

Abordaje Gestalt de un caso de abuso sexual

Mijares Fajardo, Jimena

2019-07

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4320>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudio con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



Abordaje Gestalt de un caso de abuso sexual

DIRECTORA DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
Que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

Jimena Mijares Fajardo

Índice

Resumen.....	3
Introducción	4
Formulación del caso clínico.....	7
Sesiones.....	9
Sesión Modelo.....	15
Método.....	19
Procedimiento.....	22
Resultados.....	23
Discusión.....	28
Conclusiones.....	29
Referencias.....	30

Índice de tablas

Tabla 1. Escala de Estrés Postraumático.....	28
--	----

Índice de figuras

Figura 1. Escala Global.....	24
Figura 2. Escala de Enojo.....	25
Figura 3. Escala de Depresión de Beck.....	25
Figura 4. Escala de Ansiedad de Beck.....	26
Figura 5. MMPI-2.....	26

Resumen

Este trabajo es un informe del caso de un joven de 23 años de edad, atendido en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) por una alumna del último semestre la Maestría en Psicoterapia, desde un enfoque Gestalt. El paciente reportó en la primera sesión como motivo de consulta, síntomas de estrés postraumático, y en la segunda sesión reportó haber sido abusado sexualmente en la infancia por su hermano mayor. El proceso terapéutico constó de veinticinco sesiones, bajo una modalidad de supervisión, por un grupo conformado por cuatro psicoterapeutas en formación y una terapeuta experimentada. Se presentan aquí los instrumentos y técnicas utilizadas durante el proceso y descripción de las sesiones. Los resultados cualitativos incluyen retomar la responsabilidad del propio bienestar, como alternativa a la estrategia de afrontamiento usualmente utilizada, la victimización; cuantitativamente disminuyeron los síntomas del estrés postraumático, de un puntaje T de 83 a 50 puntos, en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota. Se recomendó continuar con el proceso, para trabajar otros aspectos de la vida del sujeto.

Abstract

This is a report of the case of a 23-year-old boy, attended in the Psychotherapy and Significant Learning Orientation (OPTA) clinic by a student of the last semester, the Master in Psychotherapy, from a Gestalt approach. The patient reported as a reason for consultation, symptoms of post-traumatic stress, and in the second session reported having been sexually abused in childhood by his older brother. The therapeutic process consisted of twenty-five sessions, under a supervision modality, by a group made up of four psychotherapists in training and an experienced therapist. The instruments and techniques used during the process and description of the sessions are presented here. The qualitative results include taking responsibility for one's own well-being, as an alternative to the coping strategy usually used, victimization; quantitatively the symptoms of post-traumatic stress decreased, from a T score of 83 to 50 points, in the Multiphasic Inventory of the Minnesota Personality. It was recommended to continue with the process, to work on other aspects of the subject's life.

Palabras clave: abuso sexual, trastorno de estrés postraumático, Gestalt, resiliencia.

Key words: sexual abuse, posttraumatic stress disorder, Gestalt, resilience.

Introducción

En este documento se presenta el proceso terapéutico de un caso relacionado con incesto, con síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (American Psychiatric Association, 2014), atendido en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla, bajo un enfoque psicoterapéutico Gestalt, en el que la terapeuta fue supervisada por el equipo de trabajo y una supervisora titular. En este trabajo se presentan aspectos teóricos, instrumentos de evaluación psicométrica, descripción de las sesiones y resultados de la intervención.

Las características de la terapeuta que atendió el caso, son: sensibilidad, empatía, contención, acompañamiento, calidez y actitud profesional; otros factores asociados a la terapeuta fueron dificultades con establecimiento de límites, manejo de la propia ansiedad y reconocer los recursos del paciente (Oblitas, 2008).

El enfoque Gestalt tiene la visión de que la persona es un ser en constante crecimiento, capaz de modificar su comportamiento, desarrollando su potencial, encontrar soluciones por sí mismo a sus problemas y asumir la responsabilidad de conducir su propia vida. Pretende resolver asuntos pendientes de manera sana, al servicio de las propias necesidades. Describe a la conducta inadecuada como una señal de dolor emocional ocasionado por polaridades (Salama, 2007). En este caso la polaridad más importante fue: revictimización versus resiliencia.

El abuso sexual infantil se define como una experiencia sexual involuntaria antes de los 18 años de edad, en la que hay un desequilibrio de poder entre el abusador y la víctima (Pratiwi & Asyary 2017). Al hablar de abuso sexual se piensa más en mujeres como víctimas, los abusos sexuales a hombres, no han sido debidamente considerados y documentados. Es particularmente

difícil para éstos revelar que fueron sexualmente atacados, ya que nuestra sociedad los condiciona a ser dominantes, fuertes o poderosos (Wilwood, 1995). Actualmente se sabe que 1 de cada 13 varones en la población global, es víctima de algún suceso de violencia sexual (Tameka, Otgaar & Landström, 2018, p.46). Después del suceso, estas personas, luchan en silencio por superar los efectos emocionales del trauma que han sufrido. Puede que desarrollen Trastorno de Estrés Postraumático y tengan conductas de re-victimización aún años después de que haya ocurrido (Pratiwi & Asyary 2017).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5 por sus siglas en inglés), el TEPT se trata de síntomas específicos que se desarrollan a partir de la vivencia de un suceso traumático. Éstos tienen la duración de por lo menos un mes y se caracterizan por reacciones emocionales de miedo, síntomas disociativos, cogniciones negativas, patrones disfuncionales de comportamiento y problemas para mantener relaciones interpersonales estables. En cada persona se manifiesta de manera distinta; sin embargo, la característica principal de este trastorno es la reexperimentación del suceso (APA, 2014, p.271).

La prevalencia del TEPT en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y et al., 2005) reportó que el 1.9% de la población adulta mexicana desarrolló TEPT alguna vez en su vida, siendo los sucesos más frecuentes, relacionados con violencia familiar. Un dato más reciente, publicado en enero del 2018, por el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico (FCCyT), reporta que este trastorno está entre los cinco más comunes en el país, con una prevalencia del 1.5% en la población.

El caso del paciente de este trabajo, experimentó directa y repetidas veces la violencia sexual. Refiere que cuando él tenía cinco años de edad, su hermano mayor de diecisiete años, lo forzaba a: mirar pornografía, tocamiento de genitales, practicarle sexo oral y penetración anal

con objetos y con pene. En consecuencia, se manifiestan los siguientes síntomas de acuerdo a los lineamientos del DSM-5 (APA, 2014): recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso; en los sueños, el contenido está relacionado con el suceso, reacciones disociativas en las que el sujeto siente y actúa como si se repitiera el suceso, malestar psicológico intenso al exponerse a factores que se asemejen al suceso, evitación de estímulos asociados, creencias negativas, percepciones distorsionadas de sí mismo, estado emocional negativo, pérdida de interés en actividades cotidianas, desapego en sus relaciones sociales, irritabilidad, insomnio, hipervigilancia y comportamiento autodestructivo e imprudente; por ejemplo, ir a barrios peligrosos a altas horas de la noche esperando ser agredido.

Además de cumplir con los criterios para el trastorno de estrés postraumático, este paciente experimenta una relación conflictiva con la madre. Refiere que sentirse desprotegido por ella, pues no hizo nada al conocer la situación, y eso le ha dificultado confiar en sus relaciones interpersonales.

Objetivo general: Sistematizar la práctica psicoterapéutica.

Objetivos terapéuticos:

- Aminorar, desde una formulación gestáltica, la sintomatología del TEPT.
- Identificar y realizar trabajo de introyectos, con el fin de disminuir malestar psicológico (Salama, 2007).
- Realizar un trabajo interdisciplinar, con el apoyo de otros profesionales para la evaluación psicométrica y valoración psiquiátrica.
- Permitir y fomentar la manifestación de emociones mediante técnicas expresivas correspondientes a la terapia Gestalt (Salama, 2007).

- Desarrollar la responsabilidad del autocuidado, distinguiendo entre factores protectores y factores de riesgo, para hacer un óptimo uso de recursos psicológicos (Slaikeu, 2000).
- Fomentar que el paciente ejercite la polaridad de la revictimización: la resiliencia.

La variable independiente de este estudio fue la aplicación de estrategias psicoterapéuticas gestálticas, esperando que modifiquen la variable dependiente: síntomas del TEPT.

La importancia del estudio radica en establecer pautas efectivas y pertinentes de tratamiento para las personas que han sido sobrevivientes de episodios de abuso sexual, siendo un evento de alta prevalencia en la población. Con el propósito de promover conductas adaptativas y funcionales en el paciente.

Este estudio tiene algunas limitaciones, como las que se enlistan a continuación: No se pueden generalizar los resultados a otros pacientes, ya que se trató de un estudio de caso (Roussos, 2007). Por otro lado, los datos auto-informados, pueden contener factores potenciales de sesgo, debido a variables como la memoria, la atribución o la exageración del relato (Bernal, 2010).

Formulación del caso clínico

Datos de Identificación

Juan (pseudónimo) de 23 años de edad, sexo masculino, nació y vive en el Estado de Puebla, el 30 de marzo de 1998. Es soltero y tiene licenciatura trunca en Negocios Internacionales, cursando hasta el cuarto semestre de la carrera. Como ocupación, al inicio del tratamiento, se encontraba como ayudante en un comercio de dulces; actualmente tiene un negocio propio de cultivo y venta de malanga. Su religión es católica, sin embargo, hace muchos años no la practica.

Motivo de consulta

Juan acude a consulta por iniciativa propia tras notar que tiene dificultad para dormir, irritabilidad, pensamientos negativos sobre sí mismo, sensación de vacío, sentimientos de enojo, culpa y tristeza; desapego en sus relaciones interpersonales, estado constante de alerta e hipervigilancia, sensación de estar en peligro, falla en el cumplimiento de metas y proyectos personales y conductas imprudentes o autodestructivas. Comenta que dejó de estudiar y que no se siente a gusto en su actual empleo como ayudante en la tienda de dulces. Recientemente buscaba relacionarse con personas desconocidas, en barrios peligrosos de la ciudad, refiriendo que él no había tenido el valor de quitarse la vida y buscaba que alguien lo lastimara.

En la segunda sesión comentó que tiene una relación conflictiva con los miembros de su familia, a raíz de haber vivido abuso sexual, por parte del segundo de los cuatro hermanos. Juan tenía 5 años de edad y ocurrió repetidas veces a lo largo de aproximadamente dos años, hasta que su hermano dejó de vivir en casa; su hermano tenía ya 17 años de edad. El paciente describe que era forzado a mirar pornografía, ser tocado en los genitales, practicar sexo oral y recibir penetración anal con objetos y con pene. Tuvo el valor de acudir con su madre para contarle lo ocurrido, quien negó que pudiera haber sucedido, y se sintió nuevamente desprotegido, lo que hasta la fecha vuelve conflictiva la relación madre-hijo. Esta es la primera vez que Juan acude a proceso psicoterapéutico para elaborar el suceso traumático.

Sesiones

Se llevaron a cabo un total de 25 sesiones, una vez por semana. El proceso comenzó el 28 de agosto del 2018 y culminó el 28 de marzo del 2019. Hubo un receso de cuatro semanas entre las sesiones 16 y 17 debido a las vacaciones navideñas en las que el OPTA no estuvo operando. La

responsable de la supervisión de este caso, bajo el modelo gestáltico fue la Doctora en Psicología Nora Gurrola Sánchez. Los temas abordados en cada sesión fueron:

1. Motivo de consulta y objetivos terapéuticos. Juan acude a consulta porque se siente triste, irritable, ha aumentado de peso, dejó de estudiar hace un año, iba en cuarto semestre de la carrera de Negocios, se alejó de sus amigos, tiene dificultades para dormir, se dice cosas negativas a sí mismo; por ejemplo: "No lo voy a lograr". Su objetivo es enfocarse en sí mismo. Se mostró sensible, lloró la mayor parte de la sesión.
2. Juan refirió al inicio de sesión que se siente culpable, triste y con dudas acerca de sí mismo. Al preguntarle, culpable de qué, comenzó a llorar. Dijo que su hermano mayor, el segundo, abusó sexualmente de él. Juan tenía aproximadamente cuatro o cinco años y su hermano 17 años. Lo tocaba en los genitales y le pedía tocarlo también, lo hacía ver pornografía y en varias ocasiones lo penetró pene-ano. Le tapaba la boca y lo amenazaba con no decir nada, o de lo contrario lo iba a golpear o matar. Le decía que era un juego y que Juan era quien provocaba el abuso. Refiere que se siente inseguro y que ya no quiere vivir, no ha intentado quitarse la vida, sin embargo, comete actos imprudentes, por ejemplo, irse a lugares desconocidos con personas desconocidas, refirió: *"así, a lo mejor y me acuchillan y dejo de sufrir"*. Intentó contárselo a su mamá cuando era un niño, y su mamá no le creyó, así que permaneció muchos años en silencio. Refirió que después de hablar del abuso en sesión, se sintió más aliviado y en confianza. Se brindó escucha empática, psicoeducación y una técnica de relajación, la cual se le dejó de tarea para esta semana.
3. Juan mencionó que se siente: culpable, sucio, con miedo, con dificultad para saber quién es, triste, enojado, se odia a sí mismo, se siente tonto, no le gusta su cuerpo, cree que a nadie le

importa y siente un vacío en su interior. Se realizó la técnica Gestalt: "vacío estéril - vacío fértil". Pudo darse cuenta de que realizar actividades que le gustan lo hace sentir fuerte.

4. Se habló del enojo que siente hacia su mamá por haberse sentido desprotegido, y logró el “darse cuenta” de que se relaciona con los demás a través de un rol de víctima.
5. Renunció a su trabajo, el catorce de septiembre de 2018, porque el señor era grosero, a perspectiva de Juan. Se da cuenta de que puede poner límites. Sonreía al platicar que ya se puso en marcha su negocio propio sobre la venta de malanga. Refiere que ha puesto pocos límites en su vida, y que ahora que es adulto puede comenzar a hacerlo. Se habló sobre lo difícil que es esperar a que los demás cambien para que él tenga bienestar, en cambio, su estado de ánimo puede estar en sus manos, a pesar de que los demás no se comporten como él quisiera. Respecto a esto, estuvo de acuerdo, y dijo que esto le recuerda a una sesión pasada, en la que aprendió que ahora que es adulto, puede protegerse a sí mismo.
6. Expresó que se ha sentido confundido referente al cambio de estilo de vida, en que ha pasado paulatinamente de la victimización al autocuidado, dice que son cambios en su forma de vivir y de pensar, con los cuales no se siente cien por ciento acostumbrado, sin embargo, se da cuenta de que lo hacen sentir mejor, por ejemplo, darse cuenta de que ahora él puede protegerse a sí mismo. Sin embargo, refiere que ha estado buscando cariño en los demás. Se le preguntó cómo puede darse ese cariño a sí mismo. Concluyó que el puede cuidarse, que puede atender a sus necesidades.
7. Refirió que ha estado yendo a nadar dos veces por semana y ha tenido buena venta del malanga. Se le recalcó que ha podido hacerse cargo de sí mismo. Se le propuso apoyarnos con un medicamento para disminuir los sentimientos de tristeza. Comentó que le gustaría recibir el apoyo económico de la madre para pagarse las consultas y los medicamentos, y que

esto podría ser una oportunidad para hablar con ella y contarle sobre el abuso. Se le propuso que la siguiente sesión formularíamos un plan de qué y cómo decirle. Después se hizo una técnica de relajación.

8. Se realizó la técnica de la “silla vacía” para expresarle a la mamá el enojo por sentirse desprotegido. Comenta que ahora es más fácil expresarse cuando se siente enojado. Después del ejercicio se habló sobre la polaridad autenticidad vs. aparentar que no siente nada, lo cual le dificulta relacionarse con los demás de manera profunda. La sesión acabó con una técnica de relajación.
9. Se implementó la técnica de la metáfora. Se le reflejó, intentando sacarlo de la victimización, que a pesar de que le ha tocado vivir situaciones difíciles, aquí sigue. Se le comparó con un diamante, es decir, haber pasado de ser un carbón sometido a alta presión y altas temperaturas, ha salido fortalecido. Al hablar sobre sus fortalezas reconoció que es inteligente y bueno para resolver problemas.
10. Apego al medicamento. Se trabajaron las ideas distorsionadas al respecto: *"me voy a volver adicto"*, *"estoy muy mal"*. Entonces se brindó psicoeducación. Después se tocó el tema de la confusión en la orientación sexual, y de la incapacidad para disfrutar del contacto físico con otra persona. De tarea se le dejó disfrutar los cinco sentidos.
11. Lleva una semana tomando sertralina, recetada por la psiquiatra. Refirió que no disfruta de una relación sexual. Cuando hay tocamiento de genitales, revive el abuso y se siente indefenso y vulnerable. Se le pidió que recordara experiencias en general en las que haya podido poner límites y poner un alto a situaciones que le incomodan. Además, se realizó reestructuración cognitiva y sobre sentirse como un niño vulnerable, versus sentirse como un hombre que ahora puede decir “no” a lo que no le gusta.

12. Intentó hablar con su mamá sobre el abuso, pidiéndole que lo acompañe a una sesión de psicoterapia para trabajar el asunto de no haberse sentido protegido. Juan le recordó la noche en la que él se atrevió a gritar pidiendo su ayuda, y ella entró al cuarto, pero su hermano lo escondió bajo las cobijas y le tapó la boca. La mamá dice no acordarse de esa noche, y le dijo que estaba inventando cosas. Juan lloró desconsoladamente en esta sesión, refiriendo sentirse triste porque su mamá no le cree. Entonces se realizó un ejercicio de imaginación, en el que Juan adulto le da consuelo al Juan niño. Se dijo a sí mismo que todo va a estar bien, que el abuso va a terminar y que no es su culpa. Al terminar el experimento se sintió aliviado, dijo que este ejercicio le hizo sentir paz. Se terminó la sesión con un ejercicio de relajación.
13. Desea retomar los estudios. Refiere que tiene miedo de que su mamá no le brinde apoyo económico para pagar la colegiatura. Se le pidió que hiciera una lista de pros y contras de las opciones que tiene para solucionar este problema y elegir la opción que mejor le conviene. Eligió ingresar a la carrera de Derecho, porque quiere defender a personas víctimas de violencia. Pidió ejercicios sobre memoria y atención-concentración para estudiar.
14. En esta sesión se realizó la técnica "manejo de introyectos". Su mamá le ha dicho "*no puedes*", a lo largo de los años. Entonces hicimos una lista de evidencias a favor y en contra de esa idea. Se dio cuenta de que es capaz de lograr muchas cosas y de sentirse fuerte. Después se hicieron ejercicios con el cuerpo. Se le pidió que empujara con las manos a la terapeuta, haciendo conciencia de su fuerza, y después que lo hiciera repitiendo el pensamiento alternativo "*sí puedo*". Después, el abrazo mariposa, como un gesto de cariño a sí mismo. Se da cuenta de que él puede cambiar su auto concepto, con base a ideas más realistas de sí mismo.

15. Refirió que tiene miedo de que alguien le haga daño. Se habló de cómo en el aquí y en el ahora, él puede protegerse a sí mismo.
16. Comentó que se siente con menos miedo gracias a los nuevos pensamientos y a las técnicas de relajación. También, reveló que se reunió con amigos, a quienes hace tiempo no veía. Se da cuenta de que merece cosas buenas. Pidió ejercicios de habilidades lógico matemáticas para prepararse para los exámenes de admisión.

Hubo un periodo de descanso por las vacaciones de Navidad entre el 6 de diciembre de 2018 y el 10 de enero de 2019.

17. Se trabajó el pensamiento "*me siento desprotegido*". Se realizó aceptación incondicional. Después se habló de situaciones en las que sí se ha sentido protegido por él mismo. En ese momento de la sesión dejó de llorar y empezó a sonreír a suspirar. Hablamos de proyectos personales y de su habilidad actual para ponerle límites a la gente. Se da cuenta de que tiene poder sobre sí mismo y sobre las circunstancias, y no siempre se tiene que poner en una postura de sumisión.
18. Al solucionar un problema cotidiano, lo hace sin el acompañamiento del terapeuta. Puede ir del apoyo al autoapoyo. Se enfoca menos en el pasado y en lo negativo; tiene un pensamiento más optimista, enfocado a metas.
19. Juan detectó los patrones de relación en el que él le pide apoyo a su mamá y ella lo niega. Se generaron opciones para cambiar este ciclo, desde lo que Juan puede hacer. También pidió consejo sobre qué hacer cuando tiene pensamientos negativos automáticos y se hizo un repaso sobre la reestructuración cognitiva.

20. En esta sesión el equipo terapéutico estuvo del otro lado del espejo en la cámara Gessell.
Juan contactó con la tristeza y el dolor de no sentirse cerca de su papá. La mamá se siente traicionada cuando Juan intenta comunicarse con su papá, además de que la nueva pareja de papá tampoco quiere ese acercamiento padre-hijo.
21. Pidió retroalimentación de lo que se comentó con el equipo terapéutico. Se le hizo saber que el equipo lo percibe como alguien fuerte y capaz de afrontar la vida. Se sensibilizó al escuchar esto. Sin embargo, comentó que no quiere dejar la terapia y que él quiere seguir viniendo. Con suavidad se le hizo saber que este proceso va a terminar y que puede poner en práctica esa fortaleza.
22. Para él, fue una recaída, el contacto sexual con un hombre, ya que revivió sentimientos de culpa y pensamientos sobre sentirse sucio. Se programaron pasos consecutivos sobre una desensibilización sistemática. Se le comentó que puede seguir trabajando el abuso de distintas formas a lo largo de su vida. Sin embargo, en este proceso, el objetivo inicial de la polaridad victimización vs resiliencia se cumplió. Se le dio el número telefónico de la sexóloga Adriana Piña para continuar esta preocupación con dicha especialista.
23. Post test MMPI-II.
24. Post test Escala de Estrés Postraumático.
25. Devolución de resultados y prevención de recaídas.

Sesión Modelo

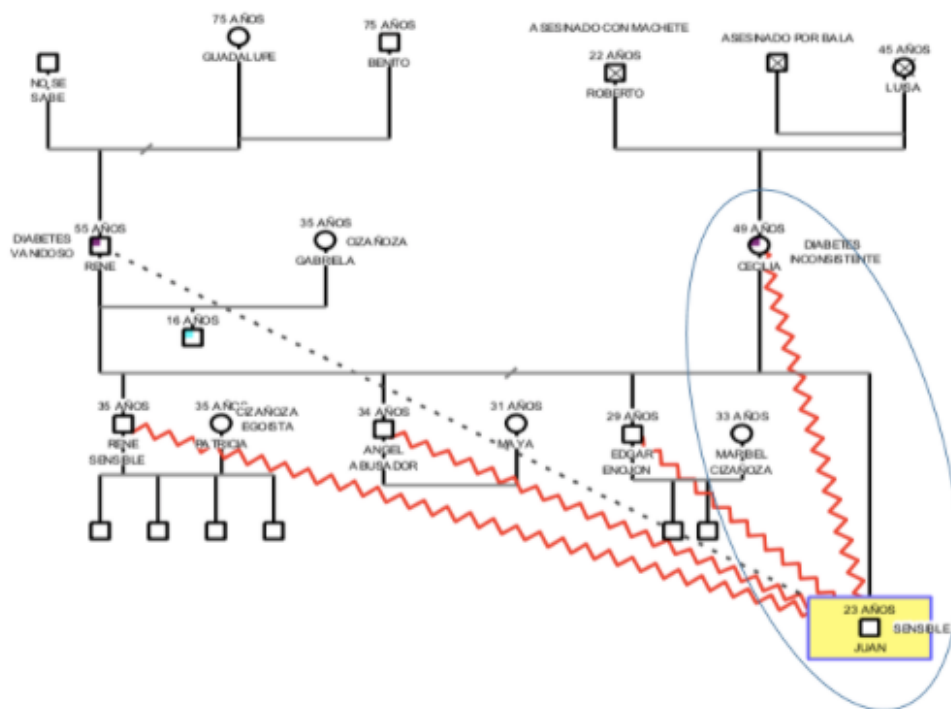
La sesión 8 fue llevada a cabo el 9 de octubre del 2018 en la Clínica de Orientación y Psicoterapia (OPTA) ubicada en la Universidad Iberoamericana Puebla.

Juan acude con playera negra, pantalón de mezclilla, gorra roja; lloró y tomó varios pañuelos desechables, se acomodaba constantemente en el sillón, como si se fuera a poner de pie, posaba la palma de la mano derecha en el descansabrazos y se inclinaba hacia delante. Por otro lado, la terapeuta permaneció atenta y con escucha empática, a la vez que dirigía la técnica.

Como antecedentes personales de Juan, es importante mencionar que, el nacimiento y desarrollo biológico fue acorde a lo esperado a la edad, vive con su mamá, le gusta practicar la natación, se dedica al cultivo y venta de malanga en Acatzingo, Puebla. Se considera a sí mismo como alguien tímido e incapaz, le desagrada su cuerpo y tiene dudas sobre su orientación sexual. Por otro lado, en la esfera social, Juan ha tenido dificultades a lo largo de la vida para establecer relaciones saludables y duraderas con otras personas. Se percibe con pocos amigos y escasas redes sociales de apoyo; teme acercarse a la gente porque podría resultar herido y no ha sabido cómo manejar ese temor. Respecto al área académica, Juan acudió al colegio Benavente en la primaria, no le gustaba el enfoque que el colegio daba a la familia, porque él pensaba que no tenía una bonita familia. Refiere que tenía dificultades para concentrarse y para estar a la altura de la clase en conocimientos de matemáticas. Hubo un cambio de colegio por problemas económicos y cursó la secundaria en una escuela pública, ahí se inscribió a las actividades extracurriculares que la institución ofrecía, tales como, baile, teatro y voleibol. Juan refiere que en esa época estudiantil no aparecían los síntomas, quizá por participar en dichos talleres. Posteriormente, la situación económica mejoró y regresó a estudiar el bachillerato al Colegio Benavente. Ingresó a la Universidad de las Américas Puebla para estudiar la licenciatura en Negocios Internacionales, sin embargo, en cuarto semestre decide desertar sus estudios, cuando el hermano abusador regresa a la casa materna, refiere que se sentía triste e impotente como para

lograr cualquier cosa. En cuanto a enfermedades médicas, Juan no reporta padecimientos de salud a lo largo de la vida, ni actuales.

Respecto a la esfera familiar, Juan vive con su mamá. Sus padres se divorciaron cuando él tenía cinco años de edad, a causa de la infidelidad por parte del papá, quien formó una segunda familia. Juan es el hijo menor, tiene tres hermanos varones mayores, quienes ya han dejado la casa de los padres y tienen sus propias familias. Se ha mantenido una relación conflictiva con la mamá, distante con los hermanos y dejó de tener relación con el papá. Los escenarios vinculados con la familia son el negocio, las clases, los amigos y la natación para Juan; el cuidado de los nietos para la mamá. A continuación se muestra el genograma:



El síntoma abordado en esta sesión fueron los sentimientos de enojo que vuelven conflictiva la relación con la madre. El enfoque psicoterapéutico aplicado fue Gestalt. El objetivo de esta sesión fue la expresión de emociones mediante la técnica “Silla vacía”, ya que según Zinker

(2003) la silla vacía se convierte en una persona de la historia personal con quien uno tiene situaciones inconclusas, es una herramienta que proporciona al paciente la oportunidad de expresar lo que ocurre en su interior y después integrar esas emociones de manera creativa. Para realizarla, se le pidió a Juan permiso para realizar un ejercicio y que una vez que él accediera, bajarán las resistencias, después se le pidió que se sentara frente a un sillón vacío y se le pidió que describiera a su mamá; una vez que la tenía visualizada se le pidió que expresara lo no expresado y finalmente se realizó retroalimentación y cierre.

A continuación se presenta un fragmento significativo de la sesión, en donde “P” hace alusión al Paciente y la “T” a la terapeuta:

P: *Por qué no me apoyaste cuando fui niño, no me apoyaste (sin cambio en tono de voz o expresión emocional).*

T: *A ver, vuélveselo a decir.*

P: *Te conté que Beto (pseudónimo) abusó de mí cuando era niño, e hiciste como si nada hubiera pasado (baja el tono de voz y frunce el ceño), apoyas a tus otros hijos, y a mí me hiciste a un lado. ¿Por qué no me hiciste caso cuando te dije lo que me hizo?*

P: *(Voltea a ver el sillón vacío) cuando era niño me violó mi hermano, me hizo sentir mal y confundido.*

T: *¿Si cambiaras “mal” por otra palabra, cuál sería?*

P: *Triste (llora) y confundido porque no entendía por qué me hizo algo así mi hermano, me siento triste, mal, molesto. Me duele que no hiciste caso, te valió lo que me pasó y eso me molesta (llora y después suspira).*

T: (Después de un silencio) *¿Cómo te sientes?*

P: *Más tranquilo de poder hablar sobre el abuso.*

T: *¿De qué te das cuenta?*

P: *De que necesito apoyo*

T: *¿Apoyo de quién?*

P: *De mi mamá y de mí.*

T: (sonríe) *¿De ti?*

P: *Sí... como hemos visto en otras sesiones, ahora soy un adulto, lo que me pasa depende de mí.*

T: *¿Por ejemplo?*

P: *Por ejemplo quiero aprender matemáticas, relacionarme con gente que me haga bien, tener amistades que me valoren y que yo valore...*

El resultado obtenido fue satisfactorio ya que además de brindarle a Juan un espacio para expresarse, éste logró hacer conciencia del auto apoyo y a la responsabilidad que tiene sobre sí mismo y su bienestar. Los factores asociados a la terapeuta (Salama, 2007, p. 213) que influyeron fueron: escucha empática, incrementar la conciencia del paciente, empleo de

experimentos, encuentro interpersonal cálido, con intuición y ética profesional. Por otro lado, se trata de una terapeuta que aún es estudiante y se encuentra poco familiarizada con la técnica, que a pesar de haber estudiado antes de aplicarla, se sintió con ansiedad en los primeros minutos de la aplicación y se fue calmando conforme avanzaba la sesión, retomando la confianza en sí misma.

Método

Sujeto

Se realizó un estudio de caso con un sujeto masculino de 23 años de edad, con escolaridad de licenciatura trunca, soltero, comerciante. Paciente que acude de forma voluntaria al OPTA.

Instrumentos

En esta sección se describen los instrumentos utilizados para la evaluación psicométrica del paciente. La aplicación de estas pruebas, como parte del protocolo del OPTA a todos los pacientes, se realizó en las sesiones 1, 5, 10 y 15 como una forma de medir los cambios durante el proceso terapéutico. Además, a Juan se le aplicaron el MMPI-2 y la Escala de Estrés Postraumático, en las sesiones 3 y 24 a modo de pre-test, post-test para evaluar el cambio. A continuación se describen los instrumentos utilizados:

- 1) La **Escala Global** (Alcázar, 2012), mide el funcionamiento de la persona, en diferentes áreas de la vida: laboral, escolar, relaciones interpersonales, salud física y sexualidad. Estas áreas son puntuadas del 1 al 6, siendo 1: “nada”, 2: “casi nada”, 3: “poco”, 4: “regular”, 5: “mucho” y 6:

“muchísimo”. Un ejemplos de reactivo es: “Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada”.

- 2) Inventario de Depresión de Beck** (Beck, 1988), está diseñado para medir los síntomas de la depresión. Los aspectos que evalúa esta prueba están relacionados con: estado de ánimo, sensación de fracaso, satisfacción, sentimientos de culpa, odio, auto-acusaciones, pensamientos sobre auto lesión, llanto, irritabilidad, retraimiento, indecisión, percepción de la imagen corporal, inhibición, dificultades para dormir, fatiga, cambios en apetito y peso, somatización y pérdida de libido. Se marca con una “X” del 0 al 3 la respuesta que más represente la experiencia del paciente en los últimos 15 días, siendo a mayor puntaje mayor sintomatología. Un ejemplo de reactivo es: “Yo no me siento triste (0), Me siento triste (1), Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo (2), Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo (3)”. El inventario se compone de 21 reactivos y fue estandarizado para su uso en una población mexicana (Jurado, et.al. 1998). El análisis de consistencia interna arrojó un valor de alfa de Cronbach de .87. (Calleja, 2011). Se considera una depresión Mínima cuando se obtienen de 0 a 9 puntos, Leve de 10 a 16 puntos, Moderada de 17 a 29 y Severa cuando hay un puntaje que va de 30 a 63 puntos.
- 3) Inventario de Ansiedad de Beck** (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) mide la sintomatología de la ansiedad durante los últimos 15 días. Algunos de los elementos que analiza este inventario son: miedo a que pase lo peor, dificultad para relajarse, nerviosismo, dificultad para respirar y sudoración, entre otros. La prueba cuenta con 21 reactivos los cuales en los que se marca con una “X” la respuesta del 0 al 3, siendo a mayor puntaje mayor sintomatología. Un ejemplo de reactivo es: “¿Cuánto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive hoy?: Dificultad para relajarse: Poco o nada (0), Más o menos (1), Moderadamente (2), Severamente (3).” Este inventario fue adaptado para población mexicana (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001) y tiene

una confiabilidad de alfa de Cronbach de .83. Cuando se obtienen de 0 a 15 puntos se considera que la ansiedad es Mínima, de 16 a 30 puntos es Leve, de 31 a 63 es ansiedad Severa.

4) Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999), mide la predisposición de una persona a experimentar enojo. Se trata de un formato de respuesta tipo Likert del 1 al 4 en la que el 1 significa: “casi nunca”, 2: “algunas veces”, 3: “frecuentemente” y 4: “casi siempre”.

Un ejemplos de reactivo es: “Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado”. Es una prueba validada en México por Alcázar, et.al. (2011), obteniendo una confiabilidad con una alfa de Cronbach de .83. Un puntaje de 10 a 16 puntos se clasifica como: Bajo; de 17 a 22 puntos: Promedio y de 23 a 40 puntos: Alto.

5) Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) (Hathaway & McKinley, 1995). Mide tipos de personalidad y desórdenes emocionales. Consta de 567 reactivos, en los que el paciente responde “V” o “F”, haciendo alusión a: Verdadero, Falso. Algunas de las escalas que mide esta prueba son: paranoia, autoestima, problemas familiares, masculinidad-feminidad, introversión social, estrés postraumático, hostilidad, entre otras. Un puntaje T de 50 corresponde a la población normativa y un puntaje igual o superior a T 65 o superior, corresponde a la población clínica es indicador de psicopatología. Ejemplos de reactivos son: “ En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad” o “Casi todo el tiempo me siento preocupado”.

6) Escala para Estrés Postraumático en universitarios mexicanos (Mendoza-Mojica, Márquez, Guadarrama & Ramos, 2013). La escala está conformada por dos apartados: El primero es una lista de 32 sucesos que podrían generar síntomas de TEPT, que han ocurrido a lo largo de la vida del individuo. Luego, el sujeto elige un suceso de la lista, según su percepción como un hecho

que fue amenazante para su integridad. Sucesivamente, se le pide que lo describa y que señale la gravedad percibida en una escala del 1 al 10. El segundo apartado consta de 65 reactivos referentes a cuatro factores: hiperactivación, reexperimentación fisiológica, reexperimentación cognitiva, evitación del tipo embotamiento emocional y evitación de tipo alejamiento. La frecuencia de dichos síntomas se delimita para los últimos doce meses, a partir del suceso señalado, aunque hay ocurrido años atrás. Las respuestas se plantean en una escala tipo Likert donde 1 fue Nunca, 2 A veces, 3 Varias veces al mes, 4 Varias veces a la semana, y 5 A diario. Un ejemplo de reactivo es: “En los últimos doce meses qué tan frecuente te ha ocurrido... Tener pesadillas”. La confiabilidad que esta escala obtuvo fue un alfa de Cronbach de .96. La media general, de la población normativa, es de 88.51.

Procedimiento

Se clarificó la problemática principal, que fueron los síntomas de estrés postraumático desencadenado por una vivencia de abuso sexual en la infancia. Se eligió el enfoque Gestalt para llevar a cabo las sesiones, que fueron registradas con audio grabación y notas. Se aplicaron las pruebas psicométricas mencionadas antes, durante y al final del proceso. Junto con la información recabada en las entrevistas, mediante el autorreportaje; se elaboró el análisis de datos que se describen en el siguiente apartado.

Resultados

Al finalizar el proceso terapéutico, se pudieron apreciar en Juan ciertos cambios, los cuales pueden ser clasificados en: cualitativos y cuantitativos.

Resultados cualitativos

Los cambios registrados en la observación de la conducta no verbal de Juan revelan que dejó de vestirse con ropa oscura e informal, y usar colores; dejó de cubrirse la cabeza con una gorra, mejoró el aspecto de la piel, se arregló los dientes con ortodoncia, pasó del llanto en casi toda la sesión a sonreír y poder abordar temas cotidianos con menor carga emocional. Elevó el tono de voz y mejoró su postura corporal, enderezando la espalda y abriendo el pecho al sentarse y caminar. Toleraba el contacto físico del saludo, incluso abrazó a la terapeuta en la última sesión como despedida.

Otros cambio significativos fueron los auto revelados por el paciente. Retomó los estudios, ingresando a un curso para el examen de admisión de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, para estudiar la Licenciatura en Derecho y desea dedicarse al área penal para ayudar a personas víctimas de violencia, sanando así su propia experiencia. Dejó de enfocarse en aspectos negativos del pasado, para dejar entrar las ilusiones de metas y planes enfocados a su crecimiento. Comenzó un negocio propio del cultivo y venta de malanga. Mejoró la relación con su mamá, al establecer límites en casa. Retomó el deporte, practicando natación dos veces por semana. Y, lo más importante, para él, es que dejó de sentirse con miedo, triste, vacío, y reporta que tiene ganas de disfrutar la vida y se siente responsable en lugar de víctima. Refirió en la sesión de cierre, que lo que más le ayudó fue sentir que alguien creyera en él y ser escuchado.

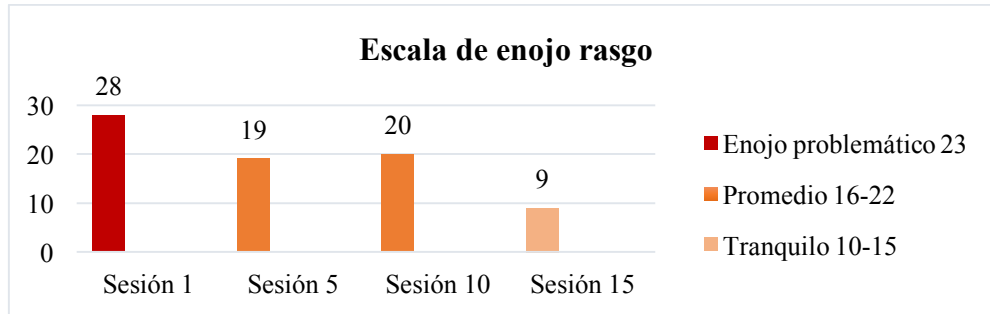


Figura 2. Escala de enojo rasgo

Nota: Elaboración propia.

Como se ve en la Figura 2, el puntaje de enojo problemático es considerado a partir de 23 puntos, el promedio va de 16 a 22 puntos y la gente que se considera tranquila obtiene un puntaje de 10 a 15. Juan pasó de tener enojo problemático iniciando con 28 puntos, hasta llegar a una desaparición del síntoma y considerarse una persona tranquila, con 9 puntos. Por otro lado, los síntomas de depresión disminuyeron, según la Escala de Depresión de Beck:

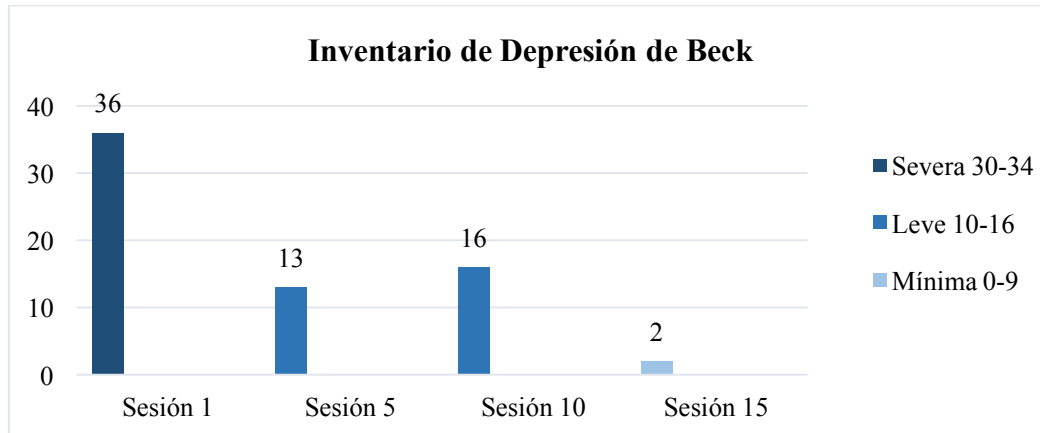


Figura 3. Inventario de Depresión de Beck

Nota: Elaboración propia.

La figura 3 muestra que Juan pasó de un puntaje de 36 que se clasifica como depresión severa en la sesión 1, disminuyendo a 13 y 16 puntos, pasando a una depresión moderada en las sesiones 5 y 10 respectivamente, para finalizar a uno 2 puntos que se clasifica como mínima en

la sesión 15. También los puntajes revelados en el post test de la Escala de Ansiedad de Beck, disminuyeron:

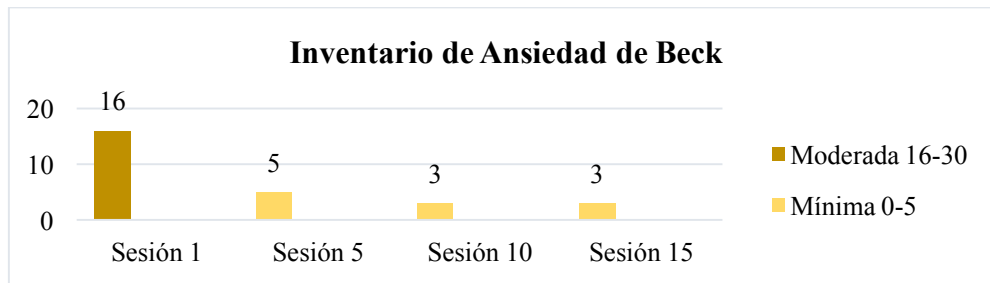


Figura 4. Inventario de ansiedad de Beck

Nota: Elaboración propia.

En la figura 3 se puede notar que Juan pasó de un puntaje de 16 que se clasifica como ansiedad moderada en la sesión 1, disminuyendo a 5 y 3 puntos, pasando a una ansiedad mínima en las sesiones 5, 10 y 15 respectivamente.

Las escalas más altas en el pre-test del MMPI-II fueron: Estrés postraumático (Epk), Baja autoestima (BAE), Dificultades en el trabajo (DTR) y Emociones negativas disfuncionales (RC7). A continuación se presentan los puntajes pre y post test, comparados con puntajes normativos y clínicos:

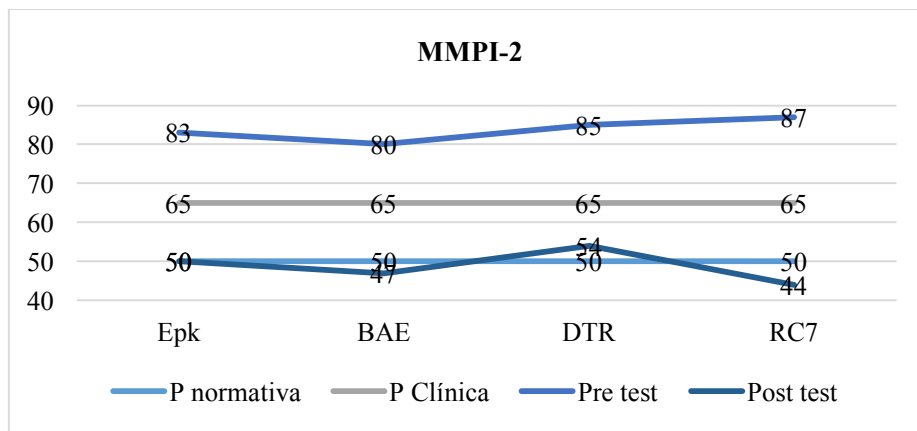


Figura 5. MMPI-2

Nota: Elaboración propia.

Como se refleja en la figura 4, se considera un puntaje clínico a partir de 65 puntos, siendo lo normativo 50 puntos. En el pre-test Juan obtuvo puntajes altos en las siguientes escalas: 83 en estrés postraumático, 80 en baja autoestima, 85 en dificultades en el trabajo y 87 en emociones negativas disfuncionales. En el pos-test, estas cuatro áreas disminuyeron hasta alcanzar un nivel normativo.

Los puntajes altos obtenidos en el pre-test son descritos por el instrumento de la siguiente manera: EPK – Desorden de estrés postraumático de Keane : Presenta malestar emocional intenso, ansiedad, problemas para dormir, pensamientos intrusivos e indeseados, miedo a la pérdida de control emocional o cognoscitivo, así como sentimientos de incomprensión y maltrato. BAE Baja autoestima: tiene una pobre opinión de sí mismo, se anticipa al fracaso y se da por vencido con facilidad; se siente torpe e inútil. Se compara con otros de manera desfavorable. Es demasiado sensible a la crítica y al rechazo. Se le dificulta aceptar elogios. Pasivo en sus relaciones interpersonales. Con dificultad para tomar decisiones. DTR – Dificultad en el trabajo : Refiere conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo. Se cuestiona a sí mismo, su elección profesional o de carrera y muestra actitudes negativa hacia sus colaboradores. Es poco ambicioso y carece de energía. Tiene un auto concepto pobre, es inseguro. Presenta problemas para concentrarse, ansiedad, tensión y preocupación; además de dificultades en relación a la toma de decisiones. No tiene una orientación al logro. Puede tener dificultades para dormir. RC7 Emociones Negativas Disfuncionales: Los individuos con puntuaciones altas en CR7 tienen un riesgo mayor de experimentar ansiedad y/o desarrollar trastornos de ansiedad. También tienden a rumiar y preocuparse mucho, son sensibles a las críticas, perciben estimaciones negativas cuando nada se

ofrece. Experimentan culpa e inseguridad excesivas, tienden a ponerse melancólicos y se preocupan por los fracasos que ellos mismos perciben. Pueden experimentar ideación intrusiva indeseada.

Finalmente, el último instrumento aplicado fue la Escala de Estrés postraumático. De manera general, la puntuación del pre test fue de 194 (suma de las opciones de respuesta por cada ítem), si se divide entre el número de reactivos (58) se obtiene un puntaje de 3.3 como promedio de respuesta, correspondiente a la respuesta de frecuencia “varias veces al mes”. Para el post test, la suma total fue de 81. Usando el procedimiento anteriormente descrito, el promedio fue de 1.4, lo cual corresponde a “nunca”. Por factor, haciendo el mismo procedimiento, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1. *Resultados generales de la Escala de Estrés Postraumático*

	Media	Interpretación
Pre-test	3.3	Varias veces al mes
Pos-test	1.4	Nunca

Nota: Elaboración propia.

Discusión

Tal como lo sugiere la bibliografía, es probable que las personas que sufrieron abuso sexual, desarrollen Trastorno de estrés postraumático y tengan conductas de re-victimización aún años después de que haya ocurrido el suceso (Pratiwi & Asyary 2017).

El objetivo fue desarrollar el autocuidado y los factores protectores, con el fin de aminorar la sintomatología del TEPT. La línea base del trabajo Gestalt con Juan fue atender la figura cristalizada que estaba en forma de victimización, trabajando la polaridad, que fue la

responsabilidad. Como resultado, al final del tratamiento, Juan redujo significativamente la sensación de estar vulnerable o desprotegido, focalizar sus recursos y asumirse responsable de su bienestar. Disminuyeron los síntomas de enojo, depresión, ansiedad y estrés postraumático. Mejoró su funcionamiento en distintas áreas de su vida. Además, implícitamente mejoraron otras variables, que no estaban contempladas en el objetivo, que fueron: autoestima, dificultades en el trabajo y emociones negativas disfuncionales. En este proceso se cumplió el objetivo, enfocado en el trauma, al final Juan deseaba trabajar nuevos objetivos, para los que se sugirió, acudir a proceso psicoterapéutico en otro momento de su vida, para trabajarlos.

El éxito de la intervención se atribuye al compromiso que mostró el paciente al proceso, a la alianza terapéutica basada en la calidez, sensibilidad y confianza; y al trabajo de la terapeuta de equilibrar entre escucha empática y no caer en la victimización del paciente, focalizando las sesiones en la responsabilidad del propio bienestar. En la sesión de cierre Juan comentó que lo que más le ayudó fue sentirse escuchado y que alguien le haya creído.

Conclusiones

Son muchas las víctimas de violencia sexual, que requieren atención para las secuelas psicológicas, no acuden a los servicios de salud, en debido al contexto del silencio cultural (Arce y Torales, 2017). Como sociedad, tenemos mucho por delante en la toma de conciencia de la importancia de este fenómeno y de las personas a quienes les afecta.

Después de años de silencio, Juan tuvo la fortaleza de revelar este suceso, a pesar de tener años de haber ocurrido, aún continuaba sufriendo las consecuencias. Este es un ejemplo de cómo, el haber vivido situaciones dolorosas, no necesariamente va a resultar en una vida de dificultades. Si se asume la responsabilidad de afrontarlas, puede haber cambios significativos en

la sensación de bienestar. Además, las aptitudes de la terapeuta fueron clave en el alcance de estos resultados, brindando un acompañamiento ético, cálido, amoroso, de escucha, empático y de sostén emocional.

Los resultados de este caso, brindan esperanza para el quehacer psicológico, en el que el profesional en psicoterapia tiene un enorme compromiso de acompañar profesionalmente a las personas en sus dolencias y la importancia que tiene la relación cálida y la aceptación incondicional.

Referencias

- Ahmad, B. (2017). Child sexual abuse: An overview. *International Journal of Academic Research and Development*, 2 (6), 271-273.
- Alcázar-Olán, R. (2012). *Escala Global*. Puebla: UIA (Inédito).
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5^a ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Arce, A. y Torales, J. (2017) *Manual de Psicoterapias*. Paraguay: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6), 893-897.
- Bernal, C.A. (2010) *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Colombia: Paidós.
- Bowlby, J. (2015) *El apego y la pérdida*. México: Paidós.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. Facultad de Psicología. UNAM, México. Disponible en:
<http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Crooks, R. y Baur, K. (2000) *Nuestra Sexualidad*. México: Thompson Editores.
- Foro Consultivo, Científico y Tecnológico (2018). *Salud Mental en México*. N. 007.

- González, C. (2017). Recovering Process from Child Sexual Abuse During Adulthood from an Integrative Approach to Solution-Focused Therapy: A Case Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26 (7), 785-805.
- Hathaway, S.R., y McKinley, J.C. (1995). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2: MMPI -2*. México: Manual Moderno.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3), 26-31.
- Moscoso, M. S y Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica [Evaluation of the experience, expression, and control of anger in Latin America]. *Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.
- Nalbale, B. (2017). Sexual Abuse of Boys. Obtenido de:
https://www.researchgate.net/publication/317357252_Sexual_Abuse_of_Boys.
- Medina-Mora, ME, Borges G, Fleiz, C., Lara, C., Zambrano-Ruiz, J., y Ramos, L. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica de México*, 47(1), 8-22.
- Mendoza-Mojica, S.A, Márquez, R. Guadarrama y L. E. Ramos (2013) Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental* 36(6) 493 – 503.
- Mendoza-Mojica SA, Márquez-Mendoza O, Veytia-López M, Ramos-Lira LE, y Orozco Zavala R. (2017) Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática

- en una muestra de estudiantes del Estado de México. *Salud Pública*. 59:665-674.
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- Pratiwi, A. & Asyary, A. (2017). The impact of Child Sexual Abuse. *Journal of Ultimate Public Health*, 1(1), 13-17.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18(2), 211-218.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Rosen, M. (2002) *Dealing with the Effects of Rape and Incest*. Philadelphia: House Publishers.
- Salama, H. (2007) *Psicoterapia Gestalt Proceso y Metodología*. México:Alfaomega.
- Slaikeu, K. (2000) *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Pratiwi, A. & Asyary, A. (2017). The impact of Child Sexual Abuse. *Journal of Ultimate Public Health*, 1(1), 13-17.
- Tameka, R., Otgaar, H. & Landström, S. (2018). Coping with Sexual Abuse. *Psychological Research on Urban Society*, 1(1), 46-54.
- Wilwood, D. (1995). Sexual abuse of men and boys. *XY: men, sex, politics*. Australia, 1995.
- Zinker, J. (2003) *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*. México: Paidós.