

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

**Tema: Abordaje terapéutico desde una perspectiva sistémica en
adolescentes víctimas de abuso sexual.**

Tutor: Lic. Rubert Rosado

Alumna: Paula Campillay

Buenos Aires, 7 de marzo de 2022

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco teórico.....	4
3.1. Adolescencia.....	4
3.1.1. Definición.....	4
3.2. Abuso Sexual.....	5
3.2.1. Definición de abuso sexual.....	5
3.2.2. Abuso sexual en adolescentes.....	6
3.2.3. Clasificación de abuso sexual.....	7
3.2.4. Consecuencias del abuso sexual.....	8
3.3. Abordaje sistémico.....	10
3.3.1. Lineamientos generales.....	10
3.3.2. Modelo estructural sistémico.....	12
3.3.3. Terapia familiar con adolescentes.....	14
3.3.4. Intervenciones terapéuticas desde el modelo sistémico.....	15
3.4. Abordaje cognitivo conductual.....	17
3.4.1. Lineamientos generales.....	17
3.4.2. Intervenciones terapéuticas desde el enfoque conductual.....	18
3.5. Intervenciones específicas para el tratamiento.....	20
3.6. Rol de la familia en el proceso terapéutico.....	22
4. Método de estudio.....	23
4.1. Tipo de estudio y diseño.....	24
4.2. Participantes.....	24
4.3. Instrumentos.....	24
4.4. Procedimiento.....	24
5. Desarrollo.....	25
5.1. Objetivo 1: Describir el abordaje que se utiliza se utiliza en un centro sistémico-cognitivo-conductual frente a la consulta de adolescentes víctimas	

de abuso sexual.....	25
5.2. Objetivo 2: Establecer qué tipo de intervenciones específicas suelen utilizar los terapeutas para el tratamiento de pacientes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico-cognitivo-conductual.....	28
5.3. Objetivo 3: Analizar cuál es el rol de los padres en el proceso de atención para consultantes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico-cognitivo-conductual.....	32
6. Conclusiones.....	35
6.1. Limitaciones.....	37
6.2. Aporte personal y perspectiva crítica.....	37
6.3. Limitaciones de la investigación.....	39
7. Referencias Bibliográficas.....	40

1. Introducción

La realización de este trabajo integrador final, se apoyó en la práctica llevada adelante en una institución básicamente de enfoque sistémico y que además toma herramientas del enfoque cognitivo conductual para el abordaje terapéutico de los consultantes que allí asisten.

El centro terapéutico se encuentra en una localidad del Gran Buenos Aires y su equipo de profesionales está conformado por psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales entre otros, a fin de brindar una atención interdisciplinaria. Es un espacio donde se brinda atención individual a niños, adolescentes y adultos, terapia de pareja y de familia. La población consultante corresponde a clase media trabajadora. Se enfoca no solo en la atención clínica sino también en la formación de profesionales que quieran incurrir en la Terapia Sistémica. Actualmente participan de la formación alumnos de la carrera de Psicología de diferentes universidades, como también alumnos que realizan el posgrado en orientación sistémica.

Este centro terapéutico nos invitó a participar de diferentes actividades pudiendo acceder a espacios de supervisión en el cual, los distintos profesionales exponían sus casos y se realizaba lo que denominaban una co-supervisión, donde todos los terapeutas hacían sus aportes para los tratamientos a realizar. También se realizaban talleres denominados Ciclo de encuentros. Conversando con terapeutas; allí se abordaban distintas temáticas. Otra de las actividades fue la realización de Admisiones, las que se hacían junto a uno de los coordinadores y esta actividad nos permitía hablar con los pacientes y acceder a sus padecimientos.

El presente trabajo está enfocado en la descripción del abordaje realizado en adolescentes víctimas de abuso sexual en este centro terapéutico. La intención del mismo es profundizar los conocimientos en esta problemática que conforma una de las mayores vulneraciones sufridas por este grupo. De qué manera se puede abordar y cuáles son secuelas que deja en los jóvenes además de comprender qué rol desempeña la familia en el proceso que permita rearmarse luego de la situación vivida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar el abordaje utilizado en pacientes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico-cognitivo-conductual.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir el abordaje que se utiliza en un centro sistémico cognitivo-conductual frente a la consulta de adolescentes víctimas de abuso sexual.
2. Establecer qué tipo de intervenciones específicas suelen utilizar los terapeutas para el tratamiento de pacientes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico-cognitivo-conductual.
3. Analizar cuál es el rol de los padres en el proceso de atención para consultantes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico cognitivo-conductual.

3. Marco Teórico

3.1. Adolescencia.

3.1.1. Definición de adolescencia.

“La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, ocurre entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa” (UNICEF, 2021). No posee una duración definida. Es el ciclo donde se producen el crecimiento físico y la maduración psicosexual necesarios para alcanzar la vida adulta. En esta etapa se adquiere independencia de los padres, conciencia y aceptación del cuerpo, definición sexual, vocación, moral, entre otros caracteres (Hidalgo Vicario, 2013). Si bien ocurren cambios físicos, cognoscitivos y sociales que son universales, es el contexto sociocultural e histórico el que hará de cada adolescente un sujeto único (Román, 2017). Cabe destacar que según Lozano (2014), los rasgos que conforman la adolescencia son por un lado, físicos y morfológicos y por otro culturales. En la actualidad la adolescencia se ha extendido, ya que el período de educación es más largo y el inicio de la sexualidad, más temprano (Ochoa Alda, 1995).

Por su parte, Aberastury y Knobel (1988) definen a la adolescencia como un período de desarrollo en el que se atraviesa por estadios de desequilibrio e inestabilidad,

donde además se cursan duelos de aquello que sienten como pérdidas: el cuerpo infantil, el rol de niño, y la figura de los padres de la infancia que le daban protección y refugio. La superación de estos duelos es propia de la evolución sana de los adolescentes, quienes además presentan una vulnerabilidad emocional particular que los hace receptores de los impactos de su entorno familiar y de conflictos del medio en el que se encuentran.

De igual modo, junto con la maduración física y sexual, durante la adolescencia se produce un crecimiento en la capacidad de razonar, comienzan a explorar el mundo y a pensar en el futuro. Es el momento de hacer cuestionamientos a sí mismos y a los demás; de dilucidar entre el bien y el mal. El crecimiento acompaña al proceso de reconocimiento de su sexualidad y de su lugar dentro de la sociedad. Los cambios emocionales y psicológicos por los que los adolescentes atraviesan en la búsqueda de su independencia emocional, provocan que en ellos se sucedan al mismo tiempo momentos de euforia, optimismo, decepción y desilusión. También se reconoce a los adolescentes como seres de derecho y todos los países que adhieren a la convención de derechos del niño y del adolescente de 1989, tienen la obligación de proveerles garantías para ser poseedores y que puedan hacer usufructo de sus derechos. Esto incluye derecho al acceso a la salud, a la educación, a la recreación, entre otros (UNICEF, 2002). Asimismo, de acuerdo a la Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, estipula que prima el interés superior de éstos, respetando su condición de sujetos de derecho como así también su derecho a la vida, disfrute y protección, respecto a su opinión, condiciones culturales y a no ser sometidos a actos discriminatorios, vejatorios y humillantes, a no ser sometidos a situaciones que atenten contra su integridad física, psíquica y moral (Ley 26061, 2005). El abuso sexual corresponde a una forma de maltrato que en este grupo dejará secuelas para el desarrollo psicofísico y emocional pudiendo estas, acompañar a la víctima a lo largo de la vida (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002).

3.2. Abuso sexual.

3.2.1. Definición de abuso sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la

sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OPS, 2013). Es un acto de sometimiento y transgresión en el que la víctima es impedida de dar o no su consentimiento (Zitta, 2021). Para Lozano (2017) este acto se caracteriza por la existencia de una asimetría de poder entre el abusador y la víctima, que ejerce control a través de coerción y amenazas o por incapacidad de la víctima de comprender el hecho y sus consecuencias. No es necesario el contacto físico para ser considerado abuso. Tiene como objetivo la satisfacción del agresor. Puede ocurrir en cualquier edad y la mayoría de las víctimas corresponde a la población de mujeres, niños y adolescentes. Por otra parte, la tardanza en la develación del hecho puede producir la repetición del abuso. De igual modo, el silencio que guardan ante el mismo, puede relacionarse con el miedo a ser vistos como provocadores del hecho, a las represalias, a la disgregación familiar o a no ser creídos (Arredondo, Saavedra, Troncoso & Guerra, 2016).

3.2.2. Abuso sexual en adolescentes.

El abuso sexual en niños, niñas o adolescentes se produce cuando estos son utilizados para estimulación sexual de su agresor. No existe la figura de consentimiento entienda o no el menor la naturaleza del acto, inclusive si no muestra rechazo ante el mismo (UNICEF, 2017). Se considera al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes como un problema de la salud pública mundial que impacta directamente sobre la salud psicofísica de éstos (Capriati, Wald, & Camarotti, 2019). Los actos incluyen agresiones sin contacto físico que comprenden exhibicionismo, voyerismo, producción pornográfica y los casos donde si existe el contacto físico como tocamiento en zonas genitales hasta la violación (Acuña Navas, 2017).

Del mismo modo para Fridman, Saldías, Massera y Zagalsky (2017), el abuso sexual está enmarcado dentro de una desigualdad, donde se puede utilizar el engaño, la manipulación o la fuerza para que un adulto obtenga una satisfacción sexual sobrepasando los límites de intimidad de un menor. El agresor puede ser mayor de edad o un menor con diferencia significativa con respecto a la víctima o tener cierta posición de poder.

Datos aportados por UNICEF revelan que 7 de 10 adolescentes de entre 15 y 19 años fueron víctimas de abuso sexual y nunca lo develaron. En Argentina de acuerdo a los

datos recogidos de las denuncias realizadas, se comprobó que el 53% de estos hechos se produjeron en el entorno familiar (De Maio, Bulgach y Ponce, 2017). De acuerdo a relevamientos realizados por la OMS, se producen alrededor de 12 millones de crímenes anuales sexuales en el mundo, lo que equivale a 1300 violaciones por hora. El 90% de los casos no son denunciados. De modo semejante se afirma que la población infantil posee un alto grado de vulnerabilidad, siendo mayoritariamente las niñas quienes sufren abuso. Otro dato aportado indica que el 20% de las mujeres afirma haber sufrido diferentes formas de abuso sexual y entre el 5 y el 10% de los varones, aunque este último sondeo puede no ser estrictamente cierto, ya que histórica y culturalmente el hombre por vergüenza o prejuicios no denunciaba el abuso sufrido (Quenan & Samudio Domínguez, 2013).

Según Onostre Guerra (2000), la etapa de mayor riesgo de sufrir abuso sexual es durante la pubertad donde se suceden cambios físicos y sexuales propios de la edad así como también el aumento de los espacios sociales en los que se insertan los menores. De modo semejante, el hecho de conocer al agresor y la existencia de una cercanía de éste con el adolescente, hará que la situación de abuso pueda repetirse y prolongarse en el tiempo, con mayor grado de intensidad y de agresividad, al igual que las secuelas psicológicas que dejará. De igual manera según Apraez Villamarin (2015) existen factores familiares que se asocian al aumento de riesgo de padecer abuso sexual. Ellos son las familias multiparentales donde el cuidado y la convivencia de los menores se realiza con diferentes miembros de la familia y las monoparentales donde el padre o la madre a cargo de la crianza del menor, por diferentes motivos, puede dejar el cuidado del mismo a un tercero o varios o la inclusión al hogar de parejas circunstanciales de los padres, dejándolo en un lugar de fácil acceso. Estas familias además pueden tener una comunicación disfuncional que hace que el menor no pueda expresar lo que le está sucediendo. El hacinamiento, la pobreza y la estigmatización social pueden conformar más factores de riesgo. Otra situación de vulnerabilidad es dada por la pobreza afectiva que pueden tener niños y adolescentes, que haga que en la búsqueda de esa figura parental ausente se acerquen a otros mayores que los reemplacen, poniéndose en un lugar de mayor acceso para los abusadores.

Cabe agregar que en el abuso sexual se describen tres etapas. La primera es la efracción que corresponde al momento en el que el adulto transgrede los límites personales

de la víctima; la captación es el momento cuando se atrae a la víctima utilizando la confianza que se le tiene al abusador; finalmente la programación donde el abusado aprende comportamientos predefinidos que responden al abuso sexual. En otro orden, se describe como hechizo al momento donde el abusado aprende a responder y a participar en la situación de abuso, implicando otra forma de mantener el dominio sobre la víctima (Losada. & Jursza, 2019). Se describen diferentes tipos de abuso sexual.

3.2.3. Clasificación del abuso sexual

Según Chejter (2018), puede categorizarse al abuso sexual en niños y adolescentes como abuso sexual intrafamiliar donde el abusador es un integrante de la familia y abuso sexual extrafamiliar cometido por personas que pueden pertenecer al entorno social de la víctima o ser desconocidos. Otra forma de abuso es la explotación sexual sistemática con fines comerciales que incluye la figura de facilitador y proxeneta, otra es la utilización de las víctimas con fines pornográficos y el Grooming que está dado por el acoso sexual a través de medios virtuales.

Se podría ampliar el concepto según lo expresado por Almonte, Insunza y Ruiz (2002), que indican que el abuso sexual intrafamiliar se caracteriza por el acceso que tiene el abusador sobre el menor, pudiendo iniciar esta práctica a través de juegos aprovechando la confianza que posee la víctima con respecto del victimario; de aquí que resulte una situación confusa y contradictoria de lo que está bien o mal. La culpa y la vergüenza de la víctima le impide muchas veces hacer visible este padecimiento.

Como lo describen Villanueva Sarmiento et al. (2011), en el abuso sexual extrafamiliar el perpetrador puede ser un desconocido para la víctima y para la familia, por lo que posiblemente se trate de un hecho único, utilizando la violencia para poder concretarlo. Por otro lado, para Madrid (2015), si el abusador es conocido de la familia, hará que tenga mayor acceso a la víctima, con la consiguiente oportunidad de repetir el abuso. En familias frágiles, el perpetrador puede utilizar esta característica para acceder a la víctima a través de engaños, cariño o persuasión.

Por otra parte, cabe destacar que las manifestaciones de la agresión sufrida se evidencian en cambios en la conducta, que dependerá de la personalidad, de los mecanismos de resiliencia y afrontamiento de cada uno, al igual que del contexto en el que

se encuentran. También será determinante de estos síntomas, el tipo de abuso sexual sufrido, las condiciones del entorno y la relación con quienes representaban sus figuras de cuidado y protección (Intebi, 2012). Según Fridman, Saldías, Massera y Zagalsky (2017) las secuelas de estos actos abusivos no terminan cuando cesan los abusos, el impacto producido en el psiquismo de la persona abusada muchas veces puede acompañarlos hasta la vida adulta en forma de enfermedades crónicas.

3.2.4. Consecuencias del abuso sexual.

Según Cantón Cortés y Cantón (2015), como secuelas de situaciones de abuso se pueden observar problemas cognitivos y en el rendimiento escolar, trastornos psicobiológicos, estrés post traumático, trastornos en la conducta alimentaria, trastorno disociativo, también se asocia el consumo de drogas, conductas autolesivas y suicidas. Con el paso del tiempo es posible que los síntomas vayan disminuyendo, aunque en la adultez, quienes fueron víctimas de abuso, pueden mostrar ansiedad y conducta agresiva o problemas de índole sexual. En concordancia a esto, Echeburúa y Corral (2006), agregan que las secuelas inmediatas se observan en el 80% de las víctimas de abuso impactando a nivel psicológico con cuadros de culpabilización, ansiedad, depresión, promiscuidad y sumándose a esto la posibilidad de un embarazo no deseado en las adolescentes. De igual modo las secuelas descritas a largo plazo pueden afectar al 30% de las víctimas con trastornos sexuales, conductas autodestructivas, destacándose el mal manejo de la ira mayoritariamente en hombres y problemas de violencia familiar en mujeres.

González Fortaleza, Ramos Lira, Vignau Brambila y Ramírez Villarreal (2001) concuerdan que existen diferencias en los problemas desarrollados entre varones y mujeres como consecuencias de haber sido víctimas de abuso sexual. En los varones aunque existe menos información pudieron observarse como parte de las secuelas sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, depresión y baja autoestima. En la población femenina se describen insensibilidad emocional, dolor de cabeza, disfunciones sexuales, trastornos gastrointestinales, victimización sexual posterior. Coinciden ambos géneros en la presentación abuso de sustancias y depresión pudiendo llegar a ideación e intento de suicidio.

De acuerdo a Perrone y Nannini (2001) la violencia de los actos necesita una intervención que pueda actuar ante la crisis desatada. Las conductas que emergen ante este hecho permiten vislumbrar el tipo de acciones a llevar adelante, donde la vergüenza y la culpa que siente la víctima modifican el sentido de responsabilidad, considerándose ellos mismos de alguna manera causante de ese abuso.

3.3. Abordaje sistémico

3.3.1. Lineamientos generales.

De acuerdo a lo expresado por Garibay Rivas (2003), el hombre es considerado básicamente como un ser biopsicosocial, de aquí que las conductas que lleve adelante van a tener una trascendencia e individualidad dadas por su propio contexto. La formación de la persona está dada por factores internos, que corresponde a características que le son propias, capacidades, intereses y factores externos como la cultura y su contexto social. Asimismo corresponde a la familia el lugar de donde provendrán las influencias más arraigadas que actuarán en la conformación del individuo y de aquí surgirán las formas de relacionarse con el otro, además de ser proveedora de cuidados, de satisfacer necesidades es el sitio donde se aprenden los diferentes roles a cumplir y se asimila el valor que se tiene de sí mismo y de los otros, que serán determinantes al momento de relacionarnos con los demás. Por todo esto, el conocer a la familia de origen nos permite entender a la persona y comprender su conducta.

Como describe Ochoa Alba (1995) diferentes terapeutas deciden incluir a la familia para tratar al miembro sintomático e ir más allá de lo intrapsíquico. Se considera a Nathan Ackerman como precursor de la terapia sistémica, considerando lo intrapsíquico y los conceptos interpersonales en igualdad de importancia, con una interacción continua entre los factores biológicos y los del medio social al que pertenece. Agrega que el conflicto interpersonal precede al intrapsíquico. La terapia familiar se enfoca en un grupo de personas que están relacionadas, formando un sistema con límites entre sí y con el medio externo y que poseen una determinada manera de funcionar, comunicarse y apoyarse.

Por otra parte, Espinal, Gimeno Collado y González Sala (2004) describen que el modelo sistémico se apoya en la Teoría General de los Sistemas formulada por Bertalanffy para explicar la organización y funcionamiento de ciertos fenómenos naturales. A través del

tiempo este enfoque irá nutriéndose de otras teorías psicológicas como la Gestalt, el Psicoanálisis, la Teoría Cognitiva Conductual, el Construccionismo etc., mostrando su capacidad de integrar otras corrientes para ser utilizadas en la población de estudio representada por la familia, de manera que faciliten la comprensión de sus características y procesos de desarrollo familiar y así poder realizar su evaluación y posterior intervención. La familia es el sistema, donde sus componentes establecen relaciones entre sí, formando subsistemas, que junto con el entorno modelan a la persona desde su concepción. Surge la aceptación de Modelo Ecológico para explicar la forma en que una persona se conecta con el entorno.

En concordancia a lo anteriormente expresado, cabe destacar que una multiplicidad de factores intervienen en el desarrollo psicológico del individuo, dándole un marco integral y sistémico. Como explica Bronfenbrenner (1977) en el modelo ecológico, la conducta es influenciada por los ambientes naturales en los que la persona se encuentra. Se denomina Microsistema al nivel en contacto estrecho con el individuo, con el que la interacción se produce fácilmente como el hogar, la escuela, el trabajo entre otros. El Mesosistema comprende las interrelaciones entre dos o más entornos en los que el individuo participa. El Exosistema es aquel medio donde no hay una participación activa o directa, pero de todas maneras el individuo se ve afectado por él como la religión, las leyes, etc. El Macrosistema aporta una influencia importante para la persona ya que está dado por la cultura y el contexto sociohistórico (Torrico Linares, Santín Vilariño, Villas, Menéndez Álvarez Dardet, & López López, 2002).

Asimismo Espinal, et al. (2004), sostendrán que la familia se encuentra en interacción continua con el medio, siendo poseedores de una identidad de grupo en su totalidad gestáltica, con valores y creencias compartidas, que además incluye una jerarquización y reglas que regulan su funcionamiento que ayudan a la comprensión de las conductas, las necesidades de sus miembros, así como la comunicación con la que operan. La jerarquización que poseen los diferentes miembros de la familia le dan una asimetría que pesará en el grado de influencia que se tendrá sobre el resto de los integrantes. Si dentro de la familia el liderazgo que se ejerce es democrático, será más beneficioso para su modo de intercambio y funcionamiento.

Otras características propias de los sistemas descritas por Ochoa de Alda (1995), son: Totalidad: la conducta del sistema no se puede observar desde la individualidad de cada miembro, sino en su interacción en el grupo; Causalidad: las conductas de sus miembros son pautadas, recíprocas y repetitivas; Equifinalidad: el sistema obtendrá un mismo resultado, aunque los inicios hayan sido diferentes; Equicausalidad: desde un mismo estado inicial, los resultados obtenidos serán completamente diferentes; Limitación: impide que el sistema adopte otras conductas que pueden llevar a la repetición del síntoma y la incapacidad de salir del problema; Regla de relación: define de qué manera se relacionan sus componentes; Ordenación jerárquica: dada por una diferencia de poder y la influencia dentro del sistema; y por último, define a la Teleología como la adaptación que se produce en el sistema de acuerdo al ciclo de desarrollo por el que atraviese cada uno de sus integrantes, para que pueda alcanzar su continuidad y crecimiento psicosocial. Dentro del sistema se produce una dinámica denominada Morfogénesis que es el movimiento que acompaña a los cambios dados por el crecimiento de cada integrante y la Homeostasis que es una manera que tiene el sistema de mantener su equilibrio, unidad e identidad.

Por otro lado, de la entrevista se obtendrán datos sobre el problema que acerca al consultante a terapia como portador del síntoma. Este síntoma impactará en el sistema familiar y es en esta consulta donde se identificará de qué modo lo hace. (Ochoa Alda, 1995). En tal sentido, se podría añadir, que de la entrevista se obtienen los diagnósticos clínicos y sistémicos, determinando la necesidad de realizar una terapia individual, de pareja o familiar. La entrevista debe ser flexible, adaptándose a la demanda pero con un orden preestablecido. Otros datos que se obtienen son los referentes a la dinámica familiar, los sucesos que traen conflicto, la crisis en el aquí y ahora, relacionándolos con la etapa del ciclo vital en el que se encuentren, entre otros (Montes Lozano, 2006). La dinámica de la familia y su evaluación se explican de acuerdo al modelo estructural sistémico.

3.3.2. Modelo estructural sistémico.

El modelo estructural sistémico, como afirma Peñalba (2001), es insertado por Minuchin; quien explica que las estructuras que conformaban las familias poseen códigos y patrones que regulan las relaciones, las transacciones interpersonales entre los miembros de

ese sistema y a su vez son las que determinan sus conductas y establecen su funcionalidad o disfuncionalidad.

Del mismo modo, la familia es considerada como un sistema que puede estar conformado por subsistemas, con límites espaciales o de relación y reglas que delimitan la participación de cada miembro, la interacción entre sí y con el medio externo. A su vez, utiliza la retroalimentación para autorregularse. Cada sistema forma parte de sistemas mayores y está en continuo intercambio con el exterior y en constante crecimiento. El conflicto se produce debido a un problema en las relaciones entre sus miembros, y puede darse por presentar límites difusos o rígidos que perjudican la dinámica de relaciones entre ellos (Soria Trujillo, 2010).

Por otra parte, la familia es observada por el terapeuta como una estructura de relación y no solo de acuerdo a los aspectos biopsicosociales de cada integrante como una individualidad. Para poder analizar a cada familia el terapeuta no solo se basa en lo que cada integrante le dice, sino también en el modo en el que se relacionan con él y con cada miembro de la familia. Quién es el portavoz de ese grupo, quién es el líder, la forma en que se comunican, entre otros aspectos. Para esto empieza formulando el mapa familiar, que representa a la familia y sus transacciones. La labor del terapeuta se produce dentro de la familia, considerándose así mismo un miembro actuante, asociándose con ella a fin de indagar aspectos de la personalidad de cada miembro y sus funciones sintónicas, haciendo que el paciente descubra las relaciones que establece con sus figuras significativas, para poder así modificar las pautas transaccionales que le son distónicas (Minuchin, 1982).

Por consiguiente, como afirma Hernández Córdoba (2007), la terapia estructural se basa en la observación del presente, donde las familias podrán modificar sus disfunciones a través de transformaciones en este presente, sin detenerse a observar el pasado. El terapeuta se utiliza así mismo como herramienta, establece alianzas con algunos miembros para acceder a ese cambio incluyéndose dentro de ese sistema como miembro activo. Opera en la reestructuración del grupo, apoyándose en el mecanismo de autoperpetuación familiar, que hará que cuando el terapeuta ya no esté dentro de ese sistema el proceso de cambio siga en funcionamiento. También modifica formas de interacción, límites impuestos por el problema familiar, para lo cual hace uso de su lugar de líder transitorio dentro del sistema.

La reestructuración supone medidas drásticas y las relaciones establecidas firmemente determinarán el éxito de la terapia

Es preciso tener en cuenta que las necesidades de cada uno de sus miembros están determinadas de acuerdo al ciclo vital por el que atraviese, las fortalezas que posea y que el impacto que produce una situación problemática repercute de manera diferente, haciendo que sus necesidades y los síntomas presentes sean tomados de manera particular, dentro del sistema familiar.

3.3.3. Terapia familiar con adolescentes

La terapia familiar con adolescentes, creada por Fishman, aporta herramientas para acceder a la superación de problema teniendo en cuenta que la familia es el contexto donde el adolescente se desarrolla, por lo tanto de ahí parte la idea que si cambia el contexto, también lo hará cada uno de los integrantes de la familia, incluyendo al adolescente, siendo entonces la familia quien oficie de facilitador para alcanzar el cambio (Ochoa Alda, 1995).

Por otra parte, Mardones Ibacache y Escalonada Araneda (2020) afirman que en la terapia sistémica en adolescentes el terapeuta debe poder establecer un vínculo genuino y sincero lo que representa un desafío por la manera que éstos poseen de comunicarse y la necesidad de explorar el exterior con un desapego a las costumbres y tradiciones parece concederles mayor libertad. De igual modo los autores establecen que el trabajo terapéutico debe sostenerse en la construcción del vínculo que incluye el encuadre, la indagación del motivo de consulta así como de la co-construcción de los objetivos y el cierre de la terapia.

Sumado a lo anterior, Girón García, Sánchez Ariza y Rodríguez Ballesteros (2000), coinciden en que la adolescencia es una transformación social más que biológica. Representan una construcción dada en su relación con el otro, con problemas socio-familiares que acompañan a las dificultades relacionadas con el crecimiento individual para salir e independizarse y poder integrarse a nuevos contextos. Necesitan poder crear una identidad, dejando la niñez, donde coincida la imagen que tienen de sí y la que reflejan para el resto, apoderarse del sentimiento de ser sí mismos con continuidad más allá de la metamorfosis física por la que atraviesa. Girón García, et al. (2000) concuerdan que la familia debe adecuarse a la transformación del niño a adolescente, debe ceder responsabilidades, darle mayor autonomía sin que le signifique dejar de ser importante

dentro del sistema. Los padres deben acompañar este proceso donde muestren sus capacidades e inseguridades propias de la situación de crecimiento e independencia (Girón García, et al., 2000).

Por otra parte, Ochoa Alda (1995) considera que dentro de las variables a tener en cuenta para tratamiento a un adolescente están el grado de adaptación al ciclo evolutivo, entender la historia individual y familiar y de acuerdo a esto establecer el patrón de interacción en el sistema, que resulte funcional o disfuncional al igual que las relaciones con amigos o con las instituciones donde cree vínculos.

Cabe agregar que la terapia sistémica estructural en adolescentes trata de explicar el porqué del síntoma y su función homeostática, que hace que la familia mantenga su equilibrio como sistema, aunque sea precario. De igual modo, se le debe ofrecer espacio de intimidad para poder expresarse y ayudarlo en el proceso de expresar sus deseos y sentimientos. A su vez, es necesario establecer una relación sólida con la familia para que puedan entender la necesidad expresada por el adolescente. El enfoque estará puesto en descubrir cuáles son las alianzas, secuencias conductuales que se repiten alrededor del síntoma por parte de la familia. Es necesario crear un espacio con los padres para identificar dificultades en sus conductas, trabajar con este subsistema parental en herramientas necesarias para poder activar un cambio. Trabajar como equipo, delimitando la autoridad y sin dar espacio a desautorizaciones ante el adolescente mostrando un modelo de autoridad compartida, haciéndolos partícipes activos del proceso (Girón García et al., 2000).

Las necesidades expresadas por el síntoma o directamente por el adolescente y su familia determinarán la flexibilidad de la terapia y las intervenciones a realizarse.

3.3.4. Intervenciones terapéuticas desde el modelo sistémico.

La historia individual hace que no exista un abordaje terapéutico estandarizado para realizar un tratamiento. La terapia está centrada en el paciente, de modo que dependerá de él la manera en que se iniciará y continuará este tratamiento. En los episodios de abuso, la víctima puede comenzar a hablar en diferentes momentos; algunas mientras los abusos se suceden, o cuando se acercan a terapia por otros motivos y el abuso surge como un padecimiento oculto y los abusos ya no se producen; otras lo logran siendo ya adultos, y otras descubren haber sido abusadas en el marco de la terapia. La demanda se encuentra en

los pensamientos intrusivos de ese hecho o las secuelas que el abuso dejó en la persona, que puede resultar en la incapacidad de formar una vida en pareja, problemas sexuales, repetición en sus hijos de hechos de abuso, entre otras (Perrone & Nannini, 2001).

De igual modo, el enfoque sistémico aborda al abuso sexual incluyendo a la familia como parte del tratamiento. Como medida inicial se busca restaurar el espacio personal y delimitar la intimidad territorial vulnerada del menor. Los sentimientos que más se identifican en las víctimas son vergüenza, culpa, ira y hasta una especie de disociación que les permite mantener algo similar a una anestesia ante esta situación dolorosa. Por otra parte, se ha visto que la terapia de grupo resulta beneficiosa ante este tipo de eventos, mejora la autoestima, la validación de sentimientos, disminuye la estigmatización y regenera las relaciones humanas. El haber estado en un lugar común posibilita una mejor predisposición para la exteriorización de emociones. Es además necesaria la incorporación de sistemas que apoyen a la familia como la escuela y la comunidad. Se necesita otra red de apoyo de asistencia si el abuso es intrafamiliar y pudo haber una complicidad por parte de la familia. (Espinel Giraldo, 2018).

Asimismo es parte fundamental de las intervenciones a realizar, la construcción del vínculo con el adolescente y a partir de este, poder establecer las técnicas apropiadas para el tratamiento de acuerdo a las necesidades que manifieste. El encuadre corresponde a una de las bases donde se va a asentar la terapia, en un espacio de intimidad y confianza. Invitar a la narración de lo que pasó y lo que siente. Es importante validar la significación que le da a las emociones que lo acompañan, legitimarlas para poder realizar la co-construcción de objetivos, conductas o metas a alcanzar, donde el terapeuta será la guía para poder lograrlo. Brindarles un sentimiento de comodidad primero a ellos para poder incluir a la familia a la terapia después (Mardones Ibacache & Escalonada Araneda, 2020).

Ampliando lo anteriormente expresado, Martínez y Ruano (2013) destacan que otra de las primeras medidas a realizar, es definir cuál era el vínculo que tenía la víctima con el agresor sexual y cómo sigue ese vínculo una vez develado el abuso, para determinar el grado de vulnerabilidad en el que se encuentra actualmente, los sentimientos anteriormente mencionados de culpa y vergüenza con el consiguiente daño emocional; asimismo, indagar con qué redes cuenta. Incluir a los padres para poder establecer con ellos herramientas de contención para acompañar al adolescente. Generalmente, los casos de abuso sexual

intrafamiliar coinciden en historias familiares disfuncionales y con grandes carencias emocionales y estructurales. Es de gran impacto para el adolescente que en el caso que el abusador fuera del círculo familiar pudiera reconocer su culpabilidad en el hecho y en las consecuencias que significaron para la víctima. De igual modo, resulta importante que quienes cumplen el rol parental pudieran en este caso, pedir las disculpas correspondientes por no haber protegido al menor. Es una manera de trabajar en la negociación y la culpa, consecuencias del hecho de abuso.

En síntesis, el objetivo principal de la terapia está centrado en los efectos producidos en el adolescente y las situaciones de desprotección que existan. Asegurarse que las situaciones de abuso sexual hayan finalizado para que el adolescente se sienta seguro y pueda dar fin a esas situaciones de desprotección. Se apunta a lograr la reparación de los daños sufridos. Trabajar sobre las reacciones iniciales que se pueden detectar como pueden ser síntomas de estrés postraumático, emociones negativas, distorsiones cognitivas, entre otras. Es posible que evidencien acomodación y adaptación a la desprotección crónica. También se apunta a trabajar sobre los mecanismos de afrontamiento utilizados para minimizar lo sucedido con la intención de disminuir el padecimiento por el que atravesaban (Intebi, 2012).

Las intervenciones sistémicas mencionadas hasta ahora pueden apoyarse en otro enfoque como el cognitivo conductual para actuar ante la crisis desatada, con intervenciones específicas sobre las secuelas. Se trabaja sobre la elaboración cognitiva y emocional, sentimientos de estigmatización, de vergüenza, por lo que se trabaja sobre esos pensamientos distorsionados. De igual modo se trabaja sobre la ansiedad, conductas de reexperimentación o de evitación, entre otras (Echeburúa & Guerricaechevarría 2011).

3.4. Abordaje cognitivo conductual

3.4.1. Lineamientos generales.

Para la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) existen cinco elementos que determinan las dificultades psicológicas de las personas. Ellos son las emociones, la conducta, la cognición del individuo, la fisiología y el contexto sociocultural, dándole relevancia al entorno del paciente, variables contextuales, sistémicas, de relación y culturales (Kosovsky, 2017). La terapia cognitiva resalta la influencia de los pensamientos

sobre las emociones y la conducta. En la primera entrevista se obtienen datos que trae el paciente en referencia a la causa del malestar, cómo lo plantea desde su razonamiento, los conflictos que le representan y la manera en que los expresan da cuenta de su modelo de interpretación y los sentimientos que estos problemas le generan. Es fundamental una participación activa del consultante en la terapia, donde se establezcan objetivos centrados en problemas específicos, teniendo en cuenta el aquí y ahora principalmente. Asimismo, esta terapia tiene un perfil educativo, ya que le dará al paciente herramientas para que, en un futuro pueda identificar su situación problemática y utilizar los conocimientos adquiridos para poder prevenir recaídas, identificar pensamientos y comportamientos disfuncionales y así modificarlos. La alianza entre consultante-terapeuta es fundamental. Es una terapia limitada en tiempo, donde las mejoras se evidencian a partir de la cuarta sesión (Beck, 1995).

Más aún, el Modelo Cognitivo afirma que ante una determinada situación, la respuesta no es automática, sino que se percibe, clasifica y evalúa antes de darle un significado. Ese significado originará los pensamientos automáticos, que son formas de pensar equivocadas y pueden determinar emociones y conductas negativas y erróneas. Estas distorsiones cognitivas provocan supuestos, que condicionan de manera inconsciente la percepción e interpretación del pasado, presente y del futuro. Los esquemas cognitivos son patrones estables que hacen a la interpretación de diferentes situaciones. Los esquemas empiezan a construirse desde la niñez, en base a experiencias conductuales y afectivas, contribuyendo también a la formación de distorsiones cognitivas además de influir en la percepción y en los procesos de memoria (Montenegro Albán, 2018).

3.4.2. Intervenciones terapéuticas desde el Enfoque Cognitivo Conductual.

De acuerdo a Vivas Ahumada y Castaño Henao (2019), la alianza terapéutica representa una construcción entre terapeuta y consultante, donde existen lazos afectivos que los une para atravesar este proceso. El adolescente debe estar seguro que cuenta con un espacio de escucha, con una aceptación incondicional. De igual modo tener confianza en el terapeuta y en la posibilidad de cambio hacia un bienestar. A su vez, se realiza una puesta en común de expectativas y objetivos, y en este intercambio podrán observar los avances y resultados del trabajo establecido.

Por otro lado, el desarrollo emocional, cognitivo y conductual se ven afectados seriamente luego de una situación de abuso sexual, evidenciándose en sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima, ira y hostilidad reprimidos; disminución de la confianza en sí mismo y hacia los demás y de las habilidades sociales entre otras. El modelo cognitivo conductual prioriza expresar lo sucedido, exteriorizar los sentimientos que el hecho le genera hacia sí mismo, hacia el agresor y hacia su entorno que no percibió lo que estaba ocurriendo. En una persona cuyos límites fueron transgredidos, resulta importante aprender a decir que no. Es igualmente importante desarmar las creencias de las víctimas de haber sido partícipes y por lo tanto responsables de ese abuso. Se debe trabajar en prevenir la evitación del tema, para lo que se recomienda un proceso de exposición gradual al trauma y así disminuir la ansiedad que genera el recuerdo del abuso, de manera de hacer efectivo el tratamiento (Saldanha Padilha & Cunha Gomide, 2004).

De acuerdo a Ramos Díaz, Axpe, Fernández Lasarte y Jiménez Jiménez (2018) la terapia cognitiva conductual busca desarrollar los recursos que posee el adolescente para mejorar el autoconcepto, promoviendo el bienestar psicológico y así lograr un afrontamiento adaptativo frente a la adversidad. La primera intervención se realiza sobre los pensamientos automáticos, identificando y corrigiéndolos; luego impulsando una autopercepción positiva; de igual modo se trabaja en identificar y modificar las creencias centrales que le generan malestar.

A su vez, Guerra y Barrera (2017) afirman que la TCC está centrada en el trauma y el objetivo de la misma es superar las secuelas de lo vivido reduciendo síntomas como la depresión, ansiedad y el estrés postraumático. Para Valdivia (2002) los síntomas de trastorno por estrés postraumático que evidencian las víctimas de abuso dependerá de la edad, el género y del sistema de apoyo con el que cuentan. A su vez Guerrero Vaca (2021) expone que las técnicas a utilizar son de relajación/activación emocional, para lo que se puede utilizar la hipnosis; técnicas de reestructuración cognitiva de manera de modificar los pensamientos disruptivos; técnicas en habilidades de afrontamiento para el manejo de la ansiedad y la desensibilización de autocontrol.

La TCC aporta técnicas de Psicoeducación que incluye información sobre su padecimiento asociada a técnicas de afrontamiento y resolución de problemas para poder superarlo. Otra técnica es la de detección y control de pensamiento, con una clave verbal

que pueda detener ese pensamiento intrusivo y la cognición perturbadora de manera voluntaria. Por otra parte, la relajación progresiva se utiliza para que el paciente pueda detener la ansiedad que posee, a través de una exposición gradual a estímulos y así desactivar la respuesta fisiológica que se presenta. La desensibilización sistemática apunta a disminuir el miedo y la evitación basada en el condicionamiento clásico pavloviano, con una exposición controlada (Guerra & Plaza, 2009). Esta técnica se basa en la enseñanza de técnicas de relajación como primera medida, para luego poder presentar al paciente el estímulo generador de ansiedad, de manera que pueda afrontarlo mediante una inmersión gradual mientras se encuentra en una relajación muscular progresiva, hipnosis o cualquier pensamiento positivo que pueda contrarrestar el efecto del estímulo (Labrador, 2008).

3.5. Intervenciones específicas para el tratamiento.

La complejidad de los cuadros que presentan las víctimas de abuso sexual necesita de un abordaje interdisciplinario y de diferentes corrientes terapéuticas. El TEPT que puede aparecer en casos de abuso requiere de tratamientos que puedan afrontar la complejidad de cuadros presentados, por lo que se recomienda la combinación de enfoques para la atención de las víctimas. La TCC se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, basándose en desensibilización sistemática, inundaciones, reestructuración cognitiva, entre otras. Por otro lado la terapia sistémica resultó altamente efectiva trabajando con todo el sistema familiar (Vallejo Samudio & Córdoba Arévalo, 2012).

De modo similar, Carr (2019) afirma que se trabaja adaptándose a las necesidades del consultante, sobre la familia, las relaciones entre padres e hijos y la crianza desde el modelo sistémico y utilizando los aportes del conductismo sobre la teoría del aprendizaje social y el apego entre otras. Cabe destacar que se hace hincapié en mejorar la autorregulación de los adolescentes, incluyendo a la familia en el tratamiento, observándose mejores resultados incorporando a la red social que posea. Por otro lado, el TCC ayuda a padres e hijos a desarrollar habilidades que los ayuden en el manejo de las emociones, en la comunicación y el manejo del conflicto. Se centra en las fortalezas familiares y en modificar los patrones de interacción problemáticos entre los miembros del sistema y subsistemas. La TCC reduce los síntomas de estrés postraumático mediante la exposición a

recuerdos, técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, de seguridad entre otras. Con los padres se trabaja sobre relaciones de apoyo y protección con sus hijos, por lo que se hace necesaria la evaluación de la red.

Por otra parte, desde el enfoque sistémico, una de las primeras medidas a tomar es asegurarse que las situaciones de abuso han cesado, de manera de poder tener al adolescente fuera de la situación de vulnerabilidad que podría significar una repetición del abuso. Se implementará un plan de trabajo que aborde diferentes actores que se encuentren en relación con el sistema. Como parte del proceso se fijarán objetivos a conseguir, se identificarán los problemas individuales, familiares y sociales por los que se atraviesa, se establecerán prioridades propias del caso; también se determinará con qué recursos se cuenta para llevar a cabo el tratamiento que debe ser flexible y adaptable a cambios de objetivos, factores de protección y nivel de gravedad y riesgo que pudieran modificarse en el transcurso de la terapia. Las intervenciones serán sobre el adolescente, la familia y la red de apoyo, la familia extendida, sobre el agresor y sobre el contexto sociocultural de la familia (Intebi, 2012).

Es de destacar que la terapia, desde el enfoque sistémico, estará centrada en la individualidad del paciente. Se trabaja sobre los efectos que el abuso provocó, en los pensamientos intrusivos y en las dificultades que la víctima posee para continuar con su vida. El tratamiento se enfoca en restaurar los límites del espacio personal perdido, que tenga la decisión de protegerse de las intrusiones y de la confusión que el hecho le provocó. El relato de las víctimas muchas veces parece despersonalizado, como si se tratara de una anécdota, con la suposición que así se protege, aunque no lo logre. El terapeuta valida al paciente acompañándolo en el relato pero debe enseñarle a protegerse de esas emociones que despiertan esa evocación (Perrone & Nannini, 2001).

Dentro del tratamiento es importante lograr la expresión de los sentimientos que posee el adolescente, para poder actuar sobre las secuelas cognitivas, emocionales y sexuales. De igual modo, dar espacio al desahogo emocional, romper con el secreto y el aislamiento, de manera de reconocer sus emociones y su intensidad, validándolas como sentimientos normales, utilizando una escucha activa. Por otra parte, la autovaloración es importante, al igual que destacar las fortalezas que posee para poder enfrentar esos sentimientos de vergüenza y culpa. Asimismo, se hace hincapié en que la responsabilidad

del hecho no es suya, sino del agresor, eliminando los sentimientos de culpa. Es fundamental trabajar sobre sentimientos de estigmatización y baja autoestima, reafirmar que lo ocurrido es una situación negativa que pasó pero de la que se puede recuperar y continuar con su vida. El malestar generado por la reexperimentación emocional y cognitiva del trauma puede llevar a la evitación por la angustia y la ansiedad que desencadena. Por lo tanto, es recomendable realizar una activación emocional de manera gradual. Es importante que el adolescente sienta la presencia activa de la familia dentro de su proceso de sanación. Poder tener en ellos una red de contención que lo acompañe, lo valore y lo respete (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Asimismo dentro de las actividades dadas por la terapia cognitivo conductual, además de la entrevista se pueden utilizar escalas para detectar ansiedad, estrés, depresión, y también detectar distorsiones cognitivas. Se trabaja sobre la adquisición de nuevas herramientas, un repertorio cognitivo y conductual, con estrategias que ayuden al afrontamiento de las situaciones pasadas y que activan las creencias disfuncionales. Se utilizan también técnicas de desensibilización sistemática, inundación y reestructuración cognitiva (Vallejo Samudio & Córdoba Arévalo, 2012).

Por otra parte, Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) proponen un enfoque integrador donde la terapia se enfoca en proporcionar herramientas para aclarar la confusión psicológica que atraviesa el paciente y acompañarlo en el proceso psicosocial y judicial que enfrenta, apuntalando su autoestima, proporcionando estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse a su situación actual y ante posibles cambios dentro de la dinámica familiar conmocionada por la revelación del hecho, la afectación emocional y las posibles rupturas.

3.6. Rol de la familia en el proceso terapéutico.

En el proceso terapéutico el rol de la familia es sumamente importante para poder llegar a una transformación de la dinámica disfuncional por la que atraviesa. El terapeuta actúa bajo dos métodos, uno es la unión, buscando relacionarse con la familia y otro es el acomodamiento cuyo fin es adaptarse al sistema familiar para alcanzar una alianza. El objetivo es unirse a la familia para poder crear los escenarios que pongan de manifiesto la dinámica de interacción familiar y así reestructurar al sistema de manera que lo acerque a

las metas propuestas (Minuchin, 1982). Es necesario el abordaje a todo el sistema para detectar el grado de afectación y la historia personal de cada uno de sus miembros, las relaciones existentes entre ellos y las reacciones y respuestas dadas ante la develación del hecho, la capacidad de afrontamiento de cada integrante, lo que le significó el hecho, las expectativas personales y familiares, que harán posible la exteriorización de sentimientos como culpa, dolor, rabia y sufrimiento sobre los cuales trabajar (Martínez Bustos, Calvo Mejía, & Sánchez Jiménez, 2019).

Por otro lado, Espinel Giraldo (2018) aporta que el abordaje familiar esclarece de qué manera afectó los vínculos dentro de la familia y entre la familia y su contexto. Es necesario crear un espacio donde cada integrante pueda expresar sus sentimientos, implementar técnicas que lleven a la búsqueda de cambios para encontrar soluciones acordadas entre ellos, establecer límites en las relaciones para evitar que se complejizan aún más. Este abordaje resulta sumamente útil para reconocer los avances que se consiguen como grupo familiar y que favorece el acercamiento entre los diferentes integrantes. De igual modo, promover la reinención de las relaciones, exteriorizar el dolor, acoger a la madre como figura principal de cuidado y por ende víctima indirecta del abuso a fin de poder potenciar el rol materno dentro del proceso de sanación ayudando a la víctima y al hacerlo aliviar la culpa que puede sentir por no haberla protegido de este abuso.

Asimismo, el trabajo con las figuras parentales pretende que puedan establecer una escucha empática y activa con el adolescente, que comprendan el sufrimiento por el que atraviesa, el silencio que guarda y puedan acompañarlo con una actitud protectora y segura e intervenir en las creencias erradas y el efecto sobre las relaciones afectivas que el abuso dejó como secuela para con el adolescente. De igual modo, la tarea con los padres implica actuar sobre su estado emocional, para que logren acoger a su hijo y el sentimiento de responsabilidad ante el abuso producido (Pereda, 2011).

De acuerdo a Martínez Bustos, et al. (2009) dentro de las actividades a realizar se encuentra el discurso, alentar a la familia a la exteriorización de las emociones y percepciones que se produjeron luego del abuso y así identificar posibles aprendizajes y recursos que ayuden a la recuperación psicológica de sus integrantes. Por otro lado, a través de la escucha comprometida, el terapeuta realiza una intervención donde incluye a todos los

miembros de la familia dentro de la realidad del presente y con la idea de descubrir una posibilidad infinita de construir un futuro diferente.

4. Método de Estudio

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso

4.2. Participantes

Dentro de quienes formaron parte de este trabajo se encuentra la terapeuta del centro que aportó datos de pacientes, sus historias y el abordaje utilizado. De igual modo brindó su experiencia para poder perfilar esta producción. Esta profesional posee una formación de post grado Sistémica, aunque puede utilizar herramientas del enfoque cognitivo conductual, de acuerdo a los requerimientos del consultante. La mayor parte de su actividad profesional la realiza con niños y adolescentes. Se desempeña en este centro terapéutico desde hace varios años.

De igual modo se utilizó información relevada en las supervisiones realizadas en el centro, donde los distintos terapeutas expusieron casos de los que se extrajeron citas relevantes para la realización de este escrito.

4.3. Instrumentos.

Para realizar este trabajo se llevaron a cabo dos entrevistas semidirigidas realizadas a una terapeuta del lugar, con preguntas enfocadas en el primer acercamiento a la terapia en adolescentes víctimas de abuso sexual, síntomas que se observan, tácticas para establecer un vínculo terapeuta-consultante, estrategias terapéuticas, impacto y rol de la familia en el proceso de atención, redes de contención, entre otras.

Asimismo se realizaron observaciones no participantes en las supervisiones de diferentes casos de abuso. De éstas se pudieron obtener datos acerca de técnicas utilizadas por los distintos profesionales para llevar adelante el proceso de atención a víctimas de abuso sexual, síntomas que son comunes en los consultantes, acercamiento a los profesionales y el rol de la familia en el proceso de acercamiento a la cura.

También se hizo uso de información obtenida de los talleres que se dieron en el centro, los cuales fueron expuestos por terapeutas que se especializan en diferentes temáticas como abuso, violencia de género, adolescencia, entre otras.

4.4. Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas con cuestionarios previamente armados a una terapeuta del centro a través de videollamadas, agregando otras preguntas que fueron surgiendo a partir de las respuestas dadas. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente 90 minutos.

Se tomaron datos aportados de otros casos expuestos en las admisiones y supervisiones, las cuales se concretaron cada lunes y jueves, con una duración aproximada de 90 minutos.

Este trabajo también utilizó los lineamientos generales expuestos en ciclos de encuentros realizados por el centro terapéutico a modo de talleres, que fueron dados por diferentes profesionales que conforman su plantel y por otros especialistas en distintas áreas, invitados a dar charlas donde se abordaron temáticas distintas, como violencia de género y abuso. Estos talleres tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos.

5. Desarrollo

5.1. Describir el abordaje que se utiliza en un centro sistémico-cognitivo-conductual frente a la consulta de adolescentes víctimas de abuso sexual.

El desarrollo de este apartado se realizó teniendo en cuenta los datos obtenidos de casos presentados en las supervisiones realizadas en un centro terapéutico de orientación sistémica. Allí los profesionales hicieron una puesta en común en cuanto al abordaje de pacientes adolescentes víctimas de abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar. Por otro lado, se tomó nota de las experiencias de una terapeuta del centro con pacientes que llegaron a ella con sintomatología sufrida como consecuencia de situaciones de abuso sexual.

En una de las entrevistas realizadas a la terapeuta se le consultó acerca de la forma en que se realizaba el trabajo con adolescentes. Ella comenzó explicando que *el trabajo con adolescentes implica un desafío extra*. Luego prosiguió: *Muchas veces experimentan cambios de humor o pueden pasar por etapas donde permanecen aislados, haciendo una*

búsqueda de su propia identidad y de su lugar dentro de su familia, de su grupo de pares y dentro de la sociedad, intentando proyectar un futuro. Esos silencios pueden confundir y hacer que pase inadvertida una situación de abuso que el adolescente no puede exteriorizar. En relación a esto, Aberastury y Knobel (1988), manifiestan que la adolescencia es un período de desequilibrio, inestabilidad atravesada por diferentes duelos propios de la evolución sana. A su vez se vincula con lo referido por UNICEF (2002), la maduración física del adolescente es acompañada por la maduración cognitiva que los lleva a cuestionarse a sí mismos, al mundo y a su futuro.

Como parte de la entrevista, se consultó a la terapeuta cuáles son los cuadros que se describían en los adolescentes que habían sido víctimas de abuso sexual a lo que manifestó que dentro de los síntomas que presentaron las víctimas de abuso sexual se podía encontrar retraimiento, confusión, culpa, vergüenza, entre otros. También agregó que al realizarles entrevistas a los padres o familiares a cargo del adolescente, ellos aportaron datos sobre el estado emocional en el que se encontraban sus hijos. Por otra parte, sumaron problemas en la escuela, cuadros de agresividad, cambios de humor y conductas autolesivas, lo que concuerda con lo expuesto por Echeburúa y Corral (2006), quienes describen cuadros de ansiedad y depresión, además de culpabilización, ira y conductas autodestructivas. Coincidentemente, Cantón Cortés y Cantón (2015) agregan a lo anterior, trastornos cognitivos, de conducta, con cuadros de estrés post traumático, que pueden estar asociados a conductas de daño y autodestrucción, pudiendo llegar a conductas suicidas.

Continuando con la entrevista, la terapeuta afirmó que ninguna terapia realizada a pacientes que llegaron a consulta por una situación de abuso fue igual a otra. Cada consultante traía sus conflictos con una manera de sentirlos y expresarlos que le era propia de acuerdo a su historia, los factores de protección que poseía, las fortalezas y debilidades y de la red de contención que tenía. Esto fue expuesto por Bronfenbrenner (1977) y retomado por Torrico Linares, et al. (2002) que confirman que el desarrollo psicológico está dado por diferentes factores que se hallan influenciados por el entorno y que darán características únicas a cada individuo. Asimismo argumentó *siempre trato que el paciente pueda contar su experiencia y lo que le genera, pero es muy importante respetar sus ganas de hablar y los tiempos que necesite para hacerlo*, lo que concuerda con lo expresado por Perrone y Nannini (2001), quienes afirmaban que la singularidad del paciente hace que el terapeuta

sea flexible en la sesión, con una terapia centrada en el consultante, focalizándose en los pensamientos intrusivos que posee y el malestar provocado por el abuso. A esto, la profesional agregó que *Es fundamental crear un vínculo sólido con el adolescente, para poder acceder al padecimiento por el que transitan, que puedan sentirse seguros para abrirse en ese espacio que brinda la terapia, con una escucha atenta, empática y donde tengan la validación necesaria al momento de exteriorizar sus emociones.* Lo mencionado puede asociarse a lo descrito por Mardones Ibacache y Escalonada Araneda (2020) quienes detallan la importancia de tener un vínculo sincero y genuino para poder crear una relación sólida con el consultante.

Por otro lado, la profesional entrevistada indicó que es necesario abordar al adolescente teniendo en cuenta su familia, de quien obtuvo sus creencias y valores. De igual modo, aportó que de los primeros encuentros con el paciente se pueden obtener reseñas que serán relevantes para conducir la terapia, que se refieren a su actualidad, cómo se siente consigo mismo, las emociones y sentimientos que lo atraviesan, cuál es la relación con su familia, grupo de amigos, grupos de pertenencia que le signifiquen contención y un sitio donde acudir si necesita el apoyo de otros; coincidiendo con Ochoa Alda (1995) que afirma que existen datos que se deben tomar para poder iniciar un tratamiento entendiendo la historia del paciente, de su familia y los vínculos existentes entre ellos; y a su vez, en concordancia con Beck (1995) que detalla que en la primera entrevista puede obtener información sobre el malestar por el que atraviesa, cuáles son sus pensamientos, cogniciones y los sentimientos que llevan a conductas que le son disfuncionales necesarios para poder plantear un tratamiento.

Según la experiencia de la terapeuta entrevistada, la forma de encarar el proceso se fue dando de acuerdo a la forma en que llegó el consultante. *Es posible que el adolescente busque acercarse a terapia debido al malestar por el que atraviesa, otras veces la familia es quien lo acerca a consulta porque presenta cambios de conducta o cambios drásticos en su personalidad, con problemas de sueño o alimenticios, o porque empezó con problemas de adicciones, sin conocer por la situación de abuso por la que pasó,* donde es común encontrar sentimientos de culpa y responsabilidad ante el abuso sufrido (Perrone y Nannini, 2001). Otros aportes obtenidos de las anotaciones realizadas durante las supervisiones, daban cuenta que hubo situaciones donde los adolescentes luego de empezar la terapia,

podieron abrirse primero con el terapeuta para develar una situación de abuso antes que con la familia, y que el silencio que guardaron, se debió al intento de olvidar lo sucedido o por miedo a las consecuencias para sí y para la familia ante la revelación del hecho. Lo mencionado coincide con Perrone y Nannini (2001), en lo que refiere a que la gravedad del hecho hace necesaria una intervención adecuada para que la víctima de abuso pueda exteriorizar lo sucedido; asimismo Arredondo, Saavedra, Troncoso y Guerra (2016) detallan que el silencio de las víctimas se puede asociar a miedo al descreimiento, a represalias o a la disgregación familiar. Por otra parte, lo expuesto tiene correlato con Girón García, Sánchez Ariza, y Rodríguez Ballesteros (2000) al sostener que es necesario ofrecerle al adolescente un espacio en el que pueda expresarse.

Tanto de las supervisiones como de la entrevista a la psicóloga se desprende que en las situaciones de abuso se despliega un trabajo donde intervienen varios actores: la víctima, la familia, la escuela, otros espacios sociales como el club, la iglesia donde se encuentre participando el joven, también la justicia cuando el abuso es denunciado. Del mismo modo, en otro momento de la entrevista la terapeuta afirmó que: *nuestra tarea muchas veces no termina en la intimidad del consultorio. La escuela suele ser un lugar donde manifiestan sus estados emocionales, así que podemos hacer que ese lugar oficie de red de contención, incluyéndolo como parte del apoyo que va a necesitar nuestro paciente. Por otra parte, en el mejor de los casos el abuso sexual producido es denunciado y es ahí donde también acompañamos y preparamos al adolescente para las diferentes instancias que tendrá que atravesar.* Coincidentemente, Echeburúa & Guerricaechevarría (2011) afirman que el proceso judicial resulta un evento sumamente reparador para la víctima, donde puede sentir que su situación no pasó inadvertida y que el abusador tiene algún castigo. Por esto, es necesario que parte del trabajo terapéutico sea acompañar al paciente en esta instancia; y además, poder ser el nexo entre los diferentes actores que forman parte del proceso y el adolescente, con un enfoque integrador necesario para transitar juntos el proceso psicosocial y judicial por el que transita, que puede además traer cambios en la dinámica familiar.

5.2. Establecer qué tipo de intervenciones específicas suelen utilizar los terapeutas para el tratamiento de pacientes adolescentes víctimas de abuso sexual en un centro sistémico-cognitivo-conductual.

De las entrevistas y las supervisiones no participantes se pudo obtener que entablar un vínculo cercano con el adolescente, formó parte de las primeras medidas tomadas en el proceso terapéutico, ofreciendo un espacio de seguridad para poder expresar sus emociones. De igual modo se hizo hincapié en la importancia de validar los sentimientos y estados por los que pasaba el adolescente. Una de las aclaraciones aportadas por la terapeuta fue: *Es importante poder acceder a nuestro paciente desde una escucha serena, donde sienta que nuestro compromiso con su dolor es sincero, que nuestra tarea es estar para él, y que juntos podemos construir un futuro mejor.* Las técnicas utilizadas en la atención de estos consultantes surgen de las necesidades que manifiestan dentro de un espacio de intimidad; legitimar las emociones y poder construir en conjunto metas y objetivos que quiere alcanzar forman parte de las estrategias con que se aborda el caso (Mardones Ibacache & Escalonada Araneda, 2020).

Otro aporte de la entrevista a la profesional, fue que parte fundamental de la terapia se basa en el acercamiento genuino con el adolescente para que pueda externar sus emociones. De acuerdo a Mardones Ibacache & Escalonada Araneda (2020), es a partir del establecimiento del vínculo con el paciente que el terapeuta podrá poner en práctica técnicas que sean apropiadas al tratamiento. En relación a lo mencionado, la terapeuta expresó que *durante el proceso terapéutico, los adolescentes cuentan cómo se sienten ahora, qué es lo que más les duele, afirman que quisieran poder olvidarlo; de igual modo muestran sus cambios de estado de ánimo y lo comparten cuando se sienten mejor. Todo es muy dinámico y todo el tiempo indago cuáles son sus necesidades, si se modifican, para poder trabajar con este ida y vuelta que se logra.* Es decir, el proceso terapéutico está constituido por la construcción del vínculo, conocer cuál es el padecimiento del consultante y la co-construcción de metas a lograr; tal como mencionan Mardones Ibacache y Escalonada Araneda (2020). Es así como la contribución continua del paciente favorece la elaboración de objetivos específicos (Beck, 1995).

La Psicóloga hizo hincapié en la importancia de poder entablar una alianza terapéutica sólida. La alianza terapéutica es una de las herramientas más importantes a utilizar en terapia (Beck, 1995) y será un paso decisivo para el resultado del proceso terapéutico (Vivas Ahumada & Castaño Henao, 2019). Agregó también que *al inicio de la terapia es muy importante para el paciente, que podamos brindarle un espacio donde*

pueda expresarse libremente y se sienta acompañado desde el inicio y a lo largo del proceso, para que quiera continuar en ella sintiéndola como su espacio seguro. Coincidentemente Vivas Ahumada y Cataño Henao (2019), dirán que es necesario ofrecerle un espacio donde será escuchado en un ambiente de confianza y de aceptación. Es de igual modo importante que tenga confianza que esa situación puede mejorar, con tiempo y trabajo conjunto, esa confianza tiene que poder dársele el profesional. Es decir, el foco estará puesto en trabajar sobre esos sentimientos negativos que le son propios y que comprenda que es posible la recuperación y la continuación de su vida (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

En cuanto a las intervenciones que utilizaba, ante la pregunta que hacía referencia a su experiencia como psicóloga y la orientación que utilizaba, la psicóloga respondió: *Puedo utilizar diferentes métodos sin pensarlos como parte de un enfoque, sino que sean útiles para un determinado caso ¿son herramientas que van a favorecer al paciente? ¿Sí?, entonces son buenas.* Por lo difícil que puede resultar el tratamiento de este tipo de casos, es necesario un abordaje interdisciplinario y que se apoye en varios enfoques (Vallejo Samudio y Córdoba Arévalo, 2012). Por otra parte, el aporte de las herramientas propias de diferentes enfoques, que puede ayudar a esclarecer la confusión por la que el adolescente está pasando tal como lo plantean Echeburúa y Guerricaechevarría (2011). En tal sentido, el tratamiento se realiza de acuerdo a las necesidades que presentan el consultante y su sistema familiar (Carr, 2019).

La terapeuta destacó en otra de las entrevistas realizadas, la importancia de poder saber si realmente las situaciones de abuso no se repetirían, si el medio donde se encontraba el adolescente era seguro. Una de las primeras medidas del trabajo terapéutico se enfoca en asegurarse que las situaciones de abuso han cesado (Intebi, 2012).

La entrevista continuó con estas aseveraciones: *Más allá de lo diferente que puede ser cada caso, pueden encontrarse situaciones que son similares en todos ellos. Es necesario poder trabajar sobre las secuelas que esa situación dejó, sobre la vergüenza que puede estar sintiendo, pensando siempre en la individualidad de la víctima, que comprenda que no tiene responsabilidad alguna en todo lo ocurrido, que la culpa no fue suya.* La vergüenza y la culpa son sentimientos que se repiten en situaciones de abuso sexual, tal como mencionó Espinel Giraldo (2018). Se podría añadir que de la entrevista se extrajo que

se debe trabajar en las secuelas que el abuso dejó, en los pensamientos intrusivos y la confusión desatada, en que la víctima pueda comprender que la responsabilidad del hecho no fue suya. También se trabaja sobre el sentimiento de límites de espacio personal vulnerados, de acuerdo a Perrone y Nannini (2001).

En otro recorte de la entrevista la terapeuta detalló que *durante las sesiones que se llevan adelante es importante que el adolescente sienta que ese lugar es su espacio para poder contar con total libertad lo que siente. Es fundamental mantener una escucha atenta, empática, donde se lo valida sinceramente y con aceptación plena.* Es importante para el paciente poder brindarle un lugar de confianza y respeto para alojarlo en la escucha (Vivas Ahumada & Castaño Henao, 2019).

La profesional durante la entrevista manifestó la importancia de poder utilizar herramientas aportadas por otros enfoques terapéuticos, y que tomaba del Cognitivo Conductual conceptos como pensamientos intrusivos, esquemas cognitivos que traían a terapia los consultantes y que implican un sesgo a la hora de percibir lo ocurrido así como la visión que tenían de sí mismos. Trabajar en ello resultaba de gran aporte para poder desarmar los pensamientos desvalorizantes de sí y de lo ocurrido y resignificarlos. Los pensamientos automáticos, las distorsiones y esquemas cognitivos que se conforman desde la niñez, contribuyen a tener pensamientos erróneos que incluyen conductas negativas que inciden en las percepciones equivocadas de acuerdo a Montenegro Albán (2018). Poder trabajar en la reestructuración del trauma lleva a la disminución del malestar dado por el síntoma del paciente, y por ende, al grupo familiar (Vallejo Samudio & Córdoba Arévalo, 2012). El aporte del conductismo para este tipo de tratamientos, se establece en que se puede utilizar diferentes teorías para mejorar la autorregulación del paciente, trabajando con teorías como la del Apego y la del Aprendizaje social (Carr, 2019).

En otro orden, la terapeuta indicó que existe una variedad de síntomas que se incluyen como parte del estrés postraumático como consecuencia del abuso. Pueden cursar con sueños o pesadillas de la situación por la que atravesaron, reviven ese momento a modo de pensamientos que irrumpen. Desde la terapia cognitiva conductual se busca a través de diferentes técnicas, promover el bienestar del paciente, corrigiendo estos pensamientos automáticos y las creencias centrales que le resultan invalidantes y le generan malestar (Ramos Díaz, Axpe, Fernández Lasarte & Jiménez Jiménez 2018). La terapeuta continuó su

exposición diciendo que los adolescentes suelen evitar hablar del tema, también evitan lugares que les recuerden lo que pasó. Por otra parte, presentan otros marcadores como enojo o hipersensibilidad, insomnio, retraimiento y episodios de llanto. Para contrarrestar estos estados se utilizan técnicas que reduzcan los síntomas y que ayuden a la víctima a afrontar lo ocurrido. Ante lo expuesto anteriormente, la terapeuta profundiza que una de las técnicas que utiliza. *Muchas veces la vergüenza o las emociones resultan tan dolorosas, que el paciente no puede hablar de lo sucedido. Es importante respetar sus tiempos, claro, pero es igualmente importante que pueda exteriorizar lo que está sintiendo. Ponerle palabras para poder lograr un acercamiento mayor y trabajar sobre esos pensamientos disruptivos. Puedo utilizar por ejemplo la desensibilización sistemática como una de las técnicas que es de mucha utilidad para poder enfrentar esa situación.* Las técnicas que se pueden utilizar, tiene por objetivo el entrenamiento de habilidades afrontamiento que permitan mejorar el manejo de emociones y hacer más acertada la forma la comunicación, para poder estabilizar las respuestas a los pensamientos que irrumpen y disminuir las conductas evitativas (Carr 2019).

5.3. Analizar cuál es el rol de los padres en el proceso de atención para consultantes adolescentes víctimas de abuso sexual en centro sistémico-cognitivo-conductual

Una intervención tomada de las supervisiones fue traída a ese espacio por los terapeutas participantes, que describieron que el trabajo se extiende además a sus redes de contención. En principio con los padres, o familiares que representarán para el adolescente alguien en quien apoyarse, como por ejemplo los abuelos, de manera de poder crear o restaurar lazos, con quienes se sintiera protegido y respaldado, así mismo con la escuela u otros espacios que resulten significativos. El trabajo se lleva adelante con los diferentes actores que se encuentran en relación con el sistema de la víctima para poder identificar problemas individuales, del sistema familiar y social para determinar con qué recursos se cuenta y establecer redes de seguridad que posea (Intebi, 2012).

De las supervisiones no participantes se destaca que ante abuso intrafamiliar, como primera intervención, el terapeuta debe asegurarse que la víctima se encuentra a resguardo de situaciones de reiteración del abuso. Del mismo modo en la entrevista, la terapeuta enfatiza *la necesidad que el adolescente se encuentre en un sitio donde se sienta seguro,*

esto incluye no solo al espacio de terapia, sino también cerciorarse que está en un lugar donde el abuso que sufrió no se repetirá y en esto es fundamental el trabajo con los padres o con las figuras parentales con las que cuente, que tendrán un rol fundamental para garantizar que esto pueda cumplirse. Es fundamental retirar a la víctima de esa situación de vulnerabilidad (Intebi, 2012). Asimismo la profesional agregó que *el estar activamente incluidos dentro del proceso que lleve a una mejoría emocional de sus hijos, hace que ellos también puedan sentirse parte de ese transitar hacia el bienestar, que también repercutió en ellos, haciendo necesario que trabajen en esto para sobreponerse del hecho de abuso y las consecuencias que dejó en sus hijos y en ellos mismos.* Al ser develado el abuso, los padres sufren un gran impacto. El incluirlos dentro de un espacio terapéutico es doblemente necesario. En principio para que ellos puedan elaborar la situación y porque será necesario que se encuentren disponibles para trabajar en el bienestar de sus hijos. Es necesario trabajar con los padres o figuras parentales para que ellos puedan sobreponerse al sentimiento de culpa por no haberse dado cuenta de lo que ocurría y no haber podido proteger a sus hijos (Espinel Giraldo, 2018).

Otro de los aspectos tomados de las supervisiones indicaba que la familia tenía un rol fundamental. Si bien cada integrante del sistema se veía afectado de diferente forma, era importante para el consultante saber que era acompañado por su núcleo familiar. De igual modo la terapeuta se *explayó una situación de abuso siempre modifica la dinámica familiar. Hay que tener en cuenta cómo eran la relación entre los diferentes componentes de la familia y como se modificó luego de develado el abuso. Una de las intervenciones que tenemos que llevar adelante, es trabajar sobre las nuevas dinámicas de relación y comunicación de manera que podamos contar con la familia, como apoyo del adolescente en momentos de desborde por los que pueda pasar.* En el abordaje al sistema familiar se busca que modificando a ese grupo beneficie al paciente actuando como facilitador del cambio (Ochoa Alda, 1995). De igual modo, la terapeuta indicaba que era la familia un sostén importante para el proceso terapéutico y participantes activos en el camino hacia el bienestar del adolescente. El síntoma exteriorizado por el paciente, que es el motivo que lo acerca a consulta, hace impacto en todo el sistema familiar. Por esta razón, es importante que en algún momento de la terapia sean incorporados al tratamiento y hacerlos partícipes del camino hacia la sanación del adolescente. Las acciones están enfocadas en el

restablecimiento del vínculo con los padres y el adolescente, afectados por lo sucedido a su hijo. De igual manera, se trabaja con la familia para que puedan comprender la conducta y las necesidades del adolescente (Girón García, et al., 2000).

La terapeuta continuó con la entrevista afirmando que *es muy importante que el trabajo se pueda realizar contando con el apoyo de la familia, ya que ellos serán actores fundamentales para poder sostener al adolescente en la rutina diaria que hace a la vida de la víctima y de la familia*. El rol de la familia es importante en el proceso de transformación de la disfuncionalidad por la que atraviesan. El trabajo con ella pondrá en evidencia la dinámica del sistema y así se accederá a modificarlo (Minuchin, 1982). *También puede ser necesario trabajar con los padres cuando sienten algún rechazo hacia la situación o hacia su hijo, pudiendo culpar al adolescente por el quiebre que se produce dentro de la familia como consecuencia de la develación*, agregó la psicóloga. Por otra parte, la inclusión de la familia posibilitará ver de qué manera cada integrante del sistema se vio afectado y cómo responde a esta situación, posibilitando trabajar en los sentimientos que afloran ante lo ocurrido (Martínez Bustos, Calvo Mejía, & Sánchez Jiménez, 2019). *La alianza que se pueda establecer con los padres posibilitará que ante situaciones de crisis por las que pase el adolescente, ellos puedan actuar rápidamente, escuchándolos y acompañándolos posibilitando que la cura sea de alguna manera bidireccional y llegue a ellos al verse como facilitadores del bienestar de su hijo*. La intervención de los padres puede actuar sobre creencias distorsionadas sobre sí mismos utilizando la empatía y la comprensión, acompañada por una actitud de protección, a fin de acoger a su hijo, actuando sobre su estado emocional y el propio atravesado por un sentimiento de culpa y responsabilidad (Pereda, 2011).

Las familias tienen una forma particular de comunicarse. Cada integrante muestra diferentes características que le son particulares y que a su vez resultan útiles para saber de qué manera pudieron ser afectados individualmente; con quiénes podemos contar como aliados en el proceso de sanación y cuáles resultaron dañados y también necesitan ayuda profesional con esta situación además de nuestro paciente, continuó la psicóloga. La inclusión de la familia al espacio de terapia posibilitará determinar de qué manera impactó el hecho en cada integrante de la familia, la dinámica relacional existente, también facilitar que puedan exteriorizar el dolor que les provocó la situación y entre todos a encontrar

alternativas que permitan alcanzar un bienestar en el sistema afectado (Espinel Giraldo, 2018). *Por otra parte poder incluir a los padres en el espacio de terapia resulta útil. Se pueden pactar en principio sesiones con ellos por separado a fin de determinar el estado en el que se encuentra el adolescente, cómo funcionan como familia, el rol de cada integrante y la historia familiar. De estos encuentros obtenemos muchos datos que nos permitan llevar adelante una planificación del abordaje, entender el origen de ciertas creencias que trae el adolescente y poder desarmarlas. Para esto es fundamental lo que la familia nos puede aportar. Entender la dinámica familiar y cómo se modificó con este suceso y a partir de esto, de qué manera podemos intervenir. Además suele ser útil que en algún momento se pueda incluir a los padres y que compartan un espacio de sesión con sus hijos para que cada miembro pueda entender de qué manera impactó el abuso en sí mismo y en el otro. Es una manera de acompañarse en este momento de confusión.* Determinar las consecuencias que el abuso dejó en la familia permitirá una construcción en conjunto de una nueva forma de revinculación (Martínez Bustos, Calvo Mejía & Sánchez Jiménez, 2019).

6. Conclusiones

El presente trabajo de elaboración tuvo como objetivo incursionar en la problemática de abuso sexual en adolescentes y los diferentes mecanismos que hacen al proceso terapéutico. Esta producción se pudo realizar gracias al material obtenido de entrevistas realizadas a una terapeuta que se especializa en adolescentes y niños y en supervisiones realizadas por diferentes profesionales de un centro con orientación sistémica; con lo cual se pudo acceder al material que sería utilizado para obtener la información que responda a los objetivos propuestos.

La intención de este proyecto es describir el abordaje terapéutico que se utiliza en adolescentes víctimas de abuso sexual. Lo distintivo que se presenta en esta problemática es el sentimiento de culpa y vergüenza de los adolescentes. Las individualidades que conforman la personalidad de cada uno de ellos harán que sus tiempos y formas de expresar su dolencia sean diferentes, de igual modo el incluir a la familia dentro del espacio terapéutico favorecerá la comprensión de cogniciones y estructuras propias del adolescente.

De igual modo, la sintomatología que presentan es muy variada, pasando por momentos de ira, retraimiento, angustia, dolor y hasta momentos de despersonalización entre otros, pudiendo tener secuelas diversas si no son tratados. Asimismo, son varios los actores que intervienen una vez producido el develamiento del abuso. Este grupo está representado por la familia, la escuela y la justicia. El trabajo terapéutico se basa en acompañar a la víctima a lo largo del proceso y muchas veces actuando de nexo entre las diferentes instituciones, expresado también por Perrone y Nannini (2001) y Echeburúa y Guerricaechevarría (2011).

Por otra parte en cuanto a las intervenciones específicas determinantes para este tipo de problemática se mencionan como fundamentales las que llevan a establecer un vínculo genuino y sincero entre terapeuta y consultante. Asimismo, es importante lograr una alianza terapéutica sólida terapeuta-consultante para que puedan transitar juntos el camino hacia el bienestar. Para esto es necesario disponer una puesta en común de metas a alcanzar, siendo el espacio de terapia un lugar en el que el adolescente encuentre un sitio seguro, de confianza donde serán validadas todas sus emociones. Sumado a esto, el profesional deberá mostrarse empático y con aceptación plena para con el paciente. Es relevante que el adolescente pueda exteriorizar sus padecimientos y así actuar sobre los síntomas que hacen a su malestar como las cogniciones distorsionadas, los pensamientos automáticos, y que como resultado consiga un afrontamiento efectivo. Las intervenciones apuntarán a alcanzar una reestructuración del trauma que posibilite el progreso del adolescente en el manejo de las emociones y de la comunicación, de modo que obtenga un manejo efectivo de las conductas evitativas, disruptivas y disfuncionales en acuerdo a lo descrito por Carr (2019), por Ramos Díaz, Axpe, Fernández Lasarte y Jiménez Jiménez (2018)

La inclusión de los padres dentro del proceso terapéutico tiene varias aristas. Implica contar con ellos para poder poner al adolescente a salvo de otras situaciones de abuso; por otro lado restaurar vínculos que fueron modificados debido al sentimiento del adolescente de no haber sido resguardados por sus figuras parentales y la culpa que éstos pueden sentir por no haber podido proteger a su hijo. De igual manera se busca que sean activos en el proceso terapéutico del adolescente, para que éste se sienta acompañado y apoyado en esta situación y a su vez tengan herramientas para actuar ante eventos de crisis

que pueden surgir en diferentes momentos. El trabajo con los padres posibilita conocer el efecto que el abuso provocó en los integrantes de la familia, la dinámica que se estableció a partir del mismo pudiendo intervenir para lograr una mejora en la comunicación y acceder a una reconstrucción de la manera de vincularse. El objetivo es alcanzar una mejora en todo el sistema familiar expuesto por Minuchin, (1982), Espinel Giraldo (2018) y Martínez Bustos, Calvo Mejía y Sánchez Jiménez, (2019).

6.1. Limitaciones.

El contexto de pandemia actual hizo inaccesible la presencialidad. No permitió el acceso al seguimiento de casos para poder compararlos en cuanto a presentación y la evolución de cada uno. Si bien los datos aportados por los diferentes profesionales resultaron sumamente enriquecedores, hubiera resultado mucho más tangible el trabajo realizado si se hubiese podido acceder al proceso continuo como espectadores directos.

En cuanto al material teórico de este enfoque sobre la problemática de abuso que se encuentra publicado, pudo destacarse que los mayores aportes se realizan sobre abuso sexual infantil (ASI), siendo bastante menor el hallado para adolescencia. Este material a su vez se basa fundamentalmente en los lineamientos utilizados para el ASI. La metodología de abordaje descrita para estos casos se desprende en varias ocasiones de autores que hacen referencia la práctica utilizada en niños, pudiendo resultar por momentos inadecuada por las diferencias evolutivas por la que atraviesa cada población y por lo tanto, insuficientes para un adolescente.

El abuso sexual en adolescentes es tan actual y con una tasa de casos tan alta de casos, que necesita de un respaldo científico acorde para poder ofrecerles una atención terapéutica que les permita transitar el camino hacia la sanación de la mejor manera.

6.2. Aporte personal y perspectiva crítica

Una de las deudas que se destaca dentro del sistema sanitario es el acceso a la salud mental para todos aquellos que lo necesiten. Los profesionales que se desempeñan en instituciones públicas se encuentran con una agenda superpoblada y aquellos que atienden por obras sociales están igualmente saturados. De aquí se desprende que la posibilidad de trabajar sobre los síntomas y secuelas que el abuso dejó no es equitativa ni viable para

todos aquellos que la requieran. Ante la necesidad imperiosa de un acompañamiento adecuado que poseen los adolescentes que padecen esta u otra problemática y que determinará la posibilidad de acceder a un desarrollo pleno como individuos, surge la duda de saber de qué manera se puede facilitar una atención acorde. El derecho a la salud integral del que deberían gozar ya se encuentra vulnerado.

Por otra parte se destaca lo actual de esta problemática que muchos creen superada y lo poco difundida que está. La educación como pilar fundamental es escasa en cuanto a proveer a las víctimas y a los diferentes actores sociales, herramientas para actuar ante estas situaciones en los ámbitos que hacen a la vida del adolescente. La vergüenza y el tabú que rodean a estas situaciones siguen siendo parte fundamental de la invisibilización de las mismas.

Un aspecto a mejorar estaría enfocado en los métodos que hacen al acceso y atención para adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual. Determinar una práctica a seguir que pueda direccionar y enmarcar el tratamiento desde este enfoque independientemente de las individualidades de la víctima. El trabajo del terapeuta es artesanal y es por este motivo que se hace necesario un soporte asequible para llevar adelante la instancia de terapia.

Otro punto a desarrollar podría ser la implementación de otros espacios para poder trabajar en esta problemática. Es posible considerar la inclusión de las escuelas como parte de la estructura que sostenga a esta población a través de educación, detección y asistencia ante hechos de abuso. La ley 26150 de Educación Sexual Integral establece el derecho de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada. Sería una herramienta sumamente útil para poder brindar un espacio efectivo y accesible de intercambio de información y consulta de dudas, que sea de referencia para los niños y adolescentes. Asimismo poder acceder a profesionales de la psicología que se encuentran en los ámbitos escolares y establecer con ellos una primera atención, si no tuviera el adolescente otro medio para lograrla, hasta que se pudiera articular el trabajo con los diferentes actores que tengan competencia ante este tipo de eventos. El objetivo es que el adolescente pueda contar con una atención provisoria inmediata hasta que se pueda obtener una asistencia definitiva.

Es de destacar la importancia que los profesionales de la Psicología se encuentren respaldados por una formación consistente en cuanto al proceso judicial por el que pueden pasar los adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual al realizar la denuncia correspondiente. Sería una herramienta sumamente útil para los terapeutas contar con conocimientos en esta área para utilizarlo como otro recurso para el asesoramiento de las víctimas sobre los diferentes pasos y tiempos del proceso.

6.3. Lineamientos de investigación

Dentro de los aspectos a considerar como puntos de investigación estaría dado por los recursos reales con los que cuentan las víctimas de abuso sexual. Si bien existe una línea de atención telefónica que depende del Ministerio de Justicia de la Nación, luego de realizada la denuncia, se necesita del acceso rápido a un espacio donde la víctima encuentre la contención y el alojamiento inapelables.

De igual modo resulta importante establecer si los jóvenes conocen cuáles son los medios de atención y contención con los que cuentan, en términos de acompañamiento interdisciplinario que se les proporciona al realizar la denuncia. El desconocimiento de la existencia de este espacio puede hacer que la denuncia no se realice por suponer que no existe una red de asistencia a la cual acudir.

Finalmente podría considerarse como parte de una investigación a realizar, es determinar cuáles son las secuelas mediatas e inmediatas en los casos de abuso que tuvieron un tratamiento psicológico y quienes no lo tuvieron de manera de poder poner en cifras reales estos resultados y compararlos. Podría resaltar la importancia de acceder a estos tratamientos para que sea priorizado como parte de la atención integral y que sea respaldado desde el Estado.

7. Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Paidós. Recuperado de <https://psicodescubrir.files.wordpress.com/2018/07/la-adolescencia-normal.pdf>
- Acuña Navas, M. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006&lng=en&tlng=es.
- Almonte, C. Insunza, C. & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(1), 22-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000100003>
- Apraez Villamarin, G. (2015). Factores de riesgo de abuso sexual infantil. *Colomb. Forense*. 2(1). 87-94. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i1.1179>
- Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C. & Guerra, C. (2016). Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 385-399. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a27.pdf>
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: GEDISA.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy* 41, 153–213. Recuperado de doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*. 31(2), 552-561. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Capriati, A., Wald, G. y Camarotti, A. C. (2019). Vulnerabilidad ante el abuso sexual. Aportes desde un modelo integral y comunitario de prevención. *Cuestiones de Sociología*, 22. Recuperado de <https://doi.org/10.24215/23468904e089>
- Chejter, S. (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia Lineamientos para su abordaje interinstitucional. 12-25. Recuperado de

<https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20ni%C3%B1ez%20y%20adolescencia.pdf>

De Maio, A., Bulgach, V. & Ponce, C. (2017). Síntomas que revelan abuso sexual en adolescentes. A propósito de un caso. *Revista SAGIJ*. 24(3). Recuperado de <http://www.sagij.org.ar/index.php/publicaciones/revista-sagij/ano-2017-n-3/148-profesionales/publicaciones/revista-numero-actual/ano-2017-n-3/1592-sintomas-que-revelan-abuso-sexual-en-adolescentes-a-proposito-de-un-caso#inline1>

Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&tlng=es.

Echeburúa, E & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 469-486. Recuperado de https://www.academia.edu/9065108/TRATAMIENTO_PSICOL%3%93GICO_DE_LAS_V%3%8DCTIMAS_DE_ABUSO_SEXUAL_INFANTIL_INTRAFAMILIAR_UN_ENFOQUE_INTEGRADOR

Espinal, I., Gimeno Collado, A. & González Sala, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5042892>

Espinel Giraldo, M. (2018). *Abordaje terapéutico sistémico relacional a padres y madres cuyos hijos(as) han vivido experiencias de abuso sexual*. [Trabajo de grado en la modalidad monografía como requisito para optar al título de especialista en familia] Universidad Pontificia bolivariana. Recuperado de https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5160/digital_36193.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fridman, N., Saldías, M., Massera, G. & Zagalsky, P. (2017). Abuso sexual infantil. Una modalidad de abordaje interdisciplinario. *Medicina infantil*. 24(2), 149-154. Recuperado de <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3643d259001644a3fed700071>

- Garibay Rivas, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*.(2da ed.). El manual moderno.
- Girón García, S., Sánchez Ariza, D. & Rodríguez Ballesteros, R. (2000). Análisis de un tipo de intervención terapéutica para niños y adolescentes con trastornos de comportamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (76), 9-33. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352000000400002>
- González Fortaleza, C., Ramírez Villarreal, C., Ramos Lira, L. & Vignau Brambila, L. (2001). *El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes*. *Revista Salud Mental*, 24 (6), 16-23. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/878/876
- Guerra, C. & Barrera, P. (2017). Psychotherapy for Victims of Sexual Abuse Inspired in Trauma Focused Cognitive-Behavior Therapy. *Revista de psicología*, 26 (2), 16-28. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>
- Guerra, C. & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-129. Recuperado de <https://xdoc.mx/preview/redalyc/tratamiento-cognitivo-5ea893caa2878>
- Guerrero Vaca, D. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Revista científica Dominio de las ciencias*, 7(3), 667-688. Recuperado de <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/viewFile/1960/3995>
- Hernández Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/117>
- Hidalgo Vicario, M. (2013). *Medicina de la adolescencia: Su importancia en la sociedad actual*. *Revista Pediatría integral*, 17(2). Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/medicina-de-la-adolescencia-su-importancia-en-la-sociedad-actual/>

- Intebi, I. (2012). Consecuencias de los abusos sexuales. *Estrategias y modalidades de intervención*. 105-135. Cantabria: Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/estrategias_y_modalidades_de_intervencio.pdf
- Kosovsky, R. (2017). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Revista digital de la facultad de psicología UBA*, 8(27), 12-13. Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf#page=12
- Labrador, F. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Recuperado de: <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/labrador-tc3a9cnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf>
- Ley N° 26.061. (2005) Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. 26 de octubre de 2005. Boletín Oficial. Recuperada de julio 2021 https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.pdf
- Losada, A. & Jursza, I. (2019). Abuso sexual infantil y dinámica familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3). Recuperado de https://www.academia.edu/41064502/ABUSO_SEXUAL_INFANTIL_Y_DIN%CC%81MICA_FAMILIAR?from=cover_page
- Lozano, F. (2017). Violencia sexual: recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/oer/2018/09/3773/violencia-sexual.pdf>
- Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, (40), 11-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
- Madrid, A. (2015). 4° estudio de maltrato infantil en Chile. 10-15. Recuperado de https://www.unicef.org/chile/media/1306/file/4to_estudio_de:maltrato_infantil_en_chile.pdf
- Mardones Ibacache, R. & Escalonada Araneda, E. (2020). Adolescentes en terapia. Intervención desde el enfoque sistémico. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 18(2), 280-311. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v18n2/v18n2_a01.pdf

- Martínez Bustos, N., Calvo Mejía, G. & Sánchez Jiménez, M. (2019). Familia, abuso sexual infantil y proceso de afrontamiento psicosocial. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 11-29. Recuperado de [http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef11\(1\)_2.pdf](http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef11(1)_2.pdf)
- Martínez Martín, N. & Ruano Maldonado, S. (2013). Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 305-314. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.42546
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Montenegro Albán, D. (2018). *Pensamientos automáticos y conducta antisocial en adolescentes consumidores del Centro de Orientación Juvenil la Dolorosa en el periodo Marzo-Septiembre 2018*. [Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora, Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Carrera de Psicología Infantil y Psicorrehabilitación]. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17344/1/T-UCE-0007-CPS-071.pdf>
- Montes Lozano, M. (2006). Terapia sistémica e institución pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la demanda. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 83-96. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019655007.pdf>
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROEnfoquesenterapiafamiliarisist%C3%A9mica.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1

- Onostre Guerra, R. (2000). Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia). *Revista chilena de pediatría*, 71(4), 368-375. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-4106200000400016>
- Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural" *Salud Menta*, 24 (2), 32-42. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222406.pdf>
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social *Educación Social*, 49, 103-114. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/295430>
- Perrone, R. & Nannini, M. (2001). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Una Visión Sistémica de las Conductas Sociales Violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Quenan, N. & Samudio-Dominguez, G. (2013). Abuso sexual infantil: epidemiología y estudio de la conducta de los médicos pediatras pre y pos intervención educativa. *Pediat. (Asunción)*, 40(2), 125-131. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v40n2/v40n2a03.pdf>
- Ramos Díaz, E., Axpe, I., Fernández Lasarte, O. & Jiménez Jiménez, V. (2018). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Clínica Contemporánea*, 1(9). Recuperada de <s://doi.org/10.5093/cc2018a1http>
- Román, V. (Ed.). (2017). *Salud adolescente*. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/1546/file/Salud%20adolescente.pdf>
- Saldanha Padilha, M & Cunha Gomide, P. (2004). Descripción de un proceso terapéutico grupal para adolescentes víctimas de abuso sexual. *Estudios de Psicología*, 9(1). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100007>
- Soria Trujano, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3). Recuperado de https://www.academia.edu/19423859/Terapia_familiar_sistemica?from=cover_page
- Torrico Linares, E. Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S. & López López, M. (2002) El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>

- UNICEF. (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. Recuperado de https://www.unicef.org/pub_adolescence_sp.pdf
- UNICEF. (2017). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file/Abuso%20Sexual.pdf>
- UNICEF. (2021). *¿Qué es la adolescencia? Tanto escuchamos y hablamos sobre los adolescentes y sus transgresiones, pero realmente, ¿cómo son? ¿Qué piensan y sienten? ¿Qué tiene de especial y diferente esta etapa?*. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Valdivia, Mario. (2002). Trastorno de estrés postraumático en la infancia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(2), 76-85. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600007>
- Vivas Ahumada, L & Castaño Henao, C. (2019). *Las actitudes terapéuticas del psicólogo cognitivo conductual en la psicoterapia con niños y niñas*. [Artículo de grado (Especialista en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia con niños, niñas y adolescentes), Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación de Pereira]. Recuperado de <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5555/1/DDMEPCEPNA113.pdf>.
- Vallejo Samudio, A. & Córdoba Arévalo, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 19-46. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=es&tlng=es.
- Villanueva Sarmiento, I., Guzmán González, P., Alonso Hernández, M., Beltrán Acosta, F., Gómez García, Y. & Pérez Villalba, I. (2011). Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-incesto. *Psicogente*, 14(25), 100-121. Recuperado de <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
- Zitta, R. (Abril 2021). Abuso sexual: tipos, agravantes y penas previstas en el código penal argentino. Periódico judicial. Recuperado de <http://www.periodicojudicial.gov.ar/>