



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica

Descripción del Proceso Terapéutico Cognitivo-Conductual para Reinsertar Socialmente

a una Paciente de 20 años víctima de Abuso Sexual.

Monografía previa a la obtención del Título de

Psicóloga Clínica.

Alumna: Claudia Dayana Gómez Guerrero

Director: Máster Alberto Astudillo

**Cuenca, Ecuador
2010**

A Pato,
a Patín y Matías,
a mis padres y hermanos.

AGRADECIMIENTO

Para Dios por permitirme la vida y escogirme para esta misión.

A mi esposo Pato, que con su amor me ha sabido apoyar y estar a mi lado en todo momento a pesar de las dificultades que hemos vivido.

A mis hijos Patín y Matías, por su paciencia al entender que mi tiempo lo he debido dividir con el estudio, sacrificando la atención que ellos esperaban de mí.

A mis padres y mis hermanos, por sus principios y formación, por ser incondicionales conmigo y estar siempre presentes sosteniéndome.

A mis profesores por sus enseñanzas, a Albertito y en especial a los profesores de séptimo ciclo por entender mi enfermedad y apoyarme siempre.

De la misma forma a mis compañeros; Fernanda, Karina, Belén, Linda, Fabricio, Patricia por ser mis amigos verdaderos y estar a mi lado en los momentos más difíciles que me ha tocado vivir. Muchas Gracias Amigos.

Finalmente a mi querida amiga Alexandra Córdova, con admiración y mucho cariño por estar siempre presente en mi vida y por su apoyo para que este trabajo sea posible.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ESTUDIO DE CASO	3
1.1. DEMANDA DE LA PACIENTE.....	4
1.2 ANTECEDENTES DISFUNCIONALES.....	4
1.3 HISTORIA CLINICA.....	5
1.3.1 REACTIVOS APLICADOS Y RESULTADOS.....	10
1.4 ENTREVISTAS.....	11
1.5 EVOLUCIÓN.....	11
CAPÍTULO II APOYO TEÓRICO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL CASO.....	13
2.1- EL ABUSO SEXUAL.....	14
2.1.1 CARACTERÍSTICAS.....	14
2.1.2 FASES.....	15
2.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL ABUSADOR Y DE LA FAMILIA EN QUE SE PRODUCE EL ABUSO SEXUAL.....	17
2.1.4 AGRESORES SEXUALES, TIPOS DE ABUSOS Y VÍCTIMAS DE RIESGO.....	17
2.1.5 PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS ADULTAS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.....	18
2.1.6 TRAUMA DE LA VÍCTIMA.....	18
2.1.7 MECANISMOS DE DEFENSA.....	19
2.1.8 INDICADORES.....	21
2.1.9 CONSECUENCIAS.....	22
2.2 LA DEPRESION.....	24
2.2.1 DEFINICIÓN.....	24
2.2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS COMO CAUSA DE LA DEPRESIÓN.....	24
2.2.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DSM-IV.....	26
2.3 AUTOMUTILACION.....	27
2.3.1 DEFINICIÓN.....	27
2.3.2 CAUSAS.....	27
2.3.3 FACTORES DE RIESGO.....	28
2.3.4 SÍNTOMAS.....	28

2.3.5 <i>DIAGNÓSTICO</i>	29
2.3.6 <i>TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO</i>	30
2.3.7 <i>PREVENCIÓN</i>	30
2.4. <i>DESAMPARO APRENDIDO DE SELIGMAN</i>	30
2.5 <i>LA AUTOESTIMA</i>	33
2.5.1 <i>¿COMO SE FORMA LA AUTOESTIMA?</i>	33
2.5.2 <i>¿POR QUÉ ES IMPORTANTE APRENDER A ACEPTARNOS?</i>	35
2.6 <i>TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL</i>	36
2.6.1 <i>DEFINICIÓN DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL</i>	36
2.6.2 <i>MODELOS COGNITIVOS.- (PERSPECTIVA HISTÓRICA)</i>	37
2.6.3 <i>FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL</i>	38
2.6.3.1. <i>CONCEPTO DE TRIADA COGNITIVA</i>	38
2.6.3.2 <i>MODELO DE ESQUEMAS.-</i>	39
2.6.3.3 <i>ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION</i> <i>(DISTORSIONES COGNITIVAS)</i>	40
2.6.4 <i>TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES QUE FUERON UTILIZADAS</i> <i>EN EL CASO:</i>	41
CAPÍTULO III <i>PLAN TERAPEUTICO</i>	45
3.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	46
3.2 <i>TÉCNICAS UTILIZADAS</i>	47
3.3 <i>DISTRIBUCION</i>	51
<i>CONCLUSIONES FINALES</i>	53
<i>RECOMENDACIONES</i>	54
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	55
ANEXOS	
ANEXO 1: Escala de Depresión de Hamilton	
ANEXO 2: Escala de Depresión de A. Beck	
ANEXO 3: Escala de Desesperanza de A. Beck	
ANEXO 4: Test de riesgo suicida (Hopelessness Scale)	

RESUMEN

Este Diseño presenta la Descripción del Proceso Terapéutico realizado a una paciente de veinte años que ha sufrido abuso sexual reiterado, ofreciendo orientación y apoyo mediante técnicas cognitivo conductuales que la ayudaron a restituir las áreas más afectadas como son sus pensamientos irracionales y su autoestima. Se realiza una comparación del estado del Autoestima y sus síntomas depresivos, antes y después de aplicar el modelo de tratamiento, como un medio para validar la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas. Entre otros, los resultados muestran un aumento del Autoestima y la disminución de la Depresión y reinserción social.

ABSTRACT

This thesis presents the description of the therapeutic process followed on a twenty-year-old patient who was suffered repeated sexual abuse. There was a need to offer orientation and support through behavioral-cognitive techniques, which help to reestablish the most affected areas such as irrational thoughts and self-esteem. A comparison between self-esteem and depressive symptoms before and after treatment was done as a way of validating the effectiveness of behavioral-cognitive techniques in this type of process. Between other things, the results showed an increase in self-esteem a lowering of depression.

INTRODUCCION

Cuando empecé mis prácticas pre-profesionales en la Corporación Mujer a Mujer ignoraba lo que en realidad sucedería el momento que me encontrara frente a una paciente que vivía violencia intrafamiliar o sexual, con el paso de los meses pude ir entregándome a mi trabajo y aprendiendo la manera de llevar un proceso terapéutico; siempre leyendo y buscando más información con la intención de dar el apoyo adecuado a mis pacientes.

Creo que después de la experiencia de año y medio en este centro; la Teoría Psicológica más indicada en este tipo de proceso es la Cognitivo-Conductual, ya que lo esencial es trabajar en modificar los pensamientos erróneos de las pacientes.

Es importante también entender que muchos de los casos de Abuso Sexual no son tratados con terapia psicológica; sino desarrollan mecanismos de defensa que aparentemente permiten: “olvidar el suceso”, llegando esta negación a convertirse en una amnesia total que corre el riesgo de ser traída a la conciencia de una manera muy dolorosa, obteniéndose únicamente agudizar la sintomatología guardada a peorando cada vez más el cuadro de la víctima.

El Caso que escogí para describirlo en este trabajo; de todas las terapias que he realizado me pareció muy interesante y con el pude aprender mucho, ya que la paciente del mismo había vivido abuso sexual reiterado desde niña y su cambio; de cuando llegó a consulta a hoy es significativo. Además que el abuso sexual es un tema que requiere tino para ser tratado, mucho respeto y aceptación incondicional hacia la paciente.

El proceso terapéutico se describe a continuación en tres capítulos:

En el primer capítulo se describirá el estudio del caso, donde se explicará la problemática de la paciente desde el momento en que inicia la terapia, sus demandas y los pasos que se siguieron para llegar a un diagnóstico.

En el segundo capítulo se da un sustento teórico a cada uno de los factores que se consideró importantes intervenir en la terapia psicológica recibida hasta este momento.

Finalmente en el tercer capítulo se explica el proceso terapéutico, describiendo cada una de las técnicas aplicadas y sus logros, distribuidos dentro del tiempo de duración de la terapia realizada hasta esta fecha.

Las consecuencias del abuso sexual que aun no han sido abordadas serán tratadas más adelante, ya que la sintomatología en la paciente ha complicado casi todos los aspectos de su vida, por lo que se definió trabajar en un proceso a largo plazo.

CAPITULO I
ESTUDIO DE CASO

El objetivo del primer capítulo es dar la información necesaria para poder conocer y entender el caso que va a ser descrito; su problemática, como se llegó a un diagnóstico y por último la evolución que ha tenido el mismo hasta la fecha.

1.1. DEMANDA DE LA PACIENTE.-

La paciente acude a terapia desde junio del 2009 derivada desde el CRA (Centro de Rehabilitación de Alcohólicos) con un diagnóstico de Depresión Mayor con tres intentos de suicidio como consecuencia del abuso sexual sufrido desde los cinco años de edad, motivo por el que fue internada en el mismo durante un mes y medio, la paciente llega a consulta en la Institución donde trabajo (Corporación Mujer a Mujer) en contra de su voluntad, con una actitud muy agresiva y opositora, manifestando que ya había acudido a terapia con seis diferentes psicólogos y ninguno fue de ayuda en su problema.

Durante la escucha empática la paciente refiere que sufrió abuso sexual desde los cinco años de edad por parte de su medio hermano, sus amigos, su tío materno, dos de los jefes del trabajo de su madre, una amiga mayor y compañeros de la pandilla a la que pertenecía (en la actualidad tiene veinte años). “Después de las primeras veces que fui abusada sexualmente nunca opuse resistencia con las personas que me violaron después, creo que yo nací para que me hagan esto”. La paciente sugiere que nadie nunca la va a entender, se auto mutilaba el momento de la terapia y no colaboraba el momento de indagarla para conocer como se sentía frente a las situaciones tan traumatizantes que había vivido.

1.2 ANTECEDENTES DISFUNCIONALES.-

Nuestra paciente es la quinta de siete hijos de la misma madre y de tres diferentes padres, su primera hermana fue fruto de un abuso sexual a su madre, su segundo medio hermano (drogadicto y miembro de una peligrosa pandilla) la abusó sexualmente repetidas veces junto con otros amigos de su grupo, desde los nueve años de edad; este caso fue llevado a la

Fiscalía, por tratarse de un delito y considerar indispensable custodia policial para proteger a nuestra paciente víctima del riesgo que corría frente a la pandilla de su medio hermano, considerada muy numerosa y peligrosa.

Ella y sus hermanos siempre han estado solos, ya que su madre ha debido trabajar para mantenerlos por la ausencia y falta de apoyo económico de sus parejas (tres), situación que sumada a su pobreza e instrucción muy limitada ha contribuido para que la problemática de la paciente se agudice por falta de tratamiento, desencadenando una depresión mayor con tres internamientos en el CRA por intentos de suicidio.

De los factores que determinan su situación, se han trabajado: Autoestima, Distorsiones Cognitivas, Pensamientos Automáticos, síntomas de su Depresión, Automutilación.

Se fue tratando cada una de ellas con la finalidad de lograr reinsertar socialmente a la paciente.

1.3 HISTORIA CLINICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre. -----

Fecha de Nacimiento. 16 de agosto 1989.

Sexo. Femenino

Estado Civil. Soltera

Lugar de Nacimiento. Cuenca

Lugar de Procedencia. Cuenca.

Religión. Ninguna.

Escolaridad. Secundaria

Trabajo. Empresa de Limpieza

Referencia. Dr. Psiquiatra del Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. (CRA)

Persona Responsable. Dayana Gómez Guerrero.

Fecha de elaboración de la Historia Clínica. 25 de junio del 2009

2. MOTIVO DE CONSULTA

Derivada del CRA con diagnóstico de Depresión Mayor desencadenada por Abuso Sexual Reiterado.

3. FUENTE DE INFORMACIÓN

Directa

4. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO ACTUAL

Depresión Mayor como consecuencia del Abuso Sexual sufrido por varias ocasiones desde los 5 años.

- a) Descripción Cronológica. Abuso Sexual desde hace 15 años y Depresión Mayor desde hace 1 año.
- b) Factores Predisponentes. No había seguridad en su entorno, miembro de familia disfuncional, el abusador es su medio hermano, no se busca tratamiento para abuso.
- c) Factores Precipitantes: Abuso Sexual.

5. REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS.

Según Historia referida por el Psiquiatra del CRA, la paciente presenta fuertes dolores de cabeza, todos sus órganos y aparatos están bien.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a) Infecciones del Sistema Nervioso Central.
- b) Consumo de Pastillas o Drogas.
- c) Enuresis.

Por parte de la mamá: Ninguna

Por parte del Padre: ninguna

Hermano Segundo: Consumo de Drogas.

7. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

- a) Ingresos. Muy limitados de parte de su madre y de ella
- b) Vivienda propia. No, arrendada
- c) Medio Urbano. Si
- d) Vehículo. No
- e) Terrenos. No

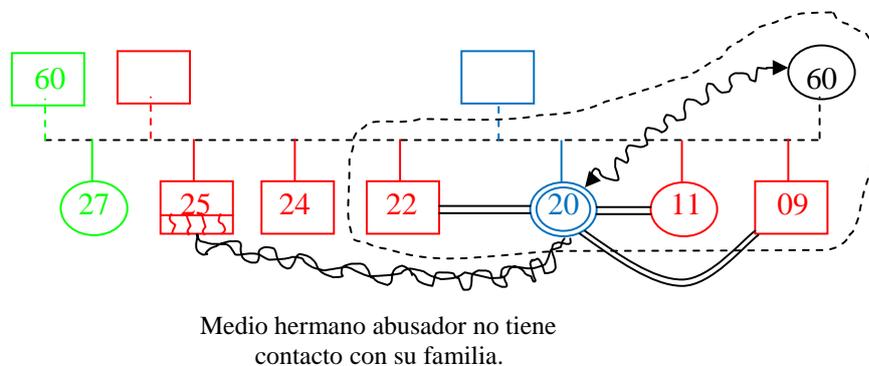
8. PSICOBIOGRAFÍA.

- Embarazo. Normal, desarrollo psicomotriz: reflejos, succión, cuello, gateo, primeros pasos, normales también.
- Núcleo familiar. Muy tenso, muy poca comunicación, con ausencia de la figura paterna y madre trabaja todo el día ya que es único sustento, sus 6 hermanos y ella prácticamente se han criado solos, existiendo una falta de cuidado total hacia ellos lo que desencadena sus malas amistades y el abuso sexual por parte de su medio hermano mayor (pandillas, drogas).
- Primera infancia. Recuerda haber trabajado desde niña acompañando a su madre (empleada doméstica) siempre después de clases, aquí fue abusada sexualmente por primera vez a los 5 años de edad por dos jefes de su madre.
- Vida Escolar: Era una niña responsable en sus deberes y lecciones, dedicada al estudio, en cuanto a lo social no se relacionaba mucho con sus compañeras solo el momento del juego.
- Adolescencia. Era muy retraída por sus vivencias, le gustaba mucho el deporte, no puso atención en sus cambios físicos, ya que durante todo este tiempo sufría el

abuso sexual de su medio hermano mayor, incluso quedó embarazada y le practicaron un aborto pagado por él. Deja el colegio cuando empieza su depresión.

- Adultez. En la actualidad tiene 20 años y cursa 5to curso en un colegio nocturno.
- Sexual: no tiene clara su preferencia sexual, cree que le gustan las mujeres, odia al sexo opuesto, solo acepta a sus otros hermanos hombres, fue abusada repetidamente, desde los 5 años de edad.
- Laboral. Siempre se desempeñó bien en su trabajo, siempre se sintió bien ahí, ya que no le gustan los trabajos monótonos, sino por el contrario trabajos activos, pero debió dejar su trabajo por problemas causados por su medio hermano abusador.
- Personal. Se considera muy reservada, no tiene ningún interés social, cree que no va a poder ser feliz nunca.

9.- GENOGRAMA.-



10. EXÁMEN PSICOLÓGICO MENTAL

- a) Apariencia y conducta. Su actitud es muy agresiva, a la defensiva, oposicionista, viste solo de negro, se automutila en consulta.
- b) Experiencias cognitivas:
 - Consciencia. Estado de lucidez
 - Orientación. Tiempo, espacio y percepción. Normal

- Memoria. Fijación: ¿Qué almorzaron?, sopa de verduras. Reciente: ¿Qué viste en la tele ayer?, fue un programa que siempre veo, donde participan varios famosos. Remota. ¿A qué edad fue a la escuela?, a los 6 años. Normal
 - Atención. Activa y pasiva, concentrada. Ej., deletrear mundo al revés, o-d-n-u-m, lo dijo bien.
- Inteligencia. Cálculo: $100 - 7$, normal, Información: ¿Quién es el Presidente actual del Ecuador?, Rafael Correa. Pensamiento abstracto: Semejanza y diferencia entre avión y pájaro: que los dos vuelan, pero que el pájaro es un ser vivo y el avión no.
- c) Sensopercepción. No presenta alucinación ni ilusión.
 - d) Lenguaje y Pensamiento. Comprende las ideas, tiene una buena articulación de las palabras claras y específicas, expresándolas de acuerdo al tema.
 - e) Afecto: ambivalencia, confusión afectiva.
 - f) Juicio Autocrítico: Normal. Heterocrítico: ¿Qué haría si se encuentra en la calle un sobre cerrado?, lo cogiera, abriría y si son papeles importantes o dinero, lo devuelvo por la radio.
 - g) Fracciones Corticales. No presenta ninguna agnosia, apraxia, afasia, ni acalculia.

11. DIAGNÓSTICO

El siguiente diagnóstico fue otorgado por el profesional del CRA:

EJE I. Depresión mayor, episodio único, crónico.

EJE II. Trastorno Límite de la Personalidad.

EJE III. Ninguno

EJE IV. Abuso Sexual vivido desde los 5 años.

EJE V. 40%

1.3.1 REACTIVOS APLICADOS Y RESULTADOS

Los reactivos aplicados que se enumeran enseguida y sus resultados, sirvieron para confirmar el diagnóstico con el que la paciente fue remitida desde el CRA, luego de esto se realizó un plan terapéutico con el que iniciamos el proceso para dar apoyo a las demandas de la paciente.

HTP.-La paciente presenta bajo nivel de energía, pesadumbre, inmovilidad; ansiedad frente al contacto con la realidad, características de depresión; presenta sentimientos de vulnerabilidad y falta de adecuación de las defensas yóicas, posible homosexualidad, prácticas masturbatorias, necesidades agresivas, en la paciente se observa muy baja autoestima.

Escala de Depresión de Hamilton.- depresión muy severa. (Ver Anexo 1)

Escala de Depresión de A. Beck.-depresión moderada. (Ver Anexo 2)

Escala de Desesperanza de A. Beck.- Presenta un grado de desesperanza muy alto. (Ver Anexo 3)

Test de riesgo suicida (Hopelessness Scale).- Compatible con un estado depresivo moderado. Existe riesgo moderado de cometer suicidio. Es recomendable buscar algún tratamiento específico para tratar la sintomatología depresiva. (Ver Anexo 4)

DIAGNÓSTICO.- La paciente cumple con todos los criterios Diagnósticos de Depresión mayor según el DSM-IV. Se confirma el diagnóstico emitido por el Profesional del CRA.

CONCLUSION: En conclusión se decidió que lo más adecuado era realizar un proceso terapéutico a largo plazo para trabajar cada una de las demandas de la paciente y así lograr desaparecer los síntomas de la depresión presente, recuperar su autoestima y sus relaciones sociales, por medio de técnicas que logren cambiar pensamientos y establecer nuevas conductas.

1.4 ENTREVISTAS

Se realizaron entrevistas con el psiquiatra del Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, con la paciente (se describe en el plan terapéutico, capítulo III) y con la madre de la paciente.

Psiquiatra.-En la entrevista con el psiquiatra (C.R.A.) que trataba a la paciente pude enterarme del tratamiento que la paciente había recibido, el diagnóstico dado en su Historia Clínica (Depresión Mayor), el tiempo que permaneció internada y la medicación que utilizaba diariamente (Gobal, Anafranil, Inderal), ya que la paciente cuando inició terapia en el centro en el que trabajo; se opuso rotundamente a continuar con la medicación, y esto representaba un riesgo de recaída en sus intentos de suicidio; decidiendo luego por recomendación del psiquiatra continuar con el proceso psicológico, conociendo que el uso de la medicación no garantiza que la paciente no intente suicidarse nuevamente.

Madre.- Se realizaron tres entrevistas con la madre para conocer su historia familiar y de esa manera poder trabajar en las relaciones de la paciente con sus hermanos y padres, apoyar con psicoeducación a su madre para involucrarla en el proceso de reinserción de su hija; lamentablemente no se pudo lograr este objetivo ya que la madre no pudo colaborar por falta de tiempo e interés.

1.5 EVOLUCIÓN

En las sesiones de los siguientes meses se trabajó con diferentes técnicas cognitivo-conductuales para ir superando los síntomas de depresión, la paciente fue recuperando su voluntad, dando una nueva significación a su cuerpo físico al entender que fue la víctima en el abuso sexual sufrido, la auto mutilación fue desapareciendo optando por registrar sus pensamientos y sensaciones en un papel lográndose hacer un hábito de esta técnica. Con las técnicas para recuperar su autoestima la paciente se dio cuenta de su capacidad y de esta

manera se logró su empoderamiento y por sí misma consiguió un trabajo, regresó al colegio; y refiere que sus calificaciones son buenas sobre todo en matemáticas ya que es muy hábil para esta ciencia, es un apoyo económico para su madre, ayuda en la crianza de sus hermanos menores y asiste a cursos de computación y matemáticas los días domingos, ha recuperado sus redes sociales, empezando por trabajar en la relación de madre-hija, ya que la paciente mostraba uno de los síntomas típicos de una mujer abusada; el rechazo total a su madre, el mismo que se superó mediante la técnica del rol-play. El plan terapéutico buscó eliminar sus distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos y trabajar su autoestima para lograr su recuperación.

Con las técnicas utilizadas se ha logrado superar la sintomatología de la depresión y se ha conseguido su reinserción social trabajando en su autoestima, el plan terapéutico continuará dando énfasis en las consecuencias del abuso y se considera importante, según ciertos aspectos referidos por la paciente, trabajar en la identificación de su preferencia sexual.

CONCLUSION.- Personalmente creo en este capítulo se ha buscado explicar los pasos necesarios para poder conocer y entender el caso propuesto, realizar un diagnóstico apropiado a partir de la información obtenida, para poder encontrar el mejor camino hacia la recuperación de la paciente.

CAPITULO II

APOYO TEÓRICO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL

CASO.

En este capítulo se dará un sustento teórico al caso; detallando cada una de las problemáticas de la paciente y la Teoría más sus técnicas de intervención (consideradas las más adecuadas en este tipo de afección) que fueron utilizadas en el proceso terapéutico llevado a cabo, con el que se logró aumentar su autoestima y recuperar su voluntad dándose así su empoderamiento.

2.1- EL ABUSO SEXUAL

Son actitudes y comportamientos que realiza un adulto (generalmente varón) para su propia satisfacción sexual, con una niña, niño, adolescente, adulto o su propia pareja. Cuando el abusado es un niño(a), el agresor emplea la manipulación emocional como chantajes, engaños, amenazas, violencia, etc. Es importante, considerar que una conducta es abusiva, cuando es vivida y sentida de este modo por la persona, cuando es mirada o tocada de un modo que la hace sentirse intimidada. La víctima nunca es culpable. El agresor, siempre es el responsable.

El motivo del ataque sexual, no es primordialmente el placer o la satisfacción sexual del ofensor, sino que tiene que ver con poder, control, dominación y humillación, indiferentemente de sí la víctima es masculina o femenina. El ataque sexual es una forma de violencia en la cual el "sexo" es utilizado como arma contra la persona de quien se abusa.

2.1.1 CARACTERÍSTICAS.-

a. El abuso sexual siempre constituye una forma de violencia física o mental, por la cual el adulto se aprovecha tanto de la confianza del niño como de su superioridad, teniendo como consecuencia que el niño/a no comprenda la gravedad del hecho debido a su inmadurez psicosexual, por lo cual no está en disposición de dar consentimiento o negarse libremente.

- b.** El abuso sexual no se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, sino que puede extenderse hacia los niños, adolescentes, o en una relación donde exista asimetría, aunque el primero es el más frecuente.
- c.** En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño.
- d.** El abuso sexual generalmente no se produce de manera aislada sino que se prolonga durante años.
- e.** Los niños perciben de manera instintiva dónde empieza la explotación de su cuerpo.
- f.** El abuso sexual se produce cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño.
- g.** Los efectos de la vivencia de abuso varían de acuerdo a las siguientes categorías. La duración del abuso, la intensidad y el tipo de abuso, el uso o no de la violencia física, la edad del agresor y de la víctima, la identidad del abusador (relación intrafamiliar o extrafamiliar), número de abusadores.

2.1.2 FASES.-

Según afirma Galdós (1999)¹ es posible detectar 3 fases principales en el desarrollo del abuso sexual, a saber:

- a) Fase de Inicio o “enganche”: Cuando el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que éste no contará a nadie el contacto establecido. En esta fase el niño, dependiendo de la edad que tenga, se encuentra confundido y por lo general no entiende lo que ocurre.

¹ <http://www.clinicapsinco.com>

- b) Fase de Continuidad: Una vez asegurado el silencio de la víctima, el abusador buscará sin número de ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración. En esta fase dependiendo de la edad del niño es posible que trate de evitar la presencia del abusador, lo cual puede tomarse como un indicador del abuso.
- c) Evidencia o Confirmación: Se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido o porque la víctima cuenta lo que ha ocurrido. Es la fase de mayor tensión en la familia de la víctima, generalmente reaccionan de manera violenta contra el abusador, pero también es muy frecuente que interroguen de manera incisiva al niño/a, situación que lo/a confunde más acentuándose los sentimientos de culpa.

2.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL ABUSADOR Y DE LA FAMILIA EN QUE SE PRODUCE EL ABUSO SEXUAL.-

<p><u>a. Características del abusador</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente protector o celoso del niño. - Víctima de abuso sexual en la infancia. - Dificultades en la relación de pareja. - Aislado socialmente. - Abuso de drogas o alcohol. - Frecuentemente ausente del hogar. - Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos 	<p><u>b. Características de la familia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias monoparentales o reconstituidas. - Familias caóticas y desestructuradas. - Madre frecuentemente enferma o ausente. - Madre emocionalmente poco accesible. - Madre con un historial de abuso sexual infantil. - Problemas de hacinamiento. - Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia.
--	--

2.1.4 AGRESORES SEXUALES, TIPOS DE ABUSOS Y VÍCTIMAS DE RIESGO.-

En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares

(Padres, hermanos mayores, etc.) -es el incesto propiamente dicho- o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas. Los abusadores sexuales, que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual, se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores que tienen más a mano y que menos se pueden resistir. En estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta: "mi niña está entera", "la falta de resistencia supone un deseo del contacto", "en realidad, es una forma de cariño", etc.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital; y, solo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad).

En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas.

No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos porque los niños no ofrecen resistencia habitualmente.

Por otra parte, los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa.

2.1.5 PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS ADULTAS

DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.-

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none">- Dolores crónicos generales- Hipocondría y trastornos de somatización- Alteraciones del sueño (pesadillas)- Problemas gastrointestinales- Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none">- Intentos de suicidio- Consumo de drogas y/o alcohol- Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	<ul style="list-style-type: none">- Depresión- Ansiedad- Baja autoestima- Estrés postraumático- Trastornos de personalidad- Desconfianza y miedo de los hombres- Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
Sexuales	<ul style="list-style-type: none">- Fobias o aversiones sexuales- Falta de satisfacción sexual- Alteraciones en la motivación sexual- Trastornos de la activación sexual y del orgasmo- Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	<ul style="list-style-type: none">- Problemas en las relaciones interpersonales- Aislamiento- Dificultades en la educación de los hijos

2.1.6 TRAUMA DE LA VÍCTIMA.-

Una vez que sucede el abuso, viene el sentimiento de culpa y cuando este se desarrolla es un freno para todo. Provoca un pánico que mantiene a la víctima callada, la víctima piensa que fue ella la que propicio todo y en muchos casos es la respuesta que reciben hasta de sus propios padres “Tu tuviste la culpa” Este sentimiento de culpa los arruina para toda la vida porque un niño al que le sucede esto, queda con la idea de que ya sucumbió al homosexualismo, da por hecho de que ya se convirtió en un homosexual, lo cual es algo malo.

Esta es la sentencia fatal de los niños que han sido seducidos por homosexuales, que creen que tienen negadas las posibilidades de llevar una vida sexual normal y están condenados de por vida a las relaciones homosexuales.

En el caso de una niña que ha sido víctima de abuso en el ámbito familiar, en la mayoría de los casos se trata de un incesto en complicidad de la madre.

La niña no quiere interactuar amorosamente, íntimamente y menos sexualmente con los que pertenecen al género de su ofensor.

Lleva la idea de que los hombres son malos, atacan, violan, lastiman, amenazan, y por lo tanto no quieren ninguna relación con hombres. En la búsqueda del cariño y el amor le es más fácil interactuar con niñas. Además de haber aprendido que no puede confiar en los hombres, pierde la confianza en las mujeres porque deduce que estas traicionan. Entonces viene la búsqueda de mujeres que tengan características masculinas como las llamadas “marimachos”.

Pero si ha habido la ternura y el apoyo por parte de la madre, la muchacha va a escoger el camino de la homosexualidad, con una mujer tan femenina como su madre.

En un caso buscaran el apoyo masculino en una mujer gigante con características muy masculinas y en el otro simplemente buscarán amor.

Por esto en la búsqueda del origen de la homosexualidad una de las causas es el abuso sexual en la infancia.

2.1.7 MECANISMOS DE DEFENSA.-

Los mecanismos de defensa más conocidos en la víctima de abuso sexual son la negación, la racionalización, la intelectualización y la proyección. Podríamos decir que la mente humana tiene que sufrir un proceso para tratar de lograr que se haga aceptable para el sujeto lo que es inaceptable. Esto quiere decir que el recurso de la negación, por ejemplo,

nos sirve durante un tiempo llegando a ser funcional en algunos casos como el duelo, “no puede ser que haya pasado esto”. Esto funciona un tiempo, como puede funcionar a una, yo sé que mi papá me quiere, algo debe estar sucediendo para que él este haciéndome lo que me hace” el mismo pariente puede decirle: “Lo que quiero es enseñarte lo que es el amor y la sexualidad para que cuando salgas a la vida sepas defenderte de lo que los hombres te van a querer hacer, mejor lo aprendes conmigo y así ya no te van a hacer daño” La niña hace como que le cree, necesita racionalizar o intelectualizar lo que le están diciendo para negar la naturaleza ofensiva del abuso sexual o incesto. Esto le resulta funcional quizá durante años, le sirve para vivir tranquila. Pero cuando esa misma niña, o en el caso del hombre o la mujer que sufrieron el abandono de su pareja, regresan a la realidad y dejan de usar mecanismos de defensa, el recuerdo de ese daño o dolor hace que el mecanismo de defensa ya sea disfuncional. Cuando se cobra conciencia de esto, para sobrevivir a ese dolor el individuo empieza a inventar el autoengaño, es decir empieza a mentirse a sí mismo, ya no es un mecanismo de defensa del subconsciente porque ya se dio cuenta de que eso que le sucedió se llama incesto, y ahora que se está enfrentando a la sexualidad con su pareja resulta que padece de una disfunción severa porque tiene fobia a la relación sexual. Ya está consciente y es ahí donde empieza el autoengaño, se empieza a vivir en la fantasía y en el mito, es por esto que cuando tienen que interactuar con otros se ven en la necesidad de mentir acerca de sí mismas, esta mentira constante para interactuar como si fuera una persona sana que no tiene un pasado doloroso, muchas veces hace que estos sujetos se lleguen a creer ya conscientemente sus mentiras dando origen a la mitomanía. Podríamos afirmar que es tanto el dolor que se tiene cuando se ha cobrado conciencia de los años en los que se ha vivido con el mecanismo de defensa, que la persona

no encuentra otra salida más que la negación. Es por esto que la recuperación siempre se inicia con la aceptación del problema.

LAMMOGLIA Ernesto, "Abuso Sexual en la Infancia", Ed., GRIJALBO, México, 1999.

2.1.8 INDICADORES.-

Es posible descubrir que un niño ha sido abusado sexualmente, en especial si es menor de 7 años, cuando su comportamiento no corresponde a su edad ni a las costumbres de la casa, sea porque muestran curiosidad en extremo o porque hacen preguntas o comentarios sobre sexo (no esperables a su edad).

- A nivel Físico: Embarazo, enfermedades de transmisión sexual, irritaciones o malestar en los genitales, aseo constante de los genitales o se niega a hacerlo; dolor al orinar, infecciones genitales frecuentes.
- A nivel Psicológico: Se detecta depresión, pérdida del apetito, disminución del rendimiento escolar, rabia u hostilidad o comportamiento sexual inadecuado a la edad.
- A nivel Comportamental: Puede huir de la casa, presentar conductas regresivas, es decir, comportarse en un nivel de desarrollo anterior al actual.

Cuando se trata de víctimas adolescentes es posible detectar:

- Miedo a estar sola.
- Incapacidad de sostener la mirada.
- Frecuentes peleas y disgustos con miembros de la familia.
- Problemas de memoria.
- Cambios frecuentes y drásticos de humor.
- Preocupación por temas sexuales o actividades sexuales.

- Gestos e intentos de suicidio.
- Desconfianza.

2.1.9 CONSECUENCIAS.-

La joven de nuestro caso presenta diferentes síntomas postraumáticos considerando que vivió abuso sexual desde los 5 años de edad hasta los veinte años por parte de varios abusadores entre ellos dos familiares directos (tío y hermano).

Algunas de esas consecuencias son:

- Llanto frecuente sobre todo cuando hay situaciones afectivas o eróticas.
- Miedo a estar sola, con un determinado miembro de la familia.
- Rechazo repentino y sin justificación a la madre.
- Cambios de conducta bruscos.
- Agresividad, fugas o acciones delictivas.
- Autolesiones o intentos de suicidio.
- Confusión sobre la identidad Sexual.
- Conductas sexualmente inapropiadas y agresivas.
- Pérdida del sentido de seguridad, incapacidad para confiar.
- Ansiedad, desamparo.
- Baja Autoestima.
- Depresión
- Enojo.
- Sentimientos de culpa, vergüenza.
- Incomodidad en las relaciones interpersonales cercanas.
- Dependencia.

Enrique Echevurua, *Hablemos con las Niñas y los Niños* (33). El mayor o menor impacto emocional va a estar, a su vez agravado o aliviado por una serie de factores mediadores, que van a ser responsables, en buena medida de las diferencias individuales que se observan en las distintas víctimas en relación con las secuencias del suceso.

Siguiendo a Echevurua y Guerricaechevarría, (2000) la actuación iría encaminada a los siguientes logros:

1) Reestructuración cognitiva, ya que las preocupaciones de nuestra paciente pueden distorsionar la percepción de la realidad y la creencia en sus propios recursos para afrontarla. Esta técnica iría pues, enfocada a detectar y a modificar los pensamientos distorsionados en relación con la situación de maltrato y abuso.

2) Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento dirigidas en primer lugar a reducir los niveles de ansiedad por medio de la técnica de relajación muscular; en segundo lugar, a controlar las preocupaciones mediante las técnicas de detención del pensamiento y de distracción cognitiva y la programación de actividades incompatibles; y en tercer lugar dar pautas de actuación. Identificar y expresar sentimientos de deseo y no deseo, sentimientos positivos y negativos, sus zonas privadas, buenos y malos secretos. Los límites o fronteras son un área de tratamiento importante.

3) Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas que se define según Rodríguez Naranjo y Gavino (1997) como un proceso cognitivo comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con soluciones problemáticas y a incrementar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas.

(Corporación Mujer a Mujer, "Hablemos con los Niños y las Niñas", Imprentas Gráficas GQ, Cuenca)

2.2 LA DEPRESION.-

2.2.1 DEFINICIÓN.-

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar.

2.2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS COMO CAUSA DE LA DEPRESIÓN.-

Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales.

Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar de nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. Durante este periodo la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse y asumir nuevas tareas y vínculos.

En el duelo anormal el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona. Basado en estos estudios postuló que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto y la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los periodos tempranos de la vida. Abraham y Melanne Klein también basan sus explicaciones de la depresión en las etapas tempranas del desarrollo y especialmente en la hostilidad hacia el objeto amado y los consiguientes sentimientos de culpa.

Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente.

El trauma en la infancia, especialmente en el abuso sexual, se asocia con depresión de iniciación temprana en la mujer.

Desde el punto de vista psicosocial, se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y periodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, también parecen aumentar la incidencia de depresión.

La teoría del Aprendizaje atribuye importancia etiológica a trastornos del comportamiento y de la cognición.

Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede ni predecir ni controlar, la persona se resigna y se deprime. Además presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de control.

Lewinsohn observó que la pérdida de refuerzo (consecuencias agradables) en el ambiente, puede crear y mantener un comportamiento depresivo. Si por ejemplo, un niño

pierde a su madre, los refuerzos que esta proporcionaba desaparecen, se vuelve más inactivo, y esto atrae la simpatía de los que lo rodean (reforzando así el estado depresivo), posteriormente su inactividad y su aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetua la condición depresiva.

Para Beck, el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos. Lo más aceptado actualmente es un modelo integrado en el cual se considera la depresión como un síndrome (una vía final común), en el cual las depresiones están situadas en un espectro que va desde la tristeza normal, hasta las más severas de origen bioquímico con implicaciones etiológicas y de tratamiento de acuerdo a la ubicación relativa de un determinado paciente.

La mayoría de las depresiones primarias estarían en la parte media de este espectro depresivo, en la cual habría una interacción variable entre la predisposición genética (y sus consecuencias biológicas), los factores psicológicos y los estresantes ambientales.

2.2.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DSM-IV.-

Los criterios diagnósticos que cumple la paciente y que han estado presentes por más de 6 meses según el Manual Mundial de Diagnóstico DSM-IV, para diagnosticar Depresión Mayor son los siguientes:

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Aumento de peso y aumento de apetito casi todos los días.

- 4.-Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Retardo psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico.

Estos síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno de funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.

(Psiquiatría de Toro, 163).

2.3 AUTOMUTILACION.-

2.3.1 DEFINICIÓN. –

La automutilación o la autolesión es cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin la intención de suicidarse. La automutilación es un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o, para revelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control. En algunos casos, el comportamiento no tiene relación con el control emocional sino con un trastorno neurológico o metabólico.

Este comportamiento no es aceptado socialmente, ni es parte de una tradición religiosa o forma de arte.

2.3.2 CAUSAS.-

La automutilación se asocia con:

- Trastorno de Personalidad Limítrofe(más común)
- Depresión
- Abuso de sustancias (alcoholismo o consumo de drogas)
- Trastornos alimenticios (anorexia o bulimia)
- Psicosis
- Trastorno de Personalidad Antisocial
- Trastorno de Estrés Postraumático

2.3.3 FACTORES DE RIESGO.-

Estos factores aumentan la probabilidad de desarrollar esta afección. Informe al médico si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Abuso sexual, físico o emocional durante la niñez
- Violencia o algún otro abuso de familiares en el hogar
- Trastorno de estrés postraumático
- Reclusión en prisión
- Sexo: femenino
- Edad: adolescencia
- Retraso mental
- Autismo
- Ciertos trastornos metabólicos

2.3.4 SÍNTOMAS.-

Los síntomas de la automutilación varían. Los síntomas más comunes son:

- Cortarse la piel con objetos filosos (lo más común)
- Escarbarse o quemarse la piel

- Rascarse o autogolpearse
- Picarse con agujas
- Golpearse la cabeza
- Presionarse los ojos
- Morderse el dedo, los labios o el brazo
- Jalarse los cabellos
- Picarse la piel

Rara vez, en casos muy severos, la automutilación puede incluir:

- Huesos rotos
- Amputación
- Castración
- Suicidio

2.3.5 DIAGNÓSTICO.-

La automutilación puede ser difícil de diagnosticar. Con frecuencia, las personas que se automutilan se sienten culpables o avergonzados por su conducta e intentan ocultarlo. Un doctor puede ser el primero en ver el daño físico causado por la automutilación. Para ser diagnosticado, los síntomas deben presentar el siguiente criterio:

- Preocupación por el daño físicamente provocado
- Imposibilidad para resistirse a las conductas autodañinas que resultan en lesiones de tejido
- Incremento de la tensión previa a la autolesión una y sensación de alivio después del acto
- No tener una intención suicida en la automutilación

Para realizar un diagnóstico preciso, el psicólogo o psiquiatra evaluará otras condiciones, como trastornos de personalidad o del estado de ánimo, y la presencia de ideas suicidas.

2.3.6 TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.-

El tratamiento suele ser médico y psicológico, e incluye la administración de medicamentos.

El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo de forma individual o grupal. Generalmente, el tratamiento está dirigido a tratar la dificultad emocional, el trauma o el trastorno subyacente. También puede incluir terapia cognitiva conductual .

2.3.7 PREVENCIÓN.-

La mejor medida preventiva es buscar ayuda profesional tan pronto como sea posible cuando haya depresión, trauma, problemas emocionales u otros trastornos que puedan llevar a la automutilación.

<http://www.apa.org/>6 de mayo del 2010 11pm

<http://www.mentalhealthamerica.net/>

2.4. DESAMPARO APRENDIDO DE SELIGMAN.-

Una forma de llegar a entender a la depresión, es tal vez por medio de la teoría del desamparo aprendido que ha sido muy controversial en el campo de la depresión como causa de ésta. En un experimento realizado por Seligman y Maier (1967), para explicar el paradigma del desamparo aprendido utilizaron a dos grupos de perros a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas e impredecibles, pero sólo un grupo podía evitarlas al oprimir un panel y el otro no podía evitarlas a pesar de las respuestas que diera. Como la incapacidad del grupo que no podía evitar de ninguna forma los choques para actuar

dependía de una historia de exposición a descargas no contingentes de las que no podían escapar, el fenómeno se denominó "desamparo aprendido"; esto es que si no podían tener control sobre las descargas para intentar evitarlas; después de determinadas sucesiones de descargas el perro sólo se quedaba quieto "soportando" el dolor.

Algo semejante ocurre con los humanos que presentan desamparo aprendido el cual sería una característica de la depresión.

La teoría de Desamparo Aprendido establece que atribuir "incapacidades" a factores internos sugiere, precisamente, cierta tendencia al desamparo aprendido.

Trad (1992) considera que "hay un continuo de susceptibilidad a creer en el desamparo propio que sustenta la depresión tanto endógena como reactiva", pero es importante mencionar que cuando una persona se encuentra bajo este paradigma del desamparo aprendido los síntomas que presenta son similares a algún tipo de depresión lo cual es corroborado por como lo explica Seligman en contraste, "la depresión es el convencimiento de la propia impotencia".

Entonces el desamparo aprendido es también una forma de depresión en donde los seres humanos, como los animales, están convencidos de la propia indefensión que se convierte en un obstáculo para intentar alternativas de escape de las tensiones y problemas.

Seligman.-estudia tres dimensiones o características del estilo atribucional o atribución causal:

- 1. Permanencia:** Qué duración, **estabilidad o inestabilidad** en el tiempo atribuimos las causas de los buenos o malos sucesos. Sus extremos se expresan en el discurso en los polos **Siempre-Nunca**.

2. Penetración: Cuántas áreas de nuestra vida se ven afectadas por nuestra buena o mala suerte, si estas causas nos afectan de manera **global o específica**. Se expresa en el discurso en los extremos **Todo-Nada**.

3. Personalización: Consiste en atribuir **causas internas o externas** a los buenos o malos sucesos. Si me siento culpable cuando algo me sale mal “Porque yo soy así”, o soy capaz de externalizar el problema y hacerme responsable de producir cambios. Esta dimensión tiene que ver con la **autoestima**.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de las situaciones lo hacen en un estilo atribucional permanente, penetrante y personal, y esto a su vez genera desamparo: esperan ser siempre desamparadas. O sea que frente a situaciones similares volverán a quedar indefensas.

El estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

1. El **análisis causal cotidiano**, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
2. El **tipo de crítica que los adultos** (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Las etiquetas que nos ponían: “la tonta”, “el torpe”, etc.
3. La **realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos** del desarrollo.

Cuando fallamos en algo todos nos sentimos desamparados y nos deprimimos, por lo menos momentáneamente. Pero los optimistas se recuperan más pronto, a poco de haber fallado se recomponen y vuelven a intentarlo. Los pesimistas ven la derrota como algo permanente y penetrante, se deprimen y siguen desamparados por largo tiempo, dejan pasar el tiempo y no vuelven a intentarlo.

SELIGMAN, Martin (1991). El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere. Buenos Aires. Atlántida.

2.5 LA AUTOESTIMA.-

Las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, conforman nuestra “imagen personal” o “autoimagen”. La “autoestima” es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida.

Nos sentimos listos o tontos, capaces o incapaces, nos gustamos o no. Esta autovaloración es muy importante, dado que de ella dependen en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida.

De este modo las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario los que tienen, una autoestima baja suelen autolimitarse y fracasar.

Las personas somos complejas y muy difíciles de definir en pocas palabras. Como existen tantos matices a tener en cuenta es importante no hacer generalizaciones a partir de uno o dos aspectos. Ejemplos:

- Podemos ser muy habladores con los amigos/as y ser callados/as en casa.
- Ser un mal jugador de fútbol no indica que seamos un desastre en todos los deportes.
- Que no nos salga bien un examen no significa que no sirvamos para los estudios.

2.5.1 ¿COMO SE FORMA LA AUTOESTIMA?

-El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos que darán como

resultado una sensación general de valía e incapacidad. En la infancia descubrimos que somos niños o niñas, que tenemos manos, piernas, cabeza y otras partes de nuestro cuerpo. También descubrimos que somos seres distintos de los demás y que hay personas que nos aceptan y personas que nos rechazan. A partir de esas experiencias tempranas de aceptación y rechazo de los demás es cuando comenzamos a generar una idea de lo que valemos y por lo que valemos y dejamos de valer. El niño gordito desde pequeño puede ser de mayor un adulto feliz o un adulto infeliz, la dicha final tiene mucho que ver con la actitud que demostraron los demás hacia su exceso de peso en la infancia.

-Durante LA ADOLESCENCIA, una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, el joven necesita forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo; también precisa apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los propios, así como hacerse valioso para avanzar con confianza hacia el futuro. Es la época en que el muchacho pasa de la dependencia de las personas a las que ama (la familia) a la independencia, a confiar en sus propios recursos. Si durante la infancia ha desarrollado una fuerte autoestima, le será relativamente fácil superar la crisis y alcanzar la madurez. Si se siente poco valioso corre el peligro de buscar la seguridad que le falta por caminos aparentemente fáciles y gratificantes, pero a la larga destructivos como la drogadicción.

-La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento. Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr.

Una parte importante de nuestra autoestima viene determinada por el balance entre nuestros éxitos y fracasos. En concreto, lograr lo que deseamos y ver satisfechas nuestras

necesidades proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima, el podemos aceptar como somos.

2.5.2 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE APRENDER A ACEPTARNOS?

- Cuando nos aceptamos, dejamos de pelearnos con nosotros mismos y podemos relajarnos.
- No nos da miedo ni nos angustia reconocer algo negativo, porque no nos calificamos por ello.
- Podemos manejar la crítica, analizarla, aceptarla o rechazarla, sin enojarnos ni devaluarnos.
- Sabemos que podemos ser aceptados por los demás, por lo que recibimos y disfrutamos su cariño y sus acciones.

No vivimos angustiados por el pensamiento de: “si realmente me conocieran, no me querrían”.

Si la esencia de vivir conscientemente es el respeto por los hechos y la realidad, la autoaceptación es la prueba definitiva. Cuando los hechos que debemos afrontar tienen que ver con nosotros mismos, vivir conscientemente puede volverse muy difícil. Aquí es donde entra en juego el desafío de la aceptación

La autoaceptación pide que enfoquemos nuestra experiencia con una actitud que vuelva irrelevantes los conceptos de aprobación o desaprobación: el deseo de ver, de saber, de conocer.

Ahora bien, aceptarnos a nosotros mismos no significa carecer del afán, de cambiar mejorar o evolucionar. Lo cierto es que la autoaceptación es la condición previa del cambio

Si aceptamos lo que sentimos y lo que somos, en cualquier momento de nuestra existencia, podemos permitirnos ser plenamente conscientes de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones y nuestro desarrollo no se bloquea.

(NATHANIEL Branden, “Como Mejorar su Autoestima”, Ed. Paidós, España-1987.)

2.6 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

2.6.1 DEFINICIÓN DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.-

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se usa para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.) Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las Técnicas terapéuticas que van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas concepciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

El Método consiste en enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1.-controlar los pensamientos automáticos negativos, 2.- identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3.- examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, 4.- sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5.- aprender a

identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

La Terapia se centra en problemas “aquí y ahora”, su estrategia general es el énfasis que pone en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro.

2.6.2 MODELOS COGNITIVOS.- (PERSPECTIVA HISTÓRICA)

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

1. La percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene el individuo de evaluar una situación se hace evidente a partir de sus cogniciones.
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de la conciencia”, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en sus afectos y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la Terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

2.6.3 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos: (1) Triada Cognitiva, (2) Los Esquemas y (3) Los errores cognitivos (errores en el proceso de la información).

2.6.3.1. CONCEPTO DE TRIADA COGNITIVA.-

Consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El PRIMER componente de la Triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Se ve desgraciado y tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico, el paciente cree que a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor.

El SEGUNDO componente de la Triada se centra en la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas, obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración.

El TERCER componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado. Reaccionará con el mismo efecto negativo que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los Síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y pensar que sería mejor, incluido el mismo si

estuviese muerto. El paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

La visión negativa del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz”

2.6.3.2 MODELO DE ESQUEMAS.-

Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, son designados como esquemas. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias, en los estados psicopatológicos como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

2.6.3.3 ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

(DISTORSIONES COGNITIVAS).-

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

1. Inferencia arbitraria.- se refiere a adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva.- consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva.- se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de una o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. Maximización y minimización.- quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. Personalización.- se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista (dicotómico).- se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (impecable o sucio, santo o pecador), Para describirse a sí mismo, el paciente usa las categorías del extremo negativo.

AARON Beck; “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Ed.15, España-2003.

2.6.4 TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES QUE FUERON UTILIZADAS

EN EL CASO:

-Distanciamiento de Creencias.- Profundizar en el hecho de que cuando uno cree algo, no significa necesariamente que sea cierto. Ej. “Como soy cojo, no valgo para nada” En el ejemplo sería necesario separar la limitación física real (ser cojo), de la distorsión cognitiva (no valer para nada).

-Reatribución.- Utilizada cuando el paciente deprimido atribuye a defectos personales, sucesos causados por factores externos Ej. “Pensar que es muy torpe, pues su empresa ha quebrado”. Se revisan los hechos sometiéndolos a razonamiento, comparando los baremos que el paciente utiliza para juzgar a los demás y a uno mismo. Se suele combatir la idea de que uno es responsable al 100% de lo que sucede.

-Rol Play.- Intercambio de papeles entre paciente y terapeuta. El cliente cuestiona las distorsiones propuestas por el profesional.

Abogado del Diablo.- Cuando el cambio de pensamiento irracional a racional ha sido instaurado, es útil el cuestionamiento terapéutico, simulando en contrario, para fortalecer la respuesta adecuada.

Cambio de orientación hacia la solución de problemas en vez de centrarse en los mismos. La Técnica de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971) refiere los siguientes pasos:

Reconocer los problemas como parte de la vida. 2. Definir concretamente el problema 3. Generar alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Verificación. La técnica suele comenzar abordando los problemas más sencillos de uno en uno.

Uso de la Imaginación.- (conductista) El sujeto imagina situaciones amenazantes y su afrontamiento a ellas junto con autoinstrucciones de autocontrol. También se pueden jerarquizar las situaciones amenazantes.

Técnica de Exposición.- Cuando es posible identificar situaciones respectivas y frecuentes relacionadas con la ansiedad, el sujeto puede enfrentarlas de modo que descubre su capacidad de reacción.

Interrupción de Pensamientos.- Cuando un pensamiento está arruinando tu estado de ánimo, trata de identificarlo e interrumpirlo. Primero, identifica el pensamiento, Después dite a ti mismo: “Este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto voy a pensar otro”.

-Tareas escritas para detectar y cambiar pensamientos.

-Actividades Tareas que produzcan satisfacción e incrementen el grado de refuerzo alcanzado.

Estrategias de entrenamiento en asertividad, que podría resumirse en que la persona tiene derecho a expresar y pedir lo que desea, a pedir que se respeten sus derechos, a negarse a complacer a los demás; todo esto teniendo en cuenta que también tiene que respetar los derechos de los otros (Caballo, 1993). Para Nyman (1998) una persona cuyos territorios espaciales, corporales y emocionales han sido violados necesita ayuda para establecer y restablecer los límites de dicho territorio.

Plan de actividades.-En casos de depresión iniciar los fines de semana registrando por escrito el plan de las actividades que le gustaría realizar en el día sábado y el domingo dentro de un horario posible desde la mañana hasta la noche.

Al fin del día registrar en su hoja lo realizado y cuanto placer le causó realizarlo.

Este plan de actividades suavizará su tendencia a obsesionarse interminablemente en el valor de diversas actividades y a detenerse a considerar contraproducentemente si hacer o no hacer algo y combatirá su depresión.

Etiquetación.- (madre) Cuando cataloga a las personas de esta manera, enumera en su mente cada cosa que le disgusta (filtro mental) e ignora o disminuye las buenas cualidades, usted fija un falso objetivo para su ira, cada ser humano es una compleja mezcla de atributos positivos, negativos y neutros. La etiquetación es un proceso de pensamiento distorsionado que le hace sentirse indebidamente indignado y moralmente superior.

Frente al espejo.- Póngase frente a un espejo que abarque toda su figura y mírese la cara y el cuerpo. Preste atención a sus sentimientos mientras lo hace. Quizá algunas partes de lo que vea le gustarán más que otras, través vea en su rostro un dolor que no desea afrontar o algún aspecto de su cuerpo que le desagrada tanto que le cuesta mucho mantener sus ojos fijos en él y no soporta los pensamientos y emociones que estos le despiertan y se siente impulsado a escapar, pero siga mirando su imagen en el espejo e intente decirse a usted mismo, “Me acepto a mi mismo sin reservas y por completo”. Siga mirándose, respire hondo y repita esa frase una y otra vez, permitiéndose experimentar plenamente el significado de sus palabras. Aunque no le guste lo que vea, frente al espejo podrá decir “Ese soy yo en este momento y no lo niego. Lo acepto”. Eso es respeto por la realidad.

BRANDEN Nathaniel, “Como Mejorar su Autoestima”, Ed. Paidós, España, 1997.

Actividades Agradables.- No necesitan ser especiales, se trata de que sean actividades que disfrutes, Ej.: ver una puesta de sol, una película, salir a tomar un café para conversar, etc.

La idea es tener un balance adecuado entre las cosas que debemos hacer y las que queremos hacer para que nuestro estado de ánimo este en lo óptimo.

Mejore su Apariencia.-La apariencia física tiene un impacto directo en la autoestima. Todos sabemos lo que se siente cuando no estamos bien peinados o estamos sin bañarnos y esto nos hace contaminar la estima y la confianza. Lucir bien se relaciona con sentirse bien con uno mismo.

Renueve la visión de su vida.- Usted puede estar atrapado en sus dificultades que se olvidará de los planes para su vida, o lo que soñó ser cuando era niño, metas a corto y largo plazo nos hacen acuerdo de nuestras expectativas de esta vida.

Obtenga un Trabajo.- El trabajo dignifica y este es un requisito muy importante para la valía de una persona, elimina el sentimiento de inutilidad, además el recibir un pago a cambio motiva a la persona que lo realiza. El trabajo le ayuda a disciplinar otras áreas de su vida y a crear buenos hábitos.

C.E. Rollins; “52 Maneras de Elevar su Autoestima”, Ed., Caribe, 1997.

Registro diario de pensamientos disfuncionales.-Este registro puede emplearlo con gran provecho cuando este abrumado por cualquier motivo. Escriba los pensamientos que pasan por su mente cuando reflexiona sobre cierta situación o vivencia. Luego escriba respuestas racionales adecuadas que demuestren que sus pensamientos no son realistas.

Situación; Emociones; Pensamientos Automáticos; Respuestas Racionales; Resultado.

BURNS, David; “Sentirse Bien”; Ed., Paidós, España, 1990.

CONCLUSION: La intensión en este capítulo ha sido; poder justificar teóricamente todos los aspectos que estaban afectados en la vida de la paciente y que dificultan la normalidad de su conducta. Creo que los temas abordados pueden aclarar la perspectiva del caso y como se buscó resolverlo.

CAPITULO III
PLAN TERAPEUTICO

En este capítulo se describirá el objetivo del plan terapéutico y las diferentes técnicas Cognitivo-Conductuales ya aplicadas a la paciente, mostrando en cada una los logros alcanzados; igualmente la distribución del tiempo en las sesiones que la paciente ha recibido terapia psicológica.

3.1 OBJETIVO GENERAL.-

Elaborar el plan Terapéutico para la reinserción social de una paciente víctima de abuso sexual reiterado en un proceso a largo plazo debido a que su caso lo requiere, se orientó el tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual con el objetivo de mejorar la sintomatología que la paciente presentaba que dificultaba su conducta normal y sus relaciones.

En la planificación terapéutica que se necesitaba realizar, se definió una sesión semanal de una hora a una hora y media con la paciente, teniéndose en cuenta que los temas a tratar en estas, podrían cambiar según la demanda de la misma.

Con la madre, se definió entrevistas periódicas para que recibiera psicoeducación, como se explicó en el capítulo I, buscando involucrarla en el proceso de reinserción social de su hija.

El proceso llevado a cabo con la paciente inició en junio del 2009, las sesiones se han cumplido en su mayoría con regularidad, gracias a la colaboración de la misma (exceptuando pequeños intervalos de tiempo en los que la paciente a tratado de manipular la terapia y se pidió que se detenga el proceso, retomándolo solo cuando esté dispuesta a colaborar con el tratamiento; sin extenderse su ausencia por más de un mes en dos ocasiones).

3.2 TÉCNICAS UTILIZADAS.-

Técnicas Cognitivo-Conductuales aplicadas y sus logros:

Distanciamiento de creencias.-La paciente manifestaba que el hecho de que haya sido abusada sexualmente significaba que no valía la pena vivir. Se profundizó en la creencia distorsionada de que por haber vivido abuso sexual merecía morir. La realidad que no se podía cambiar era el abuso sexual pero podíamos lograr continuar a pesar de esto, pero eso no significaba que deba morir como solución (distorsión cognitiva, no vale para nada).

Ella llegó a entender que morir no es una solución, además ella realmente no lo deseaba, entendió que su desamparo aprendido la imposibilitaba en pensar en opciones de solución a su problema.

Reatribución.-La paciente por su depresión piensa que ella tiene la culpa por no haber hecho nada para evitar ser abusada sexualmente. Se razona la situación del abuso con la paciente explicándole que existe una separación de la atención el momento del abuso concentrándola en estímulos externos el momento mismo del abuso (motivo por el cual ella recuerda los tonos de verdes de las plantas que estaban en el lugar ese momento) y que esto ella usa como protección de la agresión pero que esa era una reacción de defensa frente a la situación terrible que ella no deseaba, ni provocó de ningún modo.

La paciente fue capaz de entender que ella solo fue una víctima de la situación y que no pudo hacer nada para evitarla, más bien trataba de protegerse de esta manera, que él fue el único responsable del acto brutal.

Rol play.- Fue utilizado para que nuestra paciente pueda ponerse en el lugar de su madre y entienda las actitudes que ella ha tenido frente a la depresión como consecuencia del abuso de su hija, ya que nuestra paciente tenía mucha resistencia a intentar mejorar la relación con

su madre viéndola como la causa de sus problemas y juzgándola por no ocuparse de sus hermanos menores y de solucionar todo con violencia física.

Se pudo lograr que la paciente entienda las actitudes de su madre para quien la vida no ha sido fácil, considerando que es madre soltera de siete hijos con tres diferentes padres y fue abandonada por todos ellos, debiendo sacar adelante a sus hijos sola lo que no le da mucha opción teniendo que ausentarse todos los días para trabajar (conociendo también que su madre también fue víctima de abuso sexual) esto ayudo a la paciente a considerar a su madre y no juzgarla; lo que mejoró su relación.

Abogado del Diablo: Se utilizó para reforzar las respuestas racionales adquiridas por la paciente, suponiendo que las actitudes irracionales con las que llegó las realizaba la terapeuta (cuestionamiento terapéutico), el momento de sugerir los absurdos que tomaba como opciones de solución a los síntomas con los que llegó la paciente, ella se dio cuenta que ahora era capaz de optar por diferentes soluciones por sí misma.

Cambio de orientación hacia la solución de problemas en vez de centrarse en los mismos.-

1. Se logra que la paciente entienda que como ella ha vivido situaciones difíciles en su vida, todos experimentamos problemas a veces muy graves y que debemos aceptarlos como parte de la vida ya que al negarlo no vamos a desaparecerlos.2.Entender que ella no es culpable de lo que vivió.3.Técnicas escogidas como alternativas que utilizamos para entender que fue una víctima y no tuvo responsabilidad alguna en lo sucedido.4. Empoderamiento
5.Logros mostrados en las diferentes técnicas.

Uso de la Imaginación.- Con el uso de esta técnica la paciente imaginó que su hermano la encuentra en la calle y la trata de amenazar (hasta ese momento ella había perdido su capacidad de defenderse o reaccionar por su depresión y su miedo, y el abuso se repitió por

esta razón).cambia ella su falta de reacción por la búsqueda de ayuda; gritando auxilio para ser escuchada y alejándose; logrando así que él no le haga daño, demostrándole que se puede defender a diferencia de antes.

Como logro la paciente notó su nueva capacidad de defensión, adquiriendo más seguridad en sí misma.

Esto no quiere decir que la paciente pueda estar expuesta al riesgo de ser atacada nuevamente.

Técnica de Exposición.-Esta técnica fue experimentada por la paciente luego de la anterior sin ser planeada, ella pudo comprobar su capacidad de reacción frente a su hermano al encontrarlo en la calle y no perder su autocontrol.

Interrupción de Pensamientos.- Por ejemplo la paciente siempre traía a su mente el pensamiento de lo que le sucedió y esto la mantenía deprimida. Se logró adquirir el hábito de cambiar este pensamiento por otro; como pensar en planificación de actividades divertidas que le motiven a disfrutar.

Estrategias de entrenamiento en asertividad.- La asertividad es una característica ausente en personas que han vivido abuso y carecen de autoestima, por este motivo esta técnica ayuda a la paciente a restablecer los límites de su territorio, recuperando la libertad de expresar, de pedir respeto, o de negarse cuando lo desea. Se logró que la paciente no siga convencida de que lo correcto es complacer a los demás anulando sus emociones, sentimientos, deseos, sin permitirse siquiera ejercer su ira frente a las injusticias de algunas personas con ella, entendiendo que las personas aceptaran su opinión y decisiones.

Plan de actividades.-Esta técnica fue muy útil para que la paciente ocupe su mente durante su tiempo libre en la semana, para planificar las actividades del fin de semana, y a modo de

tarea se revisaban las actividades realizadas y cuales fueron más satisfactorias para que sean repetidas periódicamente, logrando dejar la obsesión por los pensamientos negativos.

Etiquetación.- Se quiso eliminar el filtro mental que la paciente usa para catalogar a su madre solo tomando en cuenta sus defectos e ignorando sus cualidades, concentrando toda su ira en ella. Se logró que la paciente reconozca que su madre no solo tiene defectos sino muchas cualidades como todos los seres humanos y que la juzgaba injustamente dificultando su relación.

Frente al espejo.- El respeto a sí mismo es muy importante para la aceptación, este ejercicio de ponerse frente al espejo permitió que la paciente de más atención a su físico y aprenda a querer lo que ve, así algunos aspectos no le agraden, repitiendo que acepta cada una de sus partes físicas experimentando el significado de cada frase, tratando de fijar su mirada en las que le causen dolor (pelvis), logrando, disminuir el dolor de enfrentar sus partes físicas (sucias para ella) luego del abuso y dejar de ofenderse a sí misma con palabras groseras.

Actividades Agradables.- Como se sugirió en técnicas anteriores, actividades que incrementen el disfrute como son: películas cómicas, realizar deporte, paseos familiares, grabar videos de superación personal (actividades que la paciente escogió como muy placenteras para ella) ayudando de igual modo a recuperar sus lazos familiares.

Mejore su Apariencia. – Se tomó en cuenta esta técnica ya que la paciente vestía solo ropa de color negro, usaba siempre una colita de caballo en su cabello; manteniendo su mirada siempre en dirección al piso. Ella se identificaba con este color por su historia de abuso sexual, poco a poco se fue sugiriendo algunos cambios en el color de su ropa y peinado, logrando luego de algunos meses un apariencia muy diferente a cuando llegó a consulta, esto favoreció su actitud de una manera muy notoria que la satisface mucho.

Renueve la visión de su vida.- Luego de los logros alcanzados se propuso revisar los planes y expectativas que la paciente tenía para su vida, ella pudo notar que el siguiente paso era retomar sus estudios en el colegio, en la actualidad se encuentra finalizando el quinto curso en un colegio nocturno.

Obtenga un Trabajo.- Con esta técnica se logró motivar a la paciente a conseguir un trabajo considerando que le ayudaría a sentirse útil, capaz, y que además podría solucionar algunos problemas económicos personales y de su familia. Actualmente lleva trabajando algunos meses en una agencia de limpieza junto a su hermano mayor, recibiendo un sueldo con el que ayuda en los gastos del hogar a su madre.

Registro diario de pensamientos disfuncionales.- Por ejemplo uno de los registros de la paciente fue:

Situación.- Mi hermano junto con sus amigos me mostraron unos videos en donde abusaban de mí, me dijeron que nunca podré superarlo, empecé a cortarme los brazos.

Emociones.- Depresión, Impotencia.

Pensamientos Automáticos.- Tienen toda la razón.

Respuestas Racionales.- Les doy la razón y eso es lo que quieren, no es cierto, si lo voy a superar.

Resultado.- Puedo confiar en mí, no necesito cortarme los brazos.

3.3 DISTRIBUCION:

Las sesiones serán de 60 a 90 minutos y constaran de los siguientes temas:

-PRIMER MES: Se dio explicación a los siguientes temas: la psicoeducación a la madre, la importancia de involucrarse en el proceso de recuperación de su hija, también lograr

engancha a la paciente dándole una aceptación incondicional para conseguir que su proceso terapéutico sea voluntario.

-SEGUNDO MES: Iniciamos con las técnicas cognitivas que nos ayudaron a cambiar los pensamientos distorsionados.

-TERCER MES: Trabajamos con las técnicas que nos ayudaran a conseguir aumentar su autoestima.

-CUARTO Y QUINTO MES: Técnicas a utilizar para establecer hábitos positivos nuevos para lograr su reinserción social, este proceso requiere un tiempo más prolongado ya que es necesaria la voluntad de la paciente para que alcance su iniciativa.

SEXTO MES: El Refuerzo y el Registro de conductas para ayudar a que las conductas deseadas o normales se instituyan en la paciente.

SEPTIMO MES: Evaluación de cambios y de avances después de un lapso representativo pudiendo apreciarse los resultados conseguidos.

OCTAVO MES: Indagación de síntomas que todavía causan malestar respecto a su preferencia sexual, el cómo manejar los recuerdos del abuso, liberación de la ira, y todas las demandas pendientes que la paciente sugiera.

CONCLUSION: Pienso que las técnicas aplicadas en el caso han logrado cambiar significativamente el estado de ánimo de la paciente, ya que la depresión imposibilitaba el normal desarrollo de la mayoría de aspectos de su vida, hoy ella se encuentra muy motivada y ha adquirido hábitos positivos que han ayudado a su autoestima y han recuperado sus redes sociales.

CONCLUSIONES FINALES:

- -El Abuso Sexual es un acto criminal y de máxima crueldad cuando además es un incesto.
- -Provoca sentimientos de culpa y daño en lo más profundo del ser: la intimidad.
- -Provoca secuelas para toda la vida difíciles de recuperar.
- -La depresión luego del abuso sexual sufrido podemos concluir que ha incidido en las distintas áreas del comportamiento humano como son:
- -El Área Laboral: Bajo rendimiento, poca motivación, desempeño descendido, desempleo, etc.
- -El Área Familiar: Crisis de valores, la comunicación (se empobrece), Impacto derivado de tener en la familia un miembro deprimido, etc.
- -Hay un notable descenso en la calidad de vida de la persona. Trastornos a nivel orgánico (alteraciones en el sueño, trastornos alimentarios, etc.).Trastornos a nivel psicológico y social (baja autoestima, dificultades de auto aceptación, aceptación de los otros y de la realidad).
- -La persona deprimida por abuso sexual se siente desamparada, entregada, desvalida, sin ganas ni motivos para luchar. Ha perdido el sentido de su vida, se siente indefensa, las circunstancias en las que se encuentra, las percibe como adversas, impregnándose de desconsuelo.
- -La aplicación eficaz de técnicas breves cognitivo-conductuales es útil para modificar y prevenir la depresión y también para modificar las distorsiones cognitivas de los individuos que acuden a consulta.

- -Cada una de las técnicas aplicadas han sido seleccionadas con la intención de poder desaparecer de la manera más adecuada y agradable los síntomas que incomodaban a la paciente logrando aumentar su autoestima como primera medida y luego ir corrigiendo sus pensamientos para su recuperación.
- -Los logros conseguidos hasta aquí son muy satisfactorios ya que la paciente ha podido lograr retomar su vida normal, recuperándose en muchas áreas que fueron trabajadas como son: la sintomatología de su depresión, su baja autoestima, su falta de voluntad, sus sentimientos de culpa, el rechazo de su cuerpo físico.

RECOMENDACIONES.-

-Considero que el Abuso Sexual es un tema muy delicado que debe ser tratado a largo plazo y sin ningún tipo de presiones siguiendo un ritmo que no incomode a la paciente, por lo que el proceso continuará durante el tiempo que se considere necesario para aclarar puntos importantes como su preferencia sexual.

-Es preciso también destacar la necesidad de un seguimiento que se dará con intervalos más largos conforme avance el tiempo para confirmar los refuerzos positivos de la paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- LAMMOGLIA Ernesto; “Abuso Sexual en la Infancia”; Ed. Grijalbo; México, 1999.
- BRASWELL Linda; “Violada”; Ed. Panorama; México, 1999.
- BRANDEN Nathaniel, “Como mejorar su Autoestima”, Ed. Paidos, España, 1997.
- AARON Beck; “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Ed.15, España-2003.
- (CORPORACIÓN MUJER A MUJER, “Hablemos con los niños y las niñas” Imprentas Gráficas GQ, Cuenca)
- TORO Ricardo y YEPES Luis; “Psiquiatría, Fundamentos de Medicina”; Ed. Corporación para investigaciones Biológicas; Colombia, 2004.
- BURNS, David; “Sentirse Bien”; Ed. Paidos, España, 1990.
- C.E. Rollins; “52 Maneras de Elevar su Autoestima”, Ed., Caribe, 1997.
- SELIGMAN, Martin (1991). “El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere”. Buenos Aires. Atlántida.
- <http://www.clinicapsinco.com>
- <http://www.apa.org/>6 de mayo del 2010 11pm
- <http://www.mentalhealthamerica.net/>

ANEXOS

ANEXO 1:

Escala de Depresión de Hamilton

ANEXO 2:

Escala de Depresión de A. Beck

ANEXO 3:

Escala de Desesperanza de A. Beck

ANEXO 4:

Test de riesgo suicida

(Hopelessness Scale)