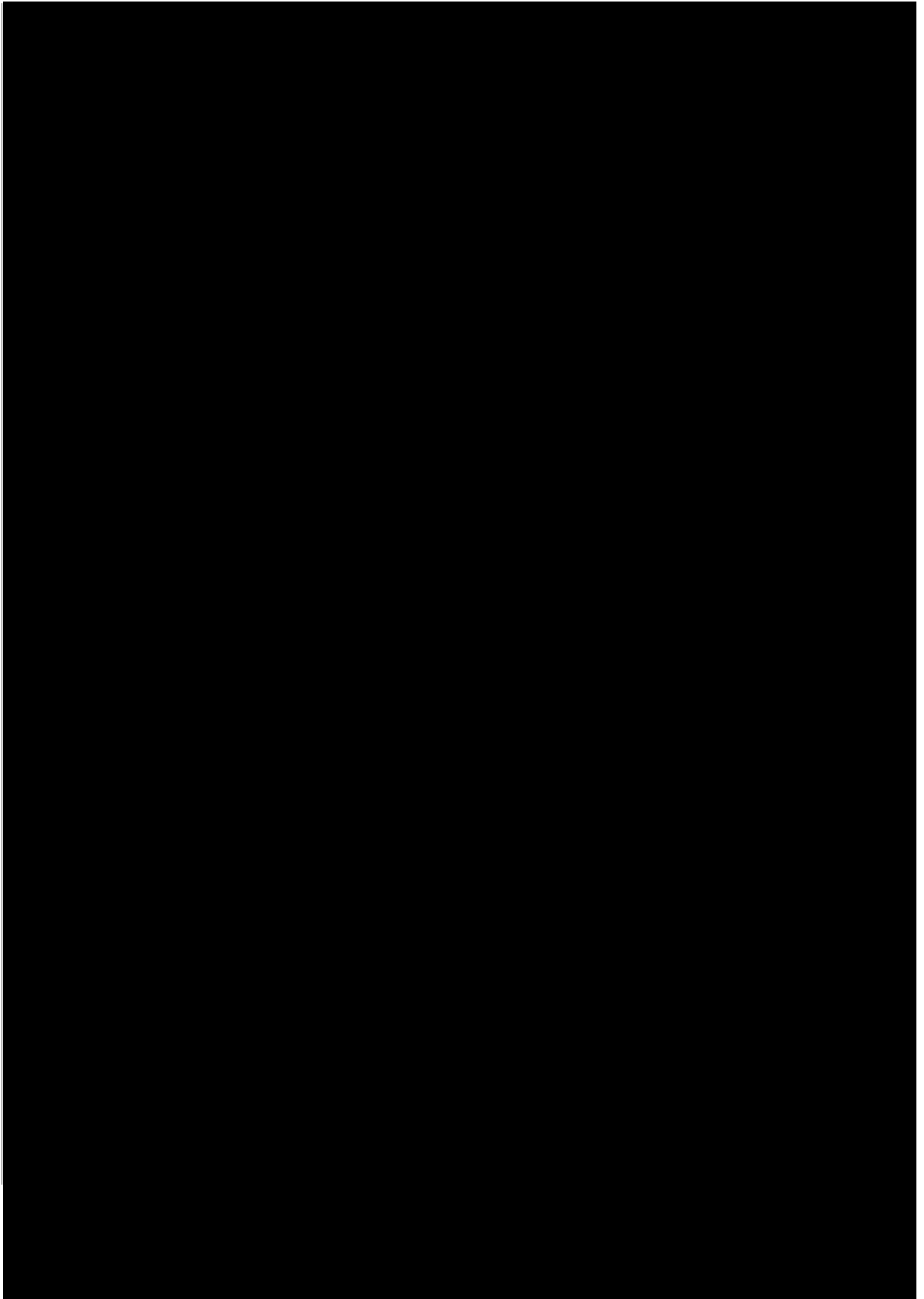
Anexo E. Informe favorable del comité de ética

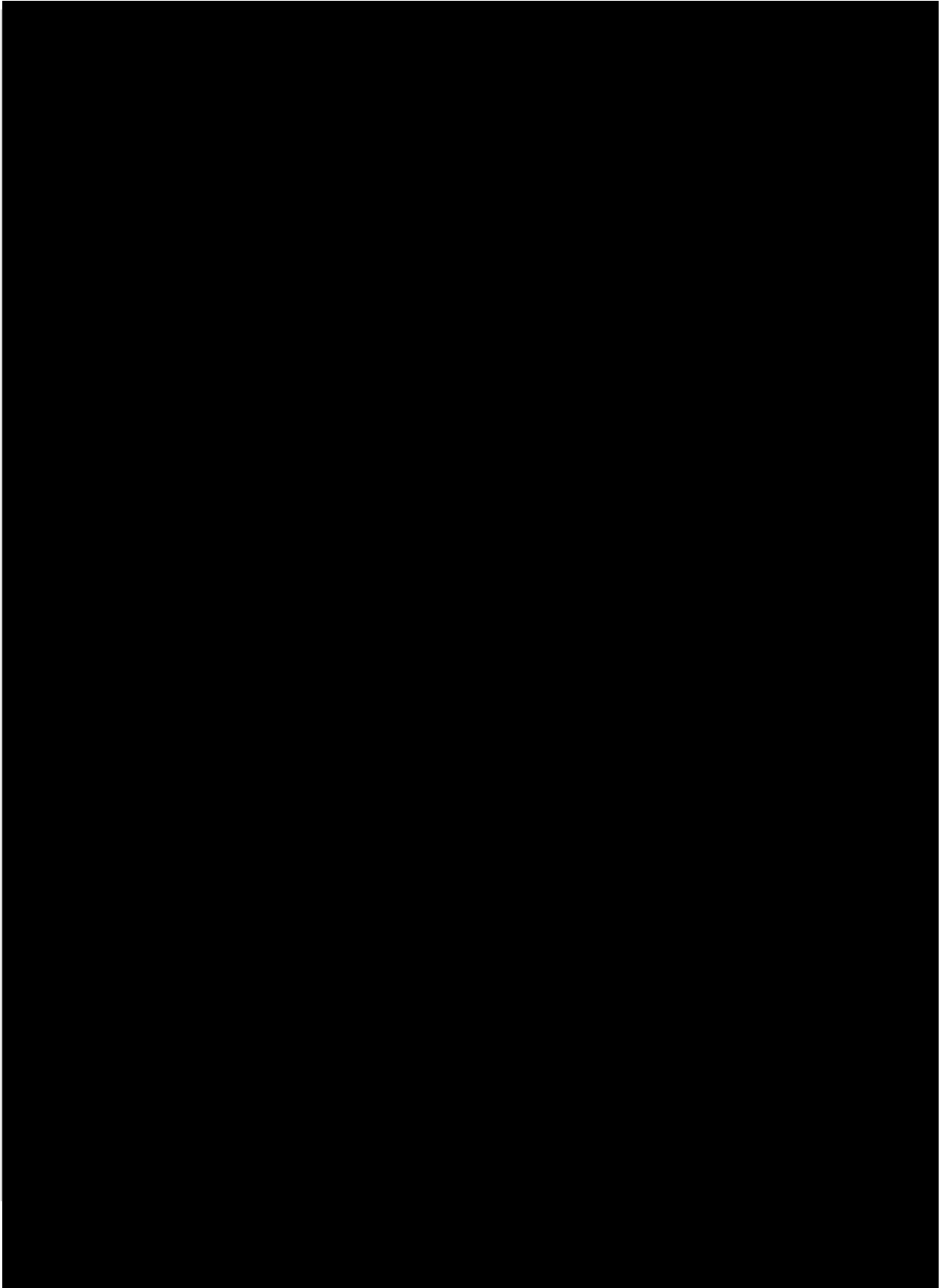


Anexo F. Modelo de entrevista semiestructurada

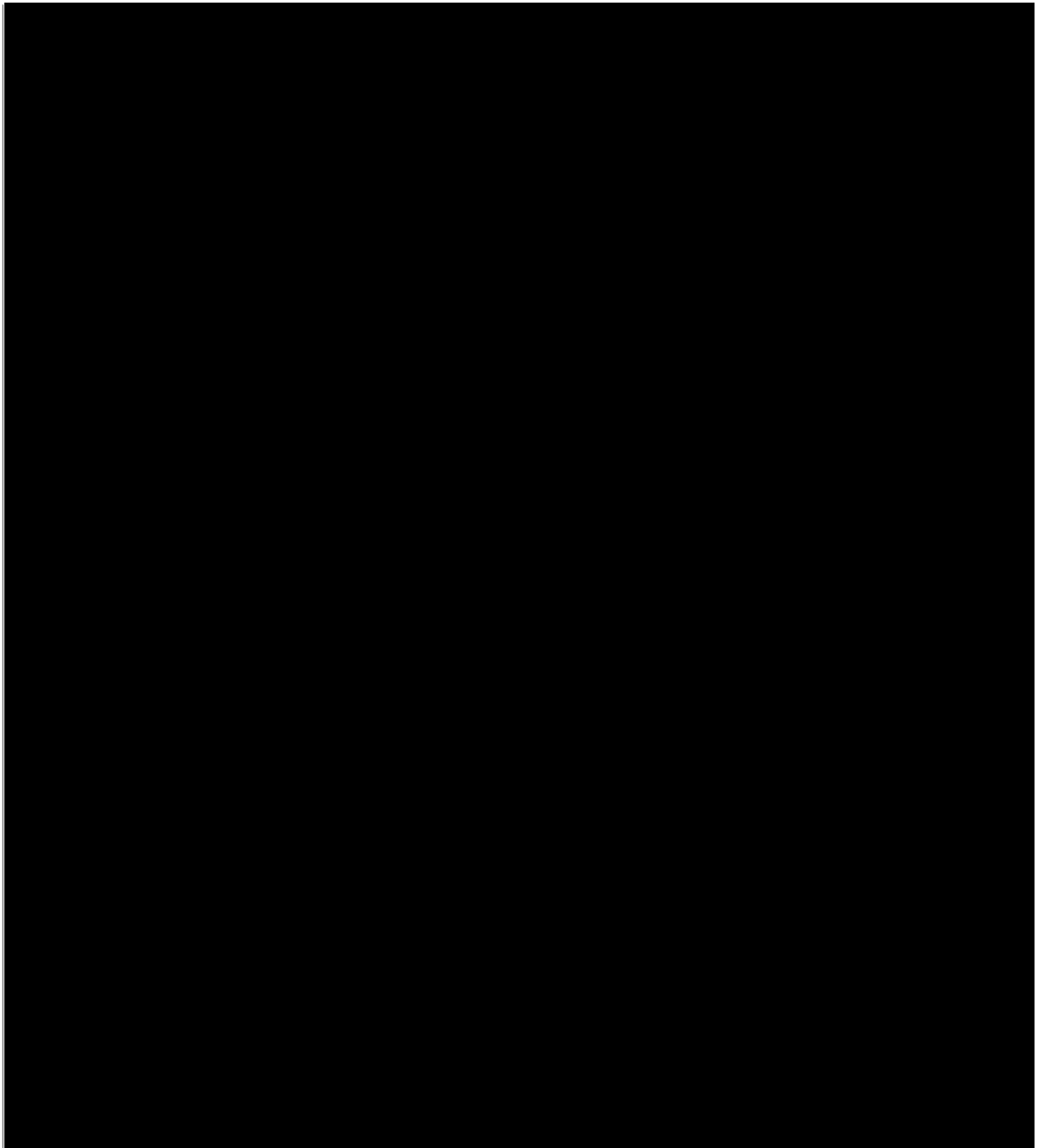


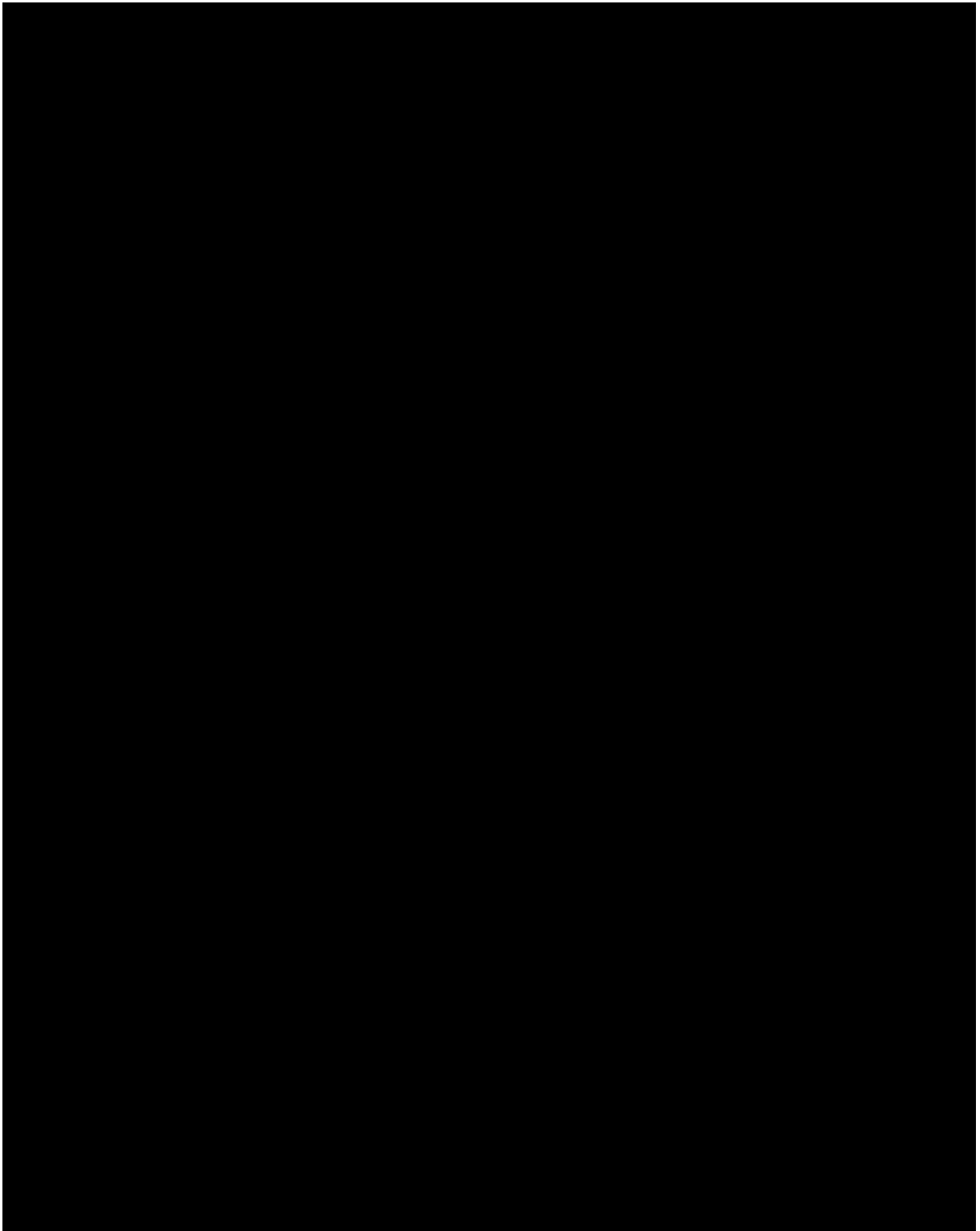
Anexo G. Instrumento af-5

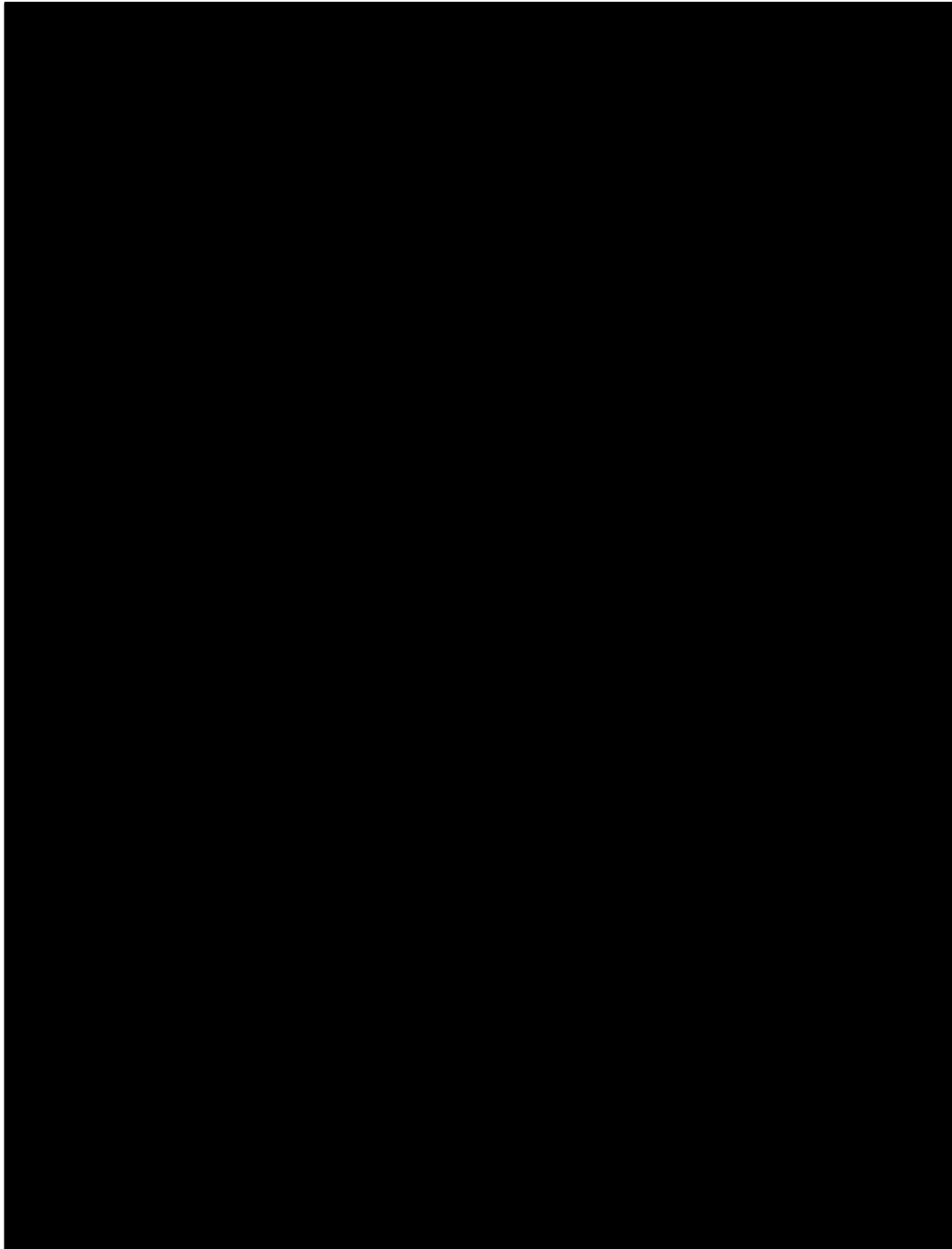


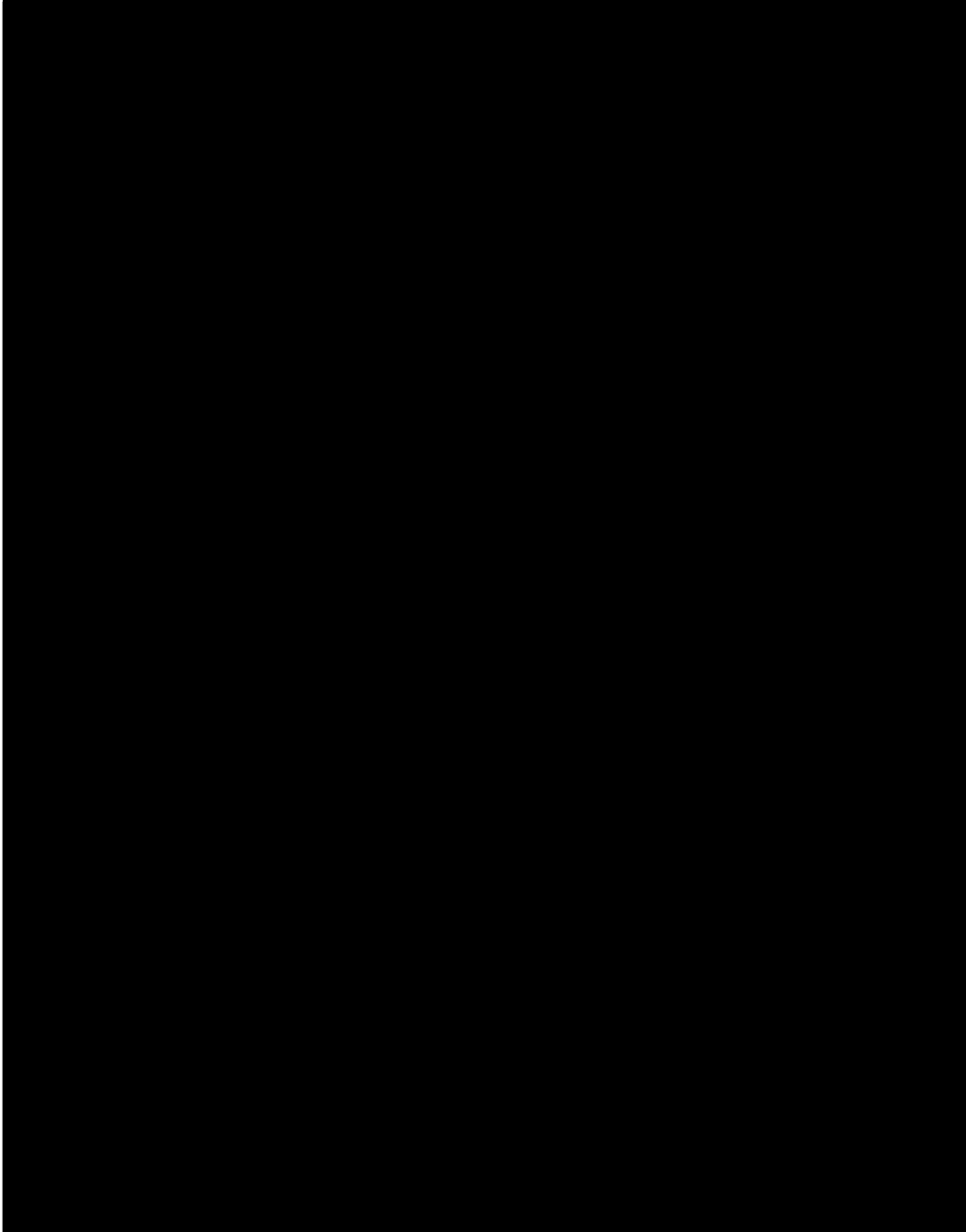


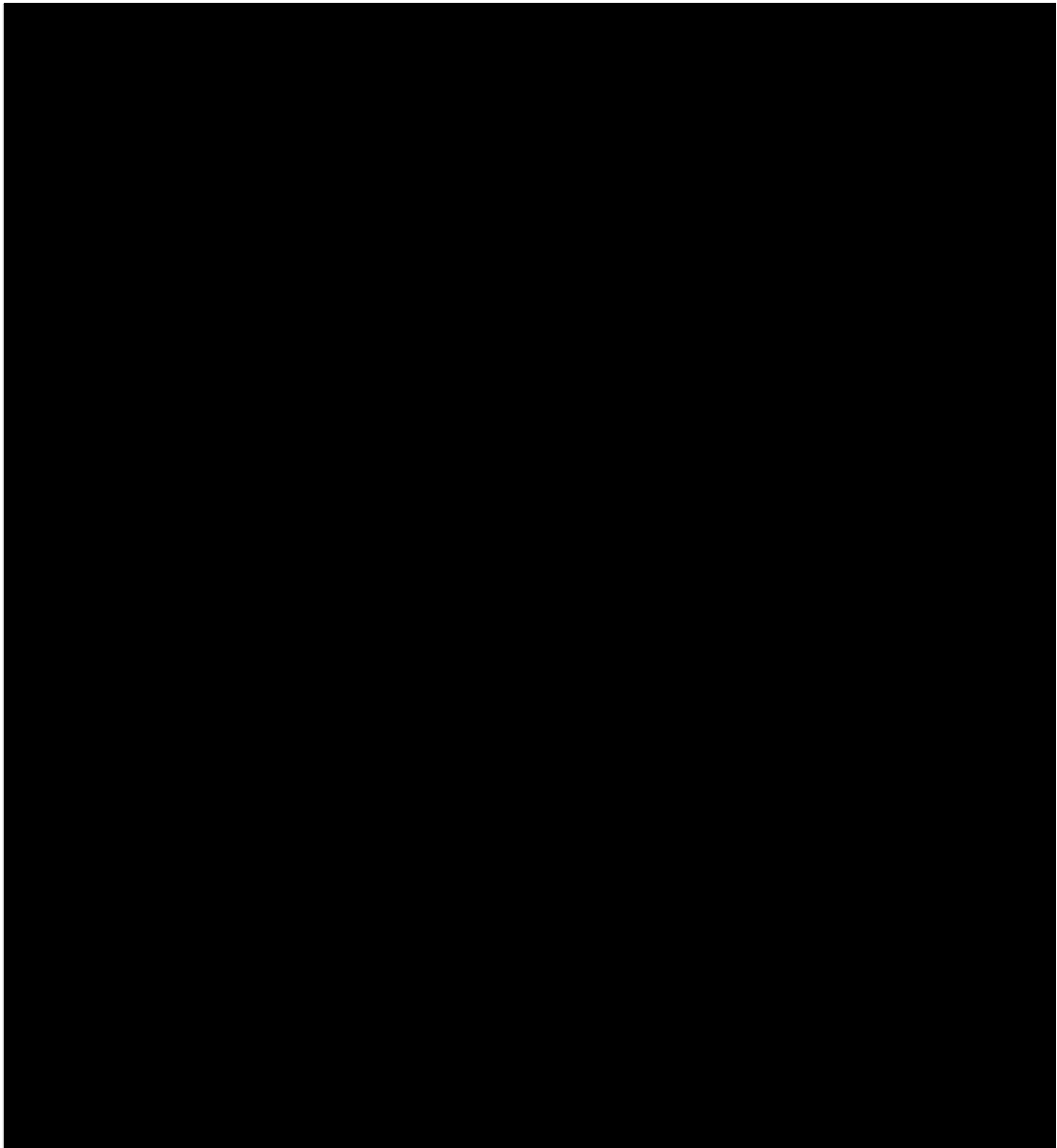
Anexo H. Instrumento 16pf-5

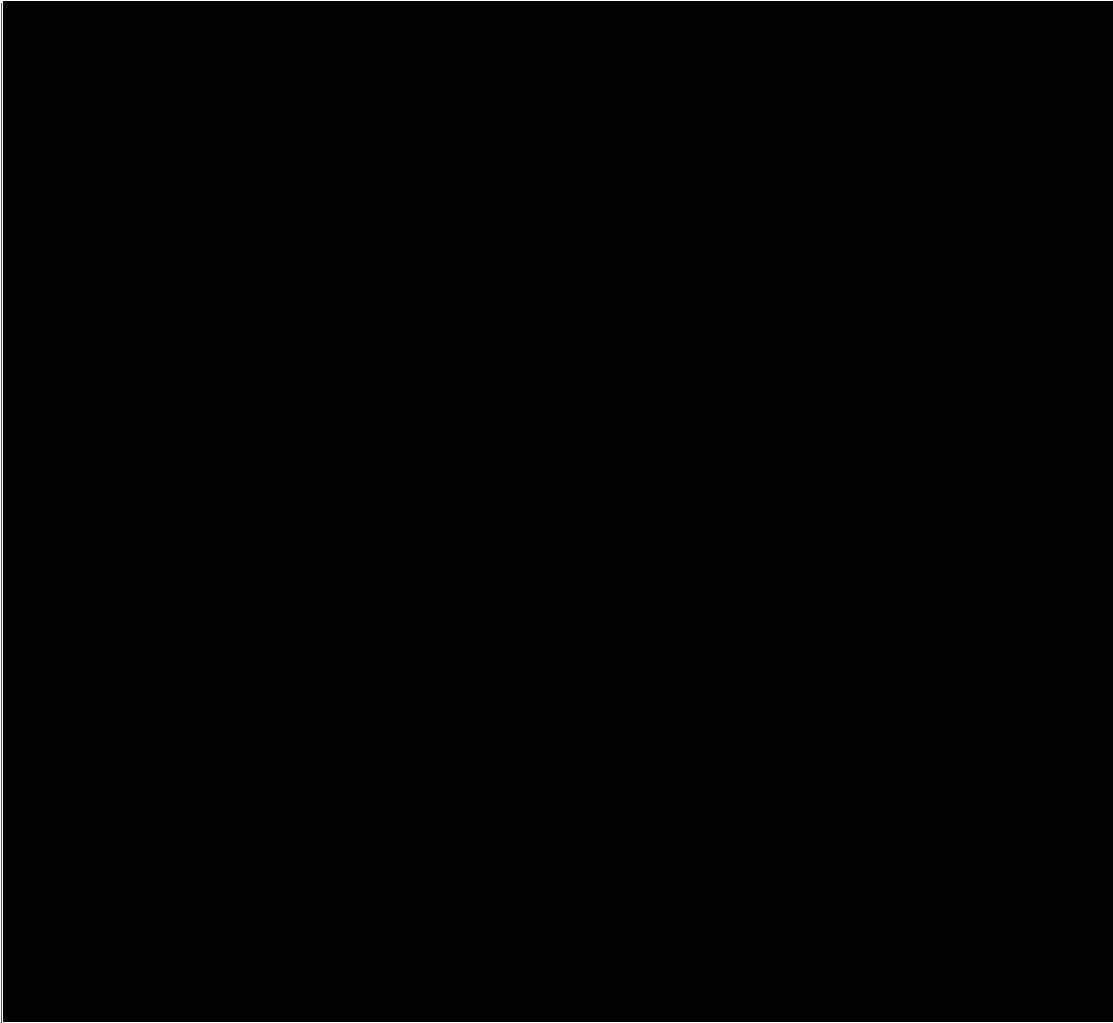


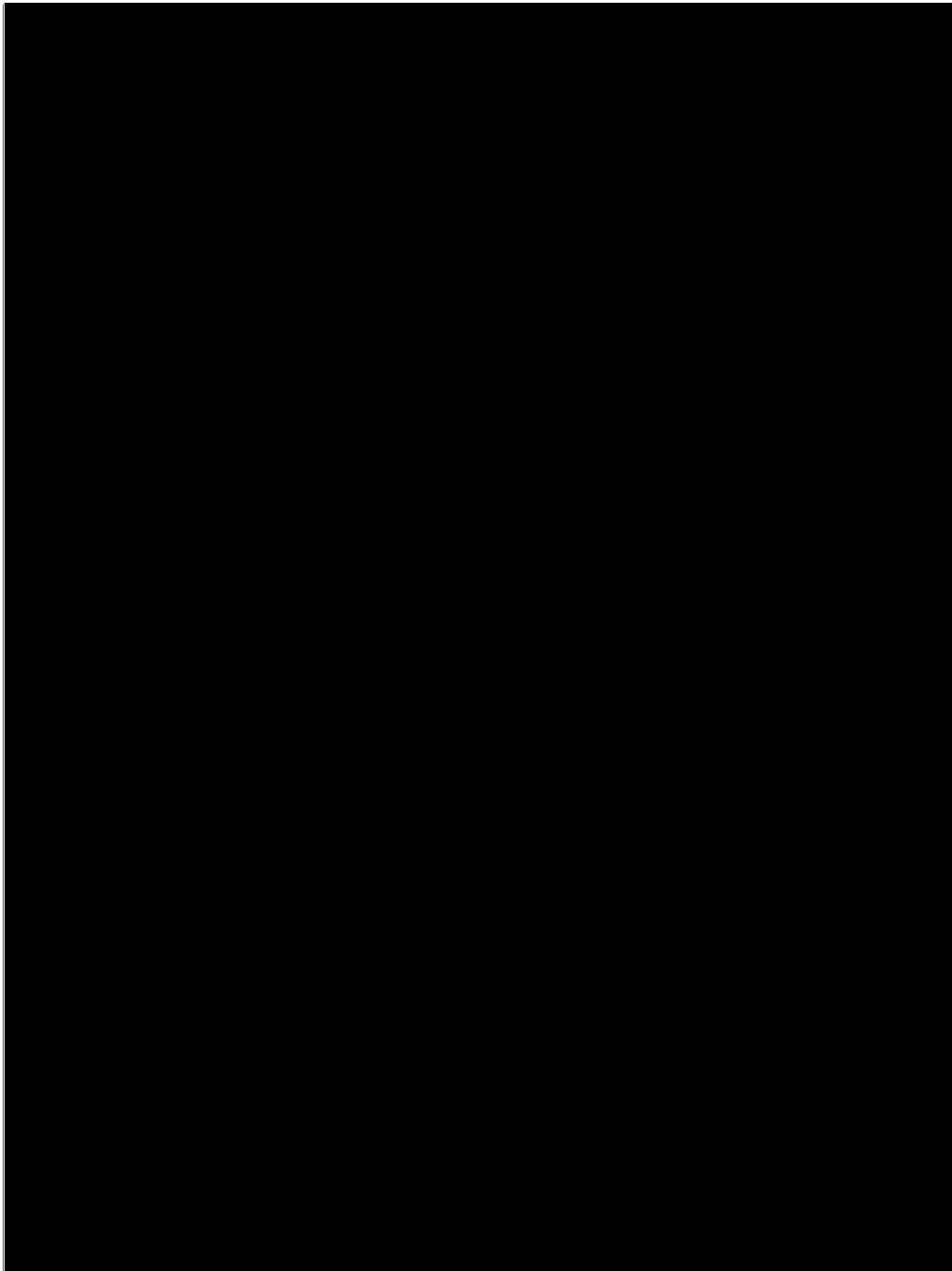


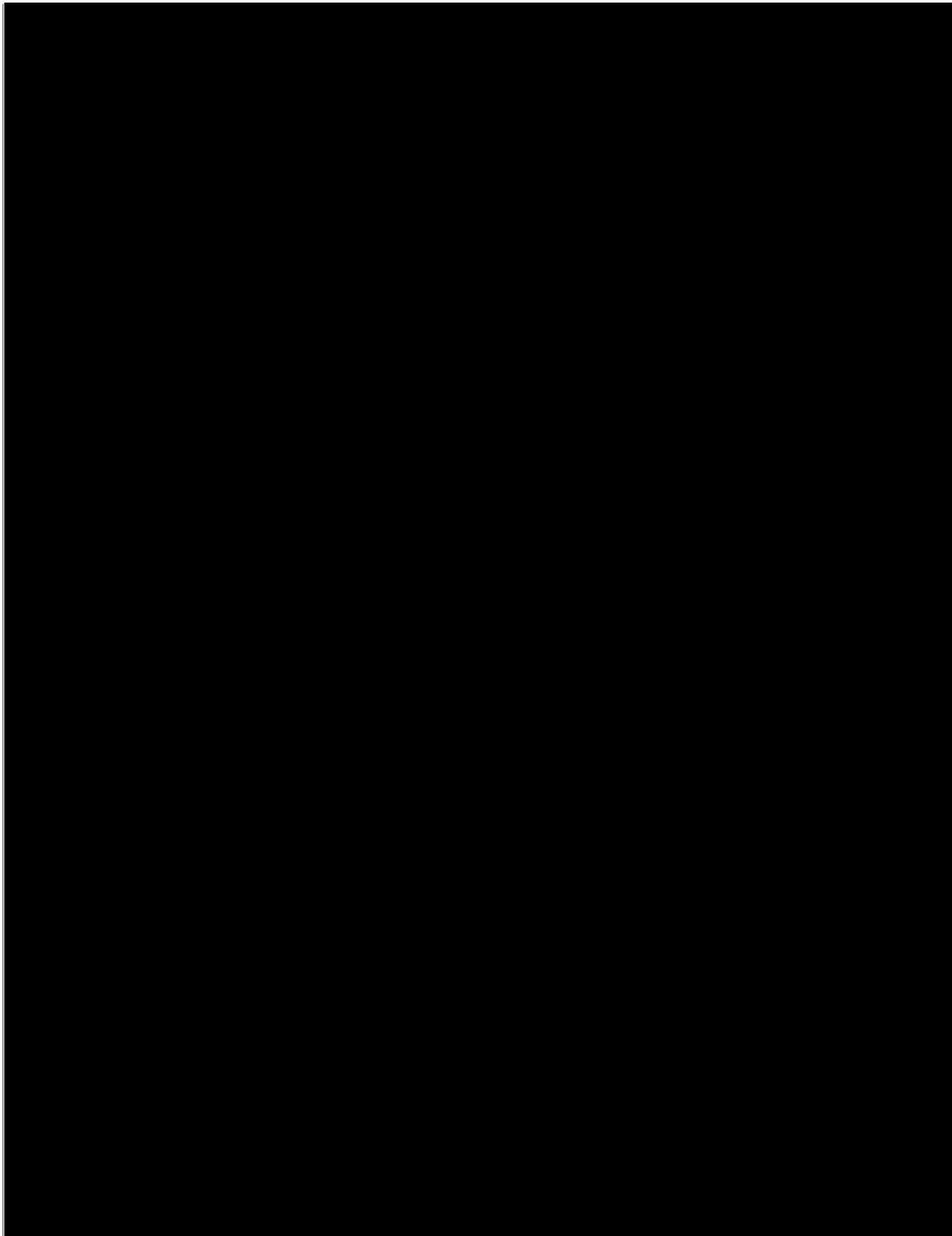


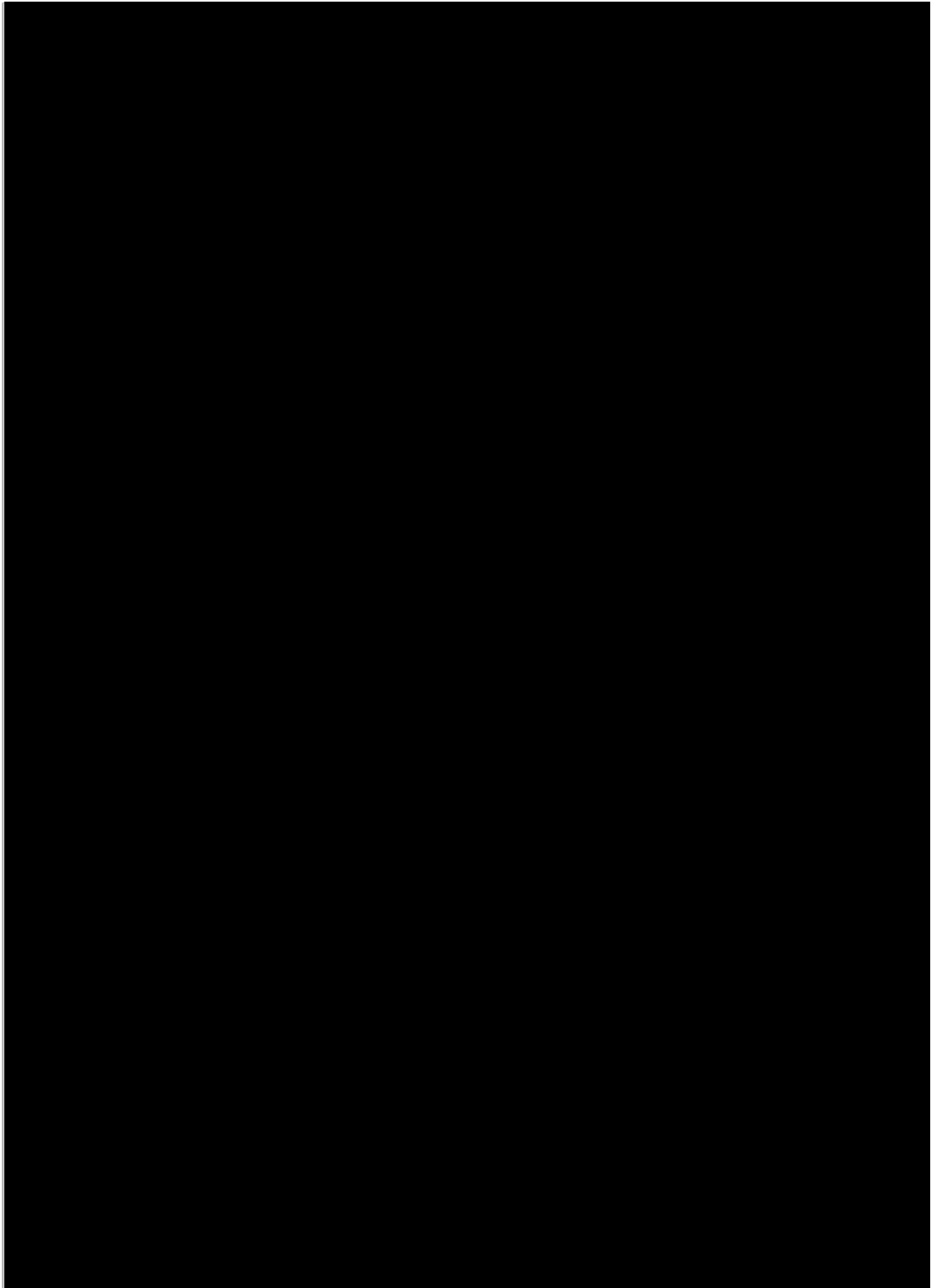


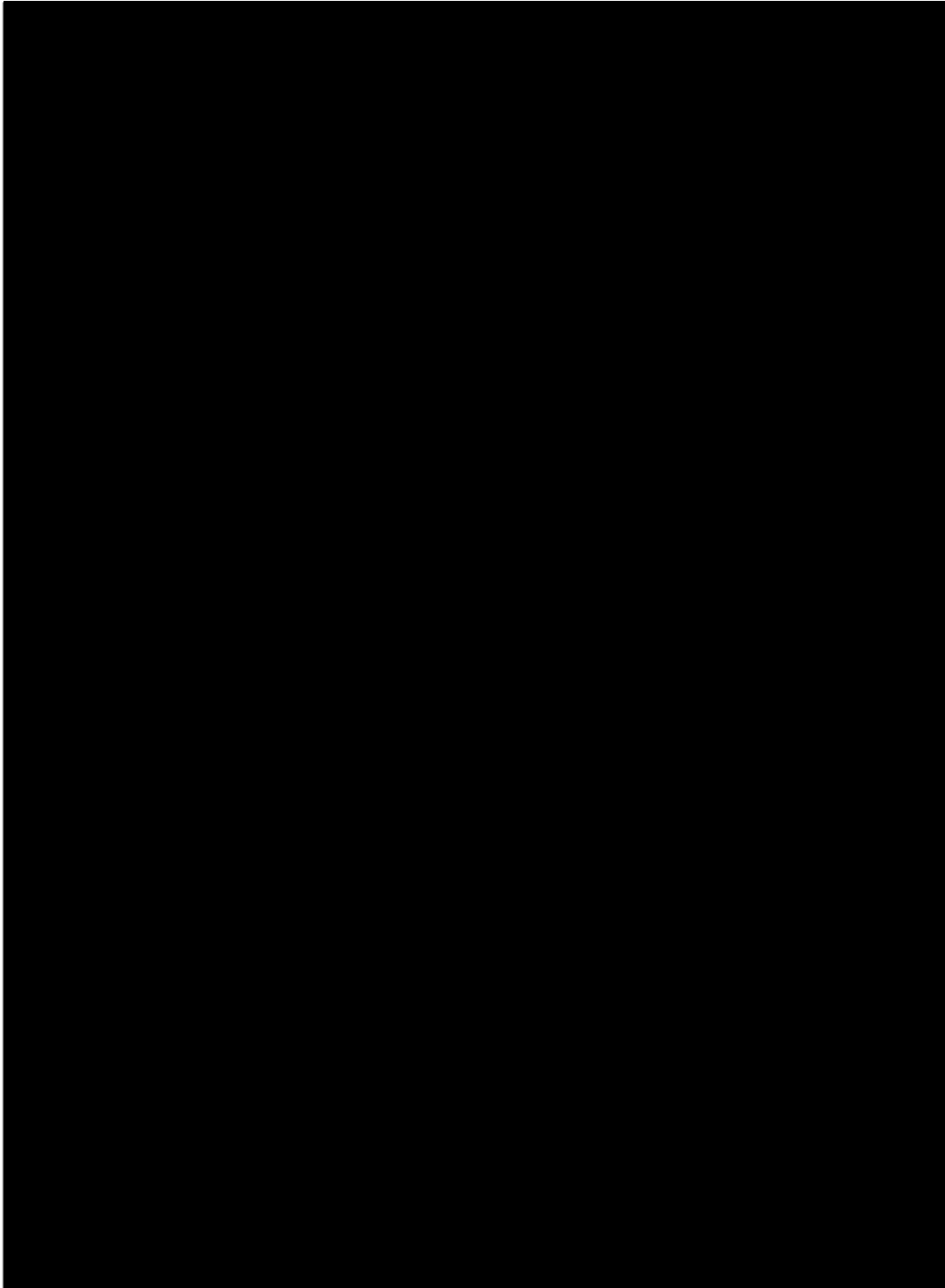


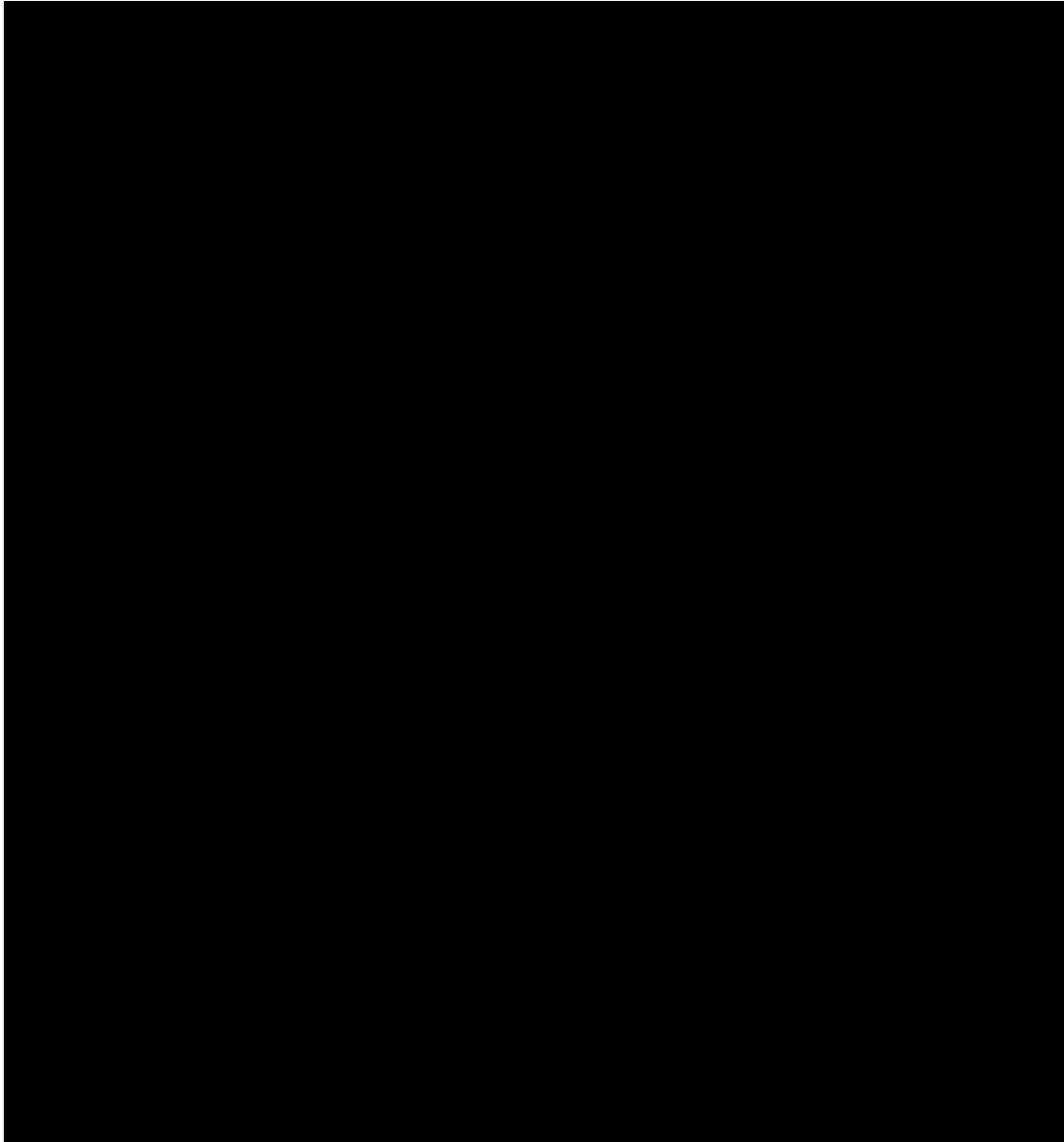


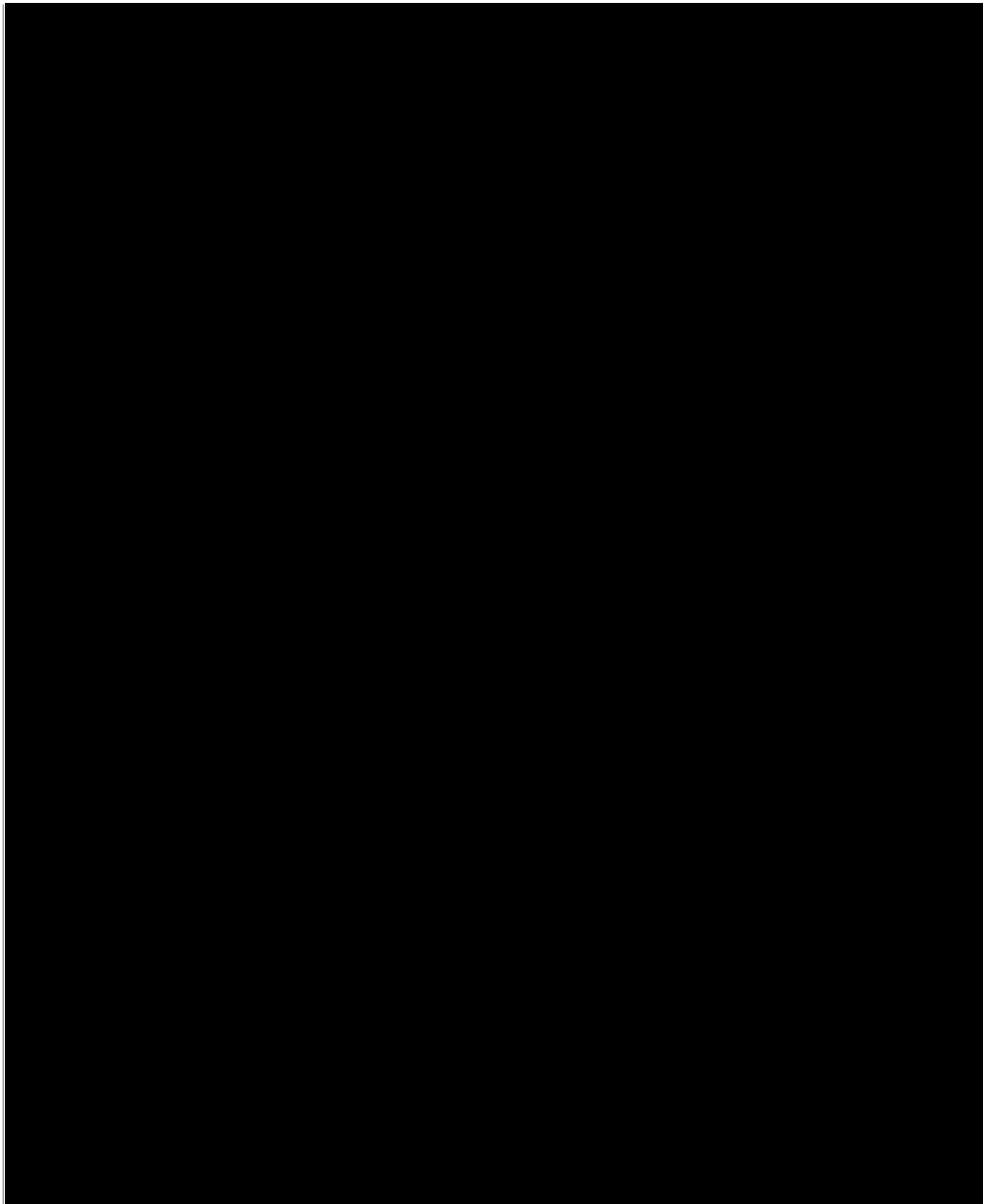


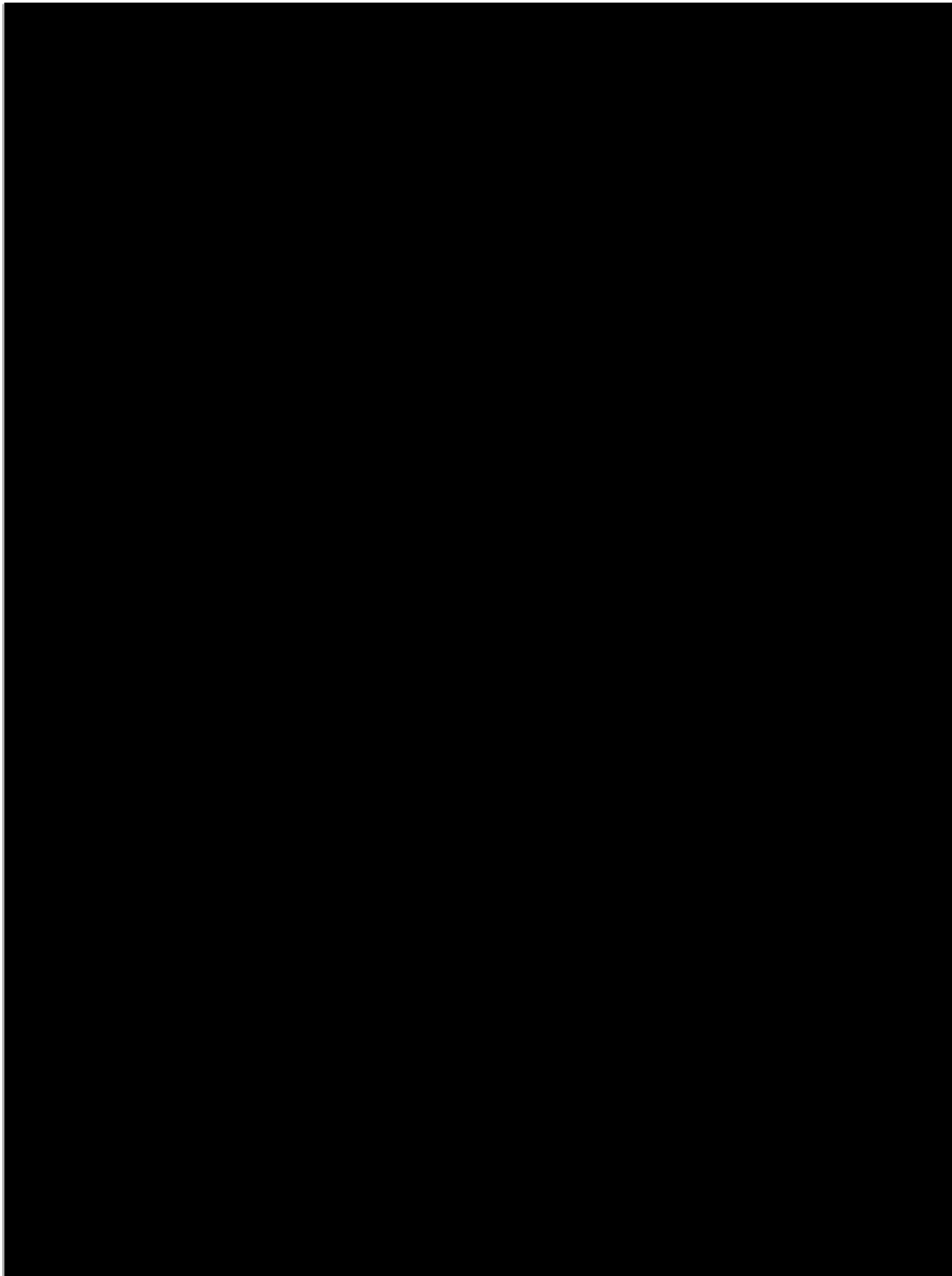


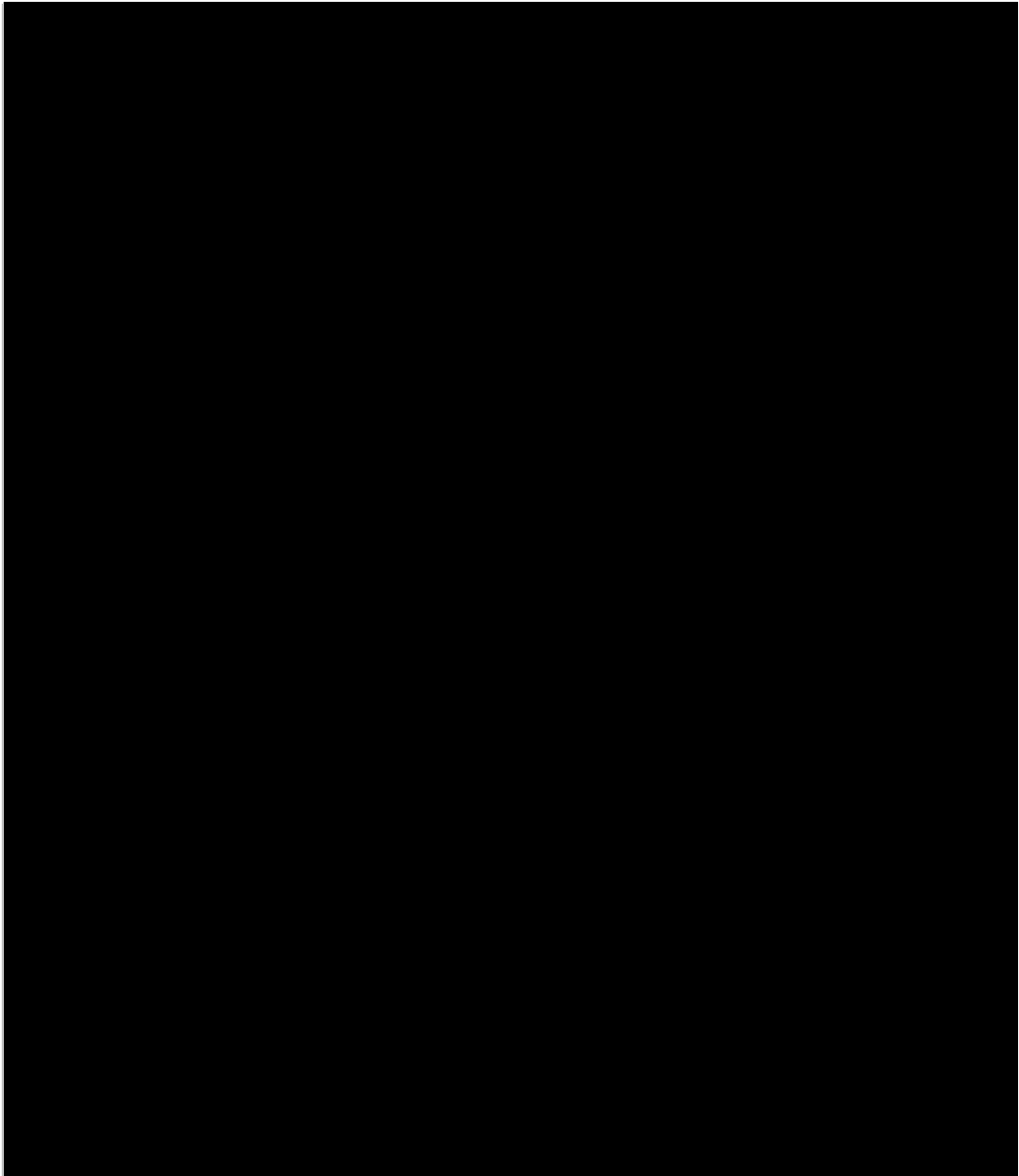


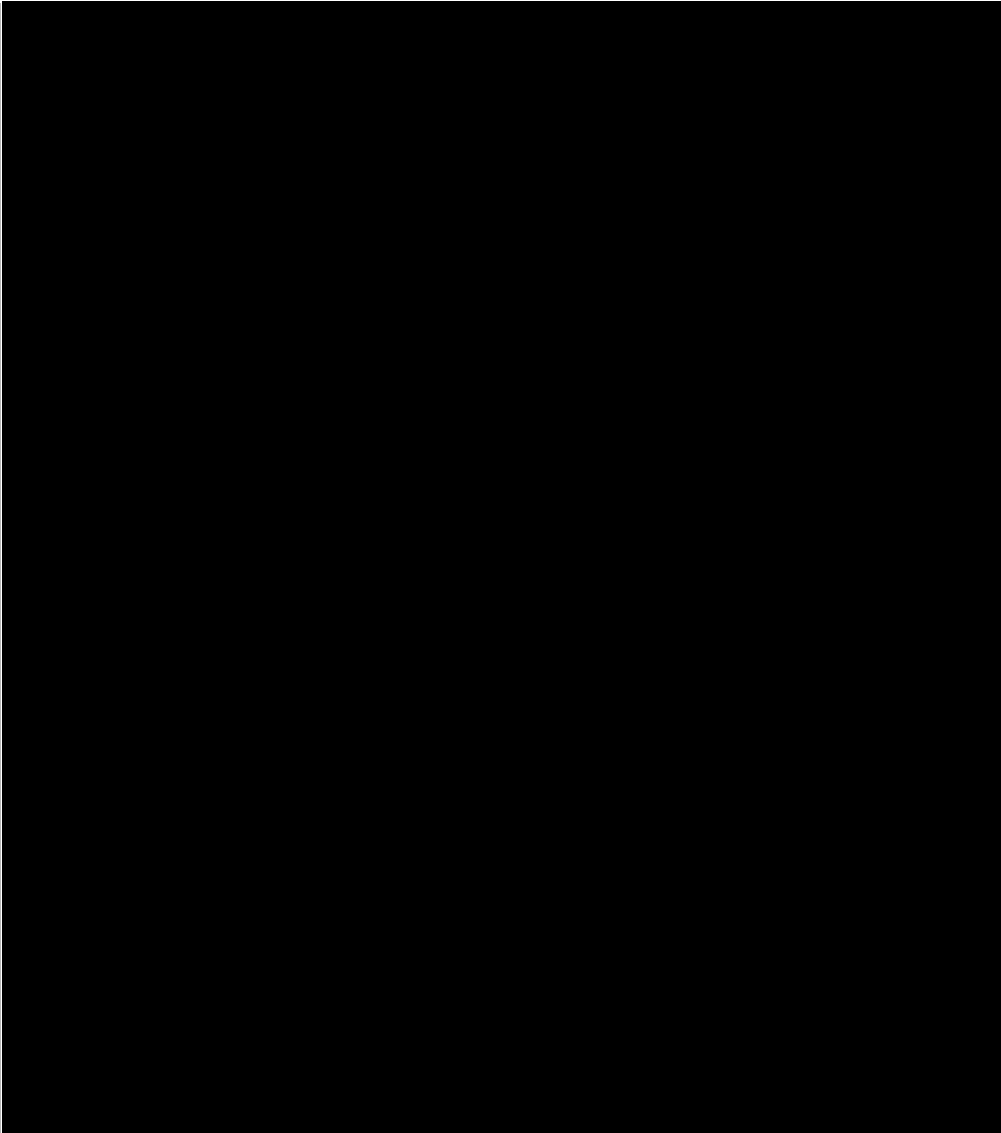


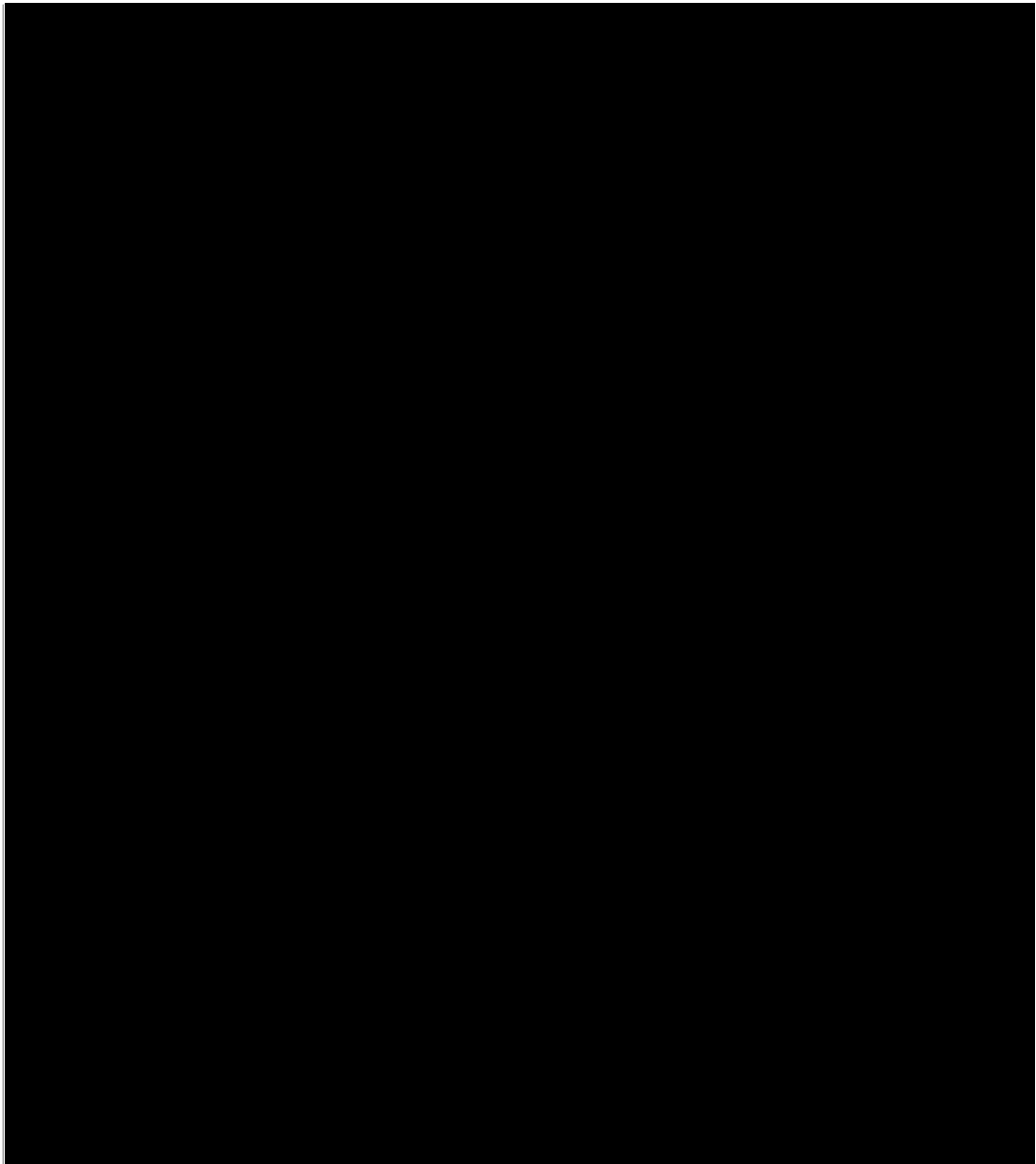












Anexo I. Diario emocional

<i>DIARIO EMOCIONAL</i>				
<i>EMOCIÓN/ SENTIMIENTO</i>	<i>CAUSA QUE LA PROVOCA (SI SE PUEDE IDENTIFICAR)</i>	<i>INTENSIDAD (En qué grado la siento LEVE – MODERADO – INTENSO)</i>	<i>DURACIÓN (Cuanto tiempo dura: 10 MIN, 1 HORA, 1 AÑO, ETC)</i>	<i>FRECUENCIA (Cada cuanto lo siento) POCAS VECES- A VECES – MUCHAS VECES</i>
 <i>IRA/ ENOJO</i>	1.			
	2.			
	3.			
 <i>ALEGRÍA</i>	1.			
	2.			
	3.			
 <i>TRISTEZA</i>	1.			
	2.			
	3.			
 <i>MIEDO</i>	1.			
	2.			
	3.			
 <i>DESAGRADO/ DECEPCIÓN</i>	1.			
	2.			
	3.			
 <i>AMOR</i>	1.			
	2.			
	3.			

Anexo J. Ficha de registro de situaciones

REGISTRO DE SITUACIONES	
SITUACIÓN ¿Qué sucedió? 	
SENTIMIENTOS ¿Cómo me hizo sentir?	PENSAMIENTOS ¿Qué me decía a mí mismo/a en ese momento?
CONDUCTA ¿Cuál fue mi respuesta?	
CONCLUSIÓN ¿Qué haré a continuación? ¿Tuve algún aprendizaje?	

Anexo K. Respiración diafragmática



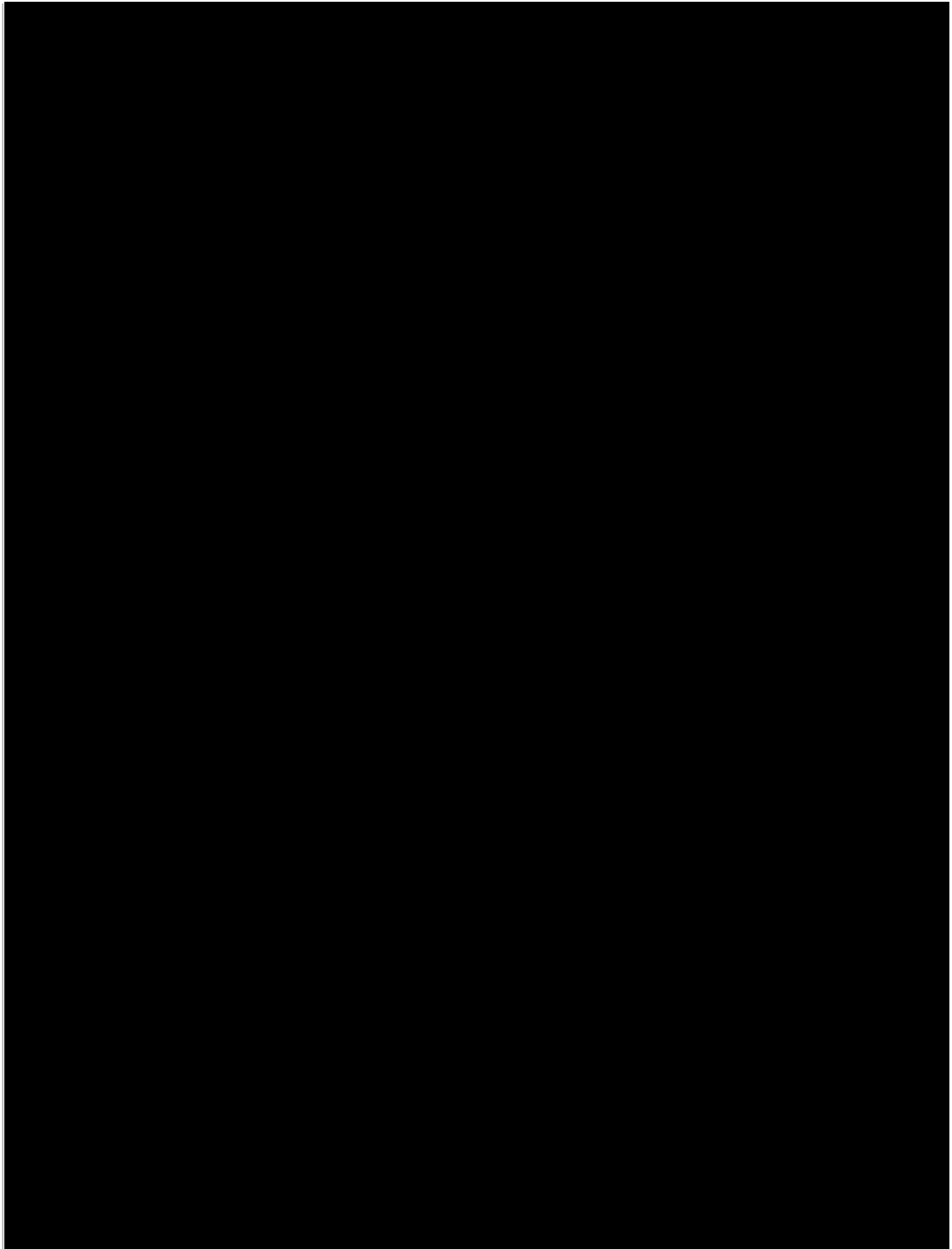
Anexo L. Registro de sensaciones físicas

Día y Hora	Facilidad para Respirar (0-10)	Concentración durante el ejercicio (0-10)	Relajación al terminar (0-10)

Anexo M. Listado de autorregulación emocional

LISTADO DE AUTORREGULACIÓN			
ESCRIBE CANCIONES, PERSONAS, PELÍCULAS, LIBROS, QUE SIRVAN PARA REGULARTE O GESTIONAR TUS EMOCIONES			
Cuando estoy triste			
Cuando estoy ansioso/a			
Cuando estoy enfadado/a			
Cuando estoy feliz			
Cuando necesito descargarme			

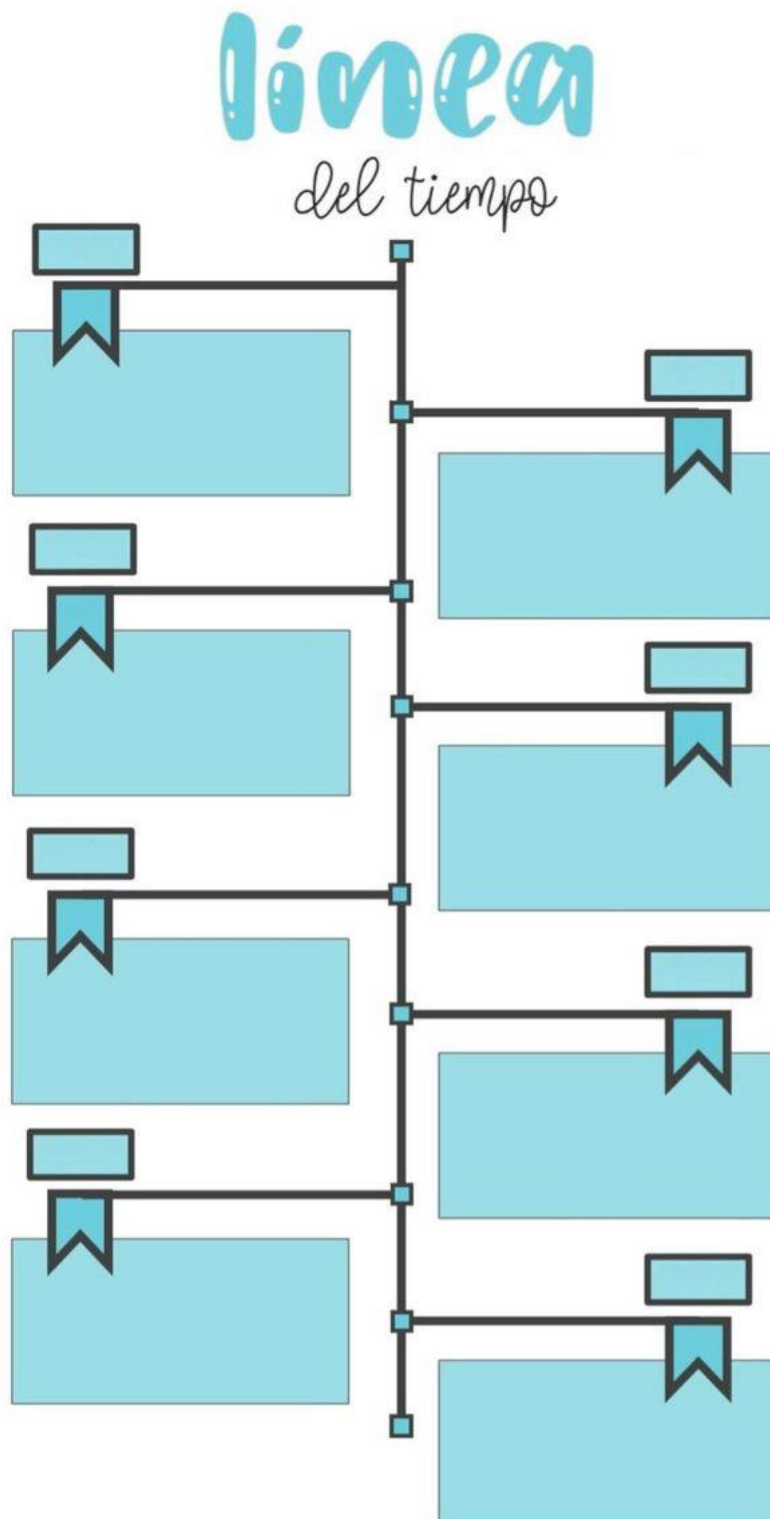
Anexo N. Formato de fortalecimiento del autoconcepto físico mediante autorrefuerzo



Anexo O. Demostración de la técnica de role playing



Anexo P. Modelo de línea del tiempo



Anexo Q. Recordando y superando el abuso sexual

Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes
víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

EJERCICIO 4.9

Recordando y superando el abuso sexual

Nombre: _____

Fecha: _____

Hablar sobre el abuso puede ser difícil, sin embargo, es necesario para la recuperación. Lee cuidadosamente cada frase y complétala escribiendo tu experiencia. Hazlo a tu propio ritmo.

Yo estaba (¿dónde y haciendo qué?)

Quien abusó de mí fue _____ y estaba:

Mientras me abusaba me dijo

Y me hizo

Yo sentí

CAPÍTULO 10 MÓDULO 4

Yo quise

Él/ella se quedó (tiempo)

El resto de la familia estaba

Cuando se fue, yo sentí

Yo pensé

Ahora pienso

Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes
víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Ahora siento

Voy a contarle sobre el abuso a porque

Cuando hablo sobre el abuso, siento

¿Qué quiero que suceda ahora?

¿Qué me hace sentir orgulloso/a?
