Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

Técnicas de la Terapia Sistémica Breve e Hipnosis Clínica en casos de Sobrevivientes adultos de Abuso Sexual infantil, en contexto de Teleterapia

Doctorando **:** Ricardo Henríquez Villegas

Legajo : 31449

Director **:** Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio

Co-Directora **:** Dra. Analía Losada

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en Psicología.

Marzo 2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha: 08/02/2025

Lugar y fecha: Santiago, 08 febrero 2025

Firma y aclaración del autor:

RICARDO H.

RICARDO HENRÍQUEZ V.
Psicólogo Clínico
Rut: 16.076.639-5
Reg. Min. Educ.: 85864
Reg. Min. Salud: 261646

Dedicatoria

A mi querida abuela, que desde el cielo acompaña cada paso de mi camino y celebra conmigo este importante logro profesional. A mi madre quien me ha brindado su apoyo incondicional desde siempre A mi pareja, en quien he encontrado el complemento perfecto y a mis hijas, mis estrellas guías, cuya luz ilumina mi presente y da sentido a mi futuro.

Agradecimientos

Desarrollar este trabajo de investigación representa, a nivel personal, el cumplimiento de un objetivo crucial para mi crecimiento y desarrollo. Sin duda, alcanzar este logro académico contribuirá significativamente a mi carrera profesional.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Universidad de Flores, que me abrió las puertas en el país vecino, y en especial al Dr. Marcelo Ceberio, cuya trayectoria y conocimiento han sido una fuente constante de inspiración, y a la Dra. Analía Losada, quien me guió con dedicación a lo largo de este proceso. El aprendizaje adquirido de ustedes se ha convertido en un pilar fundamental de mi quehacer profesional. Gracias por su generosidad y apoyo incondicional.

Extiendo también mi gratitud a mis amigos y colegas, el Mg. Rodrigo Mardones, el Dr. Felipe García, el Dr. Pablo Concha y la Dra. © Mg. Viviana Tartakowsky, quienes con su motivación y aliento me impulsaron a desarrollar este proyecto.

Asimismo, deseo reconocer el respaldo y las valiosas sugerencias de los académicos Gabriel Mortara e Ignacio Gallardo. Agradezco enormemente sus aportes, los cuales han enriquecido esta investigación. De igual manera, quiero mencionar a la Universidad Bernardo O'Higgins y a su Escuela de Psicología, institución que me ha brindado la oportunidad de contribuir al mundo académico y seguir creciendo profesionalmente.

A mis compañeros de trabajo en el Centro de Intervención y Formación Psicointegral CIFOPSI, quienes día a día comparten conmigo la vocación y el compromiso con nuestra labor: las psicólogas Valeria Gómez y Valentina Sáez, el psicólogo Michel Reyes, los diseñadores gráficos Jeansil Cisternas y Susan Mautz, y nuestra coordinadora académica, trabajadora social y mi compañera de vida, María de los Ángeles Carrasco. Su apoyo y entrega son invaluables.

Finalmente, a mi familia, quienes han sido testigos del "making of" de la vida de un psicólogo. Gracias por su paciencia, comprensión, amor y confianza inquebrantable. A mi madre, mi padre, mi hermano, mi pareja, mis hijas y mis suegros: los amo profundamente.

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo explorar la funcionalidad e integración de las técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, implementadas mediante teleterapia, midiendo el progreso y cambio terapéutico en sobrevivientes adultos de abuso sexual infantil, así como sus percepciones sobre esta modalidad de intervención. Esta investigación se llevó cabo mediante procesos psicoterapéuticos con ocho consultantes mujeres chilenas, mayores de edad, quienes fueron víctimas de alguna agresión en la esfera de su sexualidad en la niñez y/o adolescencia, presentando en la actualidad algún malestar biopsicosocial.

Para fines investigativos, está tesis se realizó mediante un método de investigación mixto, bajo un Diseño Explicativo Secuencial Comparativo (DEXPLOS). En la fase cualitativa, se analizan las transcripciones de las sesiones de psicoterapia mediante Atlas.ti, identificando categorías emergentes relacionadas con las experiencias subjetivas de las consultantes. En la fase cuantitativa, se aplicó *Outcome Questionnaire*-45 (OQ-45) mediante un pretest y un postest al finalizar el proceso, midiendo el progreso y el cambio psicoterapéutico. La integración de ambos enfoques permitió una comprensión profunda de la efectividad de la intervención.

A nivel de resultados, el análisis cualitativo identificó factores cruciales para comprender y desarrollar al momento de intervenir con adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil. El análisis cuantitativo mostró mejoras estadísticamente significativas entre el pretest y el postest.

En conclusión, la integración de la terapia sistémica breve e hipnosis clínica, implementadas mediante teleterapia, es efectiva para la intervención en sobrevivientes adultos de abuso sexual infantil.

Palabras clave: trauma, abuso sexual infantil, terapia sistémica breve, hipnosis clínica, teleterapia, método mixto.

Abstract

This research aims to explore the functionality and integration of brief systemic therapy and clinical hypnosis techniques, implemented through teletherapy, measuring therapeutic progress and change in adult survivors of child sexual abuse, as well as their perceptions of this intervention modality. This research was carried out through psychotherapeutic processes with eight Chilean adult female clients, who were victims of some aggression in the sphere of their sexuality in childhood and/or adolescence, currently presenting some biopsychosocial discomfort.

For research purposes, this thesis was carried out using a mixed research method, under a Sequential Comparative Explanatory Design (DEXPLOS). In the qualitative phase, the transcripts of the psychotherapy sessions are analyzed using Atlas.ti, identifying emerging categories related to the subjective experiences of the clients. In the quantitative phase, the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) was applied through a pretest and a posttest at the end of the process, measuring psychotherapeutic progress and change. The integration of both approaches allowed for a deep understanding of the effectiveness of the intervention.

At the outcome level, qualitative analysis identified crucial factors to understand and develop when intervening with adult survivors of child sexual abuse. Quantitative analysis showed statistically significant improvements between the pretest and posttest.

In conclusion, the integration of brief systemic therapy and clinical hypnosis, implemented through teletherapy, is effective for intervention in adult survivors of child sexual abuse.

Keywords: trauma, child sexual abuse, brief systemic therapy, clinical hypnosis, teletherapy, mixed method.

Tabla de contenidos

Introducción 13

Problematización 15

Objetivos 22

Objetivo general: 22

Objetivos específicos fase cualitativa: 22

Objetivos específicos fase cuantitativa: 22

Objetivo específico fase de integración: 23

Hipótesis 24

Hipótesis 1: Progreso psicoterapéutico 24

Hipótesis 2: Cambio psicoterapéutico 24

Abordajes psicoterapéuticos en Abuso Sexual Infantil (ASI) en adultos 31

Estudios sistémicos breves para sobrevivientes de abuso sexual infantil 36

Marco Teórico 40

Epistemología 41

Epistemología sistémica 41

Teoría general de sistema (TGS) 43

TGS: una nueva perspectiva en psicología y psiquiatría 43

Conceptos básicos de la TGS 44

Epistemología cibernética 45

Cibernética de primer orden 45

Cibernética de segundo orden 46

Otros conceptos teóricos claves 48

Constructivismo 49

Teoría de la comunicación 50

Gregory Bateson y las raíces comunicacionalistas 51
Aportes de Paul Watzlawick a la teoría de la comunicación 52
Teoría del doble vínculo **53**
El cambio terapéutico **55**
La terapia sistémica se vuelve breve **57**
Terapia sistémica breve (TSB) **58**
Terapia estratégica breve 58
Modelo de terapia breve centrada en soluciones 59
Modelo de terapia narrativa 60
Hipnosis, hipnosis clínica e hipnosis sin trance **62**
Hipnosis 62
Hipnosis clínica 63
Hipnosis sin trance 64
La influencia de Milton Erickson 65
Principios de la hipnosis Ericksoniana 65
Abuso sexual **67**
Abuso sexual Infantil 67
Trauma complejo **71**
La teleterapia **72**
Técnicas de la TSB utilizadas dentro de la presente investigación **73**
Marco Metodológico 80
Metodología de la investigación **80**
Diseño de la investigación **80**
Participantes **82**
Técnicas de análisis y recolección de datos **83**
Fase cualitativa: 83
Análisis de datos cualitativo **85**

Fase cuantitativa: 85

Análisis de datos cuantitativo **87**

Fase de Integración de Resultados **88**

Variables de estudio **89**

Variables independientes: 89

Variables dependientes: 89

Procedimiento **90**

Fase 1: análisis cualitativo 90

Fase 2: análisis cuantitativo 90

Fase 3: Comparación de Resultados 90

Consideraciones Éticas **91**

Las limitaciones del Estudio **91**

Análisis de Resultados Fase 1 92

Árbol A 93

Figura 3 **93**

Árbol B 130

Figura 4 **130**

Discusión Fase 1 186

Discusión Árbol A **186**

Discusión Árbol B **193**

Discusión Árbol C **201**

Síntesis General del Análisis de datos y discusión de la fase 1 **202**

Análisis de Resultados Fase 2 203

Resultados cuantitativos **203**

Resultados sobre el progreso psicoterapéutico **204**

Discusión Fase 2 209

Interpretación de los resultados generales 209

Discusión Fase 3 215

Integración de Resultados (Análisis mixto) 215

Síntesis de la Fase 3 217

Conclusiones 218

Conclusiones de la Fase 1: Análisis Cualitativo 218

Conclusiones de la Fase 2: Análisis Cuantitativo 220

Conclusiones de la Fase 3: Integración de Resultados (Análisis Mixto) 222

Correlación con la Literatura 223

Implicaciones Clínicas y Futuras Investigaciones 223

Limitaciones del Estudio 223

Conclusión Final 224

Referencias 226

Anexos 234

1 Consentimiento Informado 235

2 Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) 236

3 Criterios de inclusión y exclusión. 238

Índice de figuras

Figura 1. Epistemología sistémica ……..…… **43**

Figura 2. Variables combinadas …….. **90**

Figura 3. Experiencias y síntomas asociados al trauma …….. **94**

Figura 4. Integración de técnicas ……..... **131**

Figura 5. Herramientas digitales ……..... **184**

Figura 6. Diferencias en los niveles del OQ 45 ..……..... **207**

Figura 7. Diferencia en cantidad de casos funcionales previos y posteriores ……..... **209**

Índice de tablas

Tabla 1. Normas: Puntaje de Corte e Índice de Cambio Confiable …….. **87**

Tabla 2. Resultados descriptivos del OQ-45 …….…….…. **206**

Tabla 3. Niveles funcionalidad del OQ-45 previos y posteriores al tratamiento ……..... **208**

Introducción

En las últimas décadas, ha habido un interés progresivo sobre el abuso sexual infantil y sus distintas repercusiones, generando un impacto debido a su creciente prevalencia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2004 que la tasa mundial de victimización sexual en la infancia era aproximadamente del 27% en niñas y del 14% en niños (Téllez, 2019). Asimismo, informes de Unicef (2012) indican que en Chile alrededor del 9% de los niños y niñas reportan haber sufrido agresiones sexuales, de las cuales el 50% ocurren en el contexto intrafamiliar. Por otro lado, un estudio más reciente realizado por Pinto-Cortez et al., (2019) revela que, a nivel nacional, el 26% de los adolescentes reportan haber experimentado algún tipo de victimización sexual a lo largo de sus vidas. En este sentido, Echeburúa y Corral (2006) señalan que las dificultades más comunes a largo plazo incluyen alteraciones en la esfera sexual, depresión, trastorno de estrés postraumático, descontrol de impulsos en hombres y conductas autodestructivas en mujeres.

Esta investigación tiene como objetivo explorar la funcionalidad e integración de las técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, implementadas mediante teleterapia, midiendo el progreso y cambio terapéutico en sobrevivientes adultos de abuso sexual infantil, así como sus percepciones sobre esta modalidad de intervención. La Terapia sistémica breve se compone de tres modelos de terapia sistémica: la Terapia Estratégica Breve (TEB), la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y la Terapia Narrativa (TN). Además, se incorporarán la hipnosis clínica y la hipnosis no directiva Ericksoniana como herramientas complementarias. Para fines investigativos, está tesis se realizará mediante un enfoque mixto puro y secuencial. Este se llevará a cabo mediante procesos psicoterapéuticos con ocho consultantes mayores de edad, quienes fueron víctimas de alguna agresión en la esfera de su sexualidad en la niñez y/o

adolescencia, presentando en la actualidad algún malestar psicosocioemocional. Para ello se busca combinar la profundidad del análisis cualitativo, mediante la categorización y codificación de las sesiones psicoterapéuticas. Más la precisión de los métodos cuantitativos, en el cual se utilizará una evaluación pre test al inicio del proceso y un post test, para la fase cuantitativa. El procedimiento del presente estudio se desarrolla en un contexto psicoterapéutico breve, el cual cuenta con un total de 6 a 8 sesiones psicoterapéuticas, manteniendo una duración aproximada de 45 a 60 minutos por sesión. El mencionado proceso se ejecuta mediante teleterapia, específicamente desde la plataforma digital Zoom.

Para ello, se presentará un estado del arte del conocimiento actual, basado en investigaciones que aborden las variables mencionadas. Se llevará a cabo un recorrido teórico que comenzará con la epistemología sistémica, cibernética y constructivista, cuna de la TSB, explorando cómo ésta evoluciona hacia modelos de intervención más breves. También se incorporarán los aportes de Milton Erickson y la hipnosis clínica. Posteriormente, se abordará la problemática de las agresiones sexuales sufridas en la infancia y cómo estas experiencias pueden afectar sintomatológicamente la vida adulta, presentando la noción de trauma y su relación con el abuso sexual y las posibles dificultades psicopatológicas en la etapa adulta.

Está investigación implica un aporte en el ámbito psicosocial clínico entendido la importancia de la reparación, reformulación, restructuración, resignificación e intervención en psicopatologías relacionadas con el abuso sexual, la violación y el estupro, desarrollados en la niñez y cuyos efectos psicopatológicos se podrían deslumbrar en la adultez. Además, sugiere una contribución desde el aspecto psicoterapéutico.

Problematización

Cada vez es más difícil ignorar la complejidad sintomática y las secuelas que pueden experimentar los sobrevivientes de agresiones sexuales en la infancia con repercusión en la adultez. Téllez (2019) señala que la agresión sexual en la infancia conlleva diversas dificultades en la edad adulta, tales como baja autoestima, trastornos en la sexualidad y psicopatologías relacionadas con los estados de ánimo, entre otras. Además, Téllez (2019) destaca que, en el ámbito de la psicología clínica, investigar las secuelas del abuso sexual en la infancia es uno de los desafíos más relevantes debido a su alta frecuencia. En el mismo contexto, Lu et al. (2020) señalan que existen casos de mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo o Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que han experimentado Abuso Sexual Infantil (ASI).

Asimismo, Pereda (2010) llevó a cabo una llevó a cabo una investigación exhaustiva que examinó las principales secuelas psicológicas a largo plazo en víctimas de ASI. Esta revisión identificó cinco categorías de síntomas: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales. Los hallazgos subrayan la gravedad y persistencia de los problemas que enfrentan estas víctimas a lo largo de su desarrollo. Por ello, es esencial que los profesionales cuenten con las competencias necesarias para identificar estos problemas y brindar una intervención adecuada.

Por otro lado, de Souza Carvalho e Lira et al., (2017) señalan que una de las secuelas del profundo sufrimiento asociado al ASI es la baja autoestima, manifestada en los sentimientos de inferioridad expresados por mujeres víctimas de abuso. La baja autoestima es un síntoma comúnmente observado en adultos que han sufrido este tipo de vulneración. Según los hallazgos de Cantón (2008) sobre estudiantes universitarios víctimas de ASI, aquellos con un historial de abuso sexual tenían mayores probabilidades de presentar problemas de autoestima. De igual

manera, Pereda (2010) destaca que las consecuencias psicológicas y emocionales no solo impactan a la persona víctima, sino que también repercuten en su entorno familiar y círculo social. Además, se señala que entre el 20% y el 30% de las víctimas pueden llegar a convertirse en agresores potenciales.

Junto a esto, en su revisión sistemática, Franco et al., (2020) concluye que el 80.55% de los estudios analizados encuentran una relación estadísticamente significativa entre el hecho de haber sufrido ASI en la infancia y desarrollar una adicción en la etapa adulta. Son varios los estudios que afirman que las personas que han sufrido ASI tienen más riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias desarrollando diferentes psicopatologías (Daigre et al., 2015; Müller et al., 2015; Potthast et al., 2014, como se citó en Franco et al., 2022).

Behar y De la Barra (2021) señalan que el ASI no solo es un factor determinante en varios trastornos mencionados, sino que también actúa como un factor predisponente, mantenedor y desencadenante en el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria. Estos ejemplos ilustran las múltiples dificultades, síntomas y trastornos que el ASI puede ocasionar en la vida de una persona, problemas que pueden intensificarse debido a la falta de credibilidad en el relato de la víctima. De acuerdo con Dias et al. (2014), la credibilidad y el apoyo materno son cruciales, ya que funcionan como reguladores frente a los diversos problemas que pueda enfrentar la persona víctima de ASI. La credibilidad y el apoyo familiar son esenciales en este contexto, entendiéndose como un constructo multidimensional que incluye: la credibilidad de la madre respecto a la revelación de la víctima, las acciones protectoras para evitar una mayor victimización y estrés vivenciados por niños, niñas y/o adolescentes. Estos constructos también guían los estudios de Alaggia (2002), Everson et al., (1989), Faller (1998), Heriot (1996), Sirles y Franke (1989), y Smith et al. (2000), como se citó en Dias et al. (2014, p. 693). En resumen, la falta de credibilidad puede tener un

efecto grave a nivel biopsicosocial de origen multisistémico. Es importante destacar que la falta de credibilidad materna y/o familiar frente a la revelación del ASI puede estar vinculada a una problemática más amplia. En este contexto, el mecanismo de afrontamiento de la víctima podría derivar en una relación interpersonal con el agresor, fenómeno conocido en la literatura como el Síndrome de Estocolmo. Según Ballús (2002) este síndrome representa un patrón de afrontamiento ante una situación traumática. De manera similar, Montero (2001) lo describe como un proceso psicológico complejo que involucra dimensiones cognitivas, conductuales, fisiológicas y emocionales, culminando en la formación de un vínculo entre la víctima y el agresor.

En relación con los problemas mencionados, la investigación y la intervención psicológica, desde distintos paradigmas, han buscado métodos eficaces para resignificar el daño causado por las agresiones sexuales en la infancia y adolescencia. En las cuales, resaltan las limitaciones de la corriente sistémica debido a su escasa investigación en comparación con la corriente cognitivo-conductual. Sánchez y Téllez (2016) señalan que, hasta ese año, no existían estudios de caso que integraran modelos sistémicos breves e hipnosis en víctimas de ASI en edad adulta.

El estudio de Sánchez y Téllez (2016) es significativo por varias razones: es uno de los primeros en integrar modelos sistémicos, y sus resultados sugieren una combinación eficiente de estos dos enfoques clínicos. Los hallazgos indican que su metodología fue efectiva para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, así como para aumentar la autoestima y el optimismo del paciente. Estos resultados se obtuvieron en un total de 13 sesiones, lo cual convierte esta integración en una herramienta que promueve la brevedad y efectividad de los modelos psicoterapéuticos sistémicos en este tipo de problemas.

Como bien afirma un estudio epidemiológico reciente de Losada (2022), de carácter internacional, que estudió el ASI y lo descifro como un fenómeno que impacta al 20% de mujeres

y al 10 % de hombres. A pesar de los intentos por prevenir su incidencia y prevalencia, la estabilidad del número de casos requiere de la resolución de dificultades metodológicas de las investigaciones, así como la optimización de las estrategias y programas preventivos; resaltando como el ASI involucra la salud pública, perpetuando ciclos de violencia y vulnerando el desarrollo integral de las personas (Losada y Faga, 2022).

Por otro lado, la problemática a nivel nacional también presenta cifras alarmantes. De acuerdo con informes de la policía de investigaciones de Chile, durante el primer trimestre de 2021 se registraron 1.686 víctimas y denunciantes en casos de delitos sexuales a nivel nacional, lo que refleja un aumento del 5% en comparación con los 1.598 casos reportados en el mismo período de 2020. Por su parte, Pinto y Guerra (2019) realizaron una investigación para determinar la prevalencia de la victimización sexual en niños, niñas y adolescentes chilenos. Para ello, analizaron datos de la Encuesta Nacional de Polivictimización de 2017, cuya muestra probabilística incluyó a 19.684 jóvenes de entre 12 y 18 años, de género femenino y masculino. Los resultados revelaron que el 16,7 % de los participantes reportó al menos un episodio de victimización de origen sexual en los últimos 12 meses, mientras que el 26,4 % señaló haber experimentado al menos un evento de este tipo a lo largo de su vida.

Resumiendo lo planteado, se puede decir que la prevalencia de casos de abuso sexual en Chile va en aumento. Además, solo en los datos de la Encuesta Nacional de Polivictimización casi 2 adolescentes cada 10 relata haber sido víctima de una agresión sexual en los últimos 12 meses y que casi tres de 10 adolescentes señalan haber sufrido algún tipo de agresión sexual a lo largo de su vida (Pinto y Guerra, 2019). Cifras que son preocupantes, considerando aquellos delitos no denunciados y aquellas personas que hoy son adultas y han guardado el secreto de la agresión hasta el día de hoy.

Otro punto relevante es señalado en el estudio de Vitriol et al., (2004) donde se establece que el abuso físico y sexual durante la infancia está relacionado con la aparición de psicopatologías en la adultez. Estos antecedentes están presentes en el 34% a 53% de los pacientes con problemas de salud mental y se asocian con trastornos afectivos, de ansiedad, alimentarios, consumo de sustancias, desórdenes de personalidad, conducta suicida, repetida traumatización en la adultez y una mayor morbilidad médica que se manifiesta en policonsulta.

En Chile, estos hallazgos están siendo confirmados. En el Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó, en 2002, se descubrió que el 42% de 173 usuarias tenía antecedentes de contacto sexual forzado antes de los 16 años, y solo el 18% de ellas había informado previamente al equipo de salud de estos hechos. Esto respalda la evidencia clínica que indica que los ambientes psico-sociales traumáticos en la niñez podrían producir diversos cuadros, especialmente TEPT en la vida adulta. El trauma infantil podría tener una correlación inespecífica con cualquier patología mental (Weil et al., 2004).

Por último, Pereda (2010) desarrolló una revisión de las principales consecuencias psicológicas a largo plazo encontradas en los estudios llevados a cabo con víctimas de ASI en la última década. Se clasificaron los distintos síntomas en cinco categorías: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales. Los resultados confirman la gravedad de los problemas que pueden presentar estas víctimas y su extensión a lo largo del ciclo evolutivo, siendo necesario que los profesionales sean capaces de detectar estas problemáticas para poder intervenir en estos casos de forma adecuada y eficaz.

En cuanto al tratamiento psicológico, Núñez y Sánchez-Sandoval (2024) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre tratamientos psicológicos para adultos con experiencia

de abuso sexual infantil (ASI). Se analizaron 19 estudios de bases de datos científicas, identificando las intervenciones con mayor evidencia de efectividad. Los tratamientos revisados incluyen una amplia variedad de enfoques. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y sus variantes de tercera generación demostraron mayor eficacia, especialmente en la reducción de síntomas postraumáticos y depresivos. Los tratamientos intensivos centrados en el trauma mostraron resultados positivos, mientras que la Terapia Cognitivo-Analítica Guiada (TCAG) y la Terapia Interpersonal (TIP) fueron moderadamente efectivas. Cabe agregar, que la Terapia Psicodinámica y la Terapia Sistémica también mostraron efectos positivos, aunque su evolución varía según el consultante. No obstante, más de la mitad de los participantes continuaban presentando síntomas tras la intervención, lo que sugiere la necesidad de un tratamiento complementario. Otras opciones, como la Terapia de Escritura y la Terapia Orientada a la Personalidad, mostraron potencial, pero requieren mayor validación empírica. En cuanto a la durabilidad de los tratamientos, el 74% de los estudios evaluaron su impacto a mediano plazo, aunque no se pudieron concluir su efectividad debido a la escasez de seguimos de los tratamientos. Adicionalmente, la tasa de abandono fue bajo de 19%. Los autores concluyen que existe una variedad de enfoques que son efectivos en caso de adultos sobrevivientes de ASI, sin que esto garantice la remisión completa de la sintomatología. La TCC se destaca como el tratamiento con mayor respaldo, pero no se descartan los beneficios de la Terapia Sistémica y la Psicodinámica. Se recomienda mayor rigurosidad metodológica en futuras investigaciones para optimizar las intervenciones.

Desde está ultima lógica, el propósito de esta investigación es determinar la eficiencia de la integración de técnicas de la Terapia Sistémica Breve y la hipnosis clínica, en un contexto de

teleterapia, para el tratamiento de adultos con antecedentes de algún tipo de ASI, que presenten en la actualidad algún grado de sintomatología psicosocioemocional.

Este trabajo se puede considerar un aporte significativo para futuras investigaciones, marcando un hito en la integración de modelos sistémicos breves al incorporar técnicas de tres enfoques de intervención, hipnosis y teleterapia, en beneficio del ejercicio clínico, la academia, el paradigma sistémico y la salud pública. Para ello, el estudio busca responder: ¿Cómo se integran y qué tan funcionales son las técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica implementadas mediante teleterapia en sobrevivientes adultos de ASI, considerando su impacto en el progreso y cambio terapéutico?

Objetivos

Objetivo general:

Explorar la funcionalidad e integración de las técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, implementadas mediante teleterapia, midiendo el progreso y cambio terapéutico en sobrevivientes adultos de ASI, así como sus percepciones sobre esta modalidad de intervención.

Objetivos específicos fase cualitativa:

- Analizar la funcionalidad de la integración de técnicas de la terapia sistémica breve en la atención de sobrevivientes adultos de ASI.
- Examinar la funcionalidad de la hipnosis clínica como técnica utilizada en atención de sobrevivientes adultos de ASI.
- Describir el efecto de la integración del modelo de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en sobrevivientes adultos de ASI.
- Identificar la percepción de los sobrevivientes adultos de ASI sobre la teleterapia como modalidad para recibir intervención psicoterapéutica

Objetivos específicos fase cuantitativa:

- Medir el progreso mediante la disminución del malestar en cuanto a la sintomatología, relaciones interpersonales y en el rol social, en sobrevivientes adultos de ASI a través de la integración del modelo de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, en contexto de teleterapia.
- Medir el cambio psicoterapéutico en sobrevivientes adultos de ASI mediante la integración del modelo de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, en contexto de teleterapia.

Objetivo específico fase de integración:

- Integrar los resultados cualitativos y cuantitativos para obtener una comprensión holística de la funcionalidad de las técnicas sistémicas breves e hipnosis clínica, el progreso y cambio terapéutico de los sobrevivientes adultos de ASI, así como en sus percepciones sobre la modalidad de teleterapia.

Hipótesis

Hipótesis 1: Progreso psicoterapéutico

$H1_1$ Hipótesis alternativa:

La integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia, mejoran significativamente el progreso psicoterapéutico, mediante la disminución del malestar en cuanto a la sintomatología, relaciones interpersonales y rol social, en adultos sobrevivientes de ASI.

$H0_1$ Hipótesis nula:

La integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia, no mejoran significativamente el progreso psicoterapéutico, mediante la disminución del malestar en cuanto a la sintomatología, relaciones interpersonales y rol social, en adultos sobrevivientes de ASI.

Hipótesis 2: Cambio psicoterapéutico

$H1_2$ Hipótesis alternativa:

La integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia genera un cambio clínicamente significativo en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia con repercusión en la vida adulta.

$H0_2$ Hipótesis nula:

La integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia no genera un cambio clínicamente significativo en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia con repercusión en la vida adulta.

Estado actual del conocimiento sobre el tema

La información analizada por Cantón-Cortes y Cortes (2015) sostienen que el ASI puede ocasionar diversas complicaciones en la adultez, tales como disfunciones psicológicas, comportamentales, fisiológicas y sociales. Aunque no todas las víctimas experimentan estas dificultades, se ha observado que su presencia está influenciada por factores como la autorregulación personal, las características específicas del abuso, factores contextuales y la relación entre la víctima y el agresor. A nivel mundial, el ASI es un problema común, con tasas que varían entre el 7% y el 36%, siendo la media del 20% para las mujeres y del 8% para los hombres (Cantón y Cortés, 2013; Lutz-Zois et al., 2011; como se citó en Cantón-Cortes y Cortes, 2015).

Además, en un metaanálisis que abarcó 65 estudios de 22 países, se estimó que la prevalencia del ASI es cercana al 8% en hombres y al 19,2% en mujeres, demostrando que es un problema tanto en países desarrollados como en desarrollo (Pereda et al., 2009). La gravedad de las secuelas psicopatológicas en la adultez está influenciada por factores como la duración y frecuencia del abuso, la violencia involucrada, la cercanía del agresor a la víctima y la existencia de incesto.

Adicionalmente, Latzman y Latzman (2013) destacan que el ASI a menudo coexiste con otros tipos de maltrato, como el físico, psicológico y la negligencia, los cuales pueden intensificar la aparición de síntomas tanto a corto como a largo plazo. Incluso, el ASI y el maltrato físico están asociados con un mayor riesgo de ideación suicida en adolescentes (Sheffield et al., 2013).

Mientras que Ortiz et al., (2018) encontraron una alta prevalencia de ASI (53.5%) en mujeres mexicanas con características clínicas de depresión mayor, cuya disposición eleva la prevalencia de riesgo suicida y de trastorno de ansiedad social; no así, se observaron diferencias

significativas en la gravedad de los síntomas depresivos, adaptación social y los antecedentes de maltrato físico de las víctimas de ASI y quienes no lo han sufrido. Los resultados recalcan la importancia de indagar en un historial de ASI en mujeres diagnosticadas con depresión mayor, para que las intervenciones terapéuticas aborden su complejidad, como la prevención del riesgo suicida.

De manera semejante, Steine et al., (2020) profundiza en un estudio longitudinal sobre los predictores de autolesiones no suicidas (NSSI) e intentos suicidas (SA) en 516 adultos sobrevivientes de ASI, en el cual encontraron que el maltrato reiterado en la infancia y las cualidades específicas del abuso, como los victimarios desconocidos o a violencia física, predijeron NSSI y SA a largo plazo. También se consideraron factores predictores de autolesiones no suicidas a los síntomas de depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y NSSI previo; así como un escaso apoyo social y dificultades vinculares tras cuatro años de seguimiento, se relacionaron a nuevos intentos suicidas. De manera que se recomienda la necesidad de evaluar factores directos e indirectos para la evaluación y tratamiento de sobrevivientes de abuso sexual. Entendiendo que el daño del ASI en la vida adulta podría desencadenar múltiples complicaciones, cuya base recursiva tendría un inicio en el trauma complejo vivido.

Al respecto, López (2022) define trauma complejo en razón al daño provocado por otra persona, de forma continua, en etapas tempranas y vulnerables del desarrollo; especificando las repercusiones emocionales neurobiológicas, así como la disociación, dificultades interpersonales y sentimientos de culpa. Utilizando el concepto de Desorden de Estrés Extremo No Especificado de Otra Manera (DESNOS) para caracterizar estos síntomas y organizar intervenciones terapéuticas centradas en tres etapas: estabilización, integración del trauma y reconexión social. Por ende, el concepto de trauma complejo trasciende el carácter monocausal y de episodio único

de estas transgresiones a la integridad física, emocional y sexual. Además, Morales (2018) correlaciona dicha vulneración prolongada en el tiempo con estilos de apego inseguro y desorganizado, de manera que influye en la estructura de la personalidad y en la interacción social en la adultez. De igual manera, los autores ocupan el término DESNOS para su abordaje con terapia de reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), en virtud de su efectividad para mitigar los síntomas de la traumatización, la mejora en el estilo de apego, así como el manejo de estados disociativos.

Otro elemento importante que podría aumentar la presencia de ciertos síntomas es la existencia de una familia multiproblemática. Según Wainstein y Wittner (2017), este tipo de familias se caracteriza por dificultades de interacción dentro de la dinámica familiar, influenciadas por diversos factores estresores. Andrews et al., (2004) sugieren que este concepto se asocia a casos de ASI donde la víctima se encuentra en situaciones de negligencia, violencia intrafamiliar, consumo problemático de alcohol y drogas, entre otros. Losada y Jursza (2019) analizan la dinámica familiar en el contexto de ASI, destacando cómo los patrones de poder dispar y las jerarquías disfuncionales favorecen la perpetuación del abuso. Hacen hincapié en las tácticas de manipulación del agresor en un sistema familiar cerrado, caracterizado por un déficit de límites y una estructura rígida; incluyendo aislamiento social, mecanismo de negación como defensa y dificultades en la relación de pareja. La investigación reconoce el impacto transgeneracional del abuso sexual, donde la historia de vivencias traumáticas de los progenitores puede incidir en su papel como perpetradores de este tipo de violencia. Además, se enfatiza en las repercusiones del secreto como estrategia que afianza la violencia y la demora de la revelación, con consecuencias graves en la salud integral de las víctimas. Por ende, se recomienda reconocer y entender estas dinámicas familiares para esbozar intervenciones terapéuticas e impulsar programas preventivos.

Sumado a lo anterior, un aspecto a considerar son las pautas de comunicación dentro del sistema familiar donde se da el ASI. Ceberio y Losada (2020) estudiaron el vínculo entre el ASI, el doble vínculo y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en 50 casos de mujeres que ya presentaban ambos diagnósticos. Identificaron que pautas disfuncionales de comunicación, como el doble vínculo, tienden a descalificar y desconfirmar a la víctima de abuso manteniéndola en un estado de confusión que contribuye a la perpetuación del abuso. Este ciclo de comunicaciones conforma el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil caracterizado por el secreto, el desamparo, el entrampamiento, la revelación tardía y la retractación del ASI, el cual se asocia al desarrollo de TCA; trastorno que surge como la somatización de una experiencia traumática, fruto de una relación abusiva que entrampa a la víctima. El estudio refuerza la necesidad de identificar, destrabar ciertas dinámicas familiares disfuncionales y visualizar la somatización asociada al TCA. Dado que la somatización, el maltrato infantil y el trauma físico son frecuentes en la práctica médica, estos factores contribuyen a una utilización excesiva de los servicios de salud, además de provocar una discapacidad significativa y generar frustración tanto en los pacientes como en el personal médico (Weil et al., 2004). Con relación, Quijada et al., (2024) postula una conexión entre el ASI y la aparición de problemas físicos sin causa médica aparente, se ha observado una creciente demanda en la atención médica primaria de pacientes que presentan este tipo de sintomatología. Específicamente, dentro del espectro de trastornos somatomorfos, los sobrevivientes de abuso sexual presentan una mayor prevalencia de síntomas ginecológicos, obstétricos y gastrointestinales (Guzmán, 2011). Por ende, el pesquisar el daño asociado al trauma en múltiples diagnósticos médicos y psicopatológicos es clave para un adecuado tratamiento.

Al mismo tiempo es importante explorar las diferencias de género en cuestión de la prevalencia y características clínicas de hombres y mujeres víctimas de ASI. Gault-Sherman et al.,

(2009) propusieron que los hombres tienden a manifestar menos síntomas de trastornos de ansiedad, depresión o estrés postraumático en comparación con las mujeres tras sufrir ASI. En su lugar, los hombres son más propensos a recibir diagnósticos de conducta antisocial y abuso de sustancias. Cantón-Cortés y Cortés (2015) también citan a Young et al., (1994), quienes encontraron niveles más altos de comportamiento agresivo en niños víctimas de ASI en comparación con niñas, las cuales mostraron más síntomas depresivos. Además, Kogan (2005, como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) sugiere que revelar el abuso tempranamente puede mitigar los síntomas y prevenir futuras dificultades sexuales. De manera similar, Ullman (2007, como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) encontraron que los síntomas de estrés postraumático eran más severos en las víctimas que tardaron más en revelar el abuso. Estos mismos autores resaltan las conclusiones de Becker-Blease y Freyd (2006), quienes advierten que investigar las experiencias de abuso sexual puede llevar a una revictimización. No obstante, Priebe et al. (2010, como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) refutan esta idea, afirmando que no identificaron tales limitaciones en las víctimas de ASI en sus estudios.

Por otro lado, Barker et al., (2021) ampliaron la comprensión de los efectos del ASI en la adultez al analizar su impacto en la satisfacción de las relaciones de pareja. Su estudio, realizado con 732 adultos en Estados Unidos, sugiere una posible conexión causal entre el ASI y la satisfacción en las relaciones adultas. Según los resultados, las personas con antecedentes de ASI podrían experimentar vergüenza sexual y apego evitativo o ansioso en sus relaciones de pareja, lo que podría reducir la satisfacción en dichas relaciones. No obstante, advierten que esta relación no es completamente unidireccional debido a la presencia de otras variables en la pareja.

De manera similar, López et al. (2017) analiza el impacto del ASI y el abuso en la adolescencia en las relaciones afectivas y sexuales de mujeres adultas pertenecientes al Programa

de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña (PASSIR). Las mujeres presentaban una gran prevalencia de disfunciones sexuales, como el escaso deseo sexual, dificultad en la excitación, rechazo y dolor. También presentan mayor insatisfacción sexual y afectiva, dificultades en la comunicación y confianza en su relación actual. Sin embargo, subrayan que variables como una edad mayor a 50 años, una percepción negativa del estado de salud y la experiencia de maltrato en la vida de pareja son factores influyentes en la insatisfacción antes descrita. Igualmente, el tipo de abuso con o sin penetración se relaciona con mayores problemas sexuales. En tal sentido, Longevin et al. (2021) señala que la violencia de pareja y el ASI se han relacionado con consecuencias negativas para las víctimas adultas, incluido el riesgo de revictimización, de prolongación sintomática y de las dificultades a nivel transgeneracional e intergeneracional. Por ende, resaltan la importancia de conocer los antecedentes de ASI en mujeres que buscan ayuda en temáticas sexuales o de pareja. Bajo esta misma perspectiva, Calvete et al., (2007) expresan que a mayor presencia del ASI y maltrato físico, mayores secuelas y vulnerabilidades presentan las mujeres en su vida relacional y personal adulta, haciendo referencia a que el trauma provoca una desconfirmación masiva en las expectativas de la víctima, generando en ellas síntomas elevados de hipervigilancia, ansiedad, abandono, perfección/culpa, dependencia, apego y aislamiento social. Efectos emocionales y conductuales, que contribuyen a la resistencia del trauma y su extinción.

En síntesis, el ASI no discrimina entre estratos socioeconómicos, países desarrollados o en desarrollo, ni género. Sin embargo, las diferencias de género pueden influir en la manifestación de síntomas. Los factores internos del individuo, la relación con el agresor, la duración del abuso, la revelación temprana o tardía y la credibilidad de dicha revelación pueden afectar la gravedad de los síntomas y las relaciones interpersonales en la adultez. Estos estudios ofrecen valiosas

perspectivas para los modelos psicoterapéuticos y proporcionan orientación a los profesionales. Es fundamental destacar el impacto negativo que las secuelas del ASI pueden tener en la víctima, su familia y la sociedad. Por último, señalar que entre el 20% y el 30% de las víctimas pueden convertirse en perpetradores de agresiones sexuales (Pereda, 2010).

Abordajes psicoterapéuticos en Abuso Sexual Infantil (ASI) en adultos

Yuan Lu et al. (2020) desarrollaron una investigación sobre: los efectos de la psicoterapia para mujeres deprimidas o con TEPT con antecedentes de ASI. La metodología fue de un metaanálisis con ensayos controlados aleatorios, estos ensayos tuvieron una muestra de 761 mujeres, 340 para el grupo de psicoterapia y 421 para el grupo control, los criterios de inclusión fueron mujeres diagnosticadas con depresión o TEPT con antecedentes de ASI, el grupo experimental tuvo cuatro tipos de modelos psicoterapéuticos: terapia de cognitivo conductual, terapia dialéctica, psicoterapia interpersonal e intervención psiquiátrica. Mientras que el grupo control se mantuvo en lista de espera. Los resultados fueron efectivos para la intervención de mujeres ASI con TEPT y depresión, destacándose la terapia cognitivo conductual e interpersonal en la reducción de sintomatología. Respecto al metaanálisis los investigadores desarrollaron búsquedas basados en el método PRISMA en PubMed y Cochrane Library, sin restricción de año, hasta el 30 de junio del 2019. Los indicadores de búsqueda fueron; agresión sexual, delito sexual, abuso sexual, depresión, TEPT, tratamiento, intervención, psicoterapia en cualquier idioma. Cabe mencionar, que los autores expresan que; "este estudio es la primera revisión sistemática y metaanálisis que examina los efectos de la psicoterapia en mujeres deprimidas o con TEPT con ASI. Los resultados respaldaron "la eficacia de la psicoterapia para las mujeres ASI con TEPT y depresión" (p.4). Por otro lado, cabe destacar que este estudio de ensayos controlados se desarrolló

en la isla de Taiwán en China, contexto que afirma que las consecuencias del ASI en la etapa adulta traspasan fronteras y culturas.

Para profundizar aún más, Favero et al., (2021) realizaron una investigación bibliográfica centrada en la intervención psicoterapéutica de víctimas de ASI en adultos, utilizando como bases de datos: EBSCO, PubMed y Web of Science. Los indicadores de búsqueda fueron: víctimas adultas de abuso sexual, psicoterapias, eficacia y eficiencia, entre otros. Para empezar, distinguieron que el abuso sexual es un fenómeno que traspasa las barreras culturales, sociales y fronterizas de las naciones. Mientras que sus consecuencias sintomáticas pueden variar desde una perspectiva de corto plazo y largo plazo. No obstante, reconocen que existen múltiples modelos psicoterapéuticos que han estudiado la intervención del abuso sexual en adultos, mencionando: la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitiva conductual, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia dialéctica conductual, la terapia cognitiva analítica, la terapia analítica, la terapia sistémica, la terapia centrada en la compasión y la terapia narrativa. Sin embargo, expresan que la Terapia Cognitivo Conductual es la que mayor eficiencia demuestra y la que más promete mejoras significativas de los síntomas relacionados con el abuso sexual en la infancia para los adultos. Los autores también mencionan que la terapia interpersonal obtuvo resultados favorables en TEPT específicamente en el ámbito interpersonal y social de los consultantes, modelo terapéutico desarrollado por Klerman et al., (2018). Los autores citan a Cuijpers et al. (2011, como se citó en Favero et al., 2021) para expresar que el propósito de este modelo es hacer una intervención breve en el tratamiento de la depresión mayor, metodología que ha demostrado su eficacia. Sumado a esta apreciación, citan a Martins y Monteiro (2016, como se citó en Favero et al., 2021) quienes manifiestan que la terapia interpersonal también se utiliza para otras intervenciones psicoterapéuticas y psicopatológicas. Por otro lado, a pesar de hacer mención sobre la intervención

de la terapia sistémica, los autores la relacionan solo con intervenciones grupales en casos de sobrevivientes de abuso sexual. Mencionando la necesidad de que futuros estudios evalúen la efectividad de este modelo de intervención en mencionada población.

En un estudio reciente, Miles et al., (2024) realizaron una revisión sistemática en bases de datos y motores de búsqueda sobre las terapias efectivas para el ASI en adolescentes y adultos entre enero del 2006 y julio de 2021, categorizando las terapias más recomendables y con mayor evidencia. Entre los tratamientos más recomendados está la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT) y la Terapia de Exposición Prolongada (PE), debido a su efectividad para mitigar síntomas depresivos, ansiedad y síntomas de TEPT presentes en el cuadro clínico del ASI. A continuación, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia de Exposición Narrativa (NET) y la Terapia psicodinámica con PEB como las terapias recomendadas. Se encuentran con menor evidencia pero igualmente recomendadas, la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Terapia de Exposición Narrativa (NET) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); además de terapias recomendadas pero con limitaciones con la psicoterapia interpersonal, Terapia cognitivo-conductual breve, Terapia cognitiva breve, PBE y por último, presentan las terapias con escasa evidencia a la intervención en Hipnoterapia, Terapia de aceptación y compromiso, Psicoterapia de dominio del control, Terapia dialéctico-conductual, Terapia de revelación emocional, Prevención de la exposición-respuesta, Terapia feminista, Terapia de ensayo de imágenes, Terapia narrativa STAIR. Igualmente se consideran terapias complementarias como la musicoterapia, ejercicio aeróbico, terapia de arte, el tratamiento farmacológico entre otras que contribuyen a la gestión emocional y la resiliencia. Asimismo, los estudios observados abarcan diferentes modalidades de intervención, individual, grupal y

combinados, con buen pronóstico para cada intervención; aunque con cierta inclinación a la intervención individual. Los autores destacan la importancia de realizar estudios más rigurosos, que incluyan un universo cultural amplio, para llegar a un mayor alcance en la efectividad de los tratamientos en abuso sexual (Miles et al., 2024). Esta revisión exhaustiva, ofrece un buen punto de partida para realizar investigaciones con rigurosidad metodológica, con el objetivo de robustecer la efectividad de ciertas terapias recomendadas, pero con escasa comprobación, como es el caso de la hipnoterapia.

Por otro lado, se hace mención sobre la terapia narrativa, la cual es un modelo de la TSB. Señalan que es un enfoque que externaliza el problema, que lo define y hace un mapeo en las áreas de la vida de la persona (White 2007, como se citó en Favero et al., 2021). Cabe destacar, que hacen referencias a estudios relacionados a la pareja, donde uno o ambos integrantes sufrieron algún tipo de abuso en la infancia. Aun así, concluyen su pertinencia terapéutica, pero que estudios futuros deben investigar su efectividad con metodologías cuantitativas y con grupos de control. Cabe destacar que esta investigación fue concebida en Oporto Portugal.

Un alcance reciente de Riyazi (2023) explora la terapia narrativa en sobrevivientes de ASI, pero en contexto de pareja. Se destaca la importancia de ocupar conversaciones externalizantes, para indagar en el impacto del evento traumático del abuso y promover nuevas narrativas de sanación y fortalecimiento de las relaciones posiblemente interferidas por el impacto del ASI (Allen, 2011). Contexto en que el terapeuta fomenta la sanación dentro de la dupla afectiva, construyendo un espacio seguro donde se permite la reescritura colaborativa de la historia de abuso, superando sentimientos de culpa y vergüenza (Caruth, 1995; Kotze et al., 2012; Nasim y Nadan, 2013; como se citó en Riyazi, 2023).

En este contexto, Elkjær et al., (2021) realizaron un análisis comparativo entre la terapia grupal psicodinámica y sistémica a largo plazo en mujeres adultas con historial de ASI. Mediante un ensayo controlado aleatorizado y un seguimiento a los 5 años posteriores se reflejan resultados favorables para ambas terapias en la superación de los síntomas y el nivel de funcionamiento psicosocial. A pesar de que la terapia sistémica objetiva mejores resultados al término del tratamiento, estos se equiparan a terapia psicodinámica a los 5 años. Un punto a destacar es la permanencia de flashbacks en sujetos tratados con terapia psicodinámico a diferencia del grupo de terapia sistémica; siendo ésta última una terapia con una menor disposición horaria, pero con una mayor reunión semanal, pudiendo considerarse como un tratamiento más rentable según los autores. Por tanto, los resultados demuestran la efectividad de ambas modalidades de terapia, pero destaca la necesidad de una optimización de las estrategias terapéuticas para generar cambios sustanciales a medida que pasa el tiempo luego de la terapia. Conviene subrayar que el estudio proviene del País Vasco en España, geografía lejana a los demás estudios presentados con anterioridad.

Otro aspecto que considerar en la eficiencia de la terapia en caso de abuso sexual en adultos son los factores asociados a la deserción del tiempo en terapia. Echeburúa et al., (2014) indagaron en los factores relacionados al abandono y rechazo de la terapia en mujeres adultas víctimas de ASI. El programa constó de 12 sesiones de terapia cognitiva-conductual en un universo de 269 mujeres. Los datos sugieren que las tasas de abandono predominaron en las sesiones iniciales de terapia; dejando en vistas la importancia de los primeros momentos de la intervención y del desarrollo del vínculo terapéutico. Los hallazgos señalan que el rechazo (12,3%) es más probable en mujeres con nivel socioeconómico bajo, migrantes, con escaso apoyo social o con antecedentes de victimización. La variable del abandono (27,5%) se relacionó con el abuso de sustancias, la

falta de apoyo social y su inestabilidad, pero no se asoció a una sintomatología específica. Si bien los autores advierten sobre la complejidad de explicar estos abandonos, también reconocen otros factores, como enfermedades, mudanzas o la percepción de una mejoría inicial que lleva al paciente a prescindir de la terapia. Asimismo, puede haber intolerancia al malestar emocional generado por el contacto repetido con emociones negativas durante las sesiones. En este sentido, el estudio reconoce la necesidad de diseñar estrategias motivacionales para fomentar la adherencia al tratamiento.

Estudios sistémicos breves para sobrevivientes de abuso sexual infantil

La investigadora australiana González (2017) en su estudio de caso único denominado "Proceso de recuperación del ASI durante la edad adulta desde un enfoque integrador de la terapia centrada en soluciones". Quien utiliza como guía el protocolo de Yvonne Dolan para trabajar con adultos afectados por el ASI. Aunque, adicionalmente la autora incorporó dentro de la intervención el modelo transteórico sumándose a la metodología antes mencionada. Este estudio tuvo por objetivo explorar la psicoterapia de una mujer adulta con antecedentes de ASI por incesto, y con un diagnóstico de larga data de depresión. Proceso que tuvo una duración de 8 sesiones y 2 de seguimiento, las primeras 3 sesiones se realizaron con una frecuencia de 2 semanas, luego desde la 4 a la 6 una vez al mes, la 7 y 8 cada 2 meses. Para finalizar con 2 sesiones de seguimiento de 3 meses y otra mediante un contacto telefónico a los 12 meses.

Por otro lado, Sánchez y Téllez (2016) llevaron a cabo un estudio similar, pero enfocado en un hombre de 40 años que también había sido víctima de ASI. La intervención consistió en la combinación de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) e hipnoterapia, a lo largo de 13 sesiones semanales, con dos sesiones de seguimiento a los uno y seis meses después de finalizar

el tratamiento. Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés del paciente, además de un aumento en su autoestima y optimismo. Los autores concluyeron recomendando la combinación de hipnoterapia y TBCS para casos similares. Cabe destacar que este estudio es considerado pionero en su tipo, ya que es el primero en utilizar esta integración de modelos terapéuticos. Cuyas técnicas fueron: las sesiones 1 y 2 fueron de evaluación y catarsis, en la sesión 3 la autora trabajó sobre la herencia familiar mediante un genograma trigeneracional, la sesión 4 para visualizar signos curativos, sesión 5 y 6 fueron de autocuración, mediante cartas curativas al niño interno, sesiones 7 y 8 fueron de mantener los avances y ritual de terminación mediante el arte simbólico. Los resultados fueron positivos según las escalas de medición, las cuales fueron: Escala de calificación de resultados, Escala Analógica Visual y la Escala de recuperación centrada en soluciones para sobrevivientes de abuso. Por otro lado, desde la investigación de Sánchez y Tellez (2016) podría existir ya un acercamiento técnico, ya que integran tres de las variables de la investigación presente, la hipnoterapia, ASI en un adulto y el modelo de terapia centrada en soluciones, perteneciente al modelo de terapia sistémica breve. La metodología fue una investigación de estudio de caso con un adulto de 40 años quien padecía diversas dificultades sintomáticas y relacionales, la frecuencia de las sesiones fueron una vez a la semana en un total de 13 sesiones, siendo la 12 un seguimiento luego de un mes y la 13 a los seis meses. Los resultados de este estudio demostraron una mejoría frente a los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, así como también mejoró la autoestima y el optimismo del consultante, manteniendo estos cambios durante el período de seis meses posterior al alta. Además, los autores recomiendan la hipnoterapia en integración con el modelo de terapia centrada en soluciones para casos de sobrevivientes de ASI. Cabe destacar una de las frases de los autores “hasta donde

sabemos este es el primer reporte del uso de la terapia centrada en soluciones y la hipnoterapia en un paciente masculino con historia de ASI" (2016, p.4).

Resumiendo, estos estudios se podrían acercar a las variables de la presente investigación. Aun así, ambas investigaciones se desarrollan mediante una metodología de estudio de caso único, visualizándose la escasez de estudios más robustos a nivel metodológicos. Quedando en manifiesto la necesidad de futuras investigaciones tanto de origen cuantitativo como cualitativo y/o mixtos. Donde los mismos autores dejan en manifiesto la escasa investigación de estos modelos de intervención frente a casos de estas características, en comparación con los modelos de la Terapia Cognitivo Conductual.

Terapia sistémica breve vs terapia cognitivo conductual: en casos de ASI en adultos

Beyebach et al., (2016) señalan que la integración de estrategias y técnicas terapéuticas se ha vuelto una práctica común para los profesionales de la salud mental, mencionando que la combinación de terapias sistémicas breves son una alternativa atractiva y útil a la hora del ejercicio clínico. Desde está lógica mencionan la escases de estudios empíricos para corroborar dicha información. Aun así, en su estudio "Efectividad de la Terapia Sistémica Breve versus Terapia Cognitivo Conductual en la práctica clínica habitual" cuyo método contó con una muestra de 419 personas, las cuales dividieron en dos grupos, uno de 212 personas para la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y otro de 207 personas para la Terapia Sistémica Breve (TSB). Cuya muestra tenía una prescripción de diagnósticos psicopatológicos como; Trastornos adaptativos en un 37%, de ansiedad 29%, diagnosticados con depresión un 14 % y trastornos de personalidad un 8 %, en un porcentaje menor de 10 casos, existían dificultades de trastornos sexuales, trastornos psicóticos, trastornos del control de los impulsos, trastornos alimentarios y trastornos por déficit de atención.

Beyebach et al. (2016) concluyen que los resultados de ambas terapias resultaron efectivas para los tratamientos de los trastornos psicopatológicos de los consultantes, tanto a nivel de recaídas, deserción y altas. Cerrando su discusión con la esperanza de que estudios futuros desarrollen afirmaciones más sólidas en cuanto a la TSB para diferentes psicopatologías o afecciones psicológicas.

Marco Teórico

Para adentrarnos en el subsistema de la terapia sistémica breve, es fundamental comprender los fundamentos teóricos, paradigmáticos y epistemológicos que la sostienen como un enfoque psicoterapéutico. Según Zlachevsky (1996), todo enfoque terapéutico se estructura en niveles jerárquicos. Primero, la base epistemológica explica cómo funciona la realidad en interacción con el ser humano, estudiando cómo las personas conocen, deciden y piensan. Luego, el nivel de paradigma aborda los principios que forman las explicaciones epistemológicas sobre un fenómeno específico, buscando entender, explicar o describirlo. En el nivel teórico, se emplea una metodología consensuada que establece regularidades como normas, leyes o hipótesis esenciales para las unidades de análisis. Finalmente, el nivel de modelo intermedio y técnico conecta los elementos teóricos con la realidad y define las técnicas y métodos específicos que el terapeuta utiliza en su práctica.

La terapia sistémica breve se basa en una epistemología sistémica, cibernética y constructivista. Su identidad se sustenta en el paradigma familiar/sistémico, estructurado sobre teorías como la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y las cibernéticas. Estas integraciones dan origen a los modelos propios de la terapia sistémica breve, que operan desde un modelo intermedio y técnico, empleando técnicas y métodos específicos.

En resumen, la terapia sistémica breve cumple con los criterios para ser un enfoque psicoterapéutico en la era postmoderna, alineándose con los niveles jerárquicos descritos por Zlachevsky (1996).

Epistemología

La epistemología se define como el estudio del conocimiento, derivado del griego y perteneciente a una rama de la filosofía que se enfoca en la adquisición de conocimientos, investigando su validez, metodología, estructuras y fundamentos. Según Bateson (1979) es el escalón previo a la estructura teórica que determina cómo los organismos piensan, conocen y se comportan. De esta manera, la epistemología sistémica surge de la interacción y retroalimentación circular entre diversas teorías del conocimiento.

Epistemología sistémica

La epistemología sistémica se podría dividir en múltiples teorías y miradas epistemológicas. Las principales para este estudio de investigación son: La teoría General de Sistemas, Cibernética de primer y segundo orden, Constructivismo, Construccionismo Social, Teoría del Doble Vinculo y Teoría de la Comunicación. Teorías que en sus interacciones y retroacción dan vida a la epistemología sistémica (figura 1).

Figura 1

Epistemología sistémica

Nota. La figura representa cómo las diferentes teorías epistemológicas, como la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, el Constructivismo, el Construccionismo Social, la Teoría del Doble Vínculo y la Teoría de la Comunicación, interactúan y se retroalimentan para formar la epistemología sistémica. Estas teorías, al entrelazarse, contribuyen a un enfoque integral y dinámico del conocimiento.

Teoría general de sistema (TGS)

> Einstein me dijo: "el hecho de que usted pueda observar una cosa o no, depende de la teoría que usted use. Es la teoría la que decide lo que puede ser observado".
>
> Werner Karl Heisenberg (s. f., como se citó en Martínez, 2006, p.1)

Para comprender el modelo de la Terapia Sistémica Breve (TSB), es fundamental explorar las teorías que sustentan la terapia sistémica. En esta investigación, se presentará una breve revisión de sus principales teorías y conceptos.

Arnold y Osorio (1998) atribuyen la Teoría General de Sistemas (TGS) al biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Esta teoría integra diversas ciencias y se convierte en una ontología de sistemas, enfocándose en la definición de sistema y su manifestación en diferentes niveles del mundo observable. Su desarrollo dio lugar a un nuevo paradigma epistemológico que se opone a la epistemología tradicional, la cual explicaba los fenómenos mediante una causalidad lineal. En cambio, la TGS explica los conceptos desde una causalidad circular o recurrente (Ceberio y Watzlawick, 1998). En resumen, "la TGS fue creada por Ludwig Von Bertalanffy en la década de los cuarenta, constituyendo un modelo práctico para conceptualizar fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, cambiando así la concepción de causalidad" (Ceberio, 2019, p.177).

TGS: una nueva perspectiva en psicología y psiquiatría

A mediados de los años cincuenta, la psicología estadounidense estaba dominada por un concepto reactivo del organismo, o el modelo del hombre robot, visto como una herramienta del

mundo industrializado. Durante esta época, la psicología académica se basaba en enfoques pecuniarios, neoconductistas y psicoanalíticos. Sin embargo, estos modelos mostraron resultados deficientes frente a los estragos de la Segunda Guerra Mundial, que provocaron un alto nivel de estrés psicofisiológico y dieron lugar a nuevas enfermedades mentales y existenciales. Además, surgió como fenómeno cultural la delincuencia por gusto entre jóvenes sin carencias. Estas dificultades no encontraban respuesta en las pulsiones reprimidas de los individuos (Von Bertalanffy, 1986).

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, Bertalanffy (1986) señala que en esa época había un malestar con respecto a los principios básicos de la psicología teórica y aplicada, lo que llevó a una inclinación hacia nuevas orientaciones que se manifestaron en diversos enfoques y modelos teóricos. Estas nuevas orientaciones incluían las escuelas neofreudianas, la psicología del yo, las teorías de la personalidad de Murray y Allport, la psicología europea del desarrollo y del niño de Piaget, Werner y Charlotte Bühler, así como la percepción y la autorrealización de Goldstein y Maslow. También se destacaron la terapia centrada en el cliente de Rogers, las actitudes fenomenológicas y existenciales, y los conceptos sociológicos del hombre de Sorokin. Bertalanffy menciona que, a pesar de la diversidad de estas corrientes teóricas modernas, todas comparten el principio de no considerar al ser humano como un autómata reactivo o un robot, sino como un sistema activo de personalidad.

Conceptos básicos de la TGS

Es relevante destacar que la TGS tiene una perspectiva interdisciplinaria, lo que permite su aplicación tanto a sistemas naturales como artificiales (Bertoglio, 1993, como se citó en Domínguez y López, 2017). Según Von Bertalanffy (1986, como se citó en Domínguez y López,

2017), “la concepción de sistema incursiona en todas las ciencias”. Por lo tanto, sus definiciones y principios pueden variar según la disciplina en la que se estudie. Para esta investigación, se presentarán breves definiciones conceptuales y de principios relacionados con el contexto psicológico/terapéutico de diversos autores:

Von Bertalanffy (1986, como se citó en Domínguez y López, 2017) define un sistema como “un conjunto de elementos interactuantes” (p.127). Salvini y Nardone (2019) describen un sistema como “una composición de elementos en un conjunto organizado” (p.738).

Domínguez y López (2017) desarrollan un concepto integral de sistema:

"Un conjunto de elementos (Von Bertalanffy, 1986) que suman esfuerzos, colaborando de manera coordinada y con una constante interacción (Bertoglio, 1993) para alcanzar objetivos comunes (Sommerville, 2011). Este conjunto es claramente identificable por una frontera que lo delimita y opera en un ambiente o entorno con el cual puede mantener una estrecha relación (Arras Vota, 2010). Cada uno de estos elementos puede, a su vez, ser un sistema de menor complejidad o tamaño llamado subsistema, y, por el contrario, cada uno de estos sistemas puede ser un elemento de un sistema más grande o supersistema" (p.127).

Epistemología cibernética

La cibernética incluye dos perspectivas del conocimiento las cuales se complementan, y que en su retroactividad generaron una revolución en el saber de la época.

Cibernética de primer orden

Linares (2012) define el término cibernética como una procedencia del griego kibernos, que, etimológicamente sería la ciencia del control. Ciencia que investiga y teoriza el equilibrio de

los sistemas y sus componentes controladores. El equilibrio del sistema se denomina homeostasis, y se regula mediante circuitos o bucles de retroalimentación de causalidad circular (p.17). Según Ceberio y Watzlawick (1998), el concepto de causalidad circular o recurrencia difiere del modelo lineal de causa y efecto, ya que implica que la causa inicial es influenciada por la retroalimentación y se ve afectada por la progresión y dinámica del proceso. Este enfoque se basa en la cibernética, la cual se sustenta en el concepto de información, utilizando términos como desorden, orden, naturaleza retroactiva, entropía negativa y organización para construir la causalidad circular. La retroalimentación, también conocida como feed-back, se agrega como un dato corrector de desviación y permite corregir errores, mejorando así el objetivo.

En resumen, la idea central de la cibernética es que hay una estructura subyacente, que organiza tanto los procesos físicos como mentales. Esta mirada epistemológica en su etiología causa el control de los sistemas mediante la homeostasis, que se regula mediante una causalidad circular de retroalimentación, que mantiene o rectifica el error.

Cibernética de segundo orden

Ibaceta (2018) afirma que la cibernética de segundo orden, también conocida como la cibernética de los sistemas observantes, es un pedestal epistemológico importante para la terapia sistémica y sus modelos breves de intervención, destacado el trabajo de Von Foerster en este campo.

Así mismo, Kunstmann (2001, como se citó en Ibaceta 2018) alude que la cibernética de segundo orden cuestiona la idea de una realidad independiente del observador y sostiene que la manera en que conocemos está íntimamente ligada a las distinciones que hace el observador. Esta visión implica que lo que se distingue en la observación depende más de las características del

observador que de lo observado (Zlachevsky, 1996). Lo que representa un cambio epistemológico significativo.

Este cuestionamiento de la percepción de realidad existente marca un hito revolucionario frente a los niveles de observación científica de la época al integrar al observador dentro del sistema observado, sobreponiéndose incluso sobre la cibernética de primer orden.

Von Foerster (1974, citado en Ceberio y Watzlawick, 1998) diferencia a "la Cibernética de primer orden como la de los sistemas observados y la de segundo orden como la Cibernética de los sistemas observantes" (p.43). La entrada del observador en el sistema personifica una evolución considerable (Ceberio y Watzlawick, 1998).

En la inclusión de esta base epistemológica y su contribución a la terapia sistémica breve, García (2013) menciona que el aporte de la cibernética de segundo orden al modelo sistémico es que el observador pasa a ser parte de lo observado. Mediante un acto constructivo, mencionando además que la construcción de realidad y la interacción son inherentes.

Por otro lado, Ceberio (2019) señala que las cibernéticas y la teoría general de sistemas sostuvieron un gran efecto en la terapia sistémica, entregando un pensamiento y lenguaje al modelo donde la persona no es vista como un ente autónomo, sino como una persona que interactúa relacionalmente, siendo un sistema que se relaciona con múltiples fuentes de información y un contexto.

Cabe agregar, que tanto la TGS y la cibernética tienen una base epistemológica complementaria en sus conceptos y circularidad, expresando que estas estarían emparentadas (Ceberio, 2019). Por tanto, Salvini y Nardone (2019) expresan que la TGS en paralelo con la cibernética mantienen en común tres principios; el de totalidad, equifinalidad y de retroalimentación o feedback.

• El principio de totalidad, expresa que los integrantes del sistema están interrelacionados recíprocamente, de tal modo que el cambio del comportamiento de uno genera un cambio en los otros integrantes.

• Principio de equifinalidad, expresa que un sistema abierto tiene la virtud de que su funcionalidad se desarrolle por la interacción de sus integrantes y no por la condición inicial.

• De este último, se desprende el Principio de Feedback o Retroalimentación, expresando que el comportamiento de un integrante es efecto y causa de las conductas de los demás integrantes del sistema. Además, Ceberio (2019) señala que el feedback en las ciencias comunicativas es central, es la particularidad de la interacción humana. Es lo que promueve la circularidad cibernética, este retorno de información establece un circuito que influye e involucra al receptor y al emisor, y viceversa, demostrando que no existe un fin ni un comienzo dentro del sistema.

Otros conceptos teóricos claves

• Retroalimentación positiva "está asociada a los fenómenos de crecimiento y diferenciación. Cuando se mantiene un sistema y se modifican sus metas/fines nos encontramos ante un caso de retroalimentación positiva. En estos casos se aplica la relación de desviación y amplificación" (Mayurama,1963 como se citó en Ceberio, 2019, p.187).

• Retroalimentación negativa "este concepto está asociado a los procesos de autorregulación u homeostáticos. Los sistemas con retroalimentación negativa se caracterizan por la mantención de determinados objetivos" (Arnold y Osorio,1998, p.47). Según Ceberio (2019), los sistemas utilizan mecanismos de retroalimentación para regular su comportamiento basándose en sus efectos reales, en lugar de depender de programas de salidas fijas. En los sistemas complejos, se combinan tanto corrientes de estabilidad como de cambio en una dinámica dialectal, donde prima el control.

• Homeostasis está vinculada a los organismos vivos, son los procesos que trabajan las diversificaciones del ambiente, atañe a la compensación interna propia del sistema buscando conservar su forma (Arnold y Osorio, 1998). Ceberio (2019) agrega que "toda información de retorno puede poseer un efecto que concrete la estabilidad, aunque rígida (homeostasis) que no promueve el cambio (p.183), mencionando que el cambio proviene de la Homeodinámica.

• Homeodinámica se refiere a la pérdida de equilibrio del sistema mediante una crisis que incita la posibilidad del cambio para fomentar una estabilidad nueva transformadora. Es decir, que la propiedad de la vitalidad de un sistema posee procesos de estabilización y transformación (Ceberio, 2019).

Constructivismo

El constructivismo tiene en su origen bajo una mirada filosófica que proviene de los filósofos presocráticos, sofistas y estoicos, luego se nutren de los pensamientos de Descartes, Galileo y Kant, siendo este último un referente para el constructivismo moderno ya que sus ideas en relación con el conocimiento buscan distanciarse del racionalismo y el empirismo de su época (Araya, et al., 2007). Para ilustrar a autores constructivistas modernos se podrían mencionar a Jean Piaget, Lev Vigotsky, Thomas S. Kuhn, Gregory Bateson, Ernest Von Glaserfeld, Heinz Von Foerster y Humberto Maturana, entre otros (Martín, 2012).

Si bien la RAE (2018, como se citó en León y Ortuzar, 2020) no definen constructivismo como un valor epistemológico si nos más bien como un ejemplar que "alude a un movimiento artístico […] Lo que muestra la polisemia del concepto" (p.135). Aun así, el término epistemológico se puede encontrar a la fecha en diccionarios de psicología postmoderna. Por lo consiguiente, Nardone y Salvini (2019) define la epistemológica constructivista como:

"El producto de la acción cognoscitiva del sujeto. Oponiéndose a la idea de realidad objetiva, a priori y ontológicamente determinada, susceptible por tanto de ser descubierta, el constructivismo sostiene la idea de que la única realidad posible es la que depende de las operaciones mentales del observador y, como tal, es creada por el acto mismo del conocer. Según la feliz expresión de Watzlawick (1981), toda forma de conocimiento sería siempre y en cualquier caso una realidad inventada" (p.237).

De la inferencia antes mencionada Ceberio y Watzlawick (1998) afirman que, en épocas de la posmodernidad, admitir la variación de la complejidad involucra reconocer la pluralidad y multiplicidad de los modelos interpretativos. Dicho brevemente la epistemología constructivista se contrapone a la mirada objetiva de la epistemología positivista, del cómo se percibe la realidad de los fenómenos, la cual argumenta que "no somos receptores pasivos que aprehenden la realidad, sino que constructores activos de la misma" (Ibaceta, 2018, p.49). Como consecuencia de esta epistemología nacen importantes aportaciones al mundo de la psicoterapia (Nardone y Salvini 2019).

En síntesis, el constructivismo junto a la cibernética de segundo orden ponen con especial importancia a la observación y a la realidad, como una construcción interactiva de lo observado y el observador.

Teoría de la comunicación

Para continuar es necesario conocer sobre la teoría de la comunicación humana, ya que en ella se desglosan distintos conceptos, técnicas y métodos esenciales para los modelos psicoterapéuticos postmodernos. Sin embargo, a lo largo de la historia hay muchos autores ligados

al estudio del lenguaje y la comunicación, como motivo de esta investigación se dará a conocer una visión conceptual e histórica, desde el paradigma sistémico.

La comunicación humana como sugiere Marc y Picard (1992, como se citó en Rizo 2011) es un "conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos" (p. 2). Por otro lado, Bateson y Ruesch (1984, como se citó en Rizo, 2011) agregan que la comunicación es la base sobre la cual se entrelazan todas las acciones realizadas por los seres humanos.

Gregory Bateson y las raíces comunicacionalistas

De acuerdo con Linares (2012) es conocido que el paradigma sistémico familiar se desarrolla y cobra fuerza por los estudiosos de la comunicación, denominado en aquella época como comunicacionalismo y cuyo intelectual más reconocido es Gregory Bateson, junto a sus colaboradores del mítico equipo de Palo Alto. Bateson era hijo de un antropólogo devoto de la comunicación, de quien se podría decir que hereda esta pasión del saber, interesándose en primera instancia por el lenguaje de los delfines, luego por la tribu de los Latmules en Nueva Guinea y la psiquiatría. Motivado por Jackson cerca del año 1968 se interesa por el modelo comunicativo de las personas padecientes de esquizofrenia, estudiándolos en múltiples contextos naturales incluidos el familiar. Eventos que dan partida al Mental Research Institute.

Como bien afirma Korsbaek (2012) son múltiples los aportes teóricos de Gregory Bateson, su legado atravesó distintas disciplinas e incluso el atlántico con sus aportes; tanto a nivel de campo, en la cibernética, la ecología de la mente, la teoría del doble vínculo, la etnografía y la ciencia de la comunicación. Destacando en esta última, que la comunicación se desarrolla en varios niveles al mismo tiempo.

Bateson (1972) afirma que "La comunicación verbal humana puede operar a muchos niveles contrastantes de abstracción" (p.132). Precisamente, en ese mismo año, señala:

> Hay un abismo entre metamensaje y mensaje […] de la misma naturaleza que el abismo que separa una cosa de la palabra o signo que la representa, o del que existe entre miembros de una clase y el nombre de la clase. El […] metamensaje clasifica el mensaje, siempre hay entre ellos cierta desigualdad. (Bateson, 1972)

Aportes de Paul Watzlawick a la teoría de la comunicación

Según Rizo (2011) menciona que uno de los máximos representantes de la teoría de la comunicación es Paul Watzlawick. Quien desarrolla un conjunto de axiomas, considerados como leyes universales de la comunicación, interacción y la construcción de realidades de los sistemas humanos.

Los axiomas de la comunicación según Watzlawick et al., (1971, como se citó en Rizo 2011) son:

1. Es imposible no comunicar, por lo que, en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
2. Toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores.
3. Los autores señalan que la definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes.
4. El cuarto axioma apunta a que la comunicación humana implica dos modalidades, la digital (lo que se dice) y la analógica (cómo se dice).

5. El quinto y último axioma establece que toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella, respectivamente (p.6).

Sin dudas los aportes de la teoría de la comunicación humana desarrollan un sinfín de construcciones y realidades, subjetivas e intersubjetivas sobre cómo se comprende y construye la realidad humana y social. Estos aportes marcarán un antes y un después, en múltiples disciplinas. Especialmente en la psicología, donde el diálogo comunicacional digital, analógico, semántico, pragmático e intersubjetivo del sistema consultante y del terapeuta resultan indispensables. Al respecto, Arango et at., (2016) expresa que "el quehacer del terapeuta sistémico no sería posible sin el uso de los axiomas de la comunicación" (p.33). Sin embargo, éstos no fueron los únicos aportes teóricos desarrollados por Gregory Beteson, Paul Watzlawick y todo el grupo del Mental Research Institute de Palo Alto de esa época, la década de los 60 y 70, también de ellos se desglosa la teoría del doble vínculo.

Teoría del doble vínculo

Para comprender la importancia de la teoría del doble vínculo debemos adentrarnos al modelo psicoterapéutico reinante en la época de los años 50, el modelo psicoanalítico, en el cual primaba el inconsciente. Siendo la teoría del doble vínculo la primera desarrollada por el grupo de Palo Alto liderada por Gregory Bateson. Como resultado se obtuvo un cambio de cosmovisión respecto a la salud mental en esos años. La enfermedad ya no estaría conceptualizada por el trauma y la niñez, ni tampoco estaría señalada como genética. A diferencia de ello, es presentada como un problema de la comunicación (Ceberio, 2019). Así mismo, Linares (2012) afirma que "el doble vínculo llegó a los medios psiquiátricos en los años sesenta, procedente de la teoría de la

comunicación, como una nueva respuesta etiológica para la esquizofrenia" (p.14). La cual, da un cuerpo teórico interaccional al cómo se estudiaba a la esquizofrenia. Bateson estudió la teoría de los tipos lógicos promovida por Bertrand Russell por los días del año 1913, donde puso énfasis en la interacción humana o más concreto en la paradoja de las relaciones. Las reflexiones sacadas por el equipo se aplicaron a las investigaciones de la comunicación humana, a la cibernética y a la óptica sistémica. Los resultados fueron revolucionarios y marcaron el precedente del inicio de la terapia familiar, debido a que se dejó la visión individualista de la atención del paciente y se incluyó a la familia, observando el insidio de la paradoja que atrapaba al padeciente de esquizofrenia o a la víctima como se dice en la teoría del doble vínculo (Ceberio, 2019).

La paradoja según Ceberio (2019) se puede definir "como una contradicción resultante de una deducción correcta a partir de premisas congruentes" (p.206). Un ejemplo de ello lo explica Ceberio (2019) en su libro Paul Watzlawick en búsqueda del cambio:

"Watzlawick repetía en sus seminarios, una y otra vez la misma anécdota como ejemplo que hace referencia a este tipo de mecanismo: la historia de la madre judía y las dos corbatas. Una madre regala a su hijo, dos corbatas una azul y otra roja. El primer día, el hijo estrena la azul y se la muestra a la madre para hacer ostentación del regalo. La madre le pregunta ¿Cómo, querido, no te gusto la corbata roja? Ante tal comentario, para satisfacerla, el hijo se pone la corbata roja; enfrenta a su madre nuevamente, en busca de aprobación, y de nuevo se encuentra con la pregunta: ¿cómo, querido? ¿entonces no te gusto la azul?" (p.208).

Como consecuencia Laing (1960, como se citó en Ceberio, 2019) indica que A comunica a B sobre el hacer de una cosa y a la vez, en otro nivel, el no hacerla o bien que B debe desarrollar algo incompatible con la primera. Esto genera una catástrofe en la víctima por su posición inestable del quehacer.

Técnica terapéutica del doble vínculo

Sobre la base de la teoría del doble vínculo Nardone y Salvini (2019), mencionan la técnica del doble vínculo, insinuado que ésta aprovecha la consecuencia de desconcierto del paciente para inducir trances hipnóticos. Todo esto fue estudiado por Jay Haley quien observó el trabajo de hipnosis de Milton Erickson quien desarrollaba técnicas sugestivas iluminadas por el doble vínculo. De esta manera cuando el hipnotizado se resiste a la introducción del trance, el hipnotizador le pide que se resista, el consultante concluirá obedeciendo al hipnotizador tanto como si quiere o si intenta resistirse a la inducción hipnótica. Haley inspirado en Erickson lleva el doble vínculo al espacio terapéutico, ubicando al consultante y al síntoma, en una confluencia en torno a la relación con el terapeuta, ya que éste podría prescribir el síntoma al consultante y esta autorización devolvía al terapeuta el control. De hecho, "un ejemplo de doble vínculo terapéutico es la técnica paradojal de la prescripción de síntoma" (Nardone y Salvini, 2019, p.291) desarrollada por el equipo del MRI.

El cambio terapéutico

Nardone y Salvini (2019) referencian a Heráclito y el *Polemos*, que significa conflicto, para iniciar la comprensión sobre el cambio en la psicoterapia. El *polemos*, rige todas las cosas generando una alteración constante, según Heráclito nada se mantiene idéntico, nada es para siempre y todo cambia, lo cual se expresa en la frase griega *Panta rei*. Desde la cosmovisión evolucionista las especies cambian y sobreviven gracias a la adaptación de este. En la conducta humana el cambio es inevitable, junto con la interacción y la comunicación. De ello derivan sus cambios a nivel interior y exterior, este puede modificar al sistema ya sea para empeorar, desarrollando una patología, o mejorarlo.

El cambio terapéutico está focalizado a una dirección que se debe definir a priori como objetivo terapéutico. Esta labor se refiere a “un sistema relacional” que altera su homeostasis y que cambia constantemente. De ahí la relevancia de saber hacia dónde se debe incitar el cambio terapéutico (Nardone y Salvini, 2019).

Desde la perspectiva de Nardone y Salvini (2019) el ámbito de la psicoterapia breve del modelo del Mental Research Institute (MRI) distingue dos tipos de cambio:

- Cambio de primer orden; este se efectúa dentro del sistema y lo mantiene inalterado.
- Cambio de segundo orden; este viene del exterior y provoca modificaciones en el interior del sistema.

Ceberio (2017) menciona sobre el cambio terapéutico, la exploración de la problemática del consultante donde se deben considerar diferentes variables que se influyen y retroalimentan mutuamente; diferenciando el síntoma como indicio del desajuste del sistema en el que está inmerso el sujeto, y el problema como reflejo de situaciones del contexto, pero que dependen de la respuesta o solución del sistema. Según el autor, de esta distinción dependerán las estrategias a trabajar, sin embargo, la resistencia al cambio aparece con fuerza cuando el síntoma cumple la función de comunicar una disfunción. De acuerdo con Kerman y Ceberio (2014, como se citó en Ceberio, 2017), la resistencia a este cambio dependerá de la calidad y cantidad de síntomas, la intensidad y tiempo desde su aparición.

Hay que tomar en cuenta que, dentro de estas consideraciones sobre la resistencia al cambio, la convivencia prolongada con el problema puede acarrear otros problemas al motivo original denominados “problemas satélites”, que bien pueden dificultar el proceso de cambio, o pueden facilitar su solución debido a una solución lateral al problema principal (Ceberio, 2017).

De esta manera, se genera un efecto domino que puede ser más desfavorable o, al contrario, puede ser un facilitador del cambio.

La terapia sistémica se vuelve breve

Desde la perspectiva de Schaefer (2013) el MRI se desarrolla por la colaboración del proyecto Bateson y el trabajo de un grupo clínico liderados por Don Jackson, quienes buscaban implementar la cibernética a la comprensión familiar. Esta colaboración desarrolla una sinergia positiva para el modelo sistémico en general. Luego a mediados de los años 60 llega a Palo Alto, Paul Watzlawick, quien era doctorado en filosofía, en lenguas modernas y analista Jungiano. Los 60 fueron un período muy fructuoso desde la teoría, se empleó la cibernética a las ciencias humanas, se genera la Teoría de la Comunicación Humana, y otros aportes más. Con el trabajo de este grupo surge una nueva forma del conocer y de intervenir el conocer y la realidad. Se incluye el contexto como un eje central de las conductas, significados y aparece la terapia familiar sistémica. Consecutivamente, Virginia Satir deja el MRI y fallece Don Jackson, pero se une Richard Fisch. Luego Weakland aprende formalmente la hipnosis. Por otra parte, producto de los diálogos de Weakland y Watzlawick nace la idea de acortar los procesos de terapia, así a inicios de 1967 se desarrolla el Centro de Terapia Breve al interior del MRI. Luego llega Arthur M. Bodin. Con este equipo surge el modelo centrado en la resolución de problemas. Se desarrollan técnicas que ayudan a modificar la realidad, síntomas y resolver problemas de los consultantes en un tiempo más acotado (Weakland et al., 1974, como se citó en Schaefer, 2013). Colocando su acentuación en el cambio terapéutico y sus distintas retroacciones sistemáticas. Para luego dar nacimiento a la Terapia Estratégica Breve. Actor principal de la Terapia Sistémica Breve junto a la terapia centrada en soluciones y la terapia Narrativa.

Terapia sistémica breve (TSB)

Según García (2013) afirma que la TSB tiene sus bases epistemológicas de origen sistémicas, cibernéticas y constructivistas. Atestigua que se podría atribuir al psicólogo Mark Beyebach la difusión del término Terapia Sistémica Breve (TSB). Ceberio y García (2016) distinguen tres modelos que se integran y retroalimentan para dar vida la TSB intercalando procedimientos centrados en lo narrativo, en las soluciones y estrategias, los cuales son: la Terapia Breve Estratégica, la Terapia Breve Centrada en la Solución y la Terapia Narrativa.

Terapia estratégica breve

"No se puede no comunicar, es el primer axioma de la pragmática de la comunicación (Watzlawick, 1967).

Por lo tanto, hay que escoger si hacerlo

de modo casual o de manera estratégica" (Nardone y Salvini, 2016, p.23).

Según Schaefer (2013) la terapia estratégica breve es un enfoque de intervención orientado a la efectividad. La orientación estratégica es una práctica clínica que nace en una época donde destacan las terapias largas, cuyas orientaciones buscaban una explicación intrapsíquica y muchas veces mecanicista, es bajo este contexto y gracias a sus bases epistemológicas sistémica, cibernética y constructivista que logra resultados eficientes y breves. El ser estratégico es ver la realidad de la psicoterapia de una forma interaccional, circular, sistémica, con una lógica de cibernética de segundo orden y constructiva de la realidad. Por otro lado, se pone énfasis en el marco referencial del consultante, permitiendo ser parte de su propio proceso formulando objetivos y definiciones del problema, ajustándose al sujeto desde su lenguaje, creencias y expectativas.

Nardone y Salvini (2016) mencionan que el terapeuta estratégico se enfoca en cómo funciona el problema y en que hacer para solucionarlo, no en el por qué existe, cambiando en el consultante su propia percepción de atribución causal a través del diálogo. Reconociendo la solución intentada disfuncional y cambiándola por una solución funcional, conocer el problema a través de la solución.

Se puede concluir que la terapia estratégica breve cuyos nacimientos provienen de Weakland y Watzlawick en el año 1967 (Schaefer, 2013). Ha ido evolucionando e incorporando conocimientos y metodologías que hasta el día de hoy le permiten ser un modelo terapéutico breve y efectivo de intervención.

Modelo de terapia breve centrada en soluciones

Lo que más importa es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario, si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras. Una analogía de la terapia breve centrada en soluciones.

En relación con la Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS) García (2013) afirma que este modelo psicoterapéutico fue desarrollado en Estados Unidos, Específicamente en Milwaukee, bajo el liderazgo de Insoo Kim Berg y de Steve de Shazer, en el centro de Terapia Familiar Breve. Es parte del movimiento sistémico, por ende, recibe influencias del Mental Research Institute (MRI) y de sus referentes. Conjuntamente, se relaciona a las corrientes postestructuralistas, constructivista y posmodernista.

Por otro lado, Moreno (2015) menciona que el enfoque terapéutico de la TBCS se aleja del foco en los problemas y se centra en la construcción de soluciones, basándose en los recursos de los consultantes y sus familias; siguiendo el principio de la "navaja de Ockham", evitando

explicaciones innecesarias. Steve de Shazer, influenciado por la terapia breve, Milton Erickson y el MRI, sostiene que los problemas surgen cuando una dificultad se percibe como tal y se intenta resolver. Una forma de aproximarse a su solución es explorar las excepciones y variaciones para ampliarlas y alejarse de la problemática; es decir, se realiza un trabajo de "construcción de soluciones" (De Shazer et al., 2007; como se citó en Moreno, 2015), donde ni siquiera es necesario conocer en profundidad el problema. De Shazer y su equipo optaron por un modelo más colaborativo apostando por una idea: la familia tiene la solución y no el terapeuta, tomando de base lo que funciona.

Por ende, la terapia breve centrada en la solución es un modelo distinto, que no se centra en el funcionamiento del problema o en un orden psicopatológico del sistema consultante, este pone énfasis en los recursos de las personas, parejas y sus familias, destacándose un rol de no experto del terapeuta.

Modelo de terapia narrativa

"La persona no es el problema, el problema es el problema"

Aforismo de White (1989, como se cita en García, 2013, p.107).

Latorre (2013) reconoce al australiano Michael White y a David Epston de Nueva Zelanda como los principales desarrolladores de la terapia narrativa y define la terapia narrativa como:

> Una serie de prácticas en la que las terapeutas están interesadas en los procesos en que las personas construyen significados de las experiencias de sus vidas. A través de la narración y renarración de historias preferidas animan un proceso de construcción de significado. De este modo, trabajan para hacer visibles y audibles aquellas historias de vida asociadas con nuevas maneras de construir la propia identidad y que promueven acciones más

congruentes con aquello que es importante para las personas en sus vidas, con lo que valoran (p. 97).

Latorre (2013) también refiere que; el psicoterapeuta narrativo visualiza potencialidades, conocimientos, su vida, destrezas y su contexto. Las narrativas cobran un rol protagónico que construye nuestra experiencia y realidad. Como dice White (2004, como se citó en Latorre, 2013) cuando el consultante llega al espacio terapéutico, llega narrando historias. El terapeuta narrativo promueve la continuidad de mencionado proceso. Aun así, incentiva el nacimiento de otras historias.

En síntesis, la terapia narrativa se interesa en construir realidades, significaciones y sentidos, desde la narrativa y los procesos de significación de los consultantes.

Hipnosis, hipnosis clínica e hipnosis sin trance

Hipnosis

La hipnosis se podría definir como "un procedimiento mediante el que se induce a un estado alterado de conciencia basado en una relajación física y mental, llamada trance, que genera un estado receptivo hacia los estímulos procedentes del subconsciente" (Nardone y Salvini, 2016, p.408). Estos mismos autores expresan que los primeros resquicios de la práctica hipnóticas se encuentran bajo el nombre de sueño mágico, en la civilización egipcia. Por otro lado, en el año 1770 en la China Antigua, se utilizó por primera vez con un objetivo terapéutico de la mano de F. Mesmer. Aun así, la contribución decisiva fue desarrollada por J.M. Charcot. Aunque la hipnoterapia apareció en gloria y majestad a mediados del siglo XX de la mano de Milton Erickson quien transformo la hipnosis en un método eficiente y eficaz dentro del espacio psicoterapéutico. Así mismo manifiestan que existen distintos enfoques hipnóticos, unos no directivos como la Hipnosis Ericksoniana la cual utiliza un lenguaje sugestivo de la comunicación. Y otras directivas en las que el acceso al trance se hace de una manera formal y estructurada (Nardone y Salvini, 2016).

Johan-Dojaquez et al., (2024), en una revisión sistemática sobre los avances y conocimientos acerca de la efectividad de la hipnosis como tratamiento, la describen como una herramienta versátil con aplicaciones en diversos ámbitos terapéuticos. Los estudios de neuroimagen han facilitado su comprensión, permitiendo identificar variaciones en su eficacia según el contexto y las características del consultante. Esto explica por qué los resultados de los estudios y la replicación de experimentos pueden diferir, destacando el papel del potencial hipnótico de los consultantes en su susceptibilidad a las intervenciones.

Los autores reconocen su aporte en el campo de la psicología y la psiquiatría, la hipnosis ha demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos mentales (Cabrera et, al., 2013; Crespo Generelo; como se citó en Johan-Dojaquez et al., 2024). Además, favorece el desarrollo de la resiliencia, lo que incrementa la receptividad de los pacientes y facilita su respuesta a las sugerencias hipnóticas (Monroy Cortés y Palacios Cruz, 2011, como se citó en Johan-Dojaquez et al., 2024). Un aspecto relevante es su capacidad para combinarse con otras intervenciones terapéuticas, ayudando a minimizar los efectos adversos de ciertos tratamientos. No obstante, es necesario ampliar la investigación científica para profundizar en su impacto y optimizar su aplicación en diferentes contextos clínicos.

Hipnosis clínica

Es la aplicación hipnótica en el área médica y psicoterapéutica, la cual tiene una veracidad empírica como procedimiento terapéutico. La hipnosis clínica involucra mecanismos selectivos de la atención, reduce el foco de atención y aumenta las experiencias sugestivas en el consultante. Estos fenómenos se pueden desarrollar desde: una regresión temporal, una progresión temporal y disociación.

• Regresión temporal: "Definida como el hecho de ser absorbidos de forma intensa y experiencial en la memoria a fin de que se pueda apelar a los recuerdos en sus detalles más vividos e incluso revivir como si se estuvieran manifestando en el momento presente, posibilitando su reestructuración" (Nardone y Salvini, 2019, p.409).

• Progresión temporal: "Definida como el hecho de ser absorbidos de forma intensa y experiencial en las propias expectativas, un medio para generar profecías que se autocumplen, por ejemplo, la analgesia y anestesia" (Nardone y Salvini, 2019, p.409).

• Disociación: “Capacidad de subdividir las experiencias generales en las partes constituyentes y, selectivas, ampliar o reducir una parte según el objetivo terapéutico, promoviendo, por ejemplo, un distanciamiento controlado de las emociones fuertes” (Nardone y Salvini, 2019, p.409).

Hipnosis sin trance

La construcción del concepto de hipnoterapia e hipnosis sin trance fue desarrollada por Watzlawick. Aludiendo al trabajo de Milton Erickson quien utilizaba un lenguaje hipnótico/sugestivo instaurando prescripciones sin la necesidad de formalidad de una hipnosis clínica. Destacando la labor de utilizar las técnicas comunicativas para hipnotizar sin trance.

Nardone y Salvini (2019) definen está modalidad como:

> “Un estado alterado de la conciencia sin presencia de un trance hipnótico formal, que puede producirse en un intercambio comunicativo corriente, perceptible por la observación empírica de una ampliación de las capacidades perceptivas en un estado de relajación, por el que la persona se autoinfluye o es influida con más facilidad” (p.411).

En síntesis, tanto la hipnosis clínica como la hipnosis sin trance ofrecen enfoques efectivos para facilitar el cambio terapéutico, cada una con sus particularidades. Mientras que la hipnosis con trance se basa en inducir un estado alterado de conciencia para acceder al inconsciente y generar modificaciones profundas, la hipnosis sin trance utiliza el lenguaje natural, la sugestión indirecta y la conversación estratégica para influir en el consultante sin necesidad de una inducción formal. En este sentido, la efectividad de la sugestión indirecta no radica en que el consultante siga exactamente las expectativas del terapeuta, sino en la capacidad de generar beneficios significativos y adaptados a sus necesidades específicas (García Sánchez et al., 2015). Ambos

métodos comparten el objetivo de movilizar recursos internos y promover el bienestar, permitiendo que la intervención se adapte a las características individuales de cada persona.

La influencia de Milton Erickson

Es interesante la influencia que provoca el nombre de Milton Erickson en los distintos modelos de intervención psicoterapéuticos postmodernos, también el revuelo que causaba entre los profesionales y colegas de su época, muchos decidieron hacer citas, aprender y desarrollarse junto a él.

García (2013) menciona que:

> Milton H. Erickson fue un hipnoterapeuta norteamericano de gran influencia en distintas corrientes de la terapia sistémica y de la terapia breve, cuya principal cualidad era que hacía sus intervenciones sin apoyarse en ninguna teoría psicopatológica ni tampoco se interesaba en averiguar sobre el origen de los problemas. Las cosas que otros terapeutas consideraban psicopatológicas, Erickson las consideraba habilidades, mecanismos mentales que podrían usarse tanto para curar como para producir problemas (p.65).

Principios de la hipnosis Ericksoniana

O'Hanlon, (1993, como se citó en Schaefer, 2013) menciona que Erickson a pesar de no haber realizado formulaciones teóricas, sus seguidores lograron definir ciertos principios:

a) Hipnosis Naturalística: La hipnosis conviniera ser natural, la fase de trance no es artificial, está concierne a un estado de conciencia natural en los individuos. Mediante un encuentro conversacional.

b) Hipnosis de Utilización: Un estado de trance provechoso debería usar todo lo que trae la persona, sus valorizaciones, creencias, definiciones, percepciones, su marco de referencia, lenguaje, necesidades y motivaciones.

c) Hipnosis Evocativa: es permitir que la persona recuerde sensaciones y/o experiencias, en vez de instaurarlas. Esto genera un impacto en la concepción de la terapia, ya que implicaría un redireccionamiento de habilidades y recursos en la superación de problemas.

d) Hipnosis Indirecta: todo lo contrario, a una hipnosis autoritaria, Erickson sugiere un lenguaje no impositivo, que ayude a la tolerancia de sugestiones. Las sugestiones tendrían que ser indirectas mediante un lenguaje implicativo, para evitar naturalmente las defensas de la persona, logrando que el propio sujeto consiga el trance.

Así la Hipnosis Ericksoniana según los autores mencionados podría ser una técnica practica de tipo relacional, co-construida y sistémica. Con énfasis en el lenguaje, en el marco referencial de los consultantes y en las paradojas comunicacionales. Está busca generar la ruptura de esquemas conscientes, subconscientes y cambios de contexto, generando respuestas involuntarias y alteraciones en la experiencia.

La Hipnosis y el modelo Ericksoniano son técnicas que puede ayudar en su conjunción a la reestructuración de los esquemas mentales de los consultantes, ya sea desde un origen directivo o indirecto, de los consultantes. Pudiendo demostrar posiblemente un trabajo eficaz en el espacio psicoterapéutico en el tratamiento del abuso sexual.

Abuso sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) envuelve el tema del Abuso Sexual dentro del rubro de la Violencia Sexual y la define como: "actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación por la fuerza física" (OMS, 2013). Esto incluye la violación en la pareja o en citas amorosas; la violación ejecutada por desconocidos y conocidos; el acoso sexual, la esclavitud sexual, la trata de personas; la fecundación forzada, el abuso sexual de personas con discapacidad, la violación y el abuso sexual de niñas o niños y adolescentes (Téllez, 2019).

Abuso sexual Infantil

Para adentrarnos en el tema y sus complejidades es importante revisar algunas investigaciones efectuadas por la OMS en el 2004, en la que se calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones (Téllez, 2019).

Es importante reconocer que el ASI está dentro de los malos tratos graves que pueden existir en la vida de un niño, el cual puede traer repercusiones hasta la adultez.

Según Faura (2015) la definición y tipos de maltrato infantil son:

Una de las definiciones más claras, es la que considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar. De forma sencilla y operativa se distinguen el maltrato físico, la negligencia, ASI y maltrato emocional.

Abuso sexual infantil: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyerismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar, aunque la relación sexual se mantenga con terceros.

Conforme Echeburúa y Guerricaechevarría, (2021) existe un consenso fundamental que establece que para que haya ASI deben cumplirse dos criterios esenciales: la existencia de una relación desigual entre el agresor y la víctima ya sea en términos de edad, madurez o poder, y la explotación del menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Este último aspecto incluye cualquier tipo de contacto o interacción con un niño en el que se le utilice para la estimulación sexual del agresor o de otra persona (Hartman y Burgess, 1989, como se citó en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Por otro lado, Galleguillos (2018), reconoce el juego de descubrimiento normal entre niños corresponde a conductas propias de su desarrollo evolutivo, donde exploran su sexualidad y diferencias de género con sus pares, de manera simétrica y guiados por la curiosidad, sin agresiones. En contraste, una conducta abusiva entre niños se caracteriza por la asimetría en la interacción y en la edad, replicando dinámicas de abuso de poder. Sin embargo, no es usual que un niño ejerza abuso de forma consciente; más bien, suele imitar comportamientos aprendidos de adultos. Cuando un niño, niña o adolescente presenta conductas, frases o juegos con connotaciones sexuales inapropiadas para su edad, esto puede ser un indicio de que está siendo víctima de abuso sexual, interpretándose dichas conductas como síntomas más que como simples transgresiones.

También, Lago y Céspedes (2009, como se citó en Benítez et al., 2014) mencionan que existen varios enfoques para clasificar el ASI. Para ello establecen categorías principales:

- Abuso con contacto físico: Incluye actos como la violación, definida como la penetración en la vagina, el ano o la boca, ya sea con el pene o con cualquier objeto. También abarca las caricias inapropiadas, que consisten en tocar o acariciar los genitales u otras partes del cuerpo del menor con fines de satisfacción sexual.
- Abuso sin contacto físico: Comprende conductas como realizar propuestas verbales de actividad sexual explícita, mostrar los órganos sexuales de manera inapropiada a los menores, forzar a los niños a presenciar actividades sexuales de otras personas, o realizar falsas acusaciones de agresiones sexuales contra uno de los padres en el contexto de un proceso de divorcio.
- Explotación sexual: Se refiere a involucrar a menores en actividades relacionadas con la producción de material pornográfico, la promoción de la prostitución infantil o el fomento del turismo sexual.
- Ataque sexual: Otra manifestación del abuso sexual ocurre cuando el agresor es una persona desconocida para el niño o la niña, y se conoce como agresión sexual.

Para concluir, es importante señalar que las dinámicas abusivas pueden generar respuestas de secreto o silenciamiento. Esto indica que la víctima no es que no quiera hablar al respecto, sino que no puede hacerlo. De esta manera, la mayoría de los sobrevivientes mantienen en silencio su experiencia traumática durante muchos años, e incluso hay personas que lo guardan para toda la vida. Por otro lado, no solo existe el silencio de la víctima, sino también de aquellos que sospechan sobre la existencia del ASI e incluso de la sociedad misma, creando una complicidad desde el constructo sociofamiliar (Galleguillos, 2018). Cabe señalar que existe la posibilidad de que la

víctima durante su crecimiento sufra más de una forma de victimización traumática, las cuales impactaran su desarrollo biopsicosocial, esto en la literatura se conoce como polivictimización (Pinto et al., 2019), la cual en su retroacción con las dificultades antes mencionadas fomentan lo que se conoce como trauma complejo.

Trauma complejo

La definición de trauma complejo fue desarrollada en 1992 por Judith Herman para manifestar la coexistencia de una representación compleja del estrés post traumático en supervivientes prolongados y repetitivos. “Se entiende por trauma psicológico complejo al que ocurre luego de estar expuesto a estresores severos que son prolongados o repetitivos, involucran daño o abandono de los cuidadores, y ocurren en períodos de desarrollo vulnerable de la víctima como la infancia o adolescencia” (Chiappe y Teti, 2016, p.126).

Case debe señalar que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5 (DSM-V) no especifica una psicopatología sucesiva y vinculada a experiencias traumáticas en la niñez y adolescencia. Aun así, el CIE – 10 denomina trauma complejo como “experiencias traumáticas sucesivas que afectan la niñez, asociadas al maltrato, el abuso u otras vulneraciones, y que generan consecuencias hasta la edad adulta en buena parte de los afectados” (García y Beyebach, 2022, p.22).

La teleterapia

"Las especies que sobreviven no son las más fuertes,
ni las más rápidas, ni las más inteligentes;
sino aquellas que se adaptan mejor al cambio"

Charles Darwin

La Teleterapia se define según Cabas (2020) como "Una intervención entre uno o más pacientes y un terapeuta, a partir del uso de la tecnología como modalidad de comunicación". (p.43). Por otro lado, Quilis (2004) menciona que la Teleterapia elimina las barreras geográficas, fomentando la provisión de servicios de salud a distancia, mejorando la accesibilidad y al mismo tiempo ampliando la oferta de profesionales al servicio de la población. Aun así, ¿estos beneficios podrán tener validez frente a un proceso psicoterapéutico?

De la Torre y Cebrián (2018) en su guía para la intervención telepsicológica del colegio oficial de psicólogos de Madrid, señalan que ante problemas psicológicos tales como: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático, insomnio, entre otros, la teleterapia aporta resultados favorables en cuanto a la eficacia de estos procesos llevados a cabo de manera digital, con lo cual señalan que la psicoterapia online y la psicoterapia tradicional tendrían niveles de eficacia similares, aunque en algunos casos la teleterapia mostro mayores niveles de eficacia en virtud de la eliminación de ciertas barreras que se mencionaron anteriormente.

A pesar de los beneficios que podría presentar la teleterapia, también es necesario abordar los requisitos necesarios tanto del psicólogo como del usuario para que sea posible realizar el proceso con resultados exitosos. Al respecto De la Torre y Cebrián (2018), señalan que es necesario que el psicólogo online sea competente en áreas como la comunicación, informática y nuevas tecnologías para dar respuesta eficaz a aquellos factores adversos que pudieran surgir de la

atención mediante canales digitales como caídas de internet, problemas de audio, entre otras. Mientras que se debe resguardar que los usuarios presenten un adecuado uso de las tecnologías utilizadas para llevar a cabo el proceso o tengan el apoyo necesario para hacerlo, si cuenta con el espacio y herramientas necesarias para conectarse de manera segura con el respectivo resguardo de datos, de privacidad y confidencialidad.

Técnicas de la TSB utilizadas dentro de la presente investigación

Para empezar, las técnicas en psicología son "procedimientos específicos de cada modelo terapéutico [...] que dependen de la interrelación consultante-terapeuta y no de la técnica en sí" (García, 2013, p.68). Estas técnicas buscan promover el cambio en el sistema del consultante. Con esta premisa, las técnicas utilizadas en esta investigación son:

Escucha activa: Esta técnica es fundamental para fomentar el vínculo. "Más si se trata de alguien traumatizado por un evento adverso [...] el terapeuta debe ser un contenedor emocional y un modelo de autocontrol" (García y Beyebach, 2022, p.168), especialmente en momentos de desborde emocional.

Uso del lenguaje del consultante: Utilizar el marco referencial del consultante (García y Schaefer, 2015).

Elogio Terapéutico: Consiste en resaltar aspectos positivos y recursos personales del consultante que se desean mantener o que ayudan a enfrentar las problemáticas (García y Schaefer, 2015).

Rol de Sobreviviente: Transformar la percepción del consultante de víctima a sobreviviente, cambiando su cosmovisión y permitiéndole definirse no por el trauma, sino como persona (García y Beyebach, 2022).

Uso de Tareas: Las tareas se prescriben al finalizar la sesión para aprovechar el tiempo entre sesiones y obtener beneficios cognitivos, afectivos, conductuales y/o relacionales. García y Schaefer (2015) explican: "La terapia estratégica breve. La superación de un problema implica bloquear los intentos de solución fallidos y, por ende, quebrar la pauta de persistencia del problema. Las prescripciones o tareas buscan interrumpir o alterar la pauta del problema, ya sea pidiendo al cliente que haga algo distinto (tarea directa) o repitiendo o incrementando lo que ya está haciendo (tarea paradójica). Por otro lado, la terapia centrada en soluciones incorpora otras tareas destinadas a descubrir, potenciar o utilizar recursos del cliente" (p.119).

Prescripción de síntomas: Es una técnica paradójica que implica la solicitud explícita de continuar con el problema. Por ejemplo, si una persona tiene rumiaciones constantes, se le pide que las traiga a su mente todos los días a las 8 p.m. durante dos minutos. Esto desnaturaliza el problema, provocando:

- Un cambio en la pauta del problema en cuanto a duración, contexto, frecuencia, momento, etc.
- Una alteración en la secuencia de eventos.
- La transformación de lo involuntario (rumiaciones) en voluntario, debilitando el problema (García y Schaefer, 2015).

Técnica de escritura autobiográfica: Dentro del modelo narrativo se promueve la escritura creativa para fomentar el diálogo y transformar las narraciones del problema o del consultante. La técnica autobiográfica invita al consultante a escribir su propia vida, lo cual organiza la historia del problema, su identidad y los cambios (García y Schaefer, 2015).

Escribir, leer, quemar: Estas tareas permiten el reprocesamiento. Se invita a la persona a escribir un relato sobre el trauma o eventos negativos, leerlo en voz alta y luego, como un ritual, quemarlo (García y Beyebach, 2022).

Cartas terapéuticas: Facilitan el diálogo y ennoblecen las narrativas del problema a nivel personal (García y Beyebach, 2022).

Rituales de cierre: Al finalizar el proceso psicoterapéutico, es significativo utilizar ritos de cierre simbólico, como cartas a uno mismo, al terapeuta o a vínculos cercanos (García y Schaefer, 2015).

Metáforas: "Aristóteles define la metáfora como una serie de palabras en las que se da una comparación entre dos o más entidades que son literalmente diferentes. La capacidad de generar metáforas revela el poder de la mente" (García y Schaefer, 2015, p.94). Los modelos sistémicos breves, influenciados por Milton Erickson, incluyen más funcionalidades metafóricas:

- Analogías: Comparan una cosa con otra. Ejemplo: "Me siento tan encerrado en mí mismo, como si fuera un león enjaulado".
- Anécdotas: Narrativas relacionadas directa o sustancialmente con la situación problemática del consultante, pueden ser de libros, películas o de la vida del terapeuta.
- Relatos: Narrativas más profundas que contienen un nivel de sugestión hacia el consultante.

En resumen, las metáforas en psicoterapia captan la atención, no se olvidan fácilmente, proporcionan una mayor comprensión, fomentan ideas y pueden ser externalizadoras (García y Schaefer, 2015).

Externalización: Procede de la terapia narrativa y "saca afuera" una cualidad o atributo interiorizado por el consultante. "La persona no es el problema, el problema es el problema" (White, 1994, como se citó en García y Schaefer, 2015, p.102).

Deconstrucción: "Consiste en rastrear los significados que las personas atribuyen al problema, aceptando su marco referencial, pero desafiando los supuestos del problema construido" (García y Schaefer, 2015, p.108).

Resúmenes: Hacer una síntesis de lo que se entiende del consultante y sobre lo que se quiere conseguir (García y Schaefer, 2015). Esto ayuda a diversos aspectos, por ejemplo, al hacerlo en la primera sesión después de la escucha activa, se podría decir: "Si logro comprender bien...". Al finalizar, preguntar: "¿Vamos bien o me falta comprender algo más?".

Reencuadre de cierre terapéutico: Proporcionar al consultante una retroalimentación metafórica o directa es vital, ya que este suele desear irse con alguna explicación de lo que le sucede. Es importante evitar etiquetas o rotulaciones que puedan causar más daño, y en su lugar, fomentar el cambio (García y Schaefer, 2015).

Recursos: Es fundamental reflejar los recursos percibidos del consultante que podrían ser valiosos para enfrentar diversas problemáticas (García y Schaefer, 2015).

Reencuadre: “Proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco de significado nuevo o alternativo para una situación de modo directo o indirecto” (Cade y O’ Hanlon, 1995, como se citó en García y Hardy, 2015, p.86). El reencuadre busca modificar la percepción del problema, lo que puede cambiar conductas, percepciones, pensamientos y sentimientos, facilitando lo que Watzlawick y et al., denominaban cambio de tipo dos (García y Schaefer, 2015).

Técnicas de redefiniciones: Consiste en modificar la percepción del problema que impide el cambio. No se cuestionan los significados del consultante, sino que se propone un nuevo encuadre electivo que el consultante puede aceptar o no (García y Schaefer, 2015).

García y Schaefer (2015) mencionan que existen distintas maneras de redefinir:

• Etiquetado. Es alterar la percepción del consultante de manera simple, de acuerdo con su problemática, es cambiar la etiqueta patologizante por una significación menos patologizante o que posibilite la acción o resignificación, ejemplo: Tú no eres una depresiva, sino más bien con todo lo que tu viviste es normal sentirse de esa manera.

• Connotación Positiva: Esta deriva del grupo Milán y se inspira en Milton Erickson y algunos de sus relatos, su definición se basa en que todo problema o síntoma cumplen una funcionalidad estabilizadora en el consultante, es así como el reconocer mencionada contribución ayudará a dar nuevos pasos hacia una disolución del problema.

• Normalización: Se trata de plantear al consultante que dichas respuestas psicosocioemocionales son normales dadas las experiencias que le tocó vivir, sin embargo, hay que tener cuidado en no caer en una minimización de la problemática.

• Validación: Esta permite validar y expresar las emociones del consultante las cuales pueden reducir el sentir e incluso la culpa de aquello que él pueda considerar inapropiado, consiste en permitir que el consultante piense o sienta, por ejemplo: usted tiene todo el derecho a enojarse si su esposo salió de parranda durante todo el fin de semana.

• Argumento estratégico: Son explicaciones argumentales y estratégicas, que pueden ser ficticias o reales que el terapeuta dirige hacia la problemática que buscan persuadir al consultante. Aunque a veces también se puede recurrir a la psicoeducación basada en hechos reales y de evidencia científica que logran modificar la visión inicial del consultante.

Preguntas de proyección al futuro: Estas técnicas motivan a los consultantes a imaginar un futuro deseado sin el problema, lo cual permite la creación de objetivos específicos para el tratamiento y la identificación de recursos disponibles (García y Schaefer, 2015).

Preguntas de escala: El terapeuta propone al consultante ubicar su problema o avances en una escala numérica, lo que facilita la comprensión y seguimiento del progreso (García y Schaefer, 2015).

Búsqueda de excepciones: Son situaciones en las que la queja o sus secuelas se reducen o no ocurren. Estas excepciones pueden existir antes de la terapia, provocarse desde el pre-tratamiento o darse dentro del proceso terapéutico (García y Schaefer, 2015).

Beyebach (1999, como se citó en García y Hardy, 2015) sugiere cinco pasos para explorar las excepciones:

1. Licitar: Iniciar la conversación sobre las excepciones.
2. Marcar: Resaltar la importancia del momento o evento a los ojos del consultante.
3. Ampliar: Profundizar en la excepción identificada para obtener su valor terapéutico y promover el cambio.
4. Atribución de control: Ayudar al consultante a reconocer su propia contribución en la excepción narrada.
5. Vincular: Relacionar la problemática actual con la excepción descrita desde la perspectiva del consultante.

Las preguntas de afrontamiento: se enfocan en cómo el consultante ha superado adversidades, permitiendo identificar estrategias y recursos útiles (García y Beyebach, 2022).

El uso del humor, lo absurdo y la improvisación: Técnicas que pueden romper esquemas y cambiar preocupaciones del consultante (Gutiérrez, 2018).

Preguntas circulares: Exploran la circularidad en el sistema familiar, generando información que puede cambiar la visión de las cosas (Schlippe y Sweitzer, 2002, como se citó en Moreno, 2015).

La ilusión de alternativas: Dirige la solución del problema, restringiendo la negación de respuesta del consultante (García y Schaefer, 2015).

Lenguaje persuasivo Ericksoniano: Uso del marco de referencia del consultante para influenciar y generar respuestas (García y Schaefer, 2015, p.113).

Lenguaje condicional: Este recurso flexibiliza la percepción y el diálogo, movilizando recursos y debilitando marcos de referencia rígidos del consultante (García y Schaefer, 2015, p.114).

Hipnosis: Proceso que induce un estado alterado de conciencia mediante la relajación física y mental, generando un estado más receptivo a los estímulos del subconsciente (Salvini y Nardone, 2019).

Psicoeducación: Técnica utilizada por terapeutas especializados en trauma, que crea un marco cognitivo para entender y dar sentido a las vivencias del consultante (García y Beyebach, 2022, p.169).

Prescripción de recaída: Intervención paradójica donde se solicita al consultante que intencionalmente ocasione una recaída, estimando que cuenta con herramientas para enfrentar situaciones similares en el futuro (García y Schaefer, 2015).

Para finalizar, se menciona la escasez bibliográfica existente sobre técnicas de la TSB.

Marco Metodológico

Metodología de la investigación

La metodología de esta investigación fue esbozada para abordar de manera integral la funcionalidad de la TSB e hipnosis clínica en contexto de teleterapia, midiendo el progreso y cambio terapéutico en adultos afectados por el ASI. A través de un enfoque mixto puro y secuencial, se buscó armonizar la profundidad del análisis cualitativo con la minuciosidad de los métodos cuantitativo, permitiendo una comprensión global del impacto psicoterapéutico en adultos sobrevivientes de ASI, ya que esta "representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta" (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018, p. 612). Por otro lado, Chen (2006, como se citó en Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) señala que el fin del estudio mixto es conseguir una visión fotográfica empleada del fenómeno de estudio. Existiendo cuatro razonamientos para utilizarlo: Existe un enriquecimiento de la muestra (al integrar ambos enfoques), mayor validez y fidelidad, se asegura la confiabilidad de la investigación, facilita una mayor perspectiva de los datos optimizando sus significados, consolidando los descubrimientos e interpretaciones (Creamer, 2018; Lieber y Weisner, 2010; Collins et al., 2006; como se citó en Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Diseño de la investigación

Se utilizó un Diseño Explicativo Secuencial Comparativo (DEXPLOS) (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), el cual permite una combinación estructurada de métodos cualitativos y cuantitativos en un orden secuencial. Este diseño fue seleccionado debido a la necesidad de explorar en profundidad la experiencia de las consultantes sobre la integración de técnicas de

terapia sistémica breve e hipnosis clínica en contexto de teleterapia, para luego medir cuantitativamente su impacto clínico. A diferencia de un diseño experimental, que requiere un grupo control y aleatorización, el DEXPLOS facilita la comprensión de procesos terapéuticos en poblaciones vulnerables sin limitar la profundidad del análisis experiencial. Asimismo, se descartó un diseño cualitativo puro, ya que, si bien permite captar la subjetividad de las participantes, no proporciona datos medibles que evidencien cambios clínicamente significativos en sintomatología, relaciones interpersonales y funcionalidad social de las consultantes (Ortega-Sánchez y Heras-Sevilla, 2021).

En la fase cualitativa, se llevó a cabo un análisis de transcripciones de sesiones psicoterapéuticas mediante categorización y codificación en ATLAS.ti, lo que permitió identificar patrones en la integración terapéutica y la percepción de las consultantes sobre la teleterapia. Posteriormente, en la fase cuantitativa, se implementó un diseño preexperimental con mediciones pretest y postest para evaluar la efectividad de la intervención. Se empleó el Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) (Von Bargen y De la Parra, 2002), instrumento validado en Chile para medir resultados en la disminución en cuanto a la Sintomatología (SD), Relaciones Interpersonales (RI) y Rol Social (RS). Estos indicadores se miden en distintas subescalas, las cuales en el criterio de inclusión deberían estar sobre el Puntaje de Corte (PC) y en la evaluación final bajo el PC. Contexto que indicaría un adecuado progreso de la intervención clínica, mejorando la funcionalidad sintomática, la calidad de las relaciones interpersonales y el rol social de las personas afectadas por ASI en la adultez. También, este instrumento señala la existencia de un Índice de Cambio Confiable (ICC) clínicamente significativo, el cual se visualiza cuando existe una diferencia entre el pretest y postest alcanzando los 17 puntos en el puntaje total del OQ-45 (Von Bargen y De la Parra, 2002).

Finalmente, los resultados de ambas fases fueron integrados para identificar convergencias, divergencias y complementariedades entre los datos cualitativos y cuantitativos. Este enfoque permitió evaluar no solo la efectividad clínica de la intervención, sino también la manera en que las consultantes experimentaron y resignificaron su proceso terapéutico, proporcionando una visión más integral.

Participantes

Cabe señalar que la muestra estuvo conformada por ocho mujeres chilenas adultas que sufrieron abuso sexual durante su infancia. Al momento de solicitar ayuda psicológica, comprendían las edades entre los 20 y 42 años, y presentaban dificultades sintomáticas a nivel psicosocioemocional. Asimismo, los casos clínicos fueron acogidos tanto por derivación profesional como por consulta espontánea, siempre que existiera la sospecha de un diagnóstico psicopatológico o una afectación sintomatológica en la adultez como posible repercusión del ASI.

Para la selección de la muestra, se establecieron criterios de inclusión específicos, entre los que se encontraba haber sido víctima de ASI, entendido como una experiencia traumática vivenciada antes de los 18 años. Este concepto abarca distintas formas de abuso, incluyendo violación, estupro y explotación sexual, todos ellos considerados actos de agresión sexual. En cuanto a los criterios de exclusión, se determinó que no formarían parte del estudio aquellas personas que hubieran presentado intentos de suicidio en los últimos seis meses, dado que dicho cuadro clínico requiere un abordaje multidisciplinario dentro del ámbito de la salud mental.

Asimismo, aunque la variable de género se reconoció como un factor relevante en el universo de sobrevivientes de ASI, esta no fue considerada un criterio determinante en la selección de la muestra. La admisión de participantes se fundamentó exclusivamente en los criterios

previamente definidos, sin establecer una preferencia explícita por género. Esta consideración también fue tomada en cuenta en la fase de análisis y formulación de las reflexiones finales del estudio. (Ver anexo 3)

El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que se buscó "un procedimiento orientado por las características y contexto de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización" (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018, p. 215). Según estos mismos autores:

> la ventaja de una muestra no probabilística desde la visión cuantitativa es su utilidad para determinados diseños de estudios que requieren no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. Su valor reside en que las unidades de análisis son estudiadas a profundidad, lo que permite conocer el comportamiento de las variables de interés en ellas. (p. 215)

Técnicas de análisis y recolección de datos

Fase cualitativa:

Al ser un estudio mixto dentro de un espacio psicoterapéutico, donde las participantes y el investigador interactuaban mediante la comunicación, se utilizaron como instrumentos de información principales las entrevistas cualitativas en profundidad y terapéutica, y la historia de vida de las participantes.

Es importante destacar que las entrevistas tienen una estructura básica el investigador hace preguntas y la participante responde. Aunque, las entrevistas cualitativas, siguen un patrón conversacional entre iguales, donde el investigador es el instrumento: a veces se avanza lentamente en un inicio, se busca establecer un vínculo, hay preguntas no directivas. Aun así, esto se desarrolla

en contextos preparados (Monje, 2011). Entendiendo como contexto preparado el espacio y el *setting* terapéutico.

Para la recogida de información se utilizaron dos diseños de entrevista en profundidad que desde la mirada de Monje (2011) son "la historia de vida, ésta obtiene experiencias de vida del entrevistado y su definición de acontecimientos. La segunda busca un aprendizaje sobre acontecimientos no observables directamente, utilizando al interlocutor como informantes, describiendo lo que sucede y las percepciones de otros" (p.150).

Asimismo, se utiliza la de entrevista terapéutica, la que según Kvale (2008) tienen:

> El propósito de producir un cambio por medio de una interacción personal emocional, más que mediante una argumentación lógica. Los cambios buscados no son fundamentalmente conceptuales, sino emocionales y personales. Aunque el propósito principal de las entrevistas terapéuticas es ayudar a los pacientes a superar su sufrimiento, un efecto secundario ha sido la producción de conocimiento sobre la situación humana. Destacando el énfasis en la producción de conocimiento. (p.38)

Cabe mencionar que las entrevistas terapéuticas fueron grabadas mediante la plataforma Zoom la cual facilitó su transcripción y a su vez permitió un respaldo del presente estudio.

Otro instrumento de recolección de datos utilizado fue la historia de vida que según Monje (2011) son:

> Revelaciones narrativas acerca de la vida de la persona y se emplean con frecuencia para estudiar patrones culturales en el caso de las ciencias sociales. Al entrevistado se le pide que proporcione en secuencia cronológica una narración acerca de sus ideas y experiencias con respecto a cierto tema, ya sea en forma oral o por escrito. A manera de ejemplo se

podría decir que son de especial valor para estudiar los patrones y significados de los cuidados para la salud y la salud entre las personas de edad avanzada. (p.155)

Puntualmente se empleó la biografía de vida negativa de la participante, la cual se leyó en el marco teórico y que también es una técnica del modelo de terapia sistémica breve, específicamente de la terapia narrativa. Cabe mencionar, que el enfoque "negativo" de la biografía fue una adaptación que desarrolló el psicoterapeuta dada su experiencia previa, y con la intencionalidad de evaluar técnicas emergentes para el quehacer de la psicología clínica en estos casos.

Análisis de datos cualitativo

Se utilizó el software ATLAS.ti para la codificación y análisis temático de las transcripciones y entrevistas, permitiendo identificar no solo los procesos y experiencias que facilitaron el cambio terapéutico, sino también la aparición de nuevas técnicas como la biografía negativa.

Fase cuantitativa:

Evaluaciones pretest y postest: Se aplicó un diseño pre-experimental con un solo grupo, para medir el progreso y el cambio terapéutico, antes y después de la intervención. El instrumento seleccionado fue el OQ-45, el cual fue "adaptado y validado para la población chilena [...] que mide los resultados en psicoterapia tanto antes y después [...] destacando su capacidad de detectar cambios al inicio y final de un proceso psicoterapéutico" (Von Bergen y De la Parra, 2002, p.161).

El OQ-45 está diseñado con tres mediciones de subescalas; sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Valorando el progreso psicoterapéutico, expresado en cómo se siente internamente el consultante, como se relaciona con figuras significativas y como está funcionando en aspectos vitales del ser humano, como lo es el mundo académico y laboral. Siendo un

instrumento completo para esta investigación y que ha demostrado una alta validez y confiabilidad, en procesos psicoterapéuticos (Von Bergen y De la Parra, 2002).

En el instrumento OQ-45, los puntajes de corte que indican disfuncionalidad clínica son los siguientes: 73 puntos en la escala total, 43 puntos en la subescala de sintomatología, 16 puntos en la de relaciones interpersonales y 14 puntos en la de rol social. Para evaluar el progreso en el proceso psicoterapéutico se espera que en el postest los puntajes sean inferiores a estos valores.

Por otro lado, para que el Índice de Cambio Confiable (ICC) del OQ-45 sea considerado clínicamente significativo, debe haber una reducción mínima de 17 puntos en la escala total del pretest y el postest (Von Bergen y De la Parra, 2002). Indicador que se utilizó en este estudio para dilucidar cambio terapéutico en las consultantes (Ver tabla 1).

Tabla 1. Normas: Puntaje de Corte e Índice de Cambio Confiable

Área	PC	ICC
OQ total	73	17
SD	43	12
IR	16	9
SR	14	8

Análisis de datos cuantitativo

Los datos fueron analizados mediante el software SPSS, utilizando la prueba no paramétrica de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de los datos. Posteriormente, se utilizaron pruebas estadísticas como la t para muestras emparejadas, para comparar las diferencias entre el pretest y el postest. Se evaluó la significancia estadística y la magnitud del cambio observado.

Antes del análisis inferencial, se evaluó la confiabilidad interna del instrumento mediante el estadístico Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.747 para los 45 ítems, lo cual sugirió una consistencia interna adecuada para la muestra de este estudio (Nunnally y Bernstein, 1994, citados en Hernández-Sampiere y Mendoza, 2018).

Se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk, cuyos resultados indicaron que los datos seguían una distribución normal ($p = 0.614$). Esto permitió aplicar pruebas para muestras relacionadas y evaluar el impacto de la intervención psicoterapéutica.

Posteriormente, se realizaron comparaciones de los puntajes pretest y postest utilizando pruebas t para muestras relacionadas, con el objetivo de determinar la significancia estadística en el progreso psicoterapéutico y los cambios clínicamente significativos observados dentro de los distintos procesos. Expresando que para medir el progreso psicoterapéutico de las consultantes en el postest deben estar bajo los puntajes de corte, tanto en el OQ-45 total y en sus tres subescalas. Mientras que, para evaluar la sensibilidad al cambio terapéutico, debe existir una diferencia mínima del ICC de 17 puntos en el puntaje total del OQ-45 entre el pretest y el postest.

Fase de Integración de Resultados

La fase de **integración de resultados** constituye un eje clave en el diseño de esta investigación, ya que permite consolidar los hallazgos obtenidos en las fases cualitativa y cuantitativa, proporcionando una visión más amplia y holística del fenómeno estudiado. Para ello, se utilizó un enfoque de triangulación de datos, en el cual se compararon los resultados emergentes del análisis cualitativo con las tendencias identificadas en los datos cuantitativos.

El proceso de integración de resultados de ambas fases siguió una estrategia de comparación secuencial, en la cual se identificaron convergencias, divergencias y complementariedades. Términos que aluden a la riqueza de múltiples visiones, que amplían horizontes al ofrecer posibilidades de explicar y percibir la realidad. En la investigación explica variadas formas de aproximarse a los problemas estudiados, activando intertextualidades, el sentido plural y diverso (Fontaines-Ruíz et al., 2020).

En resumen, la fase de integración de resultados permitió un análisis comprensivo del fenómeno estudiado, evitando una fragmentación de los datos y garantizando que tanto la experiencia subjetiva de las participantes como los resultados clínicos cuantificables fueran considerados en la evaluación de la intervención.

Variables de estudio

Variables independientes:

Las variables independientes para esta investigación son: **Terapia sistémica breve (X1) Hipnosis clínica (X2) Teleterapia (X3)**

Variables dependientes:

Progreso psicoterapéutico (Y1), medido por la disminución de los puntajes de corte del instrumento OQ-45. En su OQ total (73) y en sus tres subescalas; sintomatología (43), relaciones interpersonales (16) y el desempeño en el rol social (14) de las consultantes (Von Bergen y De la Parra, 2002).

Cambio terapéutico (Y2), el cual se mide con el Índice de Cambio Confiable (ICC) del OQ-45 para que este sea considerado clínicamente significativo, debe haber una reducción mínima de 17 puntos en la escala total del pretest y el postest (Von Bergen y De la Parra, 2002).

Figura 2.

Variables combinadas.

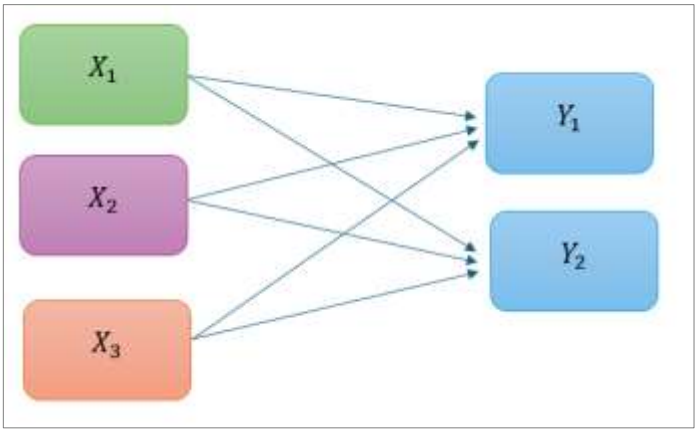


Figura 2 nota: imagen dos representa a las variables combinadas de esta investigación (Hernández-Sampieri y Mendoza 2018, p.132).

Procedimiento

Este se desarrollará mediante un proceso psicoterapéutico, que tendrá una duración entre 6 a 8 sesiones, bajo un tiempo de una hora aproximadamente de intervención. El evaluador será el psicólogo clínico Ricardo Henríquez Villegas, de nacionalidad chilena.

Los análisis de datos se desarrollarán en 3 fases:

Fase 1: análisis cualitativo

Se llevará a cabo la codificación y análisis temático de las transcripciones de sesiones y entrevistas utilizando ATLAS.ti, para explorar las percepciones y experiencias de las participantes sobre la funcionalidad e integración de las técnicas terapéuticas, la teleterapia y descubrir nuevas prácticas emergentes.

Fase 2: análisis cuantitativo

Se aplicarán evaluaciones pretest y postest a las participantes y se analizarán los datos mediante SPSS, utilizando pruebas estadísticas adecuadas para cuantificar el impacto terapéutico. Para este estudio se utilizará el cuestionario OQ-45, que permitirá medir cambios significativos en el bienestar de las participantes de manera precisa y confiable.

Fase 3: Comparación de Resultados

Los hallazgos cualitativos y cuantitativos serán comparados para identificar convergencias y divergencias, ofreciendo una interpretación holística del impacto de las técnicas implementadas en integración y la teleterapia.

Consideraciones Éticas

Para esta investigación, es esencial garantizar la confiabilidad y validez. Monje (2011) define la confiabilidad como “la capacidad del instrumento para proporcionar datos exactos y consistentes en distintos momentos. La validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que pretende medir, asegurando que las variables estén claramente definidas y revisadas por expertos" (p.165).

Christian (2005, citado en Flick, 2015) menciona principios éticos básicos:

- Consentimiento informado: Nadie debe participar sin saberlo ni sin poder rechazarlo.
- Evitar el engaño: No dar información falsa sobre la investigación.
- Respetar la intimidad y confidencialidad de los participantes.
- Precisión de los datos: No omitir ni falsificar información.
- Respeto por la persona: Beneficencia y justicia en relación con los participantes (p.91).

Las limitaciones del Estudio

Se reconocen posibles restricciones asociadas al tamaño reducido de la muestra (8 participantes) podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones de sobrevivientes de ASI. El uso de un diseño pre-experimental sin grupo de control limita la capacidad para atribuir cambios exclusivamente a la intervención. Factores externos no controlados, como eventos vitales significativos durante el período de intervención, podrían afectar los resultados.

Análisis de Resultados Fase 1

En el siguiente capítulo se detalla el análisis de los datos cualitativos obtenidos en la presente investigación denominada fase uno:

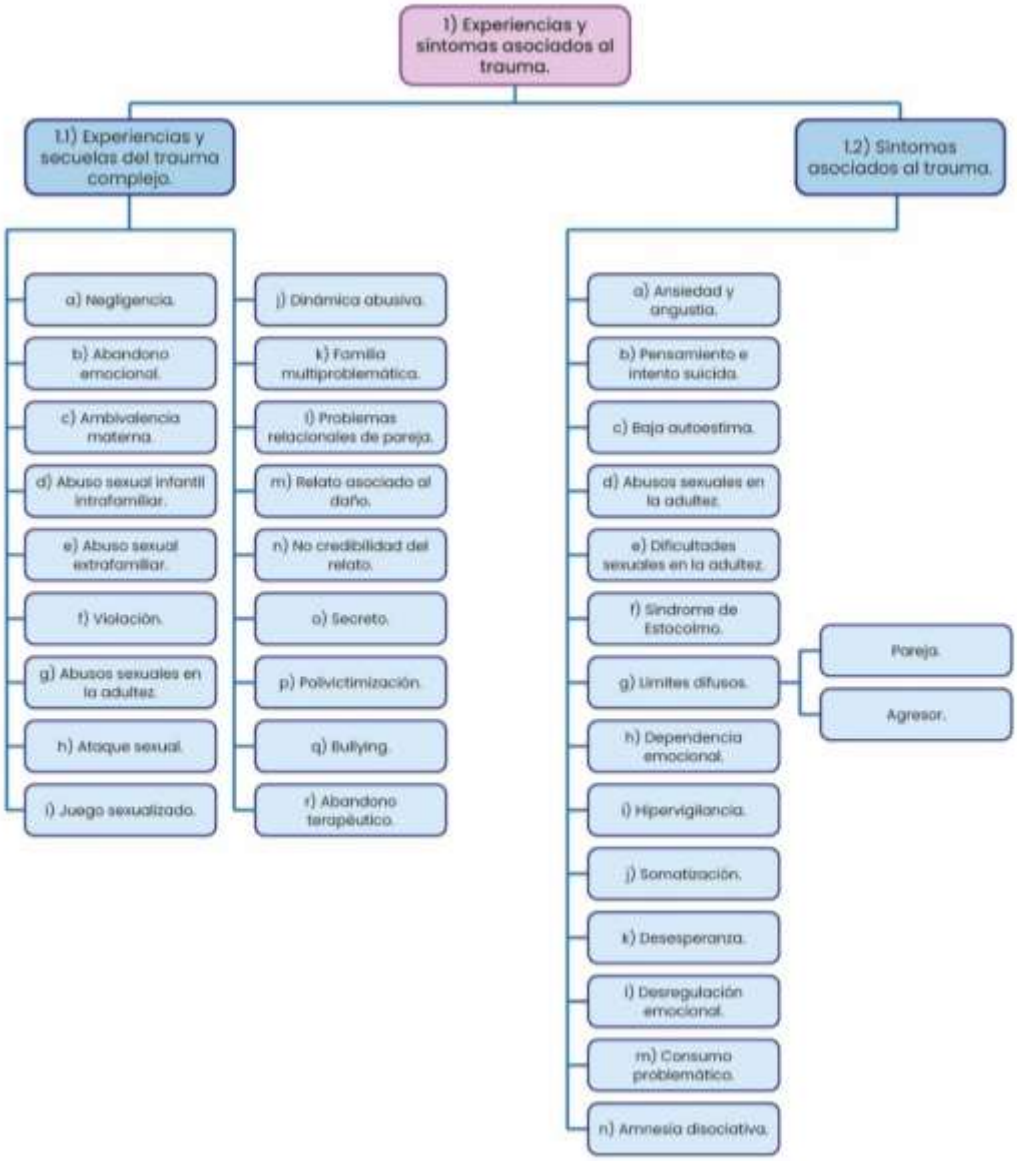
Para esta fase, se da origen a cuatro grandes categorías, las cuales se presentan en tres árboles, en donde se desglosan ciertas subcategorías y códigos, relacionados con el análisis de los resultados.

a) Experiencias y síntomas asociados al trauma.
b) Integración de técnicas psicoterapéuticas.
c) Cambio terapéutico.
d) Herramientas digitales.

Árbol A

Figura 3

Experiencias y síntomas asociados al trauma.



En el árbol A (figura 3), se puede apreciar la categoría 1 “experiencias y síntomas asociados al trauma” de las consultantes. La cual, se divide en dos subcategorías (1.1 y 1.2).

1.1 Experiencias y secuelas de trauma complejo: esta subcategoría está relacionada con diversas vivencias graves de vulneración sufridas en la niñez, adolescencia y adultez de las

consultantes. Se divide en dieciocho códigos, que incluyen los episodios de abuso sexual narrados por las consultantes en sus motivos de consulta durante las sesiones.

a) Negligencia: Este código se refiere a las negligencias asociadas al rol familiar primario. Estas abarcan desde la insatisfacción de las necesidades básicas hasta la vulneración de los derechos del niño, niña y/o adolescentes relacionados con la integridad física y sexual.

C4 S1: "Bueno, el contexto es que mi mamá cuando me tuvo a mí, se separó de mi papá altiro, de mi papá biológico. Entonces yo como que él me fue a reconocer como a poner el nombre a reconocer y chao. Entonces fue mamá soltera y me criaron más mis tatas, mis abuelos que son como mis mis papás, que ella porque ella trabajaba o estaba sus cosas, no lo sé. Y cuando yo cumplí entre 4 o 5 años más o menos, ella conoció a un tipo, compañero de de trabajo y listo como que él estuvo con él como 6 meses y decidieron casarse y fue todo así como muy rápido, muy repentino y se casaron cuando yo tenía como 5 años. Fue todo, así como muy rápido y ahí entonces mi mamá tenía la idea como de formar familia y no sé qué y ya entonces nos fuimos a vivir como a 5 cuadras de la casa de mis tatas. Y ahí se formó esta supuesta familia, mi mamá me dijo que yo le tenía que decir papá y toda la huea, ahí mi mamá tuvo a su primera hija y esto fue cuando yo cumplí 6 años".

C2 S5: "Mi papá, que también me tendría que haber cuidado, no lo hizo".

C8 S3: "Recuerdo mi infancia con mucha tristeza, no logro recordar días felices en ella, a pesar de que quizás sí existieron. Mi padre trabajaba en el norte, donde habían meses donde ni siquiera lo veía y la semana que se encontraba en casa normalmente se la pasaba durmiendo, y mi abuelo borracho. Mi madre tenía un trabajo en el supermercado, entraba tarde, cosa de darnos almuerzo algunas veces y se iba llegando como a las 22:00 de la noche. Mis abuelos, aunque fueran como mis papás, no eran muy presentes conmigo y mi hermano. Recuerdo siempre pedirle a mi hermano

que jugara conmigo. Ya que mis papás no me dejaban salir a jugar con amigas o con mi prima que vivía al lado de nuestra casa o usar la playstation y esas cosas. Desde chica, mi mamá me enseñó y obligó a ser todo yo, e incluso planchaba ropa con ella, debía organizar mis útiles, mi ropa, hacer el aseo de mi pieza y en mis tiempos libres solamente estudiar, no me permitía jugar. Recuerdo que para los trabajos ella siempre ayudaba a mi hermana, pero a mí me dejaba hacerlo sola. Tampoco podía pedir dulces, porque mi mamá lo tomaba como una pataleta y me golpeaba, aunque estuviésemos en el almacén delante de todo público. Si no me comía todo el almuerzo, ella me amenazaba con que me iba a pegar correazos. También recuerdo que, aunque fuera en menor medida, también trataban a mi hermano y yo me ponía en medio para que no le hicieran nada. En ese tiempo recuerdo haber pescado las tijeras y cortarme horrible el pelo, romper el maquillaje de mi mamá y una vez de traviesa jugando con unas tijeras que ocupaban mis abuelos para los papeles de las sopaipillas… con mi prima la escondimos en una silla y se me había olvidado, entonces, al momento de sentarme me corté el muslo con ellas y como me salía mucha sangre, porque el corte era profundo me fui a encerrar al baño para que mi mamá no me retara. Pero igualmente el reto me llegó, ya que mi sangre había quedado en el suelo y me pillaron. Tampoco me dejan pintarme con mi maquillaje de niña, ya que decían que me pondría fea. Ya saltando a mis 8 años, estaba más subida de peso, ya que me gustaba mucho comer pan. Mi abuela siempre criticaba mi físico y mis padres siempre me controlaban la comida. Molestando con que estaba gorda, que tenía grande la panza y que ya nada me quedaba".

b) Abandono emocional: Existen múltiples eventos donde las consultantes se sienten abandonadas emocional y físicamente, tanto por sus madres, como por sus padres.

C5 S1: "Bueno, creo que tiene que ver con… porque tengo una familia adicta, en verdad mi mamá fue drogadicta, mi ni tengo…mi tío consumidor de pasta base también, es como mi figura paterna en verdad porque yo no conozco a mi papá. Y todos en verdad son alcohólicos, yo creo que repetí patrones en realidad viéndolo como por el lado lógico".

C3 S2: "mi madre se fue de la casa por 6 meses a ayudar a mi hermano con su casa, nunca me sentí tan sola […] Mi madre me echa a saber reiteradas veces que quiere mucho más a mi hermano y a mí me condena por todo".

c) Ambivalencia materna: Las consultantes relatan las ambivalencias que mantenían en la relación con sus madres.

C3 S2: "eso fue como ese quiebre igual en la relación con mi mamá, de que después me decía como por qué no confías en mí, como por qué me juzgas, porque todo lo que te digo me juzgas, siempre estás juzgando ahí en ese momento como que se quebró y nunca volvió a ser como una relación de confianza".

d) Abuso sexual intrafamiliar: Existen varios relatos de eventos de abusos sexuales perpetrados en la infancia en el contexto intrafamiiar. No obstante, al desarrollarse la técnica de biografía negativa, las consultantes logran desarrollar un orden cronológico y visualizar otros eventos de agresiones sexuales vivenciados, expresados en este punto y en e.

C1 S1: "Emmm Siento que toda mi vida me ha afectado el abuso que sufrí cuando era chica, por parte de mi papá. Bueno, siento que he perseguido toda la vida como forma de sanar eso. Me he esforzado mucho, incluso a veces sin saberlo"

C4 S2: "La primera imagen de abuso que tengo estando en cama después de muchos días con fiebre entró mi padrastro a mi pieza, me dijo que me pusiera de guata y de pronto sentí que me estaba rozando con algo. Estuvo largo rato así y yo preguntándole qué era, no me respondió. Años después comprendí que era su pene, tenía 8 o 9 años".

C8 S1: "Yo sufrí abusos de parte de mi hermano mayor, desde los 11 años, a los 13 por esos mismos abusos quedé embarazada".

C5 S1: "Fue cuando yo tenía como verdad como 7 años, 7 u 8 años, era muy pequeñita. Y era el esposo de mi madrina, de la hermana de mi mamá. Y en verdad tengo un poco olvidado como todos los episodios tengo ciertas escenas en verdad, pero claro yo no sé cómo por cuánto por cuánto tiempo se produjeron estos estos abusos yo creo que fue como 1 año o 2 años […] Tengo recuerdos como de situaciones que me hacían ver películas porno, que me hacía darle besos como con lengua y hacerle sexo oral".

e) Abuso sexual extrafamiliar: Dentro de la narrativa biográfica y el motivo de consulta de las consultantes, se observan relatos de agresión, abuso sexual y violación, cuyos agresores son del contexto extrafamiliar.

C6 S1: "salí a comprar después de vuelta que veníamos de la casa del esposo de mi mamá y era un pasaje y justamente era un día domingo, de noche estaba más oscuro, no había mucha luminaria y veo a un hombre que viene del contrario hacia mí. Y yo voy hacia la casa, devolviéndome a mi casa, fui a comprar sola y pensé que era alguien conocido, no sé por qué la silueta me hizo pensar que era un amigo de la familia y, claro, al cruzarme con este tipo…al llegar al cruce con este tipo, él me agarra, me tapa la boca, me dice muchas groserías, me toca mucho, es lo que más yo recuerdo que me toca mucho, me toca mucho mi vagina. Esa es mi parte que yo… no me gusta que me toquen. No sé cuánto rato habrá pasado, no tengo noción de todo el rato que él estuvo, hasta que él cambió su mano y yo grité tan fuerte, que fue un grito tan fuerte…escucharon varias gentes y él me tiró al suelo y me golpeó a patadas. Y salió corriendo y de ahí yo como que me arrastré un poco hacia la esquina, que me faltaba muy poco para llegar a la esquina, y ahí ya vi a mi mamá y a mi cuñado salir con… mi cuñado salió con un cuchillo, mi mamá salió… Y ahí yo le dije, mi mamá me agarra y me hace correr detrás del tipo hasta que lo encontró".

C7 S3: "Ya, cuando estaba en quinto básico dos niños abusaron de mí, uno, bueno los dos de un curso mayor. Fue en una sala mientras nosotros estábamos en clase de educación física".

f) Violación: Dentro de las narrativas biográficas y en los motivos de consulta, se observan relatos de agresiones sexuales, en algunos casos de larga data por parte de agresores sexuales tanto del contexto intrafamiliar y extrafamiliar.

C4 S1: "Cuando el me viola finalmente, cuando yo tenía 15 años. Hubo varios intentos de violación antes como como penetrativas como violación, violación y no pudo concretarlo y ahora finalmente cuando lo concreta, yo quedé embarazada automáticamente"

C4 S1: "Sólo a mí, pero hace un par de años se me desbloqueó una imagen que tengo de cuando es mi hermana, yo soy la mayor, luego viene la la la que sigue de mí, que es la que está metida en las drogas y luego viene una del medio que es la penúltima y eso digo como que se me vino, se me desbloqueó ese recuerdo que tengo de una vez el hueón estarle cambiando pañal porque como mi mamá trabajaba él era como el que cuidaba a las las niñas, más encima puras mujeres y le estaba cambiando el pañal y dijo así como mira ¿te fijas? está húmeda, eso quiere decir que los niños desde pequeños tienen deseos sexuales y no sé qué y cómo que le tocó el clítoris. Eso es un recuerdo que yo tengo, pero no sé si habrán, habrá ocurrido más cosas. Me imagino que sí…"

T: "Obvio".

C4: "Con mi hermana más chica, no creo la verdad, no creo, no tengo recuerdos y era muy pequeña cuando pasó todo. No, no tengo, no, no siento yo que haya pasado y con mi hermana que está después de mí, que es la drogadicta. No estoy 100% segura, pero también creo que no, era como su hija predilecta. Aunque si él me mencionó, él nombraba esto, todo esto, todo esto él lo llamaba como rito de iniciación. Esa esa esa, era el acto de la violación eso era eso era como la penetración era la iniciación, el rito de iniciación. Entonces siempre lo nombró así, como yo tengo que iniciarte o no sé cuándo vas a dejar que te inicie o yo soy la única persona indicada para

iniciarte, no sé qué y hubo una ocasión que me dijo, yo no sé por qué eres tan reacia a que te inicies y sí yo también voy a iniciar a todas tus hermanas".

C5 S2: "Luego a eso de mis 6 o 7 años, no recuerdo bien, fui abusada por el marido de mi tío…de mi tía. Recuerdo que me hacía ver películas porno constantemente para luego hacerle sexo oral".

g) Abuso sexual en la adultez: Dentro de sus relatos surgen otros episodios de abuso sexual, los cuales ocurrieron en la vida adulta.

C1 S1: "Yo misma no me podía tocar el clítoris porque me dolía mucho porque por mucho tiempo él loco me tocó muy mal, como de una forma quizás muy agresiva o sin cuidado".

T: "Entonces, si entiendo bien este tipo, el E llegaba al acto sexual a pesar de tus dolores, de tus dificultades, él seguía igual".

C6 S6: "Él me empezó a hablar mucho de mi cuerpo, mucho de mi trasero. Que tienes un trasero tan grande, bla bla bla y me pega un palmazo en mi trasero, un hombre de 67 años".

h) Ataque sexual: En el relato de la consultante C6, se describe la experiencia de un ataque sexual en la vía pública. Mientras que en el C7 se describe un ataque sexual por compañeros más grande del colegio, quienes además la violaron y amarraron.

C6 S1: "Salí a comprar después de vuelta que veníamos de la casa del esposo de mi mamá y era un pasaje y justamente era un domingo, de noche estaba más oscuro, no había mucha luminaria y veo a un hombre que viene del contrario hacia mí. Y yo voy hacia la casa, devolviéndome a mi casa, fui a comprar sola y pensé que era alguien conocido, no sé por qué la silueta me hizo pensar que era un amigo de la familia y, claro, al cruzarme con este tipo…al llegar al cruce con este tipo, él me agarra, me tapa la boca, me dice muchas groserías, me toca mucho, es lo que más yo

recuerdo que me toca mucho, me toca mucho mi vagina. Esa es mi parte que yo… no me gusta que me toquen. No sé cuánto rato habrá pasado, no tengo noción de todo el rato que él estuvo, hasta que él cambió su mano y yo grité tan fuerte, que fue un grito tan fuerte…escucharon varias gentes y él me tiró al suelo y me golpeó a patadas".

C7 S1: "cuando era chica me violaron dos personas, dos personas de mí mismo colegio. Y, en realidad no me acuerdo, así como todo específicamente cómo pasó, hay cosas que me acuerdo, otras que no y después me pasó lo mismo en el liceo con mi expareja, como la primera pareja que tuve. Y bueno, eso nadie lo sabía po' y ese momento, sentí que últimamente este año siento que estoy como colapsando en general. Y como que ese día no sé, sólo exploté y le dije.

T: Y estas cosas mencionaste algo bien importante que como que nunca lo habías contado como que nadie sabía entonces, ese colapso que tú me dices que quizás terminó también con una persona, que que es tu hermano, independientemente quizás nunca habían estado tan juntos había que liberarlo ¿no?

C7: Igual una de las cosas porque nunca lo conté en realidad fue porque igual yo cuando chico no entendía tantas cosas y yo decía. No es como prácticamente una violación si son niños como de casi mi edad, pero en realidad sí lo sí lo es. Y cuando estuve con mi expareja, la verdad es que yo decía yo para que avisar decir, porque igual fue un un caos estar en esa relación, fue horrible. Fue un un proceso súper traumático en general, que en ese tiempo fue cuando fui a al psicólogo porque mi mamá se enteró de cómo él me trataba en general y y igual tuve hartos intentos como de suicidio y mi hermano en una de esas me encontró, él me vio y le aviso mi mamá claramente porque yo era chica. Y me llevaron al psicólogo, así que esas son como las por qué en realidad no había contado esas cosas.

T: Hartas cosas viviste po'. ¿Y cuándo eras chica, cuántos años tenías más o menos cuando pasó lo que pasó?

C7: Así, edad específica, no sé, pero estaba en en cuarto básico, los niños eran un año mayor que yo. Igual en ese colegio no había como tanta seguridad, no había como inspectores, después los implementaron, pero antes de eso no había inspectores, nada.

T: Que terrible, o sea, eran de quinto, pero eran amigo o no eran.

C7: Ellos dos sí, eran amigos.

T: Y ¿Qué pasó? ¿Cómo fue? ¿Que qué ocurrió?

C7: La verdad que no me acuerdo de todo específicamente, pero estábamos en, estábamos en un, o sea, no era recreo, era educación física, pero estábamos en el patio y en esos lapsos de tiempo, donde el profe daba como espacio para que descansáramos y todo eso. Como que me llevaron, tengo como la película corta ahí, pero apareci' en la sala porque en la sala siempre quedaban abiertas, no quedaban con llaves, como que apareci' en la sala y me amarraron como a una silla y…

T: ¿Te amarraron?

C7: Sí, con las cuerdas de la educación física y bueno ahí…

T: ¿Te violaron? ¿Los dos?

C7: Me acuerdo de uno y de ahí, ya no me acuerdo más".

i) Juego sexualizado: En el relato de la consultante C3, se describen experiencia de juego sexualizado, donde ella replica patrones sexualizados, que sufrió cuando fue víctima, este párrafo señala la igual de edad entre las participantes sin existir un factor de asimetría y poder. Por ende, se podría considerar como un juego sexualizado:

C3 S1:" Después de eso yo lo repliqué con otra niña.

T: Mmmm, Bien. Suspiraste tuviste como un pequeño suspiro, bien. Lo replicaste con otras niñas, ¿quiénes eran estas niñas?

C3: Esta vez recordaba de todo se llamaba Amanda, era como mi mejor amiga cuando era muy niña. La otra se llama Alfonsi.

T: ¿Eran menores que tú o la misma edad?

C3: De la misma edad. Pero con Amanda no estoy segura.

T: ¿Y cuando me dice replicadas eran como juegos sexualizados como tocarse como también sexo oral y todo eso?

C3: Sí. Bien y cuando esto frenó. ¿No recuerdas? ¿En la adolescencia seguía ocurriendo?

C3: Ay no, no sé. Antes de los 10 años debe haber frenado, quizá antes.

T: ¿Y qué pasa en ti o en tu cabeza cuando dices chuta porque noté que te afectó bastante en tu cuerpo en tu mirada en yo lo repliqué con otras niñas? ¿qué es que se te viene a la cabeza cuando dices eso?

C3: Me siento tan culpable. Podrían estar pasando por esto también por mi culpa".

j) Dinámica abusiva: Los relatos evidencian un patrón recurrente en las relaciones de las consultantes con los agresores sexuales, caracterizado por el uso de poder y control a través de la manipulación, la intimidación y la violencia física hacia ellas.

C8 S3: "La primera vez me encerró en su pieza, apagó las luces y se puso encima mío tocándome. Le dije que estaba asustada y le pegué con toda mi fuerza, mis abuelos juntos llegaron y escucharon y preguntaron qué es lo que pasaba, a lo que él me soltó y dijo que estábamos jugando, pero que yo era llorona. Luego me dijo a mí que eso era para enseñarme a defenderme de lo

desconocido. También recuerdo que me tocaba cuando nos hacían dormir juntos en la casa de mi mamá. Decía que estaba más bonita desde que me había llegado la regla y que tenía un cuerpo más de mujer [...] A mi 13 fue cuando finalmente no pude darle más pelea y me violó […] me golpeaba más porque yo le decía que no me tocara y peleaba con él, pero finalmente a veces terminaba haciéndolo igual. Una vez me ahorcó y quedó marcado el collar que yo usaba".

C4 S1: "Todo esto él lo llamaba como rito de iniciación. Esa esa esa, era el el acto de la violación eso era eso era como la penetración era la iniciación, el rito de iniciación. Entonces siempre siempre lo lo nombró así, como yo tengo que iniciarte o no sé cuándo vas a dejar que te inicie o yo soy la única persona indicada para iniciarte, no sé qué y hubo una ocasión que me dijo, yo no sé por qué eres tan reacia a que te inicies y sí yo también voy a iniciar a todas tus hermanas […] él ya me decía como yo estoy acá, pero hoy día te vi en el liceo y yo ¿cómo me viste? Sí, si tú me viste a mí, porque yo estaba ahí y yo ¿cómo vas a estar ahí? Sí, si es que yo estaba acá en la casa, pero me desdoblé, entonces te estaba mirando. Era como era como una una persecución todo el tiempo".

k) Familia multiproblemática: las narrativas de las consultantes evidencian múltiples problemas a nivel familiar, tanto en los subsistemas de pareja, fraternos y familia extensa. Dentro de las técnicas donde se recogen mencionados relatos se encuentran la biografía y carta al agresor.

C5 SI: "Bueno, creo que tiene que ver con… porque tengo una familia adicta, en verdad mi mamá fue drogadicta, mi ni tengo…mi tío que consumidor de pasta base también, es como mi figura paterna en verdad porque yo no conozco a mi papá. Y todo en verdad son alcohólicos, yo creo que repetí patrones en realidad viéndolo como por el lado lógico"

C1 S4: "Lucho maldito: Eres el ser más miserable que he tenido la oportunidad de conocer me das asco y lástima. Eres todo lo que un hombre hetero cis, abusador, abandonista. Fuiste capaz de abusar de tus hijas, maldito pederasta y no satisfecho, también las abandonaste. Aunque con esto último, al final me hiciste un favor porque eres el ser más asqueroso que han visto mis hermosos ojos. Tu obligación era irte de mi vida, maldito drogadicto, púdrete en la pasta base. Deberiai' estar preso por abusador y drogadicto. Ah se me olvidó poner ahí que era narcotraficante".

T: "Dale, dale".

C1: "Mil veces maldito, no mereces nada, nada bueno de esta vida, al menos por los 30 años que me cagaste la psiquis. Adiós hasta nunca. C1, no tu hija".

T:" Buena, buena, me gustó. Me gustó cuando cuando mencionabas este tema del consumo, la drogadicción y todo se se me vino a la cabeza esta esta mitología, o sea no mitología, sino que filosofía y también teología hindú ¿o no? que que tiene que ver con el karma. Si bien quizás no está preso, pero está sumido en una en una cárcel que se llama drogadicción y eso es terrible. Bien C1, súper bien me gustó. Vamos a la siguiente".

C1: "jueves, 13 de junio del 2024, Santiago. Madre mía: He sentido mucha pena por tu desconexión conmigo. Lamento haber tenido una madre tan desconectada con los temas de la sexualidad. Trato de entender tu historia, pero la verdad el resultado de esta para conmigo no es lo que necesitaba. Pienso, has callado toda tu vida en los abusos que has vivido, así que pudiste callar por el abuso de tu hija o quizás para ti nunca fue un abuso. Creo que tratas de olvidar algunas cosas que te incomodan, quizás ni siquiera te importan. Tuve que enfrentar todo esto sola, hubiera deseado tu ayuda, tu escucha, tu entendimiento. A veces pienso que podría volver a intentarlo, pero es lo más incómodo que puedo imaginar. Aun así, deseo abrazarte y descansar en

tu pecho. Creo que eso es algo que me puedes entregar con seguridad. Un abrazo siempre tendrás para mí. Te amo por siempre, siempre".

C3 S1: "mi mamá era como muy estricta y siempre fue super aprensiva también como en general de, por ejemplo, ponerme límites con los horarios y cosas así era, era bastante aprensiva. Entonces ahí empezamos a tener como choques porque yo era mucho como de discutir y encontrar como una razón al por qué, y yo no entendía los no, por qué no, entonces […] En la adolescencia no fue como por así decirlo como un cero a la izquierda mi papá, no participaba mucho en nada prácticamente, en las peleas ni en nada estaba, presente pero ausente en la adolescencia".

l) Problemas relacionales de pareja: En el relato de las consultantes se logra visualizar varios episodios de dificultades relacionales de pareja actuales y pasadas. Incluso evidenciándose episodios de violencia intrafamiliar.

C6 S1: "en el ámbito de relación con mi pareja hay como dificultad. Pucha es que hay tantas cosas, son muchas cosas, […] llevo como 10 años con mi esposo, del 2019 es que yo me casé con él. Yo llegué al psicólogo por primera vez por una situación de violencia psicológica por parte de mi esposo en cuanto a celos y, bueno, ahí se abordaron varias cosas también. Siento que no sé si es parte de lo que me ha pasado en mi infancia, pero siempre estoy como repitiendo patrones de estar con hombres que son violentos".

C7 S1: "Bueno con él en realidad empezaron los problemas como a los cuatro meses de pololeo, yo dure con él casi 3 años. Siempre fue como bueno en ese entonces ya no siento que sea así, pero siempre fue como bastante manipulada y sumisa por así decirlo. Entonces como que él decía algo, y yo lo hacía. Ahora empezaron los problemas cuando teníamos cuatro meses de pololeo, era como súper agresivo en general. Me trataba como cualquier cosa y espérame, que está mi mamá…

pero bueno, la cosa es que él vivía cerca de mi casa po' y nosotros salíamos de repente, me decía que fuera para su casa y cosas, así como lo típico de pareja".

T: "¿Cuántos años teniai' ahí más o menos?"

C7: "Habré tenido 15, 16 si fue en segundo, empezando en segundo medio […] Bueno, la cosa es que ahí, por ejemplo, obviamente teníamos relaciones sexuales entre ambos consensuadas en su momento, pero ya después, como en el último año, el…yo no quería porque obviamente había muchos problemas y cosas así y él lo hacía igual y yo obviamente no hacía nada, era como que me quedaba haciendo nada".

T: "Eso es violación po', efectivamente".

C7: "Sí, investigue harto estos últimos dos años, la verdad. Así que eso igual era, el era como super agresivo en sentido psicológico y como de agresiones físicas y todo en realidad fue como complejo".

T: "¿Te pagaba? ¿maltrataba?"

C7: "Sí, pero de repente decía que era juegos y cosas así, pero me dejaba moretones feos".

m) Relato asociado al daño: las narrativas de las consultantes describen las historias de vulneración que sobrevivieron dentro del contexto familiar y extrafamiliar. Además, se destaca el impacto de estos maltratos generados en su calidad de vida, autoconcepto y en el aspecto relacional.

C1 S1: "Siento que toda mi vida me ha afectado el abuso que sufrí cuando era chica, por parte de mi papá. Bueno, siento que he perseguido toda la vida como forma de sanar eso. Me he esforzado mucho, incluso a veces sin saberlo. […] Bueno, no sé siempre supe que había algo mal. Siempre supe, que era como una niña muy desequilibrada o que necesitaba mucha ayuda. Como mucha

compañía también. Bueno en la adolescencia. Me empecé a acercar, por ejemplo, a la ginecología natural, el feminismo, emmm… encuentros de mujeres. Y fui como entendiendo, o sea, no si en ese momento, no sé si lo entendí, pero empecé como a visualizar y a poder ponerle nombre al abuso. Que antes, yo sabía que había vivido algo que me había afectado mucho, pero, no sabía que era abuso, por ejemplo. O no asumía que eso me podía hacer mucho daño, como que podía tener una repercusión muy grande, como en mi forma de ser, mi forma relacional con mi relación conmigo misma, la misma relación con el Lucho que es mi papá, suelo decirle Lucho, no suelo decirle padre o algo así".

C4 S1: "Y me ocurrió esto entré en un estrés post traumático, básicamente. Y con mi terapeuta de ese tiempo, llegamos a la conclusión de que como el teatro es despersonalizarse constantemente, uno todo el rato está eso como están interpretando a otros, pero desde una mismo una locura igual. Entre en este estado de estrés postraumático, empecé a sentir olores, empecé a sentir sensaciones, pero sobre todo olores, rechazo hacia ropas mías actuales así, pero horribles, horrible en entre en ese estado asqueroso lo soporté como 5 meses porque yo dije ya po' porque es que no creo que o sea me sentía rara, pero yo decía, ya debe ser por el estrés del teatro y chao. Pero después ya no pude más, no pude más y tuve que congelar. Y, entre ya en una depresión profunda, así que no podía ni siquiera pararme en la cama y tenía problemas con el peso, o sea, es que yo tengo ese problema que yo no puedo pesarme le tengo terror a las pesas, pero literal, o sea pa' mí, por ejemplo, voy al médico y me dicen, ya tienes que pesarte o te voy a pesar y le digo ya, pero por favor no me digas, no quiero saber cuánto peso, entonces en ese tiempo también me dio esa crisis de que ay me he sentía gorda, horrible, empecé con dietas, a no comer, fui al médico para bajar de peso, me dio unas pastillas que tenían un compuesto que es muy bupropión, eso ayudó todavía más a que me fuera a pique horrible porque el bupropión es como una de cada 500

personas le pasa, pero a mí me pasó quien me hizo un como un corte circuito neuronal. Entonces ayudó todavía más a que yo entrara en ese estado, que fue horrible, nunca había estado tan mal en mi vida, pero eso entré en un estrés postraumático básicamente. Entonces, ya después de que me recuperé del estrés traumático que dije de nuevo, ya voy a volver a entrar a un preuniversitario, de nuevo y voy a pensar que huea voy a estudiar y de hecho pensé en estudiar psicología".

C7 S1: "Fue un proceso súper traumático en general, que en ese tiempo fue cuando fui a al psicólogo porque mi mamá se enteró de cómo él me trataba en general y igual tuve hartos intentos como de suicidio y mi hermano en una de esas me encontró, él me vio y le aviso mi mamá claramente porque yo era chica. Y me llevaron al psicólogo, así que esas son como el por qué en realidad no había contado esas cosas".

n) No credibilidad del relato: La credibilidad del relato es uno de los factores que influyen en el impacto del ASI y las consecuencias del trauma.

C1 S1: "Me di cuenta de la razón de esa sensación como de soledad que tengo. De mirar hacia atrás, de ver cómo el camino recorrido, también cuestionándome por el lado de la relación que tengo con mi mamá. Y, bueno, cuando yo le conté a mi mamá no hizo nada, nada, absolutamente nada. Y, eso es como una decepción muy grande, como por lo que uno se espera que hagan las mamás, pero en verdad. Siento que hay muchas imposiciones sociales, institucionales culturales, que hacen esperar cosas magníficas de las madres y nadie es muy difícil ser madre y ser así. ¿Cómo esta superheroína? Y bueno, mis hermanas también son como parte de mi núcleo familiar tampoco hicieron nada. Era como son las personas que yo hubiera esperado como, no sé, quizás sólo que me abrazaran y me dijeron que no iban a permitir que nadie volviera a abusar de mí. Y cosa que sí pasó, no sé creo que le han dado más importancia que haya salido del closet por darte

un ejemplo. Como que se han preocupado más de lo que he decidido hacer yo voluntariamente en vez de preocuparse de esto que no estaba en mis manos. Algo que de lo que he sido víctima, eso me di cuenta de que estaba muy sola, que yo he compartido como mis procesos, mi acercamiento como estas terapias alternativas también o al cuestionamiento de mis relaciones disfuncionales con mis amigos. Ellos han sido gente que está más cercana a esto, a esas heridas y como que están más preocupados de ese bienestar mío".

C8 S1: "Bueno, yo sufrí abusos de parte de mi hermano mayor, desde los 11 años, a los 13 por esos mismos abusos quedé embarazada. Tuve a mi hija, me cambió la vida completamente, pero los abusos no frenaron allí, a pesar de que mi familia estaba al tanto volví a quedar embarazada a mis 15 años y ahí recién después de un aborto 3 causales puede que… la situación de mi familia cambió de manera drástica y bueno recién este año el mismo que me hizo todas esas cosas, cayó preso. A raíz de eso que me han explotado un montón de malos recuerdos y emociones […] Cae preso por dos delitos de violación consumada, igualmente, pudo haber sido peor, pero cuando mis papás se enteraron de todo esto, en vez de apoyarme a que yo dijera la verdad y esas cosas, quisieron que mintiera, así que por algo… por todas esas cosas le lograron reducir la condena. Gracias a declaraciones que no eran verdad, pero prácticamente era que si yo no defendía a mi hermano las cosas para mí y para mi hija iban a ser peor en esa casa. Así que se puede decir que esa es mi historia".

C2 S5: "Mi papá, que también me tendría que haber cuidado, no lo hizo. Mis tíos, mi tía, mi tía supo que a ella la miraban por la ventana y mientras se desvestía fue porque yo se lo dije. No me creía y no me creía. Y cuando le dije "mire y le abro la cortina y le digo, mira, ahí está" y pa' y abrió la cortina y ve a mi papá. Si no, de verdad si así fue, y ella no me creía. Y le abrí la cortina y le dije "ahí está, miré", y el otro se estaba métale corriéndose una paja mientras la otra se

desvestía. […] Y de ahí recién me empezó a creer, pero antes de eso lloré. A la niña mentirosa. Antes de eso, yo era la niña conflictiva, mentirosa, que inventaba huea. Pero cuando me tuve los cojones para decirle, 'mira, aquí está' y esperé que él estuviera y le abrí la cortina y le dije 'ahí está' ¿Sabi lo que me dio pena? Que mi tío no hiciera nada, el marido de ella. No hizo nada".

o) Secreto: El secreto compone y agudiza la dinámica abusiva, generando un daño significativo, es importante comprender que el silencio lo desarrolla el trauma no la víctima. Los siguientes relatos se comprueba esta dinámica dañina.

C5 S1: "Mi familia vive en quinta normal, mi mamá, mi hermana, mis tíos, mis primos. Yo recuerdo que busqué ayuda psicológica la vez pasada porque se volvió a repetir lo mismo que a mí me pasó cuando chica, que fue el hijo de mi abusador violó a mi prima chica. Entonces, claro yo me sentí muy culpable porque yo nunca le conté nada a nadie, entonces creí que yo pude haber evitado esa situación y como volvió a pasar, me sentí responsable yo […] Claro, le dije a mi mamá. Bueno, se enteraron todos en verdad creo que poco les importó, pero a mi mamá igual le afectó harto porque nunca le conté, le conté cuando tenía como 24 años, 23 años o algo así".

C8 S1: "Sí, o sea, le conté cuando ya llevábamos casi 2 años de relación. Ahí como que decidí contarle todo porque había cosas como que no le calzaban y preferí no ocultarlo más. Fue a la primera persona a la que le dije así tal cual como pasaron las cosas".

p) Polivictimización: En los relatos de las consultantes se observa la acumulación de diversas experiencias de abuso o violencia a lo largo del tiempo. Esta exposición continua a diferentes formas de victimización genera un impacto emocional y psicológico profundo, dificultando la recuperación y afectando su bienestar general.

C4 S1: "Cuando él me viola finalmente, cuando yo tenía 15 años. Hubo varios intentos de violación antes como como penetrativas como violación, violación y no pudo concretarlo y ahora finalmente cuando lo concreta, yo quedé embarazada automáticamente. De ahí para todo porque mi mamá no sé de dónde, no sé porque decidió cómo dar, sacar a la luz lo que había ocurrido porque yo estaba embarazada obviamente, como que no había como seguir ocultándolo y denunció a mi ex padrastro y ahí pusieron una orden de alejamiento y comenzaron con una investigación. Entonces durante todo mi embarazo yo fui como siento como más, como una revictimización, así como de dar declaraciones, interrogatorios, así como muy de película como en eso, como cavas…creo que se llamaba, no sé, no me acuerdo bien, pero muy de o sea como una ventana, pero que yo no podía ver las personas que me estaban mirando, pero ellos me estaban mirando a mí mientras me grababan con una grabadora, muy de película y así fue la mayor parte de mi embarazo fue como eso, como la investigación. Cuando nació mi hija, este tipo hizo, entraba me acuerdo a la casa, yo estaba viviendo donde mis tatas, que era una casa así como absolutamente segura mis tatas como fans de la seguridad máxima desde siempre y entonces era el lugar más seguro en el que yo podía estar pero en algún momento tratamos como de reconstruir la casa anterior, digamos con mi mamá, mis hermanas y yo y el futuro bebé, pero el tipo empezó como a meterse a la casa a atormentar mientras estaba la investigación, que no había nada, ninguna respuesta todavía de parte del tema de la fiscalía y en uno de esos momentos hizo yo no sé si su intención era matarme a mí o provocarme un aborto producto de eso, pero una vez

nosotros llegamos a la casa y yo era la que siempre era la copilota del auto, de siempre, como históricamente siempre iba de copiloto. Entonces siempre yo me bajaba a abrir el portón, que era un portón de corredera que él había hecho y hubo una ocasión que yo me bajé a abrir el portón y el portón se cayó y tuve la suerte de que el portón cayera hacia dentro de la casa y no hacia mí. Y eso fue porque él lo como que lo alteró…no grites, para que eso pudiera pasar y el portón cayó encima de una perrita que teníamos y la mato. Y así po, como eso fue, pero ahí paró todo en el momento en que mi mamá sacó a la luz el tema y y se hizo la investigación y finalmente como el tipo hizo estos atentados, digamos, y también entraba a la casa como atormentar en la noche, así como que no no haciéndose visible, pero como haciendo ruido y hueas".

C8 S3: "El colegio era mi lugar seguro hasta que me di cuenta que no estaba llegando el periodo como de costumbre. Cuando se lo comenté a mi papá, él se percató de eso y me llevaron al ginecólogo, donde me revisaron y me llevó a una sala de ecografía y la gastroenteritis que decían que yo tenía realmente era un embarazo de 30 semanas. Quería morirme y no supe qué decirle a mis papás en la consulta, ya que solamente me retaban y me exigían saber quién era. La ginecóloga me dijo que de haber sabido antes acusaba a aquel que me había hecho esto era una violación y así pude haber abortado, ya que recién estaba saliendo la ley 3 causales, pero que ahora podía darlo en adopción y no me hacía problema. Llegando a casa mientras mis papás le contaban la noticia a mis abuelos, mi hermano me tapó la boca y me dijo que si yo decía la verdad sería mi culpa de que la familia se destruyera, por lo que decidí inventar que fue un romance que tuve los días viernes cuando tenía mi taller de arte y que el tipo supuestamente se encontraba en Chillán para que así ellos no me hicieran ir a verlo. Fue choquiante saber de mi embarazo, ya no podía asistir al colegio, que era donde mejor me sentía, pero por mis buenas notas no tuve que dar ni siquiera pruebas […]. A mis 15 fue mi peor año, en vacaciones no solamente mi primo

trataba de pasarse de listo conmigo, sino que el Jorge me volvió a violar mientras yo dormía con mi hija. Recuerdo que justo había dejado de usar el anticonceptivo que me habían dejado, porque no le encontraba sentido a usar anticonceptivos si yo no tenía actividad sexual. Pero justamente apenas tuve dinero para realizarme un test de embarazo, efectivamente salieron positivos [...] Mis padres se enteraron de todo por mí, yo no sabía que él se iba a entregar en ese mismo día, por lo que estaban todos confundidos y yo atiné a decirles toda la verdad, también lo de la Charlotte, lo que está pasando desde mis 11 años. A lo que ellos solamente me dijeron que debía proteger al Jorge a como dé lugar, que inventara cualquier cosa, pero que no dijera la verdad. Por lo que al servicio médico legal en el que me hicieron los exámenes y la PDI que me tomaba la declaración, le tuve que decir que era algo consensuado, que él estaba borracho y que solamente me dejé llevar. Fuimos a Fiscalía el otro día para ver cómo debía realizar el aborto 3 causales. Me acuerdo de que la señora que nos atendió le dijo a mis padres que ellos debían apoyarme a mí porque mi hermano era bastante grande para saber lo que hacía, a lo que ellos se enojaron y no quisieron seguirla escuchando. En el hospital, en la ecografía para confirmar el embarazo, no quise escuchar los latidos. Me hicieron el aborto y me dejaron con un método anticonceptivo. Además de sesiones de terapia con psicóloga y psiquiatra, que por más que me esforzara en mentirles, la psicóloga se logró dar cuenta de lo que está pasando. Confrontó a mis papás, ellos no querían que yo asistiera más, pero como de fiscalía me obligaban a ir a las sesiones entonces dejaron de acompañarme. Cuando las sesiones tuvieron que acabar abruptamente por la pandemia, me hacían controlarme en el consultorio, pero siempre me cambiaba a los profesionales dejándome en cero nuevamente. Por lo que empecé a decir que me sentía bien para el que me dieran el alta luego y salir de esa presión".

q) Bullying: Comportamiento violento y repetitivo que se ejerce entre pares de la misma edad, con la intención de causar daño físico y psicológico a la víctima.

C8 S3: "Mi mamá siempre me elegía la ropa y tenía que ir con lo que ella quisiera, lo cual me incomodaba, ya que eran cosas de muy de niña y mis compañeras me molestaban. Me hacían bullying en el colegio nuevo, ya que en el anterior se había visto muy dañado con el terremoto. Me encerraban en la sala, en el baño, incluso recuerdo que me bajaba los pantalones. Cuando le contaba a mi mamá, ella sólo me retaba porque no me defendía. Así que un día preferí callarme y no decirle nada más, ya que las chicas que me hacían bullying en algún momento habían sido mis amigas en ese colegio".

r) Abandono terapéutico: Una de las características que se logran visualizar dentro de la dinámica de las consultantes es el abandono de procesos psicoterapéuticos anteriores, los cuales no abordaron la problemática del ASI, sino más bien las dificultades sintomáticas, relacionales y psicopatológicas presentadas en la vida adulta, de forma deficiente.

C4 S1: "No la primera terapeuta inicié la terapia cuando tuve mi hija, que yo no sé si te expliqué, pero mi hija fue producto de una violación, cuando yo la tuve a ella que yo tenía 15 años, a los 16 inicié la terapia. Y eso fue en el año 2013, si no me equivoco fue el año 2013 y ahí tuve terapia ininterrumpida hasta el 2014 que mi psicóloga me dio una especie de alta porque se fue con un prenatal a tener a sus bebés. Y ahí yo quedé como a la deriva de cierta manera. Y, luego me volví a reencontrar con ella en el año 2018, es decir, estuve desde el 2014 hasta el 2018 sin terapia y ahí yo no me medicaba, mi psicólogo me lo había sugerido, pero yo me era reacia porque tenía como muchos prejuicios en cuanto a la medicación y después de eso, el 2018 volví a reencontrarme con ella. Tuve terapia hasta el 2019 que ella me dijo si o si teni' que medicarte,

ahí empecé a medicarme con un psiquiatra "x" que fui a ver una clínica como urgentemente. Después de eso, volví a perder el contacto con ella hasta el 2020 y en ese año tuve el intento de suicidio y ahí el 2020 ella me dijo, ya tienes que ir al COSAM sí o sí y como yo había llegado al consultorio de urgencia por este intento ahí, entonces, como que no hubo que hacer mucho conducto regular porque el COSAM igual es hueviado como que pide ir al médico primero que después una evaluación, entrevista y todo como y en esa en esas circunstancias me pasaron altiro, entonces desde ese año desde el dos mil…, del 2021, perdón desde el 2021, fue eso un intento de suicidio y ahí empecé a ir, es decir, estuve desde el dos mil, tuve la mitad del 2019 y el 2020 sin terapia y ahí la retomé en 2021 hasta ahora".

C5 S1: "Estuve una vez en una terapia, hace como 3 años, pero la dejé…la dejé como abandonada. Soy un poco, me cuesta igual como continuar con las cosas que empiezo entonces como que no seguí, como que al mes psicóloga se fue de vacaciones y yo igual tuve un periodo de vacaciones, entonces nos concretamos nunca más y yo tampoco volví a insistir"

1.2 Síntomas asociados al trauma, de esta subcategoría se identifican catorce códigos:

a) Ansiedad y angustia: Sintomatología persistente en las consultantes de forma desregulada en sus complicaciones en la vida adulta, tanto a nivel personal, familiar y social.

C8 S1: "Tuve que asistir al juicio que se estaba realizando en contra de Jorge, a declarar, a estar presente de todo lo que decían. Hasta que le dieron la condena. Y yo en ese entonces quizás no pude asimilar como profundamente lo que estaba pasando y quizás del dolor que no puede expresar los años anteriores, me vino, así como todo de una y me ha hecho pasar por crisis de angustia muy grande. Y con mi pareja, también he tenido diversos problemas este año, sobre todo, que quizá tengan que ver con el trauma, con el daño que tengo por parte de mi familia, pero

después de que el Maxi hiciera una cosa que a mí me dolió mucho y me faltó el respeto ahí fue como que asimile todo el daño que he estado viviendo durante mi vida".

C4 S1: "Después de que Isabella ya creció y todo esto yo empecé a sociabilizar porque volví a mis estudios en una nocturna y ahí como que me empezó a quedar la caga porque yo siempre había sido una persona como muy no sé si decir buena, pero era como muy piola, o sea, no era piola, pero era como un inocente eso. Entonces claro, empiezo a sociabilizar con gente acá del pueblo donde vivo, cosa que nunca había hecho antes y que era muy como… gente malintencionada, no sé, era como gente que estaba muy acostumbrada al vicio a vivir, a estar como todo el día en la calle y cosas. Ya, entonces chao, ahí cuando se da todo esto yo conozco a un tipo, pololeo con él, era muy violento y ahí yo cuando terminé con él, recién empecé con mi episodio depresivo, ahí como que me di cuenta y dije como no estoy bien y me empecé a ir a la cresta[…] Entonces todas estas cosas, obviamente empiezan, empezaron como a generar una presión encima, ya no estaba con mi guagua, ya no era mi guagua, ya estaba grande, entonces como que de de cierta forma salí de mi burbuja, como de mi burbuja protectora de estar acá en mi casa con mi guagua y como que salí al mundo así".

b) Pensamiento e intento suicida: Dentro de los relatos se puede observar consecuencias graves de las múltiples problemáticas asociadas al trauma en las consultantes, destacando patrones conductuales y emocionales graves, como lo es el pensamiento e intento de suicidio.

C7 S1: *"Igual una de las cosas porque nunca lo conté en realidad fue porque igual yo cuando chico no entendía tantas cosas y yo decía. No es como prácticamente una violación si son niños como de casi mi edad, pero en realidad sí lo sí lo es. Y cuando estuve con mi expareja, la verdad es que yo decía yo para que avisar decir, porque igual fue un caos estar en esa relación, fue*

horrible. Fue un proceso súper traumático en general, que en ese tiempo fue cuando fui a al psicólogo porque mi mamá se enteró de cómo él me trataba en general y y igual tuve hartos intentos como de suicidio y mi hermano en una de esas me encontró, él me vio y le aviso mi mamá claramente porque yo era chica. Y me llevaron al psicólogo por qué en realidad no había contado esas cosas".

C7 S3: "Intentaba como autolesionarme igual con pastillas, no sé si eso se considera. […] Bueno, en segundo intento terminar con él. Por ende, estuve fue como a finales de segundo y en las vacaciones entre segundo y tercero conocí a alguien. Y pololeamos, así como esos dos meses y después terminé con él porque volví al liceo y volví con el Felipe. Aquí tengo pocos recuerdos por así decirlo, ehhh intente autolesionarme con pastillas en el baño, siempre todo en el baño […] En realidad me intentaba como autolesionar con muchas cosas. A veces me echaba alcohol en los ojos, otras veces eran cortes, golpes, pastillas en general".

C6 S1: "Sí y también comentarte que cada vez bueno lo sigo pensando, pero no con tanta intensidad obviamente, no sé si te acuerdas de lo que hablamos la última vez, a mí me no me gusta este mundo. Es una cosa que yo digo, este mundo no me gusta, yo no soy de este mundo, yo no soy de aquí y muchas veces quise suicidarme y estuve tiempo yo me quiero morir, yo me quiero morir, yo me quiero morir antes de tener a mi bebé. Y ahora tengo un bebé a quien tengo que proteger cachai' y que nunca había pensado en ser tan eterna para él, para poder protegerlo todo y guiarlo, pero si… a mí yo ese pensamiento siempre lo tengo, a mí no me gusta este mundo. No me gusta la gente individualista, el poco amor que hay entre el uno al otro. A veces yo no me siento parte de este mundo".

c) Baja autoestima: Dentro de las narrativas de las consultantes se observan indicios de baja autoestima asociado al trauma.

C2 S2: "Pero por qué no yo, a ver por qué yo no a ver lo que yo siempre he dicho ya está bien. No es normal, no está bien, pero yo no soy tan especial tampoco como el especial ante los ojos del universo y de la vida como para que a mí tampoco no me pasara. ¿Me entendí? entonces, cómo es eso, como que siento que ya me pasó, sé que está mal. Sé que fue así.".

C1 S1: "Como que la heteronorma es súper fuerte y bueno también me daban como rechazo los hombres po' como que pensaba que era muy muy no sé, pasados pa' la punta, muy acosadores o insistentes. Me daba mucho miedo que abusaran de mí los hombres o que yo fuera, aunque fuera no sé una relación consentida, pinchar, darnos beso. Hum siempre sentí que, o sea en ese tiempo cuando era chica, que iban hacer cosas que yo no iba a querer y que yo no iba saber decir que no porque hum porque podía ser muy complaciente yo en esos tiempos".

d) Abuso sexual en la adultez: Dentro de sus relatos surgen otros episodios de abuso sexual, los cuales ocurrieron en la vida adulta. Cabe señalar, que estos no fueron señalados dentro del motivo de consulta, pero si mediante el uso de la mencionada técnica narrativa.

C1 S1: "Mmm bueno él tenía, o sea tenía 10 años más que yo el Eric. Hum nos conocimos cuando yo tenía como 19, nos empezamos a relacionar cuando yo tenía 21. Y bueno, otra señal muy grande es que empecé a sufrir dolores en el ámbito sexual, como que cada vez que me podía empezar a excitar, mmm no sé cómo que me duele la vulva o alrededor de la vulva. Y, por ejemplo, yo misma no me podía tocar el clítoris porque me dolía mucho porque por mucho tiempo él loco me tocó muy mal, como de una forma quizás muy agresiva o sin cuidado. Y, luego empecé a somatizar y todo el año 2018 me enferme, me dio cistitis y hongos todo el año, no sé, se me pasaba las cistitis

cuando me bajaba la luna y los hongos igual, y así era un ciclo sin fin. […] Claro, como yo estoy en una relación y tengo que tirar porque hay que tirar y de hecho yo, era horrible, yo pienso ahora como el hueón siempre se quería quedar conmigo, siempre se quería quedar en mi casa o yo me tenía que quedar en su casa y siempre que nos quedábamos juntos teníamos que tirar, siempre […] Mmm bueno, en ese tiempo a mí me costaba mucho decir que no, entonces muy pocas veces dije que no […] Claro, pero cuando yo no quería, el me manipulaba y se enojaba o se hacía al pobrecito, como que le daba pena, como que se sentía inseguro, como si fuera algo personal. Hum y bueno en una oportunidad como que, yo creo que por esa misma manipulación se me ocurrió decirle que yo iba a intentar dormir y que si quería el me penetraba mientras yo intentaba dormir y me dolió caleta porque en verdad no estaba ni siquiera excitada y le dije que parará".

C6 S6: "Te puedo contar algo cortito y yo sé que cortito para no agrandarlo, lo vemos otro día o no sé… mira, yo tengo un hermano, tengo 5 hermanos por parte de mi papá porque mis papás se llevan 30 años de diferencia, entonces uno de ellos tiene la misma edad de mamá de mi mamá y hace unos años atrás […] La cosa es que se hizo el desentendido y vino un día y me dice "¿hoy está Carlos?", no, no tengo que juntarme en tal lado y él me empezó a hablar mucho de mi cuerpo, mucho de mi trasero. Que tienes un trasero tan grande, bla bla bla y me pega un palmazo en mi trasero, un hombre de 67 años, mi mamá tiene 70 y los cumplió ayer".

e) Dificultades sexuales en la adultez: Una de las dificultades sexuales propia del ASI en la adultez son las dificultades en el ámbito sexual de la persona, a continuación, se observa esta complicación en el relato de la consultante C1.

C1 S1: "Bueno, en ese tiempo me empezaron esos dolores como en la excitación, como que en verdad yo no quería como excitarme, pero, aun así, por ejemplo, lograba como lubricar por ejemplo. Como que igual existía esa estimulación, pero no como que se separaba mucho como de algo corporal, como una reacción corporal a la estimulación yo creo, pero yo no quería, yo en el fondo no quería. Y bueno, fui como con la matrona en esos tiempos pa' comentarle que me dolía excitarme y, ay no sé yo siento que hum yo tenía muy mala suerte con el tema ginecológico y también siento que hay mucha limitación y mucho patriarcado encima de todo eso y la cabra me dijo que era normal que algunas mujeres les dolía y que me podía tomar un analgésico antes de tirar, por ejemplo. Y eso fue y yo después entendí que el dolor era porque yo no quería estar ahí".

T: "Entiendo. ¿Y eso hasta la fecha se mantiene o ya no?"

C1: "Sí se mantiene. Me he dado cuenta de que es como una gran señal de mi cuerpo, como cuando yo no quiero, me duele mucho excitarme, pero si quiero y estoy como muy tranquila y como entregada a la situación no me duele o me duele muy poquito".

f) Síndrome de Estocolmo: Una de las dificultades sexuales propia del ASI en la adultez es el Síndrome de Estocolmo, a continuación, se observa esta complicación en el relato de la consultante C1.

C1 S1: "Eeehhh pude como separar como, o sea, no cómo acoplar toda la dicotomía que yo sentía con el Lucho como, no sé cómo entenderlo, como todo lo que yo lo necesite cuando era chica, como su presencia, porque a nosotras aparte nos abandonó. Nunca se hizo cargo de nosotros.

Entonces como que tenía, como esa dicotomía de necesitar su presencia, pero también como rechazarlo por el daño realizado. Sí, yo antes de eso que creo que fui como a los 24 años…. ¿Entonces no podía entender cómo, porque lo necesitabas? Si él había abusado de mí. ¿Y bueno, como que esa noche tuve como una catarsis? Y ahí entendí… Puede comprender como porque una niña no no desea que que la abandone, pero también que no abusen de ella. ¿Entonces? Muy bien. ¿Cómo separar esas cosas con? Quizás esa necesidad de su presencia era como por algo como esa relación padre e hija y que es lo que se espera como socialmente en las familias. Y, de quienes se tienen que hacer responsables".

g) Límites difusos: En las historias de vulneración de las consultantes se observan la trasgresión de límites, estableciendo las condiciones que perpetúan conductas abusivas y violentas por parte de los perpetradores.

C6 S6: "Te puedo contar algo cortito y yo sé que cortito para no agrandarlo, lo vemos otro día o no sé… mira, yo tengo un hermano, tengo 5 hermanos por parte de mi papá porque mis papás se llevan 30 años de diferencia, entonces uno de ellos tiene la misma edad de mamá de mi mamá y hace unos años atrás…Bueno, yo con él tengo contacto hace veintitantos años cuando papá falleció, él se hizo como cargo de mí y bueno, hace unos años atrás…hace varios años atrás siempre hacía alusión a mi cuerpo, pero yo siempre como que…uno como que se siente impactada de la persona que te lo está diciendo que es un familiar, ya perfecto. Hace 2 o 3 años atrás le ofreció intimidad, sexo a mi mamá, irse a un motel y yo hablé con él y yo le hablé súper así piola con él le dije "mira esto, creo que te pasaste los límites y todo ya no disculpa blablabla" ... y bueno, antes del cumpleaños de Mateo yo lo llamé para pedir ayuda para que Carlos se fuera de la casa. La cosa es que se hizo el desentendido y vino un día y me dice "¿hoy está Carlos?", no,

no tengo que juntarme en tal lado y él me empezó a hablar mucho de mi cuerpo, mucho de mi trasero. Que tienes un trasero tan grande, bla bla bla y me pega un palmazo en mi trasero, un hombre de 67 años, mi mamá tiene 70 y los cumplió ayer. Y yo quedé impacta' y es algo que siempre me pasa cuando hay hombres que pasan estos límites, y ayer vino después de eso vino el cumpleaños de Mateo y yo no le hablé mucho, bla bla bla".

C2 S1:" Sí, pero es tanto la es tanto, yo creo que la pena que da que una para seguir viviendo y para salir de ahí teni' que no tener pena po', teni' que estar bien, entonces teni' que normalizar […] Yo creo que por ahí va uno lo bloquea por algo no me acuerdo, yo creo que no me acuerdo por eso de ciertas cosas ya, sé que están, pero esos recuerdos que uno tiene tan tan específico. No es tanto, sé que sucedieron […] Sí, yo creo que a mí me pasó lo mismo, con mi prima igual, mi prima me dice no, no puedo recordar. De hecho, tuvimos un evento juntas que yo la defendía a ella, por lo mismo porque llegaron unos tipos a la casa, a comprarle droga a mi tío y mi tío se ponía a tomar, entonces quedábamos nosotras dos solas y éramos muy chicas y llega un tipo a tratar de tocar a mi prima. De hecho, todos mis tíos abusaron de mis primas".

C1 S2: "Ese verano, el Lucho se desnudó frente a mí y a mi hermana para acostarse sin ropa, porque él dormía sin ropa. Lo que más deseaba era que no se acostara conmigo y que no le hiciera nada a mi hermana. Su pene no estaba flácido cuando se saca la ropa, tampoco erecto […] En ese tiempo, el Lucho se volvió a aparecer. Una vez se quedó hasta tarde y yo me quería acostar, pero no podía porque él estaba esperando a que me sacara la ropa frente a él, hasta que mi mamá lo sacó de la pieza".

h) Dependencia emocional: En los relatos de las consultantes se evidencian secuelas de la dependencia emocional, con patrones como la búsqueda constante de aprobación, temor al abandono y dificultad para establecer límites. Afectando el bienestar de las consultantes, generando inseguridad y conflictos en sus relaciones.

C6 S1: "Siento que no sé si es parte de lo que me ha pasado en mi infancia, pero siempre estoy como repitiendo patrones de estar con hombres que son violentos. Bueno, segunda pareja que tengo que me ha pasado y tengo también como un apego emocional en cuanto a eso, estoy tratando de hace ya 4 meses, 5 meses de poder cambiar el chip de mi mente y poder entender que también puedo salir adelante sola. Hay miedos también, hay muchos miedos, de hecho, mi esposo me dice "es que no puedes vivir sola, no puedes estar sola, porque tú no te mantienes". O sea, no de que no tengo un trabajo, no me la voy a poder con mi hijo. Entonces, estudié una carrera también que nunca la pude ejercer".

T: "¿Qué carrera estudiaste?".

C6: "Trabajo social, que sí tuve el apoyo de mi esposo para estudiar, pero cuando… bueno, dentro de los estudios, cuando estudié también hubo complicaciones en cuanto a celos, control, control en general en mí. Bueno, estudié finalmente, pero al final no lo pude ejercer. Quería hacer monitores en un centro de la mujer, paradójicamente, es lo que yo estoy viviendo hace tanto tiempo y que no podía abrir mis ojos".

C1 S2: "Tuve un amigo muy manipulador que no me dejaba tener otros amigos gays, ni que me hiciera amiga de sus pololos. Me hacía sentir culpable hasta llorar. En tercero medio, se fueron la mayoría de mis amigos del colegio y fumaba porro todos los días estaba muy depresiva. El 2014 inicié una relación con un hombre sólo porque me manipuló diciéndome que había terminado su relación de 5 años por mí. Finalmente me cago con la misma cabra. En primero me sentía muy

sola, sentía que necesitaba amor, no lo entendía tanto. En el 2015 se inició otra relación con un hombre 10 años mayor que yo, también por manipulación […] La relación que inició en 2015 fue toda una relación de abuso".

i) Hipervigilancia: En la consultante C6 se observa una secuela de su experiencia traumática desde el ataque sexual. Esto se puede atribuir a un miedo constante e hipervigilancia.

C6 S1: "Y bueno estar sola para mí también es difícil, porque hay miedos no de mí de podérmela sola, sino que de vivir sola esos miedos que… bueno, mi esposo ya viaja mucho, pero en mi casa es como súper segura acá, pero a veces sí me da susto o tengo pensamientos muy catastróficos que no sé… que vendrá a la casa, me va a pasar algo o más que a mí a mi hijo o a mi perrita. Como que siempre esos pensamientos están, pero yo no... yo primera vez que como que los hablo porque yo digo que, si no los hablo, no son, o sea no pasan, no me las creo, pero sí pasan por mí mente muchos pensamientos, así como catastróficos de… no sé, salir en el auto y que va a pasar algo. Bueno, antes eran… como estaba sola, como yo era sola, no tenía bebé, era claro con relación a mí; que me iba a pasar algo a mí, no sé. No sé cosas de abusos, como que siempre es lo que estoy siempre pendiente, pero ahora siempre estoy pendiente de que… No sé, de mi embarazo en adelante como que me asustaban mucho más andar en auto de noche, por cualquier cosa o con mi hijo de noche, siempre estoy mirando, observando si hay alguien atrás o tiene algún vehículo o cosas así".

j) Somatización: En la consultante C3 se logra observar diferentes enfermedades y manifestación que podrían tener relación con una somatización.

C3 S1: "Bueno, porque principalmente igual yo creo que a veces el cuerpo se manifiesta como físicamente las cosas que uno no puede absorber como mentalmente, y resulta que junto con todo esto cuando empezó me dio una enfermedad que se llama esclerodermia localizada, también se llama morfea, y es una enfermedad como a la piel, entonces se empieza como a endurecer. Entonces, surgió un poco esto de verlo como desde todas las aristas posibles de esta enfermedad, porque los medicamentos hasta ahora no me no me han estado resultando lo suficientemente bien, entonces, hablando con otras personas y todo, tratando de ver cómo desde todos los ámbitos qué es lo que podría estar como provocando eso. Porque bueno, para mí como las enfermedades autoinmunes como que siempre traen detrás algo como emocional o espiritual y cosas así, entonces quería como pensé que quizás la enfermedad podría deberse a esto también. Entonces quería, estoy tratando como de resolver todas esas cosas como inconclusas que tengo, porque sinceramente ya no lo estaba poniendo como resolver yo, como con otros problemas que he tenido".

k) Desesperanza: En los relatos se refleja una sensación profunda de desesperanza, donde las consultantes sienten que sus situaciones no tienen solución.

C6 S1: "No sé si te acuerdas de lo que hablamos la última vez, a mí me no me gusta este mundo. Es una cosa que yo digo, este mundo no me gusta, yo no soy de este mundo, yo no soy de aquí y muchas veces quise suicidarme y estuve tiempo yo me quiero morir, yo me quiero morir, yo me quiero morir antes de tener a mi bebé. Y ahora tengo un bebé a quien tengo que proteger cachai' y que nunca había pensado en ser tan eterna para él, para poder protegerlo todo y guiarlo, pero

si… a mí yo ese pensamiento siempre lo tengo, a mí no me gusta este mundo. No me gusta la gente individualista, el poco amor que hay entre el uno al otro. A veces yo no me siento parte de este mundo".

C4 S1: "Y fue en esta desesperación de verme como atrapada en en un círculo vicioso, así, sin fin, un infinito. Y específicamente esa vez recuerdo que me estaban tratando muy mal, siempre me insultan y me tratan mal acá, a mi hija también".

l) Desregulación emocional: Una de las dificultades presentes en las consultantes es su bajo nivel de regulación emocional, el cual puede deberse a las secuelas propias del trauma complejo y el ASI vivido.

C5 S1: "Los excesos también he tenido problemas… con los excesos. No sé, creo que también tengo problemas de de ansiedad y de seguridad. Creo que me dan medios ataques de locura que a veces no puedo controlar".

C8 S1: "con mi pareja, también he tenido diversos problemas este año, sobre todo, que quizá tengan que ver con el trauma, con el daño que tengo por parte de mi familia, pero después de que el Maxi hiciera una cosa que a mí me dolió mucho y me faltó el respeto ahí fue como que asimile todo el daño que he estado viviendo durante mi vida […]. Y lo que no pude hacer antes que era llorar porque si mi familia me veía llorando me golpeaba, me trataba peor, empecé a hacerlo, empecé a sufrir por lo que me había pasado recién este año. Ha pasado desde que ocurrió esto después de haberme casado, me siento triste todos los días, por no decir que todos los días lloró y quizá también es por el dolor que no pude expresar antes y en mi familia, no… Mi familia no permitía estar mal, ellos dentro de las mentiras que a mí me hacían decir se creyeron tanto ese cuento que querían que fingieras hasta dentro de la propia casa".

m) Consumo problemático: En los relatos de las consultantes se observan múltiples episodios de consumo problemático de alcohol y drogas por parte de ellas, desde su adolescencia hasta su etapa adulta.

C1 S1: "En tercero y cuarto medio yo solo estaba drogada y carreteaba todos los fines de semana y estaba súper triste, súper sola y bueno estuve a punto de repetir esos años también. Mmm me afiete caleta a mi amiga J, a las dos nos gustaba drogarnos".

C7 S1: "El alcohol es como lo que más me ha costado como dejar así de golpe, eso sí, me ha costado dejarlo. O sea, por lo menos a la semana estoy tomando en menos cantidad, pero igual casi todos los días, pero en mucha menos cantidad. Por ejemplo, si antes tomaba no sé dos botellas de whisky, ahora tomo no sé dos vasos de de whisky".

C5 S1: "Tengo problemas con las drogas, en verdad. Los excesos también he tenido problemas… con los excesos. No sé, creo que también tengo problemas de de ansiedad y de seguridad. Creo que me dan medios ataques de locura que a veces no puedo controlar. Eso es como lo que me está dificultando ahora en realidad, como en mi vida, como el tema de mis adicciones.

T: "¿Adicciones a que tú crees que tienes?"

C5: "Al alcohol y a la cocaína".

T: "¿Desde cuándo?"

C5: "Bueno de alcohol yo creo que hace más de 10 años yo creo y a la droga yo creo que… es que ha sido como paulatino igual, no siempre es como constante, pero… pero no sé, creo que ya hace más de 2 años que es constante".

n) Amnesia disociativa: En los relatos de las consultantes se observan episodios de amnesia disociativa, donde experimentan lagunas en su memoria y dificultad para recordar eventos importantes y del ASI. Esta condición se presenta como una respuesta al trauma, generando una desconexión temporal con la realidad y afectando su capacidad para integrar experiencias pasadas.

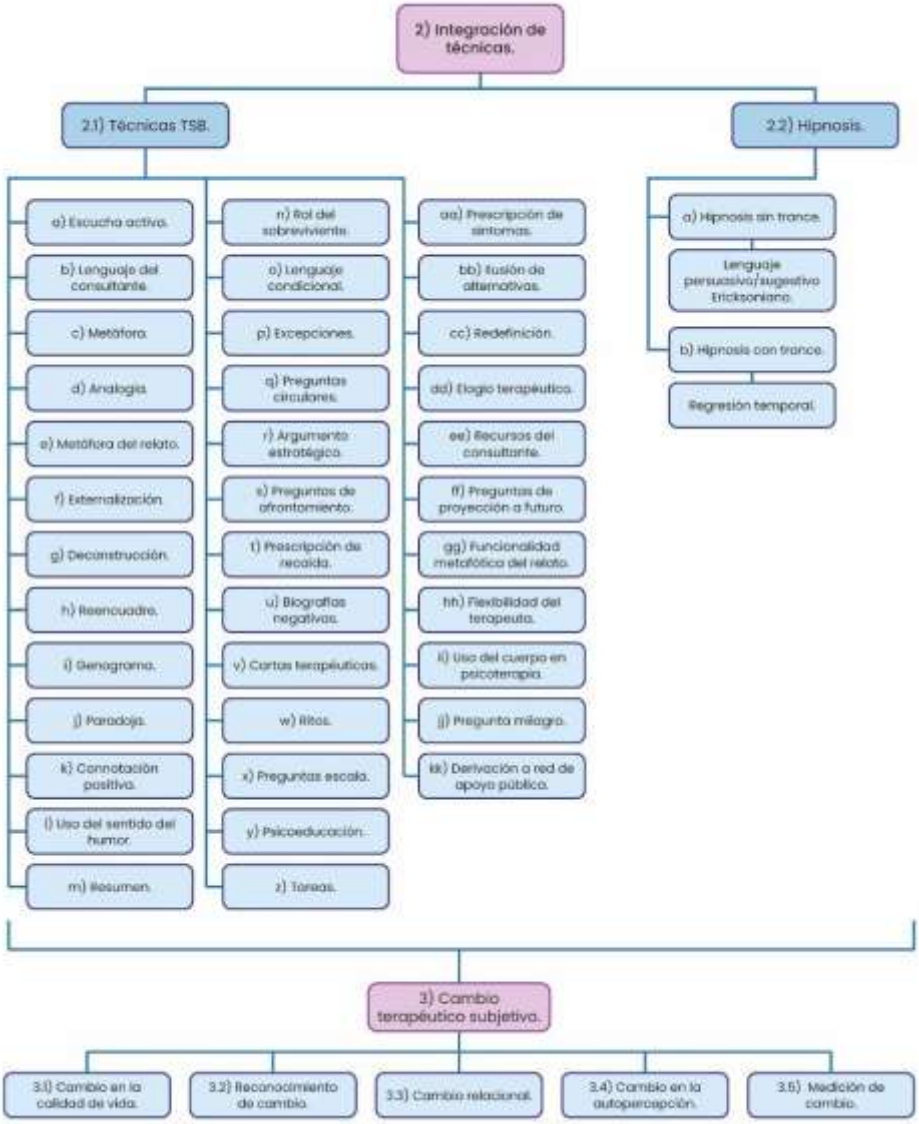
C7 S1: "Yo cuando era chica me violaron dos personas, dos personas de mí mismo colegio. Y, en realidad no me acuerdo, así como todo específicamente cómo pasó, hay cosas que me acuerdo, otras que no […] Tengo muy vagos recuerdos. Me encantaría decirle la verdad, pero no, no, no sé".

C3 S1: "No logro recordarlo como eso, es lo que conversai' que nunca no logro recordar ninguna conversación como que yo sabía que era un secreto, pero nunca no me acuerdo de su voz, no recuerdo ni siquiera su cara".

Árbol B

Figura 4

Integración de técnicas



En el árbol B (Figura 4) se identifican dos categorías principales: la primera es la integración de técnicas (2) y la segunda es el cambio terapéutico (3). La categoría n°2 se divide en

dos subcategorías: Técnicas de Terapia Sistémica Breve (2.1) e Hipnosis (2.2). Estas subcategorías buscan responder a los dos primeros objetivos específicos del estudio:

La subcategoría 2.1 aborda el objetivo específico de “analizar la funcionalidad de la integración de técnicas de la terapia sistémica breve en la atención de sobrevivientes adultos de ASI”. Para ello, esta subcategoría se desglosa en treinta y siete códigos o técnicas implementadas que se clasifican con las letras del abecedario.

La subcategoría 2.2 responde al objetivo específico de "examinar la funcionalidad de la hipnosis clínica como técnica utilizada en la atención de sobrevivientes adultos de ASI". Esta subcategoría se divide en dos códigos: Hipnosis sin Trance (a) e Hipnosis con Trance (b). En el primero, se incluye el subcódigo de Lenguaje Persuasivo Ericksoniano y en el segundo, la Técnica de Regresión Temporal.

En cuanto a la segunda categoría del árbol B, llamada Cambio Terapéutico (3), aborda el tercer objetivo específico: “Describir el efecto de la integración del modelo de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en sobrevivientes adultos de ASI”. Esta categoría se divide en 5 subcategorías:

- Cambio en la calidad de vida (3.1).
- Reconocimiento de cambio (3.2).
- Cambio relacional (3.3).
- Cambio en la autopercepción (3.4).
- Medición de cambio (3.5).

Descripción de la categoría 2 “Integración de Técnicas” (IDT), además de la subcategoría 2.1 de “Técnicas de la Terapia Sistémica Breve”.

Al iniciar con las primeras sesiones, es crucial escuchar activamente los relatos de las consultantes y utilizar su lenguaje. En el caso de varias consultantes jóvenes, se opta por manejar

un lenguaje más coloquial, utilizando modismos y atendiendo a sus intereses, esto permite que las consultantes se sientan escuchadas y se va estableciendo una buena relación terapéutica. El uso de elogios terapéuticos y connotaciones positivas durante todo el proceso terapéutico favorece la creación de una adecuada alianza terapéutica y facilita los primeros pasos hacia la redefinición de los circuitos problemáticos.

C1 S1:

"C1: Tengo un dibujo que hice de un sueño que tuve y que era una, que era que yo veía una mujer negra, mmm que era negra yo creo que porque estaba llena de como barro de arena.

T: Mira que simbólico.

C1: Estaba cubierta de de arena mojada negra, así como muy zona centro, costa centro y se ponía unas piedras en la cabeza.

T: Mira.

C1: Y yo miraba, yo la miraba y su mirada era muy intensa y de hecho, a ese dibujo le puse la "fuerza".

T: Wow, soportando esas piedras y todo qué tremendo, qué qué qué loco. Yo siempre digo yo, yo ahí no sé más allá ya, llámale, Dios, llámale el universo, llámale…, pero algo hay estamos más que claro, algo hay. Y imagínate, o sea eso que se te reveló en ese sueño hoy día cobra mucho sentido con la terapia. Llámale, Dios, llámale universo, llámale como querai' llamarle, pero algo hay y parece que hacia algún lugar esta energía, este universo te quiere llevar […] Primera vez que tengo a alguien en lo visual, yo creo que mirar un cuadro y que genere algo y que te diga por último esa necesidad de decir, ¿sabi' qué? Necesito ayuda y divulgar esto, sí se puede sanar. Eso y quizás por ahí va tu camino".

IDT: Escucha activa, uso del lenguaje del consultante, connotación positiva, elogio terapéutico *y* recursos del consultante.

C3 S1:

T: "Ahora me causa curiosidad, se me viene a la cabeza, a pesar de todas estas dificultades que estuviste viviendo en tu desarrollo más psicosexual, relacional ¿cómo llegamos a ser estudiante de medicina?, porque eso no lo hace cualquiera".

C3: "Jajaja".

T: "¿Dónde sacaste la fuerza? de, ¿dónde lograste? No sé cómo, como ya claro tuvimos como es como ese árbol que de repente empieza a desarrollarse un poco herido, un poco chueco, pero de la nada, como que ¡pum! empieza a crecer".

C3: "Soy muy, muy exigente".

IDT: Escucha activa, uso del lenguaje del consultante, connotación positiva y elogio terapéutico.

C4 S1:

C4: Y eso, claro, yo decía que podía levitar que podía curar también como poniendo las manos así y mi mamá más encima le creía esa huea, como él decía, no, si yo o sea, no sé si le creía, pero decía, como no, si yo el otro día tu mamá estaba con una jaqueca horrible y le puse las manos en la cabeza un rato y se le pasó. Era como una especie de Reiki, como que el hueón era así, como por eso era como un hueón semidiós. Y aparte era una persona que yo no me imagino, no sé si se se engrupía, pero era muy culto, al hueón lo que le preguntaras, lo sabía que sabía mucho de historia y leía mucho y escribía, y era como así como una enciclopedia con pata y también tenía una capacidad oratoria muy grande o tiene, no sé, pero donde iba al lugar que iba todos como que lo admiraban. Era como como ohh y el hueón y se acercaban a él y generaba muchos

contactos como con artistas y cosas, así como que se movía, estuvo en la casa de la cultura me acuerdo en ese tiempo como si saben ni una huea, como que solamente por tocar un acorde en guitarra, porque él tenía en esa huea como de de engrupir y la gente le creía más encima.

T: Como un líder sectario, porque teni' toda la razón en eso, así son los hueones po', empiezan ahí a se llama alineación ¿cachai?, como que te vuelan la cabeza y tienen todas esas características. Bien, bueno, yo agradezco enormemente toda la confianza que has tenido para para narrarme todo esto".

IDT: Escucha activa, uso del lenguaje del consultante, connotación positiva y elogio terapéutico.

Otras técnicas relevantes utilizadas en la primera sesión de TSB incluyen el uso de metáforas, analogías, lenguaje persuasivo Ericksoniano y resúmenes. Estas técnicas ayudan a estructurar la narrativa planteada, resolver dudas, hacer que las consultantes se sientan escuchadas y fomentar la alianza terapéutica.

C7 S1:

"T: Y últimamente tú crees que necesitamos ciertas sesiones para comprenderte. Levantaste a tu hermano en en en una junta íntima los dos curados algo que nunca lo habías dicho. Y, que también fue bonito porque de cierta forma no eran tan unidos eso. Yo me imagino que igual los unió un poco y le mencionaste lo que también me narraste a mí no con tanto detalle quizás, donde cuando eres chica dos alumnos de un curso más arriba que tú te violaron. No te acuerdas mucho, eran de tú estabas en cuarto y yo ellos iban en quinto. Era un colegio que no había muchos inspectores, no había gente en el patio. Te amarraron y todo esto pasa en educación física después de tuviste un cambio de comportamiento que eso ya es muestra de síntomas que tiene que ver con, te fuiste hacia dentro, un proceso de introversión y ellos le llamaban como que querían ser gemelos, ¿o

no? Luego también te pasó algo con tu primera pareja del liceo que el tipo ejercía mucha violencia y tampoco esto lo contaste no sabías muy bien respecto a qué pasaba, el tipo como que te manipulaba. Todo fue bien traumático en esa relación, especialmente en los cuatro meses en adelante. Duraron 3 años y en el último tiempo el empezó a tener relaciones, obligándote a ti que en este caso viene a ser una violación. Era muy agresivo, te dejaba moretones feos, te pegaba. Tuviste intentos de suicidio, incluso una donde tu hermano te vio y le avisó a tu mamá. Hace 2 años atrás, cuando ya empezaste a encontrarte a ti misma, viste como cierto aire, empezaste a averiguar y a descubrir esto ¿no? que tiene que ver con comprenderte que me decías y averiguaste sobre esto y por eso tenías súper claro que ambas fueron violaciones. Este tipo se le hicieron orden al alejamiento del colegio, supuestamente la mamá también hizo algo similar. Luego pasó la pandemia, entraste a la universidad, encontraste a alguien más sano y nos engañó, fue infiel. Eso te hizo decaer, te sentiste muy mal, empezaste igual a encontrarte de nuevo contigo misma al momento de salir de eso, como tratando de escapar o de evadir porque te empezaste a acordar de muchas cosas y entre eso. Te reencontraste con este amigo de 17 años de amistad. Igual tenía otro grupo de amigos, empezaste a salir, teniai' una moto también una R15. Empezaste a beber más de la cuenta todos los días. Te compraste una moto, ahora el R3 que te va a llevar en una semana más. Bueno, todos estos carretes excesivo consumo de 2 botellas, ahora dos vasos y todo igual baja el rendimiento, baja todo a nivel académico. Como que igual trataste de calibrarte, los problemas en la la casa se triplicaron. Tenemos una mamá muy sobreprotectora, te ha costado mucho dejar el alcohol, tenemos papá presente, ausente y tenemos sólo un hermano. Y aparte a nivel traumático con la otra persona, tuviste relaciones donde hubo sangrado y y se te apagó la tele y eso te ha vuelto a suceder, fuiste al ginecólogo y y empezaste a averiguar también, como

siempre lo haces y qué se podía deber a un trauma psicológico. Y que en el fondo lo que te gustaría lograr con la terapia es comprenderte y sacarte el peso que llevas. ¿Voy entendiendo bien?"

C7: "Sí".

T: "¿Sí? ¿Algo que agregar?"

C7: "Respecto al ámbito sexual, siento que igual he tenido hartas parejas sexuales y nunca he como sentido que me llena, por así decirlo, pero si lo busco. Pero es como extraño, es demasiado extraño".

IDT: Resumen y recursos de la consultante.

Continuando con el proceso terapéutico, en la narrativa de las consultantes se establece el rol del sobreviviente, utilizando analogías, metáforas y resúmenes para resignificar y reconstruir los diversos traumas vividos por ellas.

C1 S1:

T: "Así. Oye. Logro comprender. Bueno, todo lo que me estás diciendo no, o sea. Eso de sentir que en el fondo el abuso que sufriste aparte tu papá de cierta forma, cuando eres chica te ha venido siguiendo como un fantasma, no como como que sigue afectando. Tú lo notas porque siempre has tenido como esta necesidad de perseguir esa sanación. Te has esforzado mucho. ¿Pero cómo que sabías que había algo malo? ¿Sentías que de repente había mucho desequilibrio en tu niñez en tu adolescencia y que necesitabas ayuda y compañía? ¿También te empezaste a acercar el feminismo a otras mujeres? Ahí lograste ponerle nombre a esto, que es un abuso. Que obviamente te había afectado bastante.

Incluso nombramos como Lucho a esta persona que me parece muy bien, y luego empezaste también a contarlo a develarlo. Ahí viene otro otro choque traumático que lamentablemente tu

familia no te apoyó, no te ayudó, no recibiste ese abrazo y de que esto no iba a pasar nunca más o no que es como esa imagen que que me muestra en ese cuadro, que es muy representativo, muy simbólico.

Luego empezaste a buscar ciertas ayudas a nivel terapéutico y medicina alternativa, dentro de eso vas a. ¿Terapeuta qué? ¿Qué te hace cómo llegar a ese viaje? Como de purga. Logras ver algunas cositas, sacar algunas develaciones, aun así. Quedaron algunas sensaciones adentro, especialmente asociadas a ese abandono, a esa niña que que quizás necesitaba algo como ser contenida, ser escuchada, ser validada. Bueno, todo eso iba rondando en tu cabeza y en tu corazón, especialmente una dicotomía que se te develó después de meses. Que tiene que ver con el abandono, como se interrelaciona el abandono con el abuso, ese ese deseo primario de tener a mamá y papá. ¿Y, cómo es la realidad misma mía? No estaba de esa manera, mamá no me protegió y papá era un agresor, entonces. ¿Y además ese abandono y también esa necesidad se provoca esa dicotomía como dices tú de que pucha lo necesito y me gustaría que esté, pero a las finales fue que me abusó, entonces como qué hago? No es como una paradoja y a nivel mental. Bueno, frente a todas estas situaciones logras esta develación, posteriormente fuiste a terapia también psicológica donde hay también te diste cuenta de otros factores que tienen que ver con el aspecto más relacional materno de hecho, fue tu motivo de consulta. También aparecen las hermanas, también con una decepción muy grande porque tampoco es como que te protegieron de cierta manera. Y aparecen también las relaciones a nivel de amorosas y parejas, donde tenemos una primera relación donde fue muy disfuncional o ambigua de cierta manera, donde tú aceptaste y estabas ahí con una necesidad constante y esa persona estaba con otra persona en simultáneo. Hasta la relación de pareja que fue en el verano. Donde ocurre un fenómeno bien distinto, que es como no quiero más algo afectivo, no quiero más allá de un compromiso, un noviazgo, un pololeo

como se dice, quiero estar bien, quiero pasarla bien, pero como que no me quiero comprometer más allá, ¿no? Y por eso terminas la relación. Hum. ¿Voy entendiendo bien?"

C1: Súper bien.

T: Súper bien, es bien interesante, cómo cómo has sobrevivido. Eres una sobreviviente. Más que víctima ya hasta altura N, teni' que verte como una superviviente, justamente, como a nivel simbólico se se ven como tribus femeninas en el Amazonas, ¿no? De hecho, se les titula las del Amazonas, o sea, mujeres fuertes, mujeres, mujeres que sobreviven donde casi nadie sobrevive ¿no? cuando tú me dijiste el tema del Amazonas, claro, yo iba entendiendo y relacionando lo que tú me vas diciendo, pero es que es simbólico que hayas llegado a esa tercera alternativa, una mujer como tú. ¿Porque para sobrevivir en el Amazonas tienes que tener eso ¿no? Ese rol de sobreviviente.

Inmediatamente cuando me dijiste eso pum en mi cabeza, se me imagina tu persona, o sea, eres justamente una amazona.

IDT: Escucha activa, uso del lenguaje del consultante, connotación positiva, rol del sobreviviente, uso de analogía, lenguaje persuasivo Ericksoniano, resumen.

Dentro de las primeras sesiones se emplea la escritura autobiográfica. El terapeuta utilizó la técnica de la autobiografía, con la variación de que esta debía centrarse en los hechos traumáticos y negativos que las consultantes habían experimentado durante su vida, nombrándola como "biografía negativa". En este ejercicio, al leer la biografía, aparecen otros eventos de agresión sexual, tanto en el contexto intrafamiliar como extrafamiliar en la infancia y adultez de las consultantes. La lectura y la reflexión conjunta con el terapeuta se reforzó mediante la analogía de la "flor de loto" y el pantano, para instalar el rol de sobreviviente tras los reiterados y prolongados

eventos de vulneración; donde el uso del lenguaje de las consultantes y el uso de analogías fueron recursos potentes e imprescindibles para deconstruir la percepción de sí mismas, con el objetivo de generar un cambio en la autopercepción. Las técnicas anteriores son reforzadas por el rito de leer y quemar la autobiografía, este último utilizado como un rito simbólico que marca un antes y un después en el proceso psicoterapéutico; la técnica es introducida a través del lenguaje persuasivo Ericksoniano y la analogía del rito simbólico de los vikingos, quienes utilizan el fuego como un medio de trascender y marcar un final y un nuevo inicio. Tras quemar la biografía, las consultantes logran realizar el cierre simbólico de su historial de abuso y vulneración, de manera que se instala la redefinición de víctimas a sobrevivientes.

C4 S1:

"C4: Ya, nací el 4 de julio del año 1997. Mi mamá vivió su embarazo sola en el abandono de mi papá y llegó al hospital sola y me parió sola. El día que salí de la clínica con mi mamá, mi papá se hizo presente solo para reconocerme, darme su apellido y cuando me vio por primera y última vez dijo, no se parece a mí. Mi mamá no pudo amamantarme porque se le rompieron los pechos, así que sólo tomé leche materna durante dos semanas. En ese mismo periodo de recién nacida mi mamá volvió a la universidad a retomar sus estudios y yo quedé al cuidado de mi abuela. Se me viene a la cabeza un día en el que mi abuela me estaba cambiando el pañal tenía máximo 1 año y yo me toqué la vulva y me pegó. En prekinder tenía un compañero que me acosaba, me intentaba dar besos y como yo no quería me tiraba el pelo, se llamaba Kevin, yo le rogaba a mi abuela que no me llevara al colegio, pero nunca le dio importancia, en mi casa se reían de mí y me molestaban con él. Ahora, me nace otro recuerdo del mismo periodo de un día que le hice un dibujo a mi abuela, se lo fui a regalar y ella y mi tía se empezaron a reír porque era feo. Recuerdo esos primeros años de mi vida con mucha soledad, casi no veía a mi mamá. Crecí pegada en la puerta

de la entrada de mi casa mirando para afuera, esperando que llegara. Un día de esos que la esperaba, llegó en su auto con un hombre, yo tenía 5 años, luego, pololeo con ese hombre y luego se casó con ese hombre. Cuando tenía 6 años nació mi primera hermana que yo esperé con muchas ansias y cuando nació empezaron los malos tratos hacia mí por parte de mi padrastro y mi mamá lo permitió, malos tratos como sentarme durante horas en la mesa porque no quería comerme la comida que preparaban, ninguno de los dos sabía cocinar, así que era asquerosa, mandándome mi pieza castigada sin poder salir o al patio sin poder entrar diciéndome que era mala persona, mala hermana. Decían que era la mosca porque donde me paraba dejaba la cagada, no me prestaban cosas porque decían que eran manitos de hacha, no me dejaban visitar a mis tatas y me decían o hocicona, entre muchas otras cosas. Tengo una imagen de verme llorando en el patio de la casa con mucha tristeza y no tenía confort para limpiarme, tampoco quería buscar porque no quería que me vieran, entonces me sequé con las hojas de una planta. Crecí con tener que perderle el miedo al pudor, teníamos que andar en la casa, en ropa interior, no tenerle vergüenza [se corta la señal]... mi padrastro se paseaba desnudo […] Crecí con tener que perderle el miedo al pudor, teníamos que andar en la casa, en ropa interior, no tenerle vergüenza al cuerpo y mi padrastro se paseaba desnudo. La primera imagen de abuso que tengo estando en cama después de muchos días con fiebre entró mi padrastro a mi pieza, me dijo que me pusiera de guata y de pronto sentí que me estaba rozando con algo. Estuvo largo rato así y yo preguntándole qué era, no me respondió. Años después comprendí que era su pene, tenía 8 o 9 años. En ese mismo periodo ninguno de los dos ni mi mamá ni mi padrastro me dejaban contar cosas de la casa a mis abuelos […] A los 9 años, tenía una amiga que vivía al frente del colegio donde estudiaba, las dos estudiábamos ahí, muchas tardes me iba a su casa porque no podía nadie ir a buscarme a la hora, por el trabajo. Uno de esos días mi amiga puso una película para grandes "sexo con amor", supe

más grande cómo se llamaba y luego me llevó al living de su casa y me obligó a darle un beso con lengua. Nunca lo conté y seguí siendo amiga de ella por muchos años. En quinto básico, mi padrastro me hizo ver porno con él. Durante los años de abuso, mi padrastro me decía que si no dejaba que me tocara iba a tener bigotes o me hacía cuestionar mi orientación sexual, preguntándome si acaso era lesbiana, si me negaba a que me tocara, me dejaba sin comer o sin ir a visitar a mis tatas. La palabra castigo resonaba siempre. En algunos de esos años empezaron los acosos mientras me bañaba y abrirme las cortinas y me tocaba, también las visitas nocturnas a mi cama mientras dormía. Me sitúo en el 2012, al cumplir 15 años, me llevó a comprarme ropa americana, me compró hartas cosas. Luego, cuando íbamos camino a la casa se desvió en el camino y me dijo que iríamos a un motel. Yo le empecé a rogar que por favor me llevara a mi casa, que no quería ir a un motel, pero me llevó igual, al llegar se sacó toda la ropa y se acostó sobre la cama yo me fui a encerrar al baño, a llorar, no sé cuánto tiempo estuvimos ahí, pero finalmente y muy enojado decidió que nos iríamos. En ese periodo mi mamá se fue de la casa con uno de sus alumnos del liceo donde trabajaba, abandonándonos a mí y a mis 3 hermanas. La menor tenía 3 años y yo me hice cargo de ella. Luego de que mi padrastro me violara, más de una vez. Un día llegó con un test de embarazo que resultó ser positivo. Cuando mi mamá decidió no sé cómo ni por qué denunciar todo lo que estaba pasando, mi padrastro comenzó a preparar unas herramientas de fierro, con ellas intentó hacerme un aborto introduciendo un fierro largo y hueco por mi vagina para llegar al útero con unas pinzas también de fierro. En un salto temporal, año 2015 conozco a quien sería mi primer pololo durante 1 año. era cocainómano y fue una relación extremadamente violenta. El mismo año, mi hermana más cercana, la que sigue después de mí, comenzó a acercarse a las drogas. Mi mamá la dejaba salir a fiestas, quedarse fuera de casa no tenía ningún tipo de control, ella tenía 12 años. En el año 2017, ella ya estaba completamente

sumida en la adicción, ese mismo año logré sacarla y encerrarla en mi casa. Estuvo limpia durante 5 años. Actualmente no hablamos hace más de 1 año y es un dolor punzante siempre. Hasta ahí llegue.

T: Terrible ¿o no? Heavy.

C4: Sí.

T: A todo eso sobreviviste po' C4, que que heavy, que fuerte porque es terrible po', cualquiera se pudo haber perdido, ¿cómo cómo piensas tú que llegaste de de de superar todas estas adversidades enormes, daño, a hoy días a estar en tercer año de veterinaria?

C4: No sé.

T: Que heavy, o sea yo creo que estai' para grandes cosas increíbles yo creo que, el mismo tema de rescatar estos animales que hablamos la vez anterior, es como rescatarte a ti misma. Sin palabras y de verdad sin palabras porque eres una sobreviviente de tomo y lomo, o sea, una superviviente. Es súper importante pararte desde ahora en adelante ahí. Ya ya ya la gran diferencia entre esa niña, esa adolescente es que hoy día eres adulta. Hoy día las decisiones dependen de ti, hoy día tú te puedes ir a comprar ropa. Hoy día nos dimos cuenta que no eres la mosca, eres la universitaria, la universitaria, vas a ser la médico veterinaria no una mosca. Creo que taparle la boca a todas estas personas es de es una manera increíble porque efectivamente no eres esa mosca, sino que eres universitaria. Con este ejercicio me gustaría que generaras un antes y un después de cierta forma, porque todos esos capítulos de tu vida que tú me narraste ya pasaron, ya los superaste, ya lo superaste. Y hoy día con este ejercicio es súper importante darte cuenta, darte cuenta de que estás en un capítulo totalmente distinto, donde la actora principal y la narradora eres tú misma. Tú puedes decidir ahora quiénes son los protagonistas en este capítulo y claramente eres tú siendo universitaria, eres tú titulándote, eres tú escuchando música, eres tú

en las artes que es muy distinto a los capítulos anteriores. Y para eso vamos a hacer de manera muy simbólica, vai' a imprimir esa biografía negativa ¿ya? y vamos a hacer un rito ya los ritos en la vida del ser humano siempre han estado. Los aztecas tenían ritos, los mapuches tenían ritos, en Egipto tenían ritos, hasta el día de hoy tenemos ritos ¿o no? navidad, año nuevo, estamos llenos de ritos, entonces antropológicamente, sociológicamente los ritos están ahí y uno de los ritos más potentes lo utilizan mucho las culturas ancestrales entre esas culturas ancestrales también están los mapuches, pero también están los vikingos. Los vikingos allá en Europa del norte, utilizaban el fuego como son de cambio, como son de trascendencia. De hecho, quemaban los cuerpos para acceder al valhalla, que era como el paraíso de los cristianos, ¿cierto? Entonces vamos a usar este mismo rito para generar esa trascendencia, ese paso a un estado de conciencia mayor y vas a quemar esa biografía. Así que pídele a tu abuelo que imprimas la carta imprimas la biografía, no tienes que mostrársela imprímela y después la borras ya y la quemas. Cuando se esté quemando me mandas una foto ya por lo general cuando quemamos esta esta biografía, me gustaría que respiraras, botaras y que fueras súper consciente de que eso ya pasó. Eso ya lo superaste, eso ya lo sobreviviste y trata de ver qué señal te manda tu cuerpo ¿ya? qué sensación, qué sentimiento. Hay personas que me dicen tranquilidad, otras personas que me dicen libertad, otras que cerraron un candado, un proceso ¿ya? trata de detectar que te viene a ti y eso también me lo mandas por WhatsApp, así como tranquilidad pum, listo, se va a marcar un antes y un después con esta sección porque vas a tomar consciente de manera muy consciente esto mismo que yo te acabo de mencionar, o sea, ya no eres esa mosca para nada, nunca lo fuiste pero hoy día tienes con hecho y derecho de decir que eres universitaria. Y qué vas y que ya desde hace mucho rato está sanando vidas de seres vivos que son esos animalitos y que no tengo dudas que vai' a tener éxito, en todo. Y para mí un honor ser tu psicólogo, un honor aportar a esto este proceso de sanación para que

dé el 200%. Y ya tapaste bocas, tengo que decir que tapemos boca porque ya lo hiciste, ya lo hiciste. Para cerrar en este nuevo capítulo que vas a tener de tu vida y que ahora de forma más consciente ¿qué nombre le pondrías a este capítulo de tu vida, nuevo?

C4: Pondría, mmm Le pondría maleza.

T: Maleza…perfecto, ¿por qué sería maleza?

C4: Porque la maleza siempre tiene la capacidad de salir. A veces brotan por muro, brotan por cemento, brotan como que siempre tienen esa capacidad, son malezas po', como de salir.

T: Qué potente, que potente y y que venga de de una planta, no de una flor de cierta manera de que es como lo que hablamos en la primera sesión o no, como esta flor de loto. De hecho, la flor de loto es como una maleza de cierta forma que nace como un rizoma le llaman que tiene muchas raíces y logran salir en este pantano me gusta, súper bien, maleza, me encanta buenísimo".

C5 S2:

"C5: Mi nombre es C5 y esta es la historia negativa de mi vida. Lo primero que se me viene a la cabeza es el ver a mi mamá, a veces sigo a trabajar u otras veces a otros lugares, pero sólo el hecho de verla salir por la puerta y dejarme con mi abuela me producía grandes sentires de ausencia. Luego a eso de mis 6 o 7 años, no recuerdo bien, fui abusada por el marido de mi tío…de mi tía. Recuerdo que me hacía ver películas porno constantemente para luego hacerle sexo oral. No recuerdo por cuánto tiempo se prolongarán estas acciones. Tiempo después, mi abuela se percató de que algo extraño estaba sucediendo con mi abusador, yme preguntó directamente qué pasaba, a lo que yo le respondí "el tío Esteban me toca el potito". Nunca hizo algo al respecto, creo que en ese momento ambas hicimos un pacto de silencio. Nunca la odié por eso, es más, creo que la amé con todas mis fuerzas. Ya con 10 o 12 años mi mamá empezó a sacar a luz sus adicciones. Recuerdo escucharla drogarse al lado mío mientras compartía con sus pinches.

Siempre salía y me dejaba sola en casa, o sea, siempre estaba mi abuela o mi tía abuela, pero no estaba, no estaba ella, la llamaba y la llamaba y nunca me contestaba para luego apagarme el celular. Recuerdo que me dormia a las 4, 5 am esperándola, me imaginaba que la habían violado o alguien la había lastimado. Cuando llegaba la mañana con caña y pasada a copete, yo era la niña más feliz del mundo, me sentía tan segura. A veces llegaba tan curada y me trataba tan mal, que ella hacía todo por mi, con que yo era egoísta, ineficiente. Esa palabra me la dijo durante toda mi vida, Oh me da mucha pena…

T: Si, fuerte.

C5: Recuerdo una vez salir a las 4:00 h de la mañana a buscarla, fue algo muy instintivo. Caminé cuadras y la encontré botada en una esquina, ahí me di cuenta que debía proteger a mi mamá y no al revés. Mi hermana nació cuando yo tenía 13 años y mi mamá seguía con sus excesos. Terminé criando yo a mi hermana y criando también a mi mamá. Dejé el colegio cuando tenía 16 años y salí a la calle, ahí probé el alcohol y diferentes drogas, conocí a gente con la cual me sentía cómoda y compartía estos afines. Creo que en alguna parte creo en alguna parte que todos estábamos tan dañados y abandonados que la calle nos brindaba un cierto refugio. Empecé a viajar por diferentes lugares de Chile hasta que llegué al norte, ahí, precisamente, en Iquique empecé a consumir pasta base en exceso, vivía en la calle, tenía un grupo, pedía plata solo para fumar. En más de una oportunidad hombres intentaron pasarse de listo, pero yo ya me sabía cuidar. Siempre estuve expuesta, pero aun así me gustaba estar ahí. Después, al año siguiente volví al norte, esta vez a San Pedro de Atacama. Yo tenía 19 años, continué con los excesos y las drogas más no así con la pasta, conocí a un tipo, tenía 32 años del cual me enamoré. El tipo era consumidor extremo de pasta base y también vendía, por ende, estábamos todo el día juntos. A veces no nos hacía nada, habíamos creado cierta resistencia al efecto de la droga tanto

consumirla. Él me decía que la droga lo estimulaba sexualmente y a mí me empezó a pasar lo mismo. A veces creo que me drogaba solo para después terminar teniendo sexo. Siempre fue sexo consensuado, pero de parte de él había una intención al darme siempre pasta base. Estuve 6 meses aprox con él, vine a Santiago y volví a Calama a verlo porque había caído preso. Al final nunca lo vi. Viví con una amiga de él que era prostituta. La Claudia me quería y me protegía, pero ella también era adicta, entonces ambos fumamos mientras llorábamos con nuestras historias de vida, preguntándonos el porqué de tanto infortunio. Nunca más supe de ellos. Como a mis 23 años en mi familia volvió a pasar el episodio de violación, pero esta vez no era un secreto…Violaron a mi prima chica y mi abuela volvió a ser cómplice de estas depravaciones. Me sentí tan mal, tan culpable, creo que dentro de mí sabía lo que le estaba pasando a mi prima, pero tenía tanto miedo de hablar que nunca hice nada. Veía sus ojitos y me transportaban en el tiempo cuando yo era abusada. Nunca hice nada, evitaba el tema, en ese momento decidí alejarme por completo de toda mi familia. A mi abuela en particular la despreció. Pude perdonarla, llamarla por lo que me pasó a mí, pero nunca le voy a perdonar por lo de mi primo. El abortar a mi familia creo que me sirvió para soltar un sinfín de cosas y poder avanzar en mí y mis proyectos. Pero a veces igual me baja la nostalgia y me siento nuevamente en abandono. Esta vez con una decisión mía pero abandonada igual, no me arrepiento de ninguna decisión.

T: Guau.

C5: Eso, jajaja.

T: C5 yo llevo años en esto trabajando la agresión, yo creo que más de 12, 13 años en promedio la agresión sexual. Creo que tu nivel de resiliencia es tremendo, o sea con todo lo que me narrai' y el tema… porque acá esta mezcla también el tema de la calle, está mezcla' la pasta base, está mezclada como lo más oscuro de… de la calle misma, valga la redundancia. Y que hoy día estai'

aquí haciéndole cariño a la gata, que esti' también acá enfrentando cómo se diría en la calle dando la cara acá para enfrentar estos estos fantasmas, estos demonios, y además ser estudiante de pedagogía y en el tercer año. O sea, yo, de verdad, siento un orgullo tremendo en que confiei' en mí y ser tu psicólogo.

C5: Gracias.

T: Siento que tu historia ojalá más adelante como vai' a estudiar pedagogía en lengua, estai' estudiando eso, espero que en algún momento leer algún libro tuyo. Y que ese libro ayude a mucha gente, creo que tu historia, tu narrativa, como diría un evangélico, tu testimonio, puede salvar y sanar muchas heridas. Yo trato de hacerlo desde la línea de la psicoterapia, a través de esta investigación, a través de todo esto, pero tú tienes… tú tienes la calle como se dice, y creo que puedes ayudar a mucha gente, así que te agradezco enormemente la confianza, yo te escucho. Y lo que te narraban la primera sesión se refuerza constantemente, eres una sobreviviente, ya no eres esa víctima, ya no eres esa niña. Hoy día tienes otro rol de protección, de cuidar, de hacer cariño, de eso que estás haciendo con ahí, con tu gato, también de cuidarte a ti misma, de protegerte, de no abandonarte a ti misma. Eres una adulta entonces…todo esto se pasó, se superó. Una sobreviviente, una flor de loto que salió del pantano y que hoy ya teni' mucho que entregar. Esto quedó atrás, quedó en tu historia, quedó en tu narrativa, están los capítulos anteriores. Hoy día inicias un nuevo capítulo, hoy día inicia una nueva nueva historia, yo creo que más consciente que nunca y con la experiencia de sobreviviente que ojalá mucha gente, mujeres y hombres pudieran tener. Vamos a hacer algo bien simbólico hoy día, hoy día del año nuevo mapuche, ¿no?, por eso se es feriado cachai'. Y bueno, los ritos en la vida del ser humano en general, en todas las culturas ancestrales siempre ha estado presente, incluso en la vida de nosotros, 18 de septiembre es un rito, navidad es un rito. Nos contemplamos, nos llenamos de ritos. Y vamos a un rito que

usaban los vikingos, estos pueblos originarios de Europa del norte, donde ellos usaban el fuego como son de cambio de trascendencia, ellos quemaban los cuerpos de hecho para acceder a lo que le llamaban ellos, el valhalla no que tiene que ver con con ese cielo que que que simboliza el cristianismo, el paraíso. Entonces para poder acceder a eso usaban el fuego como rito y para muchas cosas, los indígenas también latinoamericanos, entonces vamos a hacer este mismo rito y vamos a marcar en este caso este nuevo renacer. De cierta forma, apagando todas esas… no sé si les llamaría todas esas vulneraciones que recibiste, los silencios que hubieron…Es impresionante y vamos a quemar esta biografía, vamos a marcar un antes y un después. Esos capítulos están en tu historia, están en tu vida, los vamos a utilizar más adelante, no tengo dudas que espero leer algún libro que me llegue ojalá o invítame a cuando lo publique. Y yo creo que todos estos capítulos ya se cierran hoy día, eso es lo que vamos a hacer y vas a iniciar un nuevo capítulo de tu vida, y en este capítulo de tu vida oficialmente eres una universitaria, oficialmente eres un autoprotectora tanto de ti, de tu prima y de todas ellas y todos ellos que han sido agredidos, también de tu gata y una muestra de amor. Entonces, este nuevo capítulo marca un antes y un después. Yo te felicito, te lo agradezco también por confiar en mí, y vas a quemar esa biografía de acuerdo. Cuando la estés quemando C5 tú respiras, sueltas y trata de ver qué sensación te manda tu cuerpo, ya algunas personas me dicen tranquilidad, otros me dicen como que se acabó un ciclo ya, trata de detectar qué mensaje te manda el cuerpo ya y eso me lo mandas por foto cuando se esté quemando la biografía, quémala en un lugar seguro no vaya a quemarle la casa porque hasta ahí llevo nuestra historia. Ya quémala y me mandas esa palabra que se te viene al cuerpo y para cerrar ¿qué capítulo le qué nombre le pondrías a tu nuevo capítulo de vida? De ahora.

C5: Desde ahora, hoy no sé.

T: De esta mujer universitaria, de esta mujer cuidadora, de esta mujer que se está preocupando de su prima de las demás personas, de esta mujer que está dando la cara para enfrentar estos fantasmas, estos pensamientos. Esta mujer va en tercer año de universidad.

C5: No sé me ocurre nada, jajaja.

T: Dale tranquila si se te ocurriera, ¿qué sería? ¿Cómo le pondrías a este capítulo nuevo?

C5: Creo que tendría que ver con…Le pondría como un nombre de una planta quizás.

T: Como la flor de loto que te mencionaba yo.

C5: Eso estaba pensando.

T: ¿Le pondría ese nombre?

C5: Sí, me gusta.

T: […] Maravilloso, flor de loto. Quema la biografía, cuando se esté quemando me mandas una foto y me mandas la palabra que te viene al cuerpo. Ya entonces a quemarla puede ser ahora mismo o en un ratito más".

C8 S3:

C8: Recuerdo mi infancia con mucha tristeza, no logro recordar días felices en ella, a pesar que quizás sí existieron. Mi padre trabajaba en el norte, donde había meses donde ni siquiera lo veía y la semana que se encontraba en casa normalmente se la pasaba durmiendo, y mi abuelo borracho. Mi madre tenía un trabajo en el supermercado, entraba tarde, cosa de darnos almuerzo algunas veces y se iba llegando como a las 22:00 h de la noche. Mis abuelos, aunque fueran como mis papás, no eran muy presentes conmigo y mi hermano. Recuerdo siempre pedirle a mi hermano que jugara conmigo. Ya que mis papás no me dejaban salir a jugar con amigas o con mi prima que vivía al lado de nuestra casa o usar la playstation y esas cosas. Desde chica, mi mamá me enseñó y obligó a ser todo yo, e incluso planchaba ropa con ella, debía organizar mis útiles, mi

ropa, hacer el aseo de mi pieza y en mis tiempos libres solamente estudiar, no me permitía jugar. Recuerdo que para los trabajos ella siempre ayudaba a mi hermana, pero a mí me dejaba hacerlo sola. Tampoco podía pedir dulces, porque mi mamá lo tomaba como una pataleta y me golpeaba, aunque estuviésemos en el almacén delante de todo público. Si no me comía todo el almuerzo, ella me amenazaba con que me iba a pegar correazos. También recuerdo que, aunque fuera en menor medida, también trataban a mi hermano y yo me ponía en medio para que no le hicieran nada. En ese tiempo recuerdo haber pescado las tijeras y cortarme horrible el pelo, romper el maquillaje de mi mamá y una vez de traviesa jugando con unas tijeras que ocupaban mis abuelos para los papeles de las sopaipillas… con mi prima la escondimos en una silla y se me había olvidado, entonces, al momento de sentarme me corté el muslo con ellas y como me salía mucha sangre, porque el corte era profundo me fui a encerrar al baño para que mi mamá no me retara. Pero igualmente el reto me llegó, ya que mi sangre había quedado en el suelo y me pillaron. Tampoco me dejan pintarme con mi maquillaje de niña, ya que decían que me pondría fea. Ya saltando a mis 8 años, estaba más subida de peso, ya que me gustaba mucho comer pan. Mi abuela siempre criticaba mi físico y mis padres siempre me controlaban la comida. Molestando con que estaba gorda, que tenía grande la panza y que ya nada me quedaba. Además, había empezado a ocupar brackets, porque tenía la mandíbula invertida y lentes porque…porque lo heredé de mi abuela materna, que tenía bastante aumento y miopía. Me sentía horrible físicamente y mi familia se esforzaba mucho en recordármelo, aunque yo no se lo pidiera; además, mis padres no siguieron costeando el tratamiento de mis dientes. Mi mamá siempre me elegía la ropa y tenía que ir con lo que ella quisiera, lo cual me incomodaba, ya que eran cosas de muy de niña y mis compañeras me molestaban. Me hacían bullying en el colegio nuevo, ya que en el anterior se había visto muy dañado con el terremoto. Me encerraban en la sala, en el baño, incluso recuerdo que me bajaba

los pantalones. Cuando le contaba a mi mamá, ella sólo me retaba porque no me defendía. Así que un día preferí callarme y no decirle nada más, ya que las chicas que me hacían bullying en algún momento habían sido mis amigas en ese colegio. Me empecé a dar cuenta de los problemas que había entre mis papás. Infidelidades, celos, golpes, llantos y demás, ya que mi pieza estaba al lado de ellos. Aunque cerraran la puerta y pusieron la tele bien en alto, seguí siendo testigo y sabía cada vez que había una pelea, pero aun así tenía miedo a que se separaran. Recuerdo haber llegado un día de la playa con mis abuelos, cuando mi mamá empieza a discutir con mi papá ya que ella había tomado alcohol con sus compañeros de trabajo. Mi papá la golpeó y le rompió su celular y luego se fue a trabajar al norte sin despedirse de nosotros. Después de tantas peleas, a mis 11 años se separaron, después de que mi padre la ahorcara y golpeara ya que supuestamente mi mamá le había sido infiel. Mi mamá quería llevarnos con ella y él no la dejó, por lo que ella se fue con sus papás y nos dejó a cargo de mi abuela paterna, ya que mi padre estaba cesante y entre tantos problemas ni siquiera estaba presente con nosotros. Recuerdo que se ponía a beber alcohol con mi hermano y al otro día no eran capaces de llevarme al colegio, por lo que mi abuelo se levantaba y me iba a dejar en bicicleta. Mi papá me hacía llegar tarde todos los días al colegio, lo cual bajó harto mi desempeño con mis notas, y los fines de semana que podía ver a mi mamá, ella estaba trabajando la mayor parte del día, y mi papá se iba de fiesta con el dinero que le pasaba a mi madre para que nos cuidara. Los fines de semana estaba más con mi abuela materna. Recuerdo que ella compraba cosas ricas y me dejaba ocupar su computadora, veía a mis primos y me divertía más que cuando estaba con mis papás, pero descubrí en el celular de mi mamá que ella tenía una amante y cuando revisé el celular de mi papá también vi que él estaba saliendo con la psicóloga que supuestamente él iba a que lo ayudara con sus arranques de ira y sus problemas de matrimonio. Me hacían lavar la loza, hacer la cama de todos, barrer, trapear, lavar la ropa y

una vez que aprendí a cocinar también me obligaban a hacerlo. Por lo que la semana no tenía tiempo para mí porque tenía que hacer las cosas y estudiar, los únicos días que podía jugar eran los sábados y domingos, pero la mayor parte del tiempo salíamos y no me dejaban jugar. También me llegó la menstruación estando con mi papá, yo no sabía qué hacer y él menos, me compró unas toallas higiénicas y me llevó esa noche donde mi mamá, la cual estaba triste por no haber estado conmigo en ese momento. Además, recuerdo que un día que Jorge peleaba conmigo y me pegaba, me dio una fuerte punzada en el pecho en la cual no me podía ni mover. Me llevaron a urgencias y la doctora dijo que eran dolores porque estaba pasando por emociones muy fuertes, a lo que mis papás creyeron que me sentía así porque estaban separados,pero realmente era por todo lo que vivía con Jorge. En ese tiempo fue cuando él empezó a abusar de mí, recuerdo que la primera vez me encerró en su pieza, apagó las luces y se puso encima mio tocándome. Le dije que estaba asustada y le pegué con toda mi fuerza, mis abuelos juntos llegaron y te escucharon y preguntaron qué es lo que pasaba, a lo que él me soltó y dijo que estábamos jugando, pero que yo era llorona. Luego me dijo a mí que eso era para enseñarme a defenderme de lo desconocido. También recuerdo que me tocaba cuando nos hacían dormir juntos en la casa de mi mamá. Decía que estaba más bonita desde que me había llegado la regla y que tenía un cuerpo más de mujer. En esas ocasiones estábamos solos en casa, porque no se encontraba ni mi abuela ni mi mamá que estaba trabajando. Hasta que un día mis papás volvieron a estar juntos, creyendo que con eso se nos irían las penas a nosotros. Mis 12 años fueron lo mejor, los fines de semana podría con suerte jugar en el computador, tenía buenas amistades y me iba bien en el colegio, me sentía bonita y me gustaba estar en el colegio, pero eso le llamaba la atención a Jorge, molestando, y cómo me defendía se enojaba y me golpeaba aprovechando que no había nadie en la casa. A mi 13 fue cuando finalmente no pude darle más pelea y me violó. Recuerdo que me bañé unas 5 veces y,

como no había nadie en la casa, me encerré en el baño hasta que llegara. Los abusos continuaron, recuerdo que cada vez que me golpeaba, me golpeaba más porque yo le decía que no me tocara y peleaba con él, pero finalmente a veces terminaba haciéndolo igual. Una vez me ahorcó y quedó marcado el collar que yo usaba, mi mamá se dio cuenta de la marca y le conté la verdad, y recuerdo que ella lo retó muy suavemente y ya no se volvió a preocupar por mí y dudo mucho que se lo haya dicho a mi papá, ya que mi papá reaccionaba de forma más agresiva cuando Jorge hacía algo malo. El colegio era mi lugar seguro hasta que me di cuenta que no estaba llegando el periodo como de costumbre. Cuando se lo comenté a mi papá, él se percató de eso y me llevaron al ginecólogo, donde me revisaron y me llevó a una sala de ecografía y la gastroenteritis que decían que yo tenía realmente era un embarazo de 30 semanas. Quería morirme y no supe qué decirle a mis papás en la consulta, ya que solamente me retaban y me exigían saber quién era. La ginecóloga me dijo que de haber sabido antes acusaba a aquel que me había hecho esto era una violación y así pude haber abortado, ya que recién estaba saliendo la ley 3 causales, pero que ahora podía darlo en adopción y no me hacía problema. Llegando a casa mientras mis papás le contaban la noticia a mis abuelos, mi hermano me tapó la boca y me dijo que si yo decía la verdad sería mi culpa de que la familia se destruyera, por lo que decidí inventar que fue un romance que tuve los días viernes cuando tenía mi taller de arte y que el tipo supuestamente se encontraba en Chillán para que así ellos no me hicieran ir a verlo. Fue choquiante saber de mi embarazo, ya no podía asistir al colegio, que era donde mejor me sentía, pero por mis buenas notas no tuve que dar ni siquiera pruebas. Mi cuerpo comenzó a cambiar y yo lloraba todos los días por tener que mentir con una historia que no era real,me criticaban mucho y mi papá me recordaba a diario lo decepcionado que estaba de mí. Pensé que mi embarazo no terminaría bien ya que Jorge me golpeaba mucho, quería tenerla y no darla en adopción por mucho que ella podría sufrir, pero

tampoco podría quererla. Hasta que un día, después de unos remedios que me dieron en el consultorio para tratarme, me sentí mareada y pálida, no sentí sus movimientos en toda la noche, por lo que me asusté mucho pensando que la podía perder. Luego leí la caja donde decía que no era un remedio para embarazadas y no seguí tomándolo. Llegó el día de mi parto y todo salió bien, fue cesárea, pero ahí no acabó todo. Mis papás no me dejaban ser madre tranquilamente, me criticaban todo, la Charlotte no dormía ni en el día ni en la noche y en el día yo debía hacer las cosas de la casa, por lo que no había un momento en el que yo pudiera dormir, no tenía contacto con mis amigos. Luego empecé con unos dolores y era cálculos de la vesícula que cada vez se estaba tornando más grave, por lo que quedé hospitalizada cuando la Charlotte tenía solamente 3 meses. Ahí recordé que a los dos meses a la Charlotte le dio una pielonefritis, una infección al riñón que le dio con un shock séptico, por lo que estuve a punto de perderla. Ahí me di cuenta que yo la amaba desde el momento en que la tuve en brazos, que mi vida sin ella no sería nada. Ella era la única que me impedía acabar con mi vida. Me angustiaba que además mis padres tenían problemas económicos y siempre decían que era por mi culpa, también le gustaba andar mintiendo con que ellos se hacían cargo de la Charlotte para que yo descansara, hiciera todos mis deberes del colegio cuando realmente tuve que pasar por eso yo sola, y mi abuela paterna era la que la veía mientras yo estudiaba. Hice lo posible por concordar mis estudios con la crianza de mi hija, hacía mis trabajos y estudiaba en el colegio sin salir al recreo ni esas cosas para que cuando llegara a casa y tuviera que hacer las cosas pudiera darme el tiempo de estar con ella, pero estaba la fiscalía de fondo tratando de sacarme información de mi embarazo siempre. Lo cual me costaba mucho seguir con esa mentira. A mis 14 él Jorge trató de violarme nuevamente, pero me arranqué a tiempo con mi hija y salí a dar una vuelta con ella, a pesar de que no me permitían salir. Recuerdo que a pesar de lo linda que me sentía, no quería salir con nadie ya que

aparte de lo que estaba pasando con Jorge, me sentía sucia, mis papás no me darían permiso, muchos me juzgaban por ser mamá y mi familia me decía que nadie me querría para algo serio después de que haya sido madre. En ese entonces ya conocía al Maxi, pero solamente como el amigo de mi hermano. A mis 15 fue mi peor año, en vacaciones no solamente mi primo trataba de pasarse de listo conmigo, sino que el Jorge me volvió a violar mientras yo dormía con mi hija. Recuerdo que justo había dejado de usar el anticonceptivo que me habían dejado, porque no le encontraba sentido a usar anticonceptivos si yo no tenía actividad sexual. Pero justamente apenas tuve dinero para realizarme un test de embarazo, efectivamente salieron positivos. Recuerdo una canción que él puso en ese momento, la cual hasta el día de hoy recuerdo y odio escuchar. Mis amigos del colegio me apoyaron cuando supieron toda la verdad y yo le dije al Jorge que esta vez no me callaría con el embarazo porque no estaba dispuesta a tener que seguir con una segunda mentira, a lo que él trató de matarse y como no fue capaz se entregó a carabineros como mi abusador. Mis padres se enteraron de todo por mi, yo no sabía que él se iba a entregar en ese mismo día, por lo que estaban todos confundidos y yo atiné a decirles toda la verdad, también lo de la Charlotte, lo que está pasando desde mis 11 años. A lo que ellos solamente me dijeron que debía proteger al Jorge a como dé lugar, que inventara cualquier cosa, pero que no dijera la verdad. Por lo que al servicio médico legal en el que me hicieron los exámenes y la PDI que me tomaba la declaración, le tuve que decir que era algo consensuado, que él estaba borracho y que solamente me dejé llevar. Fuimos a Fiscalía el otro día para ver cómo debía realizar el aborto 3 causales. Me acuerdo de que la señora que nos atendió le dijo a mis padres que ellos debían apoyarme a mí porque mi hermano era bastante grande para saber lo que hacía, a lo que ellos se enojaron y no quisieron seguirla escuchando. En el hospital, en la ecografía para confirmar el embarazo, no quise escuchar los latidos. Me hicieron el aborto y me dejaron con un método

anticonceptivo. Además de sesiones de terapia con psicóloga y psiquiatra, que por más que me esforzara en mentirles, la psicóloga se logró dar cuenta de lo que está pasando. Confrontó a mis papás, ellos no querían que yo asistiera más, pero como de fiscalía me obligaban a ir a las sesiones entonces dejaron de acompañarme. Cuando las sesiones tuvieron que acabar abruptamente por la pandemia, me hacían controlarme en el consultorio, pero siempre me cambiaba a los profesionales dejándome en cero nuevamente. Por lo que empecé a decir que me sentía bien para el que me dieran el alta luego y salir de esa presión. En ese entonces yo ya había comenzado una relación con el Maxi a mis 16. Él sabía todo y me quería sacar de mi casa. Él y la Charlotte se habían convertido en mis personas especiales, me hacía sentir bien, aunque solamente me dejaban verlo una vez a la semana un par de horas, pero mis padres cuando se enojaban la agarraban conmigo y a veces pasaban semanas sin verlo. Una vez me dejaron sin verlo como por dos meses, siendo que él vivía a 10 minutos de mi casa. Hicieron lo posible por acabar nuestra relación, pero cada vez con esas acciones me iba involucrando más con el Maxi y también se iba sumando la Charlotte. Me gustaba ese panorama de familia que teníamos, ya que no me dejaban salir casi sola con él, empezamos a llevar siempre a Charlotte e ir a un lugar cerca de mi casa, ya que tampoco me dejaban ir muy lejos. El Maxi me apoyó en todo y, finalmente, cuando cumplí 18 me fui a vivir con él. Yo quería hablar con mi papá mientras mi mamá se encontraba en el trabajo para irme sin problemas ni cargos de conciencia, ya que mi mamá una vez me había dicho que, si un día se me ocurría irme de la casa, ella me pegaría patadas en el suelo sin importarle deformarme la cara, ya que se la escusaría con que tenía papeles de loca. En la fecha planeada ocurrió que mi papá se fue de viaje al sur, por lo que decidimos que nos fuéramos sin posponerlo más. Me sentía feliz y tranquila hasta que empezaron los cambios en mi relación, la intimidad disminuyó y nuestros caracteres chocaban mucho. Lo peor pasó cuando lo pillé faltando el respeto

a unos límites de la relación que era de que no consumiera pornografía y esas cosas, pero a pesar que lo perdoné muchas veces, eso no se cumplió. De ahí empecé a estudiar a mis 19 años en lo cual sentí, finalmente, que yo no estaba tan encerrada tanto en mi vida o en ser madre o en ser pareja, sino que tenía amistades que sabían todo lo que yo había vivido y cuando terminaron por saber la verdad, lo único que hacían era apoyarme, decirme que no era yo la que estaba mal y también retarme de que yo no tenía por qué sentir que debía defender al Jorge. Y eso, eso diría que ha sido como lo más relevante.

T: Cuando sea obstetra teni' que escribir un libro para ayudar a todas esas mujeres que quizás pasaron por ese pantano y que muchas veces les cuesta tanto salir o ¿no? Creo que superaste mucho a C8, es admirable la resiliencia, nada de eso que ocurrió fue tu culpa. Lo único que eres responsable es en que decidiste salir adelante, vai' a pasar a tercer año de obstetricia, vas a ayudar a esas mujeres en sus embarazos, en su vida sexual, en su reproducción, a los bebés al inicio, y creo que va a ser una extraordinaria obstetra. Ya eres una extraordinaria madre al decidir tener a tu hija y que ella se transforme en la luz de tu vida. Te admiro mucho, cuenta conmigo y todo eso que escribiste ya pasó, ya fue, hoy día estás en un capítulo nuevo de tu vida, un capítulo totalmente nuevo en tu vida, donde te vas bien académicamente. Yo creo que eso ha sido un plus enorme, que ha sido una gran fortaleza que has tenido desde niña, tu rendimiento académico, tu inteligencia eres muy inteligente. Así que este capítulo nuevo tiene que ver con pasar a tercer año, tiene que ver con terminar luego tu carrera como corresponde y lograr esa independencia económica, también para ti y para tu hija. Yo te felicito, estoy muy orgulloso de ser tu psicólogo y vamos a hacer que todos esos capítulos anteriores desaparezcan, vomitaste todo eso ya te va a dar una liberación emocional, vai' a andar más tranquila de aquí a la noche, mañana en la mañana te va a ayudar muchísimo, pero quiero que eliminemos todo eso…porque

ya pasó, ya fue, ya lo superaste, ya lo sobreviviste, hoy día estás socializando, estás en una universidad, te va bien. Así que todo eso lo vamos a quemar, los ritos en la vida del ser humano siempre han estado los aztecas, los en Egipto, los mapuches, todos tenían ritos y hay un rito que tiene que ver mucho con los países más desarrollados allá en Europa del norte. Donde quemaban incluso los cuerpos para acceder al valhalla, los vikingos, todos esos usaban mucho el fuego como un son de cambio, de trascendencia, de mejorar. Así que vamos a quemar esa biografía, que se vaya, y que se note tu cambio. Hoy día estás en un capítulo totalmente nuevo, quémala en un lugar seguro, no vai' a quemar la casa ya y me mandas una foto cuando se esté quemando, cuando se esté quemando tú respiras y sueltas, y trata de detectar qué te dice el cuerpo, algunos me dicen tranquilidad, libertad y eso me lo escribes por WhatsApp. Ahora y ahí terminamos la sesión ¿De acuerdo? Te felicito por ser tan valiente y escribir todo eso lo vomitaste. Quema la biografía, respira, ve la sensación te viene en el cuerpo y en este nuevo capítulo que estaba escribiendo con esta psicoterapia, porque esto marca un antes y un después, ¿qué nombre le pondrías a este capítulo?

C8: Pondría…Se me viene a la mente como renovación.

T: Buena.

C8: O como dejar de…, o sea, finalmente cicatrizar la herida, cerrar la herida.

T: Cerrar la herida, bien. Te mando un abrazo, mándame la foto cuando se esté quemando esa biografía que se vaya ya fue, estás en un capítulo totalmente nuevo, ya superaste todo lo demás. Y respira y trata de ver qué te viene al cuerpo al ver que todo esto se va y se quema".

IDT: Biografía negativa, escribir, leer y quemar, rito, lenguaje del consultante, rol de sobreviviente, connotación positiva, metáforas, uso de analogías, redefinición, deconstrucción, lenguaje persuasivo Ericksoniano.

Otra técnica empleada durante las primeras sesiones es el uso de cuentos terapéuticos, especialmente "El elefante encadenado" y "El buscador" de Jorge Bucay. Estos relatos permiten trabajar la autopercepción de las consultantes, promoviendo una resignificación de su propia historia. A través de analogías y metáforas se trabajan las creencias limitantes, dejando atrás la etiqueta del elefante pequeño de "no puedo y nunca podré". De esta manera, los cuentos se utilizan para redefinir y mejorar la autopercepción.

C3 S3:

T: Que bueno, que bueno ¿Qué aprendizaje podemos sacar? ¿Por qué crees tú que que está hoy día aquí en tu proceso terapéutico esta metáfora?

C3: O sea, yo creo que fue un poco, fue un poco el no como el elefante, el antielfante el iniciar esta terapia. Como… como volver a intentarlo, porque siempre como que lo dejaba atrás y veía esa estaca enorme, pero ahora lo quise intentar.

T: Que importante lo que acabas de decir o ¿no? Y eso tiene que ver con tus recursos, con tu valentía, y ahí tú te das cuenta porque tú me deci' esto puede ser el antielefante. Quizá yo te podría decir, puede ser que el elefante se diera cuenta que ya creció, que ya es grande y que ahora sí puede enfrentar esas estacas […] ¿Qué sensación te queda al escuchar, obviamente, el motivo de por qué lo escuchamos?

C3: Emocionante y angustiante por otra parte, porque a veces es difícil no identificarse como con…con ese elefante chiquito […] como analizando todas esas cosas como… tanto así si seguimos hablando del elefante como el elefante chiquito encadenado, a como ves ahora me

conmueve como el proceso. Como se ha avanzado, como trato de creérmelo un poco más y eso me conmueve, me toca, me toca en un sentido bonito".

C1 S1:

"C1: No…pienso en cosas que he reflexionado en este último tiempo. Pensando en percepciones que tenía de mí misma. En cuanto como a lo capaz que puedo ser. Bueno como pensar en las cosas que sí están en mis manos […] Tengo ganas de como reconocer y abrazar esto que hiciste, que me define, que he vivido y que es positivo. Como pensando en los dos cuentos, como mis capacidades y también como sólo las experiencias lindas que he vivido".

IDT: Uso de metáforas, analogías, uso del lenguaje del consultante, recursos del consultante, redefinición de etiqueta y connotación positiva.

En la cuarta sesión, se les pide a las consultantes que escriban cartas terapéuticas dirigidas a sus agresores y cuidadores principales, según corresponda en cada caso. Estas cartas tienen como objetivo la confrontación, la expresión y liberación emocional. A su vez, se utiliza nuevamente el rito de leer y quemar para simbolizar que las consultantes son las protagonistas de estas nuevas narrativas y de estos nuevos capítulos. Igualmente, se visualizan cambios en la calidad de vida y cambios en la autopercepción, los cuales se detallarán más adelante en la categoría de "cambio terapéutico.

C4 S4:

"C4: Ya dice así. Carta a mi ex padrastro. La primera vez que te vi no me agradaste, me sentí extraña e incómoda. Sin embargo, en un gesto amable te llevé a ver un cuadro con fotos de mi familia a penas cruzaste la puerta de mi casa. Siempre, siempre me sentí incómoda con tu presencia, tener que compartir, por ejemplo, pieza contigo y mi mamá fue una tortura para mi

niña, pero a pesar de eso, nunca esperé de ti todo lo que me hiciste y todo lo que decidiste hacerme. Siempre me he preguntado qué clase de ser humano le hace daño a un niño, yo veo a mi hija y no lo entiendo, veo a otros niños y no lo entiendo. Tú te encargaste de sembrar el horror más grande que puede existir en una niña inocente que nada merecía. Tú me mataste en vida, sé que 10 años en cana no significan nada, ni 20, ni 30, ni 1000 años en una cárcel equivalen al daño y dolor causado, pero sí espero con todas mis fuerzas que nunca encuentres paz en lo que te queda de vida porque creo que la mente puede ser la peor cárcel. Yo por mientras sigo aquí recogiendo mis pedazos y pegándolos con oro, resignificando mis vivencias y apropiándome de cada paso que camino, criando a mi hija, que es solo mía y que a pesar del horror conoció el amor más puro de quien con tanto dolor la cargó 9 meses en el vientre. Yo sigo aquí ya lejos de tu cárcel, tú que recién saliste de ella lo llevarás siempre contigo, no te perdono, pero sí te olvido y no te perdono, pero no te odio porque amar y odiar son las emociones que requieren más atención, energía y agotamiento humano. De todo esto, solo espero que la vida se te de todo esto, solo espero que la vida te dé su mayor lección".

"C7: Respecto a mis padres tengo mucha tristeza y enojo hacia mi papá, porque a pesar de que siempre dio lo mejor para nosotros, en general a la familia y ha dado todo por mí, nunca tuve el calor de padre para hablar, hablar conmigo, salir como padre e hija o hablar con alguna pareja como como hombre, hombre a hombre y nunca me sentí realmente protegida por él. Tengo pena y más, más que rabia es pena por mi madre por no estar ahí cuando más lo necesite, en lo más difícil, por llegar tarde, llegar tarde a todo lo que me pasó, aunque siempre agradeceré todo lo que ha hecho por mí, pero ¿porque no llegó antes? Porque no me dan la confianza de contarles algo tan importante que viví porque me da la sensación de que en vez de apoyarme me van a

culpar. A pesar de estos sentimientos de rabia, pena y enojo los perdonó, ninguna persona es perfecta y ellos hacen el rol del padre en base a lo a las herramientas que le dieron sus padres…"

IDT: Carta terapéutica, escribir, leer y quemar, rito, redefinición.

Cabe mencionar que, después de escribir las cartas terapéuticas dirigidas a sus cuidadores y agresores, las consultantes se escarben una carta a sí mismas en la que se felicitan y se reconocen por los logros obtenidos hasta el momento. Asimismo, en estas cartas se reflejan cambios en la autopercepción, los cuales se detallarán más adelante en la categoría de "cambio terapéutico. En esta sesión, la técnica de la carta terapéutica va acompañada de la tarea de leer la carta durante todas las mañanas hasta la siguiente sesión.

C1 S4:

"jueves 13 de junio del 2024, Santiago. Amada C1. Quiero decirme a mí misma, que soy increíblemente fuerte…

T: Me gusto eso, a ver de nuevo de nuevo, a ver, ¿increíblemente qué?

C1: Fuerte […] Que debo abrazarme por siempre, que debo abrazarme por siempre por haber encontrado la sanación de mi corazón. Por querer calmar la inquietud de la niña C1 que no entendía nada y que muchas cosas le atragantaban. Me siento orgullosa de mí misma por la incansable búsqueda del bienestar. Por la inocencia de mi corazón abierto que siempre ha querido amar. Por querer ser buena persona, cuidadosa…por no convertirme en una abusadora… drogadicta, alcohólica, etc. Me abrazo porque siempre he caminado por mi crecimiento y lo he hecho solita con mi esfuerzo, mis recursos, mis posibilidades de mundo. He podido expandir gracias a mis decisiones y experiencias, incluso gracias a mi intuición. Hoy, soy un artista completa, amo lo que hago, deseo ir por más, he forjado un camino hermoso de creaciones que

representan mi mundo interior. Todo mi proceso y mis luchas. Finalmente, el crecimiento y la producción de mi arte está estrechamente ligado a lo que soy yo misma y todo lo que he vivido y todo lo que me transformado. En mi arte hay una liberación, ayer pensaba que era mi Chakra Garganta. Soy muy capaz de muchas cosas, de ser un adulto funcional, de aportar en una casa donde todos somos responsables, en una casa donde se vive de forma horizontal. Estoy satisfecha con quien soy, deseo cosas nuevas. Pasar a nuevas etapas, pero debo ser paciente, se que cada proceso vale, puedo mirar hacia atrás y reconocerlo. Me amo, me amo infinitamente, sé que estoy aquí gracias a mí por amarme y por ayudarme. Gracias a la gente que me rodea mi alma y espera verme bien y feliz, pero sobreviví y me alegro, me doy gracias por eso. Hasta que llegue mi momento de retirarme de esta vida, me voy con toda esa resiliencia hacia la otra. Atentamente, C1.

IDT: Carta terapéutica, tarea y redefinición.

Durante las últimas sesiones se da el paso hacia el nuevo presente de las consultantes y su proyección a futuro, utilizando técnicas como la *pregunta milagro* y/o la *bola de cristal*. Estas técnicas permiten emplear los recursos y el propio lenguaje de las consultantes. Además, se integra la *pregunta circular* para incluir en el proceso a las personas significativas en la vida de las consultantes, tales como amigos, pareja y familiares, acompañado a la vez de la técnica de resumen y del lenguaje persuasivo Eriksoniano.

C1 S7:

T: Y ahí es donde te quiero hacer una pregunta, como por arte de magia si si tuviéramos una bola de cristal al frente tuyo y nos vemos en 6 años más, ya, quiero que te imagines en esa bola de cristal en 6 años más. ¿Qué estás haciendo? ¿Qué crees tú que estabas haciendo en ese futuro?

C1: Ay, espero estar terminando el pregrado de Psicología.

T: Maravilloso.

C1: Pero estaré…

T: ¿Con quién?

C1: También independizada […] Vivir en otro lugar.

T: Perfecto, independencia económica y física, entonces así de lugar físico, ¿no? Me gusta, bien. Excelente, súper. ¿Cómo te sentirías tú ya terminando el pregrado? Viviendo en tu casita, en tu departamento y económicamente sustentable, y aparte se te viene la carrera, entonces vai' a ganar buenas lucas y me vai' a tener a mí para guiarte, así que eso tenlo en cuenta ya. ¿Cómo te sentirías, cómo te ves así te ves con qué emocionalidad en esa bola de cristal al futuro?

C1: Súper feliz, super feliz como amándome mucho y agradeciéndome mucho también por lograrlo.

T: Perfecto.

C1: Sentirme victoriosa.

T: Qué maravilla. Yo llevo años en esto y yo tengo consultantes que han llegado conmigo y que después estudian psicología y después yo los ayudo en sus tesis en encontrar trabajo, así que créeme que es totalmente real lo que te digo. Quizás voy a estar más viejito, ya esto va a estar lleno de canas aquí. Vale, pero se da también en las investigaciones cuali que nosotros hicimos esta técnica se llama proyección de futuro, que a mí me gusta mucho, que en otros modelos no la utilizan. Se van siempre al pasado y todo, entonces, si tú te dai' cuenta en nuestra terapia, fuimos al pasado, vimos tus recursos, estamos en el presente, pero también proyectamos el futuro, entonces trabajamos los tres niveles. En otras terapias no y en las terapias que nosotros hicimos los estudios cualitativos, después, por lo general de repente la hago cada 2 años o ahora que la alargue a 6, yo pregunto después de esos años y y créeme que en todas las investigaciones cuali

se ha dado lo que proyectamos a nivel de futuro. De hecho, en un estudio que presenté ella se manifestaba independiente, ya trabajando también como enfermera porque estaba estudiando enfermería, pero se veía independiente y se veía manejando, comprándose un auto y se veía con su casa. Después fuera la investigación, esto es de curioso nomás después lo pregunté y efectivamente no se había comprado un auto, pero ya había aprobado el curso de manejo, lo cual es maravilloso, ya vivía sola en su casa, independiente con su hijo y con su pareja. Y hoy día tenía un centro de estética en su casa, donde ella había hecho un sinfín de cursos y económicamente le era más sustentable que que ser enfermera y estaba pensando dejar la enfermería para ser independiente en su centro estética. Entonces esas proyecciones a futuro son súper importantes porque te dan el norte, o sea allá voy cachai', es sacar mi pregrado en psicología, lograr mi independencia económica y ser independiente en ese lugar físico. Y, obviamente eso te va a hacer sentir feliz y agradecimiento a ti por lograrlo y eso es ver con los lentes claros ¿o no? Veí' una claridad hacia tu futuro y te felicito. muy bien. ¿Quiénes están a tu alrededor cuando estás logrando este pregrado, te estás titulando, quiénes quiénes van a estar contigo ahí al lado, a quién vas a invitar?

C1: Está el Octavio con la Artemisa, la Mariana, la Choli.

T: ¿Son amigos ciertos? […] Y, ¿cómo se sentirían ellos de ti, como orgullosos?

C1: Orgullosos, sí, felices, son muy felices conmigo".

C8 S6:

T: Vamos a hacer algo medio raro ¿ya? quiero que te imagines una bola de cristal. Estas bolas de cristal que ven el futuro y quiero que te veas en 2 años más en esa bola de cristal. ¿Qué está ocurriendo en 2 años más en tu vida?

C8: En 2 años más exactamente, estaría, quizá titulada, terminando el internado. Se cerraría lo que es la etapa de la universidad, mi hija estaría cumpliendo casi 10 años, estaría bastante más grande de lo que ya es ahora. Serían otro tipo de circunstancias, me veo con mi pareja […] Me veo también con una relación más solidificada, sólida. Me veo de una forma ya, no más madura, pero sin tener que estar atravesando tanto por días, tristes, días de frustración, rabia.

T: O más estable.

C8: Sí, más estable. Que este año para mí ha sido totalmente cambiante lo que es mi ánimo porque he expresado una pena que…

T: Yo creo que… Yo creo que, un año como agotador, este año. Sacaste adelante igual si eso es lo que a mí me sorprende.

C8: Sí.

T: Bien, dale, ¿qué más ves en esos 2 años más? Estás con el título terminando ya el internado, cerrando lo académico, ya eres profesional, eres un obstetra, tu hija grande, 10 años, te ves más sólida en la pareja, más estable.

C8: Me gustaría verlo como el inicio de una nueva etapa. Porque si bien se cierra lo que es la etapa universitaria y estas heridas que me están afectando actualmente. Empieza la vida profesional, empieza ya estando casados, pero con unos años más encima, viendo el tema sí, sale a cuenta comprar otro hogar, si sale a cuenta comprar un auto […] Cuando llegan los otros hijos.

T: En esa etapa si entiendo bien, en esa etapa estai' ¿ya planificando comprar casa y auto?

C8: Sí.

T: Buena, pensando en comprar casa y auto, bien. Y llegada de otro hijo, ¿escuché parece?

C8: Pensar en si hay otros…

T: Bien, oye y estamos en dos años más, ¿quiénes te acompañan, ya me dijiste que estabas con tu pareja igual, ¿quiénes más están ahí contigo?

C8: La verdad es que en esos 2 años con los único que me puedo proyectar es con mi pareja y mi hija. Mis abuelos por más que son muy cercanos a mí y yo los adoro, nunca se sabe si me van a poder acompañar en eso.

T: Claro.

C8: Más adelante, mi abuelo es muy delicado de salud, siempre nos dicen de que ya está en las últimas, pero…

T: Pero ¿estarían orgullosos o no? ¿Cómo se sentirían tus abuelos al saber que, en el fondo, en ese momento…? yo ese momento, yo creo que vai' a mirar para el cielo y y vai' a mostrar el título, ¿cómo crees tú que se sentirían ellos?, si es que en una de esas capaz que los abuelos también son luchadores, capaz que estén vivos.

C8: Felices, felices porque el que más me alentó que quería estar conmigo en esa etapa era mi abuelo. Y mi abuela era la que me decía de que yo lo iba a lograr y yo tenía que luchar y ponerle empeño al estudio porque me querían ver titulada".

IDT: Pregunta de proyección a futuro, pregunta milagro, pregunta circular lenguaje persuasivo Ericksoniano, uso del lenguaje de la consultante, resumen, funcionalidad metafórica del relato.

Otro hito relevante es la incorporación de la tecnología, específicamente el uso de WhatsApp como herramienta digital a lo largo de todo el proceso terapéutico. Esta plataforma se emplea para asignar tareas y proporcionar retroalimentación sobre los ritos terapéuticos. Aunque estos aspectos se detallarán en el Árbol C, es fundamental reconocer su importancia como un hito clave en la intervención.

C5 S2: "T: Maravilloso, flor de loto. Quema la biografía, cuando se esté quemando me mandas una foto y me mandas la palabra que te viene al cuerpo. Ya entonces a quemarla puede ser ahora mismo o en un ratito más, ya ahí me mandas una foto, te mando un abrazo".

C1 S2: "T: Te vas a sentir un poco decaía hasta que quemes esa biografía, así que quemala lo antes posible. Ya y ahí después vas a sentir esa como esa liberación o lo que mande tu cuerpo como señal. Mándame fotitos de tus trabajos porque son trabajos, es arte, me encantaron ya y si me permites para poder compartirlo acá con el equipo, porque de verdad están maravillosos, te felicito. Teni' un don increíble que has ido puliendo con el tiempo, porque para que el don se desarrolle es harto trabajo, o sea para tú llegar a eso, yo sé que te has sacado la mugre. Y ahora demostrar eso, la flor de loto que hay en ti, bien a quemar la carta, o sea la biografía, ya me mandas fotos y ahí te voy a hacer el cierre que te voy a preguntar, en una palabra, en una frase que te pareció la sesión después de quemar la la biografía, ya te mando un abrazo enorme y nos vemos la próxima semana a la misma hora mismo canal".

En síntesis, es fundamental destacar la posibilidad de derivar a las consultantes a la red de apoyo pública. En el análisis cualitativo, resulta crucial identificar cuándo las consultantes requieren asistencia externa del sistema público. En el contexto chileno, el organismo encargado de la protección de los derechos humanos de las mujeres es el *Centro de la Mujer* (s. f.). Por lo tanto, ante la identificación de riesgos relacionados con la seguridad personal, económica o social, la derivación a este tipo de instituciones se considera pertinente.

En esta investigación, se derivó al Centro de la Mujer el caso C6, debido a la necesidad de protección ante una posible situación de violencia intrafamiliar. Asimismo, la consultante del caso C8 fue referida al Departamento de Seguridad Social para recibir apoyo frente a dificultades socioeconómicas y orientación en la postulación a becas universitarias.

Descripción de categoría 2 “Integración de técnicas” (IDT), junto a la subcategoría de “técnicas de hipnosis”. La que se subdivide en dos códigos denominados “hipnosis sin trance” e “hipnosis con trance”. En la primera se encuentra la técnica de lenguaje persuasivo Ericksoniano y en la segunda la técnica de regresión temporal.

Técnica de hipnosis.

Desde el inicio del proceso terapéutico, se emplea la hipnosis sin trance de enfoque Ericksoniano, caracterizada por el uso de un lenguaje persuasivo y sugestivo. Esta técnica se integra de diversas maneras a lo largo de la psicoterapia; sin embargo, para los fines de este capítulo, se ilustrará a través de la famosa frase hipnótica de Milton Erickson: "mi voz irá contigo" (Rosen, 2012). Además, se identificarán otras situaciones en las que se aplica esta misma técnica, incluso hasta las últimas sesiones.

C8 S1:

“T: Así que vamos a sanar, vamos con todo, nos vamos a ver el próximo miércoles a las 9 de nuevo ya y es toda esta semana usted con la frente en alto y recuerde mis palabras, mi voz va a andar contigo en tu cabeza. Mis consultantes siempre me dicen "Ricardo estai’ todo el rato en mi cabeza”. Sobreviviente, eres una sobreviviente, eres una flor de loto.

C8: Desde ahora empezaré a decir eso a mí misma.

T: Sí y mi voz va a andar en tu cabeza, de repente va a decir "oh es que soy…”, no, sobreviviente. Y va a andar ahí y con la frente, porque ya superaste lo peor, ya saliste del pantano. Feliz de poder ayudarte, gracias por pedir ayuda”.

C7 S1

“T: Impresionante porque de cierta forma, claro, en febrero no decidiste ir al psicólogo enero y febrero, más o menos, pero ahora si lo decidiste, entonces ya tenemos un buen pronóstico ¿o no?

porque sabemos que cuando tomai' decisiones lo logramos, ¿no? Y, a pesar de que todo esto estaba super enlodado, super traumático de cierta forma es como ya a los 9, 10 añitos que uno está en cuarto básico, que te ocurra un hecho de esa magnitud y yo creo que lo hay visto Renca, yo yo soy de Quilicura originalmente entonces pasaba harto en Renca igual y con eso basta pa' perderse en el camino po'.

C7: Sí, la verdad es que sí.

T: Y me imagino que hay visto mucha gente perderse en drogas, delincuencia, prostitución, tráfico, muerte, asesinato, preso.

C7: Sí, harta gente.

T: Tú no, no, no lo hiciste, o sea, sí hubo un efecto que que también el cambio de comportamiento, esa introversión también te dice que aquí pasa algo que nadie lo vio. Y adicionalmente, después la etapa más crucial que es la adolescencia te pasa también lo mismo con este otro tipo ¿o no? que es muy común cuando ya hay un abuso en la infancia, es muy común que se dé abusos también en la adolescencia o en la adultez. Y a pesar de todo eso y después los intentos de suicidio y todo todo eso que estaba bien oscuro, sacai' tu cuarto medio y entrai' a estudiar a la universidad veterinaria, o sea, ni siquiera estai' estudiando un técnico en electrónica en un DUOC o en una INACAP ¿cachai'? estai' estudiandote una veterinaria, una licenciatura que que, a mi juicio, la medicina veterinaria es más difícil que la medicina porque la medicina estudiai' al ser humano, en la medicina veterinaria tienes que estudiar a a los perros, a los gatos, a los caballos, son todos distintos a nivel biológico y y a eso se le suma que está en quinto año, o sea, te queda un semestre ¿cachai'? Es heavy po'

C7: Sí".

Durante todo el proceso terapéutico se sigue reforzando la técnica del lenguaje persuasivo Ericksoniano, ya sea en la biografía negativa, cartas terapéuticas hacia los cuidadores y/o agresores, cuentos e hipnosis. Junto con el lenguaje de las consultantes.

C4 S4:

C4: Ya, carta a mí. Siempre me duele pensar en mí, cuando comienzo a unir los retazos de mi historia, a repasar mis vivencias siento un enorme sentimiento de angustia, de injusticia y la entrañable pregunta que no se contesta nunca de por qué a mí. Me agradezco estar aquí hoy, aunque me cueste levantarme a veces, y aunque la vida me duela todos los días, estoy aquí, aunque me cuesta mucho reconocer mis logros, cualidades, cosas buenas en general debo y me auto reconozco como una persona increíblemente resiliente que ha sabido resistir desde su trinchera a todo el horror que vivió y sigue resistiendo porque el daño de la violencia familiar actual es una cuestión diaria. Reconozco mi inteligencia, intelecto, cultivados a propósito, mis capacidades artísticas, mi postura social y política, mi bondad, mi capacidad de ayudar a quienes pueda incluido humanos y animales, mi capacidad de ser multi instrumentista, lectora, empedernida, amante de los animales, mis logros de la vida en los cuales está hasta haber filmado una película. Tengo el vacío de muchas cosas que quiero hacer entre paréntesis que me gustaría estar haciendo en mi presente, pero tengo las ganas y la convicción de que lo voy a lograr. Aunque me cueste voy a por todas. Eso.

T: De nuevo lo mismo ¿no? Estai' como para escribir tú, eso se llama escribir las memorias ¿o no? y no necesariamente son positivas, ¿o no? Teni' habilidad de escritora, lo encontré genial, por eso te digo, me imagino cómo lo hariai', si si te si te exigía un poco más. Bien, creo que esa parte inicial es súper importante dejarla en este capítulo cerrada ¿ya? en este capítulo de tu vida que estai' sellando, porque se te viene un nuevo capítulo donde ya esos cuestionamientos de por

qué a mí ya ya no, no, no son necesarios, no, sino que es cómo voy por todo, qué es lo que pusiste al final. Sacar el por qué y poner el cómo ¿no? cómo voy por todo lo que estoy haciendo, yo encuentro que todo lo que escribiste respecto a las virtudes que tú tienes y que al principio también mencionas que te cuesta reconocerlas, yo creo que es por eso, porque al final estai' centrandote más en porqué que en el cómo ¿no? y en el qué. ¿Qué estoy haciendo hoy? O sea, la media lista que hiciste y más encima, lo chistoso es que queri' más todavía que lo encuentro genial. Entonces yo eliminaría por qué y me centraría más en el que estoy haciendo, valorar el qué ya porque estás haciendo mucho muchísimo y bien y y y desde las virtudes, como diría Aristóteles, como desde el aspecto humano, ayudar, aportar, ser multi intrumentista como mencionaste, estar estudiando, pasar ya pronto a cuarto año de veterinaria, ser mamá, o sea, mucho po' ¿cachai'? Y además ir por lo demás ¿o no? que que que es conseguir quizás más adelante una independencia que que tu carrera claramente te lo va a permitir. Y también todo lo que estai' haciendo en el aspecto musical o no, entonces siento que que ya ese por qué hay que dejar de cuestionarlo, porque en estos capítulos nuevos de tu vida ya no se argumenta. No, no es necesario, sino que centrarse en el qué hago para valorarte eso que te cuesta, que dices que ya no te cuesta tanto, porque ahora lo escribiste súper bien, todo lo que haces bien. Y el cómo qué es cómo voy a ir por todo lo demás que quiero, ¿o no? Te hace sentido.

C4: Sí, bastante".

En las próximas sesiones se aplica hipnosis con trance, utilizando la técnica de regresión temporal en las consultantes. El propósito de esta técnica en la investigación es facilitar una regresión al pasado para brindar contención emocional a la niña herida. Se busca mostrarle que ahora es una adulta, agradecerle por su resistencia y reconocer todo lo que han conseguido hasta el presente. Se le comunica que ya no necesita seguir luchando, que han superado los eventos

adversos de su pasado, promoviendo así una resignificación de esas experiencias en el presente. Es importante señalar que no se incluirán citas en esta descripción, dado que la técnica ocupa la mayor parte de la sesión. Para un análisis más detallado, se puede consultar en los anexos.

C3 S6:

T: Dale, te repito la pregunta, ¿cuál es la sesión que más te gustó? ¿O que más sentido te causó o más alivio te dio?

C3: Pues ahí se ahí se me cambió un poco la pregunta, porque la que más me gustó claro es la como la de la hipnosis, porque fue significativa y fue bastante emocional y me permitió como conectar como con mi niña interior, por así decirlo.

T: Así fue.

C3: Yo creo que la que más me sirvió y también por lo que veíamos ahí en el proceso, fue la segunda en la que creo que hicimos…

T: La biografía negativa, sí.

C3 Sí, como que realmente como hacer el corte, entre como un antes y un después, quizá esa fue la más significativa como en el proceso, pero la que más me gustó fue la hipnosis".

IDT: Hipnosis sin trance mediante el uso del lenguaje Ericksoniano, hipnosis con trance con técnica de regresión temporal y la funcionalidad de la biografía negativa.

Para corroborar de manera cualitativa la funcionalidad e integración de las técnicas utilizada en los procesos psicoterapéuticos se describe a continuación la subcategoría 3 de cambio terapéutico, la cual se divide en 5 códigos:

3.1) Cambio en la calidad de vida: Este código se logra visualizar en el lenguaje subjetivo de las narrativas entregadas por las consultantes.

C7 S6: "Agradezco al haber comenzado esta terapia con usted creo que ha sido un proceso de liberación donde al fin pude sentir que es momento de avanzar y vivir la vida tranquila y feliz. Agradezco haberme sentido apoyada y comprendida en esta terapia, fue duro pero necesario. A veces un bosque se tiene que quemar para renacer frondoso y verde. Esta terapia me ayudó bastante. Siento que los resultados fueron muy positivos y me siento en paz conmigo misma. Finalmente podré avanzar porque todo lo malo quedó en el pasado".

C1 S8: "Me gusta compartir la idea de que hay una suerte de destino en coincidir en esta etapa de vida. Pensar que está todo ordenado para llegar a este presente, como esas percepciones mágicas ante la vida y la sanación. Estoy muy agradecida de ti y del equipo, como abordas cosas tan incómodas y delicadas. La tranquilidad y la esperanza en cada sesión. La verdad no lo esperaba, en un principio pensé que podía ser tan tormentoso revivir otros momentos de mi vida. Pero finalmente sentí todo en post del avance, de la sanación, la superación […] o sea, el poder cortar. La verdad, la palabra purga gráfica muy bien todo lo que fue este proceso era momento ya de cortar toda esa energía. Como digo en mi carta anterior, estoy sorprendida por este nuevo ser que puedo percibir gracias a ustedes. Agradezco enormemente su labor, espero poder hacer lo mismo en unos años más, hacer sentir este agradecimiento, este brillo en el corazón a quien pueda recurrir a mí. Mientras tanto, cuidar de las infancias y adolescencias que me rodean para que no tengan que pasar por lo mismo".

C6 S4: "Porque me siento tranquila… eso es que estoy tranquila, estoy contenta, estoy viviendo mis días, día a días

T: Que bueno, ¿qué crees tú que necesitamos para mantenernos en 8 o subir al 9?

C6: No sé, mantener mis decisiones fuertes.

T: ¿Qué decisiones has tomado?

C6: Bueno, ya llevo una semana y media, o sea, una semana y días nomás… el sábado, no este sábado que pasó, el sábado anterior, al final tuvimos una discusión con Carlos, después que llegó de su viaje el día viernes y yo colapse, colapsé y lo eché de la casa y se fue. Le dije que si no se iba lo denunciaba y lo eché con lo que tenía puesto, se fue".

3.2) Reconocimiento de cambio: Se observa desde la pregunta escala donde se les pregunta a las consultantes cómo se sienten en una escala de 1 a 10, en el cual 1 es muy mal y 10 muy bien. Además, también se visualiza desde el lenguaje subjetivo.

C1 S1: "Te quiero contar algo chiquitito. Tengo un dibujo que hice de un sueño que tuve y que era una, que era que yo veía una mujer negra, mmm que era negra yo creo que porque estaba llena de como barro de arena.

T: Mira que simbólico.

C1: Estaba cubierta de arena mojada negra, así como muy zona centro, costa centro y se ponía unas piedras en la cabeza.

T: Mira.

C1: Y yo miraba, yo la miraba y su mirada era muy intensa y de hecho, a ese dibujo le puse la "fuerza".

T: Wow, soportando esas piedras y todo qué tremendo, que loco. Yo siempre digo yo, yo ahí no sé más allá ya, llámale, Dios, llámale el universo, llámale…, pero algo hay estamos más que claro, algo hay. Y imagínate, o sea eso que se te reveló en ese sueño hoy día cobra mucho sentido con la terapia. Llámale, Dios, llámale universo, llámale como querai' llamarle, pero algo hay y parece que hacia algún lugar esta energía, este universo te quiere llevar. Y, yo creo que yo siempre llevo muchos, muchos años en esto y trabajando con muchas, muchas mujeres y cuando veo que tiene ciertas habilidades les pido, de hecho, tuve una colega, o sea, no una colega, una, una consultante que escribió un libro ya y trabaja haciendo talleres en la municipalidad de Quilicura y comparte sus libros y su esto, y ayuda a muchas mujeres. Primera vez que tengo a alguien en lo visual, yo creo que mirar un cuadro y que genere algo y que te diga por último esa necesidad de decir, ¿sabi' qué? Necesito ayuda y divulgar esto, sí se puede sanar".

T: "Perfecto. ¿En este número de 3 a 8 en la escala donde hemos avanzado bastante, qué crees tú, que necesitamos para estar en el 9?

C3 S6: "Vine devastada sin mayor esperanza pensando que lo que había pasado era algo que me iba a costar muchísimo salir, que había caído en un hoyo tan profundo que volver a ver la luz era casi imposible. Cuando me contacto la primera vez con Ricardo, siento mucha vergüenza y miedo por contar lo que me aqueja, él habla del tema como algo que no es tan raro y no lo hace sonar vergonzoso. De cierta manera, le baja un poco el perfil, pero no en el mal sentido, lo que me hace sentir profundamente aliviada, poder decir lo que me pasó en voz alta sin tapujos por primera vez fue muy fuerte para mí, pero Ricardo me hizo sentir entendida, acompañada y sobre todo, no avergonzada. De aquí en adelante ya no tengo miedo, quizás sí vergüenza, pero confío en mi terapeuta. Las sesiones van mejorando significativamente en mi ánimo y satisfacen altamente mis expectativas y de hecho se las supera. En muy poco tiempo puedo volver a sentir felicidad sincera,

una cosa que no pensé que podría volver a sentir, me permito… me permitió poder conectar nuevamente conmigo, de que es mucho mejor aceptarme y perdonar".

3.3) Cambio relacional: En las narrativas de las consultantes se evidencia un cambio significativo en las relaciones con figuras importantes y en las dinámicas familiares disfuncionales.

C1 S7: "Ya, creo que ha sido muy ¿cómo decirlo? Demasiado significativo como que yo siento demasiado el cambio de la terapia, como siento que un método que se aplica muy bien. Y, por ejemplo, la relación con mi mamá ha cambiado como extraordinariamente y de verdad la estoy viendo y estoy compartiendo con ella desde lugares muy diferentes, como muy amorosos y muy maduros también. Y eso es genial, es muy genial como volver a sentir como ese amor por mi mamá porque cargaba con otras emociones hacia ella y bueno esa parte me fascina".

C2 S7: "Fue genial, fue enormemente bella. Y bien y que eso es lo importante. Que se logró y me siento bien estoy contenta hoy día las cosas. De hecho, ya estoy con mi mamá casi todos los días y no tengo, no tengo ese resentimiento. Estoy muy contenta con eso.

T: ¿Qué bueno, qué bueno y cómo además te das cuenta que te sientes bien? ¿Qué más?

C2: Sobre todo, eso porque recuerda que fue una de las cosas que a mi mamá me tenía mal y que eso es ya es mucho, o sea yo, de hecho, yo hoy día estoy con ella todos los días. Antes lo hacía con mucha rabia o con o retándola por cualquier cosa. Hoy día no, hoy día es una convivencia más llevadera entre las dos y, que se va a ir trabajando de a poco con el camino".

C8 S8: "Así como encontrar palabras para explicarlo, diría que fue la primera vez que pude hablar con un profesional en el cual pude decir la verdad, mi versión de los hechos, cómo me sentido y cómo eso me ha afectado actualmente. Por lo que igual eso para mí fue más que un desahogo, fue una ayuda reconfortante el poder sacarte un peso de encima que tenías guardado

porque no tenías con quien hablar, porque habías dedicado años de tu vida a mentir sobre lo que pasó para poder defender a una familia que no se lo merecía.

T: Guena, extraordinario.

C8: Entonces, todo esto, todas estas sesiones me ayudaron bastante a entender cosas tan básicas como que la culpa no fue mía y que esto se debía hablar para poder sanar, porque si bien hice todo mi esfuerzo sola, cada vez que se mencionará este tema lo único que quisiera fuera llorar, llorar, llorar, porque era un tema que no estaba superado para mí, por más que yo dijera que sí.

T: Estoy orgulloso de ti.

C8: Fue muy bueno para mí y grato el poder hablar de mis emociones, mi historia, sin sentirme juzgada o sin sentirme con la obligación de mentir o avergonzada. Me ayudó a entender muchísimas cosas y a sacar todo eso que tenía sellado dentro de mi.

T: ¿Cuál es el aprendizaje mayor hacia tu persona? ¿De qué te das cuenta después de esta terapia de ti?

C8: Lo primero que entendí fue que ya no era una víctima, sino que era una sobreviviente o superviviente. Se me quedó grabado lo de la flor de loto, que ahora estaba en mí y yo tenía las capacidades para poder afrontar lo que entra, lo que sale de mi vida y lo que me sucede. Y que ya esa vida ya no está, no está en manos de mis padres, no está en manos de mi familia para poder controlar lo que a mí me suceda o lo que yo tengo que hacer. Finalmente soy dueña de tomar mis propias decisiones y lo que me pase de ahora en adelante sea porque yo lo escogí y que no tengo la obligación de estar en un lugar o con personas que me hicieron y me han hecho mal. Sobre todo, entender que yo tuve la culpa de todo lo que me pasó siendo niña y que no estoy…no le debo nada a mis padres, no le debo nada a mí abusador, y aunque seamos familia, la familia se supone que está para cuidarte.

T: Exacto.

C8:Y que finalmente me siento más temprano que tarde con la capacidad de poder cortar ese vínculo. Poner en la balanza las cosas buenas que han hecho, las cosas malas que han hecho y, bueno, aunque dejáramos de lado todo lo que ocurrió con Jorge, igualmente ganan las cosas malas con mi familia. Ya no tengo la obligación de mantener a personas así, personas que me obligaban a mentir, a no hablar de mis emociones, a no contar lo que a mí me estaba pasando porque decían que nadie me iba a querer de esta forma. Entendí que no, que nada de lo que pasó fue mi responsabilidad, que yo era una niña que dependía de esa familia. Lamentablemente, me tocaron pasar muchas cosas a una edad tan pequeña, reducida en número, pero si salí adelante fue porque así yo lo quise, porque pude lograrlo por mis capacidades. En gran parte se lo debo a mi hija, pero sobre todo inconscientemente lo hice por mí, porque yo no quería rendirme".

3. 4.) Cambio en la autopercepción: Este tipo de cambio se visualiza en la técnica de carta terapéutica, específicamente cuando las consultantes se escriben una carta hacía sí mismas, felicitándose por los logros obtenidos.

C1 S4: "jueves 13 de junio del 2024, Santiago. Amada C1. Quiero decirme a mí misma, que soy increíblemente fuerte…

T: Me gusto eso, a ver de nuevo de nuevo, a ver, ¿increíblemente qué?

C1: Fuerte.

T: Excelente, estoy de acuerdo. Dale, continúa.

C1: Que debo abrazarme por siempre, que debo abrazarme por siempre por haber encontrado la sanación de mi corazón. Por querer calmar la inquietud de la niña C1 que no entendía nada y que muchas cosas le atragantaban. Me siento orgullosa de mí misma por la incansable búsqueda del bienestar. Por la inocencia de mi corazón abierto que siempre ha querido amar. Por querer ser

buena persona, cuidadosa…por no convertirme en una abusadora… drogadicta, alcohólica, etc. Me abrazo porque siempre he caminado por mi crecimiento y lo he hecho solita con mi esfuerzo, mis recursos, mis posibilidades de mundo. He podido expandir gracias a mis decisiones y experiencias, incluso gracias a mi intuición. Hoy, soy un artista completa, amo lo que hago, deseo ir por más, he forjado un camino hermoso de creaciones que representan mi mundo interior. Todo mi proceso y mis luchas. Finalmente, el crecimiento y la producción de mi arte está estrechamente ligado a lo que soy yo misma y todo lo que he vivido y todo lo que me transformado. En mi arte hay una liberación, ayer pensaba que era mi Chakra Garganta. Soy muy capaz de muchas cosas, de ser un adulto funcional, de aportar en una casa donde todos somos responsables, en una casa donde se vive de forma horizontal. Estoy satisfecha con quien soy, deseo cosas nuevas. Pasar a nuevas etapas, pero debo ser paciente, sé que cada proceso vale, puedo mirar hacia atrás y reconocerlo. Me amo, me amo infinitamente, sé que estoy aquí gracias a mí por amarme y por ayudarme. Gracias a la gente que me rodea mi alma y espera verme bien y feliz, pero sobrevivi y me alegro, me doy gracias por eso. Hasta que llegue mi momento de retirarme de esta vida, me voy con toda esa resiliencia hacia la otra. Atentamente, C1".

C6 S5: "Dice "hola pequeña, te miro y te veo tan frágil, sola y con miedo. Te quiero dar las infinitas gracias por haber sido fuerte en momentos dolorosos y tristes, pero te quiero decir que ahora ya no estás porque creciste y ahora soy una mujer que logró muchas cosas, desafíos que se cumplieron. Nada fue fácil, pero llegaste a la meta y así seguirás adelante con fuerza, lucha y confianza, que todo lo puedo. No existe el no, no existe el ayer, sino el mañana con un sol brillante porque seguirás logrando paso a paso, ser feliz, seguir cumpliendo tus sueños con paso firme. Te amo por lo que eres hoy y te agradezco pequeña, por lo que fuiste adiós y sin mirar atrás.

T: ¡Guau!, súper bien ¿Qué se sintió escribir esa carta?

C6: Se sintió…que no importan las circunstancias, o sea, no importa lo que pasaste. Lo doloroso que fue vivir tu infancia, tu adolescencia, pero estás aquí, estoy viva, estoy con ganas de seguir haciendo.

T: Más cosas.

C6: Más cosas, o sea, no quedarme en el tintero o no quedarme ahí con los brazos cruzados, sino seguiré… todos los días es un día nuevo, entonces, si hoy o en los fines de semana hubo tristeza, no importa, hoy día no lo hay y sí o mañana… así que yo me veo, me veo con muchas cosas, o sea, tengo en mi cabeza como muchos proyectos que quiero cumplir. Hoy día mismo me miraba, me acordaba del elefante que estaba amarrado a algo que no, que era tan fácil de salir y a lo mejor uno ve tan difícil salir de un lugar y a pesar lo difícil se ven los frutos y eso es lo que veo, los frutos".

C3 S4: "C3, tú y yo siempre de la mano, seguimos adelante. La vida nos ha puesto tantos obstáculos, pero tú y yo seguimos adelante. Mi amor por ti es tan profundo que nunca te dejaré caer, nunca te dejaré hundirte, siempre intentaré encontrar la manera de mantenernos a flote. Durante todo lo que llevo de vida, cosas malas me han pasado, pero también han pasado muchas cosas buenas. Han pasado mucha gente buena, mucha más gente que la gente mala y todo eso me ayuda a construirme y a construir la persona que soy ahora. A mi yo del pasado quiero que no te preocupes, que disfrutes, que te permitas disfrutar y a su debido tiempo sanaremos… que a su debido tiempo creceremos y seremos mejor de lo que algún día pudimos… llegamos a imaginar. Todo lo que pasa después nos ayuda a aprender, así que vive, ríe, llora, canta, baila, abraza, tal como lo hiciste, que todo va a estar bien."

3. 5) Medición de cambio: Se logra visualizar la medición de cambio mediante el uso de la técnica pregunta escala y su integración posterior de la técnica llamada biografía negativa utilizada en las consultantes.

T: "Esta pregunta que te voy a hacer todas las sesiones, ¿ya? en una escala de 1 a 10, donde 1 muy mal y 10 muy bien. ¿En qué número hemos andado esta semana?

C1 S3: Esta semana…Siento que 10.

T: ¡Un 10! Guau. Qué bueno, qué bueno, ¿por qué un 10 y no un 5, por ejemplo?

C1: Creo que ese acto simbólico de quemar mi biografía negativa fue, me hizo muy bien".

T: "Bien, cuéntame ¿cómo has estado en una escala de 1 a 10, donde 1 muy mal y 10 muy 10?

C3 S3: Yo creo que 8.

T: ¿En serio? Ya po', se acabó tu terapia po' estamos listos. Súper, que buen número, me gusta, bien. ¿Por qué un 8 y no un cuatro, por ejemplo?

C3: Buena pregunta, no, no sabría la explicación de por qué. Quizás como tanto mejor, pero sí que la cosa es que un 8 y no un 10, las cosas que han bajado no han sido, por lo que hemos conversado como durante todas las sesiones, sino por otras cosas externas y eso igual me gratifica mucho como últimamente no es eso lo que me está bajando.

T: Mira, qué interesante bien, pero si supieras ¿por qué sería 8 y no 3, por qué no habéis bajado más de 8?

C3: Bueno, pero con respecto a lo que hablábamos, yo creo que me creí un poco más las cosas que me decían, como que se hicieron más presentes y trata de creérmelas".

Árbol C

Figura 5

Herramientas digitales

En el árbol C (figura 5) se aprecia la categoría principal de Herramientas digitales (4), la cual se compone por dos subcategorías: Uso de WhatsApp (4.1) y Teleterapia a través de Zoom (4.2). Tiene como finalidad responder al objetivo específico de la presente investigación "Identificar la percepción de los sobrevivientes adultos de ASI sobre la teleterapia como modalidad para recibir intervención psicoterapéutica"

Descripción de categoría 4 "Herramientas digitales":

Por ello, para llevar a cabo la intervención terapéutica, se utilizaron herramientas digitales como WhatsApp y Zoom. La teleterapia permite superar barreras geográficas y temporales. Mediante WhatsApp, se agilizaron procesos terapéuticos como la solicitud de fotos de la biografía negativa, cartas terapéuticas y la administración de tareas entre sesiones. Estas herramientas permitieron dar continuidad al proceso terapéutico, siendo fundamentales para el desarrollo y ejecución en esta investigación.

4. 1) Uso de WhatsApp: La utilización de WhatsApp en el modelo de teleterapia es fundamental. A través de este medio, se solicita la verificación de tareas terapéuticas como la biografía negativa

y las cartas terapéuticas. Estas tareas se envían por WhatsApp para luego ser leídas y, en algunos casos, quemadas, siguiendo un rito necesario para fomentar el cambio subjetivo y simbólico de las consultantes.

4. 2) Teleterapia: La percepción de las consultantes sobre la teleterapia utilizada para los procesos psicoterapéuticos fue positiva. Sin embargo, es crucial que la consultante se encuentre en un espacio privado y seguro para poder expresar sus narrativas traumáticas adecuadamente. Además, es necesario contar con una buena conexión a internet. Este efecto puede observarse en las siguientes narrativas.

T: "¿qué te parece que haya sido esto por teleterapia?

C7 S6: Sí. puchas, la verdad es que hubiera preferido más como presencial por el tema de que no por lo menos yo no tengo como un espacio donde no haya nadie a mi alrededor, entonces igual como aquí en cierto aspecto es un poco incómodo eso, pero a la vez es como cómodo, porque puedo agendar 1 hora donde no tengo que salir de mi casa y es como incómodo y cómodo a la vez".

T: "¿Qué te pareció que haya sido por teleterapia? ¿Cuáles son como los beneficios que observaste?

C6 S7: Para mí es muy bueno porque el salir es un tema, pero por no por salir, sino por un tema de trabajo de Mateo. Lo encontré bueno, no pudimos hacer las sesiones muy bien, a veces Mateo ahí está revolucionando. No fueron muchas, pero sí estaba. Y me apañaste bien, o sea me ayudaste bien a resolver eso porque 1 se complica hacer cosas importantes en este caso, para mí es súper importante toda esta terapia, pero con el chiquitito que está ahí y todo, pero sí me puede concentrar. Y de verdad que para mí, a pesar de ser de esta forma que a uno fue aprendido después

de la pandemia todo esto. Todo fue, o sea es lo que soy ahora, o sea, hubo resultados. A pesar de que no fue presencial, mirándonos frente a frente y todo está bien.

T: ¿La última pregunta de tú crees que está al ser teleterapia? ¿Ayudaría en este caso más personas que hayan sufrido algún tipo de de vulneración en la esfera de la sexualidad en su niñez, en su adolescencia?

C6: Yo creo que ayudaría un montón una, porque hay muchas mujeres, hombres que que pasan esto que no quieren salir, ya que nos cuesta salir. Entonces a través de de claro de la pantalla. Podemos se llega al fin, se llega al objetivo y creo que... Lo que te escribí, pero que muchas mujeres, muchos hombres van a tener, ojalá sean muchos, muchos más. Tienen la oportunidad de tomar esta terapia. Va a tener siempre un buen resultado y sí, sí resultó conmigo. Va a resultar con con cualquiera con todo, así que estoy muy feliz".

Discusión Fase 1

Discusión Árbol A

Para profundizar en el análisis de resultados y la discusión de esta investigación, es crucial destacar los hallazgos presentes en el árbol A, ya que estos pueden ser un indicador relevante al abordar las repercusiones sintomáticas del ASI en la etapa adulta. El resultado más llamativo surge de los datos narrativos proporcionados por las consultantes, los cuales señalan otras experiencias y síntomas asociados al trauma por ASI, específicamente lo que se denomina trauma complejo. Según Chiappe y Teti (2016), este tipo de trauma responde a experiencias repetitivas y prolongadas de daño y abandono, ocurridas durante períodos de desarrollo como la infancia y/o adolescencia. Los hallazgos cualitativos de este estudio indican que las consultantes estuvieron frecuentemente expuestas a experiencias traumáticas complejas. En relación con esto, el ASI, como enfatiza la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, citado en Franco-Jean et al., 2020), se refiere a cualquier actividad sexual llevada a cabo por un adulto con un menor, con el objetivo de obtener placer. Estas actividades pueden variar desde caricias o tocamientos hasta la violación, atentando contra los derechos y el bienestar del niño, niña o adolescente. En este contexto, la violación se define, según el código penal chileno, como un delito en el cual el agresor accede sexualmente por vía vaginal, anal u oral a una persona sin su consentimiento, utilizando la fuerza o intimidación, y puede abusar de alguna incapacidad, trastorno mental o falta de conciencia (ley 21601, 2023). Echeburúa y Guerricaechevarría (2021) mencionan que, para que haya ASI, deben cumplirse dos criterios esenciales: la existencia de una relación desigual entre el agresor y la víctima ya sea en términos de edad, madurez o poder, y la explotación del menor como objeto sexual. Por otro lado, Faura (2015) define el maltrato infantil como cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar. De manera sencilla y operativa, se

distinguen el maltrato físico, la negligencia, el maltrato emocional y el ASI. En consecuencia, el ASI sería parte del maltrato infantil y estas experiencias formarían parte del trauma complejo. Las experiencias traumáticas de las consultantes muestran múltiples episodios de agresiones sexuales desde su infancia, adolescencia e incluso en su etapa adulta. Como menciona Latzman (2013, citado en Cantón-Cortés y Cortés, 2015), las víctimas de ASI también están expuestas a otros tipos de vulneración, lo que podría incrementar la presencia de ciertos síntomas. Coincidiendo con estos autores, las consultantes relatan varios tipos de experiencias de vulneración, destacando el abandono emocional, la negligencia, la ambivalencia materna, el bullying, la dinámica abusiva, el silencio de la víctima mediante el secreto, la polivictimización, la falta de credibilidad del relato, el ataque sexual, la violación, y los abusos sexuales intra y extrafamiliar en la niñez y en la adultez. En otras palabras, las secuelas del trauma difícilmente se explican por un único evento de vulneración; por ende, los resultados obtenidos podrían explicarse desde las experiencias traumáticas, lo que podría conllevar a múltiples factores de riesgo en su desarrollo biopsicosocial hasta la etapa adulta.

Paralelamente, desde la perspectiva sistémica, los factores de riesgo que potencian la intensidad de los síntomas en la adultez podrían estar asociados al reconocimiento de una familia multiproblemática. Según Wainstein y Wittner (2017), estas familias presentan una constelación de problemáticas de diferentes índoles, generalmente relacionadas con factores estresantes de la realidad familiar.

En los casos analizados, se observan problemáticas graves, destacando la falta de credibilidad de los relatos por parte de los adultos significativos frente a la revelación de ASI en la niñez y/o adolescencia. También prevalece el secreto dentro de la dinámica abusiva. Galleguillos (2018) señala que la víctima no es que no quiera hablar sobre la agresión, sino que no puede

hacerlo. Así, la mayoría de los sobrevivientes mantienen en silencio su experiencia traumática durante muchos años e incluso hay personas que lo guardan para toda la vida. No solo existe el silencio de la víctima, sino también de aquellos que sospechan sobre la existencia del ASI e incluso de la sociedad misma, creando una complicidad desde el constructo sociofamiliar.

Por ende, el secreto y la credibilidad son datos importantes de visualizar desde la óptica de la intervención, ya que el silencio puede perdurar hasta la etapa adulta, tal como se observó en los casos C1, C2, C3, C5 y C7. Este silencio podría estar relacionado con las múltiples desregulaciones biopsicosociales presentadas sintomáticamente por las consultantes. Sin embargo, los casos C4 y C8 fueron capaces de revelar y activar los resguardos legales, estando los agresores actualmente detenidos. No obstante, el daño sintomático y sus secuelas se encuentran dentro de la medición subjetiva y cuantificable del presente estudio.

Por lo tanto, se podría decir que la revelación y el hecho de hacer justicia no son actos aislados para velar por el resguardo, la sanidad biopsicosocioemocional y relacional de las víctimas. Más bien, es necesaria la sinergia entre múltiples factores de reparación y/o resignificación del daño relacionado con el trauma complejo. También es relevante el apoyo materno y de los adultos significativos, el cual debería perdurar en el tiempo. Dias et al. (2014) expresa que el apoyo materno es significativo en el desarrollo, ya que actúa como modulador frente a las distintas problemáticas que pueda desarrollar la víctima de ASI. Por eso, la credibilidad y el apoyo familiar son importantes en este fenómeno, ya que sus dificultades pueden evolucionar a un contexto multidimensional. Esta afirmación está en concordancia con las investigaciones de Alaggia (2002), Everson et al. (1989), Faller (1998), Heriot (1996), Sirles y Franke (1989), y Smith et al. (2000), como se citó en Dias et al. (2014).

De lo expuesto anteriormente, es crucial considerar otros factores de riesgo que favorecieron la aparición de los síntomas en las consultantes, como la baja autoestima relacionada con una autopercepción sesgada respecto a sus roles psicosociales. Cabe destacar que la mayoría eran estudiantes universitarias de medicina, medicina veterinaria, obstetricia, pedagogía, arte, una emprendedora y una trabajadora social titulada. Incluso una de ellas se atrevió a postular a una beca de intercambio a Francia, obteniendo una respuesta positiva. En este contexto, Lira et al. (2017, como se citó en Araújo da Cruz et al., 2021) expresan que una de las dificultades más profundas del sufrimiento de las víctimas de ASI es la baja autoestima. Por ende, el cambio de perspectiva frente a la visión de sí mismas es crucial al momento de desarrollar la intervención.

Sin embargo, se observan relaciones interpersonales conflictivas caracterizadas por límites difusos, donde también aparecen la ambivalencia materna, dependencia emocional, ansiedad, angustia, hipervigilancia, somatización, desesperanza, desregulación emocional, amnesia disociativa, consumo problemático, problemas relacionales de pareja y dificultades sexuales. Estas complicaciones se traducen en múltiples problemas satélites y resistencia al cambio, que giran en torno a las dificultades presentes de las consultantes. Según Ceberio (2017), los problemas satélites podrían interferir en el proceso de cambio de la consultante. El autor identifica cuatro factores que influyen en esto y en la resistencia al cambio: el grado de intensidad de los síntomas o problemas, la frecuencia de aparición, la cantidad de síntomas o problemas satélites que los conforman y el tiempo de aparición.

En el caso de las consultantes, las problemáticas arrastradas desde su infancia incluyen la somatización. Para ilustrar con mayor profundidad la somatización y su relación con el trauma complejo, Quijada et al. (2024) postulan que existe una conexión entre el ASI y la aparición de problemas físicos sin causa médica aparente. Además, Guzmán (2011) señala que los

sobrevivientes de abuso sexual presentan una mayor prevalencia de síntomas dentro del espectro de trastornos somatomorfos, entre ellos: ginecológicos, obstétricos y gastrointestinales.

Este contexto podría explicar la falta de resultados positivos en los procesos de salud mental llevados a cabo anteriormente por las consultantes, ya que la intensidad sintomática previa a la presente investigación fue compleja y creciente, como una bola de nieve. Además, se observa un aumento en la frecuencia de apariciones sintomáticas ligadas a pensamientos suicidas e intentos de suicidio. Sumado a esto, a la fecha de la evaluación y hallazgo de todas estas complicaciones, se podría decir que la sinergia sistémica relacional de los síntomas se compone de múltiples problemas satélites externos. Estos a su vez agudizan las complicaciones del ASI en la etapa adulta. Por ende, el tiempo de aparición sintomática es crucial, ya que, en el caso de las consultantes, se logran visualizar en su narrativa dificultades psicosocioemocionales desde su niñez.

Para continuar con la subcategoría de síntomas asociados al ASI y de acuerdo con García y Beyebach (2022), las experiencias de abuso sexual en la infancia podrían repercutir en la adultez. En este sentido, el ASI podría ser parte de la explicación sintomática manifestada en la adultez por las consultantes y tener un rol en el manejo de los problemas satélites expresados. Esto coincide con el estudio de Araújo da Cruz et al. (2021), que concluyen que las personas que vivieron abuso sexual en la niñez y/o adolescencia son propensas a ser diagnosticadas con depresión, TEPT, trastornos del sueño, autolesiones y conducta suicida, entre otros síntomas y diagnósticos, visibles en las consultantes durante la presente investigación.

Adicionalmente, otro hallazgo relevante dentro de este análisis es la presencia del Síndrome de Estocolmo en el caso C1, como respuesta sintomática al estrés vivido por el trauma de abuso y violación. Este síndrome se entiende como una serie de mecanismos psicológicos que, considerando las dimensiones cognitivas, comportamentales, fisiológicas y emocionales, llevan al

establecimiento de una relación interpersonal entre la víctima y su agresor (Rizo et al., 2020). Por otro lado, Ballús (2002) asocia el Síndrome de Estocolmo como un mecanismo de afrontamiento a la situación traumática, generando un estado de disociación en quien lo sufre. Sin embargo, este mismo autor expresa que este síndrome no se presenta como un diagnóstico aparte, sino como parte de los criterios para diagnosticar TEPT y/o trastorno de adaptación. En el caso C1, dicha vulneración podría ser parte de los hechos de ASI vividos. Chiappe y Teti (2016) señalan que el ASI presenta una variedad de sintomatología, especialmente cuando estas experiencias traumáticas son prolongadas y ocurren en etapas tempranas. Las víctimas podrían desarrollar diversas consecuencias y posibles diagnósticos psicopatológicos.

En los casos analizados en esta investigación, se identificaron dificultades con el consumo problemático de alcohol y drogas, como se observaron en los casos C1, C5 y C7, donde el abuso sufrido durante la infancia parece ser un factor causal. En este mismo contexto, Franco et al. (2020) señalan que el 80,55% de los estudios revisados encuentran una relación estadísticamente significativa entre haber sufrido ASI y el desarrollo de adicciones en la adultez. Además, múltiples investigaciones coinciden en que las personas que han experimentado ASI presentan un mayor riesgo de iniciar el consumo de sustancias y desarrollar diversas psicopatologías (Daigre et al., 2015; Müller et al., 2015; Potthast et al., 2014, como se citó en Franco et al., 2022).

A lo anterior, Vitriol et al. (2006) encontraron que el abuso físico y sexual en la infancia está vinculado con el desarrollo de diversas psicopatologías en la vida adulta. Estos antecedentes se hallan entre el 34% y el 53% de los pacientes con trastornos de salud mental y están asociados a afecciones como trastornos afectivos, de ansiedad, alimentarios, consumo de sustancias, desórdenes de la personalidad, conductas suicidas, revictimización en la adultez y un aumento en la morbilidad médica, evidenciada por la frecuente consulta médica.

En esta investigación se reconocen conflictos en la dinámica de pareja en todos los casos, y específicamente en el ámbito sexual en el caso C8. Esto podría sugerir que existe una relación entre el ASI y dichas problemáticas. Sumado a ello, Pereda (2010) desarrolló una revisión de las principales consecuencias psicológicas a largo plazo encontradas en los estudios realizados con víctimas de ASI en la última década. Se clasificaron distintos síntomas, destacándose la categoría de problemas de relación de pareja y problemas sexuales. Los resultados confirman la gravedad de los problemas que pueden presentar estas víctimas y su extensión a lo largo del ciclo evolutivo, siendo necesario que los profesionales sean capaces de detectar estas problemáticas para poder intervenir de manera adecuada y eficaz (p.191).

En este sentido, los estudios de Barker et al. (2021) ampliaron la comprensión de los efectos del ASI en la adultez al analizar su impacto en la satisfacción de las relaciones de pareja. Su estudio, realizado con 732 adultos en Estados Unidos, sugiere una posible conexión causal entre el ASI y la satisfacción en las relaciones adultas. Según los resultados, las personas con antecedentes de ASI podrían experimentar vergüenza sexual y apego evitativo o ansioso en sus relaciones de pareja, lo que podría reducir la satisfacción en dichas relaciones. No obstante, advierten que esta relación no es completamente unidireccional debido a la presencia de otras variables en la pareja.

Discusión Árbol B

En esta investigación, al identificar los efectos de las técnicas psicoterapéuticas del modelo de la TSB, se encontró que existen múltiples técnicas que, al retroalimentarse, favorecen el desarrollo de la terapia y el cambio psicoterapéutico. Esto implica que la integración de diversos subgrupos de técnicas podría ayudar al quehacer del psicólogo clínico en la resignificación de traumas en la esfera de la sexualidad y sus repercusiones en la vida adulta. Es importante mencionar que este modelo y sus técnicas son procedimientos integrados de tres enfoques psicoterapéuticos: la TBCS, la TEB y la TN (García, 2013), pertenecientes al paradigma sistémico de intervención.

En relación con lo anterior, este enfoque tiene una base epistemológica sistémica. Tal como menciona García (2013), la TSB debe su origen a la teoría de los sistemas, la cibernética y el constructivismo. De acuerdo con el marco teórico, la TGS, según Ceberio y Watzlawick (1998), ofrece una explicación circular de los fenómenos debido a la interrelación entre las partes de un sistema. Por ende, la integralidad de las técnicas contribuye a la comprensión y resolución de las diversas problemáticas de las consultantes. Además, Salvini y Nardone (2019) establecen que la TGS, al igual que la cibernética, se refiere a dicha circularidad y al principio de totalidad de los sistemas, que explica la sucesión de cambios provocados por una sola alteración dentro del sistema. También se destaca el principio de equifinalidad, donde el funcionamiento del sistema se explica por la interacción de las partes dentro de un todo. En este sentido, el cambio en una de las partes permutaría por todo el sistema.

Para comprender la funcionalidad del cambio dentro del proceso psicoterapéutico, desde la filosofía, Heráclito ya mencionaba que el cambio es inevitable en la vida y que se está en constante alteración (Ceberio, 2019). Por otro lado, el cambio en psicoterapia se refiere a la

alteración de la estabilidad del sistema relacional del o los problemas; de manera que las intervenciones y técnicas psicoterapéuticas modificarían su estructura en relación con un objetivo de terapia, estableciendo el cambio de segundo orden (Nardone y Salvini, 2019). De esta manera, el presente árbol se caracteriza por el complemento de técnicas y la facilitación de diferentes tipos de cambio, con el objetivo de trabajar el ASI y sus repercusiones en la adultez.

Estos resultados contrastan con los obtenidos por Favero et al. (2021), quienes expresaron que la terapia sistémica se vincula principalmente con estudios de intervención grupal en casos de adultos con antecedentes de ASI. Destacaron solo la terapia narrativa, cuyo enfoque busca externalizar y definir el problema, y mapear sus efectos en la vida del consultante (White, 2007). Por ende, este hallazgo tiene implicaciones importantes en el desarrollo de la intervención de la psicología clínica y el paradigma sistémico en las repercusiones del ASI en las personas adultas. Destacando que la integralidad de las técnicas de la TSB y la mirada epistemológica sistémica, cibernética y constructivista, generan un cambio positivo en las conductas, creencias, síntomas, calidad de vida y contexto de los sobrevivientes del ASI.

En esta investigación, al explorar la funcionalidad e integración de las técnicas de la TSB y la hipnosis clínica, se encontró que tanto la regresión temporal como el lenguaje persuasivo y sugestivo Ericksoniano son técnicas relevantes en la intervención de las repercusiones del trauma por ASI y sus problemas derivados en la adultez. Destacando que el lenguaje persuasivo y sugestivo puede ser utilizado desde la primera sesión, empleando múltiples recursos de las participantes como su propio lenguaje, marco conceptual de vida o profesional, prescripciones, metáforas, analogías y relatos de las consultantes y/o del profesional. Por otro lado, la regresión temporal puede emplearse para resignificar y externalizar el trauma, instaurando por completo el rol de sobreviviente de las experiencias traumáticas. Para ello, es fundamental entender que son

las adultas quienes van al pasado a contener, proteger y agradecer a esas niñas vulneradas en sus derechos fundamentales, expresando que ya todo terminó, que lo hicieron bien y que de ahora en adelante son las adultas quienes tomarán el control de su vida, haciendo lo que quizás sus padres o adultos significativos no hicieron, cerrando de esta forma una Gestalt no trabajada. Esto significa que el uso de ambas técnicas produce un efecto positivo en la intervención de las problemáticas mencionadas.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con el estudio de González (2017), quien realizó un estudio de caso único sobre la recuperación del ASI en la adultez desde un enfoque integrador de la terapia centrada en soluciones, guiándose por el protocolo de Yvonne Dolan e incorporando el modelo transteórico. Su investigación exploró la psicoterapia de una mujer adulta con historial de incesto y diagnóstico de depresión, desarrollada en 8 sesiones y 2 de seguimiento a lo largo de un año, con una frecuencia progresivamente espaciada. También, con la investigación de los de Sánchez y Téllez (2016), donde se logró complementar la Hipnosis Clínica Ericksoniana (HCE) y la TBCS en el caso de un adulto víctima de abuso sexual en la infancia. Los resultados de ese estudio resaltaron la eficiencia de la combinación de los modelos en el alivio de diversos síntomas, caracterizado por ser un proceso breve y efectivo. Resultados similares se han obtenido en el presente estudio, con la diferencia de que las técnicas aplicadas provienen de la integración de los tres modelos que conforman la TSB junto a la hipnosis clínica sin trance y con trance. La primera definida según el marco teórico por Nardone y Salvini (2019) como un cambio en el estado de conciencia que ocurre fuera de un trance hipnótico formal. Este cambio puede manifestarse durante una conversación común y se caracteriza por una mayor apertura perceptiva en un estado de relajación, lo que facilita que el individuo se influya a sí mismo o sea más susceptible a la influencia externa. Cabe mencionar que las intervenciones de esta investigación cumplieron con

los principios fundamentales de la hipnosis Ericksoniana según O'Hanlon (1993, citado en Schaefer, 2013). Los discípulos de Milton Erickson identificaron cuatro principios clave en su enfoque de la hipnosis: Hipnosis Naturalística, que considera el trance como un estado de conciencia natural inducido conversacionalmente; Hipnosis de Utilización, que emplea los recursos personales del sujeto para inducir el trance; Hipnosis Evocativa, que prioriza que el sujeto recuerde experiencias en lugar de implantarlas; e Hipnosis Indirecta, que utiliza lenguaje sugestivo e implicativo para facilitar el trance. Mientras que la segunda es definida por Nardone y Salvini (2019) como la capacidad de adentrarse en la memoria del consultante, retornando a experiencias pasadas. Utilizando la técnica de regresión temporal, que se entiende como la habilidad de sumergirse de forma profunda y experiencial en la memoria para acceder a recuerdos con un alto nivel de detalle. En este proceso, los recuerdos se vuelven a experimentar como si estuvieran sucediendo en el momento actual, lo que abre la posibilidad de reestructurar esos recuerdos y tener implicaciones terapéuticas. En el caso de las consultantes, la actividad promovió el cierre de una etapa, abriéndose paso a un nuevo capítulo de sus vidas.

En tal sentido, la integración de ambas técnicas hipnóticas, en su retroalimentación y sinergia, podría tener un efecto positivo frente al cambio terapéutico en casos de agresiones sexuales perpetradas en la infancia y con repercusiones en la etapa adulta del sobreviviente. Este hallazgo tiene implicaciones importantes en el desarrollo del quehacer psicoterapéutico y clínico en dichos casos, transformándose en una alternativa técnica, viable y positiva para la psicología clínica actual.

En esta investigación, al distinguir los efectos de la integración de técnicas de la TSB y la hipnosis, se encontró que ambos modelos se complementan de manera positiva en la intervención de traumas ligados a agresiones sexuales infantiles, con repercusiones sintomáticas y

psicopatológicas en la edad adulta de las víctimas. Además, los resultados de este estudio demuestran que la combinación y retroacción técnica fue útil para alcanzar los objetivos psicoterapéuticos presentados, logrando resignificar las experiencias de trauma complejo de las consultantes, activar factores y recursos resilientes, mejorar su autoestima y visión de sí mismas, e instaurar una transición del rol de víctimas al rol de sobrevivientes de las experiencias traumáticas. Esto indica que la sinergia provocada por ambos enfoques de intervención puede ser efectiva al tratar las repercusiones del ASI en la adultez. Es alentador comparar estos resultados con los de González (2017), quien realizó un estudio de caso centrado en una mujer que sufrió abuso sexual durante su infancia y que presentaba un diagnóstico prolongado de depresión. En dicho estudio, se llevaron a cabo entre seis y ocho sesiones, sin sesiones de seguimiento con las consultantes. A diferencia de González, esta investigación apela a la integración de los tres modelos que componen la TSB y la hipnosis clínica. A pesar de estas diferencias, en ambos estudios se observaron resultados alentadores, con progresos significativos en el bienestar de las consultantes.

Por ejemplo, Sánchez y Téllez (2016) realizaron un estudio de caso centrado en un hombre de 40 años que también fue víctima de abuso sexual en la infancia, y que combinó técnicas de la TBCS con la hipnoterapia a lo largo de 13 sesiones, con dos sesiones de seguimiento al mes y seis meses después de concluir la terapia. Las evaluaciones revelaron significativas mejorías en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés del paciente, además de un aumento en su autoestima y perspectiva optimista. Estos autores sugirieron que la combinación de la hipnoterapia y la TBCS podría ser una opción efectiva para tratar casos similares, en concordancia con Beyebach et al., (2016) quien destaca la eficacia de la TSB en comparación a la Terapia Cognitivo Conductual en tratamientos de diversos trastornos psicopatológicos. Ambos modelos destacan por ser efectivos,

aunque el paradigma mencionado cuenta con más evidencia científica. Estos resultados confirman que la integración de técnicas de la TSB y la hipnosis generan mejoras en la calidad de vida, autopercepción y relaciones, ayudando al logro de objetivos terapéuticos comunes.

Un hallazgo inesperado en esta investigación se relaciona con algunas combinaciones de técnicas que, en su retroalimentación circular, sobresalen y pueden ser de gran ayuda para el profesional, según lo identificado tanto por las consultantes como por el terapeuta. Entre las técnicas destacadas por las consultantes se encuentra la escritura de la biografía negativa, su lectura y posterior quema como rito. Esto podría ser visto como una técnica que revictimiza a las víctimas sobrevivientes de ASI. Priebe et al. (2010, citado en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) señalan que la investigación de experiencias de abuso sexual no produce una revictimización de los sujetos, contrariamente a lo advertido por Becker y Freyd (2006, como se citó en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). En tal sentido, escribir una biografía negativa no genera episodios de revictimización si se interviene retroactivamente con técnicas como la lectura e instauración del rol de sobreviviente, utilizando lenguaje persuasivo y sugerente. Expresando una consigna que invite a visualizar que ya se ha sobrevivido a los hechos traumáticos, se puede utilizar analogías, metáforas y relatos que inviten a reconocer los recursos actuales de las consultantes. El rito de quemar lo escrito simboliza el cierre de una etapa y la apertura de un nuevo capítulo, generando una redefinición en las consultantes. Otra técnica destacada es la hipnosis con trance, cuyos conceptos y estudios ya fueron analizados en párrafos anteriores. Ambas técnicas se aplicaron durante la penúltima y última sesión del proceso psicoterapéutico.

Algunas de las técnicas transversales incluyeron el uso del lenguaje de la consultante, definido por García y Schaefer (2015) como la utilización de modismos, intereses o palabras clave que promuevan el vínculo entre consultante y terapeuta. Cabe mencionar que el éxito del

tratamiento de los casos estudiados no habría sido posible si se hubiese encapsulado la sintomatología de las consultantes en un diagnóstico individual. Especialmente, se atribuyó control y distancia de los síntomas mediante la externalización del problema, nombrado en el marco teórico por García y Schaefer (2015) como una práctica que separa el problema de la persona afectada. Otra técnica destacable es la instauración del rol de sobreviviente en las consultantes víctimas de trauma complejo, rol que implica, según García y Beyebach (2022), una transición en la autopercepción del consultante, pasando de verse como una víctima a considerarse un sobreviviente. Este cambio de perspectiva facilita una redefinición del yo, permitiendo al individuo dejar de identificarse principalmente a través de su experiencia traumática para adoptar una autoidentificación más integral y autónoma. Además, se utilizó el recurso de metáforas, analogías y relatos del profesional, definidos por los mismos autores antes mencionados, quienes expresan que estas comparaciones entre entidades intrínsecamente diferentes revelan el poder de la mente. En los modelos sistémicos breves influenciados por Milton Erickson, las metáforas se extienden a analogías, que son comparaciones simples, como "sentirse como un león enjaulado"; anécdotas, que son historias breves relevantes para el problema del consultante, extraídas de diversas fuentes; y relatos, que son narraciones más elaboradas con un elemento sugestivo para el consultante. También, es importante mencionar la técnica de la pregunta escala, según García y Schaefer (2015), la cual invita al consultante a situar su problema o progreso en una escala numérica, facilitando así una evaluación más cuantitativa del estado o avance del consultante. Por último, se destaca la técnica de la pregunta de proyección al futuro, donde se incorporan la técnica de bola de cristal y la pregunta milagro, que según García y Schaefer (2015), alientan a los consultantes a visualizar un futuro sin el problema, facilitando así la formulación de objetivos y soluciones

concretas. También permite identificar recursos existentes o potenciales que pueden ayudar a alcanzar esos objetivos.

Para concluir, es fundamental destacar la posibilidad de derivar a las consultantes a la red de apoyo pública. En el análisis cualitativo, resulta crucial identificar cuándo las consultantes requieren asistencia externa del sistema público. En el contexto chileno, el organismo encargado de la protección de los derechos humanos de las mujeres es el Centro de la Mujer. Por lo tanto, ante la identificación de riesgos relacionados con la seguridad personal, económica o social, la derivación a este tipo de instituciones se considera pertinente. Según el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, los Centros de la Mujer son espacios destinados a mujeres de 15 años o más que han sufrido violencia de género. Su objetivo es promover el apoyo mutuo y la autonomía de las mujeres, buscando generar un cambio frente a la violencia experimentada y sus riesgos asociados. Estos centros ofrecen orientación e información sobre violencia de género para reducir los riesgos, así como apoyo social, legal y psicológico a las víctimas. En el contexto de esta investigación, se derivó al Centro de la Mujer el caso C6 debido a la necesidad de protección ante una posible situación de violencia intrafamiliar. Asimismo, la consultante del caso C8 fue referida al Departamento de Seguridad Social para recibir apoyo frente a dificultades socioeconómicas y orientación en la postulación a becas universitarias.

Discusión Árbol C

La investigación presenta el árbol C para explorar los efectos de la teleterapia como herramienta digital en casos de ASI con repercusiones en la vida adulta. Se descubrió que la teleterapia es una herramienta valiosa para el ejercicio profesional, ya que ofrece comodidad a las consultantes debido a su accesibilidad y disponibilidad. Además, permite que profesionales especializados en situaciones complejas estén al alcance de la comunidad en general, incluso a nivel global. Según Cabas (2020), la teleterapia es una modalidad de atención psicológica que utiliza la tecnología para conectar al profesional con sus consultantes; esto, según Quilis (2004), incrementa la disponibilidad de profesionales para la comunidad. Cabe señalar que, se realizaron entre 6 y 8 sesiones de teleterapia, utilizando herramientas digitales como Zoom y WhatsApp. Este último se empleó para verificar tareas como la biografía negativa y las cartas terapéuticas, que las consultantes enviaban a través de WhatsApp para luego ser leídas y, según correspondiera, quemadas, siguiendo el rito de "escribir, leer y quemar," promoviendo así el cambio simbólico en los consultantes. De la Torre y Cebrián (2018) mencionan que las ventajas de la teleterapia están ligadas a la facilidad de iniciar un proceso psicológico, especialmente cuando no es posible llevar a cabo una atención presencial completa debido a factores laborales, viajes frecuentes, entre otros.

Por ende, la teleterapia resultó ser una opción conveniente, ya que facilitó la flexibilidad horaria y geográfica, además de permitir, en algunos casos, la conciliación con el cuidado de los hijos. Sin embargo, para futuros procesos terapéuticos, es fundamental considerar la importancia de contar con un entorno privado y libre de interrupciones, así como asegurar una conexión a internet estable por parte de las consultantes. Como se mencionó en el marco teórico, la teleterapia ha demostrado ser eficiente en el tratamiento de la depresión, ansiedad, y TEPT (De la Torre y Cebrián, 2018).

Síntesis General del Análisis de datos y discusión de la fase 1

En síntesis, se podría decir que en base a los análisis de los datos cualitativos del árbol A, B y C, existe una alta funcionalidad de la integración de técnicas de terapia sistémica breve, de la hipnosis clínica y en la integración de estos dos modelos de intervención, frente al tratamiento psicoterapéutico en sobrevivientes adultos de ASI. Destacando, también la percepción positiva de las consultantes para la utilización de estos modelos mediante la modalidad de teleterapia. No obstante, también se podría hacer mención que es necesario para el desarrollo positivo de las sesiones contar con la privacidad adecuada y con una buena señal de internet.

Análisis de Resultados Fase 2

Resultados cuantitativos

En esta sección se presentan los resultados obtenidos del análisis cuantitativo, cuyo propósito fue evaluar el progreso y el cambio psicoterapéutico en adultos que sobrevivieron al ASI mediante la integración de técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en un contexto de teleterapia. El instrumento de medición utilizado fue el *Outcome Questionnaire*-45 (OQ-45), validado en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002), que evalúa los resultados en psicoterapia a través de tres subescalas: Sintomatología (SD), Relaciones Interpersonales (IR) y Rol Social (SR). El cual fue aplicado al inicio del proceso psicoterapéutico y al finalizar. Cabe señalar que se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para verificar la normalidad de los puntajes pretest y postest del OQ-45, el resultado ($p = 0.614$) indicó que los datos seguían una distribución normal, permitiendo la aplicación de pruebas paramétricas para el análisis de las diferencias, en este sentido se empleó la prueba t de *Student* para muestras relacionadas.

En el instrumento OQ-45 para indicar disfuncionalidad clínica los PC son sobre los 73 puntos para su escala total, 43 puntos para la subescala de sintomatología, 16 puntos para la de relaciones interpersonales y 14 puntos para el rol social. Considerando que un cambio clínicamente significativo debe tener una diferencia mínima de 17 puntos en el OQ-45 total, entre el pretest y postest.

Cabe señalar que, la muestra estuvo conformada por ocho mujeres chilenas adultas que sufrieron un abuso sexual durante su infancia. Presentaron un rango de edad de entre 20 a 42 años, con una media de 28,5 y un desvió estándar de 7,98. Destacando que cinco de las participantes sufrieron abuso intrafamiliar, siendo el 62,5% de la muestra, mientras que tres experimentaron abuso extrafamiliar, siendo el 37,5% de la muestra.

Resultados sobre el progreso psicoterapéutico

Los resultados cuantitativos obtenidos evidencian un progreso psicoterapéutico significativo en adultos sobrevivientes de ASI mediante la integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia. Para evaluar dicho progreso, las participantes debían presentar puntajes postest inferiores a los PC definidos en el OQ-45 para cada una de las subdimensiones evaluadas: Sintomatología (SD) con un PC de 43 puntos, Relaciones Interpersonales (IR) con un PC de 16 puntos y Rol Social (SR) con un PC de 14 puntos.

Los datos obtenidos muestran una reducción significativa en los puntajes de las ocho consultantes evaluadas en todas las subdimensiones (ver Tabla 2). En la subescala de Sintomatología (SD), se observó una mejora del 79.12%, lo que refleja una disminución sustancial de la sintomatología clínica. En la subescala de Relaciones Interpersonales (IR), la mejora alcanzó un 68.91%, lo que sugiere un fortalecimiento en la calidad de las interacciones interpersonales de las participantes. Finalmente, en la subescala de Rol Social (SR), se registró una mejora del 72.57%, lo que indica un aumento en la funcionalidad de los roles sociales, laborales y académicos (ver Tabla 2). Mencionando que los resultados de las consultantes en el postest expresan funcionalidad y progreso psicoterapéutico. Lo cual se ve reflejado en los valores actuales en las subescalas: SD 12,5; IR de 6,88 y RS de 4,63 (ver figura 6), encontrándose por debajo de los PC señalados por el OQ-45.

Para determinar la significancia estadística de estos cambios, se calcularon los valores de p para cada subescala y para el puntaje total del OQ-45, estableciendo un umbral de $p < 0.05$ como criterio de significancia. Los resultados obtenidos muestran valores de $p < 0.001$ en todas las dimensiones evaluadas (ver Tabla 2), lo que confirma una reducción estadísticamente significativa en los puntajes postest en comparación con los pretest. Además, se calcularon intervalos de

confianza al 95%, permitiendo estimar el rango probable en el que se mantendrían los efectos de la intervención en una población más amplia.

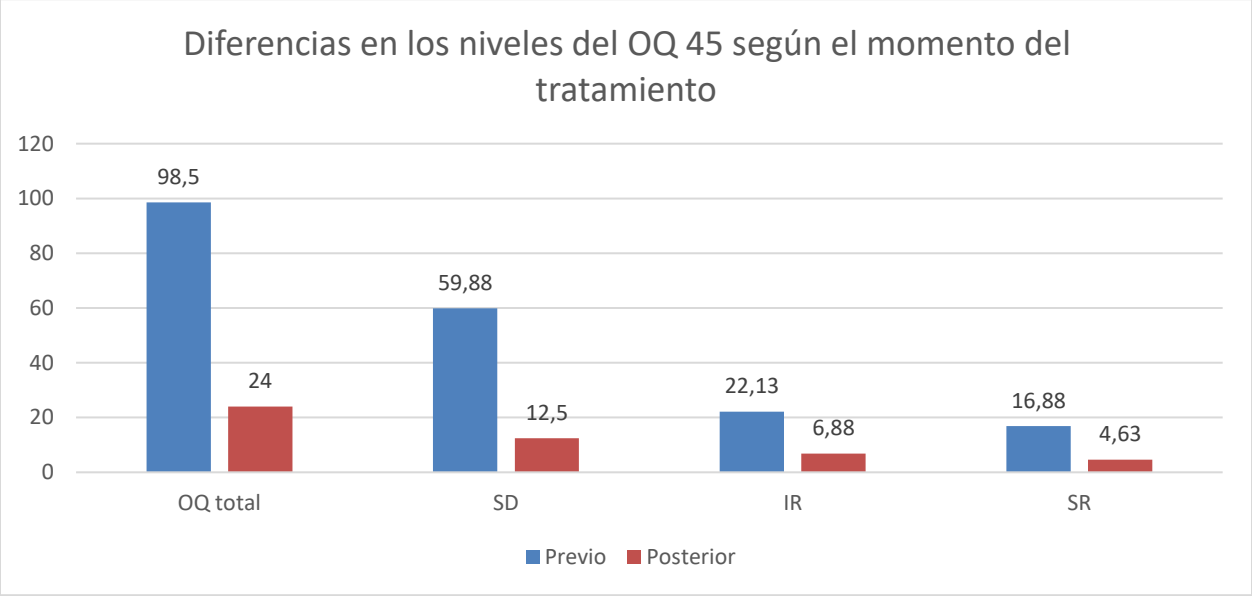
Dado que los valores de p obtenidos son significativamente menores a 0.05, se concluye con rigor estadístico que se rechaza la hipótesis nula (H_{01}) y se acepta la hipótesis alternativa (H_{11}). Por lo tanto, los resultados confirman que la integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia mejoran significativamente el progreso psicoterapéutico en adultos sobrevivientes de ASI, logrando una reducción sustancial del malestar asociado a la sintomatología, las relaciones interpersonales y la funcionalidad en el rol social.

Tabla 2. Resultados descriptivos del OQ-45

	previo	Posterior	Diferencia	gl	t	p
OQ total	98,5	24	75,63%	7	13,52	,001
SD	59,88	12,5	79,12%	7	11	,001
IR	22,13	6,88	68,91%	7	8,2	,001
SR	16,88	4,63	72,57%	7	9,28	,001

Figura 6

Diferencias en los niveles del OQ 45 según el momento del tratamiento.



Resultados del cambio clínicamente significativo

Para evaluar el cambio terapéutico en las consultantes, también se empleó el OQ-45. Este instrumento también permite medir el Índice de Cambio Confiable (ICC) de un proceso psicoterapéutico a través de su puntaje total. Para analizar la significancia del cambio entre el pretest y el postest, se aplicó la prueba t de *Student* para muestras relacionadas, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Además, se verificó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p = 0.614$), lo que permitió el uso de pruebas paramétricas.

Los resultados cuantitativos evidenciaron un cambio terapéutico significativo, reflejado en la disminución del puntaje total del OQ-45. Específicamente, se logró una reducción del 75.63% en el puntaje total, pasando de una media de 98.5 en el pretest a 24 en el postest. La prueba t arrojó un valor $t = 13.52$, $gl = 7$, $p = 0.001$, lo que confirma que esta diferencia es estadísticamente significativa (ver Tabla 2).

Dado que el p-valor obtenido (p = 0.001) es menor al umbral de 0.05, se rechaza la hipótesis nula (HO_2), la cual planteaba que la integración de técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en contexto de teleterapia no produciría un cambio terapéutico significativo en las consultantes. En consecuencia, se acepta la hipótesis alternativa ($H1_2$) que sostiene que la intervención efectivamente genera un cambio psicoterapéutico positivo.

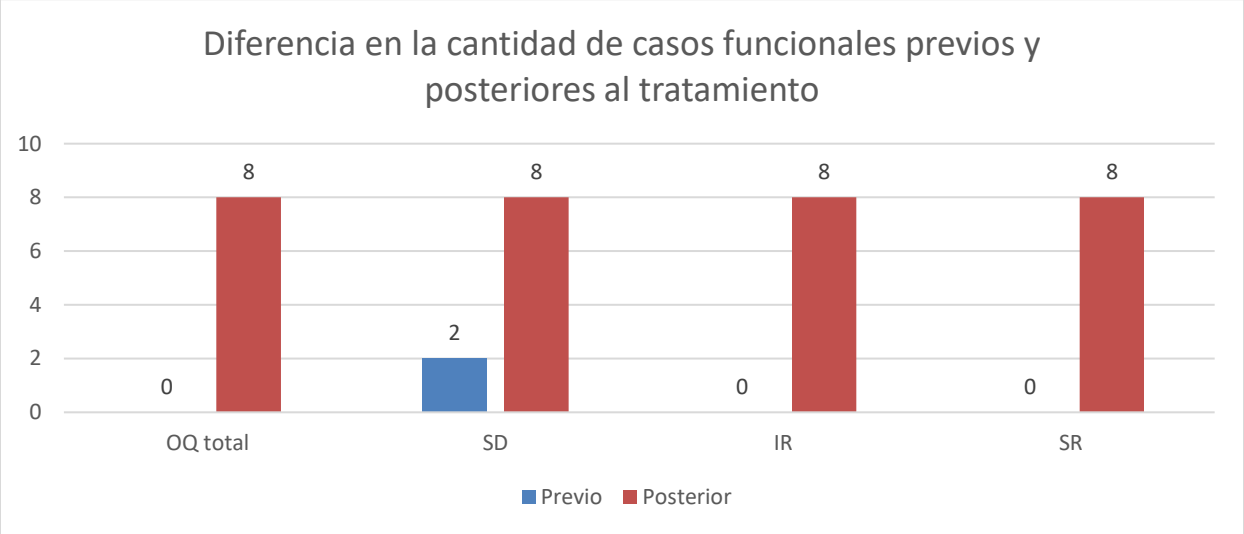
Estos hallazgos respaldan la hipótesis de cambio terapéutico, indicando que la intervención tuvo un impacto clínico relevante, consolidando la eficacia del tratamiento en la recuperación y bienestar de las participantes. Revelado que, el 100% de las consultantes (8/8) lograron un cambio clínicamente significativo en el puntaje total del OQ-45, superando la diferencia mínima requerida de 17 puntos en los niveles de funcionalidad inicial y posterior (ver tabla 3 y figura 7).

Tabla 3. Niveles de funcionalidad del OQ-45 previos y posteriores al tratamiento

	Previo	Posterior
OQ total	0	8
SD	2	8
IR	0	8
SR	0	8

Figura 7

Diferencia en la cantidad de casos funcionales previos y posteriores al tratamiento.



Discusión Fase 2

Interpretación de los resultados generales

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran claramente que la combinación de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en el contexto de teleterapia no solo disminuyó significativamente la sintomatología, sino que también mejoró las relaciones interpersonales y el desempeño social de las consultantes. Estos cambios superan ampliamente los criterios de progreso clínicamente significativo, indicando la alta efectividad de la integración de los modelos de intervención aplicados. Por ende, la fase cuantitativa del estudio demostró un desarrollo psicoterapéutico notable, evidenciando la efectividad de la integración de las técnicas de los modelos pertenecientes a la terapia sistémica breve y la hipnosis clínica, utilizados mediante el contexto de teleterapia en el tratamiento de sobrevivientes adultos de ASI. Estas subescalas del instrumento OQ-45; de sintomatología, relaciones interpersonales y rol social mostraron mejoras del 79.12%, 68.91% y 72.57%, respectivamente. Lo que se traduce en una reducción significativa en los puntajes de todas las subescalas, apoyando la viabilidad de estas estrategias terapéuticas en contextos clínicos similares. Frente a lo mencionado, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa 1 ($H1_1$). La cual, señala que, la integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia mejoran significativamente el progreso psicoterapéutico mediante la disminución del malestar en cuanto a la sintomatología, relaciones interpersonales y rol social en adultos con antecedentes de ASI.

Para comparar el aumento del cambio clínicamente significativo a nivel psicoterapéutico, el análisis estadístico reveló una disminución del 75.63% en el puntaje total del OQ-45, superando ampliamente el umbral de 17 puntos requerido para considerar un cambio clínicamente significativo. Por lo cual, también se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa

($H1_2$). Haciendo mención que la integración de técnicas de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia aumentan significativamente el cambio psicoterapéutico en sobrevivientes de ASI con repercusiones en la vida adulta.

La confirmación de ambas hipótesis, no apoyan estudios previos, como el de Martins y Monteiro (2016, citado en Favero et al., 2021), que se centraron solo en intervenciones grupales del paradigma sistémico, esta investigación destaca la eficacia de la teleterapia combinada con hipnosis clínica y terapia sistémica breve. Asimismo, estudios recientes como el de Miles et al., (2023) revisaron varias terapias efectivas para el tratamiento del ASI y recomendaron principalmente la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), dejando la hipnoterapia con una evidencia limitada. Por otro lado, Elkjær et al. (2020) realizaron un análisis comparativo entre la terapia grupal psicodinámica y sistémica a largo plazo en mujeres adultas con historial de ASI. Mediante un ensayo controlado aleatorizado y un seguimiento a los 5 años posteriores, se reflejan resultados favorables para ambas terapias en la superación de los síntomas y el nivel de funcionamiento psicosocial. A pesar de que la terapia sistémica mostró mejores resultados al término del tratamiento, estos se equipararon a los de la terapia psicodinámica a los cinco años. Un punto para destacar es la permanencia de flashbacks en sujetos tratados con terapia psicodinámica a diferencia del grupo de terapia sistémica; siendo esta última una terapia con una menor disposición horaria, pero con una mayor reunión semanal, considerándola, así como un tratamiento más rentable según los autores. Por tanto, los resultados demuestran la efectividad de ambas modalidades de terapia, pero destaca la necesidad de una optimización de las estrategias terapéuticas para generar cambios sustanciales. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente y al analizar estos resultados se puede decir que la investigación presente aporta evidencia robusta sobre la eficacia de la teleterapia combinada con

hipnosis y terapia sistémica breve, dando respuesta efectiva a las consideraciones de Elkjaer et al., (2020) de encontrar estrategias psicoterapéuticas que optimicen el proceso de terapia. También esté estudio puede contradecir las conclusiones anteriores que no consideraban el enfoque sistémico e hipnosis como opciones válidas. Los presentes hallazgos son consistentes con estudios previos y alimentan el paradigma sistémico y la integración de la hipnosis como técnicas válidas para abordar el ASI en la vida adulta. Estos resultados son corroborados por la investigación de González (2017), quien en su estudio de caso único titulado "Proceso de recuperación del ASI durante la edad adulta desde un enfoque integrador de la terapia centrada en soluciones", utilizó el protocolo de Yvonne Dolan para trabajar con adultos víctimas de ASI. La intervención, que incluyó técnicas del modelo transteórico, tuvo una duración de ocho sesiones más dos de seguimiento, y se enfocó en una mujer adulta con un historial de incesto y diagnóstico de depresión crónica. Los resultados fueron positivos, mostrando mejoras significativas en los síntomas de la paciente.

Por otra parte, Sánchez y Téllez (2016) realizaron un estudio en un hombre de 40 años, también víctima de ASI. Aplicaron una combinación de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) e hipnoterapia a lo largo de 13 sesiones semanales, con dos sesiones de seguimiento a los uno y seis meses post-intervención. Los resultados indicaron una mejora significativa en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, además de un aumento en la autoestima y el optimismo del paciente. Los autores recomendaron la integración de hipnoterapia y TBCS para casos similares. Este estudio es pionero, siendo el primero en utilizar esta combinación de modelos terapéuticos. Las técnicas incluyeron evaluación y catarsis iniciales, trabajo con genogramas trigeneracionales, visualización de signos curativos, autocuración a través de cartas al niño interno, y mantenimiento de avances mediante arte simbólico. Las escalas de medición empleadas fueron

la Escala de Calificación de Resultados, la Escala Analógica Visual y la Escala de Recuperación Centrada en Soluciones para Sobrevivientes de Abuso.

La comparación con estudios como el de Miles et al. (2023), que revisaron terapias efectivas para el tratamiento de ASI y recomendaron principalmente la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), resalta la limitada evidencia previa de la hipnoterapia. Sin embargo, la presente investigación demuestra la alta efectividad de la teleterapia combinada con hipnosis clínica y terapia sistémica breve, aportando evidencia robusta sobre su viabilidad en contextos clínicos.

El análisis comparativo de Elkjær et al. (2020), que examinó la terapia grupal psicodinámica y sistémica a largo plazo en mujeres adultas con historial de ASI, también aporta datos relevantes. Los resultados mostraron que ambas terapias fueron efectivas en la superación de síntomas y en el nivel de funcionamiento psicosocial, aunque la terapia sistémica mostró mejores resultados al término del tratamiento. Estos resultados se equipararon a los de la terapia psicodinámica a los cinco años, con la ventaja añadida de una menor frecuencia de flashbacks en el grupo tratado con terapia sistémica. Esto sugiere la necesidad de optimizar las estrategias terapéuticas para generar cambios sustanciales, alineándose con las recomendaciones antes mencionadas.

Además, los resultados observados en este estudio coinciden con los hallazgos de Beyebach et al., (2016). Estos autores señalan que la integración de diversas estrategias y técnicas terapéuticas se ha vuelto una práctica común entre los profesionales de la salud mental. Destacan que la combinación de terapias sistémicas breves es una alternativa atractiva y eficaz en el ejercicio clínico, aunque reconocen la necesidad de más estudios empíricos que respalden esta información. En su estudio Efectividad de la Terapia Sistémica Breve versus Terapia Cognitivo-Conductual en

la práctica clínica habitual, utilizaron una muestra de 419 personas, divididas en dos grupos: 212 para la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y 207 para la Terapia Sistémica Breve (TSB). La muestra incluyó diagnósticos de trastornos adaptativos (37%), trastornos de ansiedad (29%), depresión (14%) y trastornos de personalidad (8%). También se presentaron, en menor medida, casos de trastornos sexuales, psicóticos, del control de los impulsos, alimentarios y por déficit de atención, en un total menor a 10 casos cada uno.

Los autores concluyeron que ambas terapias resultaron efectivas para los tratamientos psicopatológicos de los consultantes, tanto en términos de recaídas, deserción y altas. Cerraron su discusión con la esperanza de que estudios futuros desarrollen afirmaciones más sólidas en cuanto a la TSB, una esperanza que se ve reflejada en la presente investigación y sus resultados favorables.

Los resultados de esta investigación confirman la alta efectividad de la combinación de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en el contexto de teleterapia. Esta combinación no solo reduce significativamente la sintomatología, sino que también mejora las relaciones interpersonales y el desempeño social de los sobrevivientes de ASI. La disminución de los puntajes en el OQ-45 y las mejoras en todas las subescalas refuerzan la viabilidad de estas técnicas terapéuticas. Esta investigación va más allá de estudios previos, como el de Martins y Monteiro (2016), que se centraron en intervenciones grupales, y destaca la efectividad de la teleterapia combinada con hipnosis clínica y terapia sistémica breve. Asimismo, contradice estudios como el de Miles et al. (2023), que recomendaron principalmente la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), dejando la hipnoterapia con una evidencia limitada. Además, los resultados son consistentes con estudios como el de González (2017) y Sánchez y Téllez (2016), que muestran mejoras significativas en los síntomas de los consultantes al utilizar técnicas de hipnoterapia y terapia sistémica breve. La

investigación de Beyebach et al. (2016) también apoya la combinación de estrategias terapéuticas como una práctica común y efectiva en salud mental.

En resumen, esta investigación demuestra la alta efectividad y rentabilidad de la teleterapia combinada con hipnosis clínica y terapia sistémica breve como alternativas válidas para el tratamiento psicoterapéutico en contextos clínicos.

Discusión Fase 3

Integración de Resultados (Análisis mixto)

La integración de los hallazgos cualitativos y cuantitativos en esta investigación permite una comprensión global del impacto de la terapia sistémica breve y la hipnosis clínica en el contexto de la teleterapia para sobrevivientes adultos de ASI. Esta fase analiza y correlaciona los resultados obtenidos en ambas fases, destacando coincidencias, divergencias y complementariedad entre los métodos utilizados.

Convergencias: Los resultados cualitativos y cuantitativos apuntan en la misma dirección al demostrar la efectividad de la integración de técnicas terapéuticas. En la fase cualitativa, las participantes expresaron percepciones positivas sobre la hipnosis clínica y la terapia sistémica breve, destacando mejoras en su bienestar emocional, relaciones interpersonales y rol social. Estas percepciones se reflejan en la fase cuantitativa, donde los resultados del OQ-45 muestran una reducción significativa en la sintomatología, superando ampliamente el umbral para un cambio clínicamente significativo. El progreso psicoterapéutico cuantificado coincide con las narraciones de las consultantes, quienes reportan mayor autoconfianza y resiliencia.

Divergencias: A pesar de la coincidencia general, se identificaron algunas discrepancias entre los datos cualitativos y cuantitativos. Mientras que los resultados cuantitativos indican una mejora significativa en las relaciones interpersonales, algunos participantes mencionaron en sus narraciones que aún enfrentan desafíos en la construcción de vínculos de confianza, especialmente en el ámbito de las relaciones de pareja. Esta divergencia podría explicarse por la complejidad del trauma complejo, que no siempre se refleja completamente en las métricas estandarizadas.

Complementariedad: Los resultados cualitativos enriquecen la comprensión de los datos cuantitativos al proporcionar contexto y profundidad a las cifras obtenidas. Por ejemplo, la

disminución en los puntajes de sintomatología en el OQ-45 se complementa con relatos de las participantes sobre cómo la hipnosis clínica facilitó la resignificación de experiencias traumáticas y la adopción de un rol de "sobreviviente". Asimismo, la introducción de técnicas emergentes como la biografía negativa permitió a las participantes externalizar y procesar sus traumas de manera simbólica, lo que no se habría capturado únicamente mediante el análisis cuantitativo.

Correlación con la literatura: Los hallazgos integrados de este estudio están en consonancia con investigaciones previas que destacan la efectividad de la terapia sistémica breve y la hipnosis clínica en el tratamiento de traumas complejos. Sánchez y Téllez (2016) demostraron la eficiencia de la combinación de estos modelos en la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad, hallazgos que se replican en el presente estudio. Asimismo, Elkjær et al. (2020) encontraron que la terapia sistémica a largo plazo es efectiva en la superación de síntomas y mejora del funcionamiento psicosocial en mujeres adultas con historial de ASI, lo que respalda los resultados obtenidos en esta investigación. Al mismo tiempo se encuentra una correlación con la investigación de González (2017) estudió la recuperación del ASI en la adultez mediante un enfoque integrador basado en la terapia centrada en soluciones y el modelo transteórico. Analizó la psicoterapia de una mujer con historial de incesto y depresión, desarrollada en 8 sesiones y 2 de seguimiento en un año, con una frecuencia progresivamente espaciada.

Además, la literatura sobre teleterapia, como la de De la Torre y Cebrián (2018), respalda la viabilidad de esta modalidad en el tratamiento de trastornos relacionados con el trauma, destacando su accesibilidad y eficacia, aspectos que fueron confirmados por las participantes en la fase cualitativa.

Síntesis de la Fase 3

La integración de los resultados cualitativos y cuantitativos proporciona una visión comprensiva de la efectividad de la terapia sistémica breve e hipnosis clínica en el contexto de la teleterapia. La coincidencia de ambos enfoques refuerza la validez de los hallazgos, mientras que las divergencias y la complementariedad resaltan la complejidad del fenómeno estudiado y la necesidad de enfoques terapéuticos integradores y personalizados.

Conclusiones

La presente investigación doctoral tuvo como objetivo explorar la funcionalidad e integración de las técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, implementadas mediante teleterapia, midiendo el progreso y cambio terapéutico en sobrevivientes adultos de ASI, así como sus percepciones sobre esta modalidad de intervención. A través de un Diseño Mixto Secuencial Explicativo (DEXPLOS), se integraron hallazgos cualitativos y cuantitativos que proporcionan una comprensión amplia y profunda de la efectividad de las intervenciones aplicadas.

Conclusiones de la Fase 1: Análisis Cualitativo

Los hallazgos cualitativos revelaron que las consultantes experimentaron traumas complejos derivados del ASI, los cuales se manifestaron en la adultez mediante experiencias y secuelas de este. Entre los cuales se encuentran; la negligencia vivenciada en su infancia, abandono emocional, ambivalencia materna, abusos sexuales intra y extrafamiliar, violaciones sexuales, abusos sexuales en la adultez, ataques sexuales, juegos sexualizados en la niñez, familias multiproblemáticas, problemas en la relación de pareja, no credibilidad de la revelación, el secreto, Polivictimización, bullying y abandonos psicoterapéuticos. Por otro lado, también se puede distinguir múltiples síntomas, que se pueden asociar al trauma, según toda la bibliografía estudiada en la problematización, estado del arte y marco teórico. Estos son: ansiedad y angustia, pensamientos e intentos de suicidio, síndrome de Estocolmo, límites difusos en sus relaciones interpersonales, dependencias emocionales, hipervigilancia, somatización, desesperanza, desregulaciones emocionales, consumo problemático y amnesia disociativa.

Las narrativas de las consultantes destacaron el impacto de la hipnosis clínica y la terapia sistémica breve en la resignificación de sus experiencias traumáticas, facilitando la transición del

rol de “víctima” al de “sobreviviente”. Técnicas como la biografía negativa y la regresión temporal de la hipnosis clínica fueron fundamentales para externalizar y procesar los traumas, promoviendo una mayor autoconfianza y resiliencia. Observándose un cambio relacional, en la calidad de vida y autopercepción. Todo esto medido cualitativamente y potenciado por la pregunta escala al inicio de cada sesión, la cual ayudo a desarrollar una medición de cambio en las narrativas e historias de vida de las consultantes.

No obstante, se identificaron factores sistémicos que potenciaron la intensidad de los síntomas, como la falta de credibilidad de los relatos por parte de los adultos significativos y el secreto familiar. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de enfoques terapéuticos que aborden no solo el trauma individual o un diagnóstico psicopatológico en la adultez, sino también las dinámicas familiares y sociales que perpetúan el daño. Haciendo mención de la importancia de los profesionales de la salud mental cuando se atienda algún psicodiagnóstico, que tenga asociado los síntomas y secuelas antes mencionadas, ya que, desde los resultados entregados en esta fase, la importancia de trabajar el trauma complejo por ASI es relevante para promover el bienestar de las y los sobrevivientes.

Así mismo, la percepción de la teleterapia desde el análisis narrativo de las consultantes resulto positivo. Aunque, este requiere de un espacio privado por la complejidad de los relatos. Además, se requiere de una buena señal de internet para que el proceso fluya positivamente.

Conclusiones de la Fase 2: Análisis Cuantitativo

Los resultados cuantitativos obtenidos mediante el OQ-45, evidenciaron un progreso psicoterapéutico estadísticamente significativo en todas las consultantes. En la escala total del OQ-45, el puntaje promedio en el pretest fue de 98.5, superando ampliamente el umbral de corte de 73 puntos. Mientras que en el postest el puntaje promedio fue de 24 puntos.

Asimismo, se observará una reducción significativa en los puntajes de las tres subescalas evaluadas:

- **Sintomatología (SD):** 6 de 8 de las consultantes disminuyeron su puntaje por debajo del umbral de 43. Considerando que 2 consultantes estaban ya bajo el umbral en está subescala, pero sobre los 73 puntos en el OQ total.
- **Relaciones Interpersonales (RI):** 8 de 8 de las consultantes lograron reducir su puntaje por debajo del umbral de 16.
- **Rol Social (RS):** 8 de 8 de las consultantes redujeron su puntaje por debajo del umbral de 14.

A nivel global, los puntajes entre el pretest y el postest reflejaron mejoras significativas:

- **SD:** de 59.88 a 12.5.
- **RI:** de 22,13 a 6,88.
- **RS:** de 16,88 a 4,63.

Estos resultados indican una disminución considerable del malestar en sintomatología, relaciones interpersonales y rol social en los sobrevivientes de abuso sexual infantil (ASI), lo que sugiere un progreso psicoterapéutico significativo.

Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, la cual confirmó la eficacia de la intervención con una significancia estadística robusta.

El análisis estadístico reveló una reducción del 75.63% en el puntaje total del OQ-45, superando ampliamente el umbral de 17 puntos necesario para considerar un cambio clínicamente significativo. Asimismo, la comparación entre las mediciones de las subescalas en el pretest y postest evidenció un progreso altamente considerable. En detalle, se observaron mejoras del 79.12% en la sintomatología, 68.91% en las relaciones interpersonales y 72.57% en el rol socia

Por último, todas las participantes (8/8) alcanzaron niveles funcionales en las tres subescalas después de la intervención, lo que respalda la eficacia de la teleterapia como modalidad de tratamiento.

Conclusiones de la Fase 3: Integración de Resultados (Análisis Mixto)

La integración de los hallazgos cualitativos y cuantitativos proporcionan una visión comprensiva de la efectividad de la intervención. Se observó una **convergencia** entre las percepciones positivas de las consultantes sobre la terapia y los resultados cuantitativos del OQ-45. Ambas fases demostraron que la combinación de terapia sistémica breve, hipnosis clínica y teleterapia no solo facilitó la reducción de síntomas, sino que también promovió el crecimiento personal, la mejora en las relaciones interpersonales y el rol social.

A pesar de la convergencia general, se identificaron algunas **divergencias**. Mientras que los datos cuantitativos indicaron mejoras significativas en las relaciones interpersonales, algunos consultantes expresaron que aún enfrentaban desafíos en la construcción de vínculos de confianza, especialmente en el ámbito de las relaciones de pareja. Estas discrepancias subrayan la necesidad de enfoques terapéuticos que consideren la complejidad del trauma complejo.

Adicionalmente, se debe considerar dentro de los encuadres psicoterapéuticos la importancia de contar con un espacio privado y contar con una adecuada señal de internet, para el proceso en teleterapia.

En balance, la **complementariedad** entre los métodos permitió una comprensión más profunda del fenómeno estudiado. Las técnicas emergentes, como la biografía negativa, enriquecieron la intervención, facilitando la externalización simbólica de los traumas y promoviendo el cambio terapéutico. Tanto a nivel narrativo perceptivo de las consultantes y sus mecanismos de afrontamientos en el presente. Lo cual refleja un progreso y un cambio clínicamente significativo, validado por la fase cuantitativa del presente estudio.

Correlación con la Literatura

Los resultados de esta investigación están en consonancia con estudios previos que destacan la efectividad de la terapia sistémica breve y la hipnosis clínica en el tratamiento de traumas complejos (Sánchez y Téllez, 2016; Beyebach et al., 2016; González, 2017; Elkjær et al., 2020); Además, la literatura sobre teleterapia (De la Torre y Cebrián, 2018) respalda la viabilidad de esta modalidad en el tratamiento de trastornos relacionados con el trauma, confirmando su accesibilidad y eficacia.

Implicaciones Clínicas y Futuras Investigaciones

Esta investigación aporta evidencia robusta sobre la efectividad de la integración de técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica en el contexto de la teleterapia. Los resultados destacan la necesidad de enfoques terapéuticos integradores y personalizados para el tratamiento de sobrevivientes de ASI. Además, se sugiere la exploración de estas técnicas en muestras más amplias y en diferentes contextos culturales para validar y generalizar los hallazgos.

Limitaciones del Estudio

El tamaño reducido de la muestra, compuesta por 8 participantes, limita la generalización de los resultados. Asimismo, dado que todas las participantes se identifican con el género femenino, no es posible analizar posibles variaciones por género, lo que restringe aún más la generalización de las conclusiones. Además, la naturaleza autoinformada de las evaluaciones podría introducir sesgos en la percepción del progreso terapéutico. La modalidad de teleterapia, aunque efectiva, puede influir en la dinámica terapéutica y en la percepción de la efectividad de las técnicas utilizadas.

Conclusión Final

En este trabajo se ha evidenciado que los sobrevivientes adultos de ASI pueden manifestar múltiples dificultades en su desarrollo tanto en la niñez como en la adolescencia, las cuales se podrían categorizar en lo que hoy se conoce como Trauma Complejo. Además, en la vida adulta, pueden presentar dificultades sintomáticas que oscilan desde cuadros depresivos, ansiosos, intentos de suicidio, consumos problemáticos, baja autoestima, trastornos del sueño, somatizaciones y desesperanza, los cuales pueden interactuar entre sí.

Cabe destacar que, dentro de las técnicas implementadas en el proceso psicoterapéutico, según el relato de las consultantes, se destacó la técnica de la biografía negativa integrada con la lectura y el rito de quemarla, en interacción con el uso de la técnica de analogías específicamente la flor de loto como característica resiliente, junto a ello el logro de redefinir el rol de las víctimas hacia un rol de supervivientes. No obstante, también se observan factores relacionales, comunicativos y sistémicos, que en su retroacción pueden influir en la aparición, mantención y/o reactivación de síntomas, como la no credibilidad del relato de los sobrevivientes por parte de las personas significativas a cargo de su protección y las características de familias multiproblemática.

Frente a los resultados cuantitativos, se muestran mejoras estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, demostrando una alta efectividad de la integración de técnicas de la terapia sistémica breve y la hipnosis clínica en el contexto de teleterapia para el tratamiento psicoterapéutico. Tanto en la disminución sintomática, en las dificultades interpersonales y en el rol social, como también en los indicadores de cambio terapéutico.

Como síntesis final, la presente investigación doctoral demuestra que la integración de terapia sistémica breve e hipnosis clínica, aplicada mediante teleterapia, es un método efectivo para el tratamiento de sobrevivientes adultos de ASI. Los resultados cuantitativos y cualitativos

convergen para respaldar la eficacia de estas técnicas, destacando la importancia de enfoques interdisciplinarios y contextualizados en la psicoterapia contemporánea.

Referencias

Allen, M. (2011). *Narrative therapy for women experiencing domestic violence.*

Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., y Swanston, H. (2004). Abuso sexual infantil. En M. Ezzati, A. Lopez, A. Rodger, y C. Murray, *Cuantificación comparativa de riesgos para la salud* (Vol. 1). World Health Organization.

Arango, M., Rodriguez, A., Benavides, M., y Ubaque, S. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista fundación universitaria Luis Amigo, 3*(1), 33-55.

Araújo da Cruz, M., Pereira, N., Moura, L., Matheus, F., Ortiz, M., y Goncalves, J. (2021). Repercusiones del abuso sexual vivido en la infancia y adolescencia: revisión integradora. *Cien Saude Colet, 26*(4), 1369-1380. doi:https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043

Araya, V., Alfaro, M., y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus, 13*(24), 76-92.

Arnold, M., y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta de moebio. Revista de epistemología de ciencias sociales*(3), 40-49.

Ballús, C. (2002). A propósito del síndrome de Estocolmo. *Medicina clínica, 119*(5).

Barker, G., Volk, F., Hazel, J., y ReinHardt, R. (2021). Past is present: Pathways between childhood sexual abuse and relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy, 48*(2), 604–620. doi:10.1111/jmft.12522

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre.* Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza: una unidad necesaria.* Bantam Books.

Becker-Blease, K., y Freyd, J. (2006). Los participantes de una investigación dicen la verdad sobre sus vidas: la ética de preguntar y no preguntar sobre el abuso. *American Psychologist, 61*(3), 218-226.

Behar, R., y de la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 59*(4), 308 - 320.

Benitez, F., Canton, D., y Delgadillo, L. (2014). Caracterización de la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia. *Psicología iberoamericana, 22*(1), 25-33.

Beyebach, M., Ardévol, I., Miquel, V., Cunillera, O., y Carles, B. (2016). Effectiveness of Brief Systemic Therapy versus Cognitive Behavioral. *psicothema, 28*(3), 298-303.

Cabas Hoyos, K. (2020). Intervenciones en salud mental apoyadas en tecnologias: la telepsicología. En K. C. Paulo Daniel Acero, *Telepsicología: sugerencias para la formación y desempeño profesional responsable* (págs. 43-62). Asociación Colombiana de Facultades de Psicología.

Calvete, E., Estevez, A., y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres. *Psicothema, 19*(3), 446-451.

Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología, 31*(2), 552-561. doi:http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771

Ceberio, M. (2017). Ecuación de resistencia al cambio. Aplicación de la escala de análisis de la resitencia al cambio como herramienta terapéutica. *Ciencias Psicológicas, 11*(1), 101-117.

Ceberio, M. (2019). *Paul Watzlawick en busqueda del cambio.* Herder.

Ceberio, M., y Losada, A. (2020). Un victimario doblevincula a la víctima Abuso Sexual Infantil, trastorno de alimentación y doble vínculo. *Revista argetina de clínica psicológica*, 1-24.

Ceberio, M., y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo.* Herder.

Chiappe, M., y Teti, G. (2016). Trauma complejo. *Vertex Revista Argentina de Psiquitría, XXVII*(126), 125-132. Obtenido de https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/735

De la Torre, M., y Cebrián, R. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica.* Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

De Souza Carvalho e Lira, M., Palmarella, V., Diniz, A., Menezes, T., Pereira, N., y María, N. (2017). Abuso sexual en la infancia y sus repercursiones en la vida adulta. *Texto Contexto Enferm, 26*(3), 1-8. doi:https://doi.org/10.1590/0104-07072017000080016

Dias, P., Colino, C., y Xavier, M. (2014). Caracterização do Suporte Materno na Descoberta e Revelação do Abuso Sexual Infantil. *Temas em Psicologia, 22*(4), 691-700. doi:https://doi.org/10.9788/TP2014.4-02.

Domínguez, V., y Miguel, L. (2017). Teoría General de sistemas, un enfoque práctico. *tecnociencia Chihuahua, X*(3), 125-132. doi:https://doi.org/10.54167/tch.v10i3.174

Echeburúa, E., y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad. Med. Forense*(43-44), 79. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&tlng=es.

Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia.* Planeta.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y de Corral, P. (2014). Factores relacionados con el rechazo y el abandono de la terapia en mujeres víctimas de agresiones sexuales tratadas en la edad adulta. *Revista argentina de clínica psicológica, XXIII*(1), 50-60. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281935591005

Elkjær, H., Lau, M., Mortensen, E., Kristensen, E., y Poulsen, S. (2021). Tratamiento grupal psicodinámico y sistémico para mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: seguimiento de cinco años de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista Europea de Psicotraumatología, 12*(1), 1-11. doi:https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1855887

Faura, S. (2015). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria, XII*(41), 121-141.

Favero, M., Moreira, D., Abreu, B., Del Campo, A., Sa Moreira, D., y Sousa-Gomes, V. (2021). Psychological intervention with adult victims of sexual abuse: A comprehensive review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(1), 62-80. doi:https://doi.org/10.1002/cpp.2598

Flick, U. (2015). *Diseño de investigación cualitativa.* Morata.

Fontaines-Ruíz, T., Pirela, J., Maza-Cordova, J., y Alamarza, Y. (2020). *Convergencias y divergencias en investigación.*

Franco-Jean, S., Rodríguez, J., y del Río, J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica, 38*(3), 317-338. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000300317&script=sci_abstract

Galleguillos, C. (2018). *50 preguntas frecuentes de un sobreviviente de abuso sexual infantil.* Ril editores.

García Sánchez, T., Short, D., Erickson, B., y Erickson-Klein, R. (2015). *La Hipnosis de Milton Erickson. Técnica, aplicaciones y comentarios sobre casos inéditos en español.* Rigden institut gestalt.

García, F. (2013). *Terapia sistémica Breve, fundamentos y aplicaciones.* RIL editores.

García, F., y Beyebach, M. (2022). *Superar experiencias traumáticas.* Herder Editorial.

García, F., y Ceberio, M. (2016). *Manual de terapia sistémica breve.* Meditarraneo ltda.

Garcia, F., y Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve.* Mediterraneo.

Gault-Sherman, M., Silver, E., y Dóra, I. (2009). Género y los impedimentos asociados al abuso sexual infantil: un estudio nacional de jóvenes islandeses. *Ciencias Sociales y Medicina, 69*(10), 1515-1522. doi:doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.037

Gonzalez, C. (2017). Recovering Process from Child Sexual Abuse During Adulthood from an Integrative Approach to Solution-Focused Therapy: A Case Study. *Routledge, 26*(7), 785-805. doi:https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1354954

Gutiérrez, F. (2018). La terapia del absurdo: humor y creatividad en terapia breve. En M. Ceberio, y F. Garcia, *Estrategias creativas en psicoterapia breve* (págs. 107-116). RIL editores.

Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en atención primaria. *Revista clínica de medicina de familia, 4*(3), 234-243. doi:https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metolodogía de la investigación.* Mc Graw Hill.

Ibaceta, F. (2018). Constructivismo, epistemologia y psicoterapia: consecuencias para una practica clinica de orientacion sistemica. *Revista Clínica y Psicosocial*(3), 48. Obtenido de https://revistavincularte.cl/index.php/ojs/article/view/54

Johan-Dojaquez, A., López-García, C., y Zenteno-Covarrubias, G. (2024). La hipnosis como tratamiento, recopilación de la evidencia clínica: una revisión sistemática. *Salud Jalisco, 11*(2), 78-87. doi:https://dx.doi.org/10.35366/115687

Korsbaek, L. (2012). Gregory Bateson, un antropólogo transatlántico e interdisciplinario. *Ciencia ergo sum, 19*(2), 181-189. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10422928010

Kvale, S. (2008). *Las entrevistas en investigación cualitativa.* Morata.

Langevin, R., Hébert, M., y Wallace, A. (2021). The intersection of intimate partner violence and childhood sexual abuse in mother-child dyads. *Elsevier, 120*. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105218

Latorre, I. (2013). Terapia narrativa: algunas ideas y prácticas. En F. García, *Terapia sistémica breve fundamentos y aplicaciones* (págs. 97-142). RIL.

Latzman, N., y Latzman, R. (2013). Explorando el vínculo entre el abuso sexual infantil y las conductas sexualmente intrusivas: el papel moderador de la estrategia disciplinaria del

cuidador. *Journal of Child and Family Studies, 24*(2). doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10826-013-9860-9

León, S., y Ortuzar, B. (2020). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo.* RIL.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica.* Herder.

López-Castilla, C. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la infancia. *Escritos de Psicología, 15*(1), 40-49. doi:https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.14030

Losada, A. (23 de mayo-3 de junio de 2022). *Epidemiología del abuso sexual infantil* [Ponencia]. *XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/363663803_EPIDEMIOLOGIA_DEL_ABUSO_SEXUAL_INFANTIL

Losada, A., y Faga, M. (2022). La terapia narrativa como intervención en jóvenes víctimas de abuso sexual infantil. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 26*(1), 22-52. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8594371

Losada, A., y Jursza, I. (2019). Abuso sexual infantil y dinámica familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 22*(3), 2803-2828. Obtenido de https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12351

Martínez Miguélez, M. (2006). Pertinencia social en la investigación endógena. *Espacio abierto, 15*(4), 725-740.

Miles, L., Valentine, J., Mabey, L., Hopkins, E., Stodtmeister, P., Rockwood, R., y Moxley, A. (2024). A Systematic Review of Evidence-Based Treatments for Adolescente and Adult Sexual Assault Victims. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 30*(3), 480-502. Obtenido de https://doi.org/10.1177/1078390323121613

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (s. f.). Obtenido de Centro de la Mujer: https://www.reddeproteccion.cl/fichas/centros_de_la_mujer

Miramontes, M., y Mañas, I. (2018). Vinculación afectiva al agresor en la mujer joven víctima de violencia de género tras la separación. *Revista de Psicología, 27*(1), 1-12. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26459589006

Monje, C. (2011). *Metodologia de la investigacion cuantitativa y Cualitativa: guia didactica.* Universidad surcolombiana.

Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud, 12*(1), 5-31.

Morales, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: Trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología, 26*(2), 135-144. doi:https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186

Moreno, A. (2015). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención.* Descleé de Brouwer.

Nardone, G., y Salvini, A. (2016). *El diálogo estratégico.* Herder.

Nardone, G., y Salvini, A. (2019). *Diccionario internacional de psicoterapia.* Herder.

Nuñez, E., y Sánchez-Sandoval, Y. (2024). Revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos con personas adultas víctimas de abuso sexual infantil. *Revista de psicoterapia, 35*(128), 33-41. doi:https://doi-org/10.5944/rdp.v35i128.40528

Ortega-Sánchez, D., y Heras-Sevilla, D. (2021). Diseño Exploratorio Secuencial (DEXPLOS), procedimiento e instrumento para el análisis de narrativas históricas escolares desde la perspectiva de género. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado, 96*(35,1), 245-261. doi:https://doi.org/10.47553/rifop.v96i35.1.87493

Ortiz, J., Ibarra, M., Alvarado, F., Graciano, H., y Jiménez, A. (2018). Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. *Gaceta Médica de México, 154*(3), 295-301. doi:https://doi.org/10.24875/gmm.18003221

Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria, 12*(46), 273-285. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000300010&lng=es&tlng=es

Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31*(2), 191-201. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglec, 33*(6), 331-342. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007

Pinto, C., y Guerra, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de psicología, 28*(2), 1-12. doi:https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658

Pinto-Cortez, C., Flores-Jara, J., Pereda, N., y Guerra, C. (2019). Victimización y polivictimización en niños, niñas y adolescentes aymara y su relación con la sintomatología post-traumática. *Interciencia, 44*(4), 229-235.

Quijada, M., De Miguel, A., y García, R. (2024). Influencia del abuso sexual infantil en la somatización, la conducta sociosexual y las relaciones sexuales en la edad adulta. *Análisis y modificación de conducta, 50*(183), 83-97. doi:http://dx.doi.org/10.33776/amc.v50i183.8285

Quilis, J. (2004). *Teleterapia virtual.* Valencia: Universitat Politècnica de València.

Quintero, Y., y del Carpio, P. (2018). Diseño y evaluación de una intervención preventiva dirigida a familias con riesgo de presentar abuso sexual infantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 20*(1-2), 171-193. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7091705

Retamozo, M. (2012). Constructivismo: Epistemología y metodología en las ciencias sociales. En E. De la Garza, y G. Leyva, *Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales* (págs. 325-351). Fondo de cultura.

Riyazi, N. (2023). Employing Narrative Therapy for Addressing Childhood Sexual Abuse Survivors among Adults within the Framework of Couples Counseling. *Clinical Cancer Investigation Journal, 12*(1), 1-12. Obtenido de https://ccij-online.org/article/employing-narrative-therapy-for-addressing-childhood-sexual-abuse-survivors-among-adults-within-the-n8sifahyoluq8le

Rizo, M. (2011). Reseña de Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razon y Palabra*(75), 1-14. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028

Rizo, M., Dueñas, M., y Santoyo, T. (2020). El Síndrome de Estocolmo en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia de Pareja. *Anuario de PsicologÍa Jurídica, 30*(1), 55-62. doi:https://doi.org/10.5093/apj2019a16

Rosen, S. (2012). *Mi voz irá contigo.* Paidos.

Sánchez, T., y Tellez, A. (2016). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada en sintomas por abuso sexual infantil: un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*(1), 67-76. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15164

Schaefer, H. (2013). Capítulo 1: La terapia estrategica breve: fundamentos, tecnicas y tendencias actuales. En F. García, *Terapia sistémica breve fundamentos y aplicaciones* (págs. 29-62). RIL.

Sheffield, J., Williams, L., Blackford, J., y Heckers, S. (2013). Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 1098-1104. doi:https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.05.013

Steine, I., Nielsen, B., Porter, P., Krystal, J., Winje, D., Gronli, J., . . . Pallesen, S. (2020). Predictors and correlates of lifetime and persistent non-suicidal self-injury and suicide attempts among adult survivors of childhood sexual abuse. *Eur J Psychotraumatol, 11*, 1-13. doi:https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1815282

Téllez, A. (2019). *Hipnosis clínica y terapia breve en pacientes con abuso sexual.* Nuevo Leon, Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Vitriol, V., Gomberoff, M., Basualto, M., y Ballesteros, S. (2006). Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso clínico. *Revista Médica de Chile, 134*(10), 1302-1305. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001000013

Von Bergen, A., y De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia:adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicologica, 20*(38), 161-176.

Von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General De Los Sistemas: Fundamentos, Desarrollo, Aplicaciones.* Fondo De Cultura Económica.

Wainstein, M., y Wittner, V. (2017). El concepto de familia multiproblemática y la medición de su funcionalidad/ disfuncionalidad. *Anuario de investigaciones, XXIV*, 193-198. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369155966065

Weil, K., Florenzano, R., Vitroil, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., y Muñoz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista Médica de Chile*, 1499-1504. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400005

Yuan Lu, J., Tung, T. H., Ang Shen, S., Huang, C., y Shih Chen, P. (2020). The effects of psychotherapy for depressed or posttraumatic stress disorder women with childhood sexual abuse history. *Medicine, 99*(17), 1-7. doi:http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000019776

Zlachevsky, M. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología clínica, VI*(26), 1-12.

Anexos

1 Consentimiento Informado

UFLO UNIVERSIDAD

uflo.edu.ar

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Flores desean conocer el interés por la determinar la eficacia de la integración de técnicas psicoterapéuticas de la terapia sistémica breve e hipnoterapia en consultantes sobrevivientes de abuso sexual, en modalidad de teleterapia.

Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer si la integración de técnicas de terapia sistémica breve e hipnosis clínica y la teleterapia fomentan una intervención psicoterapéutica eficaz en casos de sobrevivientes de abuso sexual infantil con repercusión en la etapa adulta. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en el Doctorado de Psicología de la UFLO y que podrán ser expuestos también en congresos, fines académicos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326 .

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que Ricardo Henriquez Villegas es a quien tengo que contactar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, pudiéndola ubicar en Avenida Huáscar 672, Maipú.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:	**Firma Profesional Informante:**
Nombre:	**Nombre: Ricardo Henriquez Villegas**
DNI:	**DNI: 16.076.639-5**
Fecha:	**Protocolo N°:**

OFICINAS DE INFORMES E INSCRIPCIÓN

SEDE BUENOS AIRES

Edificio CABA
Av. Rivadavia 5741,
Caballito, CABA.
informes@uflo.edu.ar
0800.999.UFLO (8356)

Campus SAN MIGUEL
Entre Ríos 740,
Bella Vista, Buenos Aires.
infosanmiguel@uflo.edu.ar
0800.999.UFLO (8356)

SEDE COMAHUE

Edificio CIPOLLETTI
Av. Mengelle 8,
Cipolletti, Río Negro.
infocomahue@uflo.edu.ar
0800.666.UFLO (8356)

Edificio NEUQUÉN
Corrientes 237,
Neuquén (Cdad.), Neuquén.
infocomahue@uflo.edu.ar
0800.666.UFLO (8356)

2 Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: **Edad:** **Sexo:**
Nº Ficha: **Sesión Nº:** **Fecha:**

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básese en los ÚLTIMOS SIETE DIAS, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana.

En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con frecu-encia	Casi Siem-pre	SD	IR	SR
1. **Me llevo bien con otros**							*	
2. Me canso rápidamente.								
3. Nada me interesa								
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.								
5. Me siento culpable.								
6. Me siento irritado, molesto.								
7. **Me siento contento con mi matrimonio/pareja**							*	
8. Pienso en quitarme la vida.								
9. Me siento débil.								
10. Me siento atemorizado.								
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).								
12. **Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela**								*
13. **Soy una persona feliz.**						*		
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta).								
15. Me siento inútil.								
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia								
17. **Mi vida sexual me llena.**							*	
18. Me siento solo.								
19. Discuto frecuentemente								
20. **Me siento querido y que me necesitan.**							*	
21. **Disfruto mi tiempo libre.**								*

22. Tengo dificultades para concentrarme.								
23. Me siento sin esperanza en el futuro.								
24. Estoy contento conmigo mismo.						*		
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer								
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)								
27. Tengo malestares estomacales								
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacia antes.								*
29. Mi corazón palpita demasiado.								
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos								
31. Estoy satisfecho con mi vida.						*		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).								
33. Siento que algo malo va a ocurrir.								
34. Tengo los músculos adoloridos.								
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.								
36. Me siento nervioso								
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos							*	
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela								*
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela								
40. Siento que algo anda mal con mi mente.								
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido								
42. Me siento triste.								
43. Mis relaciones con otros me satisfacen							*	
44. Me enojo tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir								
45. Me dan dolores de cabeza.								

+ +
Total=

3 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Nombre: _____ RUT: _____

Edad: _____ Correo: _____

La propuesta de tratamiento va dirigida a un universo de 8 participantes que se posicionan en la etapa adulta, comprendida desde los 18 años de edad en adelante. El grupo seleccionado debe cumplir con ciertos criterios de inclusión para ser admitidos en la investigación, tales como haber sido víctima de abuso sexual en la infantil (ASI), como experiencia traumática vivenciada antes de los 18 años; estas experiencias involucran los diferentes abusos, la violación, el estrupo y la explotación sexual como actos agresivos englobados por el concepto de ASI. Asimismo, los casos clínicos serán acogidos por derivación o por consulta espontánea, donde pueda existir un presunto diagnóstico psicopatológico o sexual en la adultez bajo sospecha de repercusión por ASI.

Por otro lado, algunos criterios de exclusión son el padecimiento o diagnóstico psicopatológico de trastornos graves, evaluados por el juicio profesional. Asimismo, no se considerarán a aquellos sujetos que han sostenido un intento suicida reciente, vale decir, durante los últimos 6 meses. Para estos casos, será recomendable realizar otro tipo de intervención psicológica y psiquiátrica que escapa de las intenciones del presente estudio.

Cabe agregar que la variable de género será igualmente contemplada en su diversidad, aunque no se considera como criterio para seleccionar la muestra. Además, se prestará especial atención a la relación de la víctima con el agresor, quienes pueden provenir del contexto intrafamiliar o extrafamiliar; precaución que podrá ser parte de las reflexiones finales de la investigación.

Preguntas	Si	No
¿Ha sido diagnosticado o padece actualmente algún trastorno psicopatológico grave?		
Especifique:		
¿Has tenido algún intento de suicidio en los últimos seis meses?		
¿Ha sido víctima de abuso sexual en la infancia, entendiendo que pueden ser experiencias traumáticas ocurridas antes de los 18 años, tales como abuso, violación, estupro o explotación sexual?		
La experiencia de abuso ¿ocurrió en el contexto intrafamiliar o extrafamiliar?		
¿Has recibido algún tipo de tratamiento psicológico?		
Especifique:		
¿Ha recibido algún tratamiento psiquiátrico?		
Especifique:		