

Un caso de Trastorno de Estrés Postraumático tras revictimización sexual

A case of post - traumatic stress disorder after sexual revictimization

Noemí Gutiérrez Luque

Psicóloga Especialista en Clínica

Resumen

En el presente artículo se describe el caso clínico de una mujer de 30 años, que tras un intento de agresión sexual desencadena una serie de síntomas congruentes con un trastorno de estrés postraumático. Según avanza el tratamiento la paciente puede darse permiso para hablar de abusos repetidos durante la infancia. Esta revelación permite el trabajo para poder ayudarla a que reintegre la información con los distintos componentes, emocional, conductual, cognitivo y sensorial. Así, se consigue que la paciente integre la información disociada que no había logrado asimilar previamente por el carácter traumático de la situación. El tratamiento utilizado fue la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) durante un total de 15 sesiones con una asiduidad de 1 vez cada 15 días, en un contexto de Salud Mental público.

Palabras clave: EMDR, revictimización, trastorno de estrés postraumático, abuso sexual, efectos latentes.

Abstract

This article describes the clinical case of a 30-year-old woman, who after a sexual assault triggers a series of congruent symptoms with a post-traumatic stress disorder. As the treatment progresses, the patient can be given permission to talk about previous repeated abuse during her childhood. This revelation allows the work to be able to help her to reintegrate the information with the different components, emotional, cognitive and sensory behavior. Thus, the patient is able to integrate the dissociated information that she had not previously been able to assimilate due to the traumatic nature of the situation. The treatment used was eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for a total of 15 sessions with a frequency of one time every 15 days, in a context of public Mental Health.

Keywords: EMDR, revictimization, post-traumatic stress disorder, sexual abuse, latent effects.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es imposible de cuantificar en todo el mundo, por el silencio de las víctimas y porque en muchos de los casos que se conocen, son silenciados por las familias y por la sociedad. En España, según datos estadísticos del Ministerio del Interior del Gobierno de España (Cereceda et al., 2018) ha habido un ascenso en las denuncias interpuestas por este tipo de delitos, que puede deberse, tanto a que haya habido un incremento en la comisión de delitos sexuales, como que las víctimas sean más capaces de romper su silencio.

El haber sido víctima de este tipo de agresiones acarrea sufrimiento y graves consecuencias psicológicas a corto, medio y largo plazo, que pueden derivar en una serie de trastornos a lo largo de la vida, especialmente si este tipo de delitos han sido cometidos en la infancia. Si, además, no ha habido un tratamiento psicoterapéutico adecuado es más probable que se presente sintomatología más grave y difícil de tratar en la edad adulta: depresión, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos de estrés postraumático, psicosis y un largo etc.

Mucha de la sintomatología inicial del abuso sexual infantil puede perdurar a lo largo del ciclo evolutivo, otra mucha puede minimizarse o desaparecer o incluso pueden aparecer en concretos periodos evolutivos. En la práctica clínica habitual no es infrecuente que pacientes que han sido abusados en la infancia acudan años después en la edad adulta con patología que ha estado latente

desde el abuso sexual infantil, es lo que Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor en 1993, llamaron “efectos latentes del abuso sexual infantil”.

Los estudios muestran que el haber sufrido un abuso sexual en la infancia conlleva un mayor riesgo que la población general de volver a ser víctima de algún tipo de abuso posteriormente en la vida, a este proceso se llama “revictimización”. Datos de un metaanálisis reciente indican que casi la mitad de los sobrevivientes de abuso sexual infantil vuelven a ser víctimas de abuso sexual posteriormente (Walker, Freud, Ellis, Fraine y Wilson, 2017).

Hay estudios que encuentran que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (a partir de ahora TEPT), en víctimas que han sido abusadas suele ser del 50% o superior (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992). Autores como Foa, Steketee y Rothbaum (1989) encuentran que las víctimas de agresiones sexuales tienen más posibilidades de desarrollar TEPT si los estímulos y respuestas que antes eran seguras (Ej. sufrir la agresión sexual en su casa y/o por una persona conocida) dejan de serlo tras la agresión. La mayoría de los estudios sobre el TEPT de violencia sexual no suelen incluir el acoso sexual, este hecho es aún más frecuente y podría modificar sustancialmente tanto la prevalencia de la agresión sexual como la proporción de desarrollo de TEPT.

Sabemos que no todas las víctimas que sufren una agresión sexual van a desarrollar un TEPT, esto va a depender de distintos factores individuales, sociales, culturales y de la misma cualidad del suceso traumático. Hay estudios que encuentran que tan solo el 20% de las víctimas no muestran síntomas al año de haber sufrido la agresión (Corral et al., 1992). Los estudios muestran que una vez que se desarrolla la sintomatología congruente con TEPT no suele desaparecer espontáneamente con el solo pasar del tiempo, parece que los recursos con los que cuenta el ser humano para hacerle frente a este tipo de acontecimientos son insuficientes (Echeburúa y De Corral, 2009).

Uno de los tratamientos más innovadores que han resultado eficaces para el TEPT es el EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). El método fue creado y desarrollado por Francine Shapiro en 1987. Es un modelo de psicoterapia que se puede utilizar tanto como técnica, utilizada por otros enfoques psicoterapéuticos, como dentro del propio modelo. La particularidad de esta técnica es que, a su combinación teórico-práctica de diferentes orientaciones psicológicas, le incorpora la estimulación bilateral, en la mayoría de los casos mediante movimientos oculares sacádicos horizontales, para desensibilizar el malestar provocado por los recuerdos traumáticos y consecuentemente lograr el reprocesamiento y la integración de estos dentro de las memorias biográficas normalizadas del paciente (Shapiro, 2004). El reprocesamiento también puede hacerse

mediante estimulación verbal o táctil (tapping), con la idea de que se produzca una integración de la información en ambos hemisferios.

El trabajo del terapeuta va a consistir en poder ayudar al paciente a que reintegre toda la información en sus diferentes componentes, emocional, conductual, sensorial y cognitivo. A partir de los movimientos oculares u otras formas de reprocesamiento, es el propio paciente el que va a poder estimular sus propios recuerdos para la curación. Es un enfoque global y enriquecedor ya que el paciente va a poder tener acceso a otros elementos presentes en la escena como olores, claridad del día, emociones, comportamientos, pensamientos y otros estímulos perceptivos visuales, olfativos, gustativos, auditivos y táctiles.

A continuación, se presenta el caso clínico y se explica el tratamiento EMDR y sus distintas fases.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 30 años que acude a Consultas Externas del Servicio Público de Salud Mental, derivada de forma preferente por su Médico de Atención Primaria (MAP), con motivo de interconsulta: “Ansiedad y malestar por vivencia de hecho traumático”. Es atendida en primera consulta a la semana de la derivación. Su MAP le había recetado Alprazolam de 0,15mg (pauta de toma 1-0-0-1) que había abandonado a la semana del inicio de tratamiento por sensación de somnolencia y falta de atención, y que interfería, según refería, con la ejecución adecuada de su rol materno “tengo dos niños pequeños que tengo que atender, me da miedo que se despierten por la noche y no escucharlos”.

DATOS PERSONALES

La paciente, (a la que llamaremos María), reside en una urbanización a las afueras de un pueblo de Castilla la Mancha desde hace 4 años. Casada desde los 23 años, con Roberto de 35 años, trabajador de la construcción. Noviazgo desde los 16 años. Tiene dos hijos, Carlos de 4 años y Ana de 2 años, con los que convive junto con su marido.

Padres sanos residentes en Madrid. Su madre de 58 años, se ha dedicado desde siempre al cuidado de la casa y de los hijos. Su padre de 60 años, de profesión carpintero trabaja en negocio propio. Tiene un hermano menor de 26 años, que aún convive con los padres y que también trabaja en el negocio familiar. Describe buenas relaciones con familia propia y de origen.

La paciente terminó estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y, posteriormente, realizó un módulo de Grado Medio de Administración y Gestión. Ha trabajado en empleos

temporales, el último como administrativa en una empresa durante dos años, trabajo que abandona tras enterarse del embarazo de su segunda hija hace ahora algo menos de 3 años.

Antecedentes personales

Hace 4 años estuvo en seguimiento por psiquiatría por un trastorno de pánico con agorafobia en tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas. La paciente explica que se encontraba agobiada por pasar muchas horas fuera de casa, debido a horarios laborales amplios. Refiere que los síntomas desaparecen espontáneamente tras decidir marcharse del trabajo, momento en el que también abandona el tratamiento farmacológico. En la Historia Clínica aparece recogido que deja de acudir a las citas sin avisar.

No enfermedades crónicas. Percepción general de buena salud física.

Niega consumo de tóxicos.

Se describe como una chica más bien “arisca” que no le gusta el contacto físico, con dificultad para mostrarse “agradable y simpática”. Aunque en la consulta se muestra colaboradora, adecuada y con un estilo afectuoso durante toda la entrevista.

Antecedentes familiares

Niega antecedentes familiares de interés en la primera consulta. Durante la segunda entrevista hace una referencia vaga a un tío materno (hermano menor de la madre) consumidor de tóxicos y que ha tenido problemas legales. No sabe si ha recibido tratamiento por este problema. Rápidamente me informa que no tiene contacto con él desde hace 4 años, tampoco su familia de origen, después de que se produjera una grave discusión familiar por un posible robo cometido por él.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Sesiones 1-2

Evaluación

Las dos primeras sesiones se utilizaron para valorar y evaluar a la paciente. Se le explicó que en el contexto público de Salud Mental sería atendida una vez al mes con carácter preferente. La paciente aceptó el encuadre terapéutico.

Refirió así el motivo de consulta:

“Salí de casa para hacer varias cosas. Yo vivo en un chalé a las afueras del pueblo por lo que tengo que coger a menudo el coche. Esa mañana decidí hacer varias compras en el centro. Cuando salí del lugar se me acercó un hombre mayor con aspecto envejecido, desaliñado, con barba, bastante flaco y más bajo que yo, se me acercó por la espalda y me dijo lo guapa que estaba. Como en mi casa siempre me dicen lo rancia que soy, le agradecí el cumplido por no parecer descortés y antipática. Seguidamente el hombre continuó diciéndome de forma grosera lo bonito que era mi escote y empezó a hablar de mis pechos”. La paciente en este momento comenzó a llorar y a dar justificaciones sobre su forma de vestir. Continuó el relato de forma confusa, con llanto que interrumpía la continuidad de la narrativa y con mucha dificultad para relatar ciertas partes de la escena.

Describió una enorme sensación de bloqueo y contradicción entre lo que le hubiera gustado hacer y lo que realmente hacía. No dejaba de sonreírle, “no quería que la gente se diera cuenta de lo que estaba sucediendo, pero le insistía en que me dejara”. Se marchó de forma apresurada y él comenzó a seguirla por las calles hasta llegar al aparcamiento donde tenía estacionado su vehículo.

Consiguió entrar en su coche, pero el agresor introdujo la parte superior de su cuerpo y comenzó a besarla. Describe que se sintió inmóvil y bloqueada. La dificultad para el pensamiento racional se hizo patente, describiendo, durante la consulta, diversas ideas que también eran difíciles de comprender para su entorno social y familiar, “no quería empujarle por si le hacía daño”, “¿y si fui yo la que le di pie?”, “quizá entendí mal la situación”, a la vez que ella misma se contestaba con otros pensamientos que entraban en contradicción con los anteriores, “le dije en repetidas ocasiones que me dejara en paz”, “que por favor, me dejara”, “mi paso era apresurado”.

Se preguntaba el motivo por el que el agresor no continuó con el asalto. Lo relacionaba parcialmente y con dificultad con el hecho de que apareció un grupo de jóvenes en la escena y esto, pudo asustarle (era incapaz de darse cuenta completamente de la intencionalidad perversa del agresor). El grupo de chicos al darse cuenta del estado emocional en el que se encuentra la paciente le ofrecieron su ayuda y la acompañaron a la comisaria para interponer una denuncia. Durante todo el proceso se siente cuidada por los diferentes personas y profesionales que la van atendiendo, desde el grupo que le ofrece esta primera atención, a los cuerpos de seguridad del estado, profesionales sanitarios y trabajadores del juzgado.

En cambio, con la familia y con algunos amigos íntimos se sentía invalidada emocionalmente. Estos le preguntaban insistentemente el motivo de su escasa reacción defensiva, “¿y por qué no le distes un empujón si eras más fuerte que él?”; “te quedaste sin hacer nada y claro...”. Estas

devoluciones aumentaban su sensación de confusión y su propia responsabilidad en lo sucedido. Además, tendían a minimizar su sufrimiento, haciendo hincapié en la incongruencia de su elevado malestar y la situación vivida, “me dicen que podía haber sido peor, que se ha quedado solo en un susto, que no entienden por qué me encuentro tan mal”.

Sintomatología

Describía sintomatología congruente con un trastorno de estrés agudo.

Síntomas de intrusión:

- Recuerdos angustiantes del episodio, que generaban un arousal elevado.
- Malestar psicológico intenso con manifestaciones de sintomatología ansiosa y conductas de sobresalto tras pequeños ruidos.
- Estado de ánimo negativo.
- Incapacidad para poder conectarse con emociones positivas. No poder disfrutar de su familia y de sus hijos, que le generaba un malestar importante por sensación de no estar ejerciendo su rol materno.

Síntomas disociativos:

- Síntomas de desrealización. Sensación de estar viviendo una pesadilla en la que esperaba poder despertarse.
- Lagunas en el recuerdo del hecho traumático. No sabía que camino cogió para llegar al coche, aunque sí recordaba algunas de las calles por las que anduvo y que no se encontró gente durante la huida a pesar de que eran las 11h de la mañana en el centro de la ciudad, posiblemente relacionado con el síntoma de ansiedad de visión en túnel.
- Síntomas de evitación:
- Desde el suceso la paciente no había vuelto a salir por el centro de la ciudad. Solo salía por los alrededores de su urbanización e intentaba estar siempre acompañada.
- Había comenzado a evitar los hombres que tenían un aspecto parecido al de su agresor (incluso familiares y amigos importantes para la paciente). Especialmente se sentía culpable porque había cortado la relación con un compañero de trabajo al que conocía hacía más de 10 años y al que consideraba uno de sus mejores amigos, por presentar unas características similares al de su agresor (barba frondosa y persona mayor). No le devolvía llamadas y solo el hecho de pensar en él le generaba un gran malestar.

Síntomas de alerta:

- Problemas para iniciar y mantener el sueño con pesadillas frecuentes. Su MAP le había recetado ansiolíticos que solo tomó la primera semana.
- Sensación de irritabilidad constante que dirigía principalmente al marido y generaba frecuentes discusiones. En general, percibía apoyo por parte del marido, pero éste incomprendía su malestar por considerar los síntomas desproporcionados a la situación vivida, lo que aumentaba la irritabilidad de la paciente. Reconocía facilidad para manifestar el malestar a través del enfado, especialmente en la relación marital.
- Hipervigilancia continua que no disminuía ni si quiera en su casa.
- Problemas de atención y de memoria.
- Conductas de sobresalto.

Además de la recogida de información a través de la entrevista clínica se utilizó un instrumento:

- Escala de trauma de Davidson traducida al castellano por Bobes et al. (1999). Se trata de una escala autoadministrada de 17 ítems, que intenta evaluar la presencia de síntomas de estrés postraumático. Valora la frecuencia y la gravedad de los síntomas en una escala que va de 0 a 4. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV. El rango total de la escala va del 0 al 136. A mayor puntuación mayor severidad y frecuencia. Los autores proponen como punto de corte los 40 puntos. La paciente presentaba una frecuencia de 52 y una gravedad de 48.

El diagnóstico inicial según el DSM- 5 (APA, 2013) fue de trastorno de estrés agudo, ya que la paciente al inicio no cumplía con el tiempo necesario para poder realizar el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (F43.10), es decir, de duración superior a un mes. En la segunda sesión de valoración se la cambió el diagnóstico a trastorno de estrés postraumático por ya sí cumplir con todos los síntomas necesarios para poder hacer este diagnóstico, incluido el del tiempo.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Durante estas primeras entrevistas, la paciente se mostraba abordable y colaboradora. Se encontraba motivada para iniciar psicoterapia y percibía las consultas como un lugar seguro donde no se sentía juzgada.

Se concretó de mutuo acuerdo los objetivos terapéuticos principales:

- Poder continuar con su vida, atendiendo a sus hijos adecuadamente.
- Conseguir la disminución de la sintomatología anímica y ansiosa.

- Poder darse una explicación coherente de lo ocurrido, haciendo hincapié en poder ordenar y dar sentido a la sensación de desorganización mental.

PLAN DE TRATAMIENTO

Sesión 3

Preparación

Tras la evaluación del caso y el acuerdo mutuo en la elección de los objetivos terapéuticos, se elige el tratamiento con EMDR. A pesar de que este tratamiento ha estado rodeado de gran polémica desde su desarrollo por Shapiro (1995-2002), cuenta con suficiente evidencia científica para poder ser llevada a cabo en el encuadre del Sistema Nacional de Salud de nuestro país. El EMDR ha sido integrado en la guía de la Organización Mundial de la Salud, como primera opción el tratamiento para el TEPT en adultos, niños y adolescentes (WHO, 2013).

La paciente fue informada del funcionamiento de la técnica y del encuadre terapéutico requerido. Dada la gravedad de la sintomatología y de la necesidad de aumentar la frecuencia de las citas para que el tratamiento con EMDR fuese efectivo, se programan citas con una frecuencia mayor, pasando a una consulta cada dos semanas de una hora de duración.

Se explica el procedimiento a seguir y se informa de los procedimientos que se pueden utilizar: estimulación ocular, auditiva o táctil. Dado que la paciente mostraba reticencias al contacto físico y, por ende, a la estimulación táctil y dado que la estimulación ocular es la que cuenta con mayor nivel de evidencia científica, acordamos que se realizaría con esta última forma.

Con la intención de aumentar la sensación de control de la paciente se acordó implementar un lugar seguro, con la consigna de que no utilizara una escena en la que apareciese su madre, ya que este elemento suele conllevar bastante ambivalencia emocional. Eligió como lugar seguro un cálido día de playa (se imagina tumbada en la arena tomando el sol).

Se le explicó que en el periodo intersesiones pueden aparecer recuerdos, ya sea en forma de flashback, pesadillas u otras formas de reexperimentación, junto con sensaciones internas y otros síntomas somáticos (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales o intensa sensación de cansancio), que pueden aparecer de forma más intensa nada más terminar la sesión e irían disminuyendo a medida que pasen los días. Se hizo hincapié en normalizar todas estas sensaciones y se les proveyó de un significado de adecuado curso en el reprocesamiento mental que es necesario para su mejoría, solo es una falsa sensación de empeoramiento. Se le instruyó para que lo registrara para poder trabajarlos en sesiones futuras.

Sesión 4

Evaluación

En esta sesión se le pidió a la paciente que eligiera el foco inicial de trabajo, que pensase en una imagen que fuese la más representativa del malestar traumático y se le ayudó a reconocer la cognición asociada a esa imagen.

Como imagen la paciente eligió el momento en el que el agresor se encuentra con la parte superior de su cuerpo metida en el coche e intentaba besarla a la vez que con las manos agarraba a la paciente por el cuerpo. La paciente describió que se sentía atrapada e inmóvil.

Para ayudar a la paciente a elegir la cognición asociada, se le proporcionó la hoja de cogniciones negativas. Según Shapiro (2004), casi todas las cogniciones negativas relacionadas con hechos traumáticos se suelen agrupar en 4 categorías:

- Autoconcepto: cogniciones del tipo “no merezco ser amada; soy mala persona; no valgo nada; merezco lo peor”.
- Responsabilidad: “soy culpable; soy irresponsable”.
- Falta de seguridad: “estoy en peligro; no sé defenderme”.
- Falta de control/elección: “no tengo el control; no logro tener lo que quiero”.

La paciente del listado proporcionado eligió varias opciones: de la categoría de la falta de seguridad selecciona, “no puedo cuidarme, protegerme”, “no puedo confiar en nadie” y “no puedo contarle”; de la categoría de responsabilidad, “tenía que haber hecho algo” e “hice algo malo por eso soy malo”. Finalmente, la paciente decidió centrarse en la cognición “no puedo contarle” (que no dejó de sorprenderme porque había sido capaz de contarle desde el primer momento a los chicos que le ayudaron, a la policía, a su médico, familia y amigos).

Como creencia positiva decide implementar, “puedo contarle”. Esta cognición se elige para que sustituya a la negativa durante la fase de instalación. Ambas cogniciones tienen que ser evaluadas:

- La creencia negativa mediante una escala de unidades de perturbación subjetiva (a partir de ahora SUD), donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la perturbación más alta.
- Y la creencia positiva mediante una escala de validez de cognición (a partir de ahora VOC) que va de uno a siete, donde 1 es completamente falso y 7 completamente verdadero.

Se exploró la emoción vinculada a la imagen traumática, “mucho miedo” y eligió la boca como la zona corporal en la que aparece mayor tensión.

Sesión 5

Desensibilización

En esta fase es donde se comienza a utilizar el EMDR como técnica, las anteriores fases tienen un carácter preparatorio. Aquí lo que se busca es desensibilizar las emociones y las sensaciones angustiosas que han sido previamente evaluadas a través de la escala SUD.

Esta fase abarca todos los recuerdos, cogniciones y emociones que puedan presentarse a lo largo de todo el tratamiento. A medida que éste avanza pueden ir apareciendo situaciones traumáticas más nucleares que las elegidas inicialmente por los pacientes, que como veremos más adelante, justo es lo que le ocurre a María. El objetivo es que estos recuerdos y emociones no resulten tan perturbadores consiguiendo la integración de los hechos traumáticos.

El terapeuta dirige a la persona a través de una serie de movimientos oculares hasta que su nivel SUD se reduce a 0 (en determinados casos en los que es complicado llegar a 0 se puede dejar en 1 o 2). La paciente eligió la situación descrita en la etapa de preparación. Una vez terminada la primera tanda se le solicitó feedback para recoger las primeras impresiones, ésta refería haberse encontrado muy angustiada, había recordado varios detalles de la escena que anteriormente no recordaba, (la mirada y el olor del agresor).

Continuamos con varias tandas de estimulación bilateral ocular, llegando a realizar más de 10, hasta que SUD bajó a 1.

Durante la estimulación hay varios indicadores que nos hacen pensar que el reprocesamiento está teniendo lugar de forma adecuada:

- Progresivamente bajada del nivel de ansiedad que es fácilmente observable por el terapeuta, en María se podía apreciar menor tensión de los músculos especialmente de la cara, respiración y postura corporal más relajada, y que la paciente confirma cuando se evalúa el SUD.
- Modificación de la experiencia emocional con emociones que no generan tanta perturbación.
- Los pacientes empiezan a recordar otros aspectos no presentes en la escena inicial, desvaneciéndose progresivamente ésta, incluso cambian la escena. En nuestro caso, refería

que cada vez le costaba más centrarse en la escena del parking ampliando progresivamente otras escenas presentes durante la agresión (como caminaba por las calles aledañas).

- Otro de los indicadores presentes cuando el reprocesamiento está teniendo lugar de forma adecuada es que aparecen experiencias de insight al relacionar información antes disgregada. En nuestro caso la paciente no refirió ningún insight, pero esto como sabemos no significa que no estuvieran tendiendo lugar, como veremos más adelante.

En esta etapa la mayor parte del trabajo lo realiza el paciente, ya que el terapeuta no hace interpretaciones ni aportaciones de lo relatado, su tarea consiste en animar al paciente para que prosiga con la tarea. Es importante no interferir ni bloquear, su cometido es dejar fluir lo que ocurre en la mente del paciente.

Instalación

En esta fase lo que se persigue es poder anclar la cognición positiva con la escena que acabamos de sensibilizar. En principio, y si hemos desensibilizado correctamente la escena y hemos elegido correctamente la cognición positiva, es una fase breve.

El procedimiento es similar al de la fase de desensibilización. Se le pide a la paciente que piense en la escena original y que se diga la cognición positiva elegida por ella, que en nuestro caso era, “lo puedo contar”.

El VOC no llegaba a ser superior al registrado en la fase de medición, por lo que había que revisar la cognición elegida. Dado que llevábamos más de dos horas de sesión, por otra parte, más tiempo del que inicialmente habíamos pactado con la paciente, informé de la terminación de ésta.

Cierre

El modelo tiene previsto como actuar en los casos en los que se produce una sesión incompleta. El procesamiento no se pudo completar por lo que terminamos la sesión realizando la técnica de relajación progresiva de Jacobson, para intentar buscar el equilibrio emocional de la paciente, situarla de nuevo en el presente y reconocer sus logros.

Si el procesamiento se hubiera completado con éxito seguramente, no hubiéramos necesitado realizar ninguna técnica de desactivación emocional y hubiera bastado con realizar un escaneo corporal, dejando a un lado las imágenes y centrándonos exclusivamente en las sensaciones del cuerpo.

Sesión 6

Retomamos nuevamente la sesión anterior que terminó de forma inconclusa. Se procedió a la medición de la escena elegida por la paciente en la anterior consulta comprobando que continuaba con un nivel de malestar subjetivo de 1.

Revisamos la cognición asociada “no puedo contarlo”, la paciente insistía de forma contundente que esta era la cognición que quería asociar. Continuamos con el procedimiento de instalación con movimientos oculares hasta que esta vez la paciente le otorgó un valor al VOC de 7, pudiendo unir de forma exitosa la cognición deseada con el incidente.

En esta sesión continuamos con escaneo corporal. En esta fase lo que se pretende es valorar si el paciente tiene alguna molestia en el cuerpo, teniendo en cuenta que a menudo el cuerpo es el que experimenta el malestar emocional (somatizaciones). Si el paciente no tiene molestias se realizan tandas cortas para fortalecer el procedimiento y si sí las tiene, se realizan tandas largas hasta su desaparición. En nuestro caso la paciente refirió tener tensión muscular en la mandíbula que fue cediendo progresivamente con las tandas.

Sesión 7

María acude a la consulta visiblemente angustiada, refiriendo que tiene algo importante que contarme, “tengo algo que contarte que no se lo he contado a nadie hasta este miércoles que se lo conté a mi marido”. Y continuó relatando “mi tío me violaba cuando yo era pequeña. Nadie se dio cuenta y yo nunca lo conté. Me decía que me acostase con él a dormir la siesta y era en ese momento cuando tenían lugar las violaciones, mi madre siempre me animaba para que fuese con él, pero yo no quería, cuando fui más grande pude negarme, pero nunca lo he contado. He sentido mucha vergüenza de mí misma”.

Esta sesión estuvo dedicada a reforzar los avances a pesar del empeoramiento percibido en su malestar emocional.

Continuamos sobre la línea de vida pudiendo aportar nuevos datos que conectaba a pensamientos y emociones de su vida pasada. María tenía dificultades para recordar y ordenar cronológicamente las diferentes experiencias vitales. Dificultad también para dar a toda esa información un relato que diera sentido de continuidad, coherencia y que otorgase significado a su pasado y a su presente y, por ende, al proceso terapéutico.

No tuvo dificultad para describir los acontecimientos vitales más importantes: nacimientos, matrimonio, muertes de seres queridos, pero sí con los acontecimientos significativos y momentos

de inflexión como el inicio y mantenimiento de los abusos sexuales, el relato de su experiencia estaba disgregado, no integrado en el resto de su experiencia vital.

Como tarea para casa, se le solicitó a la paciente que comenzase a preguntar a su entorno sobre acontecimientos familiares que pudiesen haber tenido un impacto a lo largo de su desarrollo y de su vida.

Fuimos elaborando la línea de vida a lo largo de todas las sesiones hasta dar sentido y coherencia al relato de su historia vital.

Sesiones 8 y 9

Se fue revisando la aparición de nuevo material y los posibles efectos secundarios tras la aplicación de la técnica, que en María se manifestaban con síntomas somáticos como malestar gastrointestinal puntual y sensación de mareo. La sensación de la paciente con respecto a su evolución durante estas sesiones fue bastante tórpida muy reactiva a la recuperación y narración de los recuerdos de los episodios traumáticos que la paciente había estado reprimiendo durante muchos años.

En la 8ª sesión y a pesar de la sensación general de mejoría, se hicieron muy patentes los síntomas de reexperimentación o evitación. Había comenzado a trabajar como administrativa en empresa de reparto y se mostraba muy ilusionada con el nuevo proyecto laboral, pero mantenía conductas de evitación con el sexo masculino que le generaba graves dificultades laborales. Describía un aumento de arousal desmedido cuando había algún hombre presente, aunque no tuviera las características físicas de su agresor. Pero el nivel de angustia máximo venía precedido por encontrarse con hombres mayores con barba, que generaban una sensación de bloqueo y conductas de evitación que consideraba irracionales, pero que le eran imposibles de manejar dado su estado emocional.

En la 9ª sesión aparece de nuevo una sensación de agudización de la sintomatología coincidiendo con el haberse topado con su agresor en una zona aleadaña a su lugar de residencia. La paciente continuaba con cierta tendencia de exculpar a su agresor, con un relato muy ambivalente y con las emociones de asco y de miedo en primer plano, “quizá fui yo que le entendí mal”, “quizá hice algo que le confundió”.

En esta sesión la paciente escoge la escena en la que sonríe al agresor cuando éste de una manera lasciva comienza a piroppearla. Como cognición negativa elige “fue mi culpa” y como creencia positiva, “lo hice lo mejor que pude”, con una validez de la cognición positiva (VOC) de 1 y

unidad de perturbación subjetiva (SUD) de 10 al comienzo. Después de la fase de desensibilización SUD de 0 y VOC de 6.

Sesión 10

En la sesión número 10 la paciente relata que se han intensificado las emociones de asco hacia todo el género masculino, interfiriendo no solo en el terreno laboral sino en su relación familiar con su marido y especialmente, en la crianza de su hijo de 4 años de edad. Describía que no dejaba a su hijo solo con su hermana menor por temor a un posible abuso sexual, que reconocía como irrealista o poco probable. Estos miedos le generaban unos sentimientos ambivalentes insoportables de culpabilidad, por un lado, por pensar así de su propio hijo y, por otro, un miedo intenso a que su hija pudiera vivir una experiencia traumática como la que ella vivió durante su infancia.

Hasta ese momento la paciente había centrado su relato y las dianas de reprocesamiento en la situación traumática reciente minimizando el impacto que la anterior experiencia había tenido en ella. En esta sesión comienza a hablar del carácter sorpresivo e inesperado del abuso cuando comenzó y toda la pérdida de confianza de su mundo seguro que para ella supuso.

La paciente recordaba con bastantes lagunas como siendo pequeña su madre la insistía para que fuese a dormir con su tío y recordaba el terror que sentía cuando llegaba ese momento. A lo largo de la sesión fue recordando muchas otras situaciones que tenía completamente olvidadas. Como cognición eligió todos los hombres son malos, y como cognición positiva eligió no todas las personas son malas y de estas puedo alejarme.

Sesiones 11-15

Después de la sesión 10 la paciente explicitó importante disminución en la frecuencia e intensidad de los recuerdos traumáticos, así como en la sensación de reexperimentación, irritabilidad, tensión muscular y sensación de acortamiento del futuro. Los mayores insights, que supusieron un hito en su mejoría, fue poder relacionar las emociones de decepción hacia su tío y poder darse cuenta de la generalización hacia todo el género masculino. Esto le permitió volver a recuperar la confianza en su rol materno.

Se continuó trabajando con el material que traía recogido de sueños, recuerdos y flashbacks intersesiones, apareciendo abundante material que tenía reprimido. Esto le permitió ir descubriendo insights ocultos, pudiendo relacionar el miedo a no ser capaz de ejercer como una buena madre con su historia pasada. Describía a su madre como cariñosa y afectuosa, pero muy

preocupada por agradar a su familia de origen y especialmente a su hermano. Desde este contexto, pudo comprender tanto la negligencia de su madre para darse cuenta de que se estaban produciendo los abusos, tanto su propia inseguridad e incapacidad para poder contarlos por el temor a decepcionarla. La madre, coincidiendo con la época en la que comienzan los abusos, había perdido a su madre, lo que pudo influir en que se volcara aún más en el cuidado de su hermano, este dato permitió a la paciente comprender y poder perdonar a su madre.

También pudo darse una explicación de su escasa actitud defensiva durante el último abuso al relacionarlo con su historia previa (revivir la sensación de niña indefensa, “que nadie se entere”), esto le permitió generar una mayor sensación de empoderamiento, “ya no soy aquella niña”.

El trabajo con EMDR junto con la elaboración del guion de vida propiciaron un clima en el que María pudo enlazar hechos vitales importantes que le parecían inconexos.

Tras esta mejoría se programan sesiones de seguimiento a los 4 meses.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación Pre- post al término de la 15 sesión. Como se puede ver en la gráfica 1 hay una mejoría tanto en la frecuencia como en la gravedad de la sintomatología. A los 4 meses de la última sesión se cita nuevamente, aunque no se recoge información a través de esta escala, la paciente informa de percepción subjetiva de bienestar y mantenimiento de resultados.

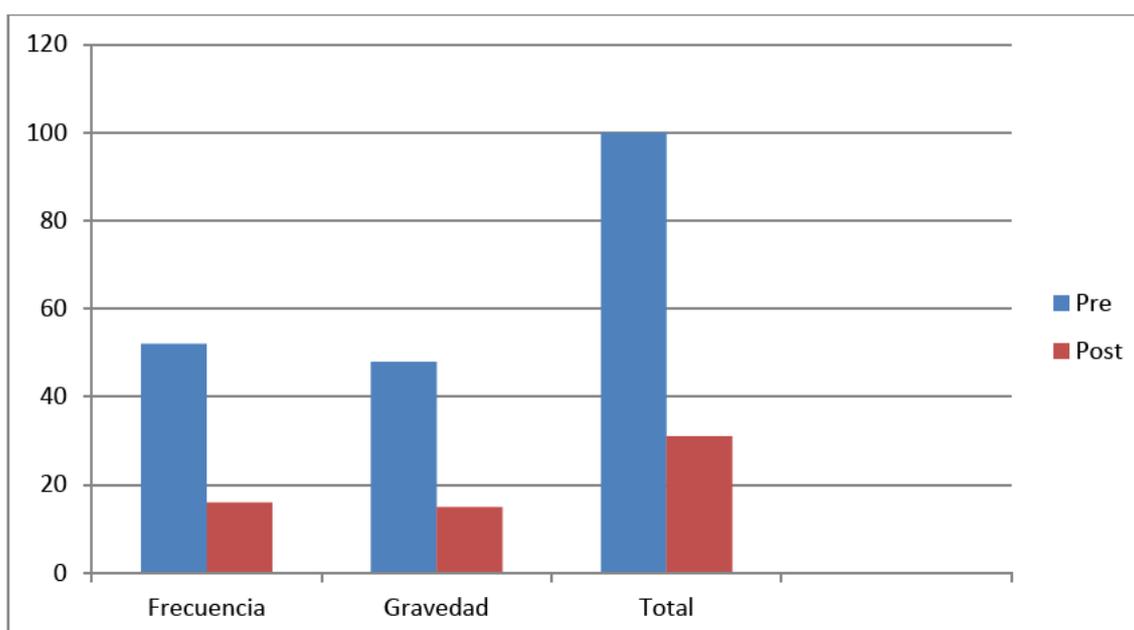


Gráfico 1: Escala de Trauma de Davidson previa y posterior a 15 sesiones de EMDR.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el caso presentado podemos observar de forma retrospectiva a través del relato de la paciente lo que Kendall-Tackett et al. (1993) llamaban “efectos latentes del abuso sexual infantil”. El malestar inicial por los abusos perpetuados por su tío desaparece para volver a regresar de forma intermitente en otros momentos de su vida, coincidiendo con estresores vitales.

Años más tarde a esta agresión infantil la paciente inicia contacto con Salud Mental por un problema de trastorno de pánico, el estresor reactiva el malestar latente no elaborado (pasar muchas horas fuera de casa, que activa la idea de no estoy ocupándome bien de mi hijo, que activa la distorsión cognitiva sobre el self, “no soy buena madre”) y desaparece tras la desaparición del estresor (dejar el trabajo con la consecuencia de pasar más tiempo con mi hijo, por lo que “soy mejor madre”). Tras la nueva agresión sexual estos efectos latentes de su historia pasada se hacen muy patentes provocando una ruptura en el psiquismo de la paciente, lo no resuelto, lo escondido crean las bases para que se genere un proceso de revictimización.

Las diferentes dianas elegidas para el trabajo con EMDR permiten ir integrando la información pasada que tiene disgregada, oculta y rechazada por el dolor que le genera su recuerdo, e ir relacionándola con pensamientos, miedos y conductas del presente. Un tratamiento que se hubiera centrado en reducir los síntomas de estrés traumático sin atacar directamente la memoria del trauma o los pensamientos relacionados, hubiera sido ineficaz, ya que la sintomatología congruente con TEPT, no solo había sido generada por ese estresor sino por la historia pasada de abuso sexual. Sin ese trabajo de integración, la paciente no hubiera podido darse una explicación de su conducta, de las emociones y de las sensaciones, y no hubiera podido comprender el porqué de las escasas conductas defensivas ante la agresión actual, de su malestar con respecto a su rol materno, de su rechazo general hacia el sexo masculino, de su emoción de vergüenza que le generaba la agresión del pasado y el miedo a decepcionar a su madre, motivo principal por el que la paciente calló.

El abuso sexual es una experiencia muy estigmatizada lo que puede derivar en que muchas de las víctimas internalicen este estigma, lo que lleva a los sentimientos de culpabilidad, la vergüenza y la falta de voluntad para buscar ayuda (Kennedy y Prock, 2016). Además, los sobrevivientes que optan por revelar su agresión a amigos, familiares y profesionales a menudo experimentan reacciones sociales negativas, como la culpa de la víctima, que aumentan el riesgo de TEPT en la investigación longitudinal (Ullman y Peter-Hagene, 2014), como lo relatado por nuestra paciente.

En síntesis, es fundamental continuar con estudios que permitan implementar terapias como el EMDR que minimicen las consecuencias del abuso sexual tanto a corto como medio y largo plazo,

haciendo una especial incidencia en la infancia por el grave sufrimiento que genera a lo largo de la vida a la mayoría de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. Barcelona: Paramericana.
- Aznárez, B. (2019). Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Cereceda J., González J.L, Sánchez F., Herrera D., López J.J., Martínez F., Rubio M., Gil V., Santiago A.M. y Gómez M.A. (2018). Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. *Ministerio del interior. Gobierno de España*.
Recuperado de: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
- Corral, P., Echeburua, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en excombatientes y víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Davidson J.R.T. (1997). Escala de Trauma de Davison (DTS). Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, (1999). Recuperado de: <https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/DTS-Davidson.pdf>
- Echeburúa, E. y De Corral, P., (2009). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, ed., *Manual de psicopatología. Volumen II* (pp.137-148). 2ª ed. Madrid: McGRAW-HILL/Interamericana de España, S. A. U.
- Foa, E.B., Steketee, G., Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 2, 155-176.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164– 180.
Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kennedy AC y Prock K .A. (2016). “I still feel like I am not normal”: A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(5), 512-527. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27803311>
- Shapiro, F.: (2004). Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. (Catalina Sherwel) México: Pax México.

- Ullman, S. E. y Peter-Hagene, L. C. (2016). Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 1074–1094. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0886260514564069>
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., y Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 67–80. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- World Health Organization (WHO) (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO