

## Contenidos de cambio y estancamiento en psicoterapias humanistas con adultos que han vivido abuso sexual infantil

### Contents of change and stagnation in humanistic psychotherapies with adults who have experienced child sexual abuse

Karina Manríquez-Reyes 

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile ([kpmanriquez@uc.cl](mailto:kpmanriquez@uc.cl))

Recibido: 30-abril-2023

Aceptado: 03-noviembre-2023

Publicado: 15-noviembre-2023

**Citación recomendada:** Manríquez-Reyes, K. (2023). Contenidos de cambio y estancamiento en psicoterapias humanistas con adultos que han vivido abuso sexual infantil. *Psicoperspectivas*, 22(3). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2975>

#### RESUMEN

El abuso sexual infantil (ASI), es un fenómeno prevalente en diversos lugares del mundo, incluyendo Chile, generando múltiples efectos en la salud mental de los adultos. Esta investigación se sitúa en un paradigma fenomenológico hermenéutico, con metodología cualitativa, que busca comprender el cambio en psicoterapia con adultos que han vivido ASI, desde terapias humanistas-existenciales, haciendo énfasis en los conceptos de episodios de cambio y de estancamiento. La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas de casos y focus group a terapeutas, entrevistas a terapeutas humanistas expertos en la temática y entrevistas sobre los efectos de la terapia a pacientes. El análisis de los datos se realizó bajo principios de Teoría Fundamentada. Los resultados muestran el carácter dinámico y particular de los cambios con estos pacientes, en donde los episodios de estancamiento tienen relación con los núcleos traumáticos profundos. También se desprenden cambios específicos en torno al ASI, como la comprensión de patrones relacionales y nexos con los abusos, desculpabilización, reconocimiento y contacto con la propia vulnerabilidad, nueva visión de las personas que les han vulnerado y cambios en la forma de recordar el ASI, dándole un nuevo sentido a éste en su vida.

**Palabras clave:** ASI, abuso sexual infantil, psicoterapia, trauma sexual

#### ABSTRACT

Child sexual abuse (CSA) is a prevalent phenomenon in various parts of the world, including Chile, generating multiple effects on the mental health of adults. This research is situated in a hermeneutic phenomenological paradigm, with qualitative methodology, which seeks to understand the change in psychotherapy with adults who have experienced CSA, from humanistic-existential therapies, emphasizing the concepts of episodes of change and stagnation. Data collection was carried out through case interviews and focus groups with therapists, interviews with humanistic therapists who are experts in the field, and interviews with patients concerning the effects of therapy. Data analysis was carried out under Grounded Theory principles. The results show the dynamic and particular character of the changes with these patients, where the episodes of stagnation are related to deep traumatic cores. Specific changes around CSA also emerged, such as the understanding of relational patterns and link with the abuse, dis-blame, recognition and contact with one's own vulnerability, new vision of the people who have violated them and changes in the way of remembering CSA, giving it a new meaning in their life.

**Keywords:** CSA, child sexual abuse, psychotherapy, sexual trauma

**Financiamiento:** Programa Becas Chile para estudios de Magíster Nacional año 2018; ANID Chile

**Conflictos de interés:** La persona autora declara no tener conflictos de interés.



Publicado bajo [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Estudios internacionales retrospectivos muestran alta tasa de adultos victimizados sexualmente en su infancia (Barth et al., 2012; Pereda et al., 2009). La Primera Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la Niñez reveló que una de cada cinco personas encuestadas fue víctima de alguna forma de ASI en su infancia, existiendo acuerdo en que es un fenómeno altamente prevalente en Chile (Murillo et al., 2021).

Diversos autores coinciden en que el ASI no deriva en un síndrome único y homogéneo en la vida adulta (Ibaceta, 2007; Pereda, 2010), siendo un factor de riesgo general e inespecífico para el desarrollo de psicopatología, pudiendo activarse síntomas en diversas etapas de la vida conforme la persona deba enfrentar diferentes retos evolutivos (Pereda, 2010; López- Castilla, 2022). Existe evidencia de que el ASI estaría relacionado con el desarrollo de trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, con evidencia mixta de trastornos de la personalidad (Noll, 2021; Hailes et al., 2019). También se ha encontrado asociación con disfunciones sexuales (Bigras et al., 2021; Gewirtz-Meydan, 2022) y riesgo de dolor crónico (Tsur, 2020). Además, la revisión de Noll (2021) muestra otros efectos en mecanismos transdiagnósticos como desregulación emocional, evitación y apego inseguro, generando un riesgo compuesto de resultados nocivos.

Otro aspecto a considerar en las consecuencias del ASI, es la noción de éste como trauma. Para Van der Kolk (2017), lo traumático deviene del carácter disruptivo y terrible de la experiencia, superando las capacidades defensivas, ya que luchar o huir no son alternativas accesibles para protegerse. De esta forma, se estimulan las defensas instintivas y la excitación extrema que no está mediada por la corteza, sobrepasando los límites regulatorios tolerables, por lo que las reacciones físicas, fisiológicas y emocionales no se pueden integrar (Ogden, 2021). Estas respuestas quedan alojadas como pautas somáticas ante estímulos leves, similares al pasado, generando una re actualización repetitiva a través de imágenes, conductas, sentimientos, estados fisiológicos y formas de relación interpersonal (Van der Kolk, 2017).

Dentro del modelo humanista, destacan los planteamientos de Kalsched (2020), sobre el trauma temprano. Señala que, ante estas experiencias, emerge desde el inconsciente un sistema de defensas que utiliza la disociación y la escisión para compartimentar los afectos, denominándolo el “Sistema de Autocuidado”. Desde este concepto, explica las resistencias al proceso de terapia, ya que cuando los fragmentos del trauma comienzan a surgir, amenazan con desestabilizar toda la personalidad. Ante esto, el terapeuta debe enfocarse en la constante regulación del afecto, sintonizando con las brechas disociativas y favoreciendo la co creación de una realidad intersubjetiva nueva, sosteniendo que las técnicas de atención centrada en el cuerpo ayudan a restaurar la capacidad de sentir de los pacientes.

La mirada de las consecuencias traumáticas, desde su función protectora, también es compartida por Gewirtz-Meydan (2022), señalando que las disfunciones sexuales operan como función psicológica en la regulación de varias necesidades de los sobrevivientes, tales como evitar la retraumatización, regular la cercanía relacional, ganar un sentido de poder y control, evitando la vulnerabilidad, y restaurar un sentido positivo de uno mismo.

En cuanto a la intervención, Sousa-Gomes et al. (2022), concluyen que la mayoría de los enfoques terapéuticos son efectivos para reducir al menos una de las variables sintomáticas evaluadas (ansiedad, depresión y TEPT), sin demostrarse mayor efectividad de un tipo de tratamiento por sobre otro (Ehring et al. 2014; Rull & Pereda, 2011). Ehring et al. (2014) agregan que las intervenciones con mejores resultados son aquellas centradas en el trauma y de tipo individual. Rull y Pereda (2011) sostienen que no es adecuado plantear una forma de intervención única y que la mejor terapia es aquella que considera el ASI como una experiencia que acarrea problemas específicos en personas distintas, sin considerarse un síndrome definido; lo que contrasta con investigaciones empíricas tradicionales en donde se evalúa el cambio a través de la disminución de sintomatología.

En la línea humanista-existencial, no se aprecia publicaciones de investigaciones empíricas sobre psicoterapia del ASI, solo propuestas teóricas, tales como Armenta (2002) desde un enfoque experiencial y centrado en la persona, y Fisher (2005) desde la psicoterapia existencial. Por otro lado, la Terapia Centrada en las Emociones ha desarrollado un enfoque para trauma complejo basado en evidencia (Mlotek & Paivio, 2017), diseñado para el corto plazo, integrando principios de terapia centrada en el cliente, intervenciones experienciales y gestálticas, y el rol adaptativo de las emociones, apego y trauma. En esta línea se encuentra la Psicoterapia Orientada al Focusing para trauma bajo principios de psicoterapia rogeriana, con atención al experiencing y la relación terapéutica (Dearly, 2019).

Por otro lado, Herman (1997), una de las autoras más referidas sobre el tratamiento del ASI, busca -como principio- restaurar la sensación de poder personal y la construcción de nuevos vínculos, por lo que la relación terapéutica debe ser en sí misma curativa. Plantea la recuperación en tres fases dinámicas: restablecer la seguridad y el control de sí mismo(a); el recuerdo del ASI y el luto asociado; y la tercera, la reconexión con la vida. Herman (1997), al igual que Van der Kolk (2017), señalan que la narración del ASI tiene sus limitaciones, ya que estudios muestran que puede activar síntomas e incidir en el procesamiento anormal de la memoria traumática, pero sin generar cambios sustantivos en problemas relacionales. Herman destaca que la rememoración trae consigo un proceso de luto que puede ser complejo y causa de estancamiento, donde el terapeuta debe operar como acompañante, mantener la narración en límites soportables afectivamente, bajo un constante monitoreo y regulación.

La presente investigación se enmarca en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005), para la comprensión del cambio terapéutico, como un proceso cíclico, de etapas sucesivas, que se construyen unas sobre otras, acrecentando de forma ascendente la complejidad de los patrones de explicación, de los modos de representación de los pacientes sobre su realidad. En esta teoría, los “episodios de cambio” resaltan como llamativos o importantes en las sesiones, teniendo una duración variable e implicando transformaciones en la subjetividad del cliente y la construcción de nuevos significados (Krause, 2005). En los mismos episodios se puntualizan los momentos de cambio, es decir, el instante en que se aprecia la modificación de significados, asociándose a un indicador de cambio genérico. Allí también se encuentran los contenidos del cambio, dando cuenta de qué es lo que cambia, el tema sobre el que está hablando el paciente y sus significados. En contraposición, el concepto de “episodios de estancamiento” (Herrera et al., 2009) que implican la detención temporal del cambio, por la reedición de un patrón disfuncional del paciente durante la sesión, evidenciándose mediante la persistencia en formas de entendimiento, comportamiento y emociones ligadas con su problema.

El cambio terapéutico en ASI ha sido estudiado en Chile solamente desde la perspectiva de niños, niñas y adolescentes (NNA; Capella et al., 2018). En los resultados, los pacientes significan el cambio como un proceso gradual, con cambios positivos en cuanto a bienestar emocional y en los sentimientos ligados al ASI. Se identifican fases de cambio e hitos significativos, pero éstos serían dinámicos, acorde a los tiempos y necesidades de ellos y ellas, y en consecuencia, no generalizables, ya que el cambio se vincula con las características psicosociales del caso y las características del proceso terapéutico (Capella et al., 2022). Las autoras comentan que la investigación en psicoterapia de estos casos ha surgido principalmente desde una visión sintomatológica, que necesita ser complementada con una perspectiva subjetiva de cambio.

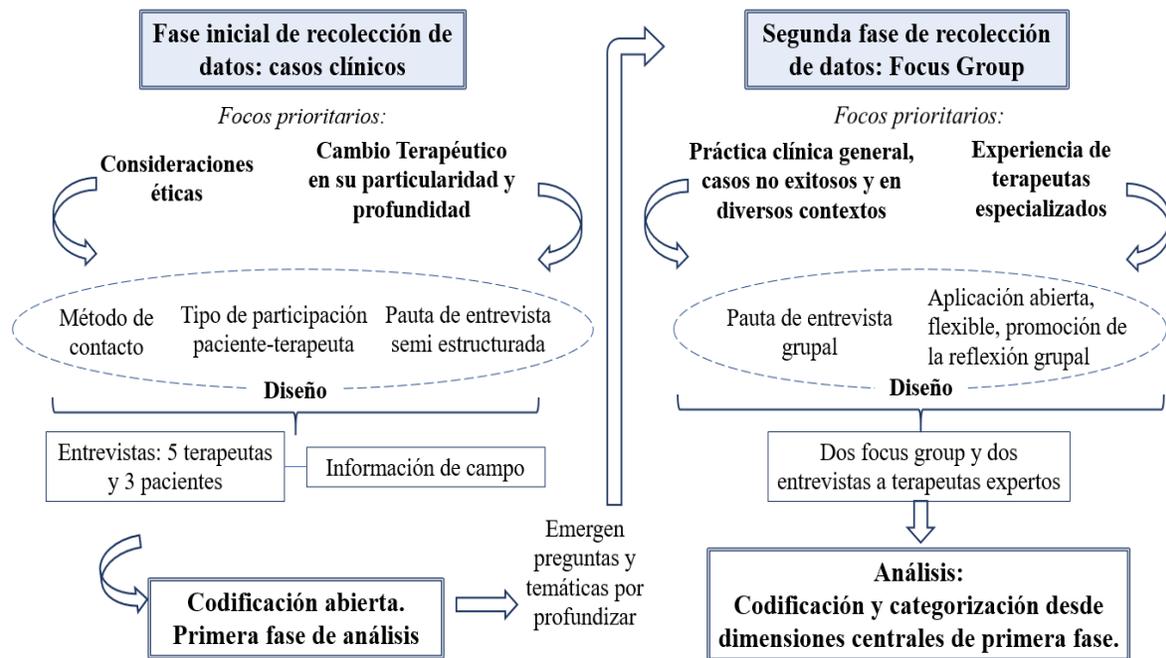
Dado lo anterior, se estableció la necesidad de contar con estudios en población adulta sobre psicoterapia en ASI desde la línea humanista-existencial, de modo de aportar a la comprensión de la clínica del fenómeno, desde la misma práctica y realidad local. Como objetivo general, se buscó comprender el proceso de cambio en psicoterapia con adultos que han vivido ASI, enmarcado en psicoterapias humanistas-existenciales, con énfasis en los procesos de cambio, estancamiento, alianza terapéutica y efectos en los pacientes. Este artículo se centra en la descripción de resultados sobre los objetivos de identificar y caracterizar los contenidos de episodios de cambio terapéutico y estancamiento.

## Método

### Diseño de la investigación

El diseño de la investigación de la cual deriva este documento fue visado por el Comité de Ética de la Universidad de Chile. El diseño implicó flexibilidad y ajustes respecto a la planificación original, por las implicaciones éticas, las problemáticas emergentes en el muestreo y la información que se fue recopilando. El proceso de investigación se explica en el siguiente diagrama (Figura 1), en donde resaltan dos fases centrales de recolección de datos y sus análisis, que fueron involucrándose entre sí.

**Figura 1**  
Proceso de investigación



En la primera fase, se buscaba comprender el proceso de cambio desde la particularidad y profundidad de casos clínicos. Se diseñó una entrevista semi estructurada en donde se pedía a los terapeutas relatar retrospectivamente el proceso terapéutico de un paciente adulto con quien se haya trabajado ASI y haya terminado su terapia por alta, narrando el transcurso de la terapia desde el inicio y pasando por las fases que condujeron al cierre. La entrevista se diseñó desde una lógica inductiva, para luego profundizar y detallar aspectos ligados a las preguntas de investigación, en base a preguntas abiertas (ejemplo: “cuéntame en términos generales cómo fue transcurriendo la psicoterapia con este paciente: qué temáticas se fueron abordando, qué cambios significativos fue presentando desde tu punto de vista y en qué momentos”). También se pidió que inicialmente los terapeutas no teorizaran sobre lo ocurrido, enfocándose en la experiencia misma, para luego ir dando impresiones desde sus perspectivas teóricas (con la finalidad de relevar el proceso terapéutico). En esta primera etapa, se recopilaban cinco casos, iniciándose codificación abierta, desprendiéndose las primeras categorías que sirvieron para la profundización en la segunda fase. Todos los análisis fueron realizados por la investigadora responsable, en supervisión de profesor guía, manteniéndose un plan de análisis basado en principios de Teoría Fundamentada.

La segunda etapa buscó acceder a la práctica clínica general de los profesionales, a través de dos focus group (con seis participantes en total), entrevistando además individualmente a dos terapeutas

humanistas especializados (más de quince años de práctica clínica con adultos que han vivido ASI, publicaciones y ponencias sobre la temática). Se pudo explorar de forma más amplia el fenómeno, buscando diferencias y similitudes en la práctica clínica, visualizando experiencias donde la psicoterapia se interrumpe, complementando los datos iniciales. Las pautas fueron diseñadas en base a los ejes temáticos: procesos de cambio, estancamiento, alianza terapéutica, efectos en los pacientes y desafíos.

### **Aspectos éticos**

Durante toda la investigación, la dimensión ética jugó un rol relevante, considerando las características del ASI. Los detalles del diseño fueron analizados con el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, más la opinión profesional de psicólogos clínicos. La entrevista de caso clínico implicaba que los y las pacientes autorizaran a sus terapeutas a narrar su caso. Para evitar transmitir presión por participar, se diseñó un protocolo de invitación a través de sus terapeutas, brindándoles indicaciones específicas para el contacto. Éstos les leían una carta de presentación de la investigadora, explicando los objetivos del estudio, recalcando la voluntariedad y confidencialidad, ofreciéndose espacio de comunicación para preguntas y comentarios sin compromiso alguno.

Se consideró importante que los y las pacientes tuvieran voz sobre su experiencia terapéutica, aunque para disminuir riesgo de afectación, se les invitó a participar en una entrevista breve, sobre los efectos de la terapia en su vida. De esta forma, los pacientes tenían dos opciones: autorizar solamente a sus terapeutas a narrar la terapia, o además, ser entrevistados en la modalidad descrita. A todos los participantes se les presentó un documento de consentimiento informado, recalcando la confidencialidad de los datos, transcripción y almacenamiento, además del carácter voluntario de su participación, pudiendo desistir en cualquier momento o negarse a responder preguntas. Para la segunda fase, se indicó a los terapeutas mantener reserva de datos que pudieran identificar los ejemplos de casos que compartían.

### **Participantes**

El muestreo fue de tipo teórico, ya que la selección de participantes fue modificándose a lo largo de la investigación, incorporándose unidades no previstas inicialmente para mejorar la calidad de la información, interrumpiéndose cuando se llegó a la saturación de datos. Los criterios de inclusión fueron: tener mínimo cinco años de experiencia clínica, formación de post grado o postítulo en algún modelo humanista-existencial y haber liderado psicoterapia con algún adulto que haya vivido ASI, llegando al alta terapéutica. Para la segunda fase, éste último criterio era más flexible: haber liderado al menos dos procesos de psicoterapia con adultos sobrevivientes de ASI, pudiendo ser casos concluidos, en proceso o interrumpidos. Se realizó convocatoria en centros especializados en violencia sexual con adultos, redes de terapeutas e instituciones de formación clínica.

En la primera fase, el contexto de crisis social del país causó que muchos pacientes retornaran a terapia, lográndose concretar cinco entrevistas de procesos terapéuticos, con duración de 70-90 min. Los pacientes tenían entre 21 y 45 años, solo uno era hombre y tres de ellos aceptaron dar entrevista. Los tiempos de terapia oscilaban entre 14 meses y cuatro años; solo una participante contaba con experiencia terapéutica previa. Sus experiencias de ASI obedecían a abusos reiterados, intrafamiliares o perpetrados por cercanos. Todos habían vivido otras formas de violencia, y tres de ellos se enmarcaban en ASI transgeneracional.

En cuanto a los terapeutas, participaron 12 en total, con cinco a 33 años de experiencia clínica relacionada a diversos modelos terapéuticos, cuatro se enmarcaban en línea experiencial, dos en humanista-transpersonal, cuatro en junguiana, más una analista existencial y otra terapeuta gestáltica. Ambos focus group quedaron compuestos por terapeutas de modelos diferentes.

### **Análisis de datos**

En la primera fase (entrevistas de casos), se llegó a una agrupación preliminar de datos, surgiendo las

dimensiones que posteriormente conformaron el grueso de los resultados. Algunas de estas dimensiones respondían parcialmente a las preguntas de investigación y otras aportaban nuevas temáticas relevantes. Se decidió continuar la codificación abierta de la segunda fase, para profundizar las grandes categorías emergentes y responder a preguntas teóricas que surgieron. En esta fase, se analizaron comparativamente los dos grupos de datos, de modo de que los casos descritos en su particularidad y profundidad, pudieran triangularse con las experiencias clínicas generales de los terapeutas. Además, debido a las características de los casos estudiados, se buscó que los análisis pudieran evidenciar tanto las semejanzas como las diferencias entre tipos de pacientes y características de los casos. Finalmente, con las subcategorías, categorías y agrupaciones de éstas en dimensiones, se procedió a la codificación axial, en donde se establecieron relaciones entre las categorías, los que finalmente se recopilaron en un modelo relacional.

## Resultados

Los resultados muestran que el proceso de cambio no se reduce a fases definidas, ya que los pacientes presentan particularidades en sus malestares, síntomas, y necesidades (propio de las consecuencias del ASI). Estos procesos tienen ritmos de avance que pueden ir variando. Los cambios en un área, pueden conllevar a la confrontación del paciente con una temática más profunda, apareciendo eventualmente episodios de estancamiento. Esta dinámica podría reflejarse en una circularidad ascendente, cuyo flujo permite mayor profundización de la herida traumática.

Las personas entrevistadas señalan que la develación del ASI suele darse avanzada la terapia, rara vez siendo motivo de consulta. Se observa que la develación al terapeuta constituye un evento significativo (sobre todo en casos donde se ha mantenido en secreto), enmarcándose en otros cambios previos, siendo la antesala para otros posteriores.

A continuación se presenta una síntesis descriptiva de contenidos de cambio terapéutico y episodios de estancamiento, los que se encuentran en inter relación, pudiendo presentarse alternadamente. Si bien en el diseño investigativo se trabajó con el concepto de 'episodios de cambio', en los datos aparecieron otras categorías, como hitos significativos y cambios graduales.

### Características del proceso de cambio

En este ítem, destacan características globales como el *dinamismo*: de un cambio, devienen nuevas necesidades y temas emergentes, generándose una exploración más profunda. Esto implica una suerte de circularidad en donde paciente y terapeuta transitan por fases en donde se experimenta un avance significativo, retornándose después de un tiempo el mismo tema desde otro ángulo. Las y los terapeutas también señalan que el proceso terapéutico tiene un determinado *ritmo*, donde algunas temáticas transitan con cambios más fluidos y rápidos, mientras que en áreas más críticas se requiere de mayor tiempo. Esto se hace más evidente ante el abordaje del ASI, como se señala en el siguiente extracto:

Él (paciente) tenía muchas habilidades yocicas y terapéuticas personales, en general la terapia con él se daba a gran velocidad. Él tenía mucha habilidad para relacionar y hacer insight, pero cuando llegamos a este tema (ASI), tuvimos que enlentecer mucho y abordarlo con mucho cuidado, él le tenía temor a acercarse y a descubrir algo más, por ejemplo. (Terapeuta 1)

Por otro lado, se desprende que los cambios son *particulares* a la realidad de cada paciente, sin darse un patrón definido en la comparativa de casos, lo que también fue referido por los terapeutas que participaron en los grupos de conversación. Finalmente, los cambios en un área o problemática, pueden incidir en otra, generándose una suerte de *efecto expansivo* que incluso se traslada al entorno del paciente, en tanto los cambios personales implican nuevas formas de relacionarse con sus cercanos.

### **Contenidos de los episodios de cambio**

Los terapeutas pudieron identificar episodios, como espacios definidos dentro de las sesiones en donde se evidenciaba la transformación del relato del paciente o en su expresividad, pudiendo, por ejemplo, verbalizar sus emociones, autocontener el llanto, experimentar un nuevo sentimiento, emergiendo una nueva figura. El *reconocimiento de un aspecto de sí mismo(a)* surgió como episodio significativo, ejemplificándose en momentos en que pacientes reconocen sus malestares o su sentir frente a sus cercanos, o cuando visualizan la relación entre sus experiencias y su comportamiento actual.

También aparece como episodio de cambio, la *transformación de sentimientos* que -previamente- predominaban o figuraban como estancados, los que pueden tomar curso hacia otros sentimientos o mermar y emerger con otro contenido (ejemplo: como una reflexión, nueva narrativa). Otros episodios de cambio se relacionan con *nuevas formas de auto contacto afectivo*, siendo notorio en relatos de pacientes que presentaban oscilaciones extremas en este ámbito (que se invaden por sus afectos o el auto contacto está interferido). Esto se tradujo en episodios en donde lograban verbalizar sus emociones o diferenciarlas, tomar cierta perspectiva de éstas y auto contenerse.

Había minutos en que ella se desarmaba y como que dejaba de estar ahí (...) era sólo su llanto desconsolado. (...) No es como que estuviera llorando, sino que ella se transformaba en el llanto. Después salía de este estado, lograba volver. No sin problema, pero lograba decir ¡ya! frente a esto, tal cosa. No sin dolor, pero se podía contener. (Terapeuta 2)

La *definición y priorización de necesidades* fue referido particularmente por terapeutas cuyos pacientes mostraban al inicio de la terapia agobio por múltiples problemas o discursos centrados en diversas circunstancias, lo que implicaba un trabajo paulatino por establecer en conjunto un foco terapéutico y la capacidad de los pacientes para quedarse y profundizar ciertos temas. Finalmente, la *conciencia sobre los recursos personales* emerge como un cambio más transversal que puede presentarse en diferentes casos y momentos de la terapia, pero que se hacía más notorio y frecuente en las fases finales, conllevando un sentimiento de logro y mayor autonomía.

### **Cambios graduales**

Corresponden a transformaciones que los terapeutas narran como progresivos, no remitidos a eventos ni episodios específicos. En general, se visualiza que tienen relación con el apartado anterior, sin embargo, también emergen otros elementos distintivos importantes de señalar. La *regulación emocional* dice relación con la capacidad que van adquiriendo los pacientes para gestionar y modular sus emociones, lo que en algunos se traducía en el manejo del estrés y reflexividad sobre sus afectos.

La *nueva relación con su corporalidad* surgió en pacientes que presentaban escasa conexión con su cuerpo o conflictos en torno a éste. Estos cambios se traducían en el cuidado de su apariencia física, noción de pertenencia y respeto por su cuerpo o en la conciencia progresiva de sus vivencias a nivel físico. En la *nueva mirada de sus vínculos significativos*, los entrevistados dan cuenta de una progresiva actitud comprensiva hacia los otros, junto con la conciencia de sus necesidades vinculares. Implicaba, por ejemplo, la posibilidad de confiar y visualizar la necesidad de ser cuidado o pedir ayuda.

Los cambios en la *autonomía y límites* se señalan particularmente notorios en pacientes que mostraban dependencia o sumisión con sus cercanos. Los terapeutas percibían en ellos una progresiva diferenciación de sus familias de origen, mayor autonomía al tomar decisiones y establecimiento de límites.

Se fue fomentando la independencia porque era una relación súper jerárquica (con ex pareja), la trataba como si fuera una hija... Entonces fue generando mayor autonomía. Si tenía que ir al supermercado no le pedía que la acompañara, iba sola. Si tenía que arreglar algo en la casa intentaba ver un tutorial en YouTube para no pedirle a él, ese tipo de cosas. (Terapeuta 4)

Los cambios graduales en la *visión de sí mismos* implican un progresivo proceso de autoaceptación y autoempatía, evidenciado en la disminución de la crítica interna. Esto derivaba en que al situarse frente a sí mismos desde el buen trato, los pacientes fueron abriéndose al autocuidado. En cuanto a la *vitalidad*, los entrevistados perciben que sus pacientes fueron mostrando mayor energía vital y motivación para enfrentar circunstancias adversas o incluso para funcionar cotidianamente. En ocasiones era señalado por los mismos pacientes u observado en su expresión no verbal. La *autenticidad* se traduce en mayor espontaneidad en sus relaciones cotidianas y en el espacio terapéutico. Algunos entrevistados señalaban este punto como un “soltarse” y mostrarse tal cual son, lo que incluso facilitaba el vínculo terapéutico.

### **Hitos de cambio: Acciones que trascienden el espacio terapéutico**

En esta categoría se sitúan cambios que se evidencian fuera del espacio terapéutico y que para los terapeutas fueron hitos clave. Los *límites o separación de parejas*, surgen principalmente en casos de pacientes con relaciones problemáticas o poco satisfactorias; por lo que desde el proceso de terapia se activa capacidad para poner límites y visualizarse con mayor autonomía, derivando en que decidan concluir sus relaciones. Este hito abre nuevas necesidades de trabajo en el espacio terapéutico, por lo que les implica afrontar el proceso de separación. La *búsqueda de justicia y apoyo* a terceros emergió en torno a la experiencia de ASI, en donde a raíz de lo trabajado en el proceso terapéutico, algunos pacientes concluyen la necesidad de realizar denuncia o conformar redes de activismo con otras personas victimizadas. Si bien esto no aparece como algo extendido en los procesos terapéuticos señalados por los participantes, en los casos en que los pacientes tomaron esta vía como parte de su proceso de superación, les fue significativo y la terapia conformó un rol de acompañamiento.

La *protección externa y validación de su experiencia*, fue particularmente relevante en dos casos revisados. En el primero, la terapeuta trabajó directamente con los padres para promover un cambio en su discurso sobre el ASI, y en el segundo, la decisión de denunciar al padre ofensor concluyó en sanción legal, con el reconocimiento de los hechos de parte de éste. Para ambas pacientes, estos cambios externos implicaron la sensación de contar con un entorno que las validaba, aportando significativamente en su bienestar. Si bien al tratarse de dos casos, no es posible generalizar este resultado, otorga la posibilidad de valorar el peso del entorno en el proceso terapéutico.

En mi proceso de reparación en algún momento me dije ‘he estado toda mi vida en psicoterapia, necesito algo más’. Justicia con la justicia. Y ese juicio llegó hasta el final, eso no pasa en Chile (...) Yo necesitaba justicia y (terapeuta) me ayudó, me mandó con un abogado de la red de ellos, con un abogado especialista. Y ese juicio fue lejos, llegó a sentencia. (Paciente 3)

### **Cambio y ASI**

La *desculpabilización* y *visión de sí mismos* como víctima, emerge como un cambio transversal y que los terapeutas consideran como significativo en el trabajo terapéutico. Esto emerge desde la comprensión de su posición de vulnerabilidad, lo que, en algunos casos, conlleva malestar emocional importante desafiando a los terapeutas a intervenir sobre la nueva figura del dolor de lo vivido y confrontarse con la indefensión. De esta forma, se aprecian movimientos hacia otras temáticas por el impacto de la desculpabilización. Algunos participantes señalan que los pacientes comienzan a desarrollar una nueva relación consigo mismos, desde la comprensión y la compasión.

Por otro lado, para los pacientes el ASI va tomando un *nuevo lugar en su trayectoria de vida*, reconociendo la influencia que éste tuvo en su desarrollo al igual que otras experiencias significativas. La *memoria del ASI* también va sufriendo cambios. En algunos casos, en el curso de la psicoterapia los pacientes van recordando más detalles o haciendo nexos con otros eventos de su vida, desarrollando sensación de mayor claridad. También se observan tránsitos por diferentes emociones en torno al recuerdo, lo que conlleva el *contacto con lo doloroso* de la experiencia, pudiendo ir desde la tristeza, culpa, rabia o incluso temor a la emergencia de más memorias. En algunos casos, esto genera desestabilización que requiere de la intervención cuidadosa y contenedora del terapeuta.

Cuando iba apareciendo el tema del ASI, ella cada vez estaba menos disociada y lograba entrar en contacto un poco más. Se conectaba un poco más con algunas emociones difíciles obviamente, pero lograba salir de ahí y transitar a otras cosas. (Terapeuta 5)

En algún sentido se deprimió, pero fue distinto las depresiones de antes, yo creo que fue un duelo. Quedó súper conectada con el dolor, en el fondo no lloró por su mamá, lloró por la pérdida, por su hermana, por su historia... Yo creo que por eso fue tan duro, porque se cayó entera, pero fue tolerando estar en el suelo... (Terapeuta 3)

Si bien estos tránsitos se aprecian particulares de caso a caso, en las fases más avanzadas de la terapia, los pacientes muestran mayor tranquilidad cuando mencionan lo vivido, visualizándolo como un evento pasado que no se hace presente como antes.

Hay un momento en que me dice 'yo siento que estoy en paz con esto, ya no me pregunto si fue la causal de mis problemas, no tiene sentido. Estoy tranquilo después de haberlo hablado, haberlo mirado'. A él lo calma mucho haberlo hecho realidad, como que está en paz con esa experiencia. (Terapeuta 1)

Los cambios en la *perspectiva de las figuras vulneradoras*, implica traspasar responsabilidad a aquellos que los ofendieron sexualmente. También los pacientes visualizan de manera más integrada a sus figuras de cuidado, reconociendo dinámicas de desprotección y negligencias. Por otro lado, van surgiendo cambios en torno a la *visión de sus patrones relacionales y el nexa con los abusos vividos*: van comprendiendo la influencia del ASI en su vida sexual, en sus relaciones de pareja, etc., estando atentos a la repetición de patrones violentos.

### **Cambios en la vivencia de la maternidad**

Esta categoría emergió como punto significativo en pacientes con hijos, por el temor a que también sufrieran ASI o por el abuso transgeneracional. Como cambio, emerge la diferenciación de sus figuras maternas no protectoras y potenciar su rol de cuidado, sintiéndose capaces de proteger a sus hijos. Esto conllevaba que las pacientes visualizaran la posibilidad de reconstruir la historia familiar.

Por otro lado, en la dimensión Estancamiento, la mayoría de los terapeutas se declararon incómodos con el concepto. En sus reflexiones, se aprecia que no tienen una visión de éstos como problemáticos, sino esperables e incluso necesarios para arraigar cambios y revisar problemáticas con sus pacientes. Para ellos, el estancamiento emerge como oportunidad para completar la vivencia emocional del ASI, de modo de desarrollar recursos internos para tolerar los afectos traumáticos, en el marco de un contexto relacional seguro. Los terapeutas señalan episodios de estancamiento que suelen tener alternancia con momentos de cambio, siendo agrupados en dos categorías principales. Se destaca que los terapeutas referían estos momentos como esperables y como una oportunidad para completar la vivencia emocional del ASI.

### **Episodios de estancamiento**

Primero, se encuentra la *reedición de síntomas*, apreciándose como expresión directa de lo traumático, pudiendo emerger a través de recuerdos intrusivos o sueños en torno al ASI, lo que en algunos casos se activa tras contacto con la figura ofensora o eventos externos relacionados. También puede manifestarse en una *emocionalidad reiterativa* y persistente que afecta el funcionamiento diario del paciente o también épocas de desregulación emocional. Esto suele activarse cuando la apertura del ASI en el espacio terapéutico implica contacto con el dolor de lo vivido, o cuando se trabaja en puntos centrales de sus efectos, como la culpa o la indefensión.

Mi paciente conectó con mucha rabia, y pasaba sesión tras sesión y seguíamos en la misma rabia y la misma rabia y yo siento que ahí, por ejemplo, hubo un estancamiento. Porque como que no fluía, no salíamos de ahí. Nos quedamos pegadas en la emoción y cada sesión fue lo mismo. (Terapeuta 8)

Se destacan además episodios en donde los pacientes muestran mecanismos disociativos y *escaso contacto emocional*, que para los terapeutas resulta comprensible desde los efectos del ASI. Estos mecanismos pueden emerger además ante períodos de estrés o ante el mismo proceso terapéutico sobre el ASI.

La primera etapa fue, todo el tiempo, un período bien frustrante. Era todo el rato como volver en lo concreto, porque ella olvidaba la sesión anterior. Entonces yo tenía que repasar 'hablamos de esto, hablamos de esto otro', y ahí empezaba acordarse. (Terapeuta 3)

Por otro lado, se aprecian episodios de estancamiento ligados a la repetición de *patrones de relacionamiento problemáticos*, principalmente en el ámbito de pareja, los cuales se presentaban incluso a posterior de momentos de cambio. Esto llevaba, por ejemplo, al retorno a relaciones abusivas, dinámicas de dependencia y sumisión.

Comenzaba a preocuparse en exceso de los demás y dejaba de ir a sesión. Entonces igual se estancaba, volvía a veces peor (...) Le empezó a poner límites (a pareja) y él cambiaba a ratos, una semana, y ella lo perdonaba... Entonces igual fue un tema como de prueba y error, hasta que finalmente se separó con mucho miedo. (Terapeuta 2)

De esta forma, se aprecia que lo que estanca son las consecuencias traumáticas de las experiencias vividas en sus diversas formas. Ante estos momentos de la terapia, los pacientes mostraban frustración y angustia por la sensación de no avance, tornándose algunos más demandantes con sus terapeutas o dudando del alcance de la psicoterapia.

### **Resistencia al cambio**

Los terapeutas igualmente reportaron momentos de resistencia en sus pacientes que solían tensionar la relación terapéutica y dificultar los avances; aunque teniendo sentido dentro del funcionamiento de éstos, sus experiencias y noción de mundo. Por ejemplo, algunos muestran resistencias iniciales a cambiar su relacionamiento a nivel de pareja (por temor a un eventual quiebre) o a la atención con psiquiatra. Estos se diferencian de los episodios de estancamiento, en que estos últimos implican una reedición de malestares y problemáticas iniciales. También algunos terapeutas señalan lo complejo del trabajo sobre la culpa en torno al ASI, pudiendo existir una comprensión cognitiva de que niños y niñas no son responsables; pero experimentan resistencia a nivel afectivo, por el costo que trae asimilar el estado de indefensión en el que se encontraron. Sobre este punto, resalta el relato de una terapeuta:

Me acuerdo que ella (paciente) que me decía en una sesión 'mientras yo tenga esta culpa significa que yo pude haber hecho algo. Entonces si tú me quitas la culpa, esto me puede volver a pasar, y a mí nunca más, nadie va a abusar de mí'. Para ella la rabia y la culpa eran formas de sostener su identidad. Ella prefirió y fue una decisión no avanzar en ese punto, porque se venía abajo (Terapeuta 12)

En los *focus groups*, fue posible obtener referencias sobre pacientes que desertaron tras períodos de estancamiento, desacuerdos o desestabilización. En la reflexión grupal, destacaron experiencias donde los pacientes desertaban tras hablar del ASI, teniendo la impresión que les era difícil de sostener, por lo que la desertación permitía evitar lo doloroso. Una de las pacientes cursó tres procesos de psicoterapia previos, evidenciando la fricción que vivió con su penúltima terapeuta, enmarcado en el trabajo del ASI:

Cuando uno va llegando al tema del abuso hay un retroceso. Yo lo viví, por eso tuve cuatro terapeutas. Aborté procesos, pero siempre supe que tenía algo pendiente. Porque con esa terapeuta (anterior) yo termine mal. Quería que yo fuera dos veces a la semana, me exigía y yo le decía 'no puedo, no soy capaz emocionalmente'. (Paciente 3)

## Discusión y Conclusiones

Los resultados se asemejan al planteamiento de otros investigadores sobre el cambio en ASI, en torno al dinamismo, gradualidad de las transformaciones y particularidad acorde a la realidad de cada paciente (Capella et al., 2018). El dinamismo puede observarse como una circularidad ascendente: tras un cambio significativo en un área, tiempo después terapeuta y paciente vuelven a retornar a dicha temática para la profundización. Además, que el cambio en un área incida en otra, hace sentido con lo planteado por Krause (2005) en relación a que los cambios se construyen unos sobre otros, aumentando el nivel de complejidad.

Por otro lado, la particularidad en los cambios, podría deberse a que los efectos del ASI forman un entramado complejo por la interacción con otras experiencias vitales, funcionamiento psicológico y mecanismos de sobrevivencia; existiendo áreas críticas en la herida traumática que pueden requerir tiempo de profundización terapéutica. Se destaca que los episodios de cambio referidos por los terapeutas son más acotados en relación a la gran cantidad de procesos que van mencionando y que no necesariamente aplican como momentos definidos en una sesión (como las categorías “hitos” o “cambios graduales”). Sería posible que los profesionales no los recuerden como episodios específicos, pero igualmente hayan ocurrido, o que los cambios operen en niveles internos, no observables directamente, de modo que los “cambios graduales” serían aquellos que se van gestando y los “episodios de cambio” son el “peak” o punto más evidente.

La categoría “hitos de cambio” (acciones o sucesos que emprenden los pacientes fuera del espacio terapéutico), muestra como lo trabajado intra sesión se expresa en su vida diaria y va definiendo necesidades para intervenir con sus terapeutas. De esta forma, el proceso de cambio no solamente se evidencia en el setting terapéutico, sino que se encuentra en interacción directa con el entorno. También resulta atingente lo planteado por Krause (2005) sobre que el cambio terapéutico no se encuentra directamente relacionado a episodios puntuales, sino a la conexión entre varios; haciendo sentido la sugerencia de observar los episodios enmarcados en un proceso terapéutico completo, junto con el contexto vital del paciente.

Destaca que en psicoterapias para ASI o trauma, se habla de fases con orientaciones para los terapeutas y posibles objetivos que buscar (Dearly, 2019; Herman, 1997; Mlotek & Paivio, 2017). Sin embargo, en los resultados, el transcurso del proceso de cambio fue más complejo y dinámico; lo que implicaría re pensar las orientaciones clínicas sobre estos casos desde futuras investigaciones.

Por otro lado, desde la visualización de los episodios de estancamiento dentro del proceso terapéutico global, se concluye que cambio y estancamiento se presentan bajo un continuo dinamismo. Si bien la definición de Herrera et al. (2009) permite diferenciarlos para fines conceptuales e investigativos, se observó que algunos cambios conllevaban movimientos en los pacientes que los confrontaban con problemáticas nucleares complejas. Por ejemplo, el cambio por reconocer malos tratos en una relación de pareja, conllevaba visualizar la necesidad de distancia, y por consecuencia, confrontarse con la dependencia emocional y el temor a la soledad (referido por Terapeuta 1). De esta forma, los episodios de estancamiento pueden comprenderse como oportunidades para la emergencia de un cambio significativo y más profundo, relacionándose con lo planteado por Herman (1997) sobre la necesidad de transitar por el dolor de la niñez herida, “siendo la causa más común de estancamiento en la segunda fase de recuperación” (p. 290). Es así como pueden emerger mecanismos compensatorios que requieren nuevas formas de relacionarse con lo doloroso y el tiempo necesario para el dolor. De esta forma, el estancamiento en casos de ASI podría entenderse como expresiones de la dimensión traumática: como señala Dearly (2019) como aspectos fragmentados del yo que impiden el crecimiento y desarrollo del paciente (“aspectos congelados del experiencing”), o como respuestas del sistema de autocuidado del self, que menciona Kalsched (2020), donde lo que impera es la necesidad de proteger a la psique de la desintegración. Es necesario que, en la emergencia de estas dificultades, los terapeutas podamos analizar qué aspecto de la herida traumática se está evidenciando.

Estos episodios pueden generar frustración y angustia en los pacientes, lo que implica hacer énfasis en el rol de contención del vínculo terapéutico. Como menciona Fischer (2005), solo en la medida en que la alianza terapéutica se fortalece, es posible escuchar al paciente hacia contenidos abrumadores y transformar sus resistencias. Así y todo, habría consecuencias traumáticas difíciles de movilizar, pudiendo existir síntomas que, de alguna forma, tienen un sentido estructurante en sus vidas, o que los pacientes no se encuentran en posición de transformar acorde a su situación contingente. Esto lleva a que profesionales de salud mental nos mantengamos en una constante reflexión de hacia dónde dirigir los cambios y si nuestras intervenciones están en sintonía con lo que el paciente puede afrontar.

Por otro lado, al enfocarse esta investigación en población adulta, caben diferencias en torno a la definición de cambio terapéutico con niños/niñas y adolescentes propuestos por Capella et al. (2012). Si bien se comparte la transformación en la visión de sí mismos y de los otros, en los resultados obtenidos resaltan cambios en la auto regulación y transformación de sentimientos. Esto podría deberse a la etapa evolutiva, en donde dicha capacidad se suele trabajar con niños y niñas en sintonía con los cuidadores a cargo. Puede ser que estos resultados también hayan surgido por el enfoque humanista desde donde se sitúa la investigación y que se visibiliza en la teoría del cambio de los terapeutas. De esta forma, los participantes dieron relevancia, por ejemplo, al área emocional, relacional y experiencial en la referencia de cambios de sus pacientes, ya que los visualizan desde este marco teórico.

Sobre este último punto, se aprecia que los contenidos de cambio ligados con regulación emocional, progresiva conciencia de sus vivencias a nivel físico y nuevas formas de auto contacto afectivo, permiten visualizar los cambios en los pacientes en su modo de experiencing, y el logro progresivo de una distancia experiencial más óptima (Dearly, 2019). Estos contenidos resultan interesantes para aplicarse como foco de intervención en ASI, ya que permite que los pacientes puedan procesar los afectos traumáticos; conformándose así en un área de aporte sustantivo desde la línea humanista- experiencial para estos casos.

Finalmente, esta investigación puede servir de orientación a terapeutas humanistas (u otros que dialoguen con sus teorías) para analizar procesos de cambio y dificultades terapéuticas, con adultos que han vivido ASI, brindando una mirada más comprensiva al dinamismo entre cambio-estancamiento; enfatizándose la continua reflexividad sobre el proceso particular de cada paciente.

En cuanto a las limitaciones de investigación, en la entrevista retrospectiva de la psicoterapia existe la posibilidad de que los terapeutas pasaran por alto información detallada, por lo que, lo recopilado es solo una muestra de los procesos y eventos emergidos, que además está supeditada a la mirada del profesional. Por otro lado, la mayoría de los casos revisados se enmarcaban en consulta particular y solo uno correspondía a un paciente varón, lo que reduce la variabilidad de la experiencia clínica analizada. En cuanto a lo metodológico, el análisis no contó con triangulación de pares, sino con guía y revisión docente. Si bien se buscó trabajar reflexivamente y desde una mirada abierta a la exploración, se podrían haber pasado por alto contenidos relevantes y los procesos de codificación podrían haber tenido la influencia de la práctica clínica de la investigadora.

Hubo temáticas que no se pudieron abordar en profundidad en el presente estudio, siendo interesantes de investigar a futuro. Por ejemplo, los terapeutas señalaron marcadas complejidades en la psicoterapia con pacientes que presentan funcionamiento límite o diagnóstico de trastornos severos de personalidad. Solo se pudo constatar que en estos casos los cambios se hacen muy complejos y que los profesionales percibían la imposibilidad de abordar más en concreto la experiencia de ASI, por la desregulación constante de los pacientes. Muchos de estos casos, concluían con procesos desertados, por lo que no fue posible ahondar en mayor profundidad la posibilidad de cambio o si requieren intervenciones diferenciadas.

Como proyecciones de esta investigación, sería interesante extender la metodología aplicada a

experiencias terapéuticas enmarcadas en otras líneas teóricas, de modo de visualizar si es que existe convergencia en el proceso de cambio y también rescatar otras miradas del abordaje del ASI. Lo mismo con lograr la participación de instituciones especializadas en materia de violencia sexual, ya que en dichos casos suele intervenir de forma multidisciplinaria; siendo interesante apreciar como el cambio se inscribe en un contexto de intervención de esa naturaleza, teniendo presente que, además, en dichas instancias, el ASI suele emerger como motivo de consulta.

## Referencias

- Armenta, J. (2002). Dolor, caos y recuperación: Un enfoque experiencial aplicado al abuso sexual. *Revista Mexicana de Psicología Humanista*, 31, 1-14. [http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/import/DOLOR\\_Y\\_CAOS...abuso\\_sexual.pdf](http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/import/DOLOR_Y_CAOS...abuso_sexual.pdf)
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Nolin, M. C., & Bergeron, S. (2021). Associations between childhood sexual abuse and sexual well-being in adulthood: A systematic literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332-352. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825148>
- Capella, C., Gutiérrez, C., Rodríguez, L., & Gómez, C. (2018). Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(1), 24-39. <http://dx.doi.org/10.4081/ripppo.2018.288>
- Capella, C., Rodríguez, L., Azócar, E., Lama, X., Núñez, L., Águila, D., Gómez, C., Espeleta, M., & Vázquez, V. (2022). Psychotherapeutic change in children and adolescents who have been sexually abused: A model from participants' perspectives. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(1), 89-101. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.583>
- Dearly, B. (2019). Restoring the wholeness of being: Working with trauma from the focusing-oriented experiential therapy perspective. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 7(2). <https://doi.org/10.59158/001c.71246>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J., Freitag, J., & Emmelkamp, P. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- Fisher, G. (2005). Existential psychotherapy with adult survivors of sexual abuse. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(1), 10-40. <https://doi.org/10.1177/0022167804269042>
- Gewirtz-Meydan A. (2022). Sexual dysfunction among childhood sexual abuse survivors: The "functional" dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(7), 694-705. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2044944>
- Hailes H.P., Yu R., Danese A., & Fazel S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Herman, J. (1997). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N., & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: Propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200010>
- Kalsched, D. E. (2020). Opening the closed heart: Affect-focused clinical work with the victims of early trauma. *The Journal of Analytical Psychology*, 65(1), 136-152. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12562>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- López Castilla, C. J. (2022). Psicoterapia de personas adultas que han sufrido abuso sexual en la Infancia. *Escritos de Psicología*, 15(1), 40-49. <https://dx.doi.org/10.24310/espiespcpsi.v15i1.14030>
- Mlotek, A., & Paivio, S. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704>
- Murillo, J., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J., & Hamilton, J. (2021). Abuso sexual temprano y su impacto en el bienestar actual del adulto. *Psicoperspectivas*,

- 20(1). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043>
- Noll J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 439-464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- Ogden, P. (2021). The different impact of trauma and relational stress on physiology, posture, and movement: Implications for treatment. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100172>
- Pereda, N., Guilera, G., Fornis, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Rull, J., & Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41(1-3), 81-105. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/249932/334446>
- Sousa-Gomes, V., Abreu, B., Moreira, D., Del Campo, A., Moreira, D. S., & Fávero, M. (2022). Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0001389>
- Tsur, N. (2020). Chronic pain personification following child abuse: The imprinted experience of child abuse in later chronic pain. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0886260520944529>
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.