

Un caso de Trastorno de Estrés Postraumático en abuso sexual infantil

A case of post - traumatic stress disorder in child sexual abuse

Estefanía Igartua Escobar

Psicóloga Especialista en Maltrato y Abuso Sexual Infantil

Resumen

En este artículo se presenta el caso clínico de una mujer de 25 años que experimentó abusos sexuales por parte de su hermano, lo que desencadenó una serie de síntomas consistentes con un trastorno de estrés postraumático. A medida que avanza el tratamiento, la paciente logra abrirse y hablar sobre los abusos repetidos que sufrió durante su infancia. Esta revelación permite abordar el trabajo terapéutico para ayudarla a integrar la información en diferentes niveles: emocional, conductual, cognitivo y sensorial. De esta manera, se facilita que la paciente procese la información que había permanecido disociada debido al carácter traumático de la situación. El tratamiento utilizado fue la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, conocido como Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), realizado a lo largo de 16 sesiones con una frecuencia semanal en una consulta privada.

Palabras clave: EMDR, trastorno de estrés postraumático, abuso sexual

Abstract

This article presents the clinical case of a 25-year-old woman who experienced sexual abuse by her brother, triggering a series of symptoms consistent with post-traumatic stress disorder. As the treatment progresses, the patient is able to open up and talk about the repeated abuse she suffered during her childhood. This revelation allows therapeutic work to address integrating the information at different levels: emotional, behavioral, cognitive, and sensory. This facilitates the patient in processing the information that had remained dissociated due to the traumatic nature of the situation. The treatment used was eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), conducted over 16 sessions with a weekly frequency in a private practice.

Keywords: EMDR, post- traumatic stress disorder, sexual abuse

INTRODUCCIÓN

Los abusos sexuales en la infancia (ASI) son eventos traumáticos que dejan secuelas profundas en la vida de las personas. Estos pueden experimentar una amplia gama de síntomas físicos, emocionales y conductuales, que pueden manifestarse de manera inmediata o a lo largo del tiempo. Los síntomas comunes incluyen trastornos del sueño, pesadillas, cambios en el comportamiento, problemas de autoestima, dificultades académicas, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y problemas de relación interpersonal (Finkelhor, 1994; Putnam, 2003).

Los ASI representan una problemática grave en España, con consecuencias devastadoras para las víctimas y la sociedad. Datos oficiales revelan un preocupante panorama sobre la prevalencia de estos delitos en el país, así como su impacto en la salud mental y el bienestar de los afectados. Según estadísticas proporcionadas por el Ministerio del Interior del Gobierno de España, se observa un aumento en el número de denuncias por abusos sexuales en los últimos años. Este incremento podría ser indicativo tanto de una mayor incidencia de estos delitos como de una mayor disposición de las víctimas para reportarlos (Navarro-Mateu et al., 2016).

En las agresiones sexuales en España se ha dado una subida del 21,6 %. Esto supone haber registrado 584 delitos más en solo tres meses: de 2.698 en 2022, a 3.282. 2022 había supuesto una bajada de este tipo de delitos con respecto a los años anteriores, cuando se habían registrado 2.840 en 2020 y 3.022 en 2021 (INE, 2022). La magnitud de la violencia sexual en España es difícil de cuantificar completamente, dado el silencio que rodea a muchos de estos casos. Muchas víctimas optan por no denunciar debido al estigma social, el miedo a represalias o la falta de confianza en el sistema judicial. Esto sugiere que las estadísticas oficiales podrían subestimar la verdadera incidencia de los abusos sexuales en el país (Expósito et al., 2019; Fernández et al., 2018).

El impacto psicológico de los abusos sexuales en España es significativo, con graves consecuencias a corto, medio y largo plazo para las víctimas. Estos pueden experimentar una amplia gama de síntomas, incluyendo trastornos de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad, problemas de relación interpersonal y autoestima. Además, muchos de los efectos negativos del abuso sexual en la infancia pueden persistir hasta la edad adulta, afectando la calidad de vida y el bienestar de las víctimas a lo largo del tiempo (García-Leiva et al., 2019).

El tratamiento del TEPT vinculado al abuso sexual infantil ha sido extensamente investigado, destacando entre las intervenciones más prometedoras la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), desarrollada por Francine Shapiro en 1987. Esta terapia se fundamenta en la utilización de movimientos oculares bilaterales para facilitar el procesamiento de la información traumática almacenada en la memoria, reduciendo así la intensidad emocional de los recuerdos traumáticos y promoviendo una mejor integración de las experiencias pasadas (Shapiro, 2001).

La magnitud de la violencia sexual a nivel mundial es difícil de determinar debido al silencio de las víctimas y a la ocultación de estos crímenes por parte de las familias y la sociedad. En España, se ha observado un aumento en las denuncias por abuso sexual, lo que puede deberse tanto a un incremento en su comisión como a una mayor disposición de las víctimas para denunciar (Cereceda et al., 2018).

La investigación revela que las personas que han sufrido ASI tienen un mayor riesgo de ser revictimizadas en el futuro, con casi la mitad de los sobrevivientes de ASI experimentando abuso sexual nuevamente. El TEPT es común entre las víctimas de abuso sexual infantil, con una prevalencia que a menudo supera el 50%, siendo el EMDR uno de los tratamientos más innovadores y eficaces para este trastorno. Sin embargo, no todas las víctimas desarrollan este trastorno, ya que diversos factores individuales y contextuales influyen en su desarrollo y manifestación (Walker et al., 2017).

Muchos de los efectos iniciales del ASI pueden persistir a lo largo de la vida, mientras que otros pueden minimizarse, desaparecer o reaparecer en momentos específicos del desarrollo. En la práctica clínica, es común que pacientes que fueron abusados en la infancia presenten patologías años después en la edad adulta, un fenómeno denominado "efectos latentes del abuso sexual infantil" (Kendall-Tackett et al., 1993).

El rol del terapeuta en el proceso de tratamiento con la terapia EMDR implica facilitar la reintegración de la información relacionada con los ASI en sus diferentes dimensiones: emocional, conductual, sensorial y cognitiva. A través de la aplicación de movimientos oculares bilaterales u otras técnicas de reprocesamiento, se permite al paciente estimular sus propios recuerdos en aras de la curación. Este enfoque terapéutico no solo aborda la dimensión psicológica del trauma, sino que también ofrece al paciente acceso a otros elementos presentes en la escena del abuso, como olores, condiciones de luz, emociones, comportamientos, pensamientos y una variedad de estímulos sensoriales, lo que enriquece el proceso de recuperación de manera holística.

A continuación, se presenta el caso clínico y se explica el tratamiento EMDR en un caso de ASI.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 25 años acude a consulta psicológica debido a una historia compleja de abuso sexual infantil perpetrado por su hermano. A pesar de haber sufrido durante años este abuso, Paula se enfrenta a sentimientos intensos de ira, culpa, vergüenza y autoacusación, además de experimentar síntomas persistentes de trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y trastornos alimentarios.

La falta de apoyo familiar y las amenazas de violencia por parte de otros miembros de la familia agravan aún más su situación. Como resultado, Paula enfrenta desafíos en su autoestima, identidad, asertividad y confianza, lo que contribuye a un ciclo de comportamientos autodestructivos, incluido el abuso de sustancias e ideación suicida

DATOS PERSONALES

La mujer, a la que llamaremos Paula, reside en un apartamento en el centro de Madrid desde hace 5 años. Está casada desde los 24 años con Javier, de 36 años, quien trabaja como abogado en una firma importante de la ciudad. Se conocieron durante la universidad y mantienen una relación estable desde entonces. Tienen dos hijos, Martín de 5 años y Laura de 3 años, con quienes viven en su hogar.

Los padres Paula a viven también en Madrid. Su madre, de 59 años, ha sido ama de casa dedicada al cuidado del hogar y de la familia. Su padre, de 62 años, es arquitecto y ha trabajado en su propia empresa durante toda su carrera profesional. Paula tiene una buena escasa relación con su familia nuclear y extensa.

Paula completó sus estudios de Bachillerato y luego realizó un curso de Secretariado Administrativo. Ha tenido empleos temporales, el último como asistente administrativa en una empresa de consultoría durante dos años, trabajo que dejó al enterarse de su embarazo con su segunda hija hace aproximadamente 3 años.

Antecedentes personales

Hace unos años, Paula estuvo en tratamiento psiquiátrico debido a un trastorno de ansiedad con agorafobia. Durante ese tiempo, recibió medicación con antidepresivos y benzodiazepinas para controlar los síntomas. Explica que se sentía abrumada por pasar largas horas fuera de casa debido a sus extensos horarios laborales. Paula relata que los síntomas desaparecieron de manera espontánea después de dejar su trabajo, momento en el que también decidió suspender el tratamiento farmacológico. En la Historia Clínica consta que dejó de asistir a las citas médicas sin previo aviso.

No padece enfermedades crónicas y se percibe a sí misma en buen estado de salud física. Niega el consumo de sustancias tóxicas. En cuanto a su personalidad, Paula se describe como una persona reservada que no disfruta del contacto físico y tiene dificultades para mostrar amabilidad y simpatía hacia los demás. A pesar de esto, durante las consultas médicas se muestra colaboradora, adecuada y con un estilo afectuoso durante toda la entrevista.

Antecedentes familiares

En la primera consulta, la paciente niega tener antecedentes familiares relevantes. Sin embargo, durante la segunda entrevista, menciona brevemente a un tío materno (hermano menor de su madre) que ha tenido problemas con el consumo de sustancias y con la ley. No está segura si recibió tratamiento por estos problemas. La paciente señala que no ha tenido contacto con él ni con su familia de origen en los últimos 4 años, después de una fuerte disputa familiar debido a un presunto robo cometido por él.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Sesiones 1-2

Evaluación

En las dos primeras sesiones, nos enfocamos en evaluar y comprender la situación de la paciente. Se le explicó el marco terapéutico en el contexto, acordando que sería atendida una vez a la semana. La paciente aceptó este acuerdo.

Paula compartió el motivo de su consulta de la siguiente manera:

" Vivo en un barrio tranquilo, por lo que suelo caminar hasta el gimnasio que quedaba a unas cuantas calles. Aquella tarde, después de terminar mi rutina de ejercicio, salí del gimnasio y me detuve en una tienda para comprar algo de agua. Mientras estaba en la fila para pagar, un hombre joven se me acercó. Tenía un aspecto descuidado, con ropa raída y desgastada, y parecía bastante más alto que yo. Comenzó halagando mi físico, algo que no solía escuchar desde hacía tiempo. Agradecí el cumplido de manera cortés, tratando de ser amable. Pero entonces, el hombre empezó a hacer comentarios inapropiados sobre mi apariencia física, y me sentí incómoda. Intente ignorarlo y continuar mi camino, pero el hombre me siguió, y me sintió cada vez más intranquilo, nerviosa, con miedo y sin saber cómo detenerlo.. Traté de sonreír y seguir mi camino, pero él me seguía, y no sabía que hacer".

Durante la narración, Paula comenzó a llorar y a justificar su forma de vestir. Se mostraba confundida y bloqueada al relatar ciertas partes de la experiencia. Describió cómo se sintió incapaz de reaccionar adecuadamente y se preguntaba por qué el agresor no terminó asaltándola. Atribuía parcialmente esto a la aparición de unas personas, quienes la acompañaron a la comisaría para interponer una denuncia.

Paula manifestó sentirse cuidada y apoyada por las personas y profesionales que la ayudaron durante este proceso. Sin embargo, con su familia y algunos amigos, experimentaba invalidación emocional. Le cuestionaban su falta de reacción defensiva y minimizaban su sufrimiento, lo que aumentaba su confusión y sentimientos de responsabilidad. Durante la consulta, Paula mostró dificultades para comprender completamente la intencionalidad perversa del agresor y para entender sus propias reacciones. Se alternaban pensamientos contradictorios sobre su responsabilidad y la situación vivida, lo que reflejaba su estado emocional complejo y confuso.

En la segunda sesión, se estableció un ambiente de confianza y seguridad para facilitar la expresión de sus emociones y experiencias. Se adoptó una actitud empática y comprensiva, brindando apoyo emocional. Paula compartió sus sentimientos de ansiedad y confusión desde que se convirtió en madre por primera vez. Explicó que el nacimiento de su hijo desencadenó una serie de recuerdos dolorosos relacionados con abusos que había sufrido cuando era niña por parte de su hermano. Estos recuerdos surgieron de manera inesperada y perturbadora, afectando su bienestar emocional y su capacidad para cuidar de su bebé.

Durante la sesión, Paula describió cómo los recuerdos de los abusos pasados surgieron de manera repentina y abrumadora, generando sentimientos de culpa, vergüenza y miedo. Expresó su

preocupación por el impacto que estos recuerdos podrían tener en su relación con su hijo y en su capacidad para ser una madre amorosa y protectora. Se escuchó atentamente las experiencias de Paula, validando sus emociones y ofreciendo un espacio seguro para que pudiera expresarse. Se exploraron los desencadenantes específicos que habían provocado estos recuerdos traumáticos, así como las estrategias de afrontamiento que Paula había utilizado hasta el momento para hacer frente a sus emociones abrumadoras.

Se evaluó el nivel de apoyo social y familiar de Paula, así como cualquier recurso o red de apoyo externo que pudiera beneficiarla en su proceso de recuperación. Se discutieron las opciones de tratamiento y se acordó proceder con EMDR.

Sintomatología

Síntomas de intrusión:

- Recuerdos intrusivos del abuso experimentado, que causan angustia y activan una respuesta emocional intensa.
- Malestar psicológico significativo, incluyendo síntomas de ansiedad y reacciones de sobresalto ante estímulos que les recuerdan el trauma.
- Estado de ánimo negativo persistente, con sentimientos de tristeza, desesperanza y vacío emocional.
- Dificultad para conectar con emociones positivas, lo que lleva a una incapacidad para disfrutar de momentos felices con la familia, especialmente con sus hijos, generando una sensación de inadecuación en el rol materno.
- Sentimientos de culpa y autoincriminación relacionados con el abuso pasado.
- Hipervigilancia constante sobre la seguridad de los hijos, con preocupaciones excesivas sobre su bienestar y miedo a que puedan sufrir algún tipo de daño.
- Dificultades para conciliar el sueño o mantener el sueño debido a pensamientos intrusivos o pesadillas relacionadas con el trauma.

Síntomas disociativos:

- Despersonalización: Sentimientos de estar separado de sí mismo, como si estuviera viendo la vida desde fuera de su cuerpo. Puede sentirse desconectado de sus emociones, pensamientos y sensaciones físicas.
- Desrealización: Percepción alterada del entorno, donde todo parece irreal, distorsionado o extraño. Se siente como si estuviera viviendo en un sueño o en un estado de neblina.
- Amnesia disociativa: Pérdida de memoria parcial o total de eventos traumáticos pasados o incluso de eventos cotidianos. Tiene lagunas en la memoria sobre los abusos sufridos, especialmente si fueron reprimidos durante mucho tiempo.
- Flashbacks disociativos: Experiencias repentinas y abrumadoras en las que la persona siente que está reviviendo los eventos traumáticos del pasado. Vive y siente los eventos traumáticos como si estuvieran ocurriendo en el momento presente.

- Confusión de identidad: Duda sobre quién es y tiene la sensación de tener múltiples identidades o personalidades dentro de sí misma. Luchas internas sobre la propia identidad y la autoimagen.
- Trastorno de identidad disociativo (TID): presencia de dos o más identidades o estados de personalidad distintos dentro de una persona. Estas identidades pueden tener diferentes nombres, edades, géneros, voces y recuerdos.
- Fuga disociativa: Episodios en los que Paula se encuentra en un lugar desconocido sin poder recordar cómo llegó allí. Puede estar asociado con un impulso repentino de escapar de la realidad o de la situación actual.
- Sensaciones físicas disociativas: Sentimientos de entumecimiento, hormigueo, flotación o sensación de estar separado del cuerpo físico. Desconexión entre la mente y el cuerpo, lo que dificulta la capacidad de sentir o procesar emociones.

Síntomas de evitación:

- Evitación de situaciones o lugares que recuerden al abuso: Paula evita lugares o situaciones que le recuerden los momentos de abuso, como la casa y las reuniones familiares.
- Evitación de conversaciones sobre el pasado: evitar hablar sobre su infancia o sobre su relación con su hermano por temor a revivir recuerdos dolorosos o a desencadenar emociones intensas.
- Evitación de la intimidad con la pareja: Paula experimenta dificultades para intimar con su pareja debido a la asociación entre la intimidad y los recuerdos traumáticos del abuso.
- Evitación de cuidar al bebé en ciertas circunstancias: Experimenta ansiedad y estrés al cuidar a sus hijos en situaciones que recuerden el abuso, como bañarlo o cambiarle el pañal.
- Evitación de ciertos comportamientos parentales: Se siente insegura e incapaz de realizar ciertos comportamientos parentales por miedo a repetir el ciclo de abuso o a no ser capaz de proteger a sus hijos de la misma manera que ella no fue protegida.
- Evitación de establecer vínculos emocionales: Experimentar dificultades para establecer vínculos emocionales con sus hijos debido a la asociación entre el cuidado infantil y el trauma pasado.

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

- Escala de trauma de Davidson traducida al castellano por Bobes et al. (1999). Se trata de una escala autoadministrada de 17 ítems, que intenta evaluar la presencia de síntomas de estrés postraumático. Valora la frecuencia y la gravedad de los síntomas en una escala que va de 0 a 4. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV. El rango total de la escala va del 0 al 136. A mayor puntuación mayor severidad y frecuencia. Los autores proponen como punto de corte los 40 puntos. La paciente presentaba una frecuencia de 70 y una gravedad de 89.

El diagnóstico según el DSM- 5 (APA, 2013) fue de trastorno de estrés postraumático (F43.10), es decir, de duración superior a un mes Y cumplir con todos los síntomas necesarios para poder hacer este diagnóstico.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Durante las primeras entrevistas, se observó que la paciente se encontraba receptiva y dispuesta a participar activamente en el proceso terapéutico. Expresó su deseo de recibir ayuda y mostró una actitud de apertura hacia la psicoterapia, percibiendo las sesiones como un espacio seguro y libre de juicios. Los objetivos terapéuticos principales acordados mutuamente son los siguientes:

- Abordar y procesar el trauma del abuso experimentado por parte de su hermano, permitiendo la expresión y validación de las emociones asociadas a esos recuerdos angustiantes.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad y el malestar psicológico asociados con los síntomas de intrusión, como la hipervigilancia y los recuerdos intrusivos.
- Fomentar la reconexión con emociones positivas y la capacidad de disfrutar de la relación con su familia, promoviendo así un sentido de cumplimiento en su rol materno.
- Trabajar en la construcción de relaciones saludables, superando los temores y la autoincriminación relacionados con el abuso pasado y promoviendo un vínculo seguro y afectuoso.
- Identificar y abordar los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que crean dificultades para conciliar el sueño y mantener una calidad de sueño adecuada.
- Proporcionar herramientas para manejar la evitación de situaciones relacionadas con el trauma y fomentar la adaptación a la vida diaria sin ser limitada por las experiencias pasadas.
- Fomentar el autocuidado y la autoestima, ayudando a la paciente a desarrollar habilidades de autorregulación emocional.

Estos objetivos se establecieron con su colaboración y se adaptaron según las necesidades individuales y el progreso en su tratamiento. La meta principal fue facilitar la recuperación del trauma pasado y promover el bienestar emocional y el crecimiento personal en su rol como madre.

PLAN DE TRATAMIENTO

Sesión 3

Preparación

Después de evaluar el caso y llegar a un acuerdo mutuo sobre los objetivos terapéuticos, se optó por el tratamiento con EMDR. Este enfoque, validado y desarrollado por Shapiro (1995-2002), cuenta con una sólida base científica que respalda su aplicación dentro del marco del Sistema Nacional de Salud en nuestro país. Además, el EMDR ha sido incluido en la guía de la Organización Mundial de la Salud como la primera opción de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en adultos, niños y adolescentes (OMS, 2013).

La paciente fue debidamente informada sobre el funcionamiento de la técnica y el contexto terapéutico necesario. Dada la gravedad de sus síntomas y la necesidad de aumentar la frecuencia de las sesiones para lograr una efectividad óptima del tratamiento con EMDR, se acordó un plan de tratamiento más intensivo.

Se explicó detalladamente el procedimiento a seguir, incluyendo las opciones de estimulación ocular, auditiva o táctil. Debido a la reticencia de la paciente hacia el contacto físico, se decidió llevar a cabo la estimulación ocular, que es la modalidad con mayor respaldo científico.

Con el fin de brindarle mayor sensación de control durante el proceso terapéutico, se estableció la implementación de un "lugar seguro". Se acordó que este lugar no incluiría la presencia de personas, ya que esto podría generar ambivalencia emocional. La paciente eligió un cálido día en la montaña como su lugar seguro, realizando una ruta en la sierra de Madrid.

Se informó a la paciente sobre la posibilidad de que surjan recuerdos durante el período entre sesiones, ya sea en forma de flashbacks, pesadillas u otras manifestaciones de reexperimentación del trauma. También se le explicó que es normal experimentar sensaciones internas y síntomas somáticos, como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales o fatiga intensa, los cuales pueden ser más intensos inmediatamente después de la sesión y disminuir con el tiempo. Se enfatizó la importancia de normalizar estas experiencias y se alentó a la paciente a registrarlas para abordarlas en sesiones futuras.

Sesión 4

Evaluación

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

Como imagen la paciente eligió la situación angustiante donde su hermano se encontraba sola en casa con ella y este la abordó de manera agresiva. Paula se vio atrapada en una esquina de la habitación mientras su hermano la sujetaba con fuerza, impidiéndole moverse. En ese momento, él comenzó a realizar tocamientos no deseados y a proferir amenazas, creando un ambiente de terror e indefensión para Paula, quien se sintió completamente vulnerable y sin escapatoria.

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

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

La paciente eligió:

1. Autoconcepto:

- "No merezco ser amada."
- "Soy una mala persona."

- "No valgo nada."
- 2. Falta de seguridad:
 - "Estoy en peligro."
 - "No sé defenderme."
 - "No puedo confiar en nadie."
 - "No soy segura."
- 3. Falta de control/elección:
 - "No tengo el control."
 - "No puedo cambiar nada."
 - "No puedo escapar."
 - "No logro tener lo que quiero."

Finalmente, Paula decidió centrarse en la cognición "soy una mala persona". Como creencia positiva decide implementar, "no soy una mala persona". Esta cognición se elige para que sustituya a la negativa durante la fase de instalación. Ambas cogniciones tienen que ser evaluadas:

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

Se exploró la emoción vinculada a la imagen traumática, "pánico, indefensión, rabia y miedo" y eligió el estómago como la zona corporal en la que aparece mayor tensión.

Sesión 5

Desensibilización

En esta fase, se introduce el uso del EMDR como técnica terapéutica después de las etapas preparatorias anteriores. El objetivo principal es desensibilizar las emociones y sensaciones angustiosas que han sido identificadas previamente mediante la escala SUD.

Durante esta etapa, se abordan todos los recuerdos, cogniciones y emociones que puedan surgir a lo largo del proceso terapéutico. A medida que avanza el tratamiento, es posible que aparezcan situaciones traumáticas más centrales que las inicialmente seleccionadas por el paciente. Esto es lo que ocurre en el caso de Paula, como se detallará más adelante. El propósito es reducir la perturbación asociada a estos recuerdos y emociones, facilitando así la integración de los eventos traumáticos.

El terapeuta guía a la persona a través de una serie de movimientos oculares hasta que su nivel SUD se reduce a 0 (o en ciertos casos, a 1 o 2 si alcanzar el 0 resulta complicado).

Paula eligió la situación descrita durante la etapa de preparación. Después de completar la primera serie de movimientos oculares, se solicitó feedback para recoger las primeras impresiones. Paula mencionó sentirse muy angustiada y recordar varios detalles de la escena que anteriormente no recordaba, como la mirada y el olor del agresor. Se continuó con varias series más de

estimulación bilateral ocular, realizando más de 10 en total, hasta que el nivel SUD bajó a 2.

Durante la fase de estimulación, existen varios indicadores que sugieren que el reprocesamiento está teniendo lugar de manera adecuada:

- Se observa una progresiva disminución del nivel de ansiedad, lo cual es perceptible para el terapeuta. En el caso de Paula, se pudo notar una menor tensión en los músculos, especialmente en el rostro, una respiración más tranquila y una postura corporal más relajada. Esto fue confirmado por la paciente al evaluar el nivel SUD.

- Se produce una modificación en la experiencia emocional, con emociones que no generan tanta perturbación como en un principio.

- Paula recuerda aspectos que no estaban presentes en la escena inicial, lo que gradualmente difumina esa escena e incluso puede cambiarla.

- Otro indicador de que el reprocesamiento está teniendo lugar de manera adecuada es la aparición de experiencias de insight al relacionar información previamente fragmentada.

En esta etapa, la mayor parte del trabajo recae en el paciente, ya que el terapeuta se abstiene de hacer interpretaciones o aportaciones al relato. Su función consiste en animar al paciente a continuar con la tarea y evitar interferir o bloquear el proceso, permitiendo que la mente del paciente fluya libremente.

Instalación

En esta etapa, el objetivo es consolidar la cognición positiva con la escena recientemente desensibilizada. Idealmente, si la escena ha sido desensibilizada de manera efectiva y la cognición positiva ha sido seleccionada adecuadamente, esta fase debería ser breve.

El procedimiento es similar al de la fase de desensibilización. Se le solicita a la paciente que recuerde la escena original y que repita la cognición positiva elegida por ella, que en nuestro caso fue "Soy una persona valiosa y digna de amor."

Cierre

Después de varias sesiones de terapia utilizando la técnica de EMDR, Paula logra completar con éxito el procesamiento de un evento traumático en el que fue agredida por su hermano. Durante la última sesión, se centró en una imagen específica del evento mientras recibía la estimulación bilateral. Con el apoyo del terapeuta, Paula pudo desensibilizar las emociones asociadas y reestructurar las cogniciones negativas en positivas. Una vez que el procesamiento se completó satisfactoriamente, se sugirió realizar un escaneo corporal para ayudar a Paula a conectar con las sensaciones físicas presentes en su cuerpo en el momento presente. Paula cerró los ojos y se concentró en explorar cómo se sentía en su cuerpo, sin prestar atención a las imágenes traumáticas que habían sido desensibilizadas durante la sesión.

Mientras realizaba el escaneo corporal, Paula notó sensaciones de tensión en los hombros y el pecho, pero también sintió una sensación de relajación en el abdomen y las piernas. A medida que continuaba enfocándose en las sensaciones físicas, las imágenes del evento traumático se

desvanecieron gradualmente de su mente, dejando espacio para una sensación de calma y tranquilidad. Al finalizar la sesión, Paula expresó sentirse más en control de sus emociones y más conectada con su cuerpo. Se elogiaron sus avances y juntos reflexionamos sobre cómo Paula podría aplicar las habilidades aprendidas en su vida diaria para seguir avanzando en su proceso de recuperación.

Sesión 6

En la siguiente sesión de terapia, el enfoque principal fue realizar un escaneo corporal con Paula para explorar las sensaciones físicas presentes en su cuerpo y abordar las posibles somatizaciones relacionadas con el malestar emocional. Desde el inicio de la sesión, Paula expresó sentir molestias en diversas partes de su cuerpo, como tensión en la espalda y el cuello, así como dolores en el piernas y la manos.

Se reconoció la importancia de abordar estas molestias físicas, ya que son indicadores de cómo el cuerpo puede manifestar el malestar emocional experimentado por Paula. Se decide llevar a cabo tandas cortas de estimulación bilateral para fortalecer el proceso y aumentar la tolerancia de Paula a las sensaciones corporales incómodas.

Durante las primeras tandas cortas, Paula se esforzó por mantenerse centrada en las sensaciones físicas mientras recibía la estimulación bilateral. A medida que avanzaba la sesión, se observó una disminución gradual en la intensidad de las molestias físicas de Paula.

Después de varias tandas cortas, el terapeuta y Paula notaron que las molestias físicas comenzaron a disminuir significativamente. Se decidió entonces continuar con tandas más largas de estimulación bilateral para consolidar los avances realizados y asegurarse de que las molestias desaparecieran por completo.

Con cada tanda larga, Paula informaba una disminución adicional en las molestias físicas, lo que indicaba un progreso continuo en el procesamiento de las emociones subyacentes. Finalmente, después de varias tandas largas, Paula reportó que las molestias físicas habían desaparecido por completo.

Sesión 7 y 8

Paula compartió nuevos recuerdos relacionados con los múltiples abusos y maltratos sufridos por parte de su hermano. El recuerdo detallado incluyó situaciones de abuso emocional y físico que dejaron una profunda huella en Paula:

Paula recordó vívidamente cómo su hermano solía amenazarla repetidamente con consecuencias devastadoras si ella revelaba los abusos. Las palabras hirientes y las expresiones de violencia verbal crearon un ambiente de miedo constante en el hogar de Paula, haciéndola sentir atrapada y sin salida. Describió cómo su hermano la golpeaba y empujaba con fuerza durante los momentos de ira descontrolada. Recuerda sentir el dolor físico de los golpes y los moretones que

quedaban como testigos silenciosos de su sufrimiento. Estos actos de violencia dejaron cicatrices tanto físicas como emocionales en Paula, erosionando su autoestima y su sensación de seguridad. Ella relató cómo su hermano ejercía un control excesivo, dictando qué podía hacer, decir o incluso pensar. Sentía que su libertad y autonomía estaban constantemente amenazadas, lo que la dejaba sintiéndose impotente y sin control sobre su propia vida. La paciente recordó situaciones en las que su hermano la humillaba públicamente, exponiendo sus vulnerabilidades y debilidades ante otras personas. Estas experiencias dejaron a Paula sintiéndose avergonzada y despreciada, alimentando su creencia de que no era digna de amor o respeto.

Estos son solo algunos de los eventos traumáticos que Paula revivió durante la sesión de terapia, cada uno dejando una marca indeleble en su memoria y en su bienestar emocional. A través del proceso terapéutico, ella buscaba sanar estas heridas y encontrar la fortaleza para construir una vida libre de abuso y violencia.

Durante la sesión 8, Paula de nuevo narra los recuerdos del maltrato de su hermano, describe cómo se sintió cuando su hermano regresaba a vivir a casa de sus padres y ella tenía que verlo de manera obligada en reuniones familiares. Explica cómo esto afectaba a su sintomatología y desencadenaba una serie de síntomas somáticos y emocionales. Ella relata cómo la presencia de su hermano en casa desencadenaba en ella una sensación de malestar profundo. Describe cómo los dolores de cabeza se volvían más frecuentes e intensos, acompañados de una opresión en el pecho que le dificultaba respirar. Explicará cómo estas manifestaciones físicas se intensificaban cada vez que tenía que enfrentarse a su hermano en diferentes eventos, generando una sensación de ansiedad y angustia abrumadora.

Paula también menciona cómo la aparición de su hermano desencadenaba síntomas de evitación y reexperimentación. A pesar de sentirse entusiasmada con su nuevo trabajo, experimentaba dificultades para relacionarse con los hombres en el ámbito laboral, sintiendo una ansiedad extrema ante su presencia. Describiría cómo incluso hombres que no se parecían físicamente a su agresor desencadenaban en ella una sensación de bloqueo y evitación, lo que dificultaba su desempeño laboral y generaba conflictos internos.

En este contexto, eligió una escena en la que sonreía a su hermano mientras este la decía lo guapa que estaba en su graduación, seleccionando la cognición negativa "le provoqué" y la creencia positiva "no fui mi culpa" como parte del proceso de desensibilización y reestructuración cognitiva en terapia.

Sesión 9 y 10

En la sesión posterior, Paula relata cómo un encuentro fortuito con su hermano desencadenó una agudización de su sintomatología. A pesar de sus esfuerzos por exculpar a su agresor, reconocería que este encuentro reavivó emociones de asco y miedo, haciendo que se cuestionara sus propios recuerdos y percepciones del pasado.

Relata con detalle su experiencia de convivir con su agresor en casa hasta que finalmente se fue. Explica cómo cada día era una lucha interna entre el miedo y la necesidad de enfrentarme a la

situación. Cuenta cómo se sentía constantemente vigilada y vulnerable en presencia de su hermano, cómo cada movimiento era meticulosamente calculado para evitar cualquier interacción que pudiera desencadenar recuerdos dolorosos. Cada momento en la casa se convertía en una fuente de ansiedad y tensión, y el miedo a los posibles encuentros con su hermano se apoderaba de ella. Detalla cómo el ambiente familiar se volvía cada vez más opresivo con la presencia de mi hermano, cómo las reuniones en la mesa se volvían silenciosas y tensas, y cómo cualquier gesto o palabra podía ser interpretado erróneamente, desencadenando conflictos y emociones desbordantes que sus padres no lograban comprender.

Su malestar se intensifica al recordar los momentos de abuso y maltrato que experimento a manos de su hermano en esa misma casa, y cómo esos recuerdos se entrelazaban con la realidad presente, haciendo que se sienta atrapada en un ciclo interminable de dolor y sufrimiento.

A medida que narrara mi experiencia, expresa su profundo dolor por tener que convivir con su agresor, cómo cada día era una lucha para mantenerse firme y protegerse. Su relato está impregnado de emociones intensas y conflictivas, reflejando el profundo impacto psicológico y emocional que los abusos sexuales tuvieron y tienen en su vida.

Después de que Paula revelara el abuso por parte de su hermano, la situación en su hogar se volvió caótica. Sus padres, abrumados por la noticia, tomaron la decisión de expulsar a ambos hijos de la casa. Este evento dejó a Paula sintiéndose incomprendida, rechazada, devastada y traicionada, y marcó el comienzo de una nueva y dolorosa etapa en su vida.

“Recuerdo claramente el día en que todo cambió. Fue como si el suelo se hubiera abierto bajo mis pies y me hubiera tragado. La tensión en casa era palpable, cuando finalmente reuní el valor para contarles a nuestros padres lo que estaba sucediendo, su reacción fue más allá de lo que esperaba. No podían creerlo. Sus rostros pasaron de la incredulidad al horror en cuestión de segundos. La situación les superó por completo, y yo me sentí completamente desamparada. Fue un torbellino de emociones. Mis padres ahora estaban abrumados por la magnitud de la revelación. Me miraban con ojos llenos de dolor y confusión, como si no supieran cómo procesar lo que les estaba contando. La decisión llegó abruptamente. Sin apenas tiempo para asimilar lo que estaba sucediendo, nos dijeron que debíamos irnos. Mi agresor y yo, expulsados de casa en un abrir y cerrar de ojos. Fue como un golpe en el estómago, dejándome sin aliento y sin palabras. Guardé mis cosas en un estado de shock, sintiendo el peso del dolor y sin entender nada. El silencio en la casa era ensordecedor, roto por el sonido de los sollozos ahogados de mis padres y mis propias lágrimas. Salir por esa puerta fue como dejar atrás mi vida entera. Todo lo que conocía, todo lo que amaba, se desvaneció. Fue una despedida dolorosa, marcada por el peso abrumador de la traición, el abandono y el rechazo. Desde entonces, esa imagen ha quedado grabada en mi mente como una herida que no cicatriza. El día en que mis padres me echaron de casa, el día en que perdí a mi familia.”

Sesiones 11 y 12

Paula comparte un sueño recurrente que ha estado teniendo últimamente durante nuestras sesiones. En el sueño, se encuentra atrapada en una habitación oscura y claustrofóbica, con paredes que parecen cerrarse sobre ella. A lo lejos, puede escuchar la voz de su hermano, quien la persigue y la amenaza con hacerle daño. A medida que intenta huir, siente una sensación abrumadora de impotencia y desesperación. El sueño provoca en Paula una intensa ansiedad y miedo, reviviendo los sentimientos de vulnerabilidad y trauma asociados con los abusos que sufrió a manos de su hermano. Otro de sus sueños que se repetía era uno donde la paciente se encontraba caminando por un sendero oscuro y desolado en medio de un bosque espeso. A su alrededor, los árboles parecían retorcerse y moverse de manera amenazante, creando sombras inquietantes que la rodean. A medida que avanzaba, sentía una creciente sensación de miedo y ansiedad, como si algo estuviera acechándola desde las sombras. A pesar de sus esfuerzos por escapar, el sendero parecía interminable y cada vez se vuelve más angosto, dificultando su avance. Paula se sentía atrapada en medio de la oscuridad del bosque, con una sensación de desesperación, soledad y vulnerabilidad. Este sueño refleja el temor y la sensación de estar perdida que Paula experimenta en relación con su pasado traumático, donde no fue escuchada ni comprendida y ahora hace que se sienta indefensa y piense que no podrá ser buena madre.

Sesiones 13 y 14

En la 13 sesión, Paula llega con una actitud más tranquila y relajada. Comparte que ha notado algunos cambios positivos en su día a día desde la última sesión. Describe que ha experimentado menos ansiedad en situaciones que solían desencadenarle malestar, como estar rodeada de hombres en su entorno laboral. Paula menciona que ha logrado mantenerse más centrada y calmada frente a estas situaciones, lo cual le ha permitido desempeñarse mejor en su trabajo y sentirse más segura de sí misma.

Durante la sesión, Paula explica cómo ha estado implementando algunas técnicas de relajación y mindfulness que aprendió en sesiones anteriores. Comenta que ha encontrado útiles estas estrategias para gestionar su ansiedad y regular sus emociones en momentos de estrés.

Además, Paula comparte que ha tenido menos pesadillas relacionadas con su pasado traumático en las últimas semanas. Se siente aliviada por esta mejora, ya que las pesadillas solían perturbar su sueño y afectar su bienestar emocional.

En la 14 sesión, Paula comparte emocionada cómo ha notado una mejora significativa en su relación con su esposo y sus hijos. Describe que, gracias al trabajo realizado en terapia, ha logrado establecer límites saludables y comunicarse de manera más efectiva con su familia. Ella explica que antes solía sentirse abrumada y resentida con su esposo por no comprender completamente sus necesidades emocionales y por no ofrecer el apoyo que ella esperaba. Sin embargo, recientemente ha notado un cambio positivo en su dinámica de pareja. Ha aprendido a expresar sus emociones de manera clara y asertiva, lo que ha facilitado una comunicación más abierta y empática entre ambos.

Además, la paciente menciona que ha sido capaz de dedicar más tiempo y energía a sus hijos, sintiéndose más conectada y presente con ellos. Ha aprendido a manejar mejor su ansiedad y a evitar proyectar sus propias experiencias traumáticas en su relación con sus hijos. Como resultado, ha notado una mejora en la calidad de su vínculo con ellos y en su capacidad para disfrutar de momentos de alegría y conexión en familia.

Se elogia su esfuerzos y felicita por los avances logrados en su vida personal. Se exploran estrategias adicionales para fortalecer aún más sus relaciones familiares y promover un ambiente de apoyo y comprensión mutua en el hogar.

Sesiones 15 y 16

Paula relata durante las últimas sesiones cómo ha experimentado una notable disminución en sus síntomas, especialmente en lo que respecta a la sensación de reexperimentación y dolor estomacal. Comenta que, desde que comenzó el tratamiento, ha notado una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los recuerdos intrusivos relacionados con los abusos sexuales y el maltrato del pasado. Antes solía sentirse abrumada por imágenes y pensamientos recurrentes que la transportaban de vuelta a situaciones traumáticas, pero ahora estos episodios se dan con poca frecuencia y no son perturbadores.

Además, Paula menciona que ha logrado manejar mejor su tristeza y su tendencia a experimentar cambios bruscos de humor. Antes se sentía fácilmente frustrada y triste, pero ahora se siente más equilibrada emocionalmente y capaz de gestionar sus emociones de manera más constructiva. Ha aprendido técnicas de regulación emocional que le permiten mantener la calma en situaciones estresantes y responder de manera más tranquila.

En cuanto a la tensión muscular, Paula comenta que ha notado una notable mejoría en su bienestar físico. Anteriormente, solía experimentar rigidez muscular y dolor crónico, especialmente en el cuello y dolor en el estómago, como resultado del estrés y la ansiedad acumulados. Sin embargo, gracias a la terapia y a la práctica regular de técnicas de relajación, como la respiración profunda y el yoga, ha logrado aliviar la tensión en su cuerpo y reducir la frecuencia de los episodios estos dolores. Se siente más flexible y ágil, y disfruta de una mayor sensación de bienestar físico.

Sesión 17 y 18

Paula comparte durante la sesión que ha tomado la decisión de mudarse a un nuevo lugar para alejarse de su hermano y así poder disfrutar plenamente de su vida junto a su esposo y sus hijos. Explica que esta mudanza representa un paso importante en su proceso de recuperación y autocuidado, ya que le brindará un ambiente más seguro y tranquilo donde pueda reconstruir su vida sin la presencia y el recuerdo del trauma causado por su hermano.

Aunque la terapia tuvo que suspenderse debido a circunstancias externas, se reconocen y aprecian los beneficios que han surgido de las sesiones de EMDR llevado a cabo hasta ese momento. Paula notó una notable mejoría en varios aspectos de su vida después de comenzar el tratamiento con EMDR. Experimentó una disminución significativa en los síntomas de ansiedad, intrusión traumática e irritabilidad que solía experimentar con frecuencia. Se sintió más tranquila, centrada y en control de sus emociones, lo que le permitió enfrentar los desafíos diarios con mayor calma y resiliencia.

Además, la paciente notó una reducción en la frecuencia e intensidad de los recuerdos traumáticos relacionados con su hermano y el maltrato que sufrió. Antes de comenzar la terapia, estos recuerdos solían invadir su mente de manera intrusiva, desencadenando fuertes reacciones emocionales y físicas. Sin embargo, gracias al proceso de desensibilización llevado a cabo con EMDR, Paula pudo procesar y digerir esos recuerdos de manera más saludable, lo que resultó en una disminución de su angustia. También, Paula comenzó a notar una mejora en su relación con su esposo e hijos. Se sentía más presente y conectada con su familia, podía disfrutar de momentos de calidad con ellos sin que los síntomas del trauma intervinieran en sus relaciones. Esta mayor estabilidad emocional y bienestar contribuyó a fortalecer los lazos familiares y a crear un ambiente más afectivo y tranquilo en el hogar.

Al hablar sobre su esposo e hijos, Paula expresa un profundo agradecimiento por su apoyo incondicional a lo largo de su proceso de sanación.

Describe cómo su relación con su marido se ha fortalecido al atravesar juntos los desafíos y las dificultades, y cómo su amor y comprensión han sido fundamentales para su recuperación emocional. Además, destaca el papel vital que juegan sus hijos, proporcionándole alegría, motivación y una razón para seguir. Paula se muestra emocionada y optimista ante esta nueva etapa, con esperanza y expectativas positivas.

RESULTADOS

Después de la terapia, los resultados de la Escala de Trauma de Davidson, traducida al castellano por Bobes et al. (1999), muestra una mejora significativa en los síntomas de estrés postraumático. Se observa una reducción en la gravedad de los síntomas, incluyendo una disminución en la frecuencia e intensidad de los flashbacks, una mejora en los comportamientos de evitación relacionados con el trauma, y una disminución en la hipervigilancia y la reactividad exagerada.

Paula también muestran un aumento en el funcionamiento global, lo que se refleja en una mejor capacidad para participar en actividades diarias y mantener relaciones interpersonales saludables. Estos resultados indican una notable mejoría en el bienestar físico, emocional y en el funcionamiento de las diferentes áreas de su vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el caso de Paula, podemos observar retrospectivamente, a través de su relato, lo que Kendall-Tackett et al. (1993) denominaron "efectos latentes del abuso sexual infantil". El malestar inicial causado por los abusos sufridos por su tío parece desaparecer, solo para resurgir de manera intermitente en otros momentos de su vida, coincidiendo con situaciones estresantes. Años más tarde, tras un nuevo episodio de agresión sexual, estos efectos latentes se hacen más evidentes, provocando una ruptura en su psiquismo y creando las bases para un proceso de revictimización.

El tratamiento con EMDR se revela como una herramienta eficaz en la integración de la información pasada disgregada, oculta y rechazada por el dolor que genera su recuerdo. Al trabajar en diferentes áreas afectadas, se logra relacionar la experiencia traumática con pensamientos, miedos y conductas presentes. Un enfoque terapéutico que no abordara directamente la memoria del trauma o los pensamientos relacionados habría sido insuficiente, ya que la sintomatología del TEPT estaba arraigada tanto en el estresor actual como en la historia pasada de abuso sexual.

Es importante destacar que el ASI es una experiencia altamente estigmatizada, lo que lleva a las víctimas a internalizar este estigma y experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y la falta de voluntad para buscar ayuda (Kennedy y Prock, 2016). Además, revelar la agresión a amigos, familiares y profesionales a menudo conlleva reacciones sociales negativas, como la culpabilización de la víctima, lo que aumenta el riesgo de TEPT (Ullman y Peter-Hagene, 2016), tal como experimentó nuestra paciente.

En resumen, es crucial investigar y promover terapias como el EMDR que reduzcan las secuelas del ASI a corto, mediano y largo plazo, especialmente en la infancia, dada la grave repercusión que tiene a lo largo de la vida para la mayoría de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. Barcelona: Paramericana.
- Aznárez, B. (2023). Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Cereceda J., González J.L, Sánchez F., Herrera D., López J.J., Martínez F., Rubio M., Gil V., Santiago
- A.M. y Gómez M.A. (2018). Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. *Ministerio del interior. Gobierno de España*.
- Recuperado de: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
- Davidson J.R.T. (1999). Escala de Trauma de Davison (DTS). Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MPGonzález, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, (1999). Recuperado de: <https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/DTS-Davidson.pdf>
- Expósito, F., Moya, M., y Glick, P. (2019). Actitudes hacia las víctimas de abuso sexual: Estudio transcultural entre España y Estados Unidos. *Psicothema*, 31(1), 58-64.
- García-Leiva, P., Suárez, S., Díaz, M., y Martín, A. (2019). Estudio epidemiológico sobre abusos sexuales infantiles en España: Prevalencia y características. *Revista Española de Medicina Legal*, 45(2), 75-80.
- Fernández, O., Villanueva, L., y García, A. (2018). Impacto psicológico del abuso sexual infantil en la salud mental de las víctimas: un estudio en población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 145-153.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. DOI 10.1016/0145-2134(94)90034-5
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Estadísticas sobre delitos sexuales en España. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/ec_am_2022.pdf
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164– 180. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kennedy AC y Prock K .A. (2016). "I still feel like I am not normal": A review of the role of stigma andstigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(5), 512-527. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27803311>
- Navarro-Mateu, F., Salmerón, D., Vilagut, G., Tormo, M. J., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., y Kessler, R. C. (2016). Prevalencia de abusos sexuales en la infancia en una muestra representativa de la población española: resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 133-142.

- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F.: (2004). Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular. (Catalina Sherwel) México: Pax México.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Ullman, S. E. y Peter-Hagene, L. C. (2016). Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 1074–1094. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0886260514564069>
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., y Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 67–80. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>