

ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA GÉNESIS DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS EN LA EDAD ADULTA: CASO CLÍNICO

Sara García Martín

Master en Psicología General Sanitaria y

Master en Psicología Clínica: Práctica Profesional de la Universidad Complutense de Madrid

José Luis Graña¹

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid*

RESUMEN

Se estima que alrededor del 10% al 20% de la población mundial ha sufrido abuso sexual infantil (ASI). Las víctimas de ASI suelen presentar consecuencias a corto y largo plazo en función de la experiencia abusiva y características de la víctima. Entre las principales consecuencias documentadas del ASI destacan el trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidad, ansiedad, problemas somáticos, sexuales y el riesgo de revictimización. El presente trabajo tiene como objetivos a) dar luz a las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil en la edad adulta con la presentación de un caso clínico y, b) analizar la magnitud del cambio terapéutico tras la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma. La eficacia del tratamiento se calculó a partir del tamaño del efecto medido a través del porcentaje de datos no solapados (PND), el porcentaje de datos que superan la media (PEM) y el no solapamiento de todos los pares (NAP). Los resultados permitieron describir las consecuencias y patología en la edad adulta de una víctima de ASI, así como el cambio terapéutico y la eficacia del tratamiento establecido.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, psicopatología, caso clínico, eficacia del tratamiento.

ABSTRACT

Child sexual abuse as the genesis of psychopathological problems in adulthood: a case report. It is estimated that about 10% - 20% of the world's population has experienced child sexual abuse (CSA). The CSA has been related to short- and long-term consequences depending on the abusive experience and characteristics of the victim. The most documented consequences of ASI, include PTSD, mood and personality disorders, anxiety, somatic and sexual problems, and the risk of revictimization. The aims of this study were a) to analyze the psychopathology associated with CSA in a 45-year-old woman who suffered maintained childhood sexual abuse and different experiences of revictimization throughout her life. b) The magnitude of the therapeutic change after a Cognitive-Behavioural treatment focused on trauma. Treatment efficacy was measured through the percentage of non-overlapping data (PND), the data exceeding the mean (PEM) and the non-overlap of all pairs (NAP). The results allowed to describe the consequences and pathology of CSA and corroborated the therapeutic change on the CSA survivor.

Keywords: child sexual abuse, psychopathology, clinical case, treatment efficacy

El abuso sexual infantil (ASI) se refiere a la utilización, persuasión, seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar] —incluida la ayuda a otra persona para

¹ *Correspondencia:* José Luis Graña
Correo electrónico: jlgranna@ucm.es
Fecha de recepción: 20-enero-2022
Fecha de aceptación: 01-marzo-2022

el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta, así como a la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto (U.S. Department of Health and Human Services, 2010.)

La prevalencia generalizada del ASI ha sido ampliamente estudiada, llegando a resultados poco concluyentes dada la alta variabilidad en los porcentajes informados (especialmente por sexo y origen de la muestra). Metanálisis recientes, sitúan las cifras estimadas de prevalencia entre un 10 y un 20% de la población mundial (Pereda, 2016), sin embargo, señalan que estas cifras probablemente este subestimadas debido a la dificultad de las víctimas en informar sobre las agresiones sufridas. Tan solo en España, las prevalencias de ASI se miden en función de los casos reportados al sistema de Justicia, pero muchos de los casos no se denuncian, generalmente por la edad del menor, culpa, o vergüenza. (Muñoz et al., 2016).

Las víctimas, habitualmente, presentan consecuencias de diversa índole: físicas, emocionales, conductuales, sociales o sexuales. Dichas consecuencias variarán en función de la experiencia abusiva, sin que se dé una relación causal clara entre ellas (Besada, 2016). Es decir, no todos los menores se ven afectados de la misma manera, ni en la misma magnitud. Existen una serie de factores que contribuyen de forma negativa al desarrollo psicológico del menor y el consecuente ajuste durante la vida adulta. De manera general, los factores de riesgo asociados a un peor ajuste tras el ASI se pueden agrupar en factores de riesgo individuales, familiares, socioculturales y cognitivas.

Entre los factores de riesgo individuales destacan que la víctima sea de género femenino (Gil, 1997; Vázquez Mezquita & Calle, 1997 en Zayas, 2016), que el ASI haya ocurrido entre los rangos de edad comprendidos entre los 6 y 7 años o los 10 y 12 años (Finkelhor, 1993 en Zayas, 2016), que la relación con el agresor fuese más cercana y que los abusos se hayan prologado en el tiempo, combinados con varios tipos de maltrato (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Mientras que, como factores de riesgo familiares, destacan que en la familia del menor expuesto al ASI haya una sola figura parental biológica y cuando existe un historial de consumo de drogas y personas violentas en el núcleo familiar (Zayas, 2016). En cuanto a los factores de riesgo socioculturales, destacan factores como el desempleo en la familia, la pobreza, pobre red de apoyo y procedencia étnica (Zayas, 2016). Por último, en cuanto a los factores de riesgo cognitivos, destacan las estrategias de afrontamiento evitativo, la atribución de responsabilidad y los sentimientos provocados (Cantón-Cortés & Cortés, 2015).

Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil durante la edad adulta

La consecuencia psicopatológica presentada con mayor frecuencia por los adultos expuesto a ASI es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT; Pereda, 2010; Sarasua et al., 2013), caracterizado por recuerdos y sueños recurrentes e intrusivos, reacciones disociativas y dificultades para la regulación de emociones e incluso, un rechazo de su propio cuerpo (Zayas, 2016). Al TEPT le siguen en frecuencia los trastornos de conducta alimentaria en la edad adulta (Pereda, 2010), mayoritariamente con la bulimia nerviosa y cuadros con sintomatología bulímica. Debido a las dificultades de regulación emocional, las víctimas de ASI tienden a presentar conductas de purga y otras conductas compensatorias (Villarroya, 2008). Además, la literatura previa ha documentado las altas prevalencias de trastornos somáticos en adultos

sobrevivientes de ASI. Las víctimas informan frecuentes dolores físicos sin razón médica, cefaleas, fibromialgias, alteraciones gastrointestinales que, habitualmente, no se diagnostican pero que si se abordan adecuadamente desde el sistema de salud (Pereda, 2010).

Sin embargo, no siempre se encuentran cuadros psicopatológicos totalmente definidos en la edad adulta. Las víctimas adultas de ASI tienen más probabilidad de presentar problemas emocionales, como bajo estado de ánimo, ansiedad y baja autoestima, así como dificultades en la regulación de emociones (Besada, 2016). Respecto a las dificultades en las relaciones sociales, parece que las víctimas tienen mayor dificultad de iniciar y mantener relaciones interpersonales (Cantón-Cortés & Cortés, 2015), lo que se ve reflejado en desajustes en las relaciones de pareja.

A nivel conductual, se ha encontrado mayor probabilidad de presentar conductas delictivas, agresivas, antisociales y abuso de sustancias durante la edad adulta (Besada, 2016). Por otro lado, en cuanto a los indicadores sexuales, los estudios señalan que las mujeres con historial de ASI presentan mayor probabilidad de llevar a cabo prácticas sexuales disfuncionales (como evitación, prácticas arriesgadas; Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Además, de tener dificultades para llegar al orgasmo, ausencia de placer y de deseo sexual (Besada, 2016).

El presente trabajo tiene como primer objetivo dar luz a las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil en la edad adulta con la presentación de un caso clínico. En consecuencia, el segundo objetivo es mostrar, a través de índices de no solapamiento, la magnitud del cambio terapéutico o del tamaño del efecto del tratamiento.

Método

El presente estudio ha sido realizado con una metodología de caso único. Se revisó un caso clínico de una mujer de 45 años con historial abuso sexual infantil mantenido y experiencias de revictimización a lo largo del ciclo vital. Se describe la formulación clínica, objetivos clínicos y tratamiento seguido. El tratamiento consistió en 49 sesiones de 60 minutos, con frecuencia semanal. Las tres primeras sesiones estuvieron dedicadas a evaluar las conductas problema y realizar el análisis topográfico adecuado para establecer el plan de trabajo. La cuarta sesión se centró en explicarle a la paciente el análisis funcional y la formulación clínica con el objetivo de aumentar la comprensión del problema y su adherencia al tratamiento. Se hizo hincapié en la interrelación de los factores predisponentes y precipitantes, las variables independientes y dependiente, y los factores mantenedores de las conductas problema. Las últimas 5 sesiones se espaciaron a dos semanas y se añadieron otras 4 sesiones de seguimiento al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año (esta última de manera telefónica). Para analizar la eficacia del tratamiento, se ha analizado el tamaño del efecto asociado al cambio terapéutico a partir de los índices de no solapamiento de los datos interfases (Sanz & García-Vera, 2015).

Datos Biográficos

La paciente, Silvia (nombre ficticio), es una mujer de 40 años, que vive con su marido desde hace 15 años.

Motivo de consulta

Silvia acude a terapia referida por una compañera de trabajo. Llega a consulta con un déficit en el procesamiento emocional y falta de control de impulso con la comida, refiere darse atracones seguidos de purgas y ejercicio excesivo. Diez años atrás, trabajó con un psicólogo especialista en trauma y abuso sexual infantil. Durante el tratamiento anterior trabajó las experiencias traumáticas asociadas al ASI. En ese momento, presentaba criterios para trastorno de estrés post traumático y ataques de pánico.

Exploración inicial y objetivos terapéuticos tras el primer contacto

Silvia es tratada en la Unidad Clínica del Máster en Psicología Clínica: Práctica Profesional de la Universidad Complutense. No se observan alteraciones atencionales ni de orientación. Establece una relación empática con la terapeuta, mostrándose adecuada en el trato y comunicación. Parece altamente activada, observándose un temblor de manos constante y una falta de control emocional expresado en risa y llanto que le resulta difícil controlar. Se observa concordancia entre la comunicación verbal y no verbal. Refiere que se da atracones de comida y que, anteriormente, se purgaba con enemas o laxantes. Actualmente, cree tener cierto grado de control sobre ello, y que realiza excesivo ejercicio físico todos los días de la semana. La paciente mide 155 centímetros y su peso es de 54,5 kilogramos. Su objetivo no es bajar de peso, sino lograr una “figura de deportista”. Refiere evitar pesarse por miedo al resultado. Después del primer contacto, Silvia centra sus objetivos terapéuticos en: a) ingesta compulsiva (“controlar mi forma de comer impulsiva”); b) elevada ansiedad (“muchísima ansiedad, la odio, siempre está”); y c) dificultad para experimentar y regular emociones (“estar encerrada en una burbuja de frustración”). Por otro lado, los objetivos planteados a lo largo de la intervención fueron: a) Aumento de la conciencia del problema, b) Favorecer la adherencia al tratamiento, c) Disminuir la activación fisiológica y el nivel de ansiedad, d) reestructuración cognitiva de creencias nucleares e) Dotar a la paciente de habilidades emocionales para identificar, manejar y regular las mismas, f) Adquisición de sentimientos de propia valía y autoeficacia y g) mantenimiento de logros y prevención de recaídas.

Evolución del problema

No se han encontrado factores biológicos predisponentes para el problema de Silvia. En relación con los factores de vulnerabilidad, se ha constatado que creció en un contexto familiar autoritario y en el que expresar emociones se castigaba, donde era común que se desvalorizara cualquier opinión o conducta de la paciente. Fue educada dentro de un entorno religioso que le exigía mucha perfección en sus estudios, viviendo desde joven con un temor a decepcionar a sus padres si no cumplían las expectativas que se esperaban de ella.

Dentro de los acontecimientos remotos en la aparición del problema de sintomatología ansiosa, se encuentran los abusos en la infancia y los abusos psicológicos que vivió por parte de su primera pareja. La paciente fue creando un sistema de supervivencia emocional en el que reprimía sus emociones y se sentía culpable por no haberse podido defender de las cosas que le pasaron, este sistema de supervivencia emocional acompañado de las fuertes creencias de perfeccionismo y autoexigencia favoreció que Silvia fuera acumulando altos niveles de

ansiedad, que no fueron canalizados de manera apropiada, todo esto supuso que entablara una relación estrecha con la comida como método de regulación. Estas conductas alimentarias hicieron que la paciente se encontrara en contradicción con sus creencias de perfeccionismo y autoexigencia, propiciando así un círculo vicioso.

Otras áreas a considerar

Autocontrol. No es capaz de expresar sus emociones frente a los demás, sobre todo delante de sus padres y familiares. Esto hace que sienta la necesidad de darse atracones como manera de descarga y regulación de sus emociones.

Recursos personales. Se considera una persona muy activa. Se desenvuelve bien en su trabajo y es responsable en lo que realiza. No tiene déficit de habilidades sociales, aunque le cuesta entablar relaciones cercanas por su dificultad de expresar emociones. Sin embargo, es una persona fácil de tratar, con muy buen sentido del humor.

Apoyo social. Silvia cuenta con una red de apoyo extensa, vive con su pareja y sus hijos, con los que mantiene una buena relación. Aunque no tiene un círculo de amigos muy amplio, se siente apoyada por los compañeros de trabajo con las que mantiene contacto diario, ya sea en las reuniones del día a día como por redes sociales.

Situación vital y estilo de vida. Silvia trabaja como educadora y siempre que tiene la oportunidad hace cursos para mantenerse actualizada en su área. Pasa la mayor parte de sus días trabajando, aunque tiene una rutina de hacer ejercicio o salir a correr con su perro tres veces a la semana.

Instrumentos utilizados a lo largo de la valoración

Entrevista Semiestructurada de Muñoz (2010). Permitió recoger información relevante el problema actual de Silvia, historia clínica, situación vital actual, importancia del problema en su vida cotidiana, atribuciones cognitivas del problema y motivación al cambio.

Línea de vida. Fue usada con el objetivo de obtener un eje cronológico de fechas relevantes, destacando: 1) abusos sexuales por parte de un amigo de la familia (9 años); 2) agresión verbal y física de sus padres y hermano. Maltrato físico y psicológico de su primera pareja (de los 14 a los 16 años); 3) maltrato ejercido por su expareja (de los 22 a los 26 años); 4) terminación de la relación violenta e intento de suicidio (de los 27 a los 30 años); 5) comienzo de la relación actual de pareja (30 años); 6) mudanza con la actual pareja (31 años); y 7) discusión familiar (33 años).

Autorregistro creado de ingestas y purgas. Se diseñó con el objetivo de establecer la línea base de sus hábitos alimenticios y de ejercicio físico, el número de atracones, su asociación con el hambre y la saciedad percibidas (Figura 1). El autorregistro fue completado semanalmente.

Hora	Tiempo empleado	Actividad física	Hambre (0-10)	Pensamiento	Emoción	Conducta	Saciedad (0-10)
------	-----------------	------------------	---------------	-------------	---------	----------	-----------------

Figura 1. Autorregistro de ingestas y purgas

El autorregistro permitió establecer que la duración media de los atracones era de 90 minutos, tiempo en el que hace un primer atracón, toma una infusión y continúa con otra ingesta excesiva de comida. Los atracones ocurrían en momentos en los que se encuentra sola y sin ninguna actividad que realizar. Se iniciaban con mínima sensación de hambre y terminaban con elevada saciedad. Estos se encontraban asociados con pensamientos irracionales sobre la propia valía y falta de control y emociones de ansiedad, frustración y culpa. Realizaba entre 5 y 7 comidas al día y practicaba ejercicio todos los días de la semana, los cuales no se ven incrementados tras la ingesta de grandes cantidades de comida.

Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT-R; Smith, et al., 1991) Escala tipo Likert compuesta por 36 ítems centrados en evaluar el riesgo de padecer bulimia nerviosa, enfatizando su atención en atracones, conductas compensatorias y preocupación por el peso. El intervalo de puntuaciones oscila entre 28 y 140, siendo el punto de corte de 104. Valores entre 68 y 91 son considerados como indicadores de sintomatología de bulimia nerviosa. La escala fue aplicada cada 4 semanas durante el tratamiento. Silvia obtuvo una puntuación directa de 94, indicando la presencia de sintomatología propia de trastorno de conducta alimentaria.

Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck & Steer, 2011). Escala tipo Likert compuesta por 21 ítems que miden síntomas fisiológicos, cognitivos y afectivos y síntomas referidos a crisis de pánico. El rango de puntuaciones es de 0 a 63, indicando mayor puntuación una mayor presencia e intensidad de síntomas ansiosos. La escala fue aplicada cada 4 semanas durante el tratamiento. Durante el proceso de evaluación obtuvo una puntuación inicial directa de 36 puntos, encontrándose dentro de la categoría “ansiedad grave”.

Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Hervás y Jódar, 2008). La versión adaptada cuenta con un total de 28 ítems centrados en evaluar los posibles déficits que puedan estar alterando una adecuada regulación emocional. La adaptación al castellano reduce los seis factores de la escala original (Gratz & Roemer, 2004) a cinco: 1) descontrol emocional, 2) rechazo emocional, 3) interferencia cotidiana, 4) desatención y, 5) confusión. El rango de puntuaciones oscila entre 28 y 140, indicando mayor puntuación una mayor presencia de déficit en la regulación emocional. La escala fue aplicada cada 4 semanas durante el tratamiento. En la evaluación inicial obtuvo una puntuación directa de 117, cobrando especial relevancia los ítems que se encuentran dentro de la categoría “descontrol emocional” y “rechazo emocional”.

Formulación clínica del caso

A continuación, se muestra el modelo psicopatológico del caso donde se presentan de modo gráfico las variables explicativas del mismo (Figura 2).

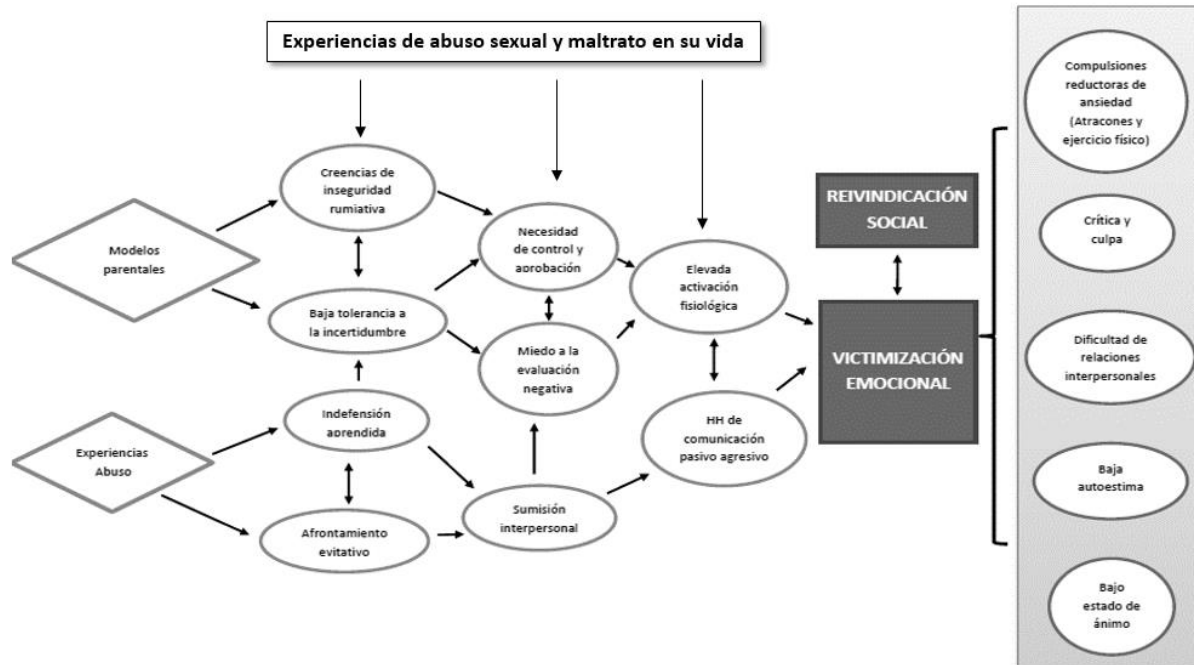


Figura 2. Modelo psicopatológico del caso

1) Hipótesis de origen

La problemática actual se explica en su origen en el afecto recibido en el entorno familiar. Se crio en un ambiente donde las emociones eran suprimidas y castigadas, con una educación extremadamente religiosa, machista y autoritaria. La paciente refiere que desde joven no se ha sentido apoyada por su familia de origen, lo cual le generó falta de afecto debido a que sus padres tenían creencias en las que la paciente no tenía la libertad de expresar sus emociones y opiniones. De esta forma la paciente ha desarrollado creencias de inseguridad rumiativa, además de una necesidad de control y aprobación manifestada por un sesgo de autoexigencia y perfección muy elevado.

Los modelos parentales ambivalentes y de desprotección causaron en la paciente una baja tolerancia a la incertidumbre, lo cual a su vez aumenta la necesidad de control.

La paciente sufrió abuso sexual en la infancia por parte de un amigo de la familia. Esto, aunado a otras experiencias traumáticas tempranas, ha desarrollado en la paciente indefensión aprendida. Al no recibir la protección y afecto de sus padres ante situaciones que la requerían, aprendió a comportarse pasivamente, con la sensación subjetiva de no poder hacer nada para cambiar la situación aversiva. Esta sensación de desamparo contribuyó a crear un afrontamiento evitativo ante situaciones demandantes, en la cual asume constantemente la posición de víctima y posterior sumisión interpersonal.

2) Hipótesis de mantenimiento

La necesidad imperiosa de aprobación de Silvia se retroalimenta de un miedo intenso a la evaluación negativa, lo cual refuerza el rol de víctima que la paciente asume como propio. Esto a su vez se asocia con temor ante emociones percibidas como desagradables y elevada activación fisiológica, con mucho miedo de perder el control. El patrón de sumisión interpersonal y la elevada activación, favoreció en Silvia un estilo de comunicación pasivo-agresivo. Este modo de funcionar llevó a la paciente a la victimización emocional. Es decir, el percibir que es víctima de las circunstancias y que puede hacer poco para modificar esto. Es un estilo de indefensión aprendida, aunado a profundas sensaciones de desamparo características de situaciones de abuso y trauma temprano.

Como factores estresores de la problemática de la paciente, es preciso considerar: comentarios que interpreta como ataques a su ideología política o comentarios percibidos como machistas. Ante esa emocionalidad intensa y el patrón subyacente de victimización emocional, la paciente evita la angustia y la reduce automáticamente con conductas compulsivas, en su caso, dándose atracones de comida y ejercicio físico como evitación y compensación ante la percibida “pérdida de control”. No se da una preocupación por la figura, sino que su preocupación por la comida obedece al perfeccionismo que tiene y como válvula de escape de una alta emocionalidad que no sabe controlar. Estas conductas alimentarias hacen que la paciente se encuentre en contradicción con sus creencias de perfeccionismo y autoexigencia, propiciando así un círculo vicioso.

El percibirse a sí misma como víctima y posterior reivindicación social, causa que exista dificultad en las relaciones interpersonales, ya que constantemente se enfada ante comentarios o creencias que perciba como machistas o poco empáticas hacia posibles víctimas. La victimización emocional está caracterizada a su vez por una baja autoestima y un bajo estado de ánimo, lo cual le impide mantener relaciones de cercanía emocional al sentir que no puede ser ella misma con los demás ya que siempre debe protegerse.

Planteamiento terapéutico

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado y sin perder de vista la implicación que tiene un patrón de victimización emocional en la aparición de psicopatología adulta en la paciente, se elaboró el modelo de tratamiento basado en técnicas terapéuticas de corte cognitivo-conductual rescatadas de la investigación científica validada para trabajar las consecuencias de eventos traumáticos en menores (Dittmann & Jensen, 2014; Konanur, et al., 2015; Webb, et al., 2014). Los objetivos terapéuticos y técnicas aplicadas se pueden consultar en la tabla 1.

Tabla 1.*Plan de trabajo*

Sesión	Objetivos	Técnicas
1-4	Aumento de la conciencia del problema y favorecer la adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución de información: presentación de formulación clínica y propuesta de tratamiento. - Psicoeducación del problema. - Biblioterapia. - Autorregistros.
5-9	Disminución de la activación fisiológica y del nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de ansiedad. - Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. - Técnicas de distracción. - Auto-instrucciones. - Manejo del horario. - Planificación de actividades. - Autorregistros.
10-17	Mejora del control de la ingesta	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de alimentación y hábitos saludables de vida. - Planificación de menús de comida equilibrada. - Control estimular. - Entrenamiento en conductas alternativas al atracón y a las conductas compensatorias. - Técnicas de autocontrol. - Entrenamiento en auto-refuerzo.
18-23	Reestructuración cognitiva de creencias nucleares	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en detección de sesgos cognitivos y atencionales. - Técnicas de reestructuración cognitiva: diálogo socrático, flecha descendente, modelo ABC, pensamientos automáticos negativos... - Generación de pensamientos alternativos. - Autorregistros.
24-37	Mejora de habilidades emocionales para identificar, manejar y regular las mismas	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación de emociones. - Identificación y etiquetaje: uso de diario emocional - Desactivación de emociones negativas: distracción cognitiva, tiempo fuera. - Ejercicios de expresión emocional. - Comunicación emocional: cartas, dibujos, <i>role-playing</i>.
38-40	Mejora de la autoestima y la autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación autoestima y autoconcepto. - Actividades de autocuidado. - Mejora de la imagen. - Inventario de mí misma. - Potenciación de recursos. - Entrenamiento en solución de problemas y habilidades de comunicación.
41-49	Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de técnicas aprendidas. - Plan de actuación en situaciones de riesgo. - Seguimiento.

Desarrollo del tratamiento

El tratamiento total se llevó a cabo en 49 sesiones de 60 minutos, con frecuencia semanal. Las últimas 5 sesiones se espaciaron a dos semanas y se añadieron otras 4 sesiones de seguimiento al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año (esta última de manera telefónica). Los objetivos terapéuticos se centraron en las tres conductas problemáticas. Para trabajar la ingesta compulsiva, se llevó a cabo un trabajo de psicoeducación relacionada con la alimentación con el objetivo de establecer un patrón alimentario regular. De esta manera, se fomentaron hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación y el ejercicio físico, así como otras actividades que contribuyeran a mejorar su estado de ánimo y que hasta el momento estaban siendo evitadas.

También se entrenó a Silvia en el control de estímulos para reducir la ingesta compulsiva de alimentos y las conductas compensatorias. Se plantearon de manera conjunta algunas estrategias para eliminar la situación de atracón, por ejemplo, no estar en casa más de una hora seguida sola o actividades relacionadas con las tareas del hogar. Además, se reforzaron conductas incompatibles a las conductas compensatorias que estaba realizando hasta el momento, como hablar por teléfono con su marido o salir a pasear (no hacer ejercicio). Se entrenó a Silvia a auto reforzarse cada vez que conseguía no ingerir grandes cantidades de comida y/o no llevar a cabo conductas compensatorias.

Para trabajar el nivel de ansiedad de la paciente, se realizó psicoeducación. La explicación se centró en conocer los tres niveles de la ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor), cuándo es adaptativo o perjudicial, su utilidad y como se mantiene. Se hizo hincapié en el nivel fisiológico/emocional, logrando que reconociera cuando la ansiedad era perjudicial con las sensaciones corporales. Conjuntamente, se entrenó a Silvia en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, disminuyendo significativamente la ansiedad y frustración que experimentaba prácticamente todos los días de la semana.

El registro de la práctica diaria de la relajación permitió obtener información sobre múltiples distorsiones cognitivas presentadas por Silvia. En este punto del proceso terapéutico, las variables independientes “creencias de inseguridad rumiativa”, “necesidad de control y aprobación” y “miedo a la evaluación negativa”, cobraron especial relevancia. Se explicó a Silvia el modelo ABC de Ellis y Abrahms (2005) y se le entrenó en la identificación de pensamientos distorsionados. Se utilizó el diálogo socrático, la flecha descendente y los experimentos conductuales para desarrollar pensamientos alternativos.

Paralelamente, se trabajaron técnicas de autocontrol con el fin de demorar el tiempo entre la identificación del impulso de comer y la conducta como tal. Se trabajó el apoyo de reconocer la sintomatología propia de la ansiedad, así como la técnica del semáforo, donde el color rojo se asocia a parar, el amarillo a pensar y el verde a actuar. También se trabajó la distracción cognitiva mediante el conteo numérico de 100 a 0, de 7 en 7, identificar países que empiecen por la letra I, D y S, entre otros ejemplos. Además, se elaboraron una serie de auto instrucciones y se fomentó la utilización de la respiración diafragmática.

El núcleo central de la intervención estuvo centrado en la dificultad de experimentar y regular emociones. Se llevó a cabo un trabajo educacional relacionado con las emociones, y la identificación de posibles situaciones en las que sentir cada una de ellas. Se explicó las funciones de las emociones en situaciones hipotéticas que luego se generalizarán a las propias

de Silvia. El trabajo comenzó con el miedo, el asco, la vergüenza y la culpa, pues eran las emociones presentes en el día a día de la paciente. La paciente hizo un trabajo de definición de cada una incluyendo palabras que las reflejaran, eventos e interpretaciones desencadenantes, cómo expresarse y actuar ante cada una de ellas. En sesión, se revisó el registro semanal y se llevó a cabo un entrenamiento del proceso de regulación emocional: identificar la situación desencadenante, la interpretación dada y la reacción emocional, incluyendo ponerle nombre a la emoción, aceptarla, hacer un análisis y regularla (Hervás, 2011). De esta manera, la variable “baja tolerancia a la incertidumbre” se trabajó adecuadamente siguiendo este esquema.

Al mismo tiempo, se trabajaron las variables “afrentamiento evitativo” y “sumisión interpersonal”, se consiguió progresivamente los objetivos de expresión emocional con sus familiares y amigos más cercanos, aumentando la dificultad emocional y la duración e intensidad de estas. La culpa se trabajó de manera aislada debido a la intensidad con la que la sentía. Se realizó educación sobre la diferencia entre culpa y responsabilidad, y se analizó los aspectos que le hacían sentir culpable/responsable. Se utilizó el diálogo socrático y la expresión escrita a través de cartas a algunos de sus familiares. El proceso de exposición a emociones positivas fue más costoso debido a la evitación constante de emociones positivas que la paciente vivía. De manera progresiva, Silvia comenzó a sentir las emociones con menos intensidad y sin tratar de evitarlas, consiguiendo aceptarlas y analizar la función propia de cada una de ellas.

Para trabajar las variables “indefensión aprendida”, “afrentamiento evitativo”, “sumisión interpersonal” y “habilidades de comunicación pasivo-agresivo”, se realizó un trabajo de autoestima y asertividad. Se trabajó la asertividad mediante *role-playing* con situaciones familiares que desbordaban a la paciente y que eran temas frecuentes en sesión. Además, se llevó a cabo un trabajo sobre la autocritica perjudicial que Silvia se realizaba dando una total importancia a sus defectos y minimizando sus virtudes. Se abordó el diálogo interno de la paciente transformando los comentarios agresivos y desacreditativos por comentarios más amables. Junto con estos objetivos, se trabajó el afrontamiento evitativo que Silvia utilizaba hasta el momento y se reforzó con el entrenamiento en solución de problemas y habilidades de comunicación.

Resultados

Para analizar adecuadamente los datos obtenidos a lo largo de la intervención y no utilizar un criterio únicamente visual, se ha llevado a cabo un análisis estadístico de los datos, mediante índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de datos interfases que muestran la magnitud del cambio terapéutico (Sanz y García-Vera, 2015).

1) Porcentaje de datos no solapados (PND).

El cálculo del PND ($(N^{\circ} \text{ datos del tratamiento que superan el dato extremo de la línea base} / \text{total de } N^{\circ} \text{ de tratamiento}) \times 100$) permitió analizar la eficacia del tratamiento a partir del porcentaje de los datos de la fase de tratamiento que superaron el dato más extremo de la línea base (Figura 2). Silvia obtuvo un PND respecto al BULIT-R y DERS de 93,3% equivalente a

una efectividad del tratamiento “muy alta” y de 86.7% para el BAI equivalente a la efectividad del tratamiento “bastante efectivo” (Figura 3).

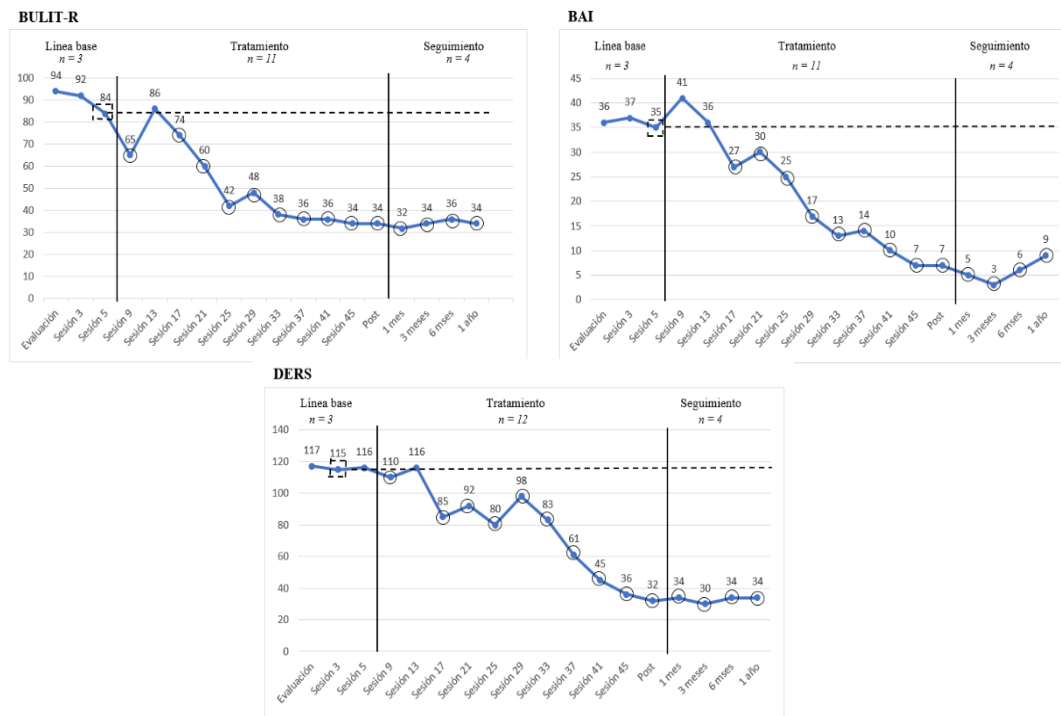


Figura 3. Cálculo del porcentaje de datos no solapados (PND) para el Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT_R), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) para el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil

2) Porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM).

El cálculo del PEM ((N° datos del tratamiento que se encuentran por encima de la mediana/total de N° de tratamiento) x 100), permitió identificar el porcentaje de datos que estuvieron por encima a la mediana de los datos de la línea base (Figura 3) Silvia obtuvo un PEM respecto de 100% respecto al BULIT-R y de 93.3% respecto al DERS indicando en ambos casos que el tratamiento había sido muy efectivo. En el BAI, por su parte, obtuvo un PEM de 86.7%, reflejando que el tratamiento fue moderadamente efectivo (Figura 4)

3) No solapamiento de todos los pares (NAP)

Calcular el NAP (((N° de pares sin solapamiento) + (0.5 x N° de empates)) / N° total de comparaciones) x 100), permitió identificar el porcentaje de datos en los que hubo una mejoría respecto a la línea base reflejada en las diferencias en puntuación pretratamiento con los datos del tratamiento y seguimiento en términos de solapamientos (S) y empates (E) del total de pares (Figura 4). Silvia obtuvo un NAP de 97.7% para el BULIT-R, de 95.6% para el BAI, y de 97.7% para el DERS, mostrando en todos los casos, una clara mejoría respecto a la línea base, reflejando que el tratamiento fue muy efectivo (Figura 5).

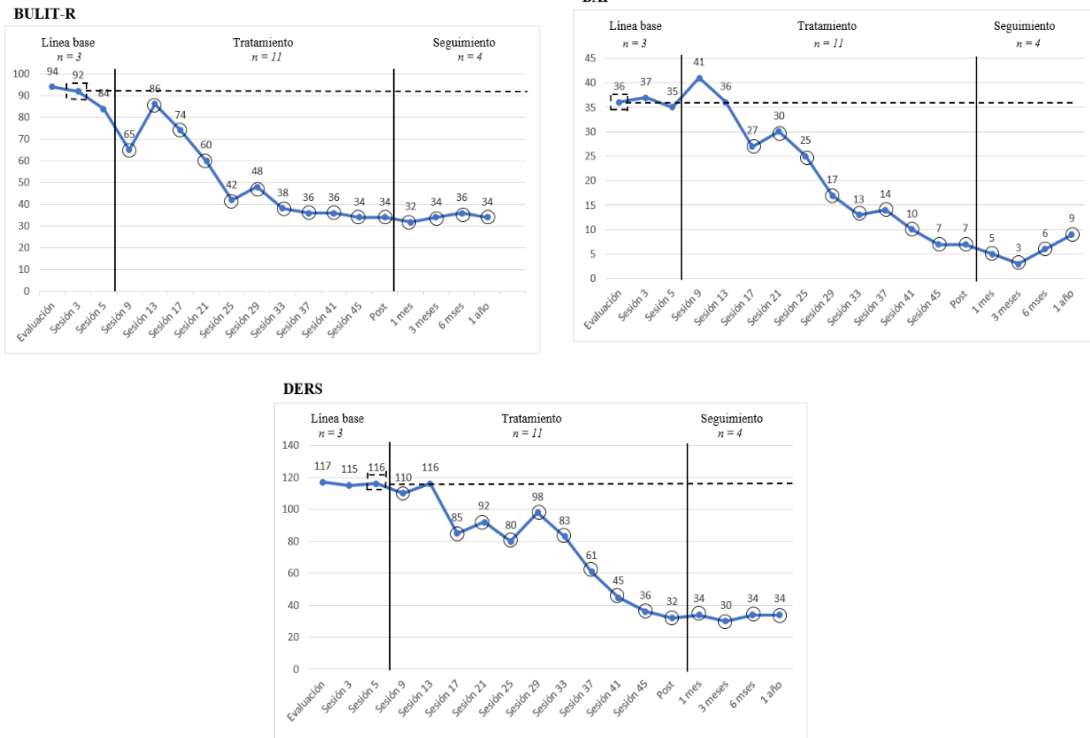


Figura 4. Cálculo del porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) para el Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT_R), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) para el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil

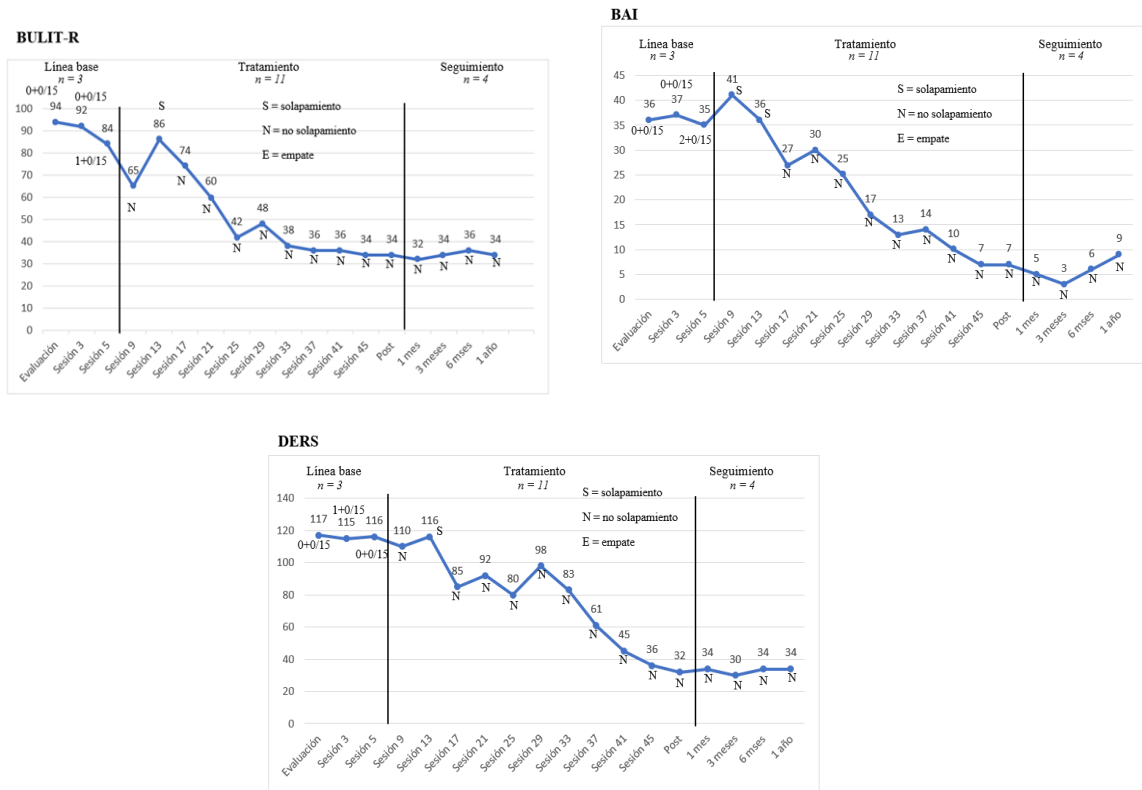


Figura 5. Cálculo del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) para el Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT_R), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) para el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil.

Discusión

Se estima que la prevalencia del abuso sexual infantil se encuentra entre el 10 y el 20% de la población mundial. Son múltiples las consecuencias psicopatológicas a corto y, especialmente, a largo plazo que padecen las víctimas. Resulta evidente la necesidad de abordar esta problemática en la práctica sanitaria diaria a partir de intervenciones individualizadas, adecuadas a las necesidades de estas personas con el fin de prevenir y/o evitar la psicopatología del Eje I y, por ende, del eje II.

En el presente trabajo se ha plasmado un caso clínico que mostraba de forma práctica las consecuencias psicopatológicas derivadas de un abuso sexual en la infancia y los progresivos abusos a lo largo del ciclo vital de la paciente. De manera consistente con la literatura científica, la paciente presentaba problemas relacionados con la conducta alimentaria (ingesta compulsiva), elevados niveles de ansiedad, dificultad en la regulación emocional (sobre todo en relación con la “culpa”), y en las relaciones sociales, además de haber sufrido revictimización afianzando un patrón de victimización emocional.

La evolución consistente de la paciente de forma favorable muestra la necesidad de desarrollar un plan de trabajo individualizado para los casos de ASI, teniendo en cuenta las conductas problema resultantes de los abusos, que como ya se ha presentado, debido al fenómeno de la revictimización, aumenta la vulnerabilidad y, por lo tanto, la necesidad de prevención.

El uso de los índices de no solapamiento (PND, PEM y NAP), permitió reflejar los resultados obtenidos progresivamente durante la intervención con técnicas del tratamiento de corte cognitivo-conductual. Los resultados obtenidos corroboran la eficacia de contrastar el análisis visual del cambio terapéutico con el uso de técnicas estadísticas con el fin de tener mediciones más objetivas sobre los resultados observados y el tamaño del efecto del tratamiento. De manera general, se puede considerar que el cambio terapéutico tras el tratamiento ha sido grande y, por tanto, muy efectivo. Los índices de no solapamiento presentan ciertas limitaciones pues no permiten estimar cual ha sido el factor responsable del cambio terapéutico. Sería necesario descartar el mayor número de amenazas a la validez interna que permita extraer conclusiones de causa y efecto del tratamiento. Para ello es adecuado plantear un análisis futuro de diseño experimental. Futuros estudios deberían retomar las directrices expuestas en este caso clínico y desarrollar investigaciones bajo un diseño experimental que permitan corroborar el cambio comportamental debido al tratamiento establecido.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. y Steer, R.A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Berliner, J., y Elliott, D.M. (2002). "Sexual Abuse of Children", en Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Besada, A. (2016). Abuso sexual infantil: principales características y consecuencias en adolescentes con alteraciones conductuales. *Sexología y Sociedad*, 22(1), 38-48.
- Briere, C. Hendrix, C- Jenny, y T. Reid (eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 2ª ed., California: Sage.
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.A. (2015). El abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31 (2), 552-561.
- Dittmann, I. & Jensen T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth experiences with traumafocused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1221-1230.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- Filipas, H. y Ullman, S.E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 2, pp. 347-372.
- Hervás G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Konanur, Sh., Muller, R. T, Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. M. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child Abuse & Neglect*, 50, 159-170.
- Muñoz, J.M., González-Guerrero, L., Sotoca, A., Terol, O., González, J.L. y Manzanero, A.L. (2016). La entrevista forense: obtención del indicio cognitivo en menores víctimas de abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 37 (3), 205-216.
- Muñoz, M. (2010). *Manuel Práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Madrid, España: Síntesis.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 17 (2), 191-201.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 126-133.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (1), 19-25.

- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y 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.
- Smith M.C. and M.H. Thelen, (1984) Development and validation of a test of bulimia. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *The Child Abuse Prevention and Tretarment Act, Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infant Asistance Act*.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16 (30), 451-470.
- Villarroel, A.M., (2008). *El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Webb, C., Hayes, A., Grasso, D., Laurenceau, J., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma*, 6(5), 555-562.