

Autoviolencia: una terrible consecuencia de la violencia

Marisol Vanegas Guido*

Resumen.- Este artículo aborda el intento suicida como consecuencia de la violencia sexual infantil prolongada en el tiempo. Lo hace a partir de la experiencia clínica de su autora en el Consultorio donde ella tuvo la oportunidad de tratar a 6 jóvenes entre 18 y 27 años (4 mujeres y 2 varones), después de que estos realizaron la tentativa suicida. La intervención terapéutica se orientó primero a contener los impulsos del o la paciente y, luego, a elaborar un compromiso con la vida. Después se aplicó una técnica de resolución de traumas denominada "Técnica de Desensibilización y Reprocesamiento a través de movimientos oculares", conocida internacionalmente por las siglas EMDR, creada por Francine Shapiro, y que hoy constituye una alternativa terapéutica de corta duración y alta efectividad.

Introducción

Como la forma más extrema de la autoviolencia, el suicidio constituye hoy un serio problema de salud pública. Dada su curva de crecimiento ascendente, decidí observar este fenómeno motivada por el profundo dolor de una familia que acudió al Consultorio Psicológico Popular del Departamento de Psicología de la UCA, luego que uno de sus miembros, la hija mayor, se suicidara por ahorcamiento. La terapia familiar develó el gran secreto: el suicidio se produjo a consecuencia del abuso sexual infantil propinado por su padrastro (sufrido a lo largo del tiempo). Cuando se rompió el silencio surgieron nuevos descubrimientos dolorosos: dos miembros más de la misma familia, hijas biológicas del violador, fueron igualmente violadas.

Un par de años después tuve la oportunidad de atender a seis jóvenes que habían intentado suicidarse. A ellos se les brindó un tratamiento con la técnica EMDR. Sistematizar y analizar esta experiencia es el propósito de este

artículo. En este estudio se define violencia de la siguiente forma: "Violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño, en sus múltiples manifestaciones. Es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, sexual, económica, política, etc.). Su raíz etimológica remite al concepto de fuerza, se corresponde con verbos tales como violentar, violar y forzar" (Corsi, 1994:23). Igualmente conceptúo el suicidio como "una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de autolesión, realizada con el propósito consciente de autodestrucción" (Achaval y Cols, 1986:563).

Las estadísticas del Consultorio Psicológico Popular de la UCA

En los registros estadísticos semestrales del Consultorio hay dos variables a las cuales se les da seguimiento: 1) La violencia en todas sus variantes, abuso físico del niño/a, abuso sexual del niño/a, abuso físico del adulto/a y abuso sexual del adulto/a (DSMIV, 1996:697), y 2) el suicidio en sus dos formas previas: las

* Departamento de Psicología -UCA.

ideas (pensamientos y/o deseos de terminar con su vida), y los intentos, que incluyen una gran variedad de comportamientos autodestructivos, que amenazan la vida (Talbot y Cols, 1988:1010-1011).

Las estadísticas del Consultorio Popular de la UCA del año 1997 (Godoy y Montealegre, 1998:86) muestran los siguientes resultados:

- De los 744 casos atendidos, sólo el 7.7% de los mismos admitieron tener ideas y/o intentos suicidas, siendo el grupo etéreo de 11 a 19 años el más representativo.

- Las tentativas suicidas se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino que en el masculino.

- La procedencia geográfica de los atendidos es predominantemente Managua oriental.

Aunque las cifras no sean altamente significativas, es palpable la identificación de probables factores de riesgo en dicha problemática. Para estudios posteriores sería recomendable la utilización del parámetro epidemiológico denominado riesgo relativo: "Riesgo de un individuo entre los expuestos, relativo a un individuo promedio no expuesto" (CIET, 1990) Este procesamiento pondría en evidencia si los hallazgos detectados en el estudio epidemiológico en mención, podrían ser considerados como factores de riesgo o no, transformando la identificación clara de los mismos en un elemento crucial para diseñar programas de salud mental dirigidos a la prevención y tratamiento de este terrible flagelo.

Método

Tratamiento psicológico con la técnica EMDR, de seis jóvenes entre los 18 y 27 años de edad, cuatro del sexo femenino y dos masculinos, que habían realizado intentos suicidas (ingestión de fármacos,

sustancias tóxicas y lesión corto punzante) y que ameritaron hospitalización inmediata. En esta primera fase se les practicó lavado nasogástrico, suturas y otros procedimientos de urgencias para salvarles la vida.

Al realizar la historia clínica, se encontró que todos tenían una experiencia común: habían sido abusados sexualmente durante la infancia y adolescencia (por períodos prolongados) por familiares con diversos grados de consanguinidad (padrastros y otros). Al tomar la decisión de prescindir de la vida, el o la joven se sentía completamente solo/a y desesperanzado/a, sufría de depresión clínicamente diagnosticada, de aislamiento social y tanto ellos/as como su familia guardaban total y absoluto silencio.

Procedimiento

El tratamiento de eventos traumáticos con el método EMDR está basado en la hipótesis de la existencia de un componente psicológico en cada dolencia. Está comprobado que cuando ocurre un incidente "traumático", el equilibrio excitatorio/inhibitorio, necesario para que ocurra el procesamiento de la información, se ve perturbado.

Esta traumatización provoca una sobreexcitación de un locus específico del cerebro presentando una patología neuronal (Pavlov, 1927, citado por Shapiro, 1995:8). Se trata de una patología que "congela" la información en su forma original. Genera la misma ansiedad, la misma imagen, así como la misma evaluación negativa del sí mismo y el mismo efecto. Al no poder ser procesada en forma adaptativa, la información actúa en patologías como el estrés post-traumático (PTSD) y se muestra como pensamientos intrusivos, "flashbacks" y pesadillas (Shapiro, 1989, A:199-223).

Tales eventos psicológicos son contrarrestados por los movimientos oculares, que restablecen el equilibrio excitatorio/inhibitorio, permitiendo que la información "congelada" sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente (Shapiro, 1989, A:99-223). Esto parece causar la cesación de la sintomatología del estrés post-traumático.

Aparentemente el método EMDR sirve de catalizador para el procesamiento total de la información, produciendo la difusión de las imágenes traumáticas, una completa reestructuración cognitiva, y la neutralización del efecto negativo (Shapiro, 1989, B:20,3, 211-217).

El tratamiento completo de EMDR tiene un abordaje a tres niveles:

1) El terapeuta debe dirigirse al incidente original que estableció la estructura cognitiva/afectiva.

2) Evocación de los disparadores ambientales e internos actuales que estimulan la conducta desadaptada.

3) Instalación de una respuesta cognitiva/conductual deseada, incrementando así el sentido de auto-eficacia del sujeto/a.

Los dos primeros pasos son necesarios para desensibilizar la respuesta ansiosa, mientras el último permite que se establezca una pauta imaginaria que incrementa la posibilidad de un efecto terapéutico a largo plazo in vivo (Hartung y Zelwer, 1998).

Resultados

Los datos de los seis jóvenes que sufrieron de tentativa suicida aparecen organizados en los cuadros 1 y 2 que resumen la situación presentada.

Cuadro 1
FACTORES DE RIESGO Y SUICIDIO

Factores de Riesgo	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad (años)	25	27	24	27	21	18
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltera	Divorciada	Soltero	Soltero
Diagnóstico previo	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión
Ambiente	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano
Religión	Católica	Ninguna	Católica	Ninguna	Ninguna	Católica
Localización geográfica	Managua Oriental	Managua Oriental	Managua Occidental	Managua Oriental	Fuera de Managua	Managua Oriental

Considerados por Talbott y Cols (1988:1012). Retomados para el presente estudio.

En el grupo estudiado aparecen algunas características que son descritas por los expertos. Son jóvenes, entre 18 y 27 años de edad. El sexo femenino está más representado que el masculino. Todos/as fueron abusados sexualmente desde la infancia.

Investigaciones realizadas en Nicaragua en el último quinquenio de los 80 revelan que las mujeres víctimas del abuso sexual superan a los hombres en una proporción de 4:1, disminuyendo en los últimos años a 3:1 y a 2.8:1, proporciones éstas que son similares al resto

del mundo (Aguilar, 1998; citado por Godoy y Montealegre, 1998:36).

En los sujetos del presente estudio, el detonante y agravante a la vez de la tentativa suicida es la historia de violencia perpetrada en sus vidas desde la infancia y mantenida en el tiempo. Esto produjo en ellos hastío y malestar persistentes, devaluación severa de la autoestima, dificultad para relacionarse satisfactoriamente con el entorno, desesperanza total y el deseo constante de ponerle fin a sus sufrimientos con el suicidio.

El estado civil predominante en los sujetos es el de soltero, sólo hay una divorciada. Sobre este aspecto se dice que "son dos veces más probable que se suiciden las personas que nunca se han

casado que las casadas, los individuos divorciados o viudos tienen todavía tasas más altas" (Grinspoon, 1986; citado por Talbott, 1988:1012). En nuestra muestra, la mayoría tiene temores y rechazo hacia la vida de pareja, y cuando algunos la han intentado la relación ha sido conflictiva, producto de los efectos del abuso sexual.

Existe un predominio de la procedencia urbana. Y en lo referente a la religión, el 50% de los pacientes poseían creencias y prácticas religiosas, recursos que fueron utilizados en algún momentos, como "métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema" (Vázquez, 1992:3). El 50% restante expresó no poseer ninguna creencia religiosa, dado que la misma situación de

Cuadro 2
PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO "EMDR"
EN LOS CASOS DE ESTUDIOS

Características	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo, edad y tipo de violencia	Femenino 25 Abuso Sexual	Femenino 27 Abuso sexual	Femenino 24 Abuso Sexual	Femenino 27 Abuso sexual	Masculino 21 Abuso sexual	Masculino 18 Abuso sexual
Edad 1er y último abuso	5-15 años	8-15 años	9-16 años	6-20 años	6-12 años	10-18 años
Victimarios	Padrastro y vecinos	Abuelo	Primo	Hermano	Tío	Hermano
Emociones	Angustia	Incertidumbre	Tristeza	Tristeza	Tristeza	Soledad
Cogniciones transmitidas por el abusador	Inservible	Mentirosa	Basura	Loquita	Mala hierba	Bien que te gusta
Localización corporal	Dolor en la boca del estómago	Opresión de pecho	Dolor de cabeza	Dolor de estómago	Dolor de cabeza	Opresión de pecho
Cogniciones negativas sobre sí mismo.	Soy tonta y no creíble	Soy culpable	Soy basura y fea	No valgo, soy vulgar	Fui abusado, no soy normal	No soy hombre
Nuevas cogniciones positivas sobre sí mismo	Soy una buena persona, soy valiente	No soy culpable	Soy una buena persona, soy mujer	Soy una buena persona, yo valgo	Soy heterosexual	Soy hombre
Respuesta cognitiva conductual post tratamiento	Me quiero. hago bien muchas cosas	Soy creíble. basta de atropellos	Yo valgo, voy a tomar la carrera que siempre quise	Merezco vivir, decidí no recibir más atropellos	Soy normal, hablaré con mi familia y tomaré riesgos	Valgo, no me dejaré más

abuso sexual perpetrada por sus familiares les hizo desconfiar de todos y no creer en nadie ni en nada.

Discusión

En la terapéutica de los 6 jóvenes, se utilizaron los tres niveles de abordaje del tratamiento completo de eventos traumáticos EMDR, encontrando hallazgos interesantes que permiten visualizar el tema de la autoviolencia como una peligrosa consecuencia de la violencia. No toda persona que toma la decisión de suicidarse ha sufrido abuso sexual infantil, pero todo parece indicar que sí ha vivido otros tipos de experiencias traumáticas o situaciones límites.

Trabajando con los dos primeros niveles de la técnica, se pudo observar que el incidente original en todos los casos fue el abuso sexual, mantenido a lo largo de dos ciclos vitales del desarrollo humano: la infancia y adolescencia, teniendo una duración de 6 y hasta 10 años. Todos los victimarios fueron del sexo masculino, familiares con diversos grados de consanguinidad. Entre ellos figuran un profesional de la medicina, un padrastro y vecinos adultos. Las cogniciones negativas transmitidas sistemáticamente a las víctimas por los victimarios y las conductas lesivas dirigidas hacia los/as mismos, jugaron un papel importante en el mantenimiento del abuso. Todos/as llegaron a percibir su "sí mismo" (*self*) deteriorado en máximo grado y a comportarse como tal, perdiendo las facultades de defenderse. Esta última conducta es descrita por Leonor Walker como

"síndrome de indefensión aprendida" (Corsi, 1994:67).

Durante el tratamiento, al evocar la información original del abuso, los sujetos de estudio empezaron a re-experimentar emociones negativas diversas (ver tabla N° 2), que se fueron localizando corporalmente en el pecho, la cabeza y el estómago. Estas emociones se entrelazaban con las cogniciones actuales, que eran terriblemente degradantes y autodestructivas, llegando a lesionar su capacidad creativa, su valía, credibilidad, percepción corporal y su identidad sexual en el caso de los varones. En todos los casos, se culpabilizaban de la situación de abuso que vivían.

Durante la tercera y última parte del tratamiento surgió la instalación de nuevas cogniciones elegidas por ellas/os mismos. Generalmente fueron dirigidas a la reafirmación de su ser, a la desculpabilización, al encuentro con su valía, la recuperación de su identidad sexual. En resumen, la adopción de otra visión de la experiencia vivida y la reconstrucción de su nuevo ser.

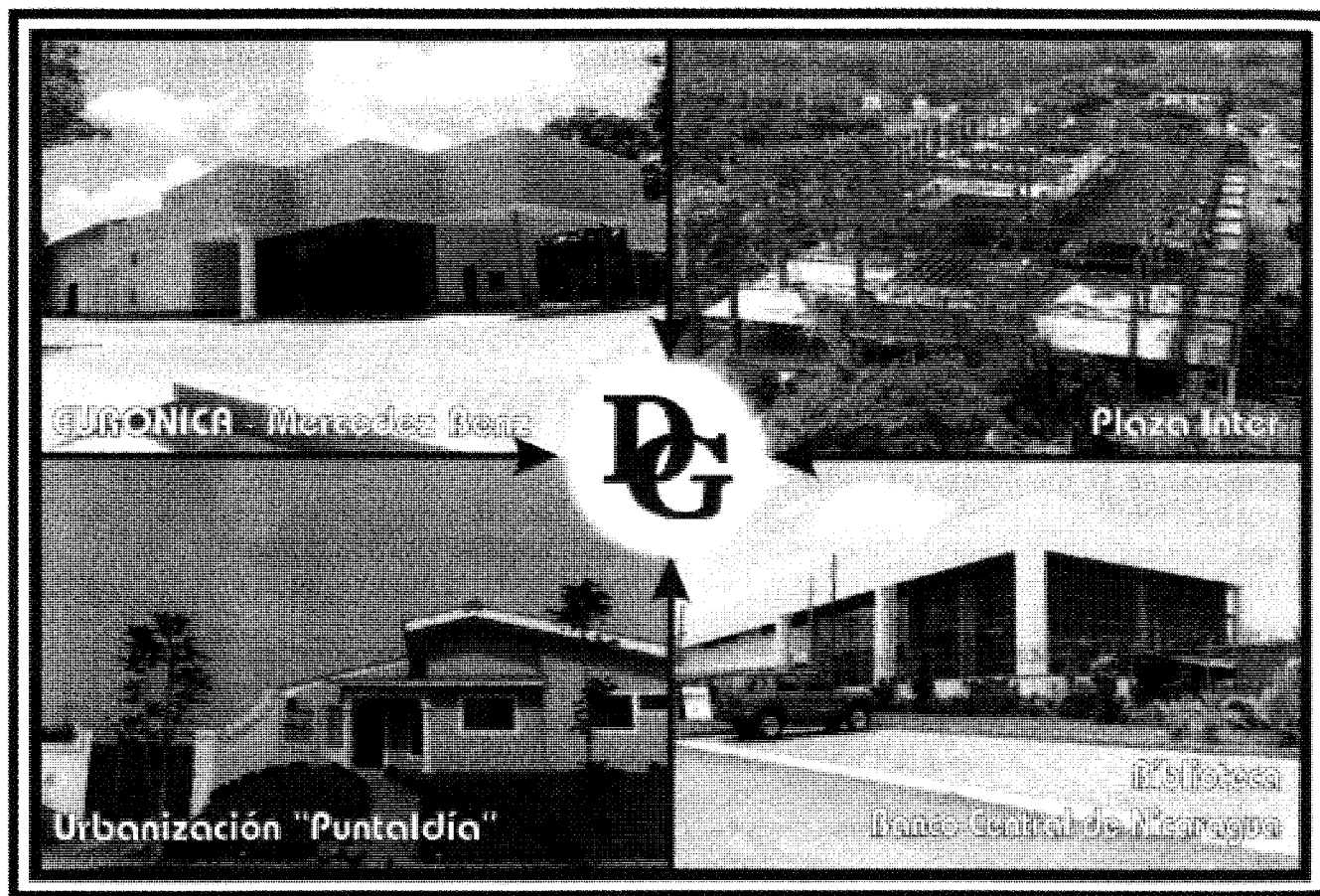
Con los dos primeros niveles del tratamiento se logró la desensibilización de la respuesta ansiosa de la experiencia traumática, y con el último el reprocesamiento cognitivo. Todos los casos fueron tratados en un mínimo de 8 sesiones y un máximo de 12, dejando espacio para el seguimiento posterior en un mes y luego en tres, esperando un efecto terapéutico a largo plazo.

Bibliografía

- ACHÁVAL y COLS (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires.
- AGUILAR, R. (1998). *Análisis de la situación de salud en Nicaragua, suicidio*. Managua. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental.
- AGUILAR, R. (1997). *Políticas estatales para la prevención de la violencia y el suicidio*. Managua, Ministerio de Salud.
- CORSI, J. (1994). *Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires.

- DSMIV (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.
- GODOY y MONTEALEGRE (1998). *Perfil epidemiológico de la demanda satisfecha del servicio de salud mental del consultorio psicológico popular de la Universidad Centroamericana, durante el año 1997*. Managua.
- SHAPIRO, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York.
- TALBOTT y COLS (1989). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona.
- VANEGAS, M.; CASTILLO, M. y COLS (1994). *Estudio epidemiológico en salud mental realizado en la comunidad Jorge Dimitrov de Managua, Nicaragua, en el mes de diciembre de 1993*.
- VANEGAS, M. (1993). *Demanda de atención y plan de intervenciones ejecutado a pacientes tratados en el consultorio psicológico popular de la Universidad Centroamericana*. Managua.

D GUERRERO INGS. S. A.



DIRECCION: Plaza El Sol 300 mts. Arriba
Managua, Nicaragua.
RUC # 301091-9508

TELS.: 2775133, 2775647, 2780768, 2780769
FAX: 2780770, APARTADO POSTAL: A-231
e.mail: dguerrer@ns.tmx.com.ni