



UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

*Un caso de abuso sexual infantil*

Autor: Anabela Gette

Tutora: Dra Nora Inés Gelassen

Buenos Aires, Argentina, 13 de Diciembre de 2017

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Adolescencia	5
3.2 Maltrato Infantil	6
3.3 Abuso Sexual Infantil	9
3.3.1 Abusos sexual Intrafamiliar	14
3.4 Trauma	18
3.4.1 Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	19
3.5 Terapia Cognitivo-Conductual	22
3.5.1 Técnicas de Intervención en TCC	24
3.6 EMDR	26
4. Método	32
4.1 Tipo de estudio	32
4.2 Participantes	32
4.3 Instrumentos	33
4.4 Procedimiento	33
5. Desarrollo	33
5.1 Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento	34
5.2 Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual (TCC) desde marzo de 2016 hasta julio de 2017	38

5.3	Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil desde el modelo <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> (EMDR) desde agosto de 2017 hasta la actualidad_____	41
6.	Conclusiones_____	44
6.1	Resumen del desarrollo_____	44
6.2	Limitaciones_____	46
6.3	Perspectiva crítica y aporte personal_____	47
6.4	Nuevas líneas de investigación _____	48
7.	Referencias Bibliográfica_____	50

## **1. Introducción**

La práctica se realizó para la carrera Lic. en Psicología de la Universidad de Palermo correspondiente a la materia Práctica y Habilitación Profesional V llevándose a cabo en un Hospital en el Área de Psicología Infantil.

Sus actividades están dirigidas por profesionales de la salud mental: médicos, psicólogos, psiquiatras, contando además con el apoyo y la colaboración de coordinadores en sus distintas áreas.

El Trabajo de Integración Final se elaboró a través de la observación, participación y escucha de casos clínicos en el espacio de supervisión en el área de Psicología infantil. La práctica se realizó mediante diferentes actividades propuestas por la coordinadora, quedando repartido así, las 280 horas que debieron cumplirse. Las actividades se dividieron en la participación de demanda espontánea en salas donde se encuentran niños internados, a su vez la observación participante en entrevistas de admisión teniendo la posibilidad de hablar tanto con los pacientes como con los coordinadores a cargo asistiendo a reuniones de equipo con seguimiento a cada uno de los casos teniendo la posibilidad de intercambiar ideas con ellos sobre los distintos casos clínicos, estrategias y técnicas aplicadas.

Durante las reuniones de equipo mencionadas se recabaron datos sobre una joven de 16 años quien asiste al Hospital por presentar sintomatología compatible con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) a raíz de un abuso sexual infantil encontrándose actualmente en tratamiento en la Institución. Los datos fueron recopilados de la historia clínica, entrevistas al psicólogo que la está atendiendo, la coordinadora y la psiquiatra de la Institución.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

- Describir el abordaje terapéutico de una adolescente de 16 años que presenta TEPT por abuso sexual infantil desde la primera entrevista en marzo de 2016 hasta la actualidad.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 16 años diagnosticada con trastorno por estrés post traumático (TEPT) por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento.
- Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual (TCC) desde marzo de 2016 hasta julio de 2017.
- Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil desde el modelo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) desde agosto de 2017 hasta la actualidad.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1 Adolescencia

De acuerdo a su significado, la palabra adolescente deriva del latín *adolecens* que significa hombre joven, y que procede a su vez de *adolescere*: crecer, padecer y sufrir (Corominas, 1973).

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo humano: es la transición entre la infancia y la vida adulta. Este periodo del desarrollo vital se caracteriza por ser un sendero conflictivo y crítico mediante el cual se le impone al sujeto independizarse de lo familiar para adentrarse al mundo adulto. La incertidumbre de “no ser un niño, ni tampoco ser un adulto”, es un puente entre la niñez y la madurez que el sujeto recorre lleno de dudas (Carretero, Palacios & Marchesi, 1998).

Este puente lleno de dudas, cambios y desequilibrios implica dejar la inmadurez física, psicológica, sexual y social para dar paso a la madurez adulta. Al crecer velozmente, sufre la pérdida del cuerpo infantil generando cambios físicos y en la autoimagen psicológica de sí mismo (Mansilla, 2000). Por su parte, De Moragas (1957) explica que el sujeto elabora el duelo de su cuerpo como resultado del surgimiento imperioso y repentino de la genitalidad que inevitablemente modifica su mirada frente al mundo junto con el desarrollo de la plena autonomía psíquica y espiritual.

Mediante una segunda individualización se vivencia un replanteamiento personal que lo conduce a explorar el medio inmediato en el que se vive, con el objetivo de diferenciarse de su círculo familiar para encontrar su lugar de pertenencia y afirmarse socialmente. Esta exploración lleva al individuo a encontrarse con nuevos vínculos sociales y amorosos, que lo habilitan a encauzar los impulsos sexuales que surjan de sus vivencias con sus pares (Krauskopof, 1999). La elaboración del propio proyecto vital y la construcción de una identidad social diferenciada implican para el individuo grandes cantidades de incertidumbre. Griffa y Moreno (2005) infieren que como resultado de su búsqueda, el sujeto se encuentra con el desafío de explorarse a sí mismo con el objetivo de generar una mayor apertura al mundo y posicionarse de otra manera, más adulta, frente a él y a sus pares.

Erikson (1950), por su parte, infiere que en algunos jóvenes las crisis de identidad producidas por todos estos cambios internos y externos pueden ser poco perceptibles, pero para otros significan un renacimiento. En rasgos generales, Krauskopof (1999) expone que la elaboración de la identidad es una dimensión relevante dentro del desarrollo del individuo.

Los autores Barudy y Dantagnan (2005) refieren que los buenos o malos tratos que los sujetos reciben en la infancia y adolescencia forman la base de su salud física y mental. Las relaciones afectivas sanas y los buenos tratos ayudan a que los sujetos se sientan atendidos, protegidos, cuidados y educados para atender las necesidades de los demás. Es crucial comprender que las relaciones afectivas dadas entre los progenitores e hijos son de suma importancia para el buen desarrollo psíquico, físico y mental.

Cuando la estructura familiar tiene dinámicas de cuidados mutuos y buenos tratos ayudan a definir la personalidad del niño ayudando a que los integrantes de la familia vivan en un ambiente nutricional, afectivo y protector haciendo la vida más sana y duradera. Resulta importante destacar que las familias deberían funcionar como una red de contención que contribuyan al bienestar, protección y cuidado del menor siempre y cuando las mismas sirvan de apoyo emocional- material para las demandas requeridas por los niños ante el desafío de la vida (Bringiotti, 2005).

El entorno familiar debería ser seguro y brindar las bases para el desarrollo vital sano, pero es un hecho que no siempre es un lugar de refugio, ya que a veces las relaciones familiares pueden afectar negativamente el progreso evolutivo, u obstaculizarlo. Es el caso de cuando un niño o un adolescente sufre de algún tipo de abuso, donde los malos tratos pueden ser de personas que no pertenecen al contexto familiar tales como docentes, niñeras, o sacerdotes (Barudy & Dantagnan, 2005) o mismo de algún miembro de la familia como padres, madres, hermanos, abuelos o tíos.

### **3.2 Maltrato infantil**

En el siglo XX con la declaración de los derechos humanos del niño el maltrato infantil comenzó a ser considerado como un delito, pasible de ser penalizado por las leyes de cada país. Los derechos humanos son una parte esencial del sujeto y ninguna autoridad

tiene competencia para negarlos, sino que deben servir para protegerlos frente al fenómeno de la violencia infantil invisibilizada hasta esta declaración (Naciones Unidas, 2016).

Por su parte Baita y Moreno (2015) explican que los malos tratos hacia la infancia producen consecuencias negativas en las sociedades, como consecuencia de las demandas de atención en salud física y mental. En la actualidad nos referimos a los malos tratos a: maltrato físico; maltrato emocional; abuso sexual; abandono; negligencia física; negligencia emocional; síndrome de Munchausen, ser testigo de violencia parental; maltrato prenatal; maltrato institucional; explotación sexual con fines comerciales y explotación laboral.

La Organización Mundial de la Salud (2016) consideró al maltrato infantil como un problema de salud pública, conceptualizándolo como una serie de desatenciones, maltratos físicos y/o psicológicos, abuso sexual, negligencia parental y explotación de cualquier tipo que sean potencialmente dañinos para la salud global del niño, o que puedan poner en peligro su vida, dado dentro de una relación vincular con conlleva responsabilidad, confianza o poder.

Una familia es un sistema organizado de forma tal que es capaz de reproducirse y mantenerse por sí mismo. El maltrato infantil suele suceder por factores internos y externos. Como factores internos, la dinámica vincular depende de los roles asignados a cada integrante, que son los que hacen al funcionamiento funcional o disfuncional del sistema total. Los factores externos son el medio social con el cual el sistema familiar interactúa permanentemente, que influye en su organización interna (Barudy, 1998).

Según Bronfenbrenner (2002) existen diversos subsistemas dentro del gran ecosistema social donde el niño crece y se desarrolla, entre ellos la familia nuclear y extensa, la escuela, clubes de barrio y otros, que están interconectados entre sí y favorecen los buenos tratos infantiles porque nutren, educan, sociabilizan y protegen a los niños. Mientras más cercano sea el sistema en relación al niño más intensa será la influencia sobre el niño. Bronfenbrenner (2002), hace referencia a: a) el ontosistema que se refiere a las características propias del niño, tanto sus características físicas como su temperamento psíquico que los sujetos traen desde el nacimiento que tienen una raíz genética y el entorno influye mucho en su constitución. b) el microsistema que hace mención a la familia, actividades, roles y relaciones interpersonales. La parentalidad competente que refiere a la



capacidad que tienen los padres para ayudar a sus hijos cuando estos transitan momentos dolorosos y donde al proporcionar afecto el mismo será un factor de resiliencia en el niño y c) el exosistema se refiere a uno o más entornos que no incluye a la persona en desarrollo como sujeto activo pero, sin embargo, se producen hechos que afectan al sujeto, ósea la comunidad. Cuando a falta de redes familiares y sostén en el hogar el niño puede encontrar en el personal docente la valoración de sus esfuerzos y dificultades. Y por último, el macrosistema constituido por la cultura en su totalidad, el sistema político junto con cualquier sistema de creencias filosóficas y/o religiosas.

Cuando en la interacción entre estos sistemas aparece la violencia familiar, muestra que la familia ha dejado de funcionar como red de apoyo y bienestar del niño atentando contra su integridad (Barudy & Dantagnan, 2005). Al mantener vínculos disfuncionales, la violencia familiar y el maltrato infantil aparecen como consecuencia y la familia ya no cuenta como factor de protección y fuente de recursos necesarios para ayudar al niño a desarrollar su potencial. Esto conlleva que el niño se encuentre frágil y vulnerable ante las demandas y estímulos del mundo exterior (Bringiotti, 2005).

Intebi y Osnajanski (2003) resaltan la importancia de los factores de protección que son útiles para disminuir o cambiar a futuro el riesgo de daño en el niño. Estos factores hacen referencia a las características propias del niño: poseer una autoestima elevada, habilidades interpersonales, gozar de buena salud y sociabilización; a su vez características familiares: redes de contención entre los integrantes del grupo familiar, vínculo de apego entre el niño y figuras parentales; y por último redes sociales donde el niño mediante actividades extracurriculares participa en conjunto con la comunidad.

Al carecer, a veces, de estos factores de protección y como consecuencia del maltrato, en la mayoría de los casos, los niños manifiestan de manera general secuelas negativas a nivel físico, psicológico y comportamental con dificultades para confiar, desregulación emocional, poco o nulo control de los impulsos y en formación de su identidad. Los que han sido víctimas de abuso manifiestan síntomas relacionados con la autoeficacia y la sexualidad tales como masturbación compulsiva (Van der Kolk, 2002).

De Bellis y Van Dillen (2005) explicaron los efectos biológicos producidos por el maltrato infantil en la red neuronal, que generan alteraciones neurológicas. De esta forma se incrementa la posibilidad de padecer problemas conductuales, físicos y mentales tales

como irritabilidad, labilidad emocional, depresión, consumo de tabaco, drogas y alcohol, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, lo que en una adolescente traería como resultado embarazos no deseados (OMS, 2014), entre otros.

Un tipo de maltrato muy común es el complejo fenómeno del abuso sexual infantil, que produce severas consecuencias a corto y largo plazo, tanto a nivel individual como en el resto de los subsistemas ya descritos.

Resulta importante destacar que el ASI es un delito que se encuentra tipificado por el código procesal penal. En la población general de múltiples países, la tasa de prevalencia de abuso sexual en menores es de un 7,4% en el caso de los niños y de un 19,2% en las niñas, lo cual demuestra la importancia de este fenómeno que va en aumento, pero aun permaneciendo oculto a los ojos de la sociedad (Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2013).

### **3.3 Abuso sexual infantil**

Este fenómeno que data desde tiempos remotos revela una historia tan antigua como la propia humanidad, con evidencias que muestran que el abuso sexual infantil siempre fue naturalizado y por lo tanto invisibilizado, resultando normal usar a los niños como objetos sexuales. En la antigüedad, los abusos cometidos hacia los menores estaban relacionados con el abandono, maltrato, agresiones, abusos sexuales y castigos físicos mediante instrumentos tales como látigos, varas de hierro y palas. Desde la Edad Media se reafirma el hecho de que el maltrato infantil era una práctica vista con buenos ojos junto con la creencia de que los niños desconocían toda idea de placer y dolor. Entre las prácticas habituales para con los niños eran normales el infanticidio, el abandono, la mortificación del cuerpo, el asesinato de niños y utilizarlos para sacrificios religiosos. En la Roma Imperial y en la antigua Grecia se realizaban castraciones femeninas y masculinas, las cuales eran vistas con aceptación. También se entregaba a los niños a burdeles donde eran utilizados como objetos de satisfacción sexual (De Mause, 1982).

Para los objetivos de este trabajo partimos de las definiciones generales sobre abuso sexual infantil (ASI) de Berliner y Elliott (2002), que lo definen como el contacto sexual que se obtiene por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza independientemente de la edad de los sujetos y a todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño. Si existe una

diferencia de edad, tamaño corporal o desarrollo, el contacto sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento plenamente consciente y racional.

Siendo un tipo de maltrato infantil, el ASI implica cualquier acto de naturaleza sexual o cualquier suceso donde un niño o niña es tomado como objeto de estimulación sexual. El niño por su condición carece del desarrollo madurativo sexual, emocional y cognitivo que son necesarios para dar consentimiento consciente a una conducta de estas características. El consentimiento remite a autorizar o acordar que se haga algo bajo la propia voluntad. El niño abusado sexualmente se encuentra a merced de la voluntad de un otro que ejerce su poder desde una posición de autoridad y utiliza diversos tipos de coerción. Este niño no otorga su consentimiento, ya que no tiene toda la información necesaria para comprender exactamente la naturaleza de aquello que consiente, el alcance y el propósito de su participación, así como de las eventuales consecuencias o riesgos. La posición dominante y de poder del adulto en oposición con la dependencia y vulnerabilidad del niño lo vuelven sumamente vulnerable (Berliner & Elliott 2002; Sgroi 1982).

El ASI para De Paul Ochotorena y Arruabarrena (2005) conlleva siempre un abuso de autoridad y de poder sobre el niño. Categorizan al abuso de la siguiente manera: incesto: (cuando se realiza abuso o violación por parte de una persona de consanguinidad lineal o por hermano, tío o sobrino), vejación sexual (mediante la acción de tocar zonas erógenas del niño deliberadamente u obligar e incitar a que el niño realice lo mismo en partes del adulto), abuso sexual sin contacto físico (es la exposición de los órganos genitales por parte del adulto con el objetivo de obtener gratificación sexual y seducción verbal y visual evidente).

Pérez y Caricote (2014) afirman que el ASI se presenta con más frecuencia que lo informado pero en la mayoría de los casos no son denunciados para evitar la estigmatización. En un estudio realizado por la OMS (2014) manifiesta que los abusos sexuales ocurridos en la infancia corresponden aproximadamente 20% en mujeres y entre un 5 y 10% a los hombres.

Como conclusión, estas definiciones refieren a que el adulto toma ventaja de la incapacidad del niño para comprender y consentir el suceso. Es imposible que el niño

pueda consentir algo que no se comprende y mucho menos cuando la persona que obliga la conducta lo realiza bajo una forma de poder abusivo.

De Paul Ochotorena y Arruabarrena (1996) describen tres tipos de asimetría vincular que están presentes en todo acto de ASI: asimetría de poder, que aparece por diferencia de roles, jerarquía, fuerza física o diferencia de edad entre la víctima que presenta un alto grado de vulnerabilidad y dependencia y el abusador que ejerce una manipulación psicológica sobre el infante permitiendo que el ofensor controle a la víctima en esta relación sexual no consensuada. Cuando la relación es parento-filial se ponen en juego componentes afectivos y emocionales que son utilizados por el abusador para acceder a la víctima con más facilidad; asimetría de conocimientos, el agresor posee un conocimiento más refinado sobre temas relacionados con la sexualidad como así también implicaciones de la relación sexual que aún la víctima no conoce. Sin embargo, que la víctima tenga edad para estar informada no es garantía en absoluto que entienda la dinámica abusiva. Por último, la asimetría de gratificación, donde el adulto tiene como único objetivo obtener su propia gratificación sexual, aunque intente generar placer en la víctima, su meta última siempre está vinculada únicamente a sus propios deseos y necesidades.

Perrone y Nannini (1997) afirman que se observa sistemáticamente en la familia una negación de los hechos, que deja de funcionar como un lugar seguro y protector para el niño convirtiéndose en un ámbito amenazante que desdibuja toda frontera intergeneracional y destruye la interacción familiar sana. El niño, envuelto en un velo de secretos y misterio, queda cautivo en “el secreto” de lo que está ocurriendo en el entramado familiar. Este secreto tácito, que combina lo inefable, inconfesable y aquello que no se dice por ser confuso y prohibido, se instala en la familia haciendo que los acontecimientos ocurridos queden ocultos y provocan que el niño quede alienado de su propio grupo familiar.

El secreto previamente mencionado forma parte del llamado Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (Summit, 1983) que explica las emociones, conductas y pensamientos del niño frente al abuso. El síndrome explica porqué muchos niños se retractan tiempo después de contar lo sucedido. El mismo consta de 5 etapas: 1) el secreto: es una promesa de seguridad que se sostiene por vergüenza y culpa protegiendo al niño frente al miedo de revelar lo que está ocurriendo por temor a la desaprobación o

pérdida de amor de sus padres o que el mismo niño sea desacreditado al ser el mismo revelarlo. 2) el desamparo: frente a la situación de dependencia el niño es invadido por sentimientos de desprotección, indefensión y desamparo paralizándose frente a las personas que deberían protegerlo, lo cual lo lleva a un proceso de autoculpa y autocondena. 3) el entrapamiento y la acomodación: bajo estas condiciones en las cuales puede pasar días, meses o años el niño no dispone de otro recurso que la aceptación y posterior acomodación de la situación para poder sobrevivir hasta que intervenga alguna variable protectora que lo saque de ese lugar de sumisión. 4) la revelación tardía y no convincente: el quiebre del secreto suele tener lugar bastante tiempo después luego de años de mantenerse oculto esto puede ocurrir al descubrirse una conducta sexual por un familiar o vecino de manera casual o accidental, como resultado de la ruptura familiar, cuando los mecanismos de acomodación utilizados por el niño ya no son suficientes, por la psicoeducación o como resultado del descubrimiento por parte de los agentes de salud. 5) la retracción: el niño, como consecuencia del develamiento, oscila entre la culpa por lo sucedido y la obligación de mantener unida a la familia que como consecuencia de su relato se fragmenta. Las amenazas recibidas para mantener el abuso oculto parecen cumplirse. Se siente confundido porque nadie le cree, lo que produce que el mismo se retracta de sus dichos (Summit, 1983).

Según Perrone y Nannini (1997) la dinámica abusiva comienza con la ritualización de la víctima, que es una especie de trance que modifica su estado de conciencia, generando en la persona abusada amnesias profundas; alucinaciones; visualizaciones intrusivas; fenómenos de desdoblamiento, despersonalización y disociación, desdibujándose los límites de la identidad, modificando las sensaciones y percepciones.

Uno de los rituales utilizados por el abusador para ejercer control, modificar la conciencia de la víctima y cronificar la dinámica abusiva sexual, es la denominada *dinámica del hechizo*. Es la invasión al territorio corporal de la víctima, atrapándola en una relación de alienación, sin necesidad del uso de la fuerza. Se genera a través de una dinámica de tres tipos de prácticas relacionales: la efracción, la captación y la programación. La *efracción* se da en el inicio del contacto abusivo, donde el abusador irrumpe en el mundo interno del abusado, revelando su intimidad y secretos. En este primer acto que realiza el abusador muchas veces es la primera experiencia sexual del niño. En la

*captación* busca apropiarse del otro y para eso gana su confianza, lo atrae y retiene su atención, privándolo de la libertad de dar o no su consentimiento. Para eso utiliza tres vías: la mirada, el tacto y la palabra. Al interferir las vías sensoriales de la víctima de una manera traumática, produce una disminución de su funcionalidad global. Esto afecta a la autonomía personal y el abusado se vuelve factible de ser manipulado. El objetivo es atrapar a la víctima dejándole sin libertad y permaneciendo en un estado de cautividad. Por último, la *programación* busca perpetuar el abuso sexual a través del dominio sobre la víctima, introduciendo instrucciones en la neurobiología del otro logrando comportamientos predefinidos. El abusador juega con las emociones del niño provocando que los aprendizajes queden ligados a él (Perrone & Nannini, 1997).

Para Barudy (1998) es importante hacer una diferenciación entre el abuso sexual extra e intrafamiliar. En el abuso sexual extrafamiliar al adulto agresor no forma parte del medio familiar del niño, goza de someter a la víctima por la fuerza haciéndolo sufrir. En otros casos, estos pueden pertenecer al entorno social del niño, el mismo opera ganando la confianza que le fue depositada por parte de la familia del niño, y logra ejercer el rol de pseudopadre o pseudomadre, como por ejemplo niñeras, profesores, maestros de escuela, líderes de grupo espirituales de cualquier culto, amigos y/o allegados a la familia. Estas personas no solo ocupan un lugar de confianza, además se infiltran sigilosamente cada vez más en la familia mediante actos con una aparente finalidad altruista, cuando en realidad lo hacen para obtener el cariño y afecto de los niños, tomando ventaja de la confianza familiar, sobre todo en aquellas particularmente vulnerables, por ejemplo las monoparentales, con padres divorciados, familias con niños adoptados o con problemas de integración.

Por su parte, Echeburúa y De Corral (2006) agregan que los niños que presentan carencia afectiva familiar, retraso del desarrollo, discapacidades físicas o psíquicas están más expuestos que otros.

Mediante la confianza ganada, el pedófilo, envuelve al niño en este proceso de “vampirización” de manera tal que no pueda reaccionar ante lo que está ocurriendo, porque no interpreta el actuar del abusador como algo anormal, sino que lo vive como si fuesen gestos amistosos, llenos de gratificación para sí mismo. Esta conducta provoca en el niño sensaciones corporales y goce sexual, provocando placer y confusión conjuntas, quien en

verdad ignora que está siendo víctima de acoso sexual. Al ser estos comportamientos naturalizados y aceptados por la familia, se confunde aún más al niño, dificultando la comunicación de lo que ocurre y provocando sentimientos de culpa y vergüenza (Barudy, 1998).

### **3.3.1 Abusos sexuales intrafamiliares**

Se denomina abuso sexual intrafamiliar al ocurrido dentro de familias que se denominan *sexualmente abusivas*. Dentro de este grupo se incluyen a todas aquellas personas que conforman el grupo familiar biológico, político o adoptivo: padres, padrastros, madres, madrastras, hermanos/as, primos/as, tíos/as, abuelos/as que a través de su rol y poder manipulan al niño. Este es “cosificado”, transformado y manipulado como si fuese un objeto, siendo utilizado para la satisfacción sexual de uno o varios miembros adultos de la familia. La falta de jerarquía, poca claridad en los roles, sentimientos ambiguos y comportamientos poco claros hacen de este tipo de familia un lugar donde el niño interpreta cada gesto con mucha confusión, produciéndole incertidumbre constante al no poder darse cuenta de lo que verdaderamente está ocurriendo (Barudy, 1998).

Resulta necesario remarcar que, detrás de esta dinámica incestuosa, existe una familia con vínculos familiares elevadamente disfuncionales, donde el secreto y la ley del silencio protegen la dinámica abusiva que se sostiene en un sistema familiar donde el incesto está marcadamente naturalizado (Barudy, 1998).

No existe una única causa o condición que pueda predecir el ASI. Las múltiples condiciones que favorecen el ASI tienen que ver, en primer lugar, con la estructura de la familia y luego con las características propias del abusador. Por un lado, se observa una familia que tiene una interacción vincular distorsionada, que altera el mecanismo familiar y como resultado se presenta una confusión de roles y fronteras difusas entre los miembros de la familia, comportamientos confusos y ambiguos (De Paul Ochotorena & Arruabarrena 1996). Los problemas sexuales dentro de la pareja, donde las necesidades de ambas partes no están satisfechas, podría ser un factor desencadenante del incesto porque la frustración sexual en la pareja es dirigida hacia los hijos (Hernández, 2016).

Siguiendo la misma línea, Perrone y Nannini (1997) señalan que los nuevos modelos multiparentales implican una reorganización de la estructura familiar donde se deben marcar los nuevos roles respecto de los hijos del otro. Si esto no se realiza, como consecuencia las fronteras intergeneracionales se vuelven difusas para el niño indicando que el riesgo de incesto es dos veces más alto en este tipo de familias ensambladas. En familias monoparentales, cuando la madre se encuentre ausente sea por motivos laborales, enfermedad o abandono, el padre puede incitar a la hija a que ocupe el lugar de su madre. La ley del silencio, aplicada por el padre abusador, se impone para mantener la cohesión familiar arrastrando al niño a una dependencia crónica. Aunque el secreto sea develado, las madres que presentan como característica personales pasividad, dependencia y sumisión, ante el hecho develado son incapaces de proteger a sus hijos, permaneciendo leales a sus maridos y negando lo ocurrido. Esto denota que la ley universal de prohibición del incesto no fue incorporada. Por su parte, existe en este tipo de estructura familiar una ruptura de los registros comunicacionales que implica que los mensajes emitidos se transmiten en registros contradictorios donde lo que se dice, aunque sea claro, está en quiebre con el contexto lo que implica, a su vez, la comunicación entre el niño y el abusador va en un solo sentido al no existir la escucha del otro sino solo la búsqueda de un objetivo por parte del abusador, esto provoca que el niño no tenga la posibilidad de elegir el curso de acción a seguir encerrándose en la culpa.

En las familias sanas los miembros presentan un apego sano, es decir, se confirma que las relaciones entre los adultos y los niños se vinculan por afectos, comportamientos y sistemas de creencias que facilitan el crecimiento y evolución de cada uno de sus miembros. En cambio, en la estructura familiar incestuosa el abusador es una persona querida y respetada por el niño, lo cual le genera sentimientos ambivalentes, donde el abuso es percibido como una excesiva manifestación de afecto (Barudy, 1998).

El abusador, por su parte, casi siempre tiene en su historia personal relatos llenos de violencia física y verbal, maltrato infantil y hasta abuso sexual, hechos que ocurrieron en un ámbito carente de afecto y protección durante su propia infancia (De Paul Ochotorena & Arruabarrena, 1996). Se caracterizan por el fracaso en el logro de una relación sexual adulta normal, permaneciendo psicológicamente en la infancia (Hernández, 2016).



Barudy (1998) hace alusión a dos períodos que ocurren dentro del abuso sexual intrafamiliar. El primero se refiere al sostenimiento del abuso mediante la ley del silencio y el secreto para mantener la armonía y cohesión en el sistema familiar. Posteriormente, cuando el develamiento de la dinámica abusiva emerge a nivel público, ocurre una crisis en todo el sistema, con la posterior ruptura de la homeostasis familiar y la desestabilización de la misma tanto a nivel interno como externo, en la relación con las personas cercanas al sistema.

Dentro del primer período Barudy (1998) distingue tres fases:

- Fase de seducción: Manipulando a la víctima, a través de la confianza, el abusador induce al niño a través del juego o comportamientos sanos para lograr cometer los actos abusivos.
- Fase de interacción sexual abusiva: Con gestos, sin contacto, pero de manera gradual hasta llegar a los gestos con contacto, el adulto comienza a comportarse abusivamente con su víctima.
- Fase del secreto: Mediante la ley del silencio el abusador impone el secreto bajo amenazas, mentiras y chantajes, manipulando al niño psicológicamente para no ser descubierto.

En el segundo período el autor distingue dos fases:

- Fase de divulgación: El abuso es revelado. En general sucede de manera accidental (al abuso lo descubre un tercero) o porque la víctima voluntariamente lo informa.
- Fase de represión del discurso de la víctima: Se quiere contrarrestar la confesión del menor mediante comportamientos y discursos en los cuales la familia o el entorno procuran negar el relato de la víctima para recuperar la homeostasis familiar.

Es importante señalar que los factores socioeconómicos y socioculturales son facilitadores de la violencia y abusos. En este tipo de familia ocurren situaciones donde la violencia intrafamiliar se hace presente de forma cotidiana, transformando la violencia en un estilo de vida que se transmite de generación en generación. Los adultos tienden a

repetir comportamientos abusivos y violentos sobre sus hijos, haciéndolos vulnerables a desarrollar las mismas conductas abusivas que recibieron de niños para con otros (Barudy, 1998).

Los efectos de esta nociva experiencia llegan a ser devastadores. De acuerdo a De Paul Ochotorena y Arruabarrena (1996) como consecuencia las víctimas de ASI pueden presentar conductas hipersexualizadas tales como: conductas seductoras o masturbación compulsiva, problemas para relacionarse con sus pares por un marcado aislamiento social a raíz de la baja autoestima, olvidos, trastornos en el sueño (pesadillas o insomnio), trastornos de la alimentación, ansiedad, autorreproche, vergüenza, estigmatización, confusión, angustia, culpa y conductas suicidas/autodestructivas. Para Hernández (1996) las víctimas del ASI son personas que están tristes la mayor parte del tiempo, no les interesa mejorar su apariencia porque interpretan que no valen nada, que nunca volverán a ser los mismos porque su cuerpo ha sufrido un daño irreparable, presentan un estado de hiperalerta constante frente a cualquier estímulo inofensivo como por ejemplo, una película, música, un olor determinado, etc. En niños, como consecuencia física a corto plazo, pueden manifestarse enuresis y/o encopresis.

Las huellas que dejan estos hechos difieren según sexo, edad y sintomatología. Hernández (2016) refiere que las niñas son víctimas de abuso sexual tres veces más que los varones. Las diferencias según género y edad se dan en la expresión de la sintomatología patológica. Las niñas suelen manifestar ansiedad y depresión, mientras que los niños pueden presentar rasgos más agresivos y una elevada irritabilidad (López Sánchez, 1995).

Los efectos del abuso sexual en la vida adulta afectan el funcionamiento psicológico, social y físico (Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2013). Asimismo las repercusiones del hecho en una persona dependerán en menor o mayor medida de la frecuencia, duración y por sobre todo de la fase evolutiva en la cual el sujeto se encontraba al momento del abuso (Briere & Elliott, 2003).

Es importante destacar que como resultado de estos sucesos traumáticos en la niñez, hayan sido experimentados de forma directa o indirecta, se pueden desarrollar trastornos mentales, como por ejemplo el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Jarero, Roque-

López & Gómez, 2013). A raíz del alto predominio de TEPT en jóvenes que sufrieron maltrato infantil, la investigación en este área ha crecido notablemente en los últimos años (Pecora, White, Jackson & Wiggins, 2009).

Más allá del desarrollo posterior de TEPT, el ASI es -en sí mismo- una serie de hechos potencialmente traumáticos para la vida de una persona. Para abordar esta temática, resulta importante desarrollar a continuación el concepto de *trauma*.

### **3.4. Trauma**

Desde el punto de vista etiológico, el término *trauma* deriva del griego y significa herida, y es una palabra que proviene del término *traumatikos* (Corominas, 1973). El Diccionario de la Real Academia Española (2001) amplía el concepto explicando que el trauma es un choque emocional que produce un daño duradero en la mente de una persona.

Para los objetivos del presente trabajo, se tomó como punto de partida la conceptualización de trauma que Pierre Janet esbozó en 1894 y refinó en 1919:

Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Salvador, página 5, s.f).

Las catástrofes naturales, accidentes de tránsito, guerras y abusos físicos o sexuales son algunos ejemplos de situaciones potencialmente traumáticas. Algunos de los efectos que se pueden observar en las personas tras la vivencia de una experiencia traumática se pueden resumir en: recuerdos traumáticos que quedaron almacenados en la memoria a nivel perceptual e implícito, la falta de integración de sensaciones, cogniciones, percepciones, emociones y la repetición de conductas no conscientes. Como resultado se produce una

despersonalización del sujeto, amnesia sobre los hechos ocurridos y disociaciones de la personalidad (Van der Kolk, 1996).

Los síntomas traumáticos son la consecuencia de aquello que no fue resuelto en el momento del suceso traumático, provocando malestar en el cuerpo y la mente. Como resultado se produce una serie de síntomas como depresión, ansiedad, síntomas o enfermedades psicosomáticas y alteraciones del comportamiento general (Briere & Scott, 2014). Levine (1997) sostiene que para la eventual recuperación es de suma importancia entender los efectos que el cuerpo padece como consecuencia del trauma.

El evento traumático provoca que el individuo no pueda racionalizar la escena traumática lo que implica la pérdida de su capacidad narrativa. El sujeto no puede describir lo ocurrido porque como consecuencia del intenso estímulo traumático ocurre una falla en su memoria explícita lo cual lo inhabilita para narrar lo sucedido generando una alteración en los sistemas de memoria impidiendo darle un sentido al pasado y como consecuencia se produce una reexperimentación repetitiva de los síntomas asociados al evento. Esto trae como potencial resultado el desarrollo de la patología del trastorno por estrés postraumático (Van der Kolk, 1996).

Es de suma importancia destacar que no todos los sujetos que experimentan un trauma desarrollan sintomatología patológica. Esto dependerá de la presencia de antecedentes psiquiátricos y/o familiares, de la interpretación subjetiva que el sujeto tenga de la experiencia, y por sobretodo de la personalidad de base del sujeto y los recursos resilientes del mismo (Coelho Rebelo & Oliveira, 2010).

### **3.4.1 Trastorno por estrés postraumático (TEPT)**

Ayuso, Báguena y Trujillo (como se citó en Martin Ayala & De Paul Ochotorena, 2004) infieren que el TEPT se fundamenta en el trauma y que comenzó a tomar relevancia en la psiquiatría hacia principios del XIX teniendo más protagonismo a raíz de los efectos devastadores que las guerras desencadenaron en los soldados.

El Manual de Diagnóstico para los Trastornos Mentales en su quinta versión (APA, 2014) define como *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés* a los

siguientes trastornos: trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación, otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado y finalmente trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

Kaplan y Saddock (1999) refieren que, hasta hace dos décadas, algunos autores clasificaron al TEPT dentro de los trastornos de ansiedad como uno más de los ya conocidos fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizado, etc. Las diferencias actuales respecto al DMS IV radican en que el TEPT se clasificó dentro una categoría donde el síntoma principal es la ansiedad patológica. En la actualidad según el DSM 5 este trastorno ya no forma parte de esa categoría sino que pertenece a la anteriormente mencionada *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*, donde los síntomas principales no giran en torno exclusivo a la ansiedad patológica. De modo que, además de tomar la ansiedad como uno dentro de otros síntomas, se agregan las alteraciones cognitivas negativas tales como problemas en la memoria y distorsiones varias a los criterios de evaluación del trastorno (APA, 2014).

El TEPT es una entidad clínica que suele manifestarse en algunas personas que fueron expuestas a situaciones violentas e inesperadas consideradas intrínsecamente como traumáticas: presenciar la muerte de una o varias personas, haber estado en peligro de muerte o haber sufrido lesiones graves o violencia sexual, o enterarse de hechos donde ocurrieron estos eventos traumáticos a personas cercanas. La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes. Asimismo la alteración debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y la misma no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección orgánica o psicológica (APA, 2014).

Además, de acuerdo a los criterios del DSM 5 (APA, 2014) para diagnosticar TEPT debe haber presencia de: uno o más síntomas de intrusión que estén asociados al evento y se inicien después del suceso traumático tales como recuerdos y sueños angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos asociados al suceso traumático; reacciones disociativas, en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. La expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. El

malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas o prolongadas son comunes al exponerse al sujeto a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Otro criterio es que la persona debe presentar conductas de una evitación persistente a los estímulos asociados al suceso traumático, tales como: esfuerzos para no evocar recuerdos, tener pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático, y la evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que tengan el potencial de despertar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos estrechamente asociados al suceso traumático.

Las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al evento traumático suelen comenzar o empeorar después del evento y se manifiestan por dos (o más) de las características siguientes: incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas); creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”); la percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás; estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza); disminución importante del interés o la participación en actividades significativas; sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Asimismo ocurren alteraciones importantes del estado de alerta base y de la reactividad asociada al suceso traumático por dos (o más) de las características siguientes: irritabilidad y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos; comportamiento imprudente o autodestructivo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada; problemas de concentración y alteraciones del sueño (APA, 2014).

Junto con la evaluación de cada uno de estos criterios, se debe especificar si el trastorno se expresa con síntomas disociativos y/o despersonalización (es la sensación subjetiva de que uno mismo fuera externo al propio proceso mental o corporal, como si se soñara; o de que el tiempo pasa despacio). Otro criterio a evaluar es la presencia de síntomas de desrealización, siendo esta una experiencia de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

### **3.5 Terapia Cognitiva Conductual**

Entre las técnicas más utilizadas para el tratamiento del TEPT se encuentra la terapia cognitiva conductual (TCC). Este modelo propone que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento influyendo de este modo en la conducta y el estado de ánimo de los pacientes. A través de una participación activa entre el terapeuta y el paciente se obtiene como resultado una mejoría no solo del estado del ánimo sino también de su comportamiento. De esta manera la terapia cognitiva (TC), que surge de la mano de los Dres. Beck y Ellis a partir de los años 60, intenta conceptualizar las dificultades del paciente comenzando por ayudarlo a identificar sus pensamientos y comportamientos vigentes que surgen del pensamiento disfuncional. Luego se intenta localizar los factores desencadenantes que influyen sobre las percepciones del sujeto, y por último se trabaja sobre los esquemas cognitivos de interpretación de esas situaciones (Beck, 2000).

Siguiendo la misma línea Carrión y Bustamante (2012) mencionan que la TC es una construcción mutua entre el terapeuta y el paciente, durante la cual se le enseña un manejo eficaz de sus pensamientos negativos, con el objetivo de transformar la visión que tiene del mundo, ayudándolo a identificar sus ideas distorsionadas. Por su parte, López Ortega (2009) expone que el terapeuta, a través de tareas inter sesiones que se le da al paciente, lo reeduca para que este sea capaz de aplicar fuera de las sesiones las conductas y cogniciones aprendidas. El objetivo es lograr mediante una variedad de técnicas que él paciente identifique los pensamientos disfuncionales, evalúe la validez de dichos pensamientos, sea capaz de modificarlos y diseñe junto con el terapeuta un plan de acción asociado con los sentimientos que lo perturban, formulando respuestas más adaptativas a su pensamiento y

su sentir para lograr mayor bienestar y de ese modo se comporte de manera más funcional (Beck, 2000).

El modelo cognitivo sostiene que la lectura de determinadas situaciones junto con las creencias cognitivas y pensamientos automáticos distorsionados que emergen sobre las mismas inciden sobre los sentimientos del sujeto y como consecuencia sobre su comportamiento. Lo que se busca mediante esta terapia es proveer las herramientas para ayudar al paciente a identificar dichos pensamientos de manera consciente y estructurada, corregir las percepciones distorsionadas que tiene de los mismos para experimentar emociones positivas. Una vez adquiridas las herramientas, cuando las emociones negativas emerjan el paciente sabrá cómo usarlas, de manera tal que le sea funcional para identificar y evaluar pensamientos y conductas más adaptativas (Beck, 2000).

Por lo tanto, la meta de la TCC es que los esquemas de funcionamiento automático y personal se vean mejorados a través de la psicoeducación logrando reconstruir los esquemas cognitivos de sí mismo y del mundo, mediante el manejo eficaz de los niveles de excitación, modificando conceptos errados que producen ansiedad y miedo, cambiando las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas. Esta técnica se llama reestructuración cognitiva (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Por su parte, Beck (como se cita en Bulacio, 2001) se refiere a las siguientes distorsiones cognitivas: pensamiento “de todo o nada” (pensamiento dicotómico, o en blanco o negro); adivinación del futuro (por ejemplo catastrofización); descalificar o descartar lo positivo; inferencia arbitraria; razonamiento emotivo (“siento que...”); explicaciones tendenciosas; rotulación (“etiquetar”); magnificación/minimización (magnificar lo negativo y minimizar lo positivo); filtro mental (abstracción selectiva); lectura de la mente; generalización (o sobregeneralización); personalización; expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas) y visión en túnel (sólo se ven determinadas características o hechos, en detrimento de otros).

Asimismo, las distorsiones del pensamiento y del significado de la experiencia vital colaboran en el surgimiento y perpetuación del trastorno. Esto provoca en el sujeto elevados niveles de ansiedad que generan un circuito cerrado que confirma esa forma de



pensar, sentir y actuar. Resulta necesario conceptualizar qué es la ansiedad, ya que muchos autores hacen referencia a este concepto. La ansiedad es una emoción adaptativa y funcional a determinadas situaciones que podrían ser amenazantes para la supervivencia del individuo. De todos modos, cierta cantidad de ansiedad es necesaria porque moviliza al sujeto a planificar conductas ante diferentes situaciones interpretadas como amenazantes. De esta forma se activa un mecanismo para resolver los conflictos sin agotarse en extremo (Bulacio, 2001). Así como la ansiedad es una emoción adaptativa para el desarrollo del hombre la misma es considerada una emoción normal. Cuando la ansiedad se vuelve disfuncional se transforma en una respuesta desadaptativa a los fines de la supervivencia, transformándose en lo opuesto: frente al estímulo, la persona evita exponerse a determinadas situaciones en vez de enfrentarlas asertivamente, lo que trae como resultado malestar psicológico y manifestaciones físicas desagradables (Cia, 2007).

Como se puede observar coexisten varios conceptos sobre la ansiedad pero todas coinciden en que la ansiedad es una emoción humana normal, pero cuando la misma se vuelve disfuncional se manifiestan en el sujeto estados de agitación tales como temblores, taquicardia, sudoración, sensación de ahogo, entre otras, y temor ante una situación imaginaria o real que lo perturba no solo a nivel mental sino también corporal (Carrión & Bustamante, 2012).

A continuación se describirán diferentes técnicas de abordaje desde este enfoque.

### **3.5.1 Técnicas de Intervención en TCC**

Desde hace tiempo para el abordaje para el TEPT se utiliza la TCC. Las técnicas cognitivo-conductuales ofrecen diversidad de estrategias, entre ellas las técnicas de exposición interoceptiva y exposición imaginaria que tienen como objetivo exponer al individuo en forma gradual a situaciones traumáticas y temidas para promover mayor habituación y posterior desensibilización de las experiencias que, ocasionaron los síntomas. Con el acompañamiento del terapeuta, el individuo desarrollara su capacidad para reducir los síntomas condicionados por el trauma a medida que los reexperimenta (Bulacio, 2001).

En la misma línea de pensamiento Jaycox y Foa (1996) refieren que mediante la exposición imaginaria se instruye al sujeto a que aprenda que todo lo relacionado con la

reexperimentación del suceso que le generó el trauma, desde el recuerdo hasta sus estímulos no sea interpretado como daño o amenaza. Lo que se busca es que el paciente pueda lograr la reinterpretación más funcional de las mismas (Safran & Segal, 1994). Sin embargo, Rojas (1999) infiere que la repetición persistente reduce la sintomatología siempre y cuando las exposiciones sean frecuentes entre una y otra, pero si la misma no se realiza continuamente durante un período determinado de tiempo esto aumentaría el riesgo de recaídas. Por su parte, Bados López (2001) sostiene que así como la técnica de exposición imaginaria es de suma importancia para el tratamiento, la misma no es suficiente para generar un cambio en los esquemas cognitivos más profundos, por lo tanto deberá ser combinada con otras técnicas.

La técnica de reestructuración cognitiva tiene como meta reorganizar los esquemas cognitivos, los supuestos y creencias irracionales y/o catastróficas que perpetúan los síntomas para identificar los pensamientos automáticos perturbadores, con la posterior renovación de los mismos por otros más ajustados a la realidad y a los recursos del paciente. Esto se obtiene reconociendo el patrón de pensamientos, conductas y emociones negativas asociadas (Puigcerver, 2001). Una vez que el sujeto identificó las creencias y pensamientos distorsionados estos serán sometidos a prueba con el posterior cuestionamiento de los mismos, lo cual desencadenará la modificación de esas cogniciones, conductas y emociones (Bulacio, 2001).

El paciente también se beneficia de la técnica de resignificación de la experiencia, al darle nuevos significados a los recuerdos que poseen alta carga afectiva. En condiciones de relajación se pueden identificar los pensamientos generando una nueva mirada sobre los mismos (Bulacio, 2001). La meta global de la psicoterapia se basa en integrar a la historia vital del sujeto el suceso traumático dándole una nueva significación, más saludable y funcional al bienestar general (Carbonell, 2002).

Por otro lado, la técnica de la relajación ayuda al sujeto al manejo de los síntomas ansiosos, la tensión y activación fisiológica reiterada. Sin la ayuda de recursos externos, se busca que el sujeto controle su nivel de activación. Este es el primer escalón para la desensibilización que mediante una respiración lenta y profunda practicada rutinariamente se logrará controlar la sintomatología (Bulacio, 2001).

Puigcerver (2001) menciona al entrenamiento en inoculación de estrés como una técnica muy efectiva para el manejo de la ansiedad en el TEPT. Esta técnica consiste en psicoeducación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento auto instruccional con el objetivo de facilitar la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento más adecuadas.

El entrenamiento en habilidades sociales es una serie de técnicas cuyo fin es mejorar el desempeño del paciente en sus vínculos con otras personas, tanto conocidas como desconocidas. Por ejemplo, se enseña a oír y comprender con interés, leer y descifrar con precisión señales sociales, defender derechos e ideas de forma asertiva, y expresar sentimientos y emociones tanto positivas como negativas, sintiendo confianza en los propios recursos (Bulacio, 2001).

Finalmente se debe aclarar que los objetivos de la terapia y duración del tratamiento deben tomar en cuenta las resistencias del paciente, para implementar un tratamiento específico para cada sujeto (Carbonell, 2002).

### **3.6 EMDR**

La Dra. Shapiro, en el mes de mayo de 1987, mientras caminaba por un parque en California, observó que sus ojos comenzaban a moverse de un lado a otro repetitivamente en un movimiento diagonal, desde abajo a la izquierda hacia el ángulo superior derecho cuando un pensamiento perturbador la sorprendía. Pero también, percibió al mismo tiempo, que cuando se concentraba en este pensamiento se escapaba a su atención y el mismo ya no le molestaba. Esto lo experimentó con amigos y colegas sin patología que guiados por la mano de un experimentador pensaban en un evento desagradable obteniendo los mismos resultados. La desensibilización fue la primera explicación del fenómeno, efecto muy utilizado y buscado en la terapia conductual. La velocidad en las imágenes, emociones y pensamientos le permitió probar nuevas variantes, con diferentes formas de experimentación que generaban resultados inmediatos. Fue así como Shapiro descubrió un método de desensibilización rápido y eficaz llamado *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR) con un protocolo básico de trabajo que consiste en ocho sesiones

protocolizadas. Es actualmente una de las terapias más utilizadas para tratar experiencias traumáticas (Solvey & Ferrazzano, 2014).

Este es un método complejo e integral de desensibilización y reprocesamiento de experiencias traumáticas por medio de movimientos oculares o de otras formas de estimulación como las auditivas y táctiles, que han sido ampliamente aceptadas por la comunidad clínica (Shapiro, 2004). La estimulación táctil o *tapping* se basa en la aplicación de golpecitos en las rodillas, hombros o manos del sujeto. Mientras que la auditiva se aplica mediante la variación de tonos o silencios en ambos oídos a través de auriculares (Blanco & Geijo, 2012).

El sistema innato de procesamiento de información *Adaptive Information Processing System* (AIP) incorpora las experiencias no traumáticas a las redes neuronales existentes, que son la base de las percepciones, conductas y actitudes de la persona (Solomón & Shapiro, 2014). La información se almacenará de manera disfuncional cuando un suceso que es interpretado como traumático por el sujeto provoque que este sistema de procesamiento de la información colapse, haciendo que la información se almacene de manera disfuncional (Gonzalez & Mosquera, s.f). Esta información que el sujeto registro en el momento del hecho quedó congelada e intacta generando que el sistema de procesamiento de la información permanezca inactivo por el trauma (Solvey & Ferrazzano, 2014).

De acuerdo a este enfoque cuando un evento ha sido procesado de forma correcta, podemos recordarlo posteriormente pero sin experimentar las emociones y sensaciones que se experimentaron durante el mismo. Los síntomas del TEPT se derivan de experiencias que no fueron procesadas correctamente, y fueron almacenadas en la memoria de forma incorrecta. Un ejemplo de esto son los pensamientos perturbadores, intrusivos y recurrentes que experimentan los sujetos y que les produce altos niveles de ansiedad, angustia, dificultades para dormir, etc. El trauma que originó estos pensamientos ha sido almacenado en la memoria implícita/motriz cuya redes neuronales están en el hemisferio derecho, y no en la explícita/narrativa del hemisferio izquierdo. Por lo tanto, la meta inicial del tratamiento es procesar dichas experiencias para que pasen a la memoria explícita/narrativa

y, de esta forma, el paciente pueda hablar del hecho traumático ocurrido pero sin experimentar los efectos negativos que provocó el mismo (Shapiro, 2004).

Como objetivo se busca mediante la estimulación hemisférica bilateral lograr la integración del suceso traumático a las experiencias ya almacenadas en las redes neuronales de un hemisferio al otro (Gonzalez & Mosquera, s.f). Cada hemisferio procesa la información de manera diferente. Frente a sujetos que fueron expuestos al síntoma traumático estudios de neuroimágenes demuestran que existe una reducción en la actividad hemisférica cerebral izquierda siendo esta la responsable del área del lenguaje, la experiencia subjetiva, identificación sensorial y atencional (Ornstein, 1997).

Gonzalez y Mosquera (s.f) mencionan la diferencia entre la memoria traumática a través de la cual la persona revive el trauma como si lo ocurrido estuviera sucediendo en ese preciso momento otra vez, y la memoria habitual que solo recuerda lo sucedido, pero sin reproducir las emociones y cogniciones ligadas al evento.

Logrando un equilibrio neurológico se buscará que el sujeto procese la información que fue almacenada de forma disfuncional, para lograr la plena adaptación e integración a un esquema actual cognitivo y emocional más positivo y adaptativo (Shapiro & Forrest, 2008).

El tratamiento de EMDR consiste en un protocolo de ocho fases de tres ejes que de acuerdo al cliente varía el número de sesiones dedicadas a cada fase en el cual se incluyen: los acontecimientos que dieron lugar a la patología, los disparadores actuales que estimulan el material disfuncional y una plantilla de futuro imaginario para el funcionamiento adaptativo. Como explica Shapiro (2004) las ocho fases del EMDR refieren a:

- Fase 1 Historia Clínica y planeamiento de su tratamiento: el objetivo es conceptualizar el caso conociendo al sujeto para poder tomar la mejor decisión sobre cómo comenzar el proceso, esto implica una evaluación clínica total y su posterior estrategia de tratamiento. Los blancos que necesitan ser reprocesados se eligen en esta primera fase.
- Fase 2 Preparación: Como primera medida se trabaja sobre la alianza terapéutica a medida que se le explica en que consistirá dicha terapia. En esta fase se quiere

asegurar que el sujeto tenga los recursos de afrontamientos para poder lidiar con pensamientos y sentimientos perturbadores sabiendo aplicar técnicas de relajación si así se requiere. El objetivo es estabilizar al paciente y lograr que el sujeto sea capaz de manejar los niveles elevados de angustia provocados por el material traído a escena. Se le solicita a la paciente identificar un lugar seguro sea real o imaginario.

- Fase 3 Evaluación: Se trabaja sobre el procesamiento de la información almacenada disfuncionalmente. Como se busca cambiar los pensamientos y sentimientos que el paciente tiene sobre sí mismo, el terapeuta comenzara trabajando sobre la identificación de los componente del blanco solicitándole al paciente que elija la imagen que lo representa, ósea aquello que lo hace pensar negativamente ese momento (creencia negativa), de qué modo le gustaría verse (creencia positiva), y por último donde se localizan sus emociones y sensaciones en el cuerpo. Se le pide al paciente que cuando ubique un recuerdo señale la intensidad de sus emociones mediante la elección de un número usando la Escala de Validez de Cognición (EVC) que analiza las creencias positivas de sí misma, que consiste en 7 puntos. Por otro lado, el nivel de perturbación y la emoción producido por la imagen y la cognición negativa será medido por la Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (USP) de 10 puntos.
- Fase 4 Desensibilización: Se focaliza sobre las emociones negativas y los sentimientos que se muestran en la Escala USP. El terapeuta realiza repeticiones de las series hasta que los niveles previamente analizados del cliente disminuyan a cero o, por lo menos, a uno. Sin embargo, estas series a veces no son suficiente motivo por el cual el terapeuta tendrá que implementar estrategias adicionales.
- Fase 5 Instalación: La meta es ayudar al paciente a que aumente la fuerza del recurso positivo (cognición positiva) pudiendo enlazar y reemplazar por la cognición negativa. Esto se logra cuando el paciente según lo que va sintiendo mantiene la cognición positiva junto con el blanco de la sesión a medida que el terapeuta sigue aplicando la serie de movimientos oculares hasta que el sujeto alcance el nivel 7 en la Escala EVC.
- Fase 6 Exploración del cuerpo: La exploración corporal puede revelar áreas de tensión o resistencia. Por lo cual se le pide al sujeto que retenga la cognición

positiva junto con el acontecimiento que constituye el blanco del tratamiento mientras a la vez el sujeto identifica algún residuo en forma de sensación corporal.

- Fase 7 Fin del tratamiento, la clausura: Con los recursos del paciente se busca proceder a un cierre formal luego de cada sesión. Esto se basa en interrogar como se siente el sujeto, si presenta algún malestar o no está seguro de lo que le está pasando de esta manera se le solicitará mediante la escritura que tome nota de cualquier perturbación, sueño y recuerdo negativo para que sea utilizada como blanco para la próxima sesión. La instrucción frente a un posible desorden emocional y las respuestas negativas que aparecen al estimular el material disfuncional durante el tratamiento debe ser informadas para mantener un sentido de equilibrio frente a posibles perturbaciones.
- Fase 8 Reevaluación: Con el objetivo de supervisar los efectos del tratamiento y la nueva información recabada entre sesiones, el terapeuta dará inicio a cada nueva sesión solicitándole al paciente que ubique blancos que ya habían sido reprocesados anteriormente.

El terapeuta trabaja con el sujeto para determinar el blanco concreto: la imagen traumática es traída a escena por el paciente junto con los detalles, o se focaliza en su parte más perturbadora. Luego, se identifica la creencia negativa asociada actualmente con el recuerdo traumático (por ejemplo, "Estar dañada de por vida"), se le pide al paciente que focalice en el material elegido y el terapeuta hace que siga su mano a medida se mueve hacia atrás y hacia adelante (o de otras formas de estimulación), observando lo que sea que le venga a la mente. Este proceso se repite hasta que se genere una confianza positiva de sí mismo y desaparezca la sintomatología. Entre fase y fase el paciente toma una respiración profunda e informa de cualquier reacción, pensamiento o sentimiento que se manifieste. Durante las sesiones el paciente puede vivenciar el aumento de algunas emociones pero al finalizar reportan una importante reducción de las mismas. La finalidad es ayudar al paciente a liberarse del pasado traumático y vivir un presente sano mediante la transmutación de experiencias negativas en experiencias de aprendizaje adaptativas, para modificar las emociones asociadas al suceso traumático y volverlas menos perturbadoras. Gradualmente los recuerdos, imágenes, sonidos y creencias perturbadores se tornan menos vívidas y menos dañinas, integrando lo aprendido a la memoria y transformándolo en una

enseñanza válida para la vida. Al finalizar el proceso los recuerdos de la vivencia traumática no generarán los síntomas mencionados del TEPT (Shapiro, 2004).

Mediante el mecanismo de estabilización neurológico se busca la asimilación de la información disfuncional generando en el sujeto la incorporación e integración de un nuevo esquema cognitivo (Saphiro & Solomón, 1995).

El método EMDR, se considera un tratamiento efectivo para el TEPT, comórbido a estados disociativos o posibles Trastornos de la Personalidad como por ejemplo Trastorno Límite de la Personalidad en adultos (Bisson & Andrew, 2007). Hay estudios empíricos que respaldan una mayor eficacia de EMDR frente al tratamiento habitual en adultos que sufrieron abuso sexual (Edmond, Rubin & Wambach, 1999).

Se realizó un estudio en el 2011 a dos grupos de 34 niñas y niños de entre 9 y 14 años que sufrieron algún tipo de violencia interpersonal (abuso sexual, violencia física o emocional y abandono), de los cuales 19 vivían con sus familias y el resto en instituciones, provenientes de vivir en situación de calle o que fueron separados de sus familias por su conducta. Ningún niño había recibido tratamientos previos. Como resultado, se observó durante la primera sesión una disminución de las puntuaciones de las unidades subjetivas de perturbación (SUD) durante las sesiones del protocolo grupal e integrativo con EMDR. Estos valores se mantuvieron y disminuyeron aún más durante la segunda sesión. Luego, en el seguimiento del tratamiento los resultados se mantuvieron a largo plazo. Esto ocurrió en los niños de ambos grupos (Jarero, Roque-Lopez & Gómez, 2013).

La Guía de Práctica Clínica (G.P.C) de la Asociación Americana de Psiquiátrica (APA) y la G.P.C de la Sociedad Internacional para el estudio del estrés postraumático recomendaron a la técnica EMDR como tratamiento eficaz para el TEPT (Blanco & Geijo, 2012).



## **4. Método**

### **4.1 Tipo de estudio**

El tipo de estudio es descriptivo y de caso único.

### **4.2 Participantes**

El sujeto participante en el que se basará el trabajo es una paciente de sexo femenino de 16 años de edad que cursa 4to año del colegio secundario. La misma llegó al Hospital con 16 años recién cumplidos derivada por el servicio de salud mental de adolescencia del Hospital al cual concurrió en primera instancia a raíz de un abuso sexual que sufrió a los 3 años el cual recuerda a sus 13 años provocando en ella una descompensación. Asiste a la institución hace 3 años.

Vive con su mamá Elena de 54 años y con su papá Roberto de 62 años. Tiene 2 hermanos, por parte del padre, Gisella de 34 años y Darío de 37, quienes no conviven con ella.

El terapeuta es de sexo masculino, tiene 30 años de edad es licenciado en psicología recibido en la Universidad de Palermo, quien se encuentra trabajando en el Hospital hace 2 años.

La coordinadora es de sexo femenino tiene 57 años de edad es Doctora en Psicología recibida en la Universidad de Buenos Aires. Se especializa en Psicología Infantil y se encuentra en la institución hace más de 16 años.

La psiquiatra es de sexo femenino tiene 36 años, es medica de planta y ex jefa de residentes del Hospital.

### **4.3 Instrumentos**

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas al psicólogo que la atiende, a la coordinadora y la psiquiatra con el fin de recabar aún más información acerca de las intervenciones que se realizaron durante el tratamiento hasta la fecha.

Los ejes de la entrevista fueron: el motivo de consulta por la cual se presentó la joven, sintomatología, abordajes utilizados para su tratamiento, la evolución del paciente,

las redes sociales y familiares, observaciones y supervisión del caso. Y por último, se tuvo acceso a la historia clínica completa.

#### **4.4 Procedimiento**

Se trabajó en primer lugar con la historia clínica de la paciente mediante la cual se logró obtener datos acerca del motivo de consulta inicial, síntomas presentados, evaluaciones psicológicas, posteriores intervenciones realizadas y seguimiento del tratamiento.

Se recabó más información con el fin de poder comprender y explicar el caso de manera más detallada a través de tres entrevistas semiestructuradas semanales al terapeuta y a la coordinadora que trabajan con la paciente desde el comienzo del tratamiento. A su vez se obtuvo información en los espacios de supervisión donde se expusieron más casos con esta problemática.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento.**

Para dar comienzo se preservará la identidad de la adolescente a la cual llamaremos Rocío. Se llevó a cabo el análisis de un caso clínico de una adolescente de 16 años quien fue llevada a la consulta psicológica al Hospital, por primera vez, en marzo de 2016 por sus padres. Con los datos de su historia clínica y mediante entrevistas diagnósticas de los profesionales de la salud que la atendieron es importante remarcar el contexto en el cual sucedieron estos hechos de abuso sexual intrafamiliar (Barudy, 1998) y analizar como plantea Bronfenbrenner (2002) los diversos subsistemas del modelo ecosistémico social donde el sujeto interactúa.

De la historia clínica se recabó la información de que la primera entrevista de admisión contó con la presencia de la coordinadora del área de Psicología del Servicio de Pediatría Infantil y del psicólogo que se ocupó de la psicoterapia posterior. Tal como plantearon Carrión y Bustamante (2012) se buscó construir un buen vínculo con el equipo admisor, lo que resultó en una buena alianza terapéutica funcionando de base para

proporcionar un clima y ambiente protegido para la exploración del hecho traumático. Los padres de la adolescente relataron que el motivo de la consulta se debía por motivo de una derivación solicitada por el Hospital de CABA para darle continuidad al tratamiento psicológico y psiquiátrico de Rocio (que al momento se encontraba medicada con sertralina 125 mg y quetiapina 75mg) como resultado de una internación de 20 días en agosto 2014, consecuencia de una descompensación a raíz de una serie de sueños y recuerdos que comenzaron a emerger en enero del mismo año, en los cuales relata que fue abusada por su abuelo, cuando tenía entre 4 y 6 años. Los recuerdos eran recurrentes e intrusivos (según la paciente), cumpliendo con el criterio B- 1 del TEPT en el DSM 5 de APA (2014). Jarero et al. (2014) mencionaron en un trabajo que en las personas víctimas de abuso sexual, se suele presentar como consecuencia más frecuente el TEPT.

También se encontró en la historia clínica que Rocio convive con sus padres es hija única de Elena de 54 años de edad y de Roberto de 62 años y pertenecen a una clase social baja, en la zona Oeste del Gran Buenos Aires. Este es el segundo matrimonio de Roberto que tiene además a María de 34 años de edad y José de 37 años con quienes manifiesta tener una buena relación. Rocio nació a término y fue cuidada siempre por sus padres. Rocio no presentó síntomas en la niñez, hasta los 6 años, cuando falleció su abuelo materno, aparecieron episodios aislados de una enuresis nocturna, siendo esta una posible consecuencia a corto plazo de ASI tal como lo planteó Hernández (2016). Durante los primeros años en el colegio tuvo buen rendimiento escolar y vínculos sociales estables, aunque a veces un poco tímida o retraída y presentaba berrinches con facilidad (tirarse al piso, llorar, gritar o tirar cosas).

De las entrevistas con la coordinadora y el psicoterapeuta se encontró que Elena relató que Rocio presenció situaciones de violencia familiar cuando discutía con su padre (abuelo de Rocio) en reiteradas ocasiones y que en la actualidad presentaba dificultades para relacionarse con chicos y chicas de su edad. Griffa y Moreno (2005) describen que en la adolescencia, las redes sociales son sumamente relevantes al servir como base para la construcción de la identidad y encontrar un lugar de pertenencia. Pero este proceso puede ser aún más conflictivo cuando el sujeto experimenta algún evento traumático temprano, tal como le sucedió a Rocio. La paciente refirió no llevarse bien con su grupo de pares, como

consecuencia del rompimiento de la confianza que tenía en el otro como ser humano, derivando todo a incorrectas interpretaciones en varias situaciones vinculares, tales era así que su condición era *“todo el barrio hable mal de mí a mis espaldas porque saben todo lo que me hizo mi abuelo”*. Este tipo de eventos se expandieron a todos los sectores sociales donde Rocio se desenvolvía, como el colegio, generando conflictos y frustraciones.

A continuación, Elena contó que luego de escuchar el relato de su hija sobre el abuso de su padre hacia ella, tuvo una conversación con una de sus tías de la línea materna y ésta le comentó que hacía muchos años atrás, cuando Rocío no había nacido, escuchó un rumor en el barrio de que Alberto había abusado de una de sus sobrinas en varias ocasiones, y que como nadie pudo constatarlo, quedó en el olvido. Pero que ahora, al oír este relato, comprende que esto sí fue posible. Los autores Perrone y Nannini (1997) observaron, a lo largo de su experiencia con casos de abuso, una negación sistemática de hechos de abuso dentro de las familias, dejando al niño o niña desprotegido de todo cuidado, y cautivo dentro del secreto de lo que está ocurriendo, tal como ocurrió en la familia de Rocío.

Luego, Elena contó que en marzo de 2014, Rocio empezó a relatar las siguientes situaciones: entre los 4 y los 6 años, una tarde estaba sentada en el living de su casa mirando la TV, donde tenía su mano en el apoyabrazos del sillón en el que estaba sentada, y su abuelo pasó por al lado y se apoyó en su hombro. En otra ocasión – estando ella sentada en el mismo sillón- le agarró la mano, se la llevó a la altura del pecho, descendiendo hasta su pene, por encima de la ropa.

En la historia clínica se encontró que finalmente, y como último recuerdo de ese período, viene a su memoria lo que su abuelo le decía: “no grites”, mientras la manoseaba en el baño de su casa y le decía que no contara nada y que si lo delataba, nadie le creería. Summit (1983) explicó con su teoría del Síndrome de Acomodación al ASI, la dinámica de lo sucedido entre el abuelo y Rocío, puede observarse la dinámica de la seducción, el secreto, el desamparo, el entrapamiento, la acomodación y la develación tardía.

En el momento en el que Rocio le contó este último recuerdo, lo hizo en un estado de ansiedad y llanto muy marcados, su madre describió a Rocio *“como saliendo de su*

*propia persona*”, lo que podría describirse como un síntoma disociativo de despersonalización (APA, 2014).

Los hechos descritos coinciden con la primera fase del abuso, la seducción, que se explicó anteriormente, donde el abusador manipula a la víctima progresivamente, a través de la confianza que ésta le ha depositado previamente, con el objetivo de satisfacer sus necesidades sexuales. Se puede observar también la progresión de los actos abusivos, desde lo más sutil a lo más concreto (Barudy, 1998).

Según los criterios para el TEPT (APA 2014), tras haber sufrido estos acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos, la paciente presentó síntomas centrales tales como recuerdos involuntarios e intrusivos junto con sueños angustiosos y recurrentes donde el contenido de los mismos estaban relacionados con los abusos (criterio B-2). También manifestaba una disminución importante del interés o la participación en actividades significativas (criterio D-5). El criterio E-6 estuvo también presente en algunas oportunidades, comentando *“que duermo poco porque por las noches tengo pesadillas sobre lo que pasó”*. La dificultad para dormir puso de manifiesto que el contenido de los sueños estaba relacionado con los abusos, lo que trajo como consecuencia alteraciones del sueño. Por la noche evitaba irse a dormir por temor a tener pesadillas (criterio C- 1,2) también evitaba situaciones relacionadas a los eventos traumáticos, según sus palabras: *“me daba a miedo ir sola al baño”*, en concordancia a lo planteado por Cía (2007) todo lo ocurrido produjo a un estado emocional negativo persistente como tristeza, enojo, confusión y miedo intensos (criterio D-4).

Beck (2000), a través de la explicación de las diferentes distorsiones cognitivas que estas personas adquieren, Rocio no cree que los demás tengan pensamientos buenos hacia ella, al no poder confiar en los otros y a no poder confiar en sí misma, las creencias vuelven como pensamientos automáticos angustiantes: *“no sirvo para nada”*.

De las entrevistas con el psicólogo tratante se observaron dificultades del vínculo de la paciente con sus pares, donde ocurrieron discusiones basadas en interpretaciones distorsionadas. En la historia clínica se registró los dichos de la paciente: *“mis amigas*

*hablaban mal de mí a mis espaldas y no paraban de reírse”, con la posterior sensación de indefensión, y el pensamiento: “no entiendo cómo no me pude defender”.*

Tal como lo destaca De Paul Ochotorena y Arruabarrena (1996) Rocio manifestó un bajo rendimiento escolar por problemas de concentración al olvidarse de todo, tildarse y tener intromisiones de los recuerdos traumáticos: *“cuando tengo un examen me pongo nerviosa, porque me aparecen imágenes molestas de lo que me hacía mi abuelo en el baño y no logro concentrarme”*, lo que se corresponde con el criterio E-5.

En la actualidad presenta reacciones disociativas cuando refiere que lo que le sucedió está en su cabeza todo el tiempo, que a veces ve la cara de la gente borrosa, y ve en ellos la cara de su abuelo. También hace mención a las *“visiones”*, donde explica que es como *“tener flashes de imágenes”* de su abuelo o de los acontecimientos, que aun sabiendo que falleció, tiene la creencia que volverá a aparecer en su vida. También manifiesta sentimientos de desesperanza *“esto no va a cambiar”*.

De la historia clínica se vislumbraron además los siguientes síntomas: quejas somáticas asociadas al stress (dolores de cabeza, dolores de panza) del criterio; reacciones aumentadas de alarma, sobresalto (criterio E-3), sentimientos de culpa e irritabilidad (criterio E-1).

La presencia y grado de intensidad de esta sintomatología, que se hizo evidente en varias consultas posteriores, sumado al nivel de alteración de la vida cotidiana (criterio G) son clínicamente significativas y persistentes mayores a 30 días de duración, permiten configurar un cuadro compatible con el de trastorno por estrés postraumático.

Luego de la primera entrevista se realizó una interconsulta con Psiquiatría Infantil del mismo Hospital, a fin de revisar la medicación prescrita anteriormente.

Debido al estado descripto por los padres en primera entrevista, sumado a los antecedentes que relataron, se registró en la historia clínica que se decidió derivar a la paciente con el psicoterapeuta infantil del equipo, quien fue parte del equipo admisor, con el objetivo de diseñar un plan de tratamiento considerando de suma importancia poder trabajar inmediatamente, para lograr la remisión gradual de la sintomatología presente.

Cabe destacar que, a lo largo del tratamiento que se realizó y que aún continúa, se registró en la historia clínica que los padres de Rocio faltaron algunas veces a las reuniones de devolución que el equipo organizó, argumentando diferentes motivos, y que no mostraron motivación suficiente como para involucrarse en el proceso terapéutico de su hija.

## **5.2. Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticadas con TEPT por abuso sexual infantil al inicio del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual (TCC) desde marzo de 2016 hasta julio de 2017.**

De las entrevistas con el equipo tratante se observó que se evaluó el caso de forma interdisciplinaria (la coordinadora, el terapeuta y la psiquiatra) si Rocio estaba en condiciones de comenzar con la elaboración y procesamiento de las situaciones vivenciadas y se dio continuidad al tratamiento farmacológico, de parte de la psiquiatra infantil del Hospital.

Durante la primera etapa del tratamiento (desde marzo de 2016 hasta julio de 2017) se trabajó con la paciente sobre los objetivos primordiales de: estabilización del ánimo, evaluación de los recursos que pudieran servirle como estrategias de autorregulación, registro de pensamientos, emociones y conductas, reconocimiento de fuentes de apoyo (red), psicoeducación sobre el TEPT y el abuso padecido, y sobre los síntomas asociados (Beck, 2000).

En las primeras sesiones, mediante la técnica de relajación (Bulacio, 2001) se buscó disminuir la sintomatología ansiosa (sudoración, palpitaciones, pensamiento acelerado, etc.) que se desataba al recordar el abuso. Mediante la relajación guiada, Rocio cerraba los ojos y se conectaba con la situación traumática. Por medio de intervenciones guiadas, y con el objetivo de que aprenda habilidades para reducir la sintomatología frente a la activación fisiológica, se le solicitaba respirara profundamente, para poder identificar las señales de su cuerpo y gradualmente disminuir el ritmo cardiaco y demás síntomas. Al cabo de tres semanas, la paciente logró ir identificando los pensamientos, emociones y conductas que le generaban los síntomas, percibiendo una disminución de la ansiedad y activación fisiológica.

Junto con la técnica de inoculación de estrés (Puigcerver, 2001), que integra técnicas cognitivas y conductuales, Rocio pudo relajarse y afrontar aquellos recuerdos intrusivos que la atormentaban, para esto se le solicitó que elaborara una lista de situaciones desde los menos estresantes hasta los más intensas para que al evocar tales recuerdos practique la relajación muscular mientras visualiza en su imaginación la situación estresante. Esto implicó, mediante la práctica en situaciones reales, el incremento de pensamientos de afrontamiento al estrés mediante la identificación y posterior resolución adaptativa de situaciones vinculadas a emociones negativas y de desesperanza, en relación a creer que su vida no podría mejorar. Cada vez que Rocio presentaba un pensamiento automático que la angustiaba, se ponía en práctica la detención del pensamiento y autodiálogo dirigido. Todo esto derivó en que Rocio fué capaz de crear sus propias redes de protección mediante la autorregulación emocional, y el desarrollo y validación de sus propios recursos, con la consecuente disminución de los síntomas psicopatológicos ya descritos.

Luego Rocio eligió trabajar con el recuerdo intrusivo de lo sucedido en el baño, que le generaba: sentimientos de enojo, confusión, tristeza, miedo y pensamientos del tipo (lo que hizo) *“no es justo para mí”*. Mediante la técnica de exposición imaginaria (Beck, 2000) se buscó que Rocio confronte y reexperimente los sucesos traumáticos temidos, con el objetivo de promover mayor habituación y desensibilización, para reducir los síntomas condicionados por el trauma a medida que los reexperimenta. Jaycox y Foa (1996) agregan que otro efecto de esta técnica es modificar la interpretación de los sucesos traumáticos como algo inocuo en el momento presente. Durante la aplicación de esta técnica, Rocio describió sentir *“una mano que me tapo la vista solo que en otra parte del cuerpo”* señalando la zona vaginal, mientras iba describiendo la escena. Relata que tiene una marca que nunca se va a ir y que esto le genera mucha angustia. Durante las sesiones relató más situaciones ocurridas en el baño. El intervalo de tiempo entre sesión y sesión de esta técnica fue de una semana, de acuerdo a lo planteado por Rojas (1999) esta técnica debe ser aplicada de manera sucesiva y repetitiva, para evitar recaídas. La exposición de Rocio a estos recuerdos traumáticos dio lugar a una mejoría por distintos procesos referidos al aprendizaje que paulatinamente fue mostrando: recordar que el trauma no implicaba una amenaza contra su integridad en el momento presente y que los estímulos relacionados al



hecho no le causaban ya daño. También se observó una mejoría significativa en la experiencia de habituación a la ansiedad que le generaban los recuerdos, al no desencadenar una pérdida de control real. Finalmente Rocio logró sentir cada vez mayor alivio y una sensación de *“fuerza recuperada”* en los brazos.

Mediante la técnica de reestructuración cognitiva (Beck, 2000) se abordaron las creencias tales como pensar que *“debería haber empujado a su abuelo”* para rechazarlo, pero *“no lo hizo”* y que esto la hace aún sentirse culpable, dirigiendo la responsabilidad del abuso hacia sí misma. Sus creencias giraban en torno a *“no me pude defender, debí haberlo empujado, es mi culpa”*. Se exploró el sistema de creencias y las interpretaciones mal adaptativas examinando las creencias acerca de ella misma y el abuso. Para eso, se buscó suministrar cogniciones alternativas que sean válidas y resulten más adaptativas con la posterior restitución de los pensamientos y sensaciones asociados al hecho, explicándole la asimetría relacional y física entre ella y el adulto de acuerdo a lo explicitado por Ochotorrena y Arruabarrena (1996), para demostrarle que, en su posición de niña, no tenía los recursos cognitivos para darse cuenta de que estaba siendo abusada y poder defenderse, por no considerar la situación como amenazante. Como afirman Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) mediante la psicoeducación, como una técnica de reestructuración cognitiva, se busca modificar creencias desadaptativas (en este caso sentirse culpable por no poder defenderse) y modificar cogniciones, conductas y estados emocionales que colaboran en la perpetuación del trastorno provocando elevados niveles de ansiedad que conducen a respuestas patológicas. Como resultado se observó como el relato de Rocio se iba modificando cuando recordaba las escenas del baño. Tal es así que cuando hacía referencia al evento su creencia giraba en torno a *“no tenía la fuerza suficiente para luchar contra él porque era más grande que yo”*, lo cual demuestra que pudo comprender la asimetría de poder que le impedía defenderse.

Una forma de intervención para disminuir el impacto emocional producido por la agresión sexual y reducir el sufrimiento personal generado, es la resignificación de la experiencia (Bulacio, 2001) mediante la cual se buscó que la paciente elabore el trauma y obtenga una nueva interpretación del mismo quitándose la responsabilidad del hecho y modificando los sentimientos de culpa que manifestó tener en varias oportunidades, frases

del tipo “*Yo genere todo esto*”. Para eso, se intervino en la deconstrucción de su relato por medio de las dinámicas interaccionales propias de las secuencias de abuso (Perrone & Nannini, 1997) fomentando en ella la capacidad de acceder a una nueva resignificación de la historia. Finalmente, a lo largo de las intervenciones, Rocio logro ir cambiando su relato entendiendo que en “*era una niña, no había posibilidad de defenderme*”.

Mediante la técnica en habilidades sociales (Bulacio, 2001) se procuró, mediante este entrenamiento, que pueda enfrentar o tener control en situaciones difíciles o confusas. Para eso, se exploró en la posibilidad que Rocio mejore a nivel vincular como consecuencia del retraimiento y la desconfianza que le generaban las personas. Se trabajó sobre la recuperación de la confianza básica en los otros comenzando por recuperar la confianza plena en si misma volviendo a que reexperimente esa sensación de seguridad que había perdido hacia ella y los demás. Lo que más perturbación le generaba a Rocio era la interpretación que sus amigas hablaban mal de ella. Para eso, se tuvo como objetivo que adquiriera los conocimientos y habilidades para afrontar sabiendo resolver conflictos y problemas interpersonales presentados para establecer relaciones interpersonales placenteras y redes sociales satisfactorias. Rocio presentó mayor relajación con sus compañeras de curso identificando y descifrando mejor las señales sociales.

### **5.3. Describir las intervenciones realizadas a una paciente de 16 años diagnosticada con TEPT por abuso sexual infantil desde el modelo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) desde julio de 2017 hasta la actualidad.**

De lo registrado en la historia clínica y de las entrevistas con el psicoterapeuta, se observó que se realizó el protocolo de 8 fases (Shapiro, 2004). Se evaluó en la Fase 1 que Rocio estaba en condiciones para comenzar a trabajar con este modelo al observarse una buena relación con los terapeutas, como consecuencia de la sólida construcción de una alianza terapéutica previamente trabajada y sumado a la capacidad de la paciente para el manejo del estrés y la ansiedad que se le fue enseñando con anterioridad mediante técnicas de relajación junto con estrategias de estabilización y autocontrol para lidiar con perturbaciones que pudieran emerger durante o entre sesiones. Luego se obtuvo un panorama clínico general, observando sintomatología presente y sus conductas disfuncionales. A su vez, Rocio fue informada sobre los tiempos de la terapia EMDR con

su posterior disponibilidad para dicho tratamiento explicándole que suele ser movilizante, y era fundamental que exista compromiso de su parte para darle continuidad al tratamiento. Shapiro (2004) explica que los pacientes deben tener las herramientas de afrontamiento para transitar periodos angustiosos, por eso es de suma importancia que el sujeto cuente con suficiente estabilidad emocional.

En esta fase Rocio y el terapeuta eligieron el blanco a ser reprocesado, que le generaba más perturbación: el recuerdo de que cuando visitaba la casa de sus abuelos, cuando tenía que acercarse al abuelo, lo que le generaba pesadillas. Se eligió este blanco, dentro de otros que se fueron debatiendo entre el terapeuta y Rocio, estos blancos refieren a los sucesos que dieron origen a la sintomatología y los disparadores actuales que perpetúan la patología (Shapiro, 2004).

En la fase 2, se comenzó creando un lugar cómodo preguntándole si se encontraba a gusto con la distancia para realizar los movimientos oculares. Se la instruyó sobre cómo funciona la terapia y la posibilidad de que experimente perturbaciones emocionales durante o después de cada encuentro junto con la aparición de efectos secundarios: náuseas, dolores de cabeza, vómito, posterior cansancio. Tal como lo explicaron Blanco y Geijo (2012) existen otras alternativas de estimulación bilateral que podrían utilizarse en el caso de no optar por los movimientos oculares (toques en rodillas y manos, o sonidos). La estimulación ocular, escogida por Rocio, consistió en que el terapeuta sitúa los dedos índices y corazón a 30cms de su cara realizando movimientos laterales u oblicuos por tandas al ritmo de unos 2 movimientos por segundo aproximadamente, y se acordó con Rocio una señal de parada no verbal (levantar la mano derecha) para aumentar su capacidad de control cuando así lo solicite. Según Shapiro (2004) es de suma importancia entablar una relación terapéutica positiva con Rocio para lograr un clima propicio para comenzar a reprocesar. Para esto, se le solicitó que pensara en algún lugar imaginario (el *lugar seguro*) en el cual se sintiera a gusto y en calma. Ella respondió en el living de su casa con su mamá mirando la televisión.

En la tercera fase se comenzó la terapia con la identificación de la imagen más representativa del evento traumático y sus emoción, cognición y sensación negativa asociada.

El blanco (imagen) elegido fue:

- Imagen: Ir a saludar al abuelo y recordar sobre los sucesos del baño
- Cognición negativa: “*No me supe defender, soy vulnerable*”. Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (USP, 1 a 10) arrojó 9 puntos.
- Creencia Positiva: “*Yo puedo salir de esto*”. Escala de Validez de Cognición (EVC, del 1 al 7) arrojó 2 puntos.
- Emoción: Asco
- Sensación: Respirar rápido (se obtuvo del registro corporal de la paciente)

Durante la fase 4, que es específica de la EMDR y el paciente realiza la mayor parte del trabajo, se buscó al desensibilizar focalizarse en las emociones y sensaciones angustiosas evaluadas mediante la escala USP realizando la estimulación bilateral con movimientos oculares secuenciados. Mientras se aplicaban las tandas de estimulación ocular seguidas de una devolución para obtener sus impresiones, aparecieron cambios indicadores de que el procesamiento estaba dando lugar, tal es así que Rocio se concentraba en el segmento más aflictivo del recuerdo traumático realizando un encuadre positivo del mismo, como plantean Shapiro y Solomón (1995) esto permitía asimilar la información mediante nuevos esquemas cognitivos. Del mismo modo a medida que el blanco se iba modificando, se observó una disminución de los aspectos perturbadores hasta lograr descender los valores a 1 de la Escala USP luego de la repetición de varias tandas de estimulación.

Mediante el mecanismo de estabilización neurológico se busca la asimilación de la información disfuncional generando en el sujeto la incorporación e integración de un nuevo esquema cognitivo

La fase 5 es la de instalación de una cognición positiva que reemplace a la negativa. Similarmente a la fase 4, se procuró que Rocio aumentara en los niveles de la escala EVC, reemplazando los pensamientos, emociones y sensaciones negativas por otros positivos continuando hasta que el valor de la escala EVC vaya aumentando. En el caso de Rocio logró aumentar los valores de la escala EVC de 2 a 7.

Al ser la información almacenada de manera disfuncional en el cerebro (Shapiro & Forrest, 2008) pero experimentadas en el cuerpo, en la sexta fase, se realizó una exploración del cuerpo para revelar áreas de tensión y molestia en la paciente. Se le solicitó a Rocío que prestara atención a las distintas partes de su cuerpo desde la cabeza a los pies, intentando registrar posibles molestias o sensaciones extrañas. Rocio indicó sentir dolor en el pecho, una molestia, como si algo no le permitiera respirar bien. Se le indicó a Rocio que recuerde la creencia positiva “*Yo puedo salir de esto*” en el momento. A medida que se iba aplicando este método, la sensación de ahogo fue disminuyendo y se continuó buscando otras sensaciones displacenteras y aplicando de nuevo la técnica hasta que no aparezca ninguna otra sensación desagradable. Para esto se realizaban tandas largas de estimulación hasta alcanzar niveles de 0 para finalizar esta fase con el lugar seguro.

En la anteúltima fase, la clausura, se procedió a dar un cierre formal a cada sesión, interrogando a Rocio sobre cómo se sentía en ese momento e informándole que podrían presentarse recaídas, se le solicito que tome registros sobre pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos, sueños y molestias que podrían aparecer luego de la sesión ya que el procesamiento podía continuar entre sesiones y serian útiles para ser utilizados como blanco del nuevo reprocesamiento en próximas sesiones.

Con el interés de supervisar si quedo algún aspecto a procesar, en la fase 8 se reevaluó el trabajo realizado y se buscó comprobar si los efectos logrados se mantienen, volviendo a preguntarle a Rocio por el blanco elegido y cómo se siente ahora respecto de eso.

## **6. Conclusiones**

### **6.1 Resumen del desarrollo**

Este trabajo se realizó con el objetivo de describir el motivo de consulta e identificar los signos y síntomas del trastorno del TEPT que se registraban en el caso junto con los cambios percibidos mediante la aplicación de estrategias implementadas desde los distintos autores. El relato realizado por la paciente, sobre los hechos ocurridos, se corresponden con un proceso de develamiento completo de las situaciones traumáticas (Barudy, 1998) lo cual derivó en la presente sintomatología que se fue intensificando a posteriori del último relato

efectuado (situación del baño) que por la descripción realizada, pareciera haber sido el disparador de la sintomatología.

Rocio en ningún momento se retractó de ningún hecho relatado. Tanto el terapeuta como la coordinadora evaluaron que el relato se realizó con un nivel de precisión tal que no denotó fantasía, haciendo muy poco probable que haya sido inducida a inventar tales hechos. Es interesante la descripción que Rocio efectuó sobre como el contenido de las pesadillas que se le presentaban como reales, ya que esto es propio de los fenómenos postraumáticos donde la cualidad intrusiva de los recuerdos e imágenes retrospectivas generan una auténtica sensación de confusión respecto de lo que le estaba sucediendo, dificultándole la posibilidad de discriminar fehacientemente la cualidad del fenómeno que estaba experimentando (APA, 2014).

Finalmente, se pudo advertir hasta la actualidad, la eficacia de las intervenciones observadas en el presente trabajo durante el transcurso del tratamiento. A medida que paulatinamente fue remitiendo la sintomatología del TEPT Rocio fue adquiriendo sólidas herramientas para expresar sus sentimientos, emociones, pensamientos y sensaciones respecto de lo ocurrido. La aplicación del grupo de técnicas y la efectividad de estas en relación a la disminución de la sintomatología concuerdan con los estudios explicados en el marco teórico que algunos autores (Bulacio, 2001) por ejemplo refirieron.

La terapia EMDR y la TCC fomentaron el reprocesamiento cognitivo y emocional de lo ocurrido, al proveerle las herramientas para el manejo e identificación de pensamientos y emociones negativos (Carrión & Bustamante, 2012), otorgándole instrucciones para que opere, cuando lo considere necesario, como su propia terapeuta a través de la psicoeducación (Beck, 2000). Mediante la terapia EMDR la paciente pudo resignificar lo sucedido entendiendo la naturaleza del trauma que experimentó, infiriendo en la actualidad una reducción en intensidad, duración y frecuencia de los síntomas intrusivos de evitación y sobreactivación, cambios importantes en sus pensamientos y emociones, como así también un descenso significativo de las manifestaciones físicas como la ansiedad, sudoración, taquicardia, etc (Shapiro, 2004) lo que derivó, al poder hablar y pensar sobre el abuso, en una mejoría en la relación consigo mismo y con los demás mejorando notablemente a nivel social y académico.

## 6.2 Limitaciones

Con respecto a las limitaciones que tuvo el presente trabajo, se considera que hubiese sido interesante la presencia y participación en las entrevistas con la paciente, la observación de sesiones de la terapia EMDR, como así también haber participado de las entrevistas con los padres de la paciente, ya que solo se accedió a todo este material mediante la historia clínica y entrevistas a los profesionales.

La historia clínica, aunque de ella se obtuvo la mayor información posible, carecía de los aportes que la tesista hubiese deseado obtener para la elaboración del trabajo porque mediante la observación participante hubiese logrado recabar un escenario mucho más amplio y nutricional de las sesiones obteniendo más información desde la propia persona.

De mismo modo, la participación en reuniones de supervisión semanales interdisciplinarias donde se exponía el caso y que no se solicitó informes del colegio de Rocio, no fueron registradas de modo escrito, por lo que no se tuvo un acceso directo de parte de la tesista. Sólo se recibió la información de lo que ocurría a través de las entrevistas realizadas al Equipo.

En cuanto a limitaciones de la institución, solo se dispuso de 30 minutos por sesión 1 vez por semana siendo este un tiempo muy acotado para pensar en intervenciones a nivel familiar, lo cual pudo haber enriquecido el tratamiento con la posterior obtención de datos sobre la evolución de la paciente en su vida cotidiana. Como otra limitación, se puede observar que el dispositivo hospitalario conlleva limitaciones de tiempo y espacio físico por ejemplo contar con pocos consultorios de tamaño mínimo que no facilitan intervenciones familiares.

Sin embargo, se puede considerar que la experiencia ha sido efectiva para los fines de este trabajo, al obtener una gran oportunidad de conocer, aprender y comprender en profundidad las características del trastorno y tratamientos aplicados en la paciente junto con la revisión teórica requerida para poder comprender la intersección de la teoría con la práctica.

### **6.3 Perspectiva crítica y aporte personal**

En primer lugar, desde la perspectiva crítica, es relevante mencionar que sería interesante impulsar una participación más activa del grupo familiar de Rocio para que el tratamiento continúe siendo exitoso, ya que los padres solamente se limitaron a llevarla a sesión, pero no mostraron una actitud colaborativa. La reacción de los padres al hecho abusivo incide de manera directa en el sujeto. Para eso, fomentar la colaboración de redes familiares implicaría un papel importante para la mejoría y posterior beneficio de la paciente ayudándolo a que enfrente la victimización. Pero cuando existe una estructura familiar disfuncional que no genera redes de contención (Bringiotti, 2005) podría generar como resultado un agravamiento de los síntomas de la víctima con TEPT generando situaciones que podrían significar de retroceso para la paciente.

En segundo lugar, podría pensarse que sumaría a la terapia que Rocio se relacionara con otras personas de su edad que hayan transitado o estén transitando una situación similar y que esto le permita visualizar, a través de la experiencia de otros sujetos, que no es la única que está en este camino, y esto le ayudaría a reducir la creencia de ser la única persona que pasó por un abuso. Por lo cual podría pensarse como una opción la posibilidad de fomentar la idea que Rocio asista a terapias grupales donde este sea un espacio reflexivo donde pueda compartir su experiencia con el soporte de un grupo de apoyo. Para un grupo de mujeres abusadas en un estudio de grupos focales se trabajó con técnicas de programación neurolingüística para aumentar la autoestima al narrar sus experiencias traumáticas, la asistencia a estos talleres ayudaron a cambiar actitudes e identificar nuevas soluciones (Carneiro & Teodoro, 2006).

En tercer lugar, cabe mencionar que, si bien en este trabajo se demostró la eficacia del EMDR en la paciente, la Coordinadora del equipo mencionó que si una persona que recibe la terapia EMDR está en proceso judicial, no se podría utilizar este tipo de intervención porque como la terapia EMDR ayuda a elaborar y procesar el trauma, cuando el sujeto deba ir a declarar o le realicen pericias, habrán desaparecido los síntomas asociados al evento traumático. El tiempo de la persona no siempre coincide con los tiempos judiciales, por lo tanto, es de suma importancia avisar sobre esto al paciente.



Finalmente, se pudo evaluar como una situación traumática puede generar en el sujeto alteraciones tan profundas que con voluntad y persistencia por parte la paciente, y con el debido asesoramiento y trabajo en equipo interdisciplinario, generan el empuje necesario para autosuperarse dándole un nuevo sentido a su vida a pesar del dolor. Por lo que la conclusión personal radica más en la necesidad de fortalecer el rol de los padres en la problemática de su hija, para procurar la constancia y el éxito en el tratamiento a largo plazo.

#### **6.4 Nuevas líneas de investigación**

En lo que concierne a las nuevas líneas de investigación, en primer lugar, se podría formular un interrogante en relación a la permanencia de los beneficios producidos por la terapia EMDR a largo plazo y si estos se deben a la eficacia de la misma o al tratamiento psicofarmacológico. Sería interesante ampliar esta hipótesis con investigaciones que pongan a prueba cada una de las intervenciones realizadas en el caso Rocio, en otras personas con características similares.

En segundo lugar, considerando la prevalencia de abuso sexual infantil, sería conveniente diseñar políticas de Estado que aborden esta problemática de forma preventiva, programas para trabajar con mayor profundidad en los diferentes niveles de prevención. Para eso, sería útil poder identificar a niños con más factores de riesgo de ser víctimas de abuso sexual, enseñándoles habilidades para su prevención. Asimismo, otorgarles a los padres una lista de síntomas que los hijos podrían estar experimentando y que servirían de ayuda para identificar las señales propias de la interacción abusiva.

Asimismo, sería conveniente trabajar con las redes familiares formándolos para detectar secuencias de abuso y agudizar la capacidad de observación para develar el secreto. Junto con los sistemas escolares, mediante aproximaciones didácticas, desarrollar en los niños las habilidades necesarias para prevenir el abuso sexual reportando las señales propias del abuso.

A modo de conclusión es importante destacar que el abuso sexual infantil constituye un problema y una preocupación a nivel mundial. Es necesario, para erradicarlo, crear políticas de interés a escala mundial, para la cual habrá que seguir realizando

investigaciones encaminadas a desarrollar estrategias más adecuadas de prevención y tratamiento.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ta Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados López, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3).
- Baita, S., & Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Montevideo: UNICEF.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Berliner, L., & Elliott, D.M. (Eds.). (2002). *Sexual Abuse of Children*. En J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny & T. Reid *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 55-78. California: Sage.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Pub Med US National Library Medicine.
- Blanco, E. L., & Geijo, G. L. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (104, 45-56).
- Briere, J. y Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. California: Sage Publications.

- Bringiotti, M. I. (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto & Contexto Enfermagem*, (14), 78-85.
- Bronfenbrenner, U. (2002) *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bulacio, J. (2001). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Carbonell, C.G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia, *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, (40), 69-75. Carneiro, A., & Teodoro, G. (2006). Autoestima en mujeres violadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 695-701.
- Carretero M., Palacios J. & Marchesi A. (1998). *Psicología Evolutiva. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2012). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Cia, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico terapéutico*. 2da ed. Buenos Aires: Polemos.
- Coelho Rebelo Maia, L. A., & Costa Oliveira, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de psicología*, 26(1), 1–10.
- Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- De Bellis, M., & Van Dillen, T. (2005). Childhood posttraumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, (14), 745–772.
- De Mause, L. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad.
- De Moragas, J. (1957). *Psicología del niño y del adolescente*. 3 ed. Barcelona: Labor.
- De Paul Ochotorena, J., & Arruabarrena, M.M. (2005). *Maltrato a los niños en la familia, evaluación y tratamiento*. España: Pirámide.

- De Paul Ochotorena, J., & M. I. Arruabarena Madariaga (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.
- Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.
- Erikson, E. H. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme.
- Fernández-Alvarez, H., & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico* (No. 159.97: 615.851). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Flores, J. C., Huertas, J. A. D., & González, C. M. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Gonzalez, A., & Mosquera, D. (s.f). Tratamiento del abuso sexual con EMDR. *Revista de Psicoterapia*, 20(80),61-71.
- Griffa, M. & Moreno, E. (2005). *Claves para una psicología del Desarrollo*. Volumen I. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Hernández, J. H. (2016). Los Niños, Víctimas Del Abuso Sexual Intrafamiliar. *Revista Huella de la Palabra*, (6).
- Intebi, I. & Osnajanski, N. (2003). *Maltrato de niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: La Cuadrícula.
- Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J. (2013). The Provision of an EMDR-Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 17–28.
- Jaycox, L.H., & Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-18.

- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*, 1(2), 23-31. Levine, P. A. (1997). *Walking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley: North Atlantic Books.
- López Ortega, M. A. (2009). Modelos para el trabajo en grupos. *Revista psicología.com*, 13(1).
- López Sánchez, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación Sexual*. Salamanca: Amarú.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en psicología*, 3(2), 105-116. Martín Ayala, J. L., & De Paul Ochotorena, J. D. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1).
- Ornstein, R. E. (1997). *The right mind: Making sense of the hemispheres*. Nueva York: Harcourt.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Maltrato infantil*. Nota descriptiva No. 150. Centro de prensa.
- Pecora, P. J., White, C. R., Jackson, L. J., & Wiggins, T. (2009). Mental health of current and former recipients of foster care: A review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work*, 14 , 132–146.
- Pérez, N., & Caricote, E. (2014). Concepción noémica del abusador sexual infantil. *Salus*, 18(3).
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Puigcerver, J.B. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.

- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid: Espasa.
- Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Rojas, E. (1999). *La ansiedad: Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Buenos Aires: Planeta.
- Safran, J & Segal, Z. (1994). “*El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*”. Barcelona: Paidós.
- Salvador, M. C. (s.f). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicos. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29-37.
- Sgroi, S., F. Porter, & L. Blick. (1982). *Validation of child sexual abuse*. Lexington: Lexington Books.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento Por Medio de Movimiento Ocular*. México: Pax
- Shapiro, F. & Forrest, M. (2008). *Una terapia innovadora para superar la ansiedad, el estrés y el trauma*. Barcelona: Kairos.
- Shapiro, F., & Solomón, R. M. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing*. John Wiley & Sons, Inc.
- Solomón, R. M., & Shapiro, F. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información Mecanismos potenciales del cambio. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 96-107.
- Solvey, P. & Ferrazano, R. (2014). EMDR: un nuevo abordaje terapéutico. *Revista Argentina de Clinica Neuropsiquiatrica*, 19(1), 23-30.

- Summit, R. C. (1983). El síndrome de acomodación del abuso sexual de menores. *Rev. Child Abuse and neglect*, 7.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. *Journal Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*.
- Van der Kolk, B. A. (2002). *Assessment and treatment of complex PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric.