



INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DEBIDO A ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

Sara Escudero Manzanal*, Laura Martín-Javato** y Héctor González Ordi**

*Magister en Inteligencia Emocional e Intervención en Emociones y Salud

**Universidad Complutense de Madrid

COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER DUE TO SEXUAL ABUSE IN THE CHILDHOOD

Sara Escudero Manzanal *, Laura Martín-Javato ** & Héctor González Ordi **

* Magister in Emotional Intelligence and Intervention in Emotions and Health

** Complutense University of Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Sara Escudero Manzanal

C/Doctor Tolosa Latour 17, Esc.2, 3ªA.

28041. Madrid, España.

s.escuderomanzanal@gmail.com

Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia

El abuso sexual infantil (ASI) es un fenómeno frecuente y tradicionalmente oculto. La tasa de prevalencia en población general de diversos países es de un 7,4% en niños y un 19,2% en niñas, según el meta-análisis de Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009). Existe una relación estrecha entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales, como el trastorno de estrés postraumático, la sintomatología ansioso-depresiva o las alteraciones de la conducta alimentaria. En el presente artículo mostramos el estudio de un caso clínico de una mujer de 21 años, estudiante universitaria, con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático 309.81 (F43.10) según el DSM-5 (APA 2013), debido a abusos sexuales en la infancia, desde una aproximación cognitivo-conductual. Resultan claves en la intervención las técnicas de modificación de conducta centradas en la terapia sexual que permitieron reducir la sintomatología ansioso-depresiva y frenar el embotamiento afectivo en el presente de la paciente. Tras el tratamiento se logran los principales objetivos terapéuticos propuestos.

Palabras clave: abusos sexuales en la infancia, trastorno de estrés postraumático, tratamiento cognitivo-conductual, caso clínico.

Cognitive-behavioral intervention in a case of post-traumatic stress disorder due to sexual abuse in the childhood

Child sexual abuse (CSA) is a prevalent and traditionally hidden phenomenon. The prevalence rate in the general population of various countries is 7.4% in boys and 19.2% in girls, according to the meta-analysis of Pereda, Guilera, Forns and Gómez-Benito (2009). There is a close relationship between CSA and the appearance of emotional alterations, such as posttraumatic stress disorder, anxiety-depressive symptoms or altered eating behavior. In this article we present the study of a clinical case of a 21-year-old female, university student, diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder 309.81 (F43.10) according to DSM-5 (APA 2013), due to sexual abuse in the Childhood, from a cognitive-behavioral approach. The behavioral modification techniques focused on sexual therapy are fundamental to reduce the anxiety-depressive symptomatology and to curb the affective blunting in the present of the patient. After the treatment the main therapeutic objectives are achieved.

Key words: sexual abuse in childhood, post-traumatic stress disorder, cognitive-behavioral treatment, clinical case.

Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil (ASI) se ha considerado uno de los problemas más serios de la sociedad para niños y adolescentes (MacMillan, 1998). Diversas investigaciones muestran que el abuso infantil es una constante histórica que ocurre en todas las culturas y sociedades y en cualquier nivel social (Walker, Bonner, & Kaufman, 1988). El ASI es un problema complejo y universal, donde entran en juego factores individuales, familiares, sociales y culturales (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fleming, Mullen, & Bammer, 1997). Se trata de un fenómeno frecuente y tradicionalmente oculto. Es una forma común de maltrato que interfiere con el desarrollo de la víctima y tiene efectos significativos y duraderos para el bienestar físico y psicológico tanto a corto (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Kendall-Tackett, Meyer, & Finkelhor, 1993) como a largo plazo (Beitchman et al., 1992; Flitter, Elhai, & Gold, 2003; Jumper, 1995).

Existe un creciente reconocimiento de que numerosos pacientes de atención primaria tienen antecedentes de abuso. La prevalencia de las tasas de abuso sexual en la población es de 4% a 21,4% en adultos y de 3% a 33,2% en los niños (Chen et al., 2010). La tasa de prevalencia de ASI en población general de diversos países es de un 7,4% en niños y un 19,2% en niñas, según el meta-análisis de Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009). La hoja de datos de la Organización Mundial de la Salud de 2016 sobre la violencia contra la mujer indica que el 20% de las mujeres en todo el mundo son víctimas de ASI. En vista de las tasas de prevalencia reportadas en los estudios revisados se puede inferir que la mayoría de las víctimas de ASI son mujeres, no obstante, no debe pasarse por alto el importante porcentaje de víctimas masculinas (Dhaliwal et al., 1996). La proporción para la prevalencia del abuso es generalmente alrededor de un hombre por cada tres mujeres (Finkelhor, 1994), lo cual es consistente con los hallazgos de Pereda et al. (2009), donde la proporción fue de 2,5 mujeres por cada varón víctima de abuso sexual.

Analizadas las prevalencias, resulta necesario destacar la estrecha relación entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales en la juventud y en la vida adulta. El ASI, y en particular la exposición a ASI severa, se asocia con un aumento del riesgo de trastorno psiquiátrico a los 18 años (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996). Las víctimas de ASI pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2,4 veces mayor que las personas no expuestas (Fergusson et al., 2008). La frecuencia, duración y gravedad del abuso, la relación con el agresor y la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso determina el impacto psicológico de éste (Briere y Elliott, 2003; Katz y Watkins, 1998). Cuando el agresor ha sido un miembro de la familia y/o se ha producido un abuso sexual con penetración, aumentan los efectos negativos de la victimización a largo plazo (Sarasua et al., 2013). De igual forma se debe tener presente el papel de los factores amortiguadores como las relaciones familiares cohesionadas, el apoyo social o la autoestima positiva en la reducción del impacto psicológico.

Un número creciente de revisiones (Fergusson y Mullen, 1999, Finkelhor, 1990; Finkelhor & Hashima, 2001; Holmes y Slap, 1998; Kendall - Tackett, Williams, y Finkelhor, 1993; Putnam, 2003) han concluido que la exposición a ASI se asocia con un aumento de las tasas de trastorno mental y problemas de adaptación incluyendo: depresión, ansiedad, conductas antisociales, consumo de sustancias, suicidio y otros problemas y trastornos psiquiátricos (Ferguson et al., 2008). Según Chen et al. (2010), distintas revisiones destacan una asociación entre el abuso sexual y la depresión, la ansiedad, los trastornos de estrés postraumático (TEPT), trastornos alimenticios, trastornos del sueño e intentos de suicidio, independientemente del sexo del superviviente del abuso o de la edad en que ocurrió el suceso. Cabe destacar también la aparición de trastornos de la personalidad como el límite y antisocial, fundamentalmente. Brewerton (2007) resume que ASI es un factor de riesgo significativo, aunque no específico, para los trastornos de alimentación. La prevalencia de TEPT en pacientes con trastornos alimentarios es de aproximadamente 24,3%, lo que confirma la comorbilidad entre ambos trastornos (Tagay et al., 2014).

Además, otros estudios informan de tasas más altas de desajuste sexual y problemas relacionados en aquellos expuestos a ASI (DiLillo, 2001; Leonard & Follette, 2002; Loeb et al., 2002; Rumstein-McKean y Hunsley, 2001). En esta línea, Kinzler, Traweger, & Biebl (1995), utilizando una muestra de mujeres de entre 18 y 30 años, encontraron que aquellas abusadas sexualmente en más de una ocasión durante la infancia tuvieron una probabilidad mayor de reportar disfunción sexual como adultos.

Los supervivientes del ASI se enfrentan también a un espectro desafiante de factores físicos y problemas de salud, con un mayor uso de la atención médica y mayores gastos médicos. Se ha encontrado una asociación entre una historia de abuso y varios trastornos somáticos, incluyendo trastornos gastrointestinales, dolor pélvico crónico, convulsiones y dolor crónico inespecífico (Paras et al., 2009). En un estudio de Meltzer-Brody et al. (2007), se demuestra que el TEPT tiene un papel crítico en la presentación y el curso de la enfermedad en mujeres con dolor pélvico crónico: se obtuvo que casi el 50% de las mujeres con dolor pélvico crónico informaron de antecedentes de abuso sexual o físico, y, aproximadamente, una de cada tres mujeres con dolor pélvico también tuvo una prueba positiva de TEPT. Además, se encontró que más trauma se asoció con un estado de salud significativamente peor, incluyendo peor funcionamiento físico diario debido a la mala salud, más disfunción debido al dolor, más síntomas médicos, más cirugías de por vida, y más días pasados en la cama.

Ashby & Kaul, (2016) ponen el énfasis en que los eventos traumáticos pueden causar dolor físico real y los cambios que ocurren en el cerebro como resultado del TEPT pueden conducir a mayor reactividad y sensibilidad al dolor. El TEPT está, además, fuertemente correlacionado con la depresión, que a menudo implica dolor como síntoma. Los pacientes con TEPT tras el abuso sexual tienen más quejas ginecológicas, participan en comportamientos sexuales de mayor riesgo y, dado que se colocan en situaciones de alto riesgo, tienen mayor probabilidad de ser victimizados de nuevo. Tal como recuerda Tagay et al. (2014), la retraumatización se asocia con una sintomatología severa postraumática y, podría aumentar la vulnerabilidad para el inicio del TEPT (Follette et al., 1996, Green et al., 2000). Sin embargo, además de la re-experimentación de traumas múltiples como predictor del TEPT, la naturaleza del trauma, específicamente aquellos que son interpersonales, aumenta el riesgo de psicopatología posterior (Green et al., 2000). Conoscenti & McNally (2006), reflexionan sobre significado de la agresión sexual a la hora de tener profundas consecuencias emocionales: casi un tercio de los adultos que

recordaron episodios tempranos de ASI, tras años de no haber pensado en ellos, desarrollaron TEPT (Clancy & McNally, 2005).

A continuación, presentamos el proceso de evaluación e intervención terapéutica de una paciente con diagnóstico de TEPT debido a abusos sexuales en la infancia siguiendo las directrices de una aproximación cognitivo-conductual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación de la paciente

Analizamos el caso de M., mujer española de 21 años de edad en el momento en que acude a consulta, soltera, reside sola en un piso en Madrid desde hace 3 años, cursando estudios universitarios. Hija de padres divorciados, con una hermana de 23 años de edad.

La paciente acude a consulta refiriendo sentimientos de tristeza y soledad tras una ruptura sentimental, llanto frecuente, baja autoestima, inseguridad a la hora de relacionarse con varones por los que se sintiera atraída y en la interacción social en general. Presenta también desmotivación, y problemas de concentración, lo que le lleva a preocuparse acerca del rendimiento en sus exámenes. Durante la entrevista refiere historia de dificultades sexuales con distintas parejas a lo largo del tiempo. Avanzado el proceso de tratamiento (en la décima sesión), la paciente revela el problema que mayor malestar e incapacitación emocional le generaba: ser víctima de abusos sexuales en la infancia dentro del seno familiar.

Historia del problema

El entorno familiar de la paciente se caracteriza por situaciones de violencia de género entre sus padres, presenciando violencia psicológica, amenazas, gritos, insultos y maltrato animal. Refiere tener pesadillas relacionadas con estas situaciones hasta los 17 años, cuando deja de ir a casa del padre con la misma frecuencia, pasando a tener una relación únicamente telefónica con su padre, cada 3 meses, por cuestiones de manutención.

Refiere que entre los 3 y los 5 años de edad sufre abusos sexuales por parte de su padre, quien abusó previamente de tres familiares menores más. Tiene recuerdos difusos de abusos en la ducha, a la hora del baño, que incluyen la penetración manual. La figura del padre como agresor, con continuas amenazas, e infiel a la madre, quien contrajo una enfermedad de transmisión sexual a consecuencia de ello, será clave para un aprendizaje de desconfianza por parte de la paciente sobre sus parejas subsecuentes. El estilo de relación que desarrolla con sus parejas se caracteriza por una marcada suspicacia y no respetar el ámbito privado de la pareja (querer saber todo de su vida pasada y saber todo lo que hace en el presente, intentos por conocer más del otro a través de terceras personas), no creer ni confiar en nada de lo que dice que hace, creencia en que todos los hombres la verán exclusivamente como un objeto sexual, no disfrutar de las relaciones sexuales y rehuirlas por asco y miedo al contagio de algún tipo de enfermedad, sentirse engañada, humillada y menospreciada continuamente por la otra persona, falta de comunicación adecuada en la pareja, etc.

A los 7 años se divorcian sus padres, su madre es diagnosticada de depresión y ella se encarga de cuidarla, fomentando una relación de dependencia (dormían juntas, le

acompañaba a reuniones de divorciados, hacía las cosas de la casa junto a su hermana, etc.), mientras la relación con el padre se limita a contacto cada 15-20 días. En ese momento siguen las amenazas hacia su madre y hacia ella (“como te vea con otro hombre estrello el camión en casa”, “como entre un hombre en esta casa te rajo de arriba abajo”, “si no haces lo que te digo te doy una hostia”) y las discusiones por motivos económicos.

Con 9 años es conocedora de los abusos sexuales a sus familiares, momento en el que adquiere conciencia de lo que realmente significaba aquello, pero no revela su situación a nadie.

Desde los 13 hasta los 15 años tuvo problemas alimentarios por los que dejaba de comer o comía muy poco con el consiguiente atracón posterior. Entonces dice que se veía “gordita” y creía que no se fijarían los chicos en ella. El problema remitió espontáneamente.

A los 20 años tiene una ruptura sentimental tras 6 años de relación, donde tenía un patrón variable entre desconfianza y dependencia, con problemas de comunicación entre ambos y con gran temor a que se repitiera en su pareja la conducta del padre. Las relaciones sexuales en la pareja sólo ocurrían si ella estaba desinhibida por el alcohol, y tras ellas se sentía “sucía”, mal consigo misma y no quería que la tocara.

Tras terminar su última relación sentimental de dos meses de duración, es cuando decide acudir a consulta por sentirse baja de ánimo.

Anteriormente, ha recibido en dos ocasiones atención psicológica. A los 7 años, tras el divorcio de sus padres (4 meses de terapia). La segunda vez, con 13 años, por un duelo tras la muerte de un familiar (5 meses).

Sus relaciones sexuales han sido siempre displacenteras, salvo una única ocasión con su última pareja, presenta ideas negativas hacia el sexo y el placer sexual aprendidas de su madre y hermana (como “hay que esperar un tiempo hasta poder intimar con un chico”, etc.) e ideas rígidas de desconfianza hacia los hombres (tales como que le tratan como un objeto sexual o sólo quieren usarla para mantener relaciones sexuales con ella, no saben valorarla, nunca podrá confiar en el padre de sus hijos, etc.), también se siente culpable por no haber denunciado a su padre. Únicamente ha hablado de los abusos sexuales con su expareja de 6 años de duración quien no le creyó hasta después de la ruptura. En Madrid, sólo se relaciona con algún compañero de clase y cada 3 meses con un par de amigas del ciclo formativo que hizo, pues su grupo de amigas están en su ciudad natal a la que acude cada fin de semana. Teme no poder finalizar sus estudios y recibir beca, al no estar concentrada y motivada. No tiene confianza en sí misma y se infravalora. Tiende a suprimir emociones como estrategia de afrontamiento, siendo reservada y ocultando lo que siente para no preocupar a los demás.

Evaluación

La evaluación estuvo encaminada fundamentalmente a aquellas conductas problema que la paciente presentaba en la actualidad de cara a la elaboración de un modelo explicativo y un plan de intervención con objetivos terapéuticos concretos, planteando el abordaje de los mismos con aquellas técnicas que se muestran más eficaces desde un punto de vista científico. La principal técnica empleada en el proceso de evaluación fue la entrevista clínica y el Cuestionario Multimodal (Lazarus, A.A., 1981; Modificado por González

Ordi, H.). Para tener una medida pre y postratamiento se administraron los siguientes instrumentos de evaluación:

– *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-* (Miguel Tobal, J.J., y Cano Vindel, A., 2007). Evalúa la frecuencia de respuestas de ansiedad en el triple sistema de respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) y en diferentes áreas situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones de la vida cotidiana). Está basado en el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler y en el modelo tridimensional de Lang. Presenta un formato “situación-respuesta” y está formado por 224 ítems, resultado de la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas acordes con los sistemas cognitivo, fisiológico y motor. Además, incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona evaluada.

Las puntuaciones obtenidas por la paciente muestran un nivel en el rasgo de ansiedad correspondiente a un centil 80. Al tratarse de puntuaciones centiles, a partir de un centil 75 sería aconsejable intervenir pues se consideraría que hay dificultades. A nivel cognitivo presenta un nivel de ansiedad severo (centil 90), destacando anticipaciones, pensamientos distorsionados así como dificultad en la toma de decisiones cotidianas. A nivel fisiológico presenta un centil 80, descendiendo sus puntuaciones en el componente motor de la ansiedad con un centil 55. En cuanto a las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa este instrumento se presentan las siguientes puntuaciones: en F-I o ansiedad de evaluación la paciente presenta un nivel de ansiedad severa (centil 80); en F-II o ansiedad interpersonal se obtiene un centil 70 de ansiedad moderada; en F-III o ansiedad fóbica se obtiene un centil 95, ansiedad severa; y por último, en el factor F-IV correspondiente a la ansiedad experimentada por una persona ante situaciones de la vida cotidiana se obtiene un centil de 85, lo que equivale a la presencia de un nivel de ansiedad severo.

PRE	Cognitiva	Fisiológica	Motora	Total	FI	FII	FIII	FIV
P.CENTIL	90	80	55	80	60	70	95	85

– *Cuestionario tridimensional para la depresión -CTD-* (Jiménez García, G.I., y Miguel Tobal, J.J., 2003). Instrumento de medida construido bajo el modelo teórico de los Tres Sistemas de Respuesta. Tiene 34 ítem breves de los cuales, 10 pertenecen a la escala cognitiva, 10 a la fisiológica, 7 a la motora y 7 a la de tendencia suicida. Además, permite obtener una puntuación total.

La paciente muestra puntuaciones elevadas en todas las escalas, salvo en escala motora (centil 40), sugiriendo estados depresivos en respuesta cognitiva (centil 99) y fisiológica (centil 80), así como en tendencia suicida (centil 85) escala en la que se descartó una verdadera ideación. La puntuación total del test corresponde a un centil 90 indicativo de depresión severa.

PRE	C	F	M	T.S.	CTD
P.CENTIL	99	80	40	85	90

– *Inventario de solución y afrontamiento de problemas -ISAP-* (Miguel Tobal, J.J., y Casado Morales, M.I., 1992). Se basa en el modelo teórico de resolución de

problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971) y evaluar la capacidad para afrontar y solucionar problemas de la vida cotidiana, así como la forma en que lo hacen. Consta de 25 ítems y 3 factores: el factor I (“Confianza-Inseguridad en sí mismo”), es un factor bipolar definido por 12 ítems; el factor II (“Reflexividad-Impulsividad”) es también un factor de carácter bipolar y viene definido por 6 ítems; y el factor III (“Estrategias de resolución de problemas”), de carácter unipolar y definido por 7 ítems. Así mismo, se obtiene una puntuación Total ‘T’ suma directa de las puntuaciones de los tres factores anteriormente descritos.

La puntuación total de la paciente en el test es de 62 coincidiendo con la media de población normal en cuanto a capacidad para resolver problemas. En este test, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejores son los resultados. En *FI “Confianza-Inseguridad”* ha obtenido 23, siendo la media 25,5, encontrándose en niveles medios de confianza a la hora de resolver problemas personales. En *F-II “Reflexividad-Impulsividad”* ha obtenido una puntuación de 17 siendo la media 17,80, que refleja un patrón medio entre reflexividad e impulsividad. En *F-III “Estrategias de resolución”* ha obtenido una puntuación de 22 siendo la media de 18,7, luego sus estrategias de resolución de problemas están ligeramente por encima de la media en búsqueda de información, evaluación de errores, análisis de las condiciones, búsqueda de alternativas, etc.

PRE	FI	FII	FIII	TOTAL
P.DIRECTA	23	17	22	62
MEDIA POBLACIONAL	25,5	17,8	18,7	62

– *Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina –FSFI-* (Roosen et al., 2000). Tiene como objetivo la evaluación del funcionamiento sexual de las mujeres. Consta de 19 ítems que valoran estas 6 dimensiones: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Se obtiene también una puntuación total del test.

Las puntuaciones de 0 indican que no ha habido actividad sexual (a mayores puntuaciones mejores resultados). En la tabla, aparecen las puntuaciones directas obtenidas por la paciente y el rango de puntuaciones que se puede obtener en cada una de las escalas. A su vez, las bajas puntuaciones en deseo, excitación, orgasmo y satisfacción indican un marcado deterioro funcional en la paciente. Por su parte, las puntuaciones medias en lubricación reflejan un deterioro moderado. No tiene dolor en sus relaciones sexuales. La puntuación total es baja, indicando un deterioro marcado de la función sexual.

PRE	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
P.D.	4	7	12	7	4	15	49
Mín.- Máx.	2-10	0-20	0-20	0-15	2-15	0-15	4-95

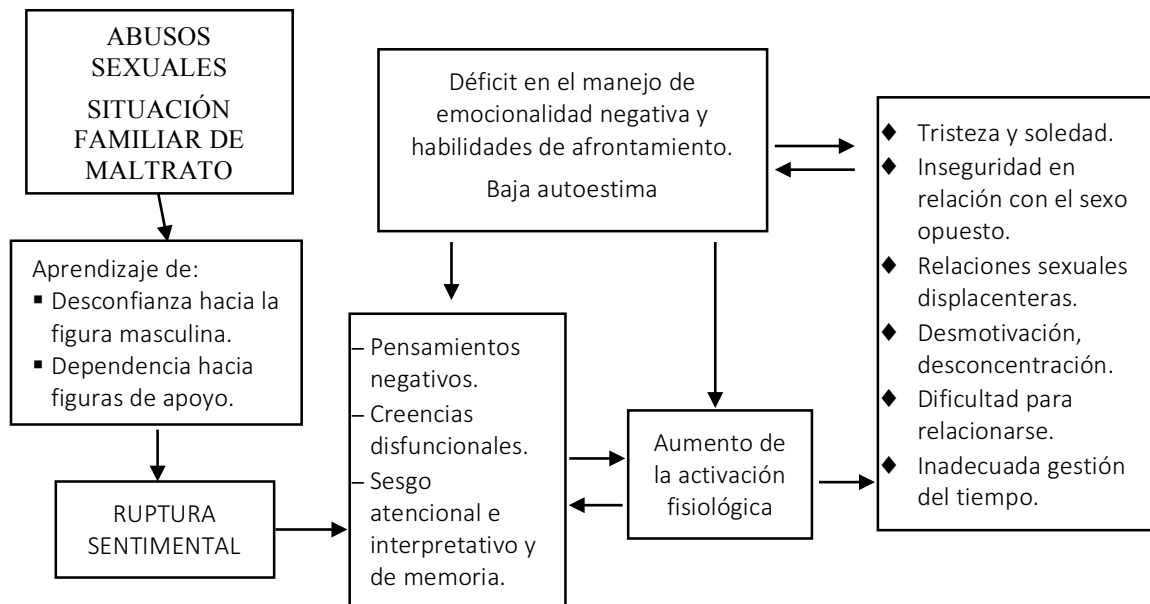
– *Evaluación Global del Estrés Postraumático –EGEP-* (Crespo, M. y Gómez M.M., 2012). Autoinforme en español que permite valorar la sintomatología postraumática y el diagnóstico del TEPT en adultos siguiendo criterios DSM-IV, que era el que estaba disponible cuando se evaluó a la paciente. Actualmente el EGEP tiene una versión adaptada a DSM-5 (EGEP-5, Crespo, Gómez y Soberón, 2017). El EGEP (2012) tiene 64 ítems divididos en 3 secciones. Cuenta con las siguientes características y permite

obtener esta información: historia de acontecimientos traumáticos, gravedad de síntomas postraumáticos evaluados a través de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV-TR (así como síntomas clínicos subjetivos), número de síntomas postraumáticos presentes, diagnóstico de TEPT y especificación del trastorno (si se trata de estrés crónico o agudo y si es de inicio demorado), establecimiento de relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático, validación con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos, y aplicación fácil y breve.

Este cuestionario se administró en la undécima sesión (transcurridos 3 meses de la evaluación inicial), tras conocer que fue víctima de abusos sexuales en la infancia. Los resultados del test llevan a un *diagnóstico clínico de TEPT crónico de inicio demorado* para la situación de abusos sexuales sufridos en la infancia. Cumpliéndose todos los criterios, de: exposición a un acontecimiento traumático, reexperimentación (R), evitación y embotamiento afectivo (E), hiperactivación (H), duración y funcionamiento (F). No presenta síntomas clínicos subjetivos (SCS). Las puntuaciones en reexperimentación y funcionamiento se encuentran en puntuaciones bajas. La paciente obtiene altas puntuaciones en evitación y embotamiento afectivo, y puntuaciones medias-bajas en: hiperactivación, total, síntomas clínicos subjetivos y la total + SCS.

PRE	R	E	H	TOTAL	SCS	TOTAL + SCS	F
P.CENTIL	15	85	30	40	20	35	15

Hipótesis explicativa



Los abusos sexuales en la infancia y la situación familiar de maltrato vividos por la paciente marcaron en ésta un aprendizaje de desconfianza hacia la figura masculina y de dependencia hacia figuras de apoyo como resultan ser en la actualidad su madre y hermana. Este aprendizaje influye y precipita una ruptura sentimental tras 6 años de relación y otra posterior de dos meses de duración, desencadenando pensamientos negativos y creencias disfuncionales en M., así como un sesgo atencional, interpretativo y de memoria sobre los acontecimientos. Los aspectos cognitivos mencionados hacen que

aumente la activación fisiológica y viceversa. Todo este proceso tiene unos consecuentes disfuncionales: tristeza y soledad, inseguridad en relación con el sexo opuesto, relaciones sexuales displacenteras, desmotivación y falta de concentración, dificultades para relacionarse e inadecuada gestión del tiempo. El déficit presentado por la paciente en el manejo de la emocionalidad negativa y las habilidades de afrontamiento de los consecuentes disfuncionales, unido a una baja autoestima, influyen sobre las variables cognitivas y fisiológicas retroalimentando el círculo incapacitante en el que se halla la paciente.

Diagnóstico diferencial

Atendiendo a la información recogida, tanto en la entrevista clínica como en los cuestionarios administrados, se puede determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM- 5 (APA, 2013) de F43.10 Trastorno de estrés postraumático 309.81. No se cumplen criterios para el diagnóstico de ningún otro trastorno en los demás ejes de la clasificación multiaxial.

TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

Objetivos del tratamiento

Como objetivo general se propuso mejorar el estado de ánimo general a través de la reducción y control de la ansiedad y depresión en sus tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como sus conductas evitativas y de seguridad en las relaciones sexuales para que pueda recuperar el control de su vida, eliminando la influencia del trauma y alcanzando con ello unos niveles de funcionamiento integral óptimos. Para alcanzar dicho objetivo general se propusieron los siguientes objetivos específicos:

1. Conocimiento del problema.
2. Incremento de emociones positivas y reducción de estrés.
3. Reducir la hiperactividad psicofisiológica.
4. Identificación y manejo de pensamientos negativos y creencias irracionales.
5. Identificación y reducción de sesgo atencional e interpretativo y de memoria.
6. Disminución intensidad, frecuencia y duración de la rumiación.
7. Aumentar la concentración.
8. Disminución de la distimia y anhedonia.
9. Mejorar la red social y habilidades para relacionarse.
10. Mejora de la autoestima.
11. El centro de la intervención fue dirigida a *mejorar la función sexual y la relación íntima con el sexo opuesto* así como a eliminar la influencia del trauma.

A lo largo de la intervención se administraron diferentes autorregistros para cumplir con los objetivos planteados.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	TÉCNICAS EMPLEADAS
Conocimiento del problema	PSICOEDUCACIÓN.
Incremento de emociones positivas y reducción de estrés. Reducir la actividad del SNP. Mejorar la función sexual y la relación íntima con el sexo opuesto.	RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA Y RELAJACIÓN AUTÓGENA DE SCHULTZ.
Disminución de la distimia y anhedonia.	ACTIVACIÓN CONDUCTUAL Y GESTIÓN DEL TIEMPO.
Disminución intensidad, frecuencia y duración de la rumiación. Aumentar la concentración.	DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO Y AUTOINSTRUCCIONES Y CONTROL ESTIMULAR.
Identificación y manejo de pensamientos negativos y creencias irracionales. Identificación y reducción de sesgo atencional e interpretativo y de memoria.	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
Mejora de la autoestima.	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y MANEJO DEL ESTILO ATRIBUCIONAL.
Mejorar la red social y habilidades para relacionarse.	TÉCNICAS ASERTIVAS Y HHSS.
El centro de la intervención fue dirigida a <i>mejorar la función sexual y la relación íntima con el sexo opuesto</i> así como a eliminar la influencia del trauma.	<p>PSICOEDUCACIÓN</p> <p>DESTRUCCIÓN DE MITOS Y EVOCACIÓN DE FANTASÍAS</p> <p>ENSAYOS CONDUCTUALES EN AUTOEXPLORACIÓN CON ESPEJO</p> <p>EXPOSICIÓN GRADUAL EN IMAGINACIÓN CON MANEJO DE ANSIEDAD</p> <p>EXPOSICIÓN GRADUAL EN VIVO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relajación autógena. 2. Ensayos graduados en autoestimulación sexual gratificante: desde “estimulación genital externa sobre ropa” hasta “estimulación genital con penetración manual”.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento constó de 20 sesiones de intervención incluyendo en las mismas el proceso de evaluación pre y postratamiento y 4 de seguimiento. Las técnicas de modificación conductual aplicadas fueron las siguientes:

1.- Psicoeducación: Consiste en una explicación adaptada al paciente sobre cómo funcionan las emociones, qué es la ansiedad y la depresión, sus formas de manifestarse así como la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; cómo el miedo o la percepción de amenaza provoca un aumento de las respuestas de ansiedad; tríada cognitiva en depresión. Más adelante, por necesidades terapéuticas se explicó a la paciente la anatomía femenina genital, la respuesta sexual y las bases neurobiológicas de la respuesta sexual.

2.- Técnicas de desactivación fisiológica:

- Entrenamiento en respiración abdominal
- Relajación autógena de Schultz (1932)

El objetivo principal es tratar de reducir los niveles de activación fisiológica y dotar al paciente de estrategias de control. Se enseñó a la paciente a respirar de manera diafragmática o abdominal en consulta, insistiéndole en la necesidad de su práctica en casa para automatizar el proceso y conseguir el máximo beneficio. En sesiones posteriores, pese a que la respiración abdominal estaba siendo útil, reservando un tiempo de aproximadamente 15 minutos al final de cada sesión, se pasó a un entrenamiento en relajación autógena en seis fases de las cuales se utilizaron sólo cuatro debido a su mayor relevancia terapéutica para el caso: peso, calor, regulación cardiaca y plexo solar. A través de una serie de ejercicios autosugestivos que conllevan la repetición mental durante breves períodos de tiempo de fórmulas verbales que topografían las distintas respuestas psicofisiológicas, la concentración pasiva y la reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva aferente a través de posturas corporales específicas, la paciente consigue controlar diferentes respuestas psicofisiológicas (tono muscular, vasodilatación periférica, ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, etc.). Una vez finalizada cada sesión se insistió en la importancia de la práctica diaria, entrenando cada fase varios días consecutivos (preferiblemente una semana) antes de pasar a la siguiente.

3.-Activación conductual: Dada la distimia y anhedonia presentadas en la paciente, cuyas características recogen la inacción y falta de actividad, procuramos “activar” a la paciente a través de esta técnica haciendo uso de los principios de aprendizaje y refuerzo para que paulatinamente realizara actividades que le resultasen placenteras, importantes, o que le brindasen una sensación de dominio sobre su vida. De esa forma se rompe el circuito de “tristeza-inacción-tristeza-inacción”. Como elementos de tratamiento usamos: el registro de las actividades cotidianas, la evaluación de las áreas vitales y valores personales, la jerarquización y planificación de actividades seleccionadas y la utilización de los recursos sociales accesibles a la paciente.

4.- Control estimular: Se trata de planificar el medio social y físico en el que se desenvuelve la persona, modificando los aspectos que alterarán la probabilidad de la respuesta controlada. En este caso utilizamos la técnica para el incremento de la conducta de estudio y la concentración. Más adelante se utilizaría para el trabajo en terapia sexual. Algunas de las estrategias empeladas fueron: la eliminación de estímulos haciendo desaparecer estímulos discriminativos que eliciten las conductas que se desean eliminar (sacar la TV del cuarto de estudio, mantener el móvil en otra habitación, etc.), cambiar

los estímulos discriminativos de modo que restrinjamos el número (mirar el móvil sólo en los descansos del estudio), cambiar el medio social para que éste impida la realización de la conducta problema (estudiar en la biblioteca), modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas para reducir la probabilidad de ciertas respuestas (hacer respiraciones y llevar la sensación de calor de la relajación autógena a los genitales para favorecer la respuesta sexual de excitación y lubricación).

5.- Gestión del tiempo: Con idea de organizar y planificar mejor el tiempo de la paciente para mejorar el rendimiento en sus exámenes sin dejar de salir con amigos y tener tiempo para ella, se utilizó esta técnica. Gestionar de manera adecuada el tiempo, supone hacer una ajustada división de tareas y administrarlas de manera ordenada y equitativa, con el fin último de maximizar el rendimiento del trabajo realizado. Es por ello necesario dividir entre objetivos prioritarios o secundarios a fin de establecer un orden que promueva la eficacia y un rendimiento óptimo. Esto supone un beneficio fundamental no sólo en el ámbito laboral sino también en el bienestar psicológico y en la calidad de vida del individuo permitiendo: aprovechar más actividades reforzantes, conseguir un mayor control en el nivel de eficacia y productividad profesional, mantener el equilibrio entre la vida personal, familiar y profesional.

6.- Técnicas cognitivas:

Reestructuración cognitiva: Se enseña la relación existente entre pensamiento-emoción-conducta para aprender a identificar las creencias erróneas o pensamientos disfuncionales negativos y sustituirlos por otros más adaptativos y realistas. El objetivo prioritario radica en la desconfirmación de las creencias irracionales mediante el aumento de la motivación, poner fin a las constantes rumiaciones y dotar de estrategias de afrontamiento. Al finalizar cada sesión se le entregaba a la paciente (como tarea para casa) un autorregistro donde tenía que anotar los pensamientos que presentaba, el error de pensamiento que estaba cometiendo así como los pensamientos alternativos realistas. Se mantuvo durante todo el proceso de cambio cognitivo un diálogo socrático, tratando de que fuera la propia paciente quien se diera cuenta de sus errores de pensamiento y que valorara sus pensamientos como posibles hipótesis a comprobar a través de sus experimentos conductuales.

Manejo del estilo atribucional: La atribución es un proceso cognitivo mediante el cual se explican las situaciones que ocurren. Dependiendo de qué causas se empleen para explicar los eventos, se derivarán diferentes emociones y expectativas de cara a similares situaciones y se movilizarán diferentes recursos para hacer frente a los problemas surgidos. La atribución se puede entender como un estilo, o tendencia relativamente estable a explicar un amplio rango de situaciones, de una forma particular. Con idea de establecer una mejora en la autoestima de la paciente, se realizó un trabajo cognitivo dirigido a flexibilizar su *estilo atribucional negativo*, es decir, la tendencia relativamente estable a explicar las situaciones negativas mediante causas internas (se cree que la causa es algo característico de la persona, no ambiental, por ejemplo, "mi incapacidad", "mi forma de ser"), estables (se estima que la causa se mantendrá en el tiempo) y globales (se considera que la causa afectará a distintas áreas de la vida, no sólo a esa situación).

Técnica de detención del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones: Se le enseñó que en los problemas emocionales aparecen pensamientos automáticos y negativos de manera espontánea que disparan una posible reacción de ansiedad. Consiste en aprender a parar a tiempo cadenas de pensamientos negativos que pueden

desencadenar un episodio no deseado de ansiedad. El procedimiento se le explicó de esta forma: “Vamos a elegir una palabra que tenga un significado especial para ti (p.e., para, stop, basta, se acabó, etc.). En el momento en que aparecen los pensamientos negativos vamos a decirnos la palabra de detención dando una palmada o produciendo cualquier otra estimulación. A medida que vayamos mejorando no hará falta ningún estímulo externo para provocar la detención del pensamiento. Una vez detenido el pensamiento negativo introducimos algún pensamiento alternativo que tenga credibilidad para ti (“vamos”, “ánimo”, “adelante”, “lo voy a conseguir”...)”.

7.-Técnicas asertivas y de HHSS: Puesto que las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal, se hacía relevante trabajarlas en terapia para mejorar sus relaciones interpersonales y con el sexo opuesto, así como para trabajar la relación de dependencia con su madre y su hermana. Se trabajó a través de los estilos de comunicación, la importancia del componente no verbal y técnicas asertivas y habilidades complejas como aprender a decir no, poner límites, hacer y recibir críticas, admitir la ignorancia, convencer a los demás, expresar sentimientos, etc.

8.-Destrucción de mitos y evocación de fantasías: Se trata de cuestionar y deshacer las falsas creencias en relación al sexo, la sexualidad y la figura masculina y femenina en términos de roles, que están interfiriendo y dificultando la práctica sexual natural y las relaciones interpersonales con varones por los que pudiera sentirse atraída. Por su parte, la evocación de fantasías consistió en la generación de un repertorio de fantasías e imágenes mentales en la paciente que favorecieran la experiencia sexual por medio de: centrar la atención e impedir estímulos intrusivos (en forma de pensamientos), y permitir un mejor acceso a la excitación, el deseo, la lubricación y el consecuente orgasmo. Para su generación se buscó en el pasado sexual de la paciente aquellas escenas positivas que funcionaran a modo de estímulo elicitor del deseo, también en escenas de películas que recordara como placenteras, así como en escenas que deseara tener en un futuro con la persona que actualmente le gustaba. Se le propuso la posibilidad de ver películas u otro material de contenido erótico para facilitar la generación de fantasías.

9.- Ensayos conductuales en autoexploración con espejo: Se trata de mejorar el autoconocimiento de los genitales propios, para lo cual se utiliza un espejo y se dejan las manos libres para la autoexploración. Este ejercicio se hace tras tener un conocimiento más extenso de la anatomía femenina y cuando ya se ha trabajado sobre los mitos. Se instruyó a la paciente para que lo hiciera primero únicamente observándose y después de unos días, cuando se sintiera cómoda, se explorara.

10.- Exposición gradual en imaginación con manejo de ansiedad: Dada la naturaleza del caso, quisimos empezar por este paso intermedio antes de la exposición en vivo. Se elabora una jerarquía de autoestimulación sexual gratificante adaptada y consensuada con la paciente en terapia. La exposición se realiza en terapia en imaginación con cada una de las escenas descritas, empezando por una relajación. El ciclo sería el siguiente: relajación (8 minutos)- escena (4 minutos)- relajación (10 minutos). Se trabajaban 2 escenas en sesión que luego se mandaban como tarea para casa. Para el buen desarrollo de la exposición en imaginación, se comprobó previamente la capacidad de imaginar y atender al detalle de la paciente. Se trabajó en una única sesión puesto que la paciente se sentía preparada para abordar la exposición en vivo. La razón por la cual decidimos trabajar con la autoestimulación sexual gratificante se debe a dos factores: en la actualidad la paciente no tenía pareja, y consideramos de especial relevancia el

autoconocimiento, autoexploración y autoestimulación de cara al mantenimiento satisfactorio y gratificante de relaciones sexuales con otras personas.

11.- Exposición gradual en vivo: 1) Relajación autógena. 2) Ensayos graduados en autoestimulación sexual gratificante: desde “estimulación genital externa sobre ropa” hasta “estimulación genital con penetración manual”. Utilizamos la misma jerarquía creada que para imaginación. Y se le dieron una serie de pautas y recordatorios que favorecieran la exposición (necesidad de contar con un tiempo en el que no tuviera prisa y no pudieran interrumpirla; orden, tiempo y modo de acariciarse el cuerpo y los genitales; la no necesidad de llegar al orgasmo, en favor de la importancia de atender y disfrutar del proceso; la elicitación de fantasías; etc.).

La relajación autógena se usó como instrumento de manejo de la ansiedad antes, durante y tras la exposición. La fase de calor de esta relajación, nos sirvió como coayudante para lograr la excitación, lubricación y orgasmo, a través de la focalización de la sensación de calor en los genitales.

A la hora de establecer los ensayos graduados se tuvo en cuenta la línea base de la paciente, es decir, se empezó por aquello que la paciente ya había hecho en algunas ocasiones. Los ensayos graduados fueron: “estimulación genital externa sobre ropa”, “estimulación genital externa directa, sin ropa (2 minutos)”, “estimulación genital externa directa, sin ropa (10 minutos)”, “estimulación genital externa directa, sin ropa (sin tiempo)”, “estimulación genital con penetración manual (10 segundos)”, “estimulación genital con penetración manual (30 segundos)”, “estimulación genital con penetración manual (sin tiempo)”. En todos los ensayos se trató de focalizar la atención en las sensaciones agradables conseguidas en el momento presente, derivadas de la autoestimulación. El objetivo nunca fue alcanzar el orgasmo, sino aprender a disfrutar de las sensaciones derivadas de la autoestimulación sin interferencia del trauma.

12.- Evaluación post-tratamiento y prevención de recaídas. Se llevaron a cabo las mediciones de la evaluación post-tratamiento con los mismos instrumentos administrados al principio del mismo. No obstante, en la undécima sesión, al conocer la noticia de los abusos sexuales, se le administró por primera vez el instrumento EGEP, y se hizo una evaluación intertratamiento de los test ISRA, CTD e ISAP, a fin de tener una medición más exhaustiva de la evolución. El test FSFI no se incluyó en la medición intertratamiento dado que aún no se había empezado a intervenir en esa dirección. A su vez, tras la devolución de información, se trabajó en un módulo de prevención de recaídas, recordando los aspectos trabajados, así como unas pautas de mantenimiento de resultados (continuar con la práctica de las habilidades aprendidas, evitando que éstas caigan en el desuso, recordar la importancia de las variables cognitivas en el desarrollo del problema, enfocar los problemas como otros que se han aprendido a resolver, etc.).

En la tabla 1, se muestra un cuadro resumen del plan de tratamiento establecido, incluyendo las técnicas seleccionadas y su orden de aplicación.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	SESIONES
◆ Evaluación clínica	1 y 2
◆ Devolución de información	3
◆ Psicoeducación	3
◆ Activación conductual	4-5
◆ Control estimular	4-5
◆ Gestión del tiempo	4-5
◆ Entrenamiento en respiración abdominal	4-6
◆ Reestructuración cognitiva	6-8
◆ Detención del pensamiento y autoinstrucciones	
◆ Manejo del estilo atribucional	
◆ Técnicas asertivas y de HHSS	9-10
◆ Entrenamiento en relajación autógena de Schultz	10-13
◆ Psicoeducación	12-13
◆ Destrucción de mitos y evocación de fantasías	13-15
◆ Ensayos conductuales en autoexploración con espejo	13-15
◆ Exposición gradual en imaginación con manejo de ansiedad	16
◆ Exposición gradual en vivo:	17-19
1. Relajación autógena.	
2. Ensayos graduados en autoestimulación sexual gratificante: desde “estimulación genital externa sobre ropa” hasta “estimulación genital con penetración manual”.	
◆ Evaluación postratamiento	19
◆ Devolución de información	20
◆ Seguimiento	3, 6, 12, 20 meses

RESULTADOS

Finalizado el proceso terapéutico, los resultados obtenidos muestran la idoneidad del tratamiento cognitivo-conductual en el abordaje del TEPT.

Presentamos resultados en cuatro momentos distintos (pre, inter y post-tratamiento, así como seguimiento a los 20 meses) para los test ISRA, CTD e ISAP, así como resultados pre-post tratamiento y seguimiento a 20 meses para el test FSFI, y resultados inter-post tratamiento y seguimiento a 20 meses para el test EGEP, puesto que no fue hasta la undécima sesión cuando se conoció la historia de abusos en la paciente.

	PRE	INTER	POST	Seguimiento (20 meses)
TEST	ISRA CTD ISAP FSFI	ISRA CTD ISAP EGEP	ISRA CTD ISAP FSFI EGEP	ISRA CTD ISAP FSFI EGEP

Atendiendo a un análisis cuantitativo de los resultados, observamos una reducción sincrónica en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-, y en todas las áreas situacionales o rasgos específicos que evalúa dicho instrumento (ver gráfico 1). En algunos estudios se ha demostrado cómo los tratamientos enfocados a un trastorno de ansiedad en particular, producen, de manera secundaria, una mejoría clínica en la sintomatología del estado de ánimo y en otros cuadros de ansiedad no abordados de un modo concreto en dicha intervención (Barlow, Allen & Choate, 2004). En cierta medida, más allá de las técnicas aplicadas para superar esta sintomatología depresiva, creemos que este efecto ha tenido lugar en el caso que nos ocupa. La paciente muestra una clara reducción de dicha sintomatología en el Cuestionario Tridimensional para la Depresión –CTD-, donde descienden de forma significativa las respuestas cognitivas y fisiológicas, así como la total y la escala de tendencia suicida, no siendo así para las respuestas motoras que se mantienen en puntuaciones moderadas. Es preciso señalar que la escala de tendencia suicida de este test está marcada por la inflación, es decir, con una puntuación directa de 0 como es este caso, la puntuación centil sería 45 (ver gráfico 2). Por su parte, en el Inventario de solución y afrontamiento de problemas –ISAP-, los resultados se han mantenido en puntuaciones medias para la escala reflexividad-impulsividad y estrategias de solución, habiendo aumentado considerablemente las puntuaciones en confianza (objetivo de tratamiento), y en la total (ver gráfico 3).

Las puntuaciones intertratamiento de estos tres cuestionarios comentados, permiten concluir que, sin abordar la verdadera problemática de una historia de abusos en la infancia y las repercusiones a nivel sexual en el presente de la paciente, la sintomatología ansioso-depresiva no remitía.

En el Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) se produce una mejora destacable en excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y la total; se mantiene sin dolor y aumenta levemente el deseo. No obstante, la paciente refiere que esta baja puntuación se debe a que en el momento de realización del postratamiento no está saliendo con nadie y por ello ha puntuado más bajo (ver gráfico 4). Por último, la Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP) muestra un descenso de todas las escalas, especialmente de la escala de evitación y embotamiento afectivo. Como consecuencia, los nuevos resultados del test no permiten un diagnóstico de TEPT (ver gráfico 5).

Al finalizar el tratamiento, la paciente no presenta sintomatología ansioso-depresiva, ha mejorado sus relaciones sociales, siendo éstas adecuadas, está saliendo más y gestiona mejor su tiempo. Su autoestima ha mejorado, se valora más y tiene más confianza en sí misma y en las relaciones con el sexo opuesto. Está más motivada y concentrada en los estudios. No tiene dificultades sexuales, habiendo conseguido excitarse, lubricar y alcanzar el orgasmo, permitiendo eliminar la influencia del trauma en el presente de la paciente. Está consiguiendo tener un patrón de comportamiento más equilibrado entre la dependencia y la desconfianza.

Tras las pertinentes sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, la paciente se mantiene asintomática, refiriendo un alto nivel de satisfacción con los resultados obtenidos, mejorando el nivel de actividad y los recursos previos a la aparición de las dificultades. A su vez, refiere, que su autoestima y seguridad en sí misma también han ido mejorando al cambiar de un estilo dependiente a uno independiente tomando las responsabilidades de su vida y rechazando tomarse como suyas las responsabilidades de

los demás. También ha influido en ello el cambiar a un estilo de afrontamiento de los problemas diarios basado en la identificación y la solución de los mismos.

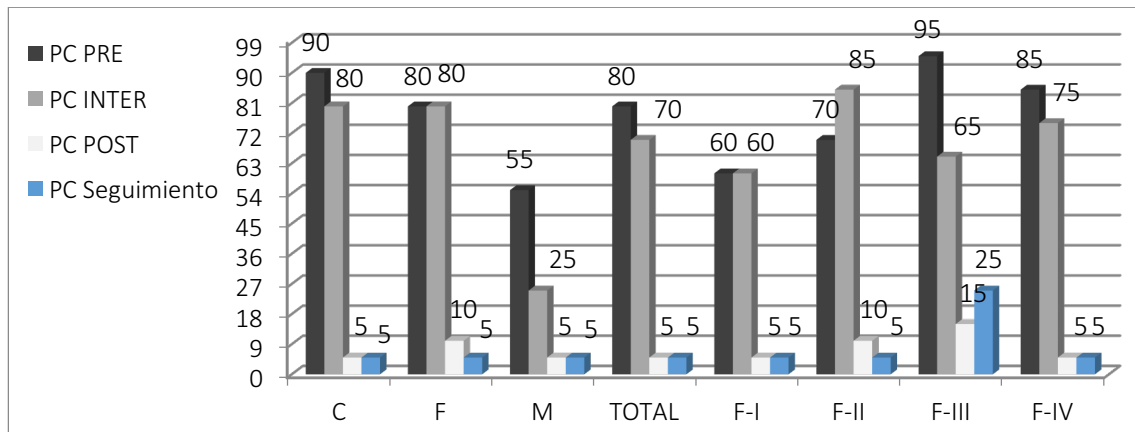


Figura 1. Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA) (Miguel Tobal, J.J.; Cano Vindel, A., 2007)

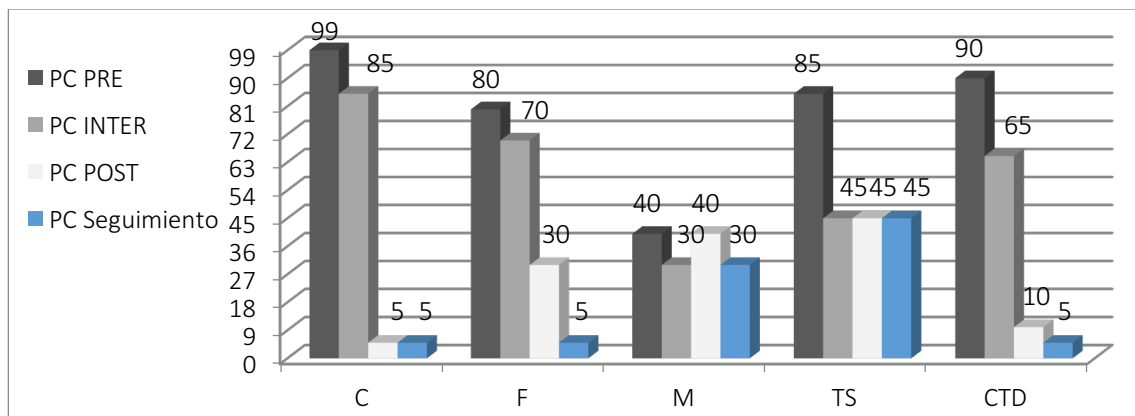


Figura 2. Cuestionario tridimensional para la depresión (CTD) (Jiménez García, G.I., Miguel Tobal, J.J., 2003)

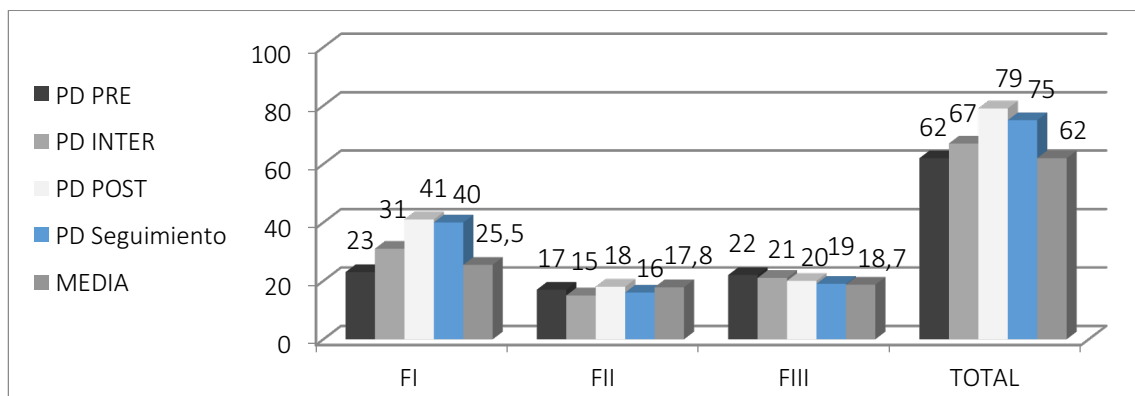


Figura 3. Inventario de solución y afrontamiento de problemas (ISAP) (Miguel Tobal, J.J.; Casado Morales, M.I., 1992)

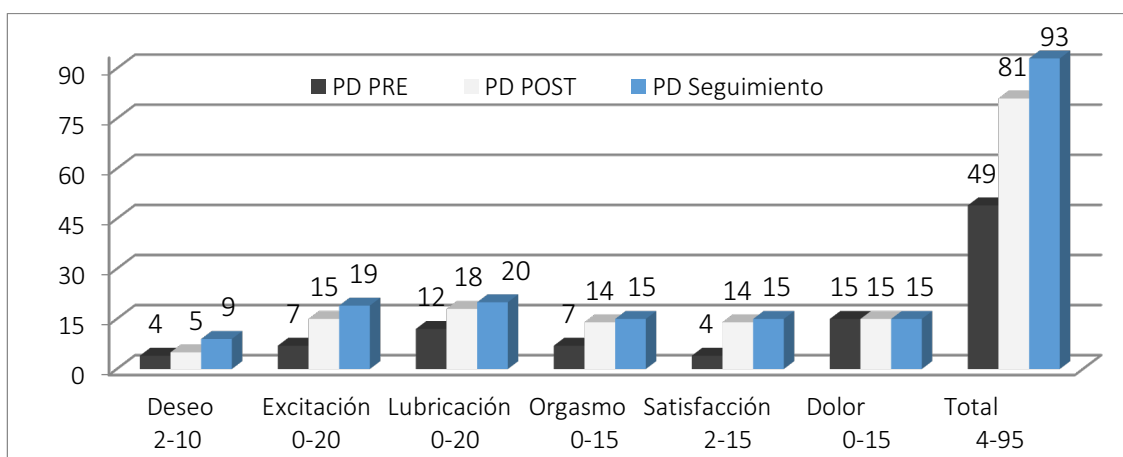


Figura 4. Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) (Roosen et al., 2000)

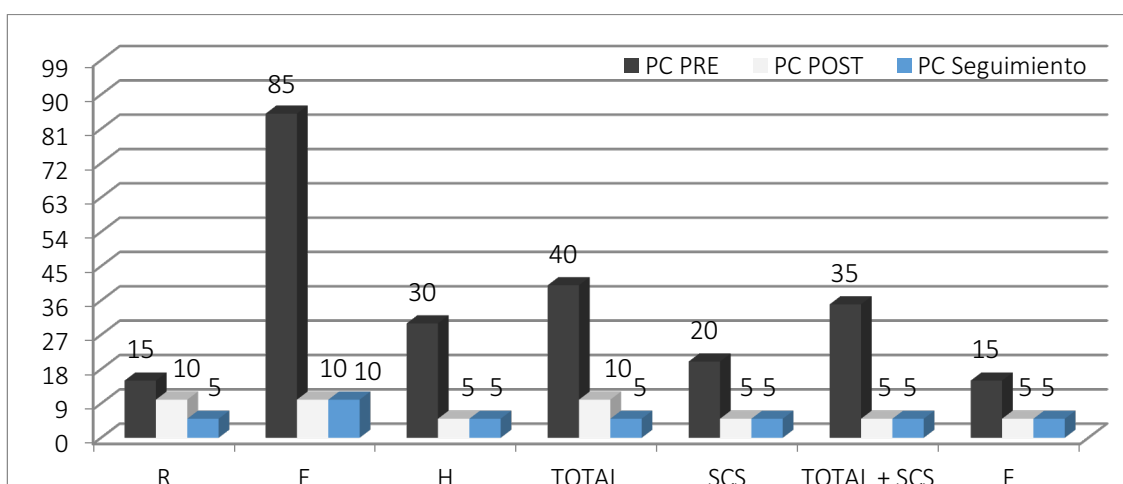


Figura 5. Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP) (Crespo, M. y Gómez M.M., 2012)

SEGUIMIENTO A 20 MESES

Se realizó una sesión de seguimiento pasados 20 meses de la intervención con la paciente en la que se administraron nuevamente los cuestionarios y se procedió a evaluar las distintas áreas problemáticas de la paciente en el pasado y nuevas posibles áreas en las que manifieste dificultades en el presente.

Los resultados cuantitativos obtenidos en la evaluación post-tratamiento por la paciente se mantienen estables tras 20 meses del tratamiento para los cuestionarios ISRA, CTD, ISAP y EGEP (ver gráfico 1, 2, 3 y 5) y han mejorado para el FSFI (ver gráfico 4). Esto indica que se mantiene con puntuaciones mínimas en ansiedad y depresión; puntuaciones por encima de la media en solución y afrontamiento de problemas; bajas puntuaciones en las diferentes escalas de evaluación global del estrés postraumático, manteniéndose asintomática; y mejora de las puntuaciones en las escalas de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y, consecuentemente, la puntuación total del test FSFI.

A un nivel cualitativo la información que nos da la paciente en esta sesión va encaminada al buen funcionamiento en cada una de las áreas de su vida, manteniendo las mejoras logradas tras el tratamiento en cuanto a influencia del trauma, relaciones sociales y relaciones con varones que pudieran atraerla, relaciones sexuales, autoestima,

sintomatología ansioso-depresiva y motivación al estudio. Tras 20 meses de tratamiento dice encontrarse tranquila y feliz, ilusionada con planes de futuro para sí misma, y comenta tener una relación sentimental desde hace unos 10 meses en la que está intentando emplear la comunicación como herramienta diaria de entendimiento, acercamiento al otro y resolución de conflictos, además de estar intentando confiar y eliminar el aprendizaje de desconfianza hacia la figura masculina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del presente artículo hemos presentado una intervención cognitivo-conductual detallada, en 20 sesiones semanales, para el manejo de las consecuencias psicológicas tras historia de abuso sexual, especialmente el impacto postraumático producido sobre alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), cognitivas (sí misma, el mundo y los demás) y manejo de las relaciones sexuales displacenteras.

El seguimiento a 3, 6, 12 y 20 meses indica que se han mantenido estables a lo largo del tiempo los objetivos terapéuticos propuestos. La paciente se muestra asintomática, habiendo mejorado el nivel de actividad y los recursos previos a la aparición de las dificultades (mejora de las relaciones sociales, la gestión del tiempo, la concentración y motivación, la autoestima, la seguridad en las relaciones con el sexo opuesto, la relación con el sexo y la sexualidad), así como habiendo eliminado la influencia del trauma en el presente.

El abordaje cognitivo realizado en la línea de potenciar la autoestima, la sensación de autoeficacia y control por medio del manejo del estilo atribucional, se hace especialmente relevante en casos de TEPT por estudios como el llevado a cabo por Tagay et al. (2014). En este estudio se encontró que la sensación de ineficacia fue más alta en el grupo de TEPT revelando que también la autoeficacia y la autoestima son más bajas en esos pacientes, así como el sentimiento de control sobre su propia vida. Estos resultados están en la línea de los hallados por Davidson et al. (1991) y Frommberger et al. (1999), que sugieren una asociación de TEPT con una influencia negativa sobre los recursos personales.

Son muchos los estudios que avalan la eficacia de la reexperimentación emocional (RE), ya sea de forma oral o escrita (Frisina et al., 2004; Smyth, 1998), tal como refleja el meta-análisis de Frattaroli (2006), donde se encuentra que la RE posee efectos beneficiosos (tamaño del efecto: d de Cohen 0,075-0,23) con problemas físicos y mentales (especialmente en el estrés postraumático). De esta forma, el trabajo realizado con la paciente de expresión emocional, topografiando la respuesta sexual e interviniendo sobre ella a través de una exposición graduada, tuvo efectos muy beneficiosos sobre el trauma.

Como en cualquier proceso de terapia, hay que señalar que la colaboración de la paciente, realizando las tareas para casa y asistiendo a las sesiones con total compromiso y regularidad, tuvo un importante papel en la efectividad de la intervención.

Del mismo modo, queremos hacer hincapié en la función fundamental que ha cumplido siempre y, concretamente en este caso, la entrevista clínica. Sin la exhaustiva y minuciosa indagación en el proceso de evaluación inicial no se hubiera podido centrar la atención en las dificultades sexuales presentadas por la paciente que no eran motivo

inicial de consulta. Sin embargo, estas dificultades sexuales y su abordaje desembocarían en la revelación posterior por parte de la paciente de los abusos sexuales en la infancia y, el consiguiente diagnóstico e intervención ulteriores.

En este sentido, creemos que un diagnóstico clínico cuidadoso es esencial para proporcionar el tratamiento adecuado y asegurar un resultado positivo de la terapia. Tal como señalan Meltzer-Brody et al. (2007), el diagnóstico precoz del TEPT es crítico, ya que la pronta iniciación del tratamiento mejora el resultado a largo plazo y previene el sufrimiento innecesario y continuo. Además, un procedimiento estándar en las prácticas clínicas podría tener el beneficio de prevenir la experiencia de re-traumatización o evitar el aumento de otras psicopatologías.

En cuanto a la intervención, resultan claves las técnicas de modificación de conducta centradas en la terapia sexual que permitieron reducir la sintomatología ansioso-depresiva y frenar la evitación y el embotamiento afectivo en el presente de la paciente. De este modo, se hace patente que este trabajo no sigue los estándares habituales, pues se hace una exposición al trauma desde el cuerpo. No obstante, lejos de ser un problema resultó ser la piedra angular de la intervención. A petición de la paciente, el tratamiento finalizó antes del abordaje del acontecimiento traumático, que hubiera sido relevante para el manejo y reestructuración de dichos recuerdos traumáticos, con el fin de prevenir una posible sensibilización al trauma.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo hay que señalar dado que estamos ante un estudio de caso único, con las restricciones que ello conlleva, se deben interpretar los resultados hallados con cautela, pues podría obstaculizar el poder generalizar hacia otros casos con el mismo diagnóstico pero con características idiosincráticas en distintas variables. De esta forma, apremia la divulgación de trabajos que muestren los resultados de los tratamientos en las diferentes manifestaciones psicopatológicas y en casos clínicos con características diversas (véase el sexo, la edad, topografía del problema, cronicidad, comorbilidad con otros diagnósticos, etc.).

REFERENCIAS

- Ashby, B. D., & Kaul, P. (2016). Post-traumatic Stress Disorder After Sexual Abuse in Adolescent Girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(6), 531-536.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ªed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205-230.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin M.B., Seime R.J., Shinozaki G., Prokop L.J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 7, pp. 618-629). Elsevier.
- Conoscenti, L. M., & McNally, R. J. (2006). Health complaints in acknowledged and unacknowledged rape victims. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 372-379.
- Crespo, M. y Gómez M.M. (2012). *Evaluación global del estrés postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.

- Crespo, M., Gómez M.M. y Soberón, C. (2017). EGE5-5. *Evaluación global del estrés postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. y Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(6), 823.
- Frisina, P. G., Borod, J. C., & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(9), 629-634.
- Jiménez García, G.I. y Miguel Tobal, J.J. (2003). Cuestionario tridimensional para la depresión. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 17-34
- Lazarus, A.A., (1981). *Terapia Multimodal*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Flores.
- Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Zolnoun, D., Steege, J., Green, E., & Teich, A. (2007). Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 902-908.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (2007). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: TEA Ediciones. (6ªed. revisada. Trabajo original publicado en 1986).
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1992). Solución de problemas personales: elaboración y desarrollo del "Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas - ISAP-". *Investigaciones Psicológicas*, 11, 137-152.
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin M.B., Seime R.J., Prokop L.J., & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 550-561.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., Ferguson D., D'Agostino R. Jr. (2000 Apr-Jun). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 26 (2), 191-208.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. D., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 66(1), Feb 1998, 174-184.
- Tagay, S., Schlotzbohm, E., Reyes-Rodríguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*, 22(1), 33-49.
- World Health Organization: Intimate partner and sexual violence against women. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en>. Accessed March 22, 2017.