

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Trabajo Final Integrador

*Caso clínico de paciente con diagnóstico
de Trastorno de Estrés Postraumático*

Autora: Adán, Gabriela Mabel

Tutora: Dra. Ramos Mejía Gabriela.

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Marco Teórico	4
3.1 Trauma	4
3.2 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	6
3.3 Abuso Sexual Infantil (ASI)	10
3.4 Consecuencias del Abuso Sexual Infantil	12
3.5 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	15
3.6 Técnicas de intervención de TCC en TEPT	18
3.7 EMDR (Reprocesamiento y Desensibilización por Movimientos Oculares)	22
4. Método	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Participantes	27
4.3 Instrumentos	28
4.4 Procedimiento	28
5. Desarrollo	29
5.1 Desarrollo del objetivo 1	29
5.2 Desarrollo del objetivo 2	34
5.3 Desarrollo del objetivo 3	40
6. Conclusiones	45
7. Referencias Bibliográfica	52

1. Introducción

El presente trabajo final integrador, se realizó a partir de la práctica de habilitación profesional V, correspondiente a la licenciatura en psicología de la Universidad de Palermo. La misma fue llevada a cabo dentro del área de la psicología clínica, en un Centro privado de salud mental, ubicado en la localidad de Garín, provincia de Buenos Aires.

Dicha institución fundamenta sus prácticas en el modelo sistémico-cognitivo-conductual, se focaliza en la resolución de problemas, orientándose en el “aquí y ahora”.

La modalidad de trabajo es interdisciplinaria, procurando así una atención integral a la persona, contando además con un equipo especialista en discapacidad y psiquiatría.

Los pacientes que asisten corresponden en su mayoría a un estrato social medio-bajo y bajo. La problemática de violencia y abuso no es exclusiva o mayor en esta población, pero si es más visible, frecuentemente se asiste a personas que han sufrido algún tipo de abuso o se presume que lo hubo.

Otros pilares de importancia de la institución son el rol del psicólogo en la asistencia y su formación, para ello se brinda semanalmente un espacio de supervisión a los psicólogos de la misma, como también espacios de formación y capacitación.

En tanto a la cumplimentación de las 280 horas de práctica se distribuyeron en distintas actividades como ser: observación en entrevistas de admisión, observación con pacientes en tratamiento, cooterapia, entrevistas con la coordinación y encuentros de supervisión semanal. Otras tareas realizadas facilitaron el aprendizaje de aspectos administrativos como la carga de datos de pacientes en el sistema informático del centro y sistemas de obras sociales de las cuales el centro es prestador. Se aprendió además a confeccionar historias clínicas, realizar resúmenes de estas y labrar actas de supervisión. Sumado a ello se profundizó sobre distintas psicopatologías, se administraron tests (bajo supervisión). Todas las tareas en conjunto permitieron el enriquecimiento general en la formación profesional.

En cuanto al caso clínico del presente trabajo, se tomó contacto con el mismo en las reuniones de supervisión. La paciente de unos 72 años, víctima de abuso sexual en su niñez, fue admitida en el centro en el año 2017, con sintomatología compatible con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la licenciada a cargo del tratamiento de

ésta, facilitó el acceso a la historia clínica , el contacto posterior en entrevistas con la paciente y su cooperación personal.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Indagar sobre el abordaje terapéutico de una paciente de 72 años que presenta Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) por abuso sexual infantil intrafamiliar.

2.2 Objetivos específicos

- Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 72 años diagnosticada con TEPT, por abuso sexual infantil intrafamiliar al inicio del tratamiento.
- Describir las intervenciones realizadas sobre la sintomatología del TEPT en la paciente de 72 años a partir del modelo cognitivo conductual.
- Describir la utilización de una intervención basada en el modelo de EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) en una paciente de 72 años diagnosticada con trastorno por estrés post traumático, por abuso sexual infantil intrafamiliar.

3. Marco teórico

3.1 Trauma

En las diversas definiciones de trauma o hecho traumático, existe un consenso en considerar a este como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona. La experiencia traumática resulta para el individuo inenarrable, incontable, incompartible, dado al carácter confuso que en sí misma conlleva y las dificultades que presenta para su evocación. Desintegra toda asunción que constituya los referentes básicos de seguridad del sujeto, sobrellevando frecuentemente a un

cuestionamiento de la dignidad personal, pudiendo o no estar asociado a vivencias de culpa (Pérez-Sale, 2006).

Salvador (2009), menciona dos elementos esenciales en el trauma. Por un lado la situación de amenaza psicológica o vital a la que el sujeto se enfrenta de la cual no halla salida y, sumado a ello, la ausencia de recursos, dado que los habituales no resultan suficientes, impidiendo a éste no solo enfrentarla, sino tampoco defenderse o huir de ella. De esta forma, el carácter impredecible e incontrolable del evento traumático, daña la sensación de seguridad del sujeto, dejando para éste una impresión de vulnerabilidad y carencias defensivas (Mielnik, 2008).

El evento o suceso en sí mismo, no implica que resulte ser traumático para todo los sujetos; el desarrollo de un desorden psicológico posterior, no solo se relaciona al tipo de evento, sino además a otros factores predisponentes y/o precipitantes que activan el desorden. Por ejemplo, la vulnerabilidad del sujeto, la red de apoyo, la naturaleza del evento y su severidad (Pieschacón Fonrodona, 2006). En línea a ello, Van der kolk (2015), refiere que ciertos aspectos en relación a cómo las personas responden al trauma son bastante esperables, sin embargo son los factores individuales, situacionales y sociales, los que juegan un papel importante en la conformación de la sintomatología y el trastorno que esta constituya.

Centrándose en los aspectos cognitivos y de procesamiento de información del trauma, Van der Kolk (2007) explica, que la memoria es un proceso activo y constructivo por el cual se articula e integra en forma constante la nueva información, pero esto no sucede así ante una situación traumática, por lo cual, tanto emociones, como imágenes, sensaciones y reacciones musculares particularmente relacionadas con el evento, están profundamente grabadas en la mente y dichas improntas traumáticas, vuelven a ser reexperimentadas incluso décadas después de ocurrido el evento, sin que estas sufran transformaciones significativas. Ello apunta a definir al trauma psicológico, como el resultado de los déficits en la capacidad de integrar las experiencias en un todo unitario, por lo cual emociones, pensamientos, recuerdos y los distintos elementos somatosensoriales, quedan segmentados en el sujeto, no permitiendo un sentido integrado de la propia identidad (Odgen, Minton & Pain, 2009).

Shapiro (2004), en relación a los tipos de traumas o sucesos traumáticos diferencia a aquellos que denomina traumas “T”, de los traumas “t”. Los traumas “T”, incluyen aquellas situaciones que se comprenden como trauma y serían los eventos que precipitan en general el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en las cuales el

organismo se encuentra o ha permanecido en peligro de muerte y que constituyen experiencias extremadamente dolorosas, como accidentes, catástrofes naturales, un robo o un abuso físico o sexual y la pérdida de un ser amado entre otras. Los traumas tipo “t” están representados por sucesos perturbadores, que si bien no representan peligro para la integridad física del sujeto, su persistencia en el tiempo producen un efecto acumulativo y negativo, duradero en la psiquis y la autoestima del sujeto, estos son considerados tan disfuncionales para éste como el trauma T. Estos últimos por ejemplo serían situaciones vivencias durante la infancia como ser el acoso escolar o bien vivencias en la esfera interpersonal.

3.2 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT compone el eje psicopatológico en el cual se fundamenta el trauma psicológico. Su clasificación diagnóstica oficialmente inicia con la denominación *gran reacción al estrés*, en la primer edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I) (Ayala & De Paul Ochotorena, 2004).

Conceptualmente, tiene sus raíces en estudios de trauma en pacientes con histeria en los desarrollos teóricos de Freud y Janet; posterior a estos, se sumaron estudios de Kardiner sobre la neurosis de guerra, en los cuales el autor hizo hincapié en la activación fisiológica extrema y seguido a ello, trabajos de Horowitz y Figley sobre veteranos de Vietnam, contribuyeron formalmente a darle entidad como trastorno (Báguena, 2001).

La descripción dentro de la nosología psicopatológica, como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), tuvo lugar en 1980, en la tercera edición del DSM en el que fue incluido dentro de los trastornos de ansiedad. La evolución del mismo durante el SXX, sumado a las investigaciones sobre experiencias bélicas, otros estudios de situaciones traumáticas como el maltrato infantil, las agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas y otros (Ayala & De Paul Ochotorena, 2004). Sucesivas revisiones posteriores del DSM a partir de nuevas evidencias, fueron ampliando progresivamente las definiciones del estresor, de esta forma se sumaron a los mencionados eventos traumáticos: la violencia en parejas, familiares alcohólicos, testigos de violencia, trata de personas. Algunos estudios, incluso, refieren que las experiencias traumáticas dejan huellas que pasan de generación en generación. Las mismas impactan en las emociones, en la capacidad de disfrutar,

mantener relaciones íntimas, en la propia biología y sistema inmune, por lo tanto el trauma no solo afecta a quienes estuvieron expuestos directamente a esta experiencia, sino también a los del entorno (Van der Kolk, 2015).

En la cuarta versión del DSM, se describe al TEPT poniendo énfasis en el tipo de reacción o respuesta por parte del sujeto y no solo en el tipo de suceso (Echeburúa & Corral, 2009). En la revisión de dicha Versión (DSM-IV-TR), se inserta la distinción de TEPT agudo y crónico de acuerdo a la duración de la sintomatología, la cual es menor a tres meses en el primer caso y mayor a tres meses en el segundo; también se especifica al TEPT de inicio demorado, caracterizado por la aparición de la sintomatología, seis meses después de la experiencia traumática (Bados, 2015).

El TEPT complejo o extremo, se refiere a una tipología donde un conjunto de síntomas están asociados al TEPT, estos se manifiestan mayormente en sujetos con historias de traumas múltiples, frecuentemente por abuso interpersonal prolongado y severo. Algunos de estos síntomas son impulsividad, labilidad emocional, conductas autolesivas, síntomas disociativos, sentimientos de culpa o vergüenza, problemas sexuales, dolencias somáticas y problemas en la esfera de las relaciones interpersonales. Toda esta sintomatología contribuye significativamente al deterioro y la discapacidad del sujeto, más allá de los síntomas del TEPT, estos pacientes corren riesgos mayores en cuanto a su salud física e incluso presentan mayor índice de mortalidad (Nezú, Nezú & Lombardo, 2006; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

El desarrollo de objetivos del presente trabajo toma los lineamientos de la descripción de TEPT según la quinta versión del DSM, la cual ubica a este dentro de los *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. El TEPT es descrito allí, como una entidad clínica que suele manifestarse en algunas personas que fueron expuestas a situaciones violentas e inesperadas, consideradas intrínsecamente como traumáticas al exponerse a peligro de muerte o haber sufrido lesión grave o de violencia sexual, ya sean estas vivenciadas como reales o amenazas, en forma directa o bien presenciando hechos ocurridos a otros, incluso por el conocimiento de sucesos violentos o accidentales ocurridos a un familiar o alguien cercano. Incluye además, la posibilidad de que se manifieste en sujetos con exposición repetida a detalles de eventos traumático (Ej. socorristas, policía, etc), (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De acuerdo a los criterios de dicho manual, para diagnosticar TEPT, se requiere la presencia de uno o más síntomas de intrusión que estén asociados al suceso traumático y se inicien después de este, como ser recuerdos y sueños angustiosos,

recurrentes, involuntarios e intrusivos asociados a dicho evento; reacciones disociativas (e.g. Flashbacks o reviviscencias), en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. El malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas o prolongadas son comunes al exponerse el sujeto a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático (APA, 2014).

Otro criterio para el diagnóstico, es la presencia de conductas de evitación persistente a los estímulos tanto internos como externos asociados al suceso traumático, estas se manifiestan en esfuerzos para no evocar recuerdos, tener pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente relacionados al suceso traumático y en conductas de evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones), que tengan el potencial de despertar los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados a este (APA, 2014).

La sintomatología incluye alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al evento traumático que suelen comenzar o empeorar después del evento. Estas se manifiestan por la imposibilidad en recordar aspectos importantes del suceso, en las creencias o expectativas persistentes, negativas y exageradas del sujeto sobre sí mismo, los otros o el mundo. Esta percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático, hace que el individuo se autoinculpe o culpe a los demás, sosteniendo un estado emocional negativo, con miedo, terror, ira, culpa o vergüenza y con una importante disminución del interés o la participación en actividades significativas para este; sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás e incapacidad de experimentar emociones positivas (APA, 2014).

Sumado a ello se presentan 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), expresados como agresión verbal o física contra personas u objetos; comportamientos autodestructivos o de riesgo; hipervigilancia; respuesta de sobresalto exagerada; problemas de concentración y alteraciones del sueño (APA, 2014).

La duración de la sintomatología del TEPT debe ser superior a un mes y las alteraciones deben causar un malestar clínicamente significativo e impactar en distintas áreas vitales del sujeto. Dichas alteraciones no pueden ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección orgánica o psicológica. Junto con la evaluación de cada uno de estos criterios, debe especificarse si el trastorno se expresa

con síntomas disociativos, despersonalización y/o desrealización o es de inicio retardado (APA, 2014).

La presencia de síntomas disociativos, marca diferencias cualitativas con respecto a quienes no los presentan, la especificación de dicha sintomatología da lugar a un subtipo disociativo del TEPT, el cual es relativamente más frecuente en mujeres, está asociado a mayor comorbilidad con otros trastornos, en víctimas de abuso sexual y/o maltrato físico en la infancia (Bados, 2015).

El TEPT revela diferencias en la prevalencia dependiendo de la naturaleza de los eventos traumáticos: desde 1% en la población general hasta 80% después de algunas situaciones de sufrimiento psíquico extremo y duradero (Ducrocq, Vaiva, Cottencin, Molenda & Bailly, 2001). El riesgo de que un sujeto desarrolle TEPT, depende de distintas variables tal como refiere Ducrocq et al. (2001), ocurre en las condiciones de posibilidad del trauma y se establecen mediante determinantes genéticos y psicológicos integrados de forma interactiva, dentro de un contexto social. Con respecto al acontecimiento traumático el máximo riesgo se encontró en víctimas de violaciones, le siguen las situaciones de combate, abusos de infancia, accidentes graves, asaltos violentos y exposición a desastres. La severidad del estresor se relaciona positivamente a la intensidad de los síntomas y a la duración o repetición de éste, o la existencia de múltiples traumas. Es mayor el impacto cuando la violencia es intencional, es decir provocada por otro sujeto. En cuanto al género, las mujeres presentan el doble de riesgo de desarrollar TEPT que los hombres. Otros factores que favorecen el desarrollo de TEPT son la edad, hallándose que cuanto menor sea esta mayor es la posibilidad del desarrollo del trastorno en la víctima ; así mismo variables como la falta de apoyo o red social y relaciones afectivas actuales; el posicionamiento social, sobre todo en bajos estratos sociales y nivel de educación bajo aumentan la vulnerabilidad; y la preexistencia de antecedentes psicopatológicos, ciertos estilos de afrontamiento (emocionales y psicológicos) y rasgos de personalidad como neuroticismo e introversión, son factores que también lo favorecen (Carvajal, 2002; Echeburúa & Corral, 2009). El curso del TEPT es variable: puede ser fluctuante, crónico o autolimitado y esto dependerá de las variables mencionadas anteriormente (Montt & Hermosilla, 2001).

En cuanto a su comorbilidad, este es un aspecto relevante ya que es alta, ello puede ser interpretado como resultado del solapamiento de síntomas que hacen difusos los límites entre entidades nosológicas. La mayor comorbilidad del TEPT se halla con la

depresión, el trastorno de ansiedad generalizado, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo. También el alcoholismo, el abuso de drogas y el trastorno de control de los impulsos aparecen frecuentemente en pacientes con TEPT (Echeburúa & Corral, 2009).

3.3 Abuso sexual infantil

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores uno de los traumas posibles que precipitan el desarrollo del TEPT es el Abuso Sexual Infantil (ASI), es importante en cuanto a esto mencionar, que los niños históricamente han sido víctimas de distintas formas de sometimiento, maltrato físico, negligencia emocional, abandono, infanticidio y de abuso sexual. La concepción de infancia y la de niño se han modificado a lo largo de la historia de la humanidad, estas se encontraban enraizadas en la cosmovisión imperante de cada contexto histórico y social. El ASI particularmente, se ha manifestado desde tiempos remotos y en distintas formas, como ser niños alquilados por sus padres para prácticas sexuales, favores sexuales como pago de deudas, prostituidos sistemáticamente, castrados, tomados como objetos sexuales incluso de pedagogos y maestros, entre otros. El niño como sujeto de derecho, un ser vulnerable con necesidad de cuidados y protección, corresponde a conceptos recientes que no siempre han estado presentes. La consideración del ASI como una forma de maltrato y violencia hacia la infancia tal como hoy la entendemos inicia a mediados del SXX. Sin duda la máxima diferencia con respecto a ello es que el ASI actualmente constituye un delito tipificado dentro del código penal (Baita & Moreno, 2015).

Así mismo Baita y Moreno (2015), mencionan que actualmente se comprende como malos tratos a: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, abandono, negligencia física, negligencia emocional, síndrome de Munchausen por poder, ser testigo de violencia parental, maltrato prenatal, maltrato institucional, explotación sexual con fines comerciales y explotación laboral.

Lejos de creer que el abuso infantil se trata de hechos aislados, es un delito que ocurre y en mayor proporción dentro de la familia. Los prejuicios en torno al ASI permiten su invisibilidad y afecta la mirada objetiva sobre el tema (Intebi, 2008).

Barudy (1998), se refiere al Abuso sexual, en términos de uso abusivo e injusto de la sexualidad. No existe una relación sexual apropiada entre un niño y un adulto. Menciona que el abuso, no solo se reduce al aspecto genital, sino incluye además todos los gestos y actos por los que el adulto obtenga gratificación sexual. El niño no tiene la

capacidad de comprender el sentido de la actividad sexual, siendo esta inapropiada para su edad y su nivel de desarrollo e impuesta, ya sea en forma violenta o por seducción, dentro de una relación de asimetría de poder, que no solo está dada por la diferencia de edad, sino por el grado de vulnerabilidad y dependencia del niño que le impide en forma real, consentir con libertad el intercambio sexual.

Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que la asimetría o desigualdad, en los actos abusivos se comprenden en tres sentidos principalmente: en la asimetría de poder tal como fue mencionado, sustentada tanto en la edad, como en los roles y fuerza física, esta otorga al abusador capacidad de manipulación psicológica de su víctima, sobre todo en la preexistencia de lazos afectivos y parento-filiales; también en la asimetría de conocimiento sobre la sexualidad y sus implicancias, sobre lo cual Intebi (2008) señala que no es suficiente la imaginación del niño para sustentar ciertas escenas sexuales, las construcciones más realistas se logran gradualmente en la maduración del menor y en la medida que este ingresa nuevas variables y conocimiento; esto explica porque los abusos son percibidos como tales en etapas más avanzadas y, finalmente, la asimetría de gratificación, que tal como se mencionó por definición, se centra como objetivo único en el abusador, alejada de todo derecho y deseo del menor (Ochotorena & Arruabarrena, 1996).

Ampliando el concepto, Berliner y Elliott (2002), señalan que el abuso sexual puede ser cometido entre dos menores de edad, en tanto se trate de una relación entre un niño más grande y uno más pequeño y exista una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal.

En cuanto a los tipos de comportamientos sexuales abusivos, estos abarcan una amplia gama de actividades sexuales y no siempre implican la penetración anal o vaginal. Intebi (2012), indica que los actos abusivos incluyen, comentarios sexualizados, exhibicionismo o inducción a la desnudez del menor, voyeurismo, masturbación frente al niño o solicitada al niño, el roce o tocamiento de partes íntimas del menor o inducción a que este los efectúe al abusador, exhibición de material pornográfico, frotamiento genital, penetración digital o con objetos tanto en ano como vagina, el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales y también incluye la explotación sexual infantil, es decir implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual.

Barudy (1998), por su parte realizó una distinción del abuso sexual en niños según la relación abusador-víctima, diferenciando el abuso sexual extrafamiliar, del abuso sexual intrafamiliar. En cuanto al abuso sexual extrafamiliar, manifiesta que el mismo es efectuado principalmente por un sujeto externo al núcleo familiar, destacando dos modalidades de acuerdo a si se trata de un total desconocido o alguien del círculo social de la familia. En el primer caso, el niño suele ser abordado por engaño y sometido con violencia y por la fuerza, gozando el abusador en el sometimiento, terror y sufrimiento de la víctima. En cuanto al abusador conocido externo al núcleo familiar, refiere que este mantiene alguna relación con el grupo familiar, ya sea por amistad, ser un docente o instructor, sacerdote, entre otros pero, principalmente, son la confianza, carencias psicoafectivas familiares y/o características estructurales de la familia (e.g. familias monoparentales, madres depresivas, conflictos conyugales), las que le permiten el acceso a su víctima. En estos casos no suele primar la violencia y el sometimiento, sino el engaño y pactos de silencio. En cuanto a los abusos intrafamiliares, a los que se refiere como incesto, estos pueden ser llevados a cabo por el padre, madre, padrastro, hermanos, tíos o abuelos. En este el abusador presenta a la víctima sus comportamientos abusivos como una forma normal de relación, estableciéndose la ley del silencio caracterizado por tres etapas, la seducción, la interacción abusiva en sí, la cual va sumando según las conductas de abuso y simultáneamente la imposición del secreto, la que se impone como chantaje, manipulación psicológica, mentiras y la culpabilización. Aquí el abusador deposita en el niño la responsabilidad de la interacción abusiva y de los peligros que implicaría la develación. El niño acepta la indefensión y no encuentran posible escapatoria de la situación abusiva.

3.4 Consecuencias del Abuso Sexual Infantil.

Las consecuencias relacionadas al ASI pueden ser permanentes a través del ciclo vital y evolutivo de los sujetos que han sido víctimas, conformando en la adultez los efectos a largo plazo del ASI (Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000). En el daño psicológico o trauma, puede manifestarse sintomáticamente en forma aguda o a corto plazo y disminuir con el paso del tiempo, el apoyo social y el tratamiento adecuado, pero las secuelas emocionales que implican una transformación en la personalidad, suelen ser persistentes y crónicas e interfieren en forma negativa en la vida cotidiana de quienes sufrieron el trauma (Echeburúa, Corral & Amor, 2002).

Cantón - Cortés y Cortés (2015), mencionan que las consecuencias del ASI a corto plazo, es decir, durante la infancia, se manifiesta con sintomatologías en formas típicas que corresponden a cada etapa evolutiva, en etapas preescolares mayormente se manifiestan problemas de enuresis, encopresis, dolores de cabeza y estómago, retrasos de desarrollo, ansiedad, retraimiento, TEPT y conductas sexualizadas (Ej. masturbación compulsiva en público, acercamientos atípicos a pares y otros adultos). En edad escolar además de las mencionadas manifestaciones, pueden sumarse estados depresivos, trastornos de conducta, agresiones, trastornos disociativos, problemas relacionales con pares, bajo rendimiento escolar, desregulación emocional por efectos de alteraciones neurobiológicas. En la adolescencia aparecen actividades delictivas, trastornos de la alimentación, problemas de salud, consumo de sustancias, conductas autolesivas /suicidas y conductas sexuales de riesgo. Dichos autores en cuanto a las consecuencias a largo plazo, señalan que pueden surgir en la edad adulta los llamados efectos durmientes, debido a una revictimización o un suceso estresante que le recuerde el abuso sufrido o aspectos de éste, apareciendo así la sintomatología emocional y conductual, con etiología poco clara, la cual no se habría manifestado inmediatamente después del abuso.

Echeburúa y Corral (2006), en cuanto a las manifestaciones sintomatológicas a largo plazo, agrupan estas según el tipo de secuelas:

- Secuelas físicas o funcionales: como ser dolores crónicos y físicos, sin razón médica que los justifique; cefaleas; fibromialgias; trastornos gastrointestinales; trastornos de conducta alimentaria, especialmente bulimia; trastornos de somatización e hipocondría; López, Gigato y Álvarez (2012), suman a estos los trastornos de conversión, los que pueden manifestarse en crisis convulsivas no epilépticas, causadas por cambios eléctricos ante vivencia de hechos estresantes y también mencionan problemas ginecológicos, como ser dolores pélvicos crónicos e inicio temprano de menopausia en mujeres víctimas de ASI.

- Secuelas conductuales: Incluyen trastornos de abuso de sustancias; intentos de suicidio; autolesiones; trastornos disociativos de identidad.

- Secuelas en la esfera social: Aislamiento; dificultades en ejercer roles parentales y educación de los hijos; problemas de adaptación social y relaciones interpersonales, sobre todo en las relaciones de pareja.

- Secuelas emocionales: en esta esfera se destacan los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad; el TEPT; trastornos de la personalidad; baja autoestima;

desconfianza y miedo hacia los hombres; dificultad en expresar o ser receptor de sentimientos de ternura e intimidad.

-Secuelas sexuales: se manifiestan principalmente por una sexualidad desadaptativa con fobia o aversión sexual; alteraciones tanto en la motivación como la activación sexual y en la capacidad de satisfacción y orgasmo en el acto sexual, como también creencias por parte de la víctima de ser valoradas por otras personas en relación a intereses en lo sexual.

López et al. (2012), mencionan además secuelas como la revictimización, considerando a ésta la consecuencia de ASI con mayor gravedad; la misma implicaría experiencias posteriores tanto de abuso físico y/o sexual causado por agresores diferentes a quien cometió el ASI, incrementando o combinándose con los efectos del ASI. Sumado a ello mencionan la posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, maltrato y abuso sexual infantil, que según estudios se hallan en un 20 a 30 % de los casos.

Cantón - Cortés y Cortés (2015), enfatizan sobre la importancia de las variables cognitivas de la víctima en la recuperación tras sufrir un ASI. Sujetos expuestos a situaciones similares sufren consecuencias diferentes y eso dependerá de su forma de percibir, evaluar y procesar el suceso, lo cual define el ajuste psicológico que la víctima tendrá tras la experiencia traumática. El estilo de afrontamiento, las atribuciones de responsabilidad y los sentimientos provocados por el abuso serán entonces de importancia.

A partir de una revisión sistemática realizada por dichos autores, en base al modelo predominante de estrategias de aproximación/evitación, utilizadas por las víctimas para afrontar el ASI, en el que se entiende a la aproximación como estilo de afrontamiento, donde se dirigen tanto pensamientos como acciones hacia la amenaza y a la evitación, como el estilo de afrontamiento que implica alejarlos de esta. Hallaron que los sujetos con estrategias aproximativas, tratan de entender la situación desde otra mirada, buscando apoyo social, lo cual mejora el ajuste psicológico. En cambio aquellos que utilizan estrategias negativas evitativas, caracterizado por la negación, el aislamiento social y distanciamiento tienen un mal ajuste psicológico.

En cuanto al estilo atribucional, que principalmente en el ASI se suscribe a las atribuciones de culpabilidad sobre el abuso; tanto el estilo atribucional negativo por el cual la víctima se autoinculpa (interna), de las situaciones abusivas (global) y a través del tiempo (estables), como también la inculpación a la familia (externa), se relacionan

a un mal ajuste psicológico. Señalan además que no habría evidencia que relacionara el ajuste y bienestar psicológico de la víctima, con que esta atribuya la culpa al abusador, aunque las intervenciones terapéuticas suelen apuntar a ello (Cantón - Cortés & Cortés, 2015).

Finkelhor y Browne (1985), en relación a los sentimientos que provoca el ASI proponen un modelo traumatogénico, basado en sentimientos de traición, estigmatización, indefensión y sexualización traumática. El sentimiento de traición emerge cuando la víctima descubre que aquel en quien confía y de quien depende le ha causado daño. La estigmatización surge de las connotaciones negativas en relación al abuso que incorpora a sí mismo (maldad, culpa y vergüenza), que lo llevan a tener una baja autoestima y otras conductas autodestructivas. La indefensión es producto de la continua anulación de su voluntad, deseos y sentido de eficacia, donde la víctima percibe incapacidad, imposibilidad y atrapamiento en la situación abusiva, de ello emerge sentimientos de miedo, ansiedad y reacciones compensatorias de control y dominio. Finalmente la sexualización traumática, inadecuada a la edad y capacidades de asimilación del niño, configuran tanto la sexualidad, como sentimientos y actitudes sexuales de este, fomentando posteriormente promiscuidad o aversión al sexo.

3.5 Terapia Cognitivo-Conductual

Existen gran cantidad de estudios sobre intervenciones en TEPT, que señalan a la terapia cognitiva- conductual (TCC) como los tratamientos que han demostrado mayor eficacia. Destacando los tratamientos cognitivos que incorporan elementos de la inoculación de estrés y los basados en la exposición (Báguena, 2001). En cuanto al abordaje terapéutico en víctimas de ASI, Echeburúa y Guericaecheverría (2011) mencionan, que este debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados, como también la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas. Por ello las técnicas de la TCC se hacen necesarias, con el objetivo de permitir al sujeto la elaboración cognitiva y emocional del abuso, lo cual implicará la reevaluación y modificación de las ideas distorsionadas que producen la sintomatología del TEPT, permitiendo así el ajuste a la realidad de los hechos.

La terapia cognitiva (TC) es definida por Beck (2010), como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado el cual se utiliza para el tratamiento

de distintas afecciones psicológicas. El supuesto teórico, en el que los procedimientos se basan, es que tanto las emociones, como las conductas de un sujeto, estarían determinadas por el modo en que este percibe y estructura el mundo. Por lo tanto la distorsión del pensamiento, en forma de falsas creencias y supuestos desadaptativos, influyen en su experiencia vital y se manifiesta con conductas y emociones desadaptativas.

El tratamiento en TC, se sustenta en la comprensión de las creencias específicas y patrones de comportamiento de cada paciente. El terapeuta buscará producir de varias formas un cambio cognitivo o modificación en el pensamiento y en el sistema de creencias de éste, así consecuentemente promover el cambio emocional y conductual (Beck, 2000).

Dentro de su modelo cognitivo, Beck se refiere a las creencias centrales como aquellas de nivel cognitivo más esencial y profundo de los sujetos, son globales, estables, guían el curso de las acciones y la forma en que las experiencias se interpretan. Estas se desarrollan desde la infancia y a través de las situaciones vividas, se organizan en un modo coherente para sujeto permitiéndole adaptarse; son consideradas para éste como verdades absolutas acerca de sí mismo, los otros y el mundo; conforman el núcleo de los trastornos e influyen en los otros niveles de cognición (Gabalda, 2011).

Las creencias intermedias, son aquellas que tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales; están constituidas por actitudes, reglas y supuestos que influyen en la forma de ver una situación, en el modo en el que se piensa, siente y se acciona frente a esta; son variables en cuanto al grado de exactitud y funcionalidad, pueden ser desaprendidas y sustituidas por otra. En cuanto a los pensamientos automáticos, estos comprenden el nivel más superficial y evidente de la cognición, son generalmente veloces, breves, aparecen tanto en forma verbal como visual y no suelen ser sometidos a crítica; la evaluación en tanto a su validez o la utilidad que tienen, está distorsionada de alguna forma y se producen aunque exista evidencia objetiva que indique lo contrario (Beck, 2000).

Estos sesgos o distorsiones cognitivas, implican una forma particular de procesar la información, distorsionando la realidad y expresándose en pensamientos automáticos disfuncionales para el sujeto. Gabalda (2011), menciona las siguientes distorsiones cognitivas, las cuales Beck consideró como principales : pensamiento dicotómico o absolutista (“de todo o nada” o en blanco o negro); inferencia arbitraria (concluir sobre algo sin evidencia que los sustente); magnificación/minimización (magnificar lo

negativo y minimizar lo positivo); generalización (o sobregeneralización); personalización; Otras distorsiones mencionadas son : la adivinación del futuro (por ejemplo catastrofización); descalificar o descartar lo positivo; razonamiento emotivo (“siento que...”); explicaciones tendenciosas; rotulación (etiquetar); filtro mental (abstracción selectiva); visión en túnel (sólo se ven determinadas características o hechos, en detrimento de otros); expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas) y lectura de la mente (Bulacio, 2011).

Si bien la terapia se plantea desde la conceptualización de cada caso en particular, es decir, a medida de cada paciente, Beck (2000) plantea que en toda terapia cognitiva existen principios comunes que subyacen, a partir de estos la TC se fundamenta como una formulación dinámica del paciente y sus problemas en términos cognitivos, tal como fue mencionado anteriormente, se centra en ayudar a los pacientes a identificar y evaluar tanto sus pensamientos como comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia; requiere de una sólida alianza terapéutica y, paralelamente, se enfatiza sobre la colaboración y la participación activa (empirismo colaborativo); se orienta hacia objetivos y se centra en problemas determinados; temporalmente se enmarca en el presente, en el aquí y ahora, las situaciones del pasado se abordan en la medida en que estas interfieren sobre las conductas y emociones en el presente forjando ideas disfuncionales, que afectan al paciente en la actualidad. La TC es limitada en tiempo (dependiendo del caso), sus sesiones son estructuradas y establecidas. Su intervención es centralmente psicoeducativa, con respecto a enseñar al paciente sobre la naturaleza y desarrollo de su trastorno, del proceso terapéutico, posibilitando a éste su automonitoreo y prevención de recaídas. En cuanto a las técnicas, esta utiliza una variedad de ellas con el objetivo de descubrir las distorsiones cognitivas, cambiar los pensamientos, estado de ánimo y la conducta (Beck, 2000).

La TC se fundamenta en el modelo diátesis - estrés, según explica Riso (2006), este modelo sostiene que la patología tiene lugar en la confluencia dada entre la vulnerabilidad cognitiva del sujeto y el evento estresante. Esto enfatiza la importancia que los factores ambientales tienen en el modelo cognitivo. De acuerdo a ello, Beck y Clark (2012) proponen, que la ansiedad es una respuesta ante un estímulo interno o externo, que implica una valoración de amenaza y de acuerdo a la perspectiva de diátesis- estrés, las situaciones o claves particulares (estresor), precipitan la activación del programa de ansiedad en sujetos propensos a generar valoraciones primarias de amenaza (diátesis). Destacan además que las situaciones o estímulos que activan un

trastorno no son azarosas, en el caso del TEPT, en el cual se centra este trabajo, los estímulos externos o internos que activan recuerdos de un trauma pasado serían centrales.

En relación a la ansiedad, Bulacio (2011) señala, que esta es una emoción normal con función adaptativa para el hombre, le permite a éste anticiparse o ponerse en acción en determinadas situaciones en relación a su supervivencia. Por lo tanto, la ansiedad es necesaria ya que moviliza al sujeto a planificar conductas o actuar ante situaciones interpretadas como amenazantes, activando el mecanismo para resolver los conflictos, tanto internos o externos, en forma efectiva . La ansiedad es considerada disfuncional, cuando esta se transforma en un abanico de respuestas desadaptativas, generalizadas y rígidas, a partir de las valoraciones erróneas de los estímulos y/o de la valoración que el sujeto hace sobre su capacidad de respuesta o recursos ante estos; lo cual conduce además a que la persona evite exponerse a determinadas situaciones, en lugar de enfrentarlas asertivamente, incrementando así el malestar psicológico y fisiológico del sujeto.

3.6 Técnicas de intervención de TCC en TEPT

De acuerdo al modelo cognitivo y sus propósitos mencionados, las intervenciones en TEPT con TCC, proponen focalizar las técnicas en la corrección de las falsas valoraciones de amenaza y vulnerabilidad; deben centrarse en enseñar al paciente a ser más consciente de sus valoraciones inmediatas y poder buscar alternativas que modifiquen los procesos cognitivos que producen la desadaptación; así incrementar la autoconfianza y favorecer la elaboración de pensamientos más reflexivos, los cuales ayudan al sujeto a contrarrestar las percepciones disfuncionales que tiene sobre sí mismo considerándose como un ser débil, dentro de un mundo amenazante o peligroso y aquellas percepciones de abandono o insensibilidad de parte de los otros. Las intervenciones además, se centran en permitir el aumento de la tolerancia al riesgo, a la incertidumbre y eliminar las estrategias cognitivas desadaptativas (e.g. la supresión del pensamiento y la rumiación), que se vinculan a las preocupaciones ansiosas y evitación. Por otra parte, el uso de técnicas conductuales y experienciales, facilitaran la modificación de dichas percepciones, reduciendo los estados de preocupación y ansiedad intensa y la evitación (Beck & Clark, 2012).

La reestructuración cognitiva (RC), es una técnica central en la TC, tiene como meta identificar y poner en duda aquellos pensamientos automáticos disfuncionales, creencias irracionales y supuestos desadaptativos, los cuales sostienen los síntomas; fomentando así la modificación de estos, lograr el cambio por otros más ajustados a la realidad y a los recursos del paciente (Báguena, 2001). En la RC, tanto pensamientos como supuestos son considerados como hipótesis, sobre las cuales el terapeuta y el paciente trabajarán en la búsqueda de datos que demuestren si estas son o no correctas, lo cual implica ponerlas a prueba de diversas formas verbales o experienciales (Bados & Grau, 2010).

El diálogo socrático o descubrimiento guiado, es una técnica verbal que facilita la RC, el terapeuta plantea al paciente preguntas cortas, focalizadas y con un objetivo concreto, guía así a éste a reflexionar sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones, permitiendo que obtenga nueva información relevante, en la cual éste no centraba su atención y a partir de ella reevalúe ideas previas y construya nuevas (Gabalda, 2011).

Esta como toda intervención tiene fundamentalmente un propósito psicoeducativo, es esencial que el paciente aprenda sobre como sus pensamientos afectan sus emociones, síntomas fisiológicos y conductas; a su vez alentarle a que reproduzca lo aprendido fuera del ámbito terapéutico (Beck, 2000).

Simultáneamente a las técnicas verbales, se hace necesaria la consecución de cambios más amplios y duraderos que facilitarán la RC del paciente. Gabalda (2011), explica que para ello se diseñan y ponen en práctica experimentos conductuales que también permitan el cuestionamiento de las ideas desadaptativas, pueden llevarse a cabo tanto dentro o fuera del espacio terapéutico y se basan en la experimentación u observación. Los experimentos activos, pueden realizarse en situaciones reales o simuladas, es decir se llevan a cabo en forma directa o en vivo o bien se reproducen en situaciones dramatizadas o imaginarias dentro de las sesiones, lo cual le permite al paciente elaborar estrategias de afrontamiento para situaciones que le resultan problemáticas en la realidad. En cuanto a la observación directa, esta facilita el modelado, el paciente se mantiene al margen de la situación en sí, recolecta datos de la misma y los otros siendo útil cuando los experimentos directos le resultan amenazantes y se requiere información previa antes de diseñar la experiencia activa (Bados & Grau, 2010).

Las encuestas, la biblioterapia y la búsqueda de información, son también tareas de observación. Permiten al paciente reflexionar sobre sus creencias con respecto a las

de otras personas o la información hallada o leída, de esta forma establecer distancias psicológicas respecto de sus propias creencias disfuncionales, percibir la incoherencia entre lo que cree verdadero y lo que ven objetivamente en otros o la información real (Beck, 2000).

En tanto a las terapias de exposición en vivo o en forma imaginaria, estas favorecen la reducción de los síntomas dados por dos procesos, la habituación de la ansiedad y el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza (Báguena, 2001).

Una de las técnicas de exposición utilizada en TEPT, es la desensibilización sistemática la cual se lleva a cabo a partir de tareas graduadas; en este tipo de intervenciones es muy importante la probabilidad de éxito, para ello es útil hablar sobre las reacciones posibles del paciente ante determinada experiencia, aclarar dudas o temores y poder de antemano diseñar la respuesta, para que éste vaya preparado a la situación. Por otra parte, la gradualidad es necesaria ante la elevada ansiedad o sentimiento de ineficacia del paciente, que evita una situación o considera improbable lograr un objetivo, lo cual no le permite atender a los pasos previos necesarios para lograrlo; por lo tanto trabajar en esos pasos con actividades asociadas a estados de angustia de leve a moderados del paciente, permitirá que logre aquello que evita ya sea porque lo considera amenazante o se valore como ineficaz (Beck, 2000).

La relajación, es una técnica útil para el sujeto en el manejo de los síntomas ansiosos, la tensión y activación fisiológica reiterada. Es además una práctica de apoyo para la desensibilización y otras técnicas experimentales, la misma se logra mediante una respiración lenta y profunda que relaja la musculatura (Bulacio, 2011).

La detención de pensamiento, es una intervención utilizada para que el paciente ponga en práctica cuando una idea es intrusiva y persistente. Algunas maniobras para lograr esto pueden ser el uso de un estímulo aversivo, como una banda elástica en la muñeca, repetir “basta” en la mente, golpear las manos (Nezú, Nezú & Lombardo, 2006). Beck (2000), además de estas menciona las técnicas de distracción como el autodiálogo, donde el paciente se repite a sí mismo ideas positivas o piensa en imágenes positivas, sobre todo en aquellos pensamientos persistentes (rumiación) o imágenes que aún no ha elaborado.

Por otra parte, los sujetos con TEPT, generalmente emplean habilidades de afrontamiento desadaptativas, por lo que requieren entrenamiento en resolución de problemas y del manejo afectivo, Nezú, Nezú y Lombardo, (2006) explican que las

primeras mejoran las creencias y valoraciones que el paciente tiene sobre de sí mismo y los otros e incrementan la autoconfianza y reducen el estrés, mientras que identificar y manejar las emociones mejora las relaciones interpersonales y disminuye la angustia e ira.

En la resolución de problemas, Beck (2000) señala que es importante que el terapeuta indague sobre las habilidades del paciente y el significado del problema para éste. Podrán usarse las comprobaciones históricas, revisando evidencia de actuaciones previas en situaciones similares; el desarrollo de plan del problema paso a paso; elaborar listas de posibles alternativas de solución para evaluarlas por sus ventajas y desventajas, esto también es útil en la toma de decisiones. Pueden además incluirse técnicas de dramatización, juegos de roles, “Actuar como sí”, facilitando al paciente explorar distintos puntos de vista, aprender y practicar nuevas habilidades y modificar conductas. En técnicas para determinar responsabilidades frente a una situación problemática u observar causas en determinado resultado, suelen utilizarse gráficos o bien un dibujo de un pastel, en los que el paciente secciona en partes que le ayudan a visualizar que le corresponde a cada implicado en el problema.

En cuanto al manejo de las emociones, dicha autora, remarca como fundamental enseñarle al paciente a percibir las mismas y evaluar la intensidad de estas. Propone para ello el uso de escalas, la confección de listas de emociones negativas, con su opuesto positivo y la confección de registros donde el paciente anota el día, la situación, el pensamiento y emoción desadaptativa asociada, luego se trabaja en elaborar y escribir en éste respuestas y emociones positivas. Finalmente, menciona las tarjetas de apoyo como una herramienta útil fuera de la sesión, en estas el paciente escribe creencias positivas, respuestas adaptativas o estrategias conductuales destinadas a situaciones específicas con instrucciones (Beck, 2000).

Se mencionará brevemente al Mindfulness, entre las posibles intervenciones a los fines del desarrollo de los objetivos. Vazqu ez Dextre (2016) explica que el mindfulness se encuentra en la base de diversas corrientes de meditación que proviene de la tradición budista, que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia, ya sea terapias basadas en éste y otras que incluyen algunos componentes como ser: la psicoterapia Gestalt; Terapia Conductual Dialéctica (TCD); Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); Terapia Breve Relacional (BRT); Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR) y Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).

Referirse al Mindfulness, pudiera implicar a este como un concepto, como una práctica o un proceso psicológico. Se define de diversas maneras, pero el denominador común a estas es definirlo como un estado de conciencia de la experiencia presente, con aceptación y sin juzgar. También puede ser relacionado con conceptos como metacognición, conciencia reflexiva y aceptación. Como práctica permite a terapeutas y pacientes admitir cada uno de sus pensamientos y emociones, sean cuales sean, sin juzgarlos. Se entrena a la persona para que pueda identificar en cada instante sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, sin la necesidad de nombrarse o etiquetarse y sin prejuicios. Finalmente como proceso psicológico, supone focalizar la atención en aquello que se está haciendo o sintiendo, para ser conscientes de la dinámica y flujo continuo del propio cuerpo y las conductas. Para lograr esto se debe pasar a la mente a un estado responsable, consciente y de respuestas controladas saliendo del estado de reactividad automático típico de está (Vazquez Dextre, 2016).

3.7 Eye Movement Desensitization Reprocessing

En la revisión realizada por Bisson et al. (2013), sobre eficacia terapéutica en TEPT, señalan por un lado, que la mayor eficacia estaría dada en el uso de la terapia cognitiva-conductual individual centrada en el trauma (TCCCT) tal como se ha mencionado, como también la eficacia de la terapia por desensibilización y reprocesamiento con movimiento ocular (EMDR).

El *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), es una metodología terapéutica desarrollada por Francine Shapiro en 1987. El mismo surgió azarosamente durante una caminata de la Dra Shapiro en la que percibió, que ciertos pensamientos perturbadores y angustiantes presentes en su conciencia, desaparecían repentinamente. Realizando un análisis detallado de qué sucedía, descubrió que mientras ponía atención a esos recuerdos, se incrementaban sus movimientos oculares en forma espontánea, del mismo modo en que ocurre durante la fase REM del sueño y que progresivamente sosteniendo la atención, disminuía el malestar que provocaban. Esta observación la condujo a reproducir el proceso en conocidos y colegas, comprobando que los recuerdos de estos también se atenuaban, es decir se desensibilizaban, logrando además que el malestar desapareciera, alcanzando una lectura más positiva del hecho (Solvey & Ferrazzano, 2014).

Posteriormente, aplicó el procedimiento a pacientes traumatizados por diversas causas, entre ellas por abuso sexual, siendo este el primer estudio sistematizado, con un grupo control, que se realizó con EMDR. Observaciones clínicas previas a este estudio, sugerían que el procedimiento tenía la capacidad de desensibilizar memorias traumáticas en un corto período de tiempo (e.g. una sesión), sin ansiedad intensa y prolongada, produciendo una reestructuración cognitiva que implicaba la alteración de la evaluación verbal, redefinición de la representación visual y cambio en el comportamiento congruentes a ello (Shapiro, 1989).

Sobre los mecanismos de acción del tratamiento, Shapiro explica que, así como el cuerpo tiende a sanar, el cerebro como parte de éste, también dispone de un sistema innato de procesamiento de la información o *Adaptive Information Processing System* (AIP), que está preparado para procesar la información hasta poder lograr una resolución adaptativa, que implique un estado mental de salud. Ante una situación o evento negativo, el cerebro tiene capacidad de procesarlo hasta que desaparezcan las emociones asociadas al mismo, sirviendo de aprendizaje e integrándose a nuestras memorias, para utilizarse a futuro. En cambio en las experiencias traumáticas, el sistema colapsa por la intensa perturbación emocional y física, no pudiendo procesar la información, que permanecerá almacenada tal como fue experimentada, siendo posible que esta se active en forma automática ante estímulos determinados, reproduciendo el contenido emocional tal como fue vivido (Shapiro, 2014).

Van der Kolk (2000), mediante hallazgos realizados con estudios de neuroimagen explica las bases neurobiológicas que sustentarían la imposibilidad de procesar la información. Observó que los altos niveles de estimulación de la amígdala, debido al impacto emocional y la sobreactivación del hemisferio derecho, interfieren con el funcionamiento del hipocampo, evitando tanto la evaluación adecuada, como la categorización de la experiencia en la corteza prefrontal izquierda. Esto impacta en la posibilidad de la comunicación verbal, procesar la información secuencialmente e integrarla en un conjunto organizado de operaciones en la resolución del problema; por lo tanto dichas alteraciones resultan en el almacenamiento de sensaciones y emociones no contextualizados en espacio y el tiempo; esta fragmentación explicaría síntomas como la reexperimentación, flashbacks, la desrealización y despersonalización en los pacientes con TEPT.

Los efectos de la EMDR, como tratamiento facilitador del procesamiento de información traumática, también fueron evaluados en los estudios mencionados. Se

contrastó para ello, en un grupo de pacientes con TEPT, las imágenes de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) previas y posteriores a recibir EMDR, donde pudo observarse la existencia de una participación hemisférica diferencial en el procesamiento de recuerdos traumáticos en línea a lo mencionado anteriormente y se comprobó en las imágenes posteriores al tratamiento efectivo con EMDR, que la actividad cerebral se igualaba en ambos hemisferios, mediante la activación de la corteza prefrontal izquierda y el incremento de la actividad del cuerpo calloso, coherente a una mejora en los síntomas presentados y con la posibilidad de completar la narrativa del trauma, (Blanco & Geijo, 2012; Van der Kolk , 2000).

El objetivo de la EMDR por lo tanto, no solo implica reducir el malestar o la ansiedad del sujeto, sino que primordialmente es lograr el reprocesamiento de información disfuncional que subyace a la patología (Shapiro, 2004). Los recuerdos no son hechos precisos, sino que son transformados en relatos nuevos mediante los procesos de la memoria, de esta forma se logra transmitir una narración coherente de la propia experiencia en el mundo (Van der Kolk, 2007).

En cuanto a la técnica, esta lleva el nombre acorde a la primera forma de estimulación empleada, pero además de los movimientos oculares, se utilizan diversas formas de estimulación dual como el *tapping* o toques (en las rodillas, hombros o manos) y tonos auditivos (chasqueos de dedos o estímulos sonoros). Mientras el sujeto relata y se focaliza sobre determinados componentes previamente seleccionados, se activa el sistema de procesamiento que favorece el pasaje de la información de la memoria no declarativa, a la declarativa, mecanismo que fue impedido por el trauma mismo (Shapiro, 2004).

La atención dual es uno de los mecanismos básicos de la terapia EMDR, donde el paciente atiende al recuerdo seleccionado por un lado y a la estimulación por otro. Se comprende a ésta, como un estado en equilibrio donde la atención puede moverse fácilmente entre las percepciones del momento y las redes neuronales que corresponden a los recuerdos. Los estímulos utilizados generan un efecto de distracción y relajación, que permiten que la intensidad emocional y sensorial del recuerdo traumático disminuya, la información se desbloquee, procese y se integre en las redes asociativas funcionales de la memoria. Un mecanismo no puede darse sin el otro, por lo tanto sostener la atención dual, durante la intervención y sobre todo en el momento de la desensibilización, permitirá la integración, de lo contrario podría tener efecto retraumatizador (Lupo, 2015).

El tratamiento consta de 8 fases que tienen el propósito de ayudar al paciente a liberarse del pasado y vivir un presente más sano y productivo. Tiene un efecto catalizador de aprendizaje, que permite que un recuerdo perturbador, imágenes, creencias y emociones negativas, se tornen menos vividas y menos válidas, facilitando la vinculación de información que le permita al sujeto aprender lo necesario y útil de dicha experiencia (Shapiro, 2004).

Hensley (2010) explica que el método con sus principios básicos, protocolos y procedimientos, guían al terapeuta el camino a seguir según el caso, las necesidades y posibilidades de cada paciente. Mientras el procedimiento EMDR convencional de 8 fases, se lleva a cabo durante cada sesión, el protocolo EMDR de tres vertientes centrado en los acontecimientos pasados que son fundamento de la patología, los estímulos disparadores actuales que estimulan la perturbación y finalmente situaciones futuras, guían todo el tratamiento del paciente. Este orden se hace esencial debido a que las experiencias tempranas son las que establecen los cimientos para los acontecimientos y estímulos disparadores del presente. Una vez eliminadas las asociaciones históricas, también desaparecerán o minimizarán los estímulos disparadores presentes. De acuerdo a Hensley (2010) y Shapiro (2004) se detallan a continuación los objetivos, procedimientos y alcances de cada fase de la EMDR:

- 1- *Elaboración de la historia clínica y planeamiento del tratamiento:* se conceptualiza el caso, se conoce al sujeto en profundidad para poder tomar decisiones y elaborar estrategias de tratamiento. Los blancos que necesitan ser reprocesados se eligen en esta primera fase.
- 2- *Preparación:* se trabaja en establecer una sólida relación terapéutica, se le explica cómo funciona la EMDR, se verifica la existencia de recursos del paciente para el afrontamiento de pensamientos y sentimientos perturbadores o desarrollarlos por ejemplo aplicando técnicas de relajación. Se instala el lugar seguro real o imaginario. Se evalúa la forma de estimulación dual, más adecuada al paciente. Se informa sobre el posible incremento de molestias físicas, sensación de cansancio, como descenso del nivel de atención (Blanco & Geijo, 2012)
- 3- *Evaluación:* esta es una fase básicamente de medición y amplificación de objetivos ya establecidos. Esto implica identificar los componentes del blanco, es decir la imagen que lo representa y sobre ello, la creencia negativa acerca de sí, la creencia positiva o bien lo que le gustaría creer sobre sí y por último cuáles

son sus emociones y ubique las sensaciones en el cuerpo. Antes de iniciar el procedimiento, se solicitará al paciente que evalúe pensando en el incidente, por un lado el grado de certeza para sí sobre la cognición deseada positiva, dentro de una Escala de Validez de Cognición (EVC) de 1 a 7 puntos y por otro lado, el nivel de perturbación producido por la imagen, en relación a las sensaciones físicas, la emoción y la cognición negativa que provocan, que será medida por la Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (USP) con valores de 1 a 10 puntos.

- 4- *Desensibilización:* esta es la etapa donde comienza el periodo de desensibilización y reprocesamiento utilizando los movimientos oculares o estimulación táctil o auditiva. se le solicita al paciente que ponga su atención en los componentes del blanco: la imagen del recuerdo, la cognición negativa y la emoción que siente, localizándola en su cuerpo y comienza la estimulación en series. Después de cada serie se para la estimulación y se pide al paciente que reporte ¿qué le viene a la mente? , se le indica que respire profundo, renfoque y se prosigue, hasta que los niveles de la USP previamente analizados disminuyan a cero o a uno.
- 5- *Instalación:* una vez desensibilizado el recuerdo, en esta fase el objetivo es incrementar la fuerza del recurso positivo (cognición positiva) en relación al suceso, pudiendo así enlazar y reemplazar la cognición negativa. El terapeuta pide al paciente que ponga su atención en el suceso tal y como se le presenta luego del procesamiento y en la creencia positiva y que informe de lo que siente. Se realizan nuevamente series de estimulación hasta que el paciente pueda sentir a la creencia positiva totalmente cierta, es decir hasta que el sujeto alcance el nivel 7 en la Escala EVC.
- 6- *Exploración del cuerpo:* Parte del material disfuncionalmente procesado en un trauma es somático, por lo cual es necesario realizar la exploración corporal ya que puede revelar áreas de tensión, contracciones, sensaciones anormales. En esta fase se le solicita al sujeto que centre su atención en el suceso tratado junto con la cognición positiva y que identifique si aún hay en su cuerpo algún registro sensorial de incomodidad. El terapeuta repite las series de estimulación hasta que haya desaparecido la tensión o si las sensaciones son positivas las repite para afianzarlas.

7- *Fin del tratamiento, la clausura*: al finalizar una sesión incompleta o una sesión completa, se le pregunta al sujeto sobre su estado. Se debe instruir al paciente para que lleve un registro entre las sesiones en caso de que se hagan presentes perturbaciones, sueños, recuerdos o malestar físico, de esta forma podrán ser utilizados como blanco en la próxima sesión. Se le recuerda además que puede utilizar las técnicas de relajación y visualización, enseñadas previamente, como recurrir al lugar seguro como estrategia de contención. Independientemente de si se ha completado la sesión o no, al final de ésta debe restituirse el equilibrio emocional del paciente, ésta es la finalidad de la fase.

8- *Reevaluación*: Tiene el objetivo de reevaluar los efectos del tratamiento anterior y la nueva información recabada entre sesiones. El terapeuta da inicio a una nueva sesión solicitando al paciente que ubique blancos que ya habían sido reprocesados anteriormente. También es importante que luego de terminado tiempo, se solicite a un paciente retomar un recuerdo que ha sido blanco para chequear de qué modo está almacenado y estimular la red neuronal. Por otra parte cualquier registro entre sesiones será contemplado en la nueva sesión.

La EMDR a diferencia de otras técnicas aplicadas en TEPT, no parte de un conocimiento teórico, sino de las experiencias de la Dr Shapiro y las aplicaciones a casos realizadas posteriormente tal como fue señalado, esto ha generado controversias en cuando a su validez empírica; sin embargo, existe una extensa producción acerca de la efectividad de la misma, mayormente sobre estudios de caso, investigaciones con neuroimágenes, algunos sobre su aplicación en distintos trastornos. Su rápida expansión, sus efectos beneficiosos en pocas sesiones, la posicionó como el tratamiento recomendado de elección en TEPT, no así en otras patologías. Además dichas recomendaciones se encuentran en la guía clínica de la Asociación Psiquiátrica Americana, es clasificada como categoría A para el tratamiento del trauma por el Departamento de Defensa y Asuntos Veteranos de EE. UU. y declarada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), como un tratamiento de elección con base empírica (Marín, Guillén & Vergara, 2016).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, corresponde a estudio de caso.

4.2 Participantes

Participó de este estudio de caso una paciente adulta de 72 años, jubilada docente, de estado civil divorciada, quien vive sola, es madre de dos hijos varones, una hija mujer y abuela de cinco nietos. La paciente fue admitida en la institución, la cual es prestadora de servicios de salud mental de su obra social, en el mes de mayo del 2017. Fue diagnosticada con TEPT, compatible con la sintomatología que presentaba al inicio de su consulta y como consecuencia del abuso sexual intrafamiliar vivenciado en su infancia y posteriores traumas.

Además, fue partícipe la Licenciada en Psicología a cargo del tratamiento de la paciente, de unos 52 años, quien se graduó en la Universidad de Palermo. Su orientación teórica es cognitiva, se especializa en psicología clínica de adultos, posee un Master en terapia cognitiva-conductual y posgrado en EMDR realizado en CIPSE.

Por cuestiones de confidencialidad en el desarrollo del presente trabajo, se utilizaron los nombres ficticios de Ada al referirse a la paciente y Mora para la terapeuta.

4.3 Instrumentos

Se utilizó la historia clínica (HC) de la paciente donde se accedió a la información de ésta, su diagnóstico, síntomas, su problemática, datos consignados en cada sesión, las intervenciones propuestas y cambios logrados.

Se realizó una entrevista semi-estructurada a la psicóloga tratante, los ejes de ésta se enfocaron en el motivo de consulta de la paciente, los síntomas iniciales, intervenciones realizadas en el tratamiento tanto con TCC, como en la sesión de EMDR y la evolución de la misma.

Se efectuó una entrevista individual a la paciente, donde se indagó sobre motivo y sintomatología por la cual consultó, las tareas realizadas y su auto- percepción de los cambios alcanzados a partir de las intervenciones planteadas en el abordaje terapéutico.

La observación no participante del caso, se llevó a cabo en el espacio de supervisión.

4.4 Procedimiento

En primer lugar y habiendo tomado contacto con el caso de la paciente dentro del espacio de supervisión, se solicitó a la terapeuta el consentimiento para trabajar con el mismo. Una vez acordado y planteado los intereses, se requirió el acceso a la historia clínica con el fin de recabar datos generales de la paciente, motivo de consulta, síntomas presentes, intervenciones realizadas y datos consignados del seguimiento del tratamiento terapéutico.

Posteriormente se realizó una entrevista semiestructura a la paciente, aproximadamente de una hora de duración, con el fin de tener un acercamiento a está, donde se indagó sobre información general y experiencias vitales, su motivo de consulta en la institución, su malestar psicológico y físico, las tareas y aprendizajes realizados durante el tratamiento y los cambios auto-percibidos a partir del abordaje propuesto.

Finalmente se entrevistó a la terapeuta de dicha paciente, con la finalidad de recabar información específica sobre el caso, el abordaje propuesto para el tratamiento, técnicas aplicadas y el propósito de las mismas, como también los avances logrados.

Simultáneamente se recabó información sobre el tratamiento y avances en el espacio de supervisión.

5. Desarrollo

5.1 Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 72 años diagnosticada con TEPT, por abuso sexual infantil intrafamiliar al inicio del tratamiento.

Ada es una paciente adulta de 72 años, jubilada docente, la cual por medio de su obra social acudió al centro terapéutico donde la tesista ha realizado la práctica de habilitación profesional. Asiste en el mes de Junio de 2017 a la entrevista de admisión, es atendida por Mora coordinadora de admisiones del mismo, quien dada las características del caso y del vínculo que allí se generó, el que podía favorecer el tratamiento posteriormente, tal como Beck (2000) señala, le comunicó a Ada que proseguiría trabajando con ella como su terapeuta.

De acuerdo a los registros de su HC y según datos recogidos en ambas entrevistas: Ada, manifestaba como motivo de consulta, que la muerte reciente de dos de sus amigas habían rememorado circunstancias de su vida, sobre todo una de ellas amiga de su infancia, quien llevaba una “*vida lúgubre, problemática e infeliz*”, en la que se veía reflejada de cierta forma, a pesar de que no habrían vivido iguales

circunstancias; interpretándose como la aparición de ciertos recuerdos angustiosos y recurrentes (síntomas de intrusión), según criterio B-1 del TEPT en el DSM 5. Definía además, estar en un estado profundo de angustia que no soportaba, con miedo intenso y dolores físicos, por lo cual evitaba salir, como también evitaba algunas situaciones a resolver con respecto a la venta de la casa de sus padres, y desde tiempo atrás, había dejado de hacer cosas que a ella le agradaban anteriormente, como ir al cine, teatro, museos y viajes, dichos síntomas corresponderían respectivamente a los criterios D-4, D-5, en relación a las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo del TEPT, y el criterio C-2 en relación a la evitación de ciertos estímulos característicos del trastorno. En tanto a la indagación sobre su descanso mencionó, que solía despertarse sobresaltada muy angustiada, sin recordar qué soñaba, lo cual indica la presencia del criterio B-2 en el DSM 5 del TEPT (APA, 2014).

Ada comenta sobre sus relaciones interpersonales, que desde hace tiempo tiene dificultades en relacionarse con sus hijos y otros familiares, sobre todo con su hijo menor del que expresó ser humillada y olvidada; como así también especifica que sostiene una relación tensa con su hermano por la venta de la casa de sus padres, lo cual ella no puede afrontar. Esto implica cierto deterioro de la esfera social de Ada de acuerdo al criterio G del TEPT en el DSM 5 (APA, 2014).

Finalmente, en dicha admisión relata que tuvo una infancia difícil, en la cual fue abusada sexualmente por su tío, hermano de su madre, con quien vivió a partir de los 3, dicho abuso se prolongó hasta su ingreso escolar a los 6 años, donde conoció a su amiga fallecida. Sumado a ello, menciona haber sido maltratada por su abuela materna, tanto psicológica como físicamente. Más tarde, a los 10 años, fue ingresada a un colegio pupila, donde también recibió maltrato, viviendo una infancia de carencia afectiva según lo describe. La presencia del ASI intrafamiliar, tal como Barudy (1998) lo clasifica, y sus vivencias de maltrato infantil, definen el criterio A-1 del TEPT de acuerdo al DSM 5 (APA, 2014).

Se evidencia en los relatos de la paciente, la permanencia de las consecuencias del ASI a través del ciclo vital de ésta, teniendo así efectos a largo plazo, con secuelas emocionales y cronificación de síntomas, que interfirieron negativamente en diferentes esferas vitales de ésta (Echeburúa, Corral & Amor, 2002; Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000).

Según lo que pudo obtenerse de la HC en sesiones posteriores y entrevistas, Ada vivenció otras situaciones traumáticas en su vida adulta. Ésta relata que durante su

matrimonio fue víctima de maltrato psicológico y físico por parte de su ex marido, quien la violó en reiteradas ocasiones. También, habría transitado un embarazo traumático debido a que se detuvo el desarrollo del niño a partir del 5to. mes y tanto por imprecisiones médicas como la falta de recursos diagnósticos, prosiguió el embarazo hasta el 9no. mes, naciendo el niño sin vida. De dichas experiencias, la revictimización por los abusos posteriores de parte de su exmarido, es considerada una de las consecuencias de mayor gravedad del ASI, que incrementa y se combina con los efectos de éste, como López et al. (2012) explican. Al referirse a sus vivencias, Ada expresaba *“me lo merecía, todo lo que viví, siempre fue mi culpa, no debía haberme casado, no quería ese hijo” ... “yo dejé que todo suceda, incluso lo de mi tío”*, dejando traslucir así las creencias profundas que ella sostenía sobre los hechos, tal como Beck refiere a los modos en que las vivencias se organizan e interpretan desde temprana edad conformando el núcleo del trastorno, que implica en Ada una manera de procesar la realidad de forma distorsionada, como también de manifestarse en sus conductas disfuncionales (Gabalda, 2011).

En la entrevista con Mora explicó, que si bien el ASI no fue el único trauma vivido por Ada, el mismo ocasionó profundas secuelas que favorecieron situaciones de trauma posteriores, como así también la manifestación de síntomas que la afectaron en distintos momentos de su vida y que no fueron atendidos. Se trataría de un TEPT complejo, típico en personas con traumas múltiples y frecuentemente en su inicio por ASI prolongado en el tiempo, al que se asocian síntomas como algunos de los que se han constatado en Ada, como ser labilidad emocional, sentimientos de culpa, problemas sexuales, dolencias somáticas y problemas en las relaciones interpersonales de acuerdo a lo mencionado por Nezá, Nezá y Lombardo (2006) y Van der Kolk et al. (2005).

El ASI ha contribuido a los desórdenes posteriores, pero como Ducroq et al. (2001) sostienen, fueron en las condiciones de posibilidad, en la que distintos factores se han asociado y en las que se estableció, sin duda, la temprana edad de Ada, la intencionalidad de los hechos vividos, la falta de red de apoyo, la multiplicidad de sucesos traumáticos y la falta de relaciones afectivas actuales, han sido variables que han predispuesto, por un lado, rasgos de personalidad en ésta, sus distorsiones cognitivas y sus deficientes recursos de afrontamiento; sustentando así el trastorno en distintas etapas de su ciclo vital, de acuerdo a lo que Carvajal (2000) y Echeburúa y Corral (2009), exponen en sus estudios.

En cuanto a los síntomas disociativos que en ciertos casos se evidencian, según los registros en HC, Ada no ha manifestado durante el transcurso de la actual terapia ninguno de estos, aunque ella relata situaciones previas donde puede sugerirse que ha tenido experiencias de despersonalización (criterio B-3 en TEPT según DSM 5), un ejemplo de ello es su relato acerca de una discusión que presencié entre su hija y su ex marido donde expresa... *"mientras discutían yo estaba ahí , pero yo me salí de mi cuerpo y me vi en esa silla sentada, mi hija le reprochaba a él que nunca la había querido. Yo nunca sentí que me quisiera, él me maltrataba, me violó, me hacía cosas muy denigrantes, que yo había vivido y no entendía", " me salí de la situación, veía esa discusión como de arriba, miré a esa mujer encorbada y le pregunté ¿cuantos años más te vas aguantar vivir así ?"*. Posterior a este suceso, Ada menciona que un día salió de compras y se paralizó camino a su casa sin posibilidades de poder volver, recuerda que en su desesperación pidió ayuda en un centro de atención primaria cercano. Allí fue asistida por una terapeuta, ingreso al consultorio y comenzó a relatar todos los sucesos traumáticos vividos desde niña, al punto de que transcurrido un mes y asistiendo tres veces a la semana, no sabía el nombre de dicha terapeuta, ni tampoco recordaba su rostro; vivencias que indican desrealización, manifestándose como una experiencia distante de la situación según especifica el DSM 5 en TEPT (APA, 2014).

En anotaciones de HC, se observó que Mora registró *anorexia nerviosa*, sobre lo que se indagó en la posterior entrevista. Explicó ésta, que Ada mencionó que en cierta etapa de su vida sufrió de delgadez extrema, la cual no fue tratada o atendida por los profesionales correspondientes, esto habría sucedido hasta la edad de 22 años aproximadamente, y según algunos relatos de la paciente considera que habrían comenzado en la niñez e incrementándose en la adolescencia. Mora indicó que dichas manifestaciones sintomáticas tendrían relación con sus traumas de infancia y la relación fallida con su madre.

En cuanto a ello Ada menciona en la entrevista que, a la edad de 15 años, cuando inició la relación con su primer novio comenzó espontáneamente a vomitar. Cada vez que debía salir con él e incluso salir a cualquier otro lugar, según expresa... *"vomitaba hasta que el estómago era como una piedra"*, agrega *"lo hice durante 7 años y llegué a pesar 30 kg"*. Según las consecuencias del ASI mencionadas por Cantón-Cortés y Cortés (2015), en la adolescencia los trastornos de alimentación son una forma típica de manifestación sintomática. Aspectos del abuso le eran recordados dentro de la

relación de noviazgo que permitían el surgimiento de efectos durmientes no manifestados en la infancia y se manifestaban en Ada con dicha sintomatología.

Se indagó además sobre otras secuelas del ASI asociadas al TEPT, hallándose cierta aversión sexual e incapacidad de satisfacción. Ada menciona en su entrevista, tal como López, Gigato y Álvarez (2012), que no tiene motivación sexual para mantener relaciones con hombres y según ésta “*sexo*” es lo único que buscan. Comenta que tuvo tres parejas después de su marido de muy corta duración, siempre veía características de quienes la habían dañado en estos y que literalmente escapaba, expresa...“*un día estaba con una pareja, comencé a escuchar palabras, veía sus miradas, me venían imágenes a la mente de cosas que había vivido, me asusté, me levanté y me fui corriendo, lo dejé ahí*”. Estas conductas del TEPT, responden a su estado de alerta e hipervigilancia a detectar ciertas características en los otros, quienes pudieran dañarla (criterio E-3 del DSM 5), como también a los síntomas de intrusión que vivencia en la exposición a factores internos o externos que en ella simbolizan o se parecen a algún aspecto de sus experiencias de trauma (criterio B-4 del DSM 5) y a la evitación de personas que en ella despiertan algún recuerdo, sentimiento o pensamiento asociado a este (criterio C-2 del DSM 5) (APA, 2014).

Según se ha podido constatar en los diferentes registros, Ada se caracteriza, además, por un estilo de afrontamiento evitativo, punto esencial trabajado en su TCC. En cuanto a su estilo atribucional es negativo, autoinculpándose de las situaciones vivenciadas, como también a su familia. Algunos ejemplos de ello son: “*yo me dejé, es mi culpa, él era el único que me daba algo de cariño*”, “*mi abuelo era bueno, pero no me protegió, nadie me protegió*”, “*mi madre le hacía caso a mi abuela, no me creyó cuando se lo conté de grande*”

Todo ello conforman variables cognitivas que ponen de manifiesto el mal ajuste psicológico de Ada como explican Cantón- Cortés y Cortés (2015), los sentimientos en cuanto al abuso los ha incorporado en sí misma creyéndose “*mala, puta y varonera, una buscona*”, como su abuela le decía.

La estigmatización ocasionó su baja autoestima, incorporando autovaloraciones de imposibilidad, incapacidad, falta de control y miedo, se expresan en creencias y sentimientos que refiere como: “*siempre me sentí diferente a otros, inferior, sucia, culpable, en cambio otras nenas tenían todo, una familia que las cuidaba, una casa linda y vestían bien*”, “*yo entiendo que esto me marcó, es imborrable siempre vuelve y me lleva a la decidía, al no hacer, a transformar mí entorno en lo que era*”, “*En mi*

vida siempre sentí miedo, a todo, a lo que no conozco, a que me hagan algo, que me pase algo a mí, a mis hijos y nietos, tengo siempre malos pensamientos, por ejemplo que alguien va a morir y sufro mucho con esto”, Finkelhor y Browne (1985) incluyen a estos sentimientos derivados del ASI en su modelo traumatogénico.

5.2 Describir las intervenciones realizadas sobre la sintomatología del TEPT en la paciente de 72 años a partir del modelo cognitivo conductual.

De acuerdo a los registros de HC y la entrevista realizada a Mora, se pudo observar que, a partir de la conceptualización del caso de Ada, realizado en la entrevista de admisión y posterior sesión, se consignaron datos sobre su historia, su red de apoyo, relaciones y contexto, sus experiencias traumáticas y consecuencias, características de personalidad y cognitivas y, los distintos aspectos que abarcaban la sintomatología manifiesta en la paciente. Por otra parte, se planteó el encuadre del proceso terapéutico, la regularidad de encuentros en una sesión semanal y los objetivos a trabajar. Estos se centraron en psicoeducación, recomponer las actividades que Ada había abandonado, sus conductas de evitación, trabajar sobre las deficiencias en las relaciones interpersonales (puntualmente con uno de sus hijos y su hermano), sus emociones negativas de angustia, miedo e inseguridad, síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa, como su baja autoestima. Centralmente todos estos se alinean en lograr el cambio cognitivo de Ada, en el sistema de creencias de ésta, el cual ha desarrollado desde su infancia a partir de las situaciones traumáticas vividas y que han favorecido el desarrollo del TEPT (Beck, 2000; Gabalda, 2011).

En los inicios de la TCC, según los registros de HC, se focalizó en la psicoeducación sobre la terapia cognitiva, explicándole a Ada, tanto los fundamentos de la misma, como la forma en la que se trabajaría. También abarcó explicaciones sobre el trastorno, su manifestación sintomatológica, su relación al ASI y posteriores traumas. Mora, como Beck (2000), explica que psicoeducar es fundamental, en palabras de ésta *“es necesaria la colaboración del paciente, facilita la posibilidad de trabajar y del cambio para aliviar los síntomas, pero para ello debe saber qué sucede, cómo y por qué”*. Particularmente, la psicoeducación le permite reconocer el síntoma por un lado y utilizar técnicas aprendidas que colaboren en su manejo. Destacó, además, que no es una técnica independiente de otras sino que todas las intervenciones son psicoeducativas y que, finalmente, los aprendizajes que Ada fue adquiriendo, colaboran

fundamentalmente en: restituirle el sentido de seguridad, elemento esencialmente dañado en el trauma según Salvador (2009); trabajar sobre concepciones erróneas, sus emociones, sentimientos de culpa y responsabilidades, consecuencia de la relación asimétrica dada en el ASI (Ochotorena & Arruabarrena, 1996), como también aprendiendo estrategias de conductas más efectivas, no evitativas tal como propone Beck (2010).

Acorde a los registros de HC, Mora menciona en la entrevista, que en la primera sesión se evaluaron la estabilidad emocional de Ada y sus habilidades o recursos de afrontamiento para trabajar posteriormente. En tanto a su estabilidad emocional, como ya fue mencionado, Ada manifestaba encontrarse en un profundo estado de angustia, con miedo constante que versaba sobre ideas catastróficas, acerca de cosas que a ella o a sus seres queridos pudieran sucederle. Con la finalidad de manejar la sintomatología ansiosa y el incremento de molestias fisiológicas que ésta aludía (opresión en el pecho, sudoración, palpitaciones), se la instruyó con la técnica de relajación (Bulacio 2011), cerrando sus ojos, respirando profundamente, así guiándola a conectarse con las sensaciones de su cuerpo y que gradualmente pudiera controlar y disminuir sus síntomas.

En posteriores sesiones se implementó *Mindfulness*, técnica que se practicó además durante sesiones para el manejo de emociones negativas, y que Ada debía, según indicaciones, practicar todos los días. La finalidad de la misma, indicó Mora, fuera del espacio terapéutico, era trabajar sobre la rumiación continua relacionada a situaciones que angustiaban a Ada, sobre su miedo, fantasías y recuerdos que los generaban, conectándose así con su presente, aprendiendo a focalizar la atención en lo que hace y siente, sin juzgar. Logrando un estado mental consciente, responsable, que le permita el control de sus reacciones automáticas (Vazquez Dextre, 2016). En su entrevista Ada menciona que el *Mindfulness*, es una herramienta que ha usado en muchas situaciones, que le permite observar lo que sucede a su alrededor desde otro lugar y con calma. Esencial modificación sobre las valoraciones inmediatas (Beck & Clark, 2012).

Por otra parte, Mora comenta, que los recursos literarios de Ada han sido de mucha ayuda en el proceso terapéutico. Ésta fue docente, pero particularmente, durante muchos años hasta su retiro fue bibliotecaria. No solo es una persona instruida, sino que además se interesa por aprender, investigar y escribir, estos recursos tal como se ha podido constatar y según los relatos de ambas, fueron utilizados en diversas técnicas

pero centralmente con el objeto de facilitar la Reconstrucción cognitiva (RC). De esta forma Ada, pudo poner a prueba sus pensamientos, creencias, sentimientos y acciones, y paulatinamente, fue elaborando nuevas formas de éstos, más positivas y ajustadas a la realidad (Báguena, 2001).

A partir del descubrimiento guiado y de los temas planteados por Ada en distintas sesiones, se observó que Mora implementó algunas tareas de investigación registradas en HC, centrándose en la búsqueda de información acerca de conceptos como resiliencia, culpa, prejuicios, vulnerabilidad vs debilidad, evitación y sesgos. Ada comenta al respecto, que tiene un cuaderno donde registra las tareas, realiza anotaciones de la información que Mora le solicita, sobre todo resalta lo que “*le impacta*” y luego estas anotaciones se trabajan en la sesión siguiente. Esto ha ido facilitando que ella reevalúe y reflexione sobre sus creencias, sentimientos y conductas, centrando su atención en otros aspectos que no atendía, construyendo además nuevas ideas que impactan en distintos aspectos vitales (Gabalda, 2011).

Otras tareas como la biblioterapia y observación de filmes, son mencionados en las entrevistas. Mora explica que el fin de ello, no solo es trabajar un tema particular sino también roles, indicándole a Ada observar las características de los personajes y que, a partir de ello, se disparen reflexiones acerca de sus conductas, identificación con estos y permitiéndole a su vez cierto modelado. Bados y Grau (2010) mencionan, que estas técnicas de observación directa, mantienen al paciente al margen de la situación, tal como Ada expresa “*esto me ayuda como espectadora a entender que hago y que no hago*”. Estas técnicas han sido de utilidad para trabajar sobre las relaciones interpersonales afectadas. Centralmente la relación conflictiva con su hijo menor según detalla Mora. El mismo actúa en forma desconsiderada, sin demostrar cariño, ni interés alguno por la integridad de su madre, la cual por su parte estaba muy atenta al desprecio, algo que percibe haberlo sufrido toda su vida por quienes la rodearon, pero a pesar de ello se sometía continuamente a situaciones dolorosas y de total indiferencia.

Según los registros de HC y entrevistas, también fueron implementadas intervenciones con juegos de roles, dramatizaciones, para facilitar que Ada explorara otros puntos de vista, aprendiera y practicara habilidades para enfrentar, entre otras, a estas situaciones de conflicto y mejorar su asertividad. Indagar sus herramientas de afrontamiento, como el significado de cada situación para Ada, fue primordial para la resolución de estos (Beck, 2000).

La terapeuta explica que las situaciones traumáticas, han favorecido las características de personalidad que sostienen las autopercepciones disfuncionales de Ada considerándose un ser poco valioso, con pocas herramientas para el afrontamiento, autoinculpándose y excusando acciones de los otros, evitando así resolverlos, aislándose e incrementando su angustia, ansiedad y miedo (Nezú, Nezú & Lombardo, 2006). Las técnicas mencionadas le permitieron generar escenarios imaginarios, facilitando por un lado revisar sus actuaciones, simular nuevas respuestas o soluciones más ventajosas para ella, comprobar supuestos, reflexionar sobre sus percepciones y aprender habilidades que modificaron paulatinamente sus conductas en sus relaciones interpersonales Beck (2000). Ada, en referencia a sus logros en ello, expresa *“Con Mora aprendí, me dio herramientas que no tenía, así cambio la relación no la situación con mi hijo. Él sigue siendo igual, pero yo me relaciono de otra forma, aprendí a estar cuando tengo que estar y el tiempo suficiente donde no me sienta incómoda, ni dejándome menospreciar”, “Yo me sentía muerta en vida para los otros, prolongaba mi sufrimiento buscando sentimientos y respuestas que no iba a encontrar, comprendí que puedo ser vulnerable como cualquiera, pero ser débil no es lo mismo, es una posición en la que elegía quedarme”*.

Previo a estas técnicas de exposición en forma imaginaria, se constata en HC que se trabajó con tareas donde se le solicitaba a Ada realizar listados de situaciones que la angustiaban y/o evitaba, debiendo además consignar sus pensamientos y emociones desadaptativas acerca de estos, para luego en la posterior sesión elaborar tanto respuestas como emociones positivas. Ello favoreció el detectar tanto estímulos o situaciones, como Beck y Clark (2012) señalan, que activan la sintomatología elevando la ansiedad, generando así tanto valoraciones desadaptativas de la situación, conductas de evitación, como valoraciones autorreferentes.

En la entrevista, Mora menciona, que se trabajó con planes e instrucciones específicas por escrito, para que sirvieran de apoyo fuera del ámbito terapéutico. Tarjetas de apoyo que Beck (2000) indica como herramientas útiles y que Ada menciona como *“machetes”*, en los que anotaba frases como *“merezco ser tratada con amor”* e instrucciones específicas que comenta a modo de ejemplo *“Yo repasé lo que iba a hacer, antes de ir al cumpleaños de mi nieta en la casa de mi hijo”*; así mismo ésta menciona técnicas de detención de pensamiento que aprendió *“si me ponía mal por la situación, en mi cabeza imaginaba a Mora con su sonrisa y diciéndome basta*

vos puedes” o “recitaba un poema que me encanta de Becker, Volverán las oscuras golondrinas...”

Según lo que explicó Mora, como señala Gabalda (2011), las técnicas verbales son útiles para la RC, pero las técnicas conductuales son también necesarias para ello. La terapeuta remarcó, que siempre se comienza trabajando sobre la estructura cognitiva del paciente, pero sin “el hacer”, poniendo a prueba los supuestos y creencias del paciente en acciones, no pueden sostenerse los cambios (Bados & Grau, 2010; Beck, 2000). Este hacer como indica Mora y según lo registrado en HC, como primer paso implicó trabajar con exposición imaginaria y las técnicas de apoyo mencionadas, los que por un lado colaboraron en la desensibilización sistemática que posteriormente se implementó, pero también facilitaron la probabilidad de éxito en la experiencia en vivo (Beck, 2000).

En cuanto a la desensibilización sistemática, según consta en HC y lo mencionado por Mora, esta se utilizó con el objeto de recomponer las actividades que Ada había abandonado aproximadamente hacía 3 años, las cuales evitaba por las emociones y sentimientos negativos que le generaban, como por el aumento de la activación fisiológica y dolores físicos que se intensificaban cuando tenía que realizarlas, como por ejemplo: ir al cine, subirse a un colectivo, viajar a otros lugares lejanos, ir al médico, etc. Para ello indicó Mora, se le asignaron tareas graduadas (Beck, 2000).

Según HC, se inició con intervenciones dirigidas a recomponer la posibilidad de viajar en colectivo, fundamental para que pudiera realizar cualquiera de las otras actividades abandonadas. Tras haber utilizado en conjunto las técnicas ya mencionadas hasta aquí, dichas tareas conductuales se implementaron en forma gradual de leves a moderadas según el grado de activación y angustia que le generaba a Ada, hasta lograr el objetivo (Beck, 2000). Según los registros y la entrevista a Mora, las tareas encomendadas consecutivamente fueron:

- 1- Pararse en la parada del colectivo, permanecer allí esperando su llegada y observando que sucedía sin subir a éste.
- 2- Subir al colectivo y bajarse en la próxima parada.
- 3- Subir al colectivo e ir a un lugar cercano aproximadamente 5 paradas.
- 4- Subir al colectivo e ir al centro comercial cercano.
- 5- Seleccionar una película en un cine de Capital Federal, horario temprano e ir en colectivo.

Durante las tareas Ada debía observar si aquellas creencias y valoraciones amenazantes eran reales (Beck & Clark, 2012), utilizar técnicas de relajación (Bulacio, 2011) o Mindfulness (Vazqu ez Dextre, 2016) en el control de su ansiedad y activación fisiológica, luego debía tomar registro en su cuaderno de las situaciones, emociones negativas, activación fisiológica y posterior elaboración de pensamientos positivos (Beck, 2000). Todo ello favoreció el automonitoreo y restablecer su nivel de funcionalidad, replicando acciones similares en otros objetivos como ir al teatro, museo, al médico y finalmente realizar un viaje a Entre Ríos que ansiaba hace mucho tiempo. Ada comenta sobre ello *“me había imaginado todo como iba a ser, trabajamos cada escena, lugar y momento, y fue todo lo contrario, en vez de sacar un día soleado los boletos, lo hice un día de lluvia porque me quedo cómodo, estaba cerca de la terminal. All  en Entre Ríos donde fui a realizar un retiro espiritual, me encontró a una colega de Mora y en un momento que me sentí muy mal, porque todo en ese convento me llevaba a mi niñez, ella me dijo  qu  te diría Mora en este momento? Y finalmente pude controlar la angustia y el miedo, logró relajarme poniendo en práctica todo lo que me enseño. Ella me ayudó como nadie, me devolvió algo que me habían robado, la sensación de ser digna y de poder con mi vida”*. Palabras que manifiestan el impacto de la alianza terapeuta-paciente, la actitud responsable y colaborativa de Ada sobre su cambio y los logros alcanzados efectivamente.

Se observó según registros de HC, que luego de 6 meses de encuentros semanales y teniendo en cuenta los avances, la estabilidad emocional, la restitución de actividades a un estado de normalidad y la disminución significativa de la sintomatología por la cual Ada consultó, en noviembre de 2017 se modificó la frecuencia de encuentros cada 15 días. Posteriormente, a mediados del mes de Enero 2018 se discontinuó la terapia por vacaciones, restableciéndose iniciado marzo de 2018, donde se reevaluó a Ada y dado el incremento de la inestabilidad emocional, aumento de estados de angustia y la frecuencia de irrupciones en el sueño, se pactó con ésta aplicar EMDR. Subsiguientemente y habiendo logrado un estado estable se continu  con TCC, con ciertas alteraciones en la regularidad de las sesiones, debido a la suspensión de servicios a la obra social de Ada que luego se reestableció y finalmente a fines de Mayo de 2018 en el espacio de supervisión, Mora dio aviso que tomaría licencia suspendiendo su actividad en el centro y que la paciente continuaría su tratamiento en su consultorio privado, trabajando centralmente en lo sucesivo, la situación que evitaba enfrentar con respecto a la venta de la casa de sus padres, por la

que mantenía dificultades relacionales con su hermano. No pudiendo acceder la tesista a mayor información sobre el proceso con TCC posterior a ello.

5.3 Describir la utilización de una intervención basada en el modelo de EMDR en una paciente de 72 años diagnosticada con TEPT, por abuso sexual infantil intrafamiliar.

Según los registros de HC, consta que Ada tuvo dos sesiones con EMDR, de las cuales la primera realizada en los inicios del proceso terapéutico resultó fallida, debiendo ser suspendida. Se indagó en la entrevista con Mora, acerca de los motivos por los cuales dicha sesión debió suspenderse, comentando ésta que en dicha ocasión por su elevado estado de angustia y ansiedad, Ada no pudo atenerse a las pautas necesarias que permitieran trabajar con el modelo, ésta irrumpía continuamente, impidiendo así sostener la atención dual, es decir atender a la estimulación utilizada y a la imagen seleccionada, sobre la que estaba trabajando. Ante dicha situación decidió suspender la sesión, evitando así un posible efecto retraumatizador (Lupo, 2015).

Finalmente, se procedió a contener a la paciente tal como la fase 7 de clausura indica en una sesión completa o incompleta, introduciendo la técnica de relajación (Bulacio, 2011) ya utilizada en la TCC, con la finalidad de que Ada pudiera disminuir su grado de ansiedad y malestar fisiológico, así mismo restituir en ella el equilibrio emocional. Posteriormente se le indicó que hasta su próximo encuentro utilizara dicha técnica o *Mindfulness* (Vazquéz Dextre, 2016) y que podía recurrir al lugar seguro trabajado, además, de tomar registro de cualquier malestar vivenciado, ya sea físico, imágenes recurrentes, sentimientos o recuerdos, para trabajar en lo sucesivo (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

En la entrevista realizada a Ada, se le consultó sobre dicha sesión fallida de EMDR, y cabe destacar que contrariamente a considerar que pudiera ser iatrogénica, ella manifestó *“no salió del todo bien, yo no me entregué, estaba muy nerviosa, no sabía lo que me esperaba, tenía muchas expectativas, me imaginaba una hipnosis milagrosa, pero a pesar de no poder terminar puedo asegurar que algunas cosas de mi infancia no molestaban tanto después de esa sesión”*. Lo cual podría interpretarse como que parte de la información traumática, habría logrado desensibilizarse e integrarse en su memoria (Van der Kolk, 2000).

En tanto a la sesión de EMDR, la cual resultó efectiva y pudo concluirse, según los registros de HC, la misma se realizó poco después de reanudarse el proceso terapéutico tras el receso vacacional. De acuerdo a la reevaluación realizada a Ada en dicha ocasión, tal como se señaló anteriormente, se constató el aumento de sentimientos de angustia, ansiedad y de irrupciones del sueño por la presencia de sueños angustiosos, por lo cual Mora le ofreció a Ada realizar la sesión de EMDR.

En la entrevista a Mora, se le consultó sobre los motivos en los que basaba oportuno el nuevo intento y que diferencias existían con respecto a la primera sesión fallida, los cuales sirvieron para considerar que en esa ocasión pudiera concluirse. Sobre ello explicó, que si bien el vínculo terapéutico fue bueno desde el inicio y la colaboración en el proceso terapéutico de Ada fue siempre excelente, dado que ella jamás faltó a sus sesiones y realizó siempre las tareas encomendadas, actitud fundamental para favorecer cambios como indica Beck (2000), debían además evaluarse las posibilidades del paciente y sus necesidades, tal como Hensley (2010) señala. Al respecto Mora, admite haberse apresurado en dicha ocasión acerca del grado de ansiedad de Ada, el cual no le permitió colaborar, focalizando su atención en sus expectativas y fantasías con respecto a la técnica lo cual sumado a su grado de angustia, fueron factores que imposibilitaron proseguir. Pero en relación a considerar las diferencias de aquella situación, para la segunda sesión, contaba con un vínculo de confianza muy fuerte, además de todo el trabajo que desde meses atrás se venía realizando con TCC, y puntualmente, si bien había incrementado el nivel de angustia, ansiedad y los sueños angustiosos en Ada, con respecto al estado inicial eran menores. Esto indicaba que, a pesar de haber logrado muchos cambios beneficiosos en Ada con la TCC, seguía existiendo información de las improntas traumáticas, que no le era posible reestructurar, la cuales irrumpían, aumentando su malestar y sosteniendo la sintomatología del trauma, tal como Van der Kolk (2007) refiere, a los déficits en integrar las experiencias en un todo unitario, no permitiendo a Ada el sentido de integridad de su identidad.

En la entrevista, Mora indica además, que el incremento de la tolerancia al riesgo de Ada y su sentido de seguridad trabajado en TCC, eran factores importantes que le permitían pensar que el nuevo intento sería efectivo, una ventaja en relación a la sesión fallida (Beck & Clarck, 2012).

Con respecto a la sesión de EMDR que resultó completa y efectiva, según registros de HC y de la entrevista con la terapeuta, pudo observarse que se llevó a cabo el protocolo de 8 fases (Shapiro, 2004).

En la Fase 1 o planeamiento, se realizó la evaluación de las condiciones en las que Ada se hallaba y si éstas permitían dar comienzo al trabajo según este modelo. Tal como fue mencionado, se consideró la solidez de la relación terapéutica, las capacidades de manejo del estrés y la ansiedad de Ada, sobre las que trabajó previamente, pero estrategias además, que le permitieran su estabilización y autocontrol para afrontar las perturbaciones que pudieran surgir durante o entre sesiones. Se tuvo en cuenta la sintomatología presente y sus conductas a partir del panorama clínico (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

En dicha fase se eligió el blanco a ser reprocesado por Ada, el cual le generaba mayor perturbación. Mora indica que la imagen elegida, corresponde a un cuarto pequeño en el fondo de la casa de los padres de Ada, el que ella describe como *“un lugar lúgubre, con olor a humedad”*. Se recuerda pequeña sin poder precisar la edad, estaba allí parada mirando a su tío sentado en una silla vieja, éste le pide que se acerque, la sube a su falda, comienza a manosearla y frotarla sobre sus genitales descubiertos. Según la terapeuta esta imagen suele ser intrusiva para Ada, se relaciona a los sucesos traumáticos de la infancia, disparando la sintomatología actual que la perturba y sostiene la patología en el presente (Shapiro, 2004).

Mora detalla en la entrevista sobre la Fase 2 o de preparación, que fue la etapa donde se le explicó a Ada las pautas de funcionamiento para trabajar en la sesión y posteriormente a ésta. En cuanto a la sesión, se le informó el tiempo de duración aproximado de la misma y sobre la posibilidad que surgiera material movilizador para ella tanto en la sesión, como en días posteriores (sensaciones, recuerdos o emociones). Indicándole además que si ello sucedía a posteriori, debía tomar registros en su cuaderno para trabajar lo surgido en la siguiente sesión. Además se instruyó a Ada, que en dichas situaciones podía utilizar la técnica de relajación o la visualización del lugar seguro para su manejo. En cuanto al lugar seguro, Mora le consultó a Ada si sostendría el lugar elegido en la primera sesión fallida, y en caso contrario, entonces debía pensar en un lugar en donde ella se sintiera a salvo, protegida. Indicando Ada tal como la primera vez *“mí lugar seguro es en mí habitación y escuchando música clásica”* (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

Mora explica en la entrevista sobre esta imagen, que la visualización de la misma en la mente de Ada, contrarresta el sentimiento de inseguridad, el incremento de ansiedad y angustia, es una técnica de detención de pensamiento donde ella enfoca la atención en la imagen que para ésta tiene connotaciones positivas, puede entonces visualizarlo ante las perturbaciones posibles, permitiendo irrumpirlas (Beck, 2000)

La terapeuta puntualiza que además le sugirió a Ada, no tomar compromisos posteriores dado que podría percibir cansancio tras la sesión, como también estar desatenta (Blanco & Geijo, 2012).

Finalmente se evaluó la forma de estimulación dual más adecuada para Ada, señalando Mora que no utilizó movimientos oculares porque muchos pacientes suelen sentir molestias (mareos, náuseas y dolor de cabeza), puntualmente Ada utiliza anteojos y tiene algunos problemas de vista, los que podían interferir en la práctica. Utilizó entonces, el *Tapping* o toques en la palma de las manos de ésta, explicó “*nos sentamos una frente a otra, ella con sus ojos cerrados, las manos apoyadas sobre sus piernas, palmas hacia arriba. Yo realizaba secuencias alternadas de toques con mis manos de una a otra palma sincronizadamente*” (Shapiro, 2004).

En la Fase 3 correspondiente a la evaluación, según HC se observan los registros arrojados de la ampliación y medición de los objetivos establecidos. Según la identificación de los componentes del blanco, tal como indican realizar Hensley (2010) y Shapiro (2004), se solicitó que Ada evalúe su creencia negativa sobre el blanco elegido, la creencia positiva que desearía para sí, evaluando a su vez el grado de cada uno según las escalas USP y EVC respectivamente, a continuación se le solicitó ubique además las sensaciones corporales asociadas. Las mediciones y ampliación arrojaron:

- Blanco/Imagen: El cuarto del fondo de la casa de sus padres recordando la situación de abuso de parte de su tío.
- Cognición negativa: “*Yo tengo la culpa, me lo merezco, le creía*”. Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (USP, 1 a 10) arrojó 8 puntos.
- Creencia Positiva: “*Yo puedo con esto, puedo volver a confiar*”. Escala de Validez de Cognición (EVC, del 1 al 7) arrojó 3 puntos.
- Emoción: angustia
- Sensación corporal: Opresión en el pecho con ahogo.

Durante la Fase 4 de la EMDR, Ada realizó según lo que mencionó Mora, la mayor parte del trabajo, es la etapa de desensibilización propiamente dicha. Se comenzó

solicitando a Ada que cierre sus ojos, respire profundo y centre su atención sobre los componentes del blanco evaluados (escala USP), es decir que atienda a la imagen perturbadora elegida, a la cognición negativa asociada, emoción y sensaciones físicas que despierta. Una vez logrado, inició la estimulación bilateral por medio del *Tapping* en las palmas de sus manos. Mora explicó que finalizada una tanda de estimulación, se le solicitaba a Ada una devolución, que permitiera obtener sus impresiones e ir evaluando cambios indicadores de que el reprocesamiento se había efectuado. Luego se le indicó cerrar nuevamente sus ojos, respirar profundamente, reenfocarse y proseguía con otra secuencia. De esta forma y sucesivamente, tras los informes y evaluaciones que Ada iba arrojando, se llegó a nivel USP 1 según registros de HC (Shapiro 2004). Este proceso de atención dual, donde Ada se focalizó por un lado en los segmentos más perturbadores del recuerdo y por otro lado en los toques que Mora ejecutó, como efecto distractor, es lo que facilitó el desbloqueo, permitiéndole integrar la información en la memoria de forma funcional (Lupo, 2015). Mora menciona que está fue la forma de elaborar el material negativo, podía observarse en los reportes entre tandas que Ada mencionaba los sucesos en forma más distante, menos angustiada, alejándose de la situación. Lo cual indicaría que el método ha facilitado en ella, el mecanismo innato de procesamiento de la información, el que Shapiro (2014) sostiene, que permite lograr una resolución adaptativa que conlleva a un estado de salud mental.

Mediante la Fase 5, una vez desensibilizado el recuerdo, Mora detalló que lo central fue instalar el recurso positivo, para ello se realizó un proceso similar a la fase anterior donde se le solicitó a Ada, por un lado, que ponga atención al suceso tal como se le presentaba ya procesado y, por otro, sostuviera la creencia positiva, “*Yo puedo con esto, puedo volver a confiar*”, mientras Mora ejecutaba los toques en las manos. Se detenía en cada serie y le solicitaba reportes, se repitió de esta forma hasta que Ada alcanzó una EVC de 7 de acuerdo al registro en HC (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

En la Fase 6 de EMDR, Mora señaló que se recorre el cuerpo en búsqueda de alguna sensación, dolor o aquello que identifique el paciente. Sostiene que en TEPT, como en muchas otras patologías, siempre hay un componente corporal o somático. Lo cual, en este caso, estaría asociado a los efectos de fragmentación mnésicos resultantes del trauma, que implicarían un almacenamiento descontextualizado de las sensaciones corporales y emociones. Por ello, siempre previo a finalizar la sesión, se realiza la exploración corporal, para que todos los componentes sean integrados (Van der Kolk, 2000; Van der Kolk, 2007).

En esta etapa, le indicó a Ada que cerrara sus ojos, pusiera atención a las distintas partes de su cuerpo desde la cabeza a los pies, intentando registrar posibles molestias o sensaciones inusuales.

Ada, manifestó sentir molestias en el pecho, con una sensación de ahogo. Se le indicó entonces que recuerde la creencia positiva *“Yo puedo con esto, puedo volver a confiar”* y se repitió la estimulación hasta que dicha sensación desapareció. Se exploró luego, si otra sensación era percibida por Ada, como no manifestaba otras, se procedió a la clausura (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

En la clausura de la sesión (Fase7) explicó Mora en la entrevista, se chequeó el estado emocional de Ada. Señaló que es un momento de contención importante. En esta etapa se le reiteró a Ada, sobre el uso de la visualización del lugar seguro, la técnica de relajación, ante cualquier material perturbador que surgiera, así mismo tomar registros de ello. Mencionó que la sesión fue sumamente fuerte, pero Ada se encontraba estable, con su equilibrio emocional restablecido (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

En la sesión siguiente se realizó la reevaluación correspondiente a la Fase 8, en la que Mora, según lo comentado en la entrevista, le solicitó retomar el recuerdo a Ada, preguntándole cómo se sentía al respecto de ello, si había tenido alguna experiencia que la perturbara y tomado algún registro. Ada le comunicó, que había estado muy bien, que había descansado mejor y la angustia se había disipado, por lo cual Mora finalizó allí, comprobando que los efectos aún se mantenían (Hensley, 2010; Shapiro, 2004).

Finalmente se indagó en la entrevista de Ada, acerca de su experiencia en la sesión de EMDR, manifestó *“salió todo muy bien, yo había estado muy mal ese día, pero cuando salí de la sesión, sentí que era otra persona. Fue impactante lo que pasó porque yo me calmé, me liberé, me alivié de una imagen que pesaba”, “me sentí condenada toda mi vida, era una presa, sentía miedo, todo me amenazaba, muchos años hice otras terapia, buscaba salir, solo puedo decir que al fin puedo mirar mi vida, todo es un aprendizaje, ingreso luz que uso de guía”*.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se planteó como objetivo central indagar sobre el abordaje terapéutico con el cual se intervino en Ada, paciente adulta de 72 años, quien al momento de su admisión en el centro de psicoterapias presentaba sintomatología

compatible con TEPT, el que mantenía relación con haber sido víctima de ASI intrafamiliar por un período prolongado, como así también otros traumas posteriores.

De dicho planteo se desprendieron tres objetivos a partir de los cuales, se ha indagado y descripto en primer lugar sobre el motivo de consulta planteado por ésta y la sintomatología que presentaba compatible con TEPT a inicios de su tratamiento terapéutico. Luego se describieron dos tipos de intervenciones realizadas en dicho proceso, ambos a cargo de Mora su terapeuta, incluyen estos en primer lugar las intervenciones centrales, basadas en el modelo TCC y en segundo lugar la intervención a partir del modelo EMDR.

Para recabar la información necesaria a fin de responder a dichos objetivos se contó con tres fuentes principales, la historia clínica, entrevistas semi-estructuradas realizadas tanto a Ada (la paciente) como a Mora (la terapeuta) y la observación no participante dentro del espacio de supervisión del centro de psicoterapias, donde se tomó contacto por primera vez con el caso clínico.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos, se considera que han sido alcanzados. Para ello se ha profundizado sobre los conceptos teóricos relacionados a estos, como ser el trauma, el TEPT, el ASI, la TCC, sus técnicas de intervención y el modelo EMDR y su aplicación. Basado en dicho sustento teórico este trabajo ha podido responder a lo planteado, aportar a comprender lo observado en los relatos y conductas de la paciente, como formas de expresión de la sintomatología del trastorno, comprender las bases teóricas de las prácticas destinadas a intervenir en el proceso terapéutico y finalmente se logró la integración entre dicha praxis, teoría y las manifestaciones de sintomatología del TEPT.

A partir del desarrollo del primer objetivo específico, se describió el motivo de consulta de Ada y la sintomatología que presentaba, la cual cumplía con los criterios diagnósticos del DSM 5 correspondientes al TEPT, utilizado como lineamiento para este desarrollo (APA, 2014). En el relato se pudieron identificar el factor etiológico y traumatogénico principal, el ASI, como así mismo las secuelas de este que afectaron a Ada a través de su desarrollo vital y en diferentes esferas de ésta. Por otra parte se concluye, que se trataría en el caso de Ada de un TEPT complejo, consecuencia de la asociación de múltiples traumas posteriores al ASI y por su cronicidad evidente. El mismo ha favorecido las características de personalidad, cognitivas, emocionales y conductuales, conformadas desde temprana edad. El ASI sin duda, tuvo lugar a partir de la presencia de múltiples factores que favorecieron que suceda, en el seno de una

infancia carente de afecto y de maltrato. Sus consecuencias por otra parte tuvieron posibilidad de desarrollarse y sostenerse, por la falta de una red de apoyo y la carencia de atención oportuna, en distintas etapas del ciclo vital de Ada.

En cuanto al segundo objetivo, centrado en describir las intervenciones desde el modelo cognitivo-conductual, se concluye que la manifestación de los cambios observados a partir de las intervenciones que la TCC propone, sustentan las investigaciones sobre su efectividad en TEPT, mencionadas en este trabajo a partir de los estudios realizados por Baguena (2001) y Bisson et al. (2013). En tanto al fundamento de las intervenciones implementadas, basados en los postulados teóricos de Beck (2010), planteando los problemas de Ada en términos cognitivos, se ha observado que estas han permitido dentro del marco estructurado de la TCC, a partir de la participación activa y la sólida alianza terapéutica establecida entre Ada y Mora, el alcance de los objetivos planteados desde el inicio. Los mismos centrados en que este proceso resultará psicoeducativo, en recomponer el nivel de actividad abandonado, trabajar sobre deficiencias en las relaciones interpersonales, la falta de recursos de afrontamiento y asertividad en la resolución de problemas de la paciente y finalmente objetivos centrados en sus emociones negativas, ansiedad, sentimientos de culpa y baja autoestima.

Las técnicas de intervención han permitido centralmente la reestructuración cognitiva de Ada y la congruente modificación de conductas disfuncionales, favoreciendo así el ajuste a la realidad de los hechos.

El uso de las técnicas, tal como indicó Beck, (2000) se ajustaron a las habilidades y posibilidades de la paciente. Fueron para ello esenciales sus recursos literarios, interés por aprendizajes nuevos y capacidad de investigar. Finalmente técnicas conductuales, le facilitaron gradualmente restituir su actividad a la normalidad. Indicio del aumento de la tolerancia al riesgo, a la incertidumbre y eliminación de las estrategias cognitivas desadaptativas (Beck & Clark, 2012). En ello se concluye que el aporte de la TCC ha sido fundamental, brindándole a Ada herramientas que paulatinamente permitieron observar la reducción de la sintomatología del TEPT y la elaboración cognitiva y emocional de sus traumas.

La inclusión del *Mindfulness*, durante la TCC, si bien fue oportunamente explicado y existe hoy una tendencia a su inclusión y asociación en distintos procesos terapéuticos, tal como en el marco teórico se expuso. Dado lo observado, no han quedado claras las diferencias substanciales que pudiera tener con respecto a

implementar otras intervenciones propias de la TCC, destinadas a lograr las metas que la terapeuta fundamenta para su uso.

En el tercer objetivo alcanzado, se describió la intervención a partir del modelo EMDR. Esta intervención fue oportunamente fundamentada por la terapeuta, en la intensificación de ciertos síntomas. Se consideró además, a estas alteraciones como la imposibilidad en reprocesar componentes del trauma, que se hallarían fragmentados y descontextualizados, impidiendo la integración y resolución de las experiencias de trauma (Shapiro, 2004; Van der Kolk, 2000).

A partir de los datos recolectados sobre la intervención con EMDR, pudo constatar que se aplicó el tratamiento convencional de 8 fases y se utilizó como método de estimulación bilateral el *tapping* en las palmas de sus manos. Se observó, que Ada logró comprender el procedimiento y sus implicaciones, seleccionó el lugar seguro, para utilizar este en visualizaciones ante posibles perturbaciones, como también seleccionó el blanco que la perturbaba profundamente. Tras evaluar los componentes asociados al mismo con las escalas USP y EVC, detectar emociones y malestares corporales asociados, se prosiguió a la fase de desensibilización propiamente dicha, la que resultó efectiva, pudiendo Ada así, reprocesar el material fragmentado. La situación se tornó más distante y menos vivida para ésta, disipándose el malestar asociado y logrando el reprocesamiento. Las fases posteriores permitieron instalar su creencia positiva a futuro, disipar molestias corporales y finalmente se restableció el equilibrio emocional de Ada.

Los cambios sostenidos en el tiempo, han permitido a Ada transformar los recuerdos del trauma en una narración coherente de su experiencia, tal como Van der Kolk, (2007) señala. Refiriéndose ésta a ello, como alivio, liberación, sin sentimientos de amenaza y miedo, hallándose en la posibilidad de mirar su propia vida como un aprendizaje. Lo que es congruente a una visión más positiva de los hechos y la posibilidad del cambio de sus conductas.

Los efectos de la EMDR observados en Ada, se sustentan en las investigaciones que demuestran su efectividad y que la han puesto en la actualidad en un lugar de expansión, en relación no solo a su eficacia, sino además por los cortos tiempos que está ha demostrado en lograr cambios, como en el caso de Ada una única sesión efectiva.

A partir de este modelo se han desprendido ciertos interrogantes a la tesista, los que versan sobre esta rápida expansión. Un modelo que se inicia en un descubrimiento azaroso, que se replica en sus inicios con cierta informalidad, que si bien las

investigaciones posteriores y el material teórico que en el desarrollo de este trabajo se menciona avalan su efectividad, en éste puede observarse que se parten desde distintas hipótesis, como ser: los aspectos neurobiológicos, aspectos biológicos, movimientos oculares que reproducen el posible efecto de la Fase REM del sueño en el proceso de aprendizaje y mecanismos como el AIP, que representaría definitivamente un conjunto de hipótesis, pero pocas certezas en cuanto a por qué la desensibilización sucede y el reprocesamiento se lleva a cabo o mejor dicho cuál de todos estos procesos permite esto o si todos ellos.

La profundización en la temática ha permitido observar a la tesista, que los datos arrojados sobre la efectividad, se centran en diferentes casos clínicos, en diferentes patologías, incluso dificultosamente se aprecian las diferencias si se tuvieran en cuenta los solapamientos de síntomas. Sin duda esto ha forzado a la producción de diferentes protocolos estandarizados con los que la EMDR cuenta, lo que también ha generado un interrogante, en virtud de pensar una técnica con tantas modificaciones, a la hora de ser instruida y bien aplicada a cada caso, pensando que requiere de una instrucción muy específica, costosa y de tiempo sumamente prolongado. La metodología además no demuestra tener la misma efectividad en todos los trastornos, cuestión que se destaca en la revisión Cochrane realizada por Bisson et al. (2013). Otro punto central que llamó al interrogante, se centra en la calidad de las muestras de muchas investigaciones, las que empíricamente no serían representativas de la población general, como tampoco parecieran definirse claramente las limitaciones de acuerdo a criterios de exclusión o inclusión de los participantes de estas.

Es importante cuestionar más allá de la efectividad del modelo estos puntos y sus ventajas de aplicación, sobre todo al incluirla como primera elección tal como se ha citado, en manuales, guías e instituciones que así lo proponen. Como también sería importante generar líneas de investigaciones que propongan probar dicha efectividad a largo plazo.

En cuanto a los aportes críticos sobre el proceso terapéutico llevado a cabo con Ada, se considera que hubiera sido interesante trabajar sobre la red de apoyo y afectiva de la paciente, sobre lo que no se observó intervenciones, salvo las centradas en problemáticas puntuales con uno de sus hijos y hermano. Ada ha manifestado en su admisión y como motivo de consulta, lo profundamente afectada que se hallaba por la pérdida de sus dos amigas, que indicaría la importancia que la amistad, como lazo afectivo, tiene para ella. La tesista considera que esto no es menor y fortalecer vínculos

fuera del ámbito familiar o su participación en grupos acorde a su problemática, paralelamente interviniendo en fortalecer su relación con sus otros hijos y nietos, permitiría descentralizar las carencias afectivas que percibe de su hijo menor, pero principalmente generar una red de apoyo estable que la contenga. Tal como se ha mencionado en el desarrollo del presente trabajo, factores como la falta de apoyo o red social y relaciones afectivas actuales favorecen, al desarrollo de TEPT e incrementa el aislamiento, las fallas en adaptación social y las relaciones interpersonales (Carvajal, 2002; Echeburúa & Corral, 2009).

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, la tesista considera que hubiera sido de gran aporte tanto la presencia y participación en las entrevistas con la paciente, como la observación de la sesión EMDR. En cuanto a la presencia en las sesiones, está no fue autorizada por la terapeuta quien justificó que la paciente tendría prejuicios en torno de ello, suponía además que afectaría al desarrollo del trabajo terapéutico. Sin embargo, en la entrevista que la tesista tuvo con la paciente, no se la observó prejuiciosa y por el contrario, ésta con muy buena predisposición, aportó detalladamente gran cantidad de datos que fueron esenciales para el desarrollo del presente trabajo. Tanto la presencia, como la participación hubieran sido un aporte substancial para comprender el contexto en que las intervenciones se desarrollaban y se consideraron pertinentes. Esto además hubiera permitido comprender los registros de la HC, los cuales eran en muchos casos ilegibles, demasiados escuetos y desorganizados, lo que requirió investigar sobre ellos para poder ser comprendidos.

En cuanto a la observación de la sesión de EMDR, no fue posible dado que está se había llevado a cabo antes de que la tesista, tomará contacto con el caso. En línea a lo argumentado anteriormente la experiencia directa, hubiese aportada información precisa y detallada, de utilidad fundamental en este modelo novedoso, el cual no se ha abordado ni profundizado en la formación básica profesional, al contrario que la TCC. De todos modos y a pesar de las limitaciones expuestas, el libre acceso a la información de HC, la predisposición de la terapeuta y la paciente en sus entrevistas han permitido el acceso a la información suficiente y esencial, para el desarrollo de los objetivos planteados.

Finalmente se concluye, que el presente trabajo aporta a la comprensión fundamentalmente de las consecuencias de los traumas en relación al abuso infantil, a la sintomatología del TEPT asociado a éste, como a los factores y variables que favorecen su desarrollo. Así mismo aporta los resultados logrados a partir de los modelos y las estrategias que en la actualidad demuestran efectividad en el tratamiento de dichas

problemáticas y la posibilidad de cambios substanciales que permiten restituir la salud mental del paciente, su nivel de actividad y su equilibrio emocional.

La temática del Abuso sexual no es menor, ni actual, sino histórica para el hombre. Esto sin duda empuja a pensar a futuro en la necesidad de implementar políticas públicas enfocadas en la prevención del ASI, que impliquen la formación e información adecuadas de la población general, la formación de docentes y profesionales que permita la detección, la contención de las víctimas, como la rápida intervención a los fines de evitar las profundas secuelas a lo largo del ciclo vital, como se pudo apreciar en Ada

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.
- Ayala M.J.L. & De Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Revista Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Bados, A. (2005). Trastorno de estrés postraumático. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>
- Bados, A. & García Grau, E. (2010). La técnica de la reconstrucción cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Báguena Puigcerver M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479- 492.
- 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.
- Beck, A. & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Mery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: 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.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013) . Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- 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.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Cantón- Cortés, D. & Cortés, M.A. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 552-561.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(2), 20-34.
- De Paúl Ochotorena, J. & Arruabarrena, M. I. (1996). *Manual de protección Infantil*. Barcelona: Masson.
- Ducrocq, F., Vaiva, G., Cottencin, O., Molenda, S. & Bailly, D.(2001). Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. *L'Encéphale*, 27(2), 159-168.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual infantil. *Cuadernos de medicina forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2009).Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, *Manual de psicopatología Vol II* (pp. 137-148). Madrid: Interamericana.
- Echeburúa, E., De corral, P. & Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores, un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.

- Gabalda, I.C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Hensley, B.J. (2010). *Manual básico de EMDR*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Intebi, I.V. (2008). *Abuso sexual infantil: En las mejores familias*. Buenos Aires: Granica.
- Intebi, I.V. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual intrafamiliar*. España: Instituto Cántabro de servicios sociales.
- López, Y. R., Gigato, B. A. A. & Álvarez, I. G. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y trastornos de apego. *Intercancvis*, 35, 25-31.
- Marín, C., Guillén, A.I. & Vergara, S. (2016) Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR) *Clínica y Salud*, 27,101–114.
- Mielnik, M. (2008). Trastorno de estrés postraumático. En P. Solvey & C. Ferrazzano de Solvey, *Terapias de avanzada* (pp. 173-192). Buenos Aires: RV.
- Montt, M. & Hermosilla W. (2001). Trastorno de estrés postraumático en niños. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39(2), 110-120.
- Nezu, A., Nezu, CH.M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: El manual moderno.
- Odgen, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. New York: Descleé de Brouwer.
- Perez-Salé, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Pieschacón Fonrodona, M. (2006). Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica*, 13(1), 67-84.

- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma
- Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211-217.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por Medio de Movimiento Ocular*. México: Pax
- Solvey, P. & Ferrazano, R. (2014). EMDR: un nuevo abordaje terapéutico. *Revista Argentina de Clinica Neuropsiquiatrica*, 19(1), 23-30.
- Van der Kolk, B. A. (2007). Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. *Revista de Toxicomanías*, 51, 3-17.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Van der Kolk, B.A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- Vázquez Dextre, E.R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.