



**FACULTAD DE FILOSOFIA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TEMA

Propuesta de tratamiento para una adolescente de 18 años víctima de abuso sexual, del Centro Femenino de Adicciones “Mujer Libre”

Trabajo de Graduación Previo a la Obtención del Título

LCDA.PSICOLOGIA CLINICA

Autora: Karina Lima

Director: Dr. Juan Aguilera

CUENCA – ECUADOR

2010

Dedicatoria

Dirijo este proyecto de manera especial a mis padres, por haberme motivado a buscar el éxito y la superación, quienes con su constante apoyo y lucha han sabido guiarme hacia los caminos del saber, y dejarme la mejor de las herencias, mi educación.

A mi esposo e hija quienes han sido participes, brindándome la motivación necesaria para la culminación de mi carrera.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, pilar fundamental dentro de mi vida por haberme brindado la oportunidad de hacer mi sueño realidad, culminar mis estudios universitarios, y de manera especial dejo constancia de agradecimiento y gratitud al Dr. Juan Aguilera quien con sabiduría y orientación oportuna y profesional contribuyó en el desarrollo y culminación del presente proyecto.

Resumen

El siguiente proyecto tiene como finalidad plantear una propuesta de tratamiento para un caso de abuso sexual de una adolescente de 18 años del centro femenino de Adicciones “Mujer Libre” de la ciudad de Cuenca, en el mismo que se detalla a continuación conceptos básicos acerca del abuso sexual, y de los trastornos derivados como son consumo de sustancias, baja autoestima y trastornos alimenticios.

La propuesta terapéutica para este caso de incesto está diseñada en base a la teoría cognitiva conductual, la misma que consta de once sesiones, en las que se detallan una serie de técnicas para la intervención terapéutica, enfocadas principalmente en el abuso sexual, trastornos alimenticios, habilidades de afrontamiento, manejo de emociones y control de impulsos.

ABSTRACT

The objective of this project is to propose a treatment plan for a case of sexual abuse in a 18 years old adolescent in the center of addictions for women “Mujer Libre” in the city of Cuenca. The project details basic concepts about sexual abuse and the resulting disorders such as, substance abuse, low self-esteem and eating disorders.

The therapeutic proposal for this incest case is based on cognitive behavioral theory and designed with eleven sessions that include a series of techniques for therapeutic intervention mainly focused in sexual abuse, eating disorders, coping techniques, emotion management and impulse control.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ABUSO SEXUAL	2
1. INTRODUCCION.....	2
1.1 CONCEPTO.....	2
1.1.2 PERFIL PSICOLÓGICO DE LOS ABUSADORES	3
1.1.3 FASES DEL ABUSO SEXUAL	4
1.1.4 ABUSOS SEXUALES EN EL AMBITO DOMÉSTICO	6
1.1.5 PRICIPALES SINTOMAS DEL ABUSO SEXUAL.....	8
1.1.6 CONSECUENCIAS DEL INCESTO.....	9
1.2. ABUSO SEXUAL Y COMPLICACIONES MENTALES	10
1.2.1 TRASTORNOS ALIMENTICIOS CONCEPTO HISTORIA	10
1.2.2 ANOREXIA NERVIOSA	12
1.2.3 SUBTIPOS.....	13
1.2.4 ¿CÓMO SE INICIA?.....	13
1.2.5 CAUSAS.....	14
1.2.6 TRATAMIENTO.....	15
1.3.CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	16
1.3.1 GENERALIDADES ADOLESCENCIA ALCOHOL Y DROGAS.....	16
1.3.2PROCESOS BIOCONDUCTUALES SUBYACENTES A LA DEPENDENCIA	16
1.3.3 .TRATAMIENTO.....	18
1.3.4. OBJETIVOS DE LA TERAPIA DE GRUPO.....	19
1.3.5 CAUSAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	20
1.3.6 PRINCIPALES MECANISMOS DE DEFENSA QUE UTILIZAN.	20
CONCLUSIONES.....	23
CAPITULO II TERAPIA	24
2.1. INTRODUCCION.....	24
2.1.1 CONCEPTO Cognitivo – Conductual	24
2.1.2 OBJETIVOS	25
2.1.3. CARACTERÍSTICAS	25

<u>2.1.4.OBJETIVOS Y CARACT. DE LA CONCEPTUALIZACION DE CASO</u>	<u>27</u>
<u>2.1.5. ¿CÓMO SE FORMAN LOS ESQUEMAS COGNITIVOS?.....</u>	<u>27</u>
<u>2.2.PSICOEDUCACION.....</u>	<u>28</u>
<u>2.2.1. CARACTERISTICAS</u>	<u>29</u>
CONCLUSION.....	30
<u>CAPITULO III CASO CLINICO.....</u>	<u>31</u>
<u>3.1.HISTORIA CLINICA</u>	<u>31</u>
3.2.RESULTADO DE PRUEBAS.....	38
<u>3.3.ANALISIS DEL CASO.....</u>	<u>40</u>
CONCLUSIONES.....	41
<u>CAPITULO IV PROPUESTA TERAPEUTICA</u>	<u>42</u>
<u>4.1.INTRODUCCIÓN</u>	<u>42</u>
4.2. DESARROLLO DE LAS SESIONES.....	42
<u>4.3. TEST A UTILIZAR.....</u>	<u>50</u>
<u>CAPITULO V</u>	<u>49</u>
<u>5.1.CONCLUSIONES GENERALES.....</u>	<u>49</u>
<u>5.1.2 RECOMENDACIONES.....</u>	<u>54</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u> 5	

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual puede ser considerado en la actualidad como un tema tabú, pues las limitaciones para hablar acerca del mismo vienen directamente de las personas afectadas, tanto la víctima, por el temor y la vergüenza que siente de contar un hecho tan doloroso, como para la familia, porque el hecho puede producir la ruptura del equilibrio familiar y el mismo abusador, que no quiere ser descubierto, de forma que manipula a tal punto de lograr el silencio en la víctima. Esto es mucho más frecuente sobre todo cuando el abuso se da dentro del ámbito doméstico, sobretodo como es en el caso de estudio, de padre a hija.

El abuso sexual es un tema que implica no solo consideraciones individuales, sino también sociales y familiares, pues cuando se da una agresión sexual las consecuencias las sienten de manera directa la persona agredida y los que se encuentran a su alrededor sobretodo la familia. Cuando una persona sufre un abuso sexual puede desencadenar una serie de síntomas.

En el presente proyecto se dará a conocer una visión general acerca de la problemática, tomando en consideración que es el abuso sexual, síntomas de una persona víctima de abuso sexual, perfil psicopatológico del agresor y cuáles son los patrones de acomodación que adopta una persona como una forma de sobrevivir a un abuso sexual.

En el mismo que también se realiza una síntesis de las principales complicaciones mentales que se derivan de un abuso sexual como en el caso a tratar, consumo de sustancias y trastornos alimenticios, los mismos que serán tratados desde una perspectiva cognitivo – conductual, dando una breve descripción de la técnica y planteando un plan de tratamiento basado en la misma.

CAPITULO I: ABUSO SEXUAL

1. Introducción

La relativa imprecisión del concepto de *abuso sexual* es el primero de una serie de factores que impiden una identificación precisa de la magnitud del problema dentro de la sociedad actual, por cuanto es considerado todavía como un tema tabú, hecho que favorece su ocultamiento y silenciamiento. En segundo lugar, es un problema que nunca podrá ser revelado, ya que la mayoría de los abusos se producen sin testigos, por lo que la única vía para su revelación es el testimonio de la víctima. En tercer lugar, la condición del menor, hace menos probable que el caso sea denunciado, ya sea por su incapacidad para comunicarlos, ya por el miedo que sienten, por no ser conscientes de haber sido sometidos a algo catalogable como *abusos*. En cuarto lugar, dado que la mayoría de estos abusos se cometen en el interior de las familias o de círculos muy próximos al menor, es frecuente que se creen estrategias de ocultamiento extraordinariamente eficaces.

1.1 Concepto

Se considera abuso sexual a toda relación que se da sin el consentimiento de la otra persona, en la que hay una relación de desigualdad en cuanto a la edad; en la cual el fin del abusador no es siempre la búsqueda de placer, sino están involucrados también la intimidación, y la búsqueda de poder. En esta situación de desigualdad el adolescente o niño abusado pierde el control sobre su propio cuerpo siendo usado como un objeto de satisfacción, dejando como secuelas traumas que experimentan o se hacen presentes a nivel emocional, social, familiar, y que en sí afectan de modo directo en su desarrollo evolutivo normal.

“El daño que se le produce al menor no es accidental, al ser ocasionado por una persona da mayor edad, más fuerte o con una mayor autoridad, conocida o no por este”¹

Se habla de que una conducta es considerada como abusiva cuando la experiencia es vivida y sentida de ese modo, cuando es mirada y tocada de un modo que la hace sentirse intimidada

1.1.2. PERFIL PSICOLOGICO DE LOS AGRESORES

Existen dos tipos de abusadores, los primarios o pedófilos y los secundarios o situacionales. Los abusadores primarios tienen una inclinación exclusiva a mantener relaciones sexuales con niños, se habla de una relación sexual preferencial con menores de edad, a estos sujetos se los denomina pedófilos, los mismos que presentan distorsiones cognitivas específicas, considerando su conducta sexual como normal y justificándose, atribuyendo su conducta a un efecto de la seducción del menor, o aludiendo que es una manera de educar sexualmente al menor.

La tendencia anómala de los pedófilos puede deberse a que en alguna etapa de su vida sufrieron un abuso sexual, tienen actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o tienen sentimientos de inferioridad que les hace sentir incapaces de mantener relaciones sociales y heterosexuales normales.

En lo que se refiere a los abusadores secundarios, ellos se diferencian de los primarios porque ellos no tienen una inclinación exclusiva por los niños, mantienen relaciones heterosexuales normales con adultos, en la que su conducta sexual abusiva viene inducida por sentimientos de soledad, por la mala relación de pareja o por la inversión de roles dentro del hogar por la ausencia de uno de los progenitores en la que la hija se hace cargo

¹ Marta Podesta y Ofelia Rovea, Abuso sexual Infantil Intrafamiliar, Editorial Espacio, 2005, pag

de los hermanos y asume el rol de madre incluso en el aspecto sexual con el padre solo recurren excepcionalmente a los niños y lo hacen de forma compulsiva, percibiendo su conducta como anómala y sintiendo posteriormente culpa y vergüenza.²

1.1.3. FASES DEL ABUSO SEXUAL

Existen cinco fases principales que describen la secuencia de los actos abusivos y son:

1. Fase de seducción:

El abusador prepara su terreno, manipulando la confianza y la dependencia del menor, planifica el momento y lugar del abuso, e incita la participación del niño por medio de regalos o juegos.

2. Fase de interacción sexual abusiva:

En esta fase ya se puede hablar de abuso sexual, que va desde conductas exhibicionistas, voyeurismo, caricias eróticas, masturbación hasta la penetración anal o vaginal

3. Instauración del secreto:

El abusador instaura el secreto en la víctima a través de la manipulación emocional, haciéndola sentir culpable y responsable del hecho ocurrido, y de lo que pueda pasar con la familia.

4. Fase de divulgación:

² www.google.com <http://www.susmedicos.com/art-abuso-sexual.htm>

Esta fase en muchos de los casos no se da, pues la víctima se siente responsable por lo sucedido y también tiene miedo del quebrantamiento del sistema familiar, sobre todo si se trata de un caso de incesto

5. Fase represiva:

Generalmente, después de la divulgación, en el caso del incesto la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir como si nada hubiese sucedido.³

PATRONES DE ACOMODACIÓN:

1. Secreto: En esta fase, la víctima no revela lo sucedido por temor, vergüenza y culpa ante el acto cometido, por otra parte el abusador, se asegura de instaurar el secreto y manipula emocionalmente al menor abusado con la finalidad de que no revele a nadie lo sucedido, trata de depositar en el niño la responsabilidad de la integridad del hogar y de su poder para destruirlo.

2. Desprotección o Indefensión: Por lo general los abusos se producen en el ámbito doméstico, y son los padres quienes abusan de sus hijas, entonces de esto nace un sentimiento de desprotección, pues las niñas se sienten atacadas por la persona que debía brindarles protección y seguridad, creando en ellas un sentimiento de indefensión ante la posibilidad de pedir ayuda por el temor de que sus relatos no sean creídos.

³ www.google.com Malacrea Marinella, Trauma y Reparación, Tratamiento del Abuso sexual en la infancia

3. Atrapamiento y Acomodación: Esta etapa se da cuando el niño queda atrapado en medio de los actos abusivos de los que es víctima, pues los abusos se intensifican cada vez más, pasando a ser la situación abusiva algo crónico de la que el menor no puede deshacerse, comenzando la etapa en la que el menor queda atrapado y se acomoda para sobrevivir, por medio de mecanismos de defensa que le ayuden a atenuar las experiencias traumáticas disociando o negando lo ocurrido.

4. Revelación: La revelación ocurre por lo general en la etapa de la adolescencia, cuando los menores abusados buscan su autonomía, entonces también buscan liberarse del abuso sexual del que han sido víctimas, pero esta revelación tardía es poco convincente para otras personas a menos de que existan secuelas como trastornos de personalidad, sexuales, alimenticios o intentos de suicidio. Todo esto se podría reforzar mediante una evaluación psicológica de la víctima.

5. Retracción: Hace referencia a acusar o no al victimario, esta se da cuando la persona abusada no cuenta con un ambiente familiar que apoye la decisión de la víctima, muchas veces se produce la retracción porque la persona abusada se siente responsable de la unión familiar, y más cuando el responsable es el padre pues existen sentimientos contradictorios, y se siente como si se incriminara a sí mismo, de acuerdo con esto el delito del incesto casi nunca se denuncia, es el mejor guardado

1.1.4. ABUSOS SEXUALES EN EL AMBITO DOMÉSTICO

Existen familias que facilitan el abuso sexual y hacen que el menor sea más vulnerable a ser abusado. “Investigaciones recientes han llegado a comprobar que existen características relacionadas con el entorno familiar y asociadas al abuso de menores. Sin embargo, se

destaca que no siempre en familias con estas características se producen hechos de esta naturaleza, tienen que haber personas predispuestas a satisfacer sus impulsos sexuales de esta manera.

“Las condiciones que ofrece una familia para que se produzca el abuso son similares a las que ofrece una casa deshabitada para los ladrones”⁴.

De acuerdo con esto podemos señalar diferentes tipos de familias que presentan mayor riesgo de vivir un abuso sexual con alguno de los miembros de su familia, y son:

Familias Ensambladas: Este tipo de familias son reconstituidas, en la que uno de los padres contrae nuevas nupcias, y los roles parentales son cumplidos por la nueva pareja, asumiendo el rol de padrastro o madrastra, y en el caso de que hayan hijos de ambas partes, hermanastros o hermanastras.

Familias Socialmente Aisladas: Se caracterizan por ser familias muy cerradas y poco vinculadas con el entorno social, esto les asegura que el secreto del abuso sea mantenido, pues llegan a naturalizar el hecho.

Inversión de Roles: En este tipo de familias los hijos cumplen con los roles de los padres, cuidan de sus hermanos, se encargan de las tareas domésticas, e incluso cumplen con el rol de pareja.

Modos de vida Promiscuos: Esto les lleva a que las personas no aprendan a respetar su propio cuerpo, y el abuso se ve promovido en cierta parte por la misma persona abusada.

⁴ Marta del Carmen Podesta y Ofelia Laura Rovea, Abuso sexual infantil Intrafamiliar, Editorial Espacio, 2005, pag 71.

Familias con Problemas en la Comunicación: , son familias en las cuales para que se de el abuso tiene que haber errores en la comunicación, en este tipo de familias la comunicación es casi nula, o si existe se da una comunicación disfuncional.

1.1.5 PRICIPALES SINTOMAS DEL ABUSO SEXUAL

- Síntomas físicos o enfermedades que no pueden diagnosticar o que no tienen una razón orgánica, como depresión, fobias, ansiedad.
- Inhabilidad para regular el afecto
- Enojo, Furia y rabia
- Prostitución y promiscuidad.
- Excesiva preocupación por homosexualidad (especialmente en varones).
- Aislamiento y depresión.
- Mala higiene o baño excesivo.
- Mala relación con los amigos, en especial en las relaciones sociales con el sexo opuesto.
- Conducta desadaptativas (agresividad, fugas o delincuencia).
- Abuso de alcohol y drogas.
- Trastornos de la alimentación.
- Problemas escolares

- Intentos de suicidio u otras conductas autodestructivas.
- Miedo repentino.

1.1.6. CONSECUENCIAS DEL ABUSO

INCESTO

“El incesto corresponde a una forma de abuso sexual infantil, referida al contexto de la propia familia, sobre la cual pesa una interdicción legal y cultural para su realización, donde el abusador puede ser el padre, hermanos, abuelos, tíos, padrastros o familiares cercanos allegados a la víctima”⁵.

El incesto es un delito que no deja huellas porque por lo general el abusador utiliza la seducción y el engaño para llegar a cometer el delito, no utiliza la fuerza física, trata de ganarse la confianza de la víctima para poder tener intimidad con ella.

- El perpetrador utiliza la manipulación para hacer sentir avergonzada a la víctima, la hace sentir culpable del hecho cometido para que no llegue a revelar lo sucedido, por este motivo, se habla de un delito que se comete en complicidad.
- El incesto es un delito que tiene consecuencias en todas las esferas de la vida de la persona agredida, ya sea en el área social, familiar o psicológica.
- Las implicaciones del abuso sexual se presentan tanto a corto plazo como alteraciones emocionales después de la agresión, estados de ansiedad, fracaso escolar, conductas de tipo violento, alteraciones del sueño, dificultades de

⁵ Marta del Carmen Podesta y Ofelia Laura Rovea, Abuso sexual Infantil Intrafamiliar, Editorial Espacio, 2005, pág. 23.

concentración, sentimientos de culpa; y a largo plazo como adicciones, prostitución, suicidio, depresión, conductas agresivas, trastornos sexuales, malas relaciones con el sexo opuesto, entre otras.

1.2. ABUSO SEXUAL Y COMPLICACIONES MENTALES

1.2.1. TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Concepto

Un trastorno alimenticio se puede definir como una alteración de los hábitos alimenticios, en la que están inmersos tanto factores internos, tales como la baja autoestima y factores externos como las presiones familiares, sociales, los medios de comunicación, etc.

Historia

Desde épocas pasadas se puede decir que los trastornos alimenticios estaban presentes, pero que en cierta forma todavía no eran considerados como tal, Hipócrates se refería a estos hablando de "un régimen debilitante y prolongado"; lo que se puede entender que la falta de ingesta de alimentos de la persona la llevaba a decaer en todas sus facultades, no sólo físicamente sobrepasaba el mínimo de su peso corporal sino que el cuadro se iba complicando cada vez más pues las restricciones de la comida eran cada vez más marcadas.

Por otra parte Galeno, en el año 155 se refiere a un cuadro de adelgazamiento morboso y la kynos orexia o hambre canina como sinónimo de la bulimia. Lo que se puede explicar como la ingesta masiva de alimentos, se refiere a un hambre canina, pues la persona ingiere comida de forma incontrolada como si nunca lo hubiese hecho. En la civilización romana era habitual en los banquetes y fiestas, la ingesta masiva de alimentos, seguida de conducta

purgante. A mediados del siglo XIX, se empieza ya a hablar de "anorexia nerviosa" y se describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida y lo vieron como la dificultad de las personas para verse como realmente son (distorsión en la percepción de la imagen corporal).

Pero es a mediados del siglo XX que los casos empiezan a adquirir características propias, considerando que los trastornos alimenticios son multicausales, pues están inmersos tantos aspectos sociales, psicológicos y biológicos

En la actualidad la moda y los estilos corporales que nos ofrecen los medios de comunicación apuntan a una a un estereotipo de imagen corporal que es progresivo, pues hacen que la preocupación por el aspecto corporal y sobretodo por el hecho de mantener una figura delgada o en extrema delgadez sean los ejes principales de concentración sobretodo de la gente joven que se siente insatisfecha, a estos factores se le suman otros como comentarios de familiares, amigos, costumbres alimenticias familiares, etc.

La exposición a todos estos factores hace que la patología se mantenga, sobretodo en la época que estamos, saturados de la publicidad que nos brindan diferentes medios de comunicación haciendo énfasis en cómo mantenerse delgada o proponiendo diferentes medios para conseguirlo, aludiendo que delgadez es sinónimo de salud, lo que explica el aumento de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

1.2.2. Anorexia Nerviosa

Es un trastorno que en la actualidad es mucho más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, y se caracteriza principalmente por una alteración en la percepción de la imagen corporal, en este tipo de trastorno alimenticio la persona se niega a comer y a mantener un peso corporal dentro de los índices de la normalidad.

La forma o manera de perder peso de las personas que padecen de este tipo de trastorno es mediante la disminución de la ingesta de alimentos, además de excluir de su dieta todos aquellos alimentos que tengan alto contenido calórico, terminando por consumir una cantidad mínima de alimentos diarios, a esto sumado las rutinas exageradas de ejercicio diario, purgas mediante el uso inadecuado de laxantes o por medio vómitos provocados. Las personas siguen este tipo de rutinas por el miedo obsesivo que tienen a ganar peso, y aunque estén delgadas, se niegan a comer normalmente por el hecho de sentirse gordos debido a la distorsión de la percepción que tienen como consecuencia de la enfermedad que padecen.

Como se habla de una enfermedad que afecta también a nivel psicológico, la autoestima de una persona con este tipo de trastorno depende únicamente de la percepción que tenga de su imagen corporal, en cuanto a forma y peso y esto lo controlan mediante conductas repetidas como medirse y pesarse constantemente para controlar su ingesta de alimentos y evitar ganar peso, pues el aumento de peso es visto como una pérdida del autocontrol y la pérdida del mismo es sinónimo de fuerza de voluntad, autocontrol, autodisciplina.

Normalmente las personas con este trastorno tienen poca conciencia de su alteración.

1.2.3.SUBTIPOS

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa :

TIPO RESTRICTIVO: en este subtipo las personas pierden peso haciendo dietas exageradas, restringiéndose de comer algunos alimentos o por medio de rutinas exageradas de ejercicio. Las personas con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, no recurren a las purgas por medio de laxantes o vómito.

TIPO COMPULSIVO - PURGATIVO: Este subtipo hace referencia a aquellas personas que se purgan o se provocan el vómito después de haber tenido un episodio de atracones de comida o incluso cuando han ingerido una mínima cantidad de alimento, esto lo hacen con la finalidad de disminuir el sentimiento de culpa que les provoca el haber comido. No existe un promedio exacto por semanas que nos indique la frecuencia con la que las personas recurren a este tipo de conductas como medios para no ganar peso.

1.2.4. ¿CÓMO SE INICIA?

Todos los seres humanos desde que somos niños vamos forjando nuestro autoconcepto o autoestima, construimos nuestra propia identidad la misma que nos da la posibilidad de diferenciarnos de los otros y por otra parte nos permite establecer relaciones sociales, este auto concepto se refiere a todas las percepciones que un individuo tiene de sí, lo que forma la base de la autoestima.

“Branden (1981) Sostiene que la autoestima incluye dos aspectos básicos: el sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso. La autoestima sería la convicción de que uno es competente y valioso para otros. La autovaloración involucra las emociones, los afectos, los

valores y la conducta. Cuando la persona se juzga mal, este juicio configura un autorechazo, el que además de ser muy doloroso para el yo, es muy dañino, y con frecuencia induce a las personas a conductas autodestructivas y autodescalificadoras, que no solo limitan su posibilidad de realización personal, sino que incluso llevan a cometer actos destructivos para sí misma y los demás.”⁶

En relación a esto los trastornos alimenticios están muy ligados a el autoconcepto, pues dicha palabra hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí, y cuando la imagen que una persona tiene de sí es distorsionada configura un auto rechazo que como ya mencionamos anteriormente nos puede llevar a conductas autodestructivas como lo son la anorexia y la bulimia, pues es un dejarse morir lentamente, y en cierta forma podrían ser consideradas como formas de suicidio.

1.2.5. CAUSAS:

Existen factores multicausales para este tipo de trastornos, entre los que podemos citar los siguientes:

Factor Individual: Tiene mucho que ver con el auto concepto, que generalmente si hay juicios de rechazo hacia sí mismo, lo llevará a la búsqueda del perfeccionismo, a una alta auto exigencia, impulsividad que puede desencadenar en la ausencia de hábitos bien estructurados.

Factor Familiar: Este factor hace referencia al tipo de cogniciones y pensamientos que infunde el sistema familiar acerca de los hábitos alimenticios, preocupación por la figura u

⁶ Heausseler Isabel M, confiar en uno mismo, Programa de Autoestima, Dolmen Ediciones, Madrid 1997, pag 13

otros factores como obesidad de algún familiar, baja resolución de conflictos, pobre comunicación, sobreprotección.

Factor Sociocultural este factor esta mucho más relacionado con la moda y con lo que nos impone la sociedad, que en la actualidad las figuras delgadas son mucho más apetecidas sobretodo en el mercado laboral, los estereotipos culturales femeninos (delgadez extrema), prejuicios contra la obesidad.

1.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento parte de que cada caso tiene características individuales y hay que considerar en qué fase se encuentra la persona con dicho trastorno, tomando en cuenta las acciones, creencias y pensamientos, dentro de este proceso de tratamiento es de vital importancia incluir al grupo familiar, pues tras los trastornos alimenticios puede haber algún problema que se origine dentro de la familia que estén afectando a todos los miembros, lo que nos llevaría a modificar algunos aspectos de la rutina familiar también para orientarlos en cuanto a este trastorno, en muchos de los casos los trastornos alimenticios no son tomados como una enfermedad por parte de los padres y lo toman a la ligera sin darse cuenta que es una forma de suicidio, una muerte lenta en la que está en juego el ser , el sentido de la vida.

Hay que tener en cuenta que durante la adolescencia existen muchos cambios e interrogantes que son propias de la edad y que en el caso de una persona con un trastorno alimenticio esas interrogantes adquieren una configuración diferente, de modo que es importante atender a tales inquietudes para la superación de la crisis.

1.3. CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.3.1. ADOLESCENCIA ALCOHOL Y DROGAS

La adolescencia es una época caracterizada principalmente por la curiosidad de los jóvenes, es el tiempo de experimentar y probar cosas nuevas, y es esta una de las formas en cómo se inician en el consumo de alguna sustancia, es difícil determinar quienes se inician en el consumo de alguna sustancia con el único propósito de experimentar y quienes van a desarrollar problemas de dependencia.

Por lo general los adolescentes que tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alguna sustancia son aquellos que:

1. Dentro de su núcleo familiar exista un historial de consumo de alguna sustancia.
2. Personas con baja autoestima y que sienten la necesidad de consumo para poder desenvolverse de manera eficaz por los efectos de desinhibición que provoca la sustancia en las personas que consumen.
3. Motivación social, sentimiento de pertenencia a un grupo.
4. Personas con un historial de abuso físico, psicológico o sexual y también personas con trastornos mentales: deprimidas o con tendencias suicidas.

El uso de sustancias tanto legales como ilegales expone a los adolescentes a vivir situaciones de riesgo por la modificación de conducta y estado de ánimo que produce la sustancia dentro del organismo, el uso de sustancias está asociado a una serie de consecuencias negativas, como conductas delictivas, impulsividad, alteraciones del juicio que los expone a un alto riesgo de accidentes, violencia, promiscuidad y suicidio.

1.3.2. PROCESOS BIOCONDUCTUALES SUBYACENTES A LA DEPENDENCIA

El cerebro cuenta con la capacidad de dirigir y guiar el comportamiento hacia estímulos que son esenciales para la supervivencia (agua, comida, sexo) los mismos que activan vías y refuerzan la consecución de un objetivo. En el caso de las sustancias psicoactivas, estas activan de forma artificial y más intensa las mismas vías, y como consecuencia la motivación por conseguir un estímulo es mayor. Se ha demostrado que la vía dopaminérgica mesolímbica está relacionada con los procesos motivacionales, esto significa que el cerebro concede importancia a estímulos reconocidos como esenciales para la supervivencia. En este sentido los incentivos van de la mano con los procesos motivacionales, los incentivos son estímulos que provocan una respuesta en función de sus consecuencias previstas.

Por ejemplo Si una persona tiene hambre (motivación) los estímulos visuales y olfativos causarán efecto sobre su comportamiento, que lo llevarán en búsqueda del incentivo (comida) Esto se conoce como respuesta incentivo motivacional. En la dependencia el cerebro aprende a activarse ante la presencia de sustancias psicoactivas, que por el uso frecuente las asocia con estímulos biológicamente necesarios, y produce una respuesta conductual mayor, lo que se conoce como “sensibilización al incentivo”, en la dependencia esta sensibilización al incentivo unido a los procesos de aprendizaje asociativo hace que la sustancia sea activada por cualquier estímulo (personas, alguna situación, u objetos) asociados al consumo, lo cual puede explicar porqué las personas pueden recaer tras largos períodos de abstinencia. Finalmente hay que tomar en cuenta que la susceptibilidad a la dependencia presenta diferencias individuales debido a factores ambientales y genéticos.

1.3.3. TRATAMIENTO

Características de la Terapia

- El tratamiento para las personas con adicciones se caracteriza por ser un programa sistemático secuencial, basado en la terapia de grupo, la misma que es guiada por un terapeuta que asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros y consta de tres fases:

1. Aceptar la impotencia ante el alcohol y las drogas

Esta fase es considerada una de las más importantes, y consiste en concientizar al paciente de que se ha vuelto impotente ante la sustancia que produce alteraciones en su estado de ánimo y conducta, que ha perdido el control de su vida y se ha vuelto ingobernable a causa de la adicción. Una vez que el adicto salga de la negación hemos dado el paso más importante porque el adicto reconoce que padece una enfermedad que es insidiosa y progresiva, por lo cual reconocen su necesidad de ayuda y de cambio.

2. Reconocer la necesidad de cambio

En la segunda fase es de vital importancia el ayudar al paciente a reconocer que su conducta necesita ser modificada, porque sus actos lo están llevando a una destrucción lenta y progresiva. En esta fase se intenta transmitir al paciente la capacidad que tiene de lograr cambios importantes en su vida a través del programa, aprendiendo nuevas rutinas e identificándose con las personas del grupo de autoayuda, ya que verá la enfermedad desde diferentes ángulos.

3. Planear para actuar

En esta fase lo importante es brindarle pautas de comportamiento que guíen las acciones y decisiones del paciente encaminadas a cambiar conductas y pensamientos distorsionados, el objetivo es enseñarle a ver la vida desde otra óptica, y que en general todos los seres humanos necesitamos trascender, realizar cambios en nuestra vida.

1.3.4. Objetivos de la Terapia de Grupo

El tipo de terapia que se maneja para las adicciones es la terapia grupal, la misma que tiene como finalidad ayudar a la persona a conocerse a sí misma y a mejorar sus relaciones interpersonales, en base a la asesoría, teniendo como meta los siguientes objetivos:

Las reuniones tienen como fin que los miembros se ocupen de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Los miembros dentro de la terapia de grupo tienen una posición activa pues no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como "ayudantes terapéuticos" de los demás. Al participar de terapia de grupo los adictos tienen la oportunidad de escuchar los relatos y vivencias de otros adictos, lo cual les brinda la posibilidad de conocer la forma como están afrontando su enfermedad y logrando su recuperación. Les brinda la oportunidad de estar con personas que compartan su mismo problema podemos ver la enfermedad desde diferentes ópticas y además le permite al adicto que se identifique, que se vea a sí mismo en las historias de los demás, aprenden a reconocer sus sentimientos, a expresarlos, y a compartir sus proyectos de recuperación. “Finalmente el propósito primordial de la terapia de grupo es ayudar a los adictos a romper su muro protector de defensa y a que conciban su enfermedad de manera clara y realista.”

1.3.5. Causas del consumo de sustancias

Factores de riesgo del consumo de sustancias

FACTORES INDIVIDUALES	FACTORES AMBIENTALES
Antecedentes familiares de consumo Hijos de padres negligentes Infancia traumática Trastornos de personalidad Familias disfuncionales Madres sobreprotectoras Hijos dependientes Baja autoestima Depresión Maltrato físico, psicológico o sexual. Privación Social.	Disponibilidad de Drogas Ambiente Social Influencia de Amigos Ocupación

1.3.5. Principales Mecanismos de Defensa

Negación:

Es el principal mecanismo de defensa que utilizan los alcohólicos para encubrirse, no aceptan su realidad niegan el hecho de que padezcan una enfermedad, no quieren mirar la realidad de su manera de consumo y las consecuencias que se derivan del mismo pues no aceptan que una vez que comienzan a consumir una sustancia no pueden parar de

consumirla, por la compulsión. La negación adquiere varias formas de manifestarse dentro de la enfermedad, y son:

- Rehusarse a admitir la existencia de un problema.
- Se auto engañan, en relación a la cantidad de alcohol que ingieren.
- Desconocen el hecho de que su consumo esta causando conflictos en las diferentes esferas de su vida, tanto familiar, laboral, e interpersonal.
- Cree que por sí solo es capaz de dejar el consumo, no se da cuenta de que necesita ayuda.
- Niega que es alcohólico, no se da cuenta de todas las alteraciones que produce la sustancia, aduce que puede controlarlo.

Racionalización:

Justifica su consumo de manera que su forma de beber parezca razonable, tanto para si mismo como para los demás. Lo puede hacer a través de comparaciones del tipo “Yo no bebo tanto como....,” o “Yo bebo porque...”.

Compensación

Este mecanismo consiste en silenciar un sentimiento de inseguridad exagerando un rasgo real o deseable.

Ejemplos: Al tomar una copa cuando se ha tenido un mal día, lo que se busca en el fondo es conseguir una sensación de euforia y seguridad que en realidad no se tiene.

Búsqueda de Atención

Sería aquel mecanismo que las personas que no se resignan a quedar en segundo lugar utilizan. Esta búsqueda de atención muestra algún tipo de carencia o déficit que hay por detrás, que habrá que estudiar.

Ejemplos: Así, actos como marearse en público pueden ser utilizados para llamar la atención de forma inconsciente.

Conclusiones:

El abuso sexual es un problema que no se puede tratar de manera aislada, debemos tomar en cuenta cuales son los factores o síntomas principales que giran en torno a esta problemática y tratarla desde todas las esferas afectadas, sabemos que las diferentes posiciones que la persona adopte tras vivir una experiencia traumática de este tipo será solo una forma de vivir.

Por lo general las personas que han sufrido un abuso dentro del ámbito doméstico y como es en este caso de incesto de padre a hija, la víctima utiliza como mecanismo de defensa la represión de la memoria, no porque reduzca el sufrimiento, sino porque, a menudo, el hecho de desconocer el abuso cometido por un cuidador es necesario para la supervivencia. Las complicaciones mentales que se presentan a lo largo de la vida de una persona tras haber vivido una experiencia traumática son síntomas del daño irreparable que se le ocasiona a una persona.

CAPITULO II: TERAPIA

2.1. Introducción

En el siguiente capítulo se darán a conocer características generales de la teoría cognitivo conductual, así como los objetivos principales de la misma, que están centrados en general en las distorsiones cognitivas, las mismas que influyen en la conducta de las personas y en las emociones.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

2 .1. 1. Cognitivo- Conductual: Concepto

“La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante”

“Esta sostiene que hay cinco elementos interrelacionados, que influyen en una persona y son: contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, conducta y la cognición del individuo”.

“Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal – ambiental, de este modo la terapia cognitiva trabaja a un nivel

cognitivo – conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal”⁷.

2.1.2 Objetivos de la Terapia

La terapia cognitiva tiene como objetivo influir en los procesos de pensamiento y conducta con la finalidad de cambiar patrones de comportamiento, emoción y reacción corporal.

En la terapia cognitiva los estados emocionales están asociados a cogniciones, proceso que es conocido como hipótesis de especificidad del contenido.

El modelo cognitivo trata cinco grupos diferentes de síntomas (psicológico, emocional, conductual, cognitivos e interpersonales) y cuatro variables (historia/desarrollo, contexto cultural, estructuras cognitivas, antecedentes y consecuencias conductuales).

El contenido de los pensamientos automáticos suele ser el objetivo inicial del tratamiento y nos proporciona claves que nos llevan a los esquemas cognitivos nucleares.

2.1.3. Características:

- Se aboca a modificar comportamientos y pensamientos.
- Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual, no se enfoca mucho en el pasado.
- Se utiliza terapias a corto plazo.
- Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características, la cual se realiza de manera periódica hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

⁷ Friedberg Robert D, Mc Clure Jessica M, *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*, Editorial Paidós, 2005, pag 15.

- La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.
- En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe acerca de lo que le sucede.
- La terapia cognitivo conductual busca lograr un funcionamiento independiente y a la vez lo refuerza, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda.
- Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo, aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.
- Desafía la posición del paciente, incentivándolo a que participe de manera activa en la búsqueda de soluciones alternativas y a la vez se promueve al paciente al autocuestionamiento.
- Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento, pues en ciertas ocasiones el problema manifiesto puede ser solo un síntoma de algo más profundo.
- Utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas.

- Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

2.1.4. Objetivos y características de la conceptualización de caso.

Por medio de la conceptualización de un caso adaptamos las técnicas a las exigencias del paciente, determinamos las técnicas y el tiempo para su aplicación, dirige las estrategias y predice los obstáculos que pueden aparecer en el tratamiento.

La conceptualización del caso difiere del diagnóstico, pues en este se sintetiza en términos generales una problemática, son teóricas, mientras que en la conceptualización de caso derivan de la teoría, pues ofrecen hipótesis explicativas de porqué emergen los síntomas, y cómo los diferentes factores tanto ambientales, inter e intrapersonales influyen en la formación del síntoma.

La conceptualización de caso estudia los pensamientos automáticos, los esquemas y distorsiones cognitivas.

2.1.5. ¿Cómo se forman los esquemas cognitivos?

Los esquemas cognitivos aparecen a través de la evitación, la evitación que provoca los esquemas cognitivos puede adoptar tres formas: evitación cognitiva, evitación emocional y evitación conductual.

1. Evitación Cognitiva

Los pensamientos que activan el esquema son bloqueados, en la evitación cognitiva la persona está como si estuviera con la mente en blanco por el hecho de que sus pensamientos pueden ser muy dolorosos, vergonzosos o comprometedores que se resiste a identificarlos. Por ejemplo cuando una

persona sufre un intenso cambio emocional y se le pregunta que se le pasa por la cabeza y la persona responde “No se me pasa nada”

2. Evitación Emocional

En este caso el individuo bloquea las emociones asociadas a un pensamiento, sus emociones son vividas como prohibidas, razón por la cual se inhibe de expresarlas. Por ejemplo una persona que siente ira no la expresa hacia el exterior sino contra sí misma en conductas como automutilaciones.

3. Evitación Conductual

En este caso lo que se inhibe son las conductas asociadas al contenido del esquema, evitan determinadas conductas para impedir que se cuestione el contenido del esquema.

2.2. Psicoeducación

Concepto

La Psicoeducación hace referencia a un proceso de reeducación que se ofrece a las personas que padecen algún tipo de problema psicológico, este tipo de tratamiento está más dirigido a personas depresivas, ansiosas, con trastornos alimenticios y de personalidad, el objetivo de este tipo de tratamiento es ayudar al paciente a reforzar sus fortalezas y habilidades para hacerle frente a sus problemas y evitar una recaída. El propósito de este tipo de tratamiento es que la persona aprenda sobre su problema y sobretodo cómo manejarlo. La Psicoeducación le brinda al paciente la posibilidad de ver el problema desde una perspectiva más amplia, generando reacciones más positivas.

2.2.1. Características

- Está encaminada a informar al paciente acerca de su problema, enfermedad o trastorno.
- Tiene como objetivo reforzar las fortalezas.
- tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente.
- La Psicoeducación puede ser individual, grupal, familiar.
- Se debe tener cuidado de no abrumar al paciente o familia con demasiada información, pues podemos llegar a causar malestar en los pacientes. El propósito es lograr una re-estructuración cognitiva que potencie la aceptación de la enfermedad y el tratamiento.
- Es importante considerar el nivel de tolerancia de la persona para tratar una determinada situación
- Se debe considerar el estado emocional de la persona para saber hasta qué punto se puede llegar.

2.3. Conclusión

El empleo de la terapia cognitiva tiene como objetivo:

- cambiar distorsiones del pensamiento
- desarrollar habilidades de afrontamiento de problemas
- control de emociones
- darle a conocer Técnicas Interpersonales con el objetivo de que aprenda a balancear sus deseos personales y lo que la gente demanda de ella.

Lo que se procura a través de la técnica cognitivo conductual es desarrollar conductas más saludables que reemplazarían rituales compulsivos o su aislamiento emocional, que los individuos aprendan a identificar y nombrar multitud de estados emocionales, a diferenciar emociones de pensamientos e identificar cuáles son los estímulos desencadenantes de una determinada conducta o emoción.

Finalmente mediante el modelo psicoeducativo se brinda una visión global de un problema con la finalidad de que la persona conozca acerca de su padecimiento, lo cual le ofrece la posibilidad de verlo desde otra perspectiva y le ayuda a buscar maneras de afrontarlo.

CAPITULO III:

CASO CLINICO

3.1. Historia Clínica

1. DATOS DE FILIACION

Apellidos: XXX Nombres: XXX

Fecha y Lugar de Nacimiento: Gualaquiza 17 de Abril de 1991 Edad: 18 años

Domicilio Ciudad: Macas Barrio Sangay Teléfono: 701158

Profesión y Ocupación: Secretaria

Institución donde Trabaja: Cooperativa de taxis

Estado Civil: Unión Libre Religión Católica Instrucción: Secundaria Incompleta

2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude acompañada por sus tíos, por voluntad propia a clínica de recuperación en adicciones “Mujer Libre”, aduce que desde hace dos años atrás consume drogas, empezó con el alcohol esporádicamente, consumo que se incrementó con más frecuencia, luego se inició en el consumo de perica (marihuana) durante seis meses, la misma que después fue reemplazada por base de cocaína durante un año y medio, todo esto le causaba depresión profunda razón por la cual tuvo muchos intentos de suicidio, en dos ocasiones llegando casi a su objetivo al envenenarse con racumín por lo que tuvo que ser hospitalizada, todo esto le causó muchos problemas consigo misma y con su familia que solo le hacía acusaciones y le demostraba desprecio. Por todo esto decidió internarse en busca de ayuda, ya que por sí sola no pudo dejar el consumo.

3. FUENTE DE INFORMACION

Directa de la paciente

4. ENFERMEDAD ACTUAL

Diana es ingresada al centro de recuperación de adicciones por consumo de alcohol que se inicia a la edad de 15 años con amigos del colegio, inicialmente en pequeñas cantidades, las mismas que han ido aumentando paulatinamente, hasta el año pasado el consumo era solo de un día cada fin de semana sin llegar a la embriaguez, poco después su consumo se fue haciendo más frecuente hasta llegar a consumir alcohol diariamente. Echo que afectaba a sus abuelos y familia, motivo por el cual decidió disminuir el consumo, paciente refiere que en estos últimos meses ha consumido unas tres veces hasta llegar a la embriaguez, y que en otras ocasiones acepta “uno o dos tragos” cada vez que sale. El consumo de THC se inicia a los 17 años con amigos esporádicamente; desde hace un año inicia el consumo de base, inicialmente unas dos veces por mes, pero desde hace unos dos meses, empieza a consumir diariamente incluso se amanecía consumiendo con sus amigos. Su último consumo tanto de base como alcohol y perica, fue cinco días antes de su internamiento. Refiere que unos días antes del ingreso y por abandono de su pareja decidió quitarse la vida con racumín, por lo cual permaneció cinco días hospitalizada y desde allí fue internada en un centro de adicciones para mujeres.

5. TRATAMIENTOS RECIBIDOS:

Biológicos: Hospitalización por envenenamiento, intento de suicidio a la edad de 18 años, estuvo interna por un lapso de cinco días, posterior a su recuperación fue trasladada al centro de adicciones.

6. ANTECEDENTES PERSONALES:

Nacida de parto normal atendida por facultativo, seno materno hasta la edad de un año, recibió todas las inmunizaciones de la infancia, su desarrollo psicomotor fue normal, presento enuresis nocturna hasta la edad de cinco años, sus miedos estaban relacionados con su padre.

Diana es la segunda de tres hermanos, manifiesta que a la edad de tres años su madre y su pequeña hermana de un año y medio fallecieron en un accidente de tránsito en el cual se encontraban todos presentes, esto fue un impacto emocional muy grande para ella, ya que a partir de aquello su padre en ese entonces militar empezó a beber alcohol con más frecuencia descuidando así del bienestar de Diana y su hermano. La relación con su padre era buena hasta la edad de 3 o 4 años que ella vivió con él, pues él viajó a Patuca por su trabajo (militar) y regreso después de 4 años dejándola a Diana y a su hermano mayor Christian con su abuela. Cuando ella tenía 7 años su padre regresa y la relación cambia de una manera drástica, y desde que Diana tenía 8 años su padre empieza a abusar sexualmente de ella hasta la edad de 14 años aproximadamente que podía defenderse sola.

Su padre a menudo llegaba a casa ebrio acompañado de amigos, y les ordenaba a Diana y a su hermano que le compren alcohol y les sirvan con agua para beber con sus amigos y si no lo hacían les maltrataba física y psicológicamente, por temor a todo esto Diana solía refugiarse bajo una mesa con estados de pánico. Al transcurrir el tiempo y los años su progenitor obtuvo una nueva relación con la que la paciente no estaba de acuerdo, pues manifiesta “era un reemplazo que mi padre quería poner en la casa” lo cual causó mayores conflictos entre ellos.

Durante sus estados de embriaguez su padre la acusaba de la muerte de su madre, de la misma manera que empezó a tener intentos de abuso con su hija hasta que a la edad de 8

años Diana fue ultrajada sexualmente por su padre “decía que el me hacía esto porque yo me parecía mucho a mi mamá y que porque yo tenía la culpa de todo” Diana les informo a sus abuelos del abuso del que había sido víctima por parte de su padre, los mismos que le restaron credibilidad y dejaron pasar por alto lo sucedido, a partir de entonces los abusos fueron constantes hasta los catorce años, cuando Diana tuvo el valor de defenderse y huir de su casa en busca de refugio donde una amiga con la que vivió hasta hace un mes atrás. Al enterarse de esto su hermano Christian, agredió a su padre físicamente, el mismo que ahora está en manos del alcohol a pesar del desempeño en el trabajo.

Su relación con su madre era buena, manifiesta que le hace mucha falta y que la extraña “si ella viviera mi papá no me hubiera hecho lo que me hizo”.

La relación con su hermano mayor no era muy buena hasta cuando él tenía 16 años; su adaptación escolar no fue buena, tenía malas relaciones sociales sobre todo con sus compañeros varones, su rendimiento era regular.

ADOLESCENCIA:

Presencia de la menarquía a los 14 años, tenía muchos conflictos pues refiere que es muy impulsiva y agresiva sobretodo con el sexo opuesto. Hasta la edad e catorce años no tenía muchos amigos, pero a los 16 su círculo social se incremento, era buena estudiante en la secundaria a diferencia de la primaria, su comportamiento fue bueno hasta tercer curso, se cambia de colegio por problemas de conducta y se retira del colegio cuando cursaba el sexto curso por problemas paternos.

ADAPTACION HETEROSEXUAL:

Mala adaptación heterosexual a causa de los abusos de los que fue víctima por parte de su padre desde que ella tenía 8 años de edad, refiere haber mantenido dos relaciones sentimentales la primera con una persona mayor a ella con dos años, relación que duró un

año y medio y la segunda relación con una persona mayor a ella con cinco años, con el mismo que convivió durante un año.

Diana presenta disfunciones sexuales del acto, pues refiere sentirse incómoda cuando mantiene relaciones sexuales con alguien y posterior a la relación sexual se siente “sucio”, y se deprime mucho. La mayoría de sus relaciones sexuales eran insatisfactorias ya que recordaba las violaciones de su padre y se sentía mal durante estas.

VIDA AFECTIVA:

Antes de su internamiento en el centro de adicciones convivía con un ex adicto, durante dos meses y medio, mayor a ella con cinco años, tenían una buena relación hasta que se inician las peleas puesto que Diana era muy irritable y agresiva

HISTORIA LABORAL:

Trabajaba como secretaria en una cooperativa de taxis por un lapso aproximado de un año, su remuneración era básica (250 dólares)

VIDA SOCIAL:

A la edad de 14 años en sus tiempos libres se dedicó a entrenar deportes para su defensa personal, como Judo por un lapso de 8 meses, Box por 5 meses y Taekwondo por 2 meses y medio. Tenía muchos amigos de consumo con los cuales se reunía de forma muy seguida para su consumo de sustancias.

CLASE SOCIOECONOMICA

Nivel socioeconómico medio, cuenta con casa propia, todos los servicios básicos y buena alimentación.

USO DE SUSTANCIAS:

Dependencia de Alcohol.

Dependencia de Marihuana.

Dependencia Base de Cocaína.

7. PATOLOGÍA ANTERIOR

Incesto por parte del padre a la edad de 8 años relacionado a trastornos alimenticios, problemas afectivos y dependencia a múltiples sustancias.

8. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre alcohólico

Abuelo Alcohólico

Hermano abuso de alcohol.

9. EXAMEN PSIQUIATRICO

a) Inspección General

Sin ninguna anomalía física, aseada, vestido de acuerdo a la edad y sexo.

b) Forma de Relación

Paciente se mostró colaborativa, contesto a todas las preguntas, no hubo resistencia ni negativismo de su parte.

c) Expresión y Lenguaje

La paciente se mostraba preocupada y tensa.

d) Estado de Conciencia

Paciente lúcida orientada en tiempo y espacio.

e) Atención

No tiene dificultad para mantener la atención y seguir el hilo de la conversación.

f) Conducta Motora

Durante la entrevista Diana se mostro como inquieta, preocupada y ansiosa.

g) Comportamiento

Comportamiento impulsivo, cauteloso, reflexivo, temeroso. Ataques de pánico y potencial suicida.

h) Alteraciones del sueño

Dificultad en conciliar el sueño y despertar frecuente.

i) Afectividad

La paciente se mostro angustiada, deprimida, con síntomas de desesperación, ambivalente y disociación ideo afectiva, labilidad emocional fugaz.

j) Sensopercepción

Sin ninguna alteración, no existen alucinaciones visuales ni auditivas.

k) Pensamiento y Expresión

Voz llorosa, ritmo monótono; estructura del pensamiento lento, bloqueos; contenido del pensamiento: ideas de suicidio, culpabilidad, pesimismo, sentimientos de inferioridad, indecisión, necesidad de ayuda, autoacusación, resentimiento.

l) Juicio

Autocritico: leve conciencia de enfermedad y necesita ayuda.

m) Estimación de la Inteligencia

Funciones intelectivas superiores, abstracción, cálculo, racionalización sin ninguna alteración.

n) Orientación

Orientada en tiempo y espacio respecto de sí misma y de los demás.

ñ) Memoria

Sin ninguna alteración, puede recordar con facilidad tanto hechos pasados como presentes.

o) Concentración

Sin ninguna alteración.

p) Voluntad

No existe presencia de abulias, negativismo ni oposición.

q) Actividad

No existe presencia de apraxias ni dispraxias.

r) Instintividad

Trastornos del Instinto de Nutrición: Anorexia Nerviosa de Tipo Restrictivo y Compulsivo Purgativo.

Trastornos del Instinto de Vida: Autolesionismo e impulsión suicida.

10. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

Eje I: Dependencia a múltiples sustancias

Eje II: Rasgos de personalidad limítrofe

Eje III: Trastornos Alimenticios.

Eje IV: Incesto del padre, muerte de la madre y hermana.

Eje V: 40%

3.2 Resultado de pruebas psicológicas

Pruebas aplicadas el 21 de diciembre del 2009, fecha de ingreso de la paciente.

HTP: Problemas en el área familiar, dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales, hostilidad, desadaptación, tendencia a alejarse de los demás, ansiedad, rasgos de personalidad esquizotípico, límite y paranoide.

SACKS: Conflictos severos en: área de relación con el padre, sentimientos de culpa y actitudes frente al pasado.

RAVEN ESCALA DE INTELIGENCIA: Puntaje 48, percentil 50 equivalente a intelectualmente al término medio.

TEST VISOMOTOR DE BENDER: Franca Organicidad, emocionalmente perturbada. Personalidad: ansiedad, afectividad bloqueada, conducta retraída, inhibición, constricción y timidez. Impulsividad y agresividad.

Resultado de pruebas aplicadas previas a la salida de la paciente el día Lunes 17 de abril del 2010.

RAVEN: Intelectualmente al término medio. Consistente.

TEST VISOMOTOR DE BENDER: Organicidad: ausencia de organicidad; Dx: ausencia de perturbación emocional; Personalidad: Impulsividad, agresividad, ansiedad.

ESCALA DE HAMILTON: Total 13 equivalente a ansiedad moderada.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION: Total 23= depresión moderada.

SACKS PARA ADULTOS: La examinada presenta conflictos severos en el area de relación con la madre, padre, familia, miedos, temores, inseguridad, sentimientos de culpa y actitudes hacia las aptitudes.

HTP: Poco contacto con la realidad, falta de afecto en el hogar, potencial suicida, ansiedad, agresividad, trauma, inseguridad, regresión, deseos de ver lo menos posible, necesidad de control.

3.3. Análisis del caso

La adolescente proviene de un núcleo familiar disfuncional, pues a la edad de tres años pierde a su madre en un accidente de tránsito, y como consecuencia quedan ella y su hermano a cargo de su padre, cuya personalidad es dominante, impulsiva y agresiva. La muerte de la figura materna desata en el padre el consumo de alcohol de manera regular, haciéndolo más violento, llevándolo al punto de abusar sexualmente de su hija a la edad de 8 años.

Como resultado de esta violación Diana desarrolla patrones desadaptativos de conducta como una forma de sobrevivir a todo lo que le estaba ocurriendo, se sentía responsable de la unión o separación de su familia, manifestaba ambivalencia afectiva con relación a su padre, esto sumado a la ausencia de un núcleo familiar seguro, caracterizado por todo tipo de violencia por parte de su padre, le llevaron a la adolescente a caer en Depresión, la misma que muchas veces desencadenó en intentos de suicidio.

Su autoestima es muy baja, como consecuencia del maltrato psicológico por parte de su padre, que le han llevado a constantes devaluaciones de sí misma, haciéndola que rechace su aspecto físico induciéndola a autocríticas negativas constantes desencadenando en ella trastornos alimenticios.

En la actualidad su conducta es impulsiva, razón por la cual le cuesta mantener buenas relaciones sociales, su forma de afrontamiento o resolución de problemas es la única que ella aprendió, a través de la agresión. Todos estos factores, sumados a su conducta impulsiva y la depresión, le han llevado al consumo de múltiples sustancias.

Conclusiones

En base al análisis del caso la paciente presenta el siguiente cuadro psicopatológico:

- Baja Autoestima,
- Dificultad en las relaciones sociales sobre todo con el sexo opuesto.
- Trastornos alimenticios, anorexia nerviosa de tipo restrictivo y compulsivo purgativo.
- Distorsiones Cognitivas, pensamiento generalizado (todos los hombres son malos y solo les quieren a las mujeres para acostarse con ellas),
- Alteraciones de Conducta: Agresividad, es una persona muy impulsiva, ha tenido varios intentos de suicidio.
- Consumo de Sustancias
- Alteraciones psicosexuales: Disfunción sexual: Trastorno sexual del acto.

CAPITULO IV

PROPUESTA TERAPEUTICA

4.1. Introducción

Para el siguiente caso de abuso sexual se plantea un tratamiento multimodal, utilizando técnicas cognitivo conductuales en un 80%, Psicoeducación en un 20%, las mismas que se realizaran en diez sesiones, que se subdividirán en una sesión por semana las cuales se llevaran a cabo en un lapso de dos meses y medio, finalizando el tratamiento con el seguimiento a través de la inserción a terapias de grupo con la finalidad de realizar un seguimiento para evitar recaídas.

4.2 DESARROLLO DE LAS SESIONES

Sesión No 1

Formulación Etiopatogenica: Abuso Sexual

Aspectos de la Personalidad: Autoestima

Técnica: Muestra de registro de pensamientos

Objetivos:

- Orientar los descubrimientos de la adolescente.
- Ampliar la perspectiva de una determinada situación.
- Ayudar a la adolescente a encontrar pensamientos de afrontamiento que eliminen anteriores distorsiones cognitivas.

Descripción de la Técnica:

El procedimiento consiste en hacer que la adolescente dibuje flores, cuyos pétalos representen emociones y cuyos tallos representen pensamientos; el suelo sería el evento o acontecimiento que desencadena las emociones y los pensamientos. Posteriormente le

Sesión No 2

Formulación Etiopatogénica: Abuso Sexual

Aspecto de la Personalidad: Inseguridad

Técnica: Vías de mis miedos

Objetivos:

- Que la adolescente aprenda a reconocer la relación existente entre situaciones, pensamientos, emociones y acciones.
- Obtener datos más concretos sobre los miedos, haciéndole identificar sus componentes.

Descripción de la Técnica:

El ejercicio empieza pidiéndole a la adolescente que dibuje un tren y a continuación el camino que deben seguir sus miedos, le decimos que debe pasar por seis estaciones (estación quien, estación de la mente, estación donde, estación de la acción, estación del cuerpo y estación de la acción.) Tenemos que indicarle que es importante que pare en todas las estaciones y que no importa el orden en que lo haga, cuando para en una estación el niño responde a la pregunta de la estación, y la anota en la estación correspondiente

Sesión No 3

Formulación Etiopatogénica: Abuso sexual

Aspecto de la personalidad a tratar: Sentimientos de Culpa

Técnica: Análisis Racional

Objetivos:

- Lograr que la paciente conozca la realidad de su problema.
- Identificar los factores que intervienen en el problema.
- Eliminar sentimientos de culpa.
- Analizar la situación desde otra perspectiva y buscar factores causales.
- Reasignar la responsabilidad de un modo más ajustado.

Descripción de la técnica:

Pastel de Responsabilidad

Hacer una lista con todos los factores que pueden contribuir a que suceda un acontecimiento, después la adolescente asigna a cada factor una porción del pastel que representa la cantidad de responsabilidad que tiene sobre el resultado final.

Sesión No 4

Formulación Etiopatogénica: Abuso Sexual

Aspectos de la Personalidad: Depresión

Técnica: Programación de Actividades Agradables

Objetivos:

- Mejorar el estado de ánimo de la paciente.
- Incentivar a buscar alternativas positivas para contrarrestar su estado de ánimo negativo.
- Enseñarle a asumir un papel más activo en toma de decisiones o programación de actividades dentro de la familia o contexto social.

Descripción de la Técnica:

Esta técnica se inicia preguntándole a la paciente que actividades que le parezcan agradables realizaba antes de que estuviera deprimida. Posteriormente se crea un calendario semanal con todas esas actividades para que la adolescente las realice diariamente. Puede utilizar el tiempo como metáfora (un sol, lluvia, etc) para indicar qué tal le pareció cada actividad o como estuvo su día.

Sesión No 5

Formulación Etiopatogenica: Abuso Sexual - Tendencias Suicidas

Aspecto de la personalidad a tratar: Impulsividad.

Técnica: Proyección Temporal

Objetivos:

- Ampliar su imagen el futuro mediante la concientización de cómo cambiara sus pensamientos, sus emociones y los acontecimientos en un periodo de tiempo.
- Demostrarle que el suicidio es una solución permanente a un problema que es temporal o pasajero.
- Reducir la conducta impulsiva y la precipitación en la toma de decisiones.
- Identificar la naturaleza temporal de sus emociones cuestionando pensamientos distorsionados.

Descripción de la Técnica:

Se invita a la adolescente a pensar que le haría sentir una misma situación en diferentes momentos, que van desde el presente inmediato al futuro a largo plazo. Por ejemplo se le puede preguntar qué pensarías con respecto a x situación dentro de seis horas, dentro de una semana, dentro de un mes, dentro de un año y dentro de unos cinco años. Y

después de cada intervalo de tiempo debemos preguntarle como cambiaria su conducta, sus pensamientos y sus emociones.

Sesión No 6

Formulación Etiopatogenica: Abuso sexual

Aspecto de la personalidad a tratar: Emociones

Técnica: Automonitorización.

Objetivos:

- Obtener información sobre la base de los síntomas
- Que la paciente aprenda a reconocer cuales son los estímulos que desencadenan ciertas emociones.
- Nos permite medir el progreso de la paciente.
- Enseñamos a la adolescente a controlar sus emociones.

Descripción de la Técnica:

Hacer analogías con un termómetro, es decir hasta qué grado sube la temperatura cada vez que la persona experimente una emoción, puntuar que tan intensa es.

Sesión No 7

Formulación Etiopatogenica: Abuso sexual

Aspecto de la personalidad a tratar: Ansiedad y miedo.

Técnica: Relajación

Objetivos:

- Enseñar a la paciente a relajarse.
- Enseñar a la adolescente a controlar su cuerpo y sus reacciones.

- Enseñar a focalizarse en aspectos positivos para eliminar miedos y la ansiedad que generan los mismos.
- Eliminar quejas somáticas

Descripción de la Técnica:

Comenzamos pidiendo a la adolescente que cierre sus ojos y que a continuación contraiga todos los músculos y que a medida que se vaya pidiendo que afloje cada una de las extremidades, la adolescente se va relajando paulatinamente, y a medida que se va relajando cada musculo les decimos que todo dolor, que la pesadez del cuerpo desaparecen paulatinamente; consecuentemente le pedimos que deje su mente en blanco, que no piense en nada, que centre su atención en su respiración, posteriormente le pedimos que focalice una escena de su vida en la que ella era feliz, se sentía tranquila y segura, realizamos un anclaje, pidiendo a la persona que guarde esa imagen en su mente, finalmente le pedimos que maneje su respiración, inhalando y exhalando, poco a poco va moviendo sus extremidades y finalmente le pedimos que abra los ojos.

Sesión No 8

Formulación Etiopatogenica: Abuso Sexual

Aspectos de la Personalidad: Malas relaciones sociales

Técnica: A propósito o sin querer

Objetivos:

- Desarrollar respuestas empáticas en la adolescente.
- Desarrollar nuevas formas de interpretar situaciones interpersonales.
- Determinar con mayor precisión si la conducta de otra persona es o no deliberada.

Descripción de la Técnica:

La herramienta incluye diez acontecimientos y la tarea del niño es determinar si suceden a propósito o sin querer. Luego se le pide que haga una lista con cinco formas de diferenciar si alguien hace algo a propósito o sin querer y finalmente se le pregunta que es importante saber para decidir si alguien hace algo a propósito o sin querer.

Sesión No 9

Formulación Etiopatogenica: Consumo de sustancias

Aspectos de la personalidad: compulsividad

Terapia Grupal - Seguimiento

Objetivos:

- Evitar la recaída en el consumo de múltiples sustancias.
- Compartir inquietudes ante un grupo que se identifique con su problemática.
- Lograr que la paciente vaya adquiriendo habilidades de afrontamiento que le sean útiles en su reinserción social.
- Reforzar el desarrollo de aptitudes y comportamientos sociales compatibles con el mantenimiento de la abstinencia.

Sesión No 10

Formulación Etiopatogenica: Abuso Sexual

Aspectos de la Personalidad: Habilidades Sociales

Técnica: Terapia de Grupo: Rellenar la Jarra

Objetivos:

- Fomentar la aplicación de habilidades sociales.
- Enseñarle a la adolescente habilidades de comunicación.

- Fomentar en la adolescente conductas prosociales (escuchar, empatía, responder a las críticas sin agresividad.)

Descripción de la Técnica:

Se pone una jarra en la sala de terapia de grupo, si el terapeuta observa que algún miembro del grupo muestra una conducta prosocial, como ser empático, escuchar o responder a las críticas sin agresividad, pone una canica en la jarra, los miembros del grupo reciben una recompensa cuando la jarra este llena de canicas. También se puede incentivar a los miembros del grupo a reforzarse los unos a los otros poniendo canicas en la jarra cada vez que vean que un compañero interacciona correctamente.

Sesión No 11

Psicoeducación:

Talleres de Sexualidad:

Objetivos.

- Lograr que la menor comprenda su sexualidad tanto como la del agresor, para evitar futuras acciones violentas.
- Informarle acerca de que son los abusos y cómo prevenirlos.

Talleres de Hábitos Alimenticios:

- Concienciar a la adolescente en la importancia de una buena alimentación.
- Crear en ella hábitos alimenticios.
- Guiarla hacia la búsqueda de soluciones alternativas.
- Elevar su autoestima.
- Fomentar el análisis de las virtudes y defectos.
- Promover las fortalezas.

4.3. TEST A UTILIZAR

Test de frases incompletas de Sacks para Adultos:

Este test se puede aplicar a sujetos a partir de los 15 años en adelante. El test consta de 60 frases estímulo, en las que se evalúan o exploran conflictos en 4 áreas de relación: área familiar, sexual, relaciones interpersonales, área del concepto de sí mismo.

Este test es útil para determinar en el caso del abuso sexual de la adolescente que áreas fueron las más afectadas o en las que encuentra mayor dificultad, puede ser utilizado como un complemento a la historia clínica y entrevista, como una forma más precisa de conocer el problema.

Escala de Hamilton para la Depresión:

Esta escala consta de 22 preguntas en las mismas que se pretende evaluar la presencia o ausencia de síntomas psicósomáticos que indiquen algún grado depresivo, y en caso de que exista determinar si es leve, moderada o severa.

En este caso el test es muy útil para conocer el grado o nivel de depresión de la paciente tanto al inicio como al final del tratamiento, y para implementar diferentes técnicas pues por medio del test podemos determinar de qué forma altera su depresión en su funcionamiento psicósomático.

HTP:

Proporciona información que complementa la valoración de un paciente a través de otros instrumentos y posterior de la entrevista psicológica, la finalidad de su aplicación, es que el test nos revele conflictos y preocupaciones generales del individuo, así como aspectos específicos del ambiente que encuentre problemáticos, además nos revelan cambios generales en el estado psicológico del individuo.

Este test es muy útil pues nos puede revelar hechos que para la persona examinada sean muy difíciles de recordar y relatar, nos permite conocer rasgos de personalidad.

El dibujo de la persona refleja la adaptación de la adolescente en un nivel psicosocial; el dibujo del árbol despliega sentimientos y actitudes hacia uno mismo. Por medio de los dibujos la adolescente puede reflejar material conflictivo o emocionalmente perturbador.

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES GENERALES

El abuso sexual es un problema social en el que están inmersos factores, tanto sociales como familiares, el mismo que trae como consecuencia graves desajustes en la persona que ha sufrido algún tipo de agresión sexual.

Es claro que las reacciones de una persona ante este tipo de agresiones varían, y esta variación depende del medio en el que se encuentre la persona agredida y de la estructura familiar para que este problema se supere, las secuelas del abuso no se borran, pero lo que se intenta es dar una mejor calidad de vida a la persona que ha pasado por una experiencia traumática, apaciguar el dolor que le lleva a cierto tipo de conductas disfuncionales, eliminar sentimientos de culpa y brindarle una visión más amplia de su problema con la finalidad de abrirle nuevos horizontes y mejorar la visión que tiene de sí misma de manera que pueda proyectarse a un futuro.

Considero que a través del empleo de diferentes técnicas cognitivas se puede cambiar en gran medida las cogniciones y moldear conductas disfuncionales de la paciente, pues su problema deriva no tanto del daño físico causado sino de los pensamientos que giran en torno a la agresión respecto a sí misma, lo cual interfiere en su toma de decisiones y forma de “sobrevivir” a lo que le ha sucedido.

El objetivo de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales y una vez detectados comprobar su validez e impulsar a la paciente a darle una visión diferente de su problema o pensamiento. Es una técnica muy útil porque por medio de ella se le enseña a la adolescente conductas asertivas que le permitan dirigirse y actuar de forma

adecuada además que por medio de ellas pueda expresar sus emociones, desacuerdos, tomar decisiones por sí misma sin necesidad de manifestar conductas agresivas para expresar su desacuerdo.

La finalidad de este trabajo no es minimizar el trauma y daño causado a una adolescente desde muy corta edad, pues aunque el abuso sexual haya terminado, los trastornos ocasionados tanto a nivel afectivo como cognitivo no se borran, lo que se pretende a través de esta propuesta de tratamiento es disminuir en gran medida los efectos negativos del abuso tanto a corto como a largo plazo, los mismos que variarán de acuerdo a la edad de la víctima, y conforme vaya avanzando el nivel de organización del pensamiento de la adolescente.

5.1.2 RECOMENDACIONES

- Se sugiere dentro del enfoque terapéutico cognitivo conductual poner mayor énfasis en control de impulsos, pues esto ha afectado de manera directa en el consumo de sustancias, conductas suicidas, y relaciones interpersonales, sobre todo por sus conductas agresivas.
- Como segundo punto trabajar en la reestructuración cognitiva, en relación al concepto de sí misma que interfieren en sus emociones y alteran de manera directa su conducta, como es en el caso de baja autoestima, depresión y los trastornos alimenticios que padece.

Es fundamental pues sirve de autoayuda, ya que puede ser utilizada para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. La idea sobre la cual se basa es que no son solamente las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos, lo que se intenta es que la adolescente aprenda a generar alternativas de respuesta a sus propios pensamientos negativos, eliminar las creencias irracionales que son las que tienden a desencadenar un estado emocional o físico extremadamente negativo y sustituirlas por creencias racionales,

- Finalmente propongo de manera alternativa al finalizar el esquema de tratamiento propuesto incentivar a la adolescente a que se asista a terapia de grupo como una red de apoyo con la finalidad de evitar recaídas, ya que su red de apoyo primaria (familiar) es desestructurada y disfuncional.

BIBLIOGRAFIA

- Ayuso Gutiérrez José Luis, Carulla Luis Salvador, Manual de Psiquiatría, Editorial Edigrafos, Madrid 1992.
- Friedberg Robert D, M Mc Clure Jessica; Practica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes, Editorial Paidos, Barcelona 2005.
- Haeussler P Isabel M, Confiar en uno mismo Programa de Autoestima, Dolmen Ediciones, Madrid 1997.
- Machargo Salvador Julio, Programa de Actividades para el Desarrollo de la Autoestima, Editorial Escuela Española, Madrid, 1996.
- Malacrea Marinella, Trauma y Reparación, Tratamiento del abuso sexual en la infancia, Editorial Paidos, Barcelona 2000.
- Podesta María del Carmen, Rovea Ofelia Laura, Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar, Espacio, 2005.
- Vega José Luis de Dios, Avellanosa Caro Ignacio, Psiquiatría Infanto Juvenil, Editorial Edigrafos, Madrid 1992.
- Wallace Jhon, El Alcoholismo como Enfermedad, Editorial Trillas, México 1990.

Linografía

www.monografias.com/trabajos16/trastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios.shtml

Martes 11 de mayo del 2010

http://www.publispain.com/drogas/tratamiento_de_las_adicciones.html

<http://www.fundacionjuntospodemos.com/fases-tratamiento-adicciones.html>

Dra. Almendras www.psicoeducar.com Uruguay 2003.