



**Guía para
pensar el
abuso sexual
en clínica de
adultos**



Cuando un paciente comienza a contar que fue abusado, muchas veces el terapeuta queda en un espacio complejo, casi como en un “terreno movedizo”:

- Por un lado, está la **urgencia de alojar esa verdad**, de validar el relato y de responder con empatía.
- Por otro lado, aparece el **temor a revictimizar o a forzar un recuerdo que puede ser doloroso o fragmentado**.

Esta tensión es natural y saludable, porque nos invita a ser cuidadosos, pero también a no caer en el silencio cómplice.

El riesgo de la revictimización clínica: un desafío para el terapeuta

Como profesionales, sabemos que revictimizar no es solo un error técnico, sino una herida que puede profundizar el dolor del paciente y dañar la alianza terapéutica. Por eso, debemos estar atentos a evitar actitudes o intervenciones que, aunque muchas veces involuntarias, puedan hacer que la persona se sienta nuevamente expuesta, juzgada o forzada.

Entre las formas más comunes de revictimización clínica están:

- **Forzar los tiempos y deseos del paciente:** Presionar a que la persona denuncie el hecho, para que “cuenta todo” o “recuerde bien”. Esto puede generar angustia, bloqueos o retraumatización.
- **Interpretar que todo abuso tiene el mismo nivel de impacto**, sin considerar que cada persona, según su red de apoyo, historia y recursos internos, puede experimentar y elaborar la vivencia de formas muy diversas.
- **Minimizar la experiencia porque el paciente parece “funcionar bien”** o “tener redes fuertes”, como si eso invalidara el daño o el sufrimiento.

Pero también revictimizar es **no nombrar lo que duele**, es evitar el tema por miedo a equivocarnos, lo que puede generar en el paciente una sensación de soledad o incompreensión. Por eso, nuestro desafío como terapeutas es encontrar un equilibrio sutil: **abrir el espacio para que el paciente pueda traer lo que esté listo para compartir, sin presionar, sin juzgar, y siempre sosteniendo su autonomía y ritmo**.

¿Cómo podemos alojar inicialmente el relato?

El primer gesto clínico suele ser la **validación empática**:

“Gracias por confiarme esto. Sé que no es fácil. Estoy acá para acompañarte, sin apuros.”

No es necesario entrar en detalles ni buscar explicaciones. El foco está en el acompañamiento presente, en sostener un espacio donde el paciente se sienta seguro y escuchado.

Evaluación inicial: ¿qué debemos observar antes de planear la intervención?

Antes de definir cómo vamos a intervenir, debemos evaluar juntos varios aspectos importantes para acompañar al paciente de la mejor manera posible:

- **Estado emocional y regulatorio actual:** ¿Está el paciente lo suficientemente estable para hablar del trauma? ¿Se muestra hipervigilante, ansioso o desconectado?
- **Redes de contención:** ¿Cuenta con apoyo familiar, amistades o algún acompañamiento terapéutico?
- **Recursos internos:** ¿Cómo ha afrontado otras situaciones difíciles? ¿Tiene herramientas o estrategias para regular sus emociones?
- **Relación terapéutica:** ¿Hay un vínculo de confianza suficiente que permita abordar temas sensibles con cuidado?
- **Sintomatología asociada:** ¿Detectamos signos de desregulación intensa, disociación, conductas autolesivas o comportamientos de riesgo?

Esta evaluación no es solo una lista fría, sino una observación clínica profunda que hacemos para respetar los tiempos, los límites y las capacidades del paciente, y para garantizar que el espacio terapéutico sea seguro y contenedor.

Mirada actual en trauma: no todo abuso genera el mismo daño

Las últimas investigaciones en trauma reconocen que la **respuesta al abuso es multifactorial**: la presencia de redes de apoyo, el entorno posterior, las características personales y el contexto influyen en la elaboración y en la resistencia del trauma.

Por eso, el terapeuta debe evitar asumir automáticamente que todo abuso es sinónimo de trauma severo. Más bien, debe observar qué efectos produce en la vida actual del paciente.

¿Cuándo y cómo avanzar en la intervención?

Avanzar en el trabajo con trauma es un proceso delicado que requiere que estemos atentos, no solo a lo que el paciente nos dice, sino también a cómo lo dice, a lo que su cuerpo y emociones nos comunican. Como terapeutas, debemos acompañar con paciencia y respeto, entendiendo que el tiempo y la forma en que cada persona puede enfrentar su historia son únicos.

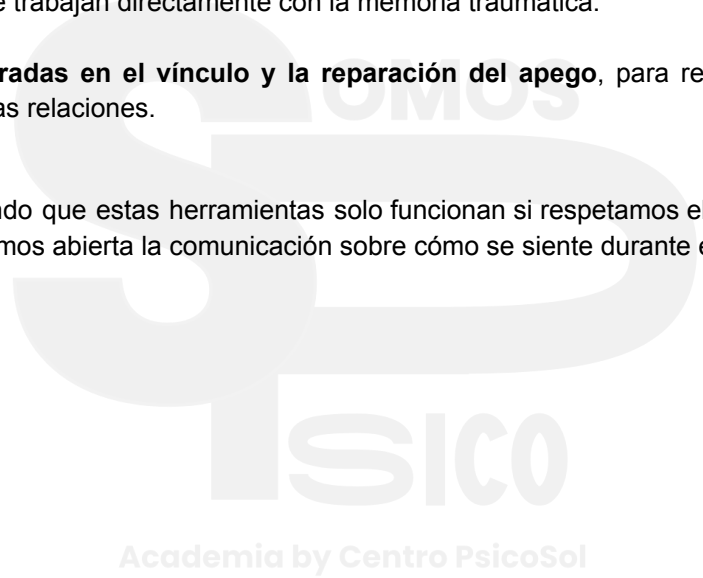
No se trata de “ir rápido” ni de cumplir con etapas rígidas, sino de crear juntos un espacio donde el paciente pueda sentirse lo suficientemente seguro para dar pasos que a veces implican mucho coraje. Esto implica estar dispuestos a sostener la incertidumbre, la ambivalencia y el dolor, sin que eso nos paralice.

Cuando sintamos que el paciente cuenta con cierta estabilidad emocional, recursos internos o externos, y que la relación terapéutica está suficientemente sólida, podemos empezar a proponer intervenciones más específicas para procesar el trauma. Estas pueden incluir técnicas como:

- **Terapias basadas en la regulación emocional y corporal**, por ejemplo: Terapia Sensoriomotriz o Técnicas de Grounding, que ayudan a que el cuerpo recupere su sensación de seguridad.

- **Intervenciones narrativas**, para que el paciente pueda reconstruir su historia a su ritmo, con acompañamiento.
- **Modelos integrativos como EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares)**, que trabajan directamente con la memoria traumática.
- **Terapias centradas en el vínculo y la reparación del apego**, para restituir la confianza y la seguridad en las relaciones.

Pero siempre recordando que estas herramientas solo funcionan si respetamos el ritmo y la voluntad del paciente, y si mantenemos abierta la comunicación sobre cómo se siente durante el proceso.



www.centropsicosol.com
@centropsicosol | @psico.solb
somopsico@centropsicosol.com

**HACE CLICK EN EL ENLACE PARA
ACCEDER A RECURSOS GRATUITOS**

 **UNITE A NUESTRA COMUNIDAD**