

LA RELACION ENTRE EL SAASI -SINDROME DE ACOMODACION AL ABUSO SEXUAL INFANTIL- Y LAS PATOLOGIAS ALIMENTARIAS.

El objetivo del presente trabajo busca realizar una divulgación en el área de la relación entre el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y las patologías alimentarias. Posibilitando desarrollos de líneas de acción tendientes a la prevención, detección precoz y abordaje temprano.

Aquellos sujetos que han atravesado las diferentes etapas del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y se han fijado en el estadio de la retractación desarrollan a posteriori patologías alimentarias tales como anorexia y bulimia, correspondiendo al tercio de los consultantes en la demanda actual de asistencia por padecimiento de patologías alimentarias.

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es una modalidad de maltrato por acción sobre un menor, siendo un problema frecuente en diferentes culturas y sociedades.

Se define al Abuso Sexual Infantil como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre ella. Corresponde a la utilización de un niño, niña o adolescente, en una actividad de carácter sexual sin el consentimiento de la víctima, ya sea por el uso de la fuerza, amenazas, engaños o sencillamente por no comprender plenamente el acto al cual ha sido sometido debido a su inmadurez psicofísica o nivel de comprensión. El ASI no es sinónimo de violación, la cual es un acto de acceso carnal dado a través de la fuerza e intimidación de la víctima. En el Abuso Sexual Infantil raramente se utiliza la fuerza física para lograr el contacto con el niño, que a su vez no ocurre en forma aislada o accidental.

Los efectos negativos del ASI son variados y se presentan en la infancia, adolescencia y adultez, mostrando la gravedad del problema y la necesidad de un mayor conocimiento profesional al respecto.

El ASI deja en cada víctima una huella psíquica, dependiendo de su estructura de personalidad y de su contexto histórico y psicosocial, traducida en sentimientos de vergüenza y miedo; pero el efecto más dramático, es la sustracción y apropiación de la culpa del agresor por parte de la víctima, de allí que este sentimiento se incrementa cuando hay parentesco o cercanía entre ambos, con lo cual el agresor goza entonces de altas probabilidades de aumentar el mecanismo de identificación en la víctima. Y es tal el sentimiento de vergüenza y la apropiación de esta culpa que hay pacientes que llegan a adoptar medidas punitivas consigo mismos.

El ASI es una patología muy frecuente, puesto que tiene una incidencia anual de 0,5 casos por 1.000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas.

Este abuso muchas veces no sale a la luz, debido al sometimiento del niño y a que no deja lesiones, o a que cuando acude al médico éstas han curado, o a que son de difícil diagnóstico.

El Abuso Sexual Infantil se enmarca en una relación de poder. Si no la hubiera, no existiría el ASI. Diversos estudios describen factores de vulnerabilidad y desprotección en niños que luego son víctimas de ASI.

La hipótesis de Rosa Ines Colombo, hoy una realidad ya consensuada por el ámbito científico plantea que en una familia en la que existen disfunciones parentales y en especial cuando no es eficaz el cumplimiento de la función materna se deja librado al niño en un lugar de vulnerabilidad que puede llevar al maltrato. Dentro de los diferentes tipos de maltrato infantil nos ocupa en el presente trabajo el Abuso Sexual Infantil.

El ASI provoca efectos catastróficos, refiere a practicas de secuestro afectivo y de la denigración del niño a la categoría de cosas.

El SAASI, es decir el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil, fue descrito por Ronald Summitt en 1983 para explicar dos situaciones traumáticas en torno al ASI. La primera de ellas incluye tres etapas y corresponde al ASI propiamente dicho y al incluir las dos etapas siguientes, es decir la segunda situación traumática, se conforma la crisis de develamiento que llamamos SAASI. Consta entonces, de cinco instancias:

1.- Secreto

Es frecuente que el agresor presione a la victima para que esta mantenga en secreto el ASI. El secreto es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad. Las amenazas atemorizan a la victima, pero por otro lado el abusador le dice que si mantiene el secreto protegerá a su mama, hermanos, etc. Ya que si expresara el ASI se desintegraría su familia, caerían en la ruina económica, la internarían en un hogar, podría ir preso todo por su exclusiva responsabilidad, siempre y cuando alguien le creyera. El agresor convence a su victima que esta tiene poder para destruir a su familia y la responsabilidad de mantenerla unida. Los valores morales que le habían sido dados se encuentran totalmente alterados ya que mentir y ocultar se transforman en la forma de proteger a su familia. El mantener este secreto impide que la victima construya vínculos mas o menos profundos con otros, aislándose y acrecentando los sentimientos de culpa y vergüenza. El niño mantiene el secreto a pesar de vivir la relación como peligrosa e incorrecta.

2.- Desprotección o Indefensión

La educación impartida a nuestra infancia conduce a los menores a evitar a personas desconocidas y obedecer, ser amables y cariñosos con las personas cercanas, constituyendo un factor de riesgo para el ASI, y a la vez para el sentimiento de desprotección de las victimas. El niño confía plenamente en las personas cercanas y no espera recibir de ellas una conducta inadecuada, sino protección. Si un adulto de su confianza lo somete al ASI el menor se sentirá traicionado en su confianza y totalmente desprotegido. Este ASI provoca en la victima el desarrollo de sentimientos de impotencia y desprotección que pueden perdurar a lo largo de toda su vida, y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales.

El menor se encuentra totalmente indefenso ante el abusador, no existe de responsabilidad ni culpa del niño ante el ASI.

3.- Atrapamiento y adaptación

El ASI cometidos por personas conocidas y de referencia para el niño es una experiencia recurrente, que se produce generalmente mas de una vez. Debido a las imposibilidades de la victima de frenar el ASI, la victima tiende a adaptarse a la situación abusiva como método de supervivencia. La victima se encuentra atrapada por el secreto y la responsabilidad de mantener a su familia protegida de la

desintegración y el dolor con el que el abusador le amenaza. Invaden a la víctima fuertes sentimientos de atropamiento y vivencias de que nunca saldrá del ASI.

4.- Develamiento tardío

También llamada fase de la revelación retardada, conflictiva y no convincente. Hay muchos casos de ASI que nunca han sido descubiertos. Esta etapa de develamiento tardío se produce porque la víctima mantiene el silencio, hasta que puede comenzar a hablar y cuando lo cuenta se duda de su veracidad, de porque no hablo antes, si esto no es su fantasía, etc. En casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la revelación del ASI se observa el desarrollo de la patología alimentaria, cuya relación se expondrá en párrafos posteriores. La desconfianza y descreimiento que percibe la víctima de parte de su oyente hacen que se cumpla uno de los preceptos del ofensor de que no será creída, y el ASI continuara en secreto entre abusador y abusado, a pesar del intento de la víctima, a través de su relato, de recibir algún tipo de ayuda.

5.- Retracción

Aquellas víctimas que no han recibido apoyo luego de la revelación, ya sea por que no les creyeron o porque sencillamente no se efectuaron acciones específicas que anularan los sentimientos de culpa y vergüenza, o incluso el cese del ASI es frecuente y habitual que se retracten de sus dichos. Ante la respuesta indiferente; nula o escasa del medio puede afirmar que esta es una invención; que esto no ha ocurrido; asumiendo un rol de perturbada, perversa y desequilibrada pero manteniendo una aparente armonía y estabilidad de su familia. Estos grupos familiares creen mas la retractación que el ASI, implicando esto enormes riesgos psicológicos a partir de esta no credibilidad y retractación, y desde ya el terreno fértil para el posterior desarrollo de las patologías de la alimentación.

Cuando el ASI suele ser denunciado suele presentarse una nueva catástrofe, este SAASI es un nuevo acto de violencia. Se cumple uno de los dichos con los que el perpetrador trata de evitar que el sujeto denuncie el ASI.

No todos los sujetos víctimas de ASI padecen SAASI. Pero sí aquellos que padecen SAASI desarrollan en la gran mayoría Patologías Alimentarias.

Conocer el SAASI implica la comprensión de un instrumento que nos ayuda como profesionales a mejorar el entendimiento de una dinámica compleja que incluye revelaciones tardías, relatos posteriores al cese de contacto con el abusador o ante la muerte de éste.

Los niños abusados por su padre u otro adulto que desempeñe esta función como así también por aquellos que resulten de su confianza, y que a la vez sean rechazados por su madre, es decir, considerados culpables, descreídos o víctimas de minimización del ASI pueden ser considerados niños huérfanos psicológicamente.

Por otra parte si hay una madre que pueda defender a su hijo y protegerlo de nuevos ASI o re-abusos parece conferirle a su niño poder para sostenerse y recobrase con mínimas secuelas. Estos niños no desarrollarán SAASI, dado que son empoderados y presentan una actitud resiliente frente a la vida.

El ASI es un delito donde por lo general no existen testigos y puede no haber pruebas físicas.

Los varones víctimas tienden a ocultar el ASI, por vergüenza y sentimientos de culpabilidad. La mayoría de las víctimas son niñas y los abusadores son varones con funcionamiento de cuidadores.

El estilo comunicacional de estos grupos familiares predispone al abuso sexual infantil, no dando espacio a la capacidad de respuesta. La edad del niño, la relación de poder y su vulnerabilidad, son factores de desprotección. El discurso del abusador presenta rupturas, confusiones comunicacionales y represalias. Los mensajes se transmiten en registros plagados de contradicciones, lo que provoca sorpresa y perplejidad. Se anula la capacidad para decodificar los mensajes de manera coherente. Tales confusiones entre lo que debiera ser y el abuso que recibe, provocan una perplejidad enorme imposibilitándole al niño una anticipación. Estos niños se muestran agotados y han cesado sus intentos de comprender. Allí parecieran alojarse las patologías alimentarias: cuando no hay otras palabras o estas no fueron escuchadas o creídas el cuerpo comienza a hablar. Dice por sí mismo. En la delgadez extrema o la compulsión y sus intentos fallidos de borrar lo vivido.

Reynaldo Perrone plantea que la situación abusiva es dada es un estado similar al del trance. El trance es un estado alterado o modificado de la conciencia que se caracteriza por una disminución del umbral crítico y una focalización de la atención. El trance se expresa de manera psicósomática: modifica las actitudes corporales, las percepciones y las sensaciones tanto como la conciencia. En este estado se producen amnesias, más o menos profundas, alucinaciones o visualizaciones, fenómenos de desdoblamiento y disociación, y fenómenos de reasociación y reorganización. Incluye un desdibujamiento de los límites de identidad y tiempo. No se hace referencia al trance concensuado, con un fin determinado como por ejemplo el de la hipnosis clínica. Se trata de una relación no consensual, donde el niño víctima queda preso en este estado, al que Reynaldo Perrone refiere como hechizo o embrujamiento.

El hechizo es el extremo de una relación de poder, de desigualdad absoluta. El niño víctima se encuentra en una sensación de malestar, opone resistencia y su sentido crítico se encuentra conservado. Pero al comienzo del ASI todo se transforma en culpa, confusión, vivencias de desdoblamiento, se es un extranjero en su propio territorio. La víctima pierde las fronteras de su propio cuerpo, siendo perturbada por los dichos del abusador. Se encuentra ya sin defensas, sin protección individual y ante la nueva desprotección, descreimiento y posterior retractación no llegan los factores protectores necesarios y se lugar al SAASI.

El hechizo podría ser inscripto como la tercer instancia del SAASI, la que denominamos atrapamiento y adaptación. El SAASI se instaura no solo en el cuerpo del niño, sino también en su inocencia y su ignorancia. El niño es vencido por el adulto, que incluye el ASI en cotidianeidad. Le muestra al niño la desprotección que padece: los encargados de cuidarlo no pueden hacerlo, no se le cree o se lo acusa, haciéndolo responsable del ASI. ¿ Es una percepción errónea del peligro? ¿ No debíamos cuidarnos de los de afuera? ¿ Que pasa con los de adentro?.

El niño es cosificado, integrante de una dinámica familiar incestuosa, que incluye a madres quienes también han sido víctimas de abuso sexual en su infancia y no han podido elaborarlo, ni encontrar un modo reparador, es decir que fueron descreídas, desmentidas o acusadas de ser responsables de su padecimiento; encontrándose instaladas en el SAASI. Estas madres han transformado su vivir, a sobrevivir con ello, han sepultado su propio ASI, no pudiendo proteger a sus hijos en similar padecimiento. El niño no espera ni está preparado para este daño, no puede defenderse de aquel que además es responsable de su cuidado.

La víctima del abuso sexual siente una pérdida del propio cuerpo. Algo similar a lo que le acontece en su vivencia de la patología alimentaria. No tolera ese cuerpo. Lo ve gordo. Le molesta. La dismorfofobia irrumpe con total voracidad.

Hablamos y comemos por el mismo agujero: la boca. Esa boca que ya hablo, no fue oída y debió callarse, y marco la instalación del SAASI. Expresa sus deseos de tenerla cerrada: no comer, no contar. O abarrotarla de comida, después expulsarla y decir, pero también retractarse es decir no decir nada. Palabras y comida como dos versiones de nutrientes. La presencia de SAASI indica la presencia de Daño Psíquico.

Las víctimas de ASI instaladas en el SAASI y luego padecientes de patología alimentaria se vuelven frágiles, dependientes y sujetas a deseos de otro. Pierden iniciativas personales. Viven, o mejor dicho sobreviven. Son privadas de su capacidad de discernir, y por ende también de disentir. En mensajes como “ *esto lo hago por tu propio bien* ” “ *todos los padres hacen esto con sus hijos* ” “ *vos me provocaste* ”.

La vergüenza vivenciada después del ASI pareciera ser ahora la que refieren a su cuerpo, criticándolo, despreciándolo con un fuerte deseo de desaparecer, de prescindir de él.

Los fuertes sentimientos de incongruencia padecidos en el ASI, se manifiestan ahora en torno a la comida y a su cuerpo. Los impedimentos anteriores para discernir con claridad y comprender lo que estaba viviendo, emergen ahora donde no puede discernir, decodificar, comprender a este cuerpo, y las necesidades de este.

Las patologías alimentarias ocultan un SAASI, un ASI no olvidado, pero si tapado por la vergüenza y la culpa, sin animarse a volver a hablar. En la presencia de la patología alimentaria hay una ayer que se hoy. Había una niña impotente que se consideraba culpable. Ahora, allí hay culpa por lo que se come, por lo que se engorda, por lo que no se adelgaza, o aquello que no logra sacarse. Kilos? Abusos? de su cuerpo. Vuelve todo el pasado, desplazado. Rechazo y asco hacia el propio cuerpo en el ASI, que ahora vuelven hacia el propio cuerpo, justificando ese odio al propio cuerpo en la comida. La dismorfofobia refiere a otra deformación, la identificación con el abusador. Hallamos como terapeutas un pasado presentificado. Lo que esta en juego es la desaparición. En la anorexia logra un cuerpo no deseado: cadavérico. También en la bulimia y en los trastornos por atracón: deforme el cuerpo.

En los pasos de un ciclo vital hacia otro, en especial en la adolescencia incluyendo allí al despertar sexual, se evidencian los primeros síntomas de la patología alimentaria. Parece que no se aceptaran los cambios corporales, no se toleran formas y signos de femineidad “ *sentía que algo estaba mal, algo que seguía estando mal, ya había bajado 26 kilos y creía que era mi cuerpo o la comida que era culpa de la comida* ” El SAASI esta sepultado, con un costo enorme. Esa especie de sepelio daña al propio yo, que queda incapacitado para comprender lo que paso. Este es un terreno fértil para las Patologías Alimentarias.

Los trastornos de la alimentación simbolizan una especie de escudo. Un intento fallido de protección contra el ASI. Hay un cuerpo escudo adelgazado o engordado, es una frontera contra esas violaciones a la intimidad. Hablan de la Patología Alimentaria, hablan con su cuerpo. Antes hablaron del ASI y nadie les creyó, nadie los escucho. El ASI se reactualiza en cuerpo y comida. Todo parece repetirse la cotidianeidad del ASI y lo cotidiano donde debería incluirse la comida. El ocultamiento del ASI, el secreto en el ASI y mas aun el SAASI y el ocultamiento de la comida, comer a escondidas, ocultar el cuerpo. Se actualizan las agresiones, ahora con vómitos autoprovocados, ayunos, cortes, golpes y pellizcos. “ *Vomite hasta quedar vacía, pero no hay algo que*

quedaba, no sabía que era“ “ la panza siempre me molesto ... no quería parecer embarazada (11 años)” “ yo pensaba que si dejaba de comer no me iba a pasar nada, empecé comiendo nada, es que yo quería no sentir nada”.

Hemos escuchado una relación mas directa aun ¿Qué desplazamiento hacia el cuerpo-comida podemos pensar cuando el cuerpo-comida ocupa la escena del ASI? “ *Mis abuelos, los dos, el padre de mi mama y el padre de mi papa, los dos abusaban de mi... Mi abuelo era panadero. Mientras me enseñaba a amasar abusaba de mi...Y la nutricionista quiere que yo coma pan” “Era un amigo de la familia, venia a casa todas las semanas y cuando estábamos sentados en la mesa mi mama, mi papa, mi hermano, el amigo de mi papa y yo el me tocaba por debajo de la mesa mientras que comíamos ¿ Nadie veía nada?...” “Mi tío abusaba de mi en la mesada o en la mesa de la cocina, con la comida en la mesa” “Mi mama me llevaba a la casa de su amiga. El padre de la amiga de mi mama fabricaba pochochos. Este hombre, sus nietos y yo íbamos al sótano donde hacia los pochochos. Ahí nos tocaba. Volvíamos sin los pochochos y mi mama no se daba cuenta de nada. Yo no quería volver a esa casa... Lo que me pasa a mi es que no puedo parar de comer dulces, cualquier cosa dulce, lo salado no es problema nunca tuve atracones con lo salado”.*

Los desordenes alimenticios son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una serie de factores que pueden incluir trastornos emocionales, presiones familiares, sensibilidad genética o biológica, cultura de sobreabundancia de comida y obsesión con la delgadez, como así también la exposición a determinados tipos de violencia, en especial el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual infantil.

La bulimia y la anorexia comparten características muy similares, como por ejemplo la depresión, la ocultación de alimento y la obsesión por la perdida de peso.

La anorexia se caracteriza por un alto nivel de exigencia, una búsqueda de la perfección, no solo en su cuerpo sino en todo lo que se realiza. Manteniendo muy buen desempeño escolar, mientras sus condiciones psicofísicas se lo permiten. Mantienen la necesidad de completar los mandatos de sus padres, aun aquellos que son implícitos, e incluso cuando incluyen silencios que guardan ASI. Proviene de familias con altos niveles de exigencia, sobre todo hacia esta hija en particular. Presentan una alteración en la imagen corporal. Aun con pesos mórbidos se auto encuentran frente al espejo gordas. A esta deformación de la imagen corporal se la denomina dismorfofobia. Se observa una perdida significativa de peso. Superior al 15 % por debajo de los índices de las tablas, teniendo en cuenta talla y edad. Tienen un miedo intenso a la obesidad. A la vez que presentan un peso bajo mantienen la intención de seguir bajando. Eligen un peso determinado, fijado subjetivamente y alejado de una realidad saludable. Hay una negativa a alimentarse.

La bulimia generalmente empieza a principio de la adolescencia y la juventud, cuando las mujeres jóvenes intentan las dietas restrictivas, fracasando y reaccionando con exceso de comida. En respuesta a esta conducta los pacientes intentan bajar de peso mediante la ingesta de laxantes, pastillas para adelgazar, medicamentos para reducir líquidos o a través de la provocación del vomito.

Las personas con anorexia nerviosa enflaquecen al punto de inanición. Presentando una repulsión por la comida, temor abrumador por tener sobrepeso junto con una imagen distorsionada de sus propios cuerpos, llegando al punto de convertir a los alimentos en enemigos. Se generan situaciones de aislamiento y restricciones sociales, seguidas a las restricciones alimentarias enlazadas a una vida hiperactiva, en algunos casos ligadas al gasto calórico. Se idealiza un “cuerpo puro” sin alimento, en realidad una conducta mortal. Presentan amenorrea. Y otras ausencias: Deseos de no

comer, deseos de nada. ¿Se puede desear la nada? Si, se puede desear no comer nada, no pesar nada. ¿Sé esta deseando la nada? La nada es no estar. No estar vivo. Les cuesta mucho decir lo que sienten, lo que les pasa, en especial después del descreimiento del ASI. Cuesta entender tal necesidad de lograr el control absoluto de todo: del peso, de las notas frente a los exámenes, del cuerpo de la comida y el agregado de un deseo teñido de perfección sobre todo lo que toca y hace. Porque no hay un placer sobre las actividades, en realidad hay una sensación de “deber hacer”, de “obligación”. El lograr el control de todo también conlleva a la búsqueda de controlar el hambre.

La paciente víctima de abuso sexual padece de rechazo por cuerpo, culpa, sentimientos de asco, vergüenza. Signos de que luego pone sobre la patología alimentaria: rechazo por su cuerpo, culpa por la ingesta, sentimientos de asco y vergüenza corporal. Aislamiento y depresión prolongan la develación del ASI hasta el inicio del tratamiento.

En el tratamiento deben lograr adueñarse de su vida: ni el abusador ni la obsesión por los kilos y la comida. Se debe obtener un empoderamiento del propio cuerpo, uno que nunca debió perderse. Es una búsqueda de adueñarse de su propia vida, de vivir plenamente. Así también debe incluirse en el presente análisis que el stress padecido por el SAASI, como otras situaciones altamente estresantes, afectan las vías de saciedad.

En el inicio del tratamiento raramente las pacientes reconocen la enfermedad. Tampoco refieren el ASI. El entrevistador experto debe incluir la pregunta acerca de posibles episodios de ASI.

Esta vertiente de análisis implica una nueva mirada y una nueva comprensión de las Patologías Alimentarias, que supera la asignación única de causas sociales y superficiales, considerando a estas jóvenes como portadoras de frivolidad. Traen dentro un SAASI y una enorme sensación de vacío. Un vacío existencial y una falta de sentido de la vida.

La búsqueda de alternativas de tratamiento deben incluir un abordaje interdisciplinario de la patología alimentaria y brindar el espacio adecuado para escuchar el ASI, que las palabras vuelvan a tener sentido y el cuerpo pueda dejar de ser portavoz de sus padecimientos. Los profesionales debemos conocer el SAASI y trabajar anulando los sentimientos de culpa y vergüenza que la víctima pueda desarrollar del ASI. La asistencia a estas víctimas debe contemplar un trabajo con sus familia extensa, además de la nuclear, con las instituciones intervinientes, es decir un llamado a trabajar en red. Se debe reparar el propio tejido y también el tejido social dañado.

Buscamos los recursos del sujeto, su empoderamiento y su resiliencia. También el modo en que la familia, la familia extensa, la escuela, los vecinos, el juzgado, la comunidad y el equipo de profesionales tratante opere va a dar cuenta del pronostico. Si hubo patología alimentaria es por que no fue escuchado sobre el ASI, dando lugar al SAASI, o no se hizo nada, o se hizo poco, o simplemente lo que se hizo fue poco. Ahora vuelve a pedir ayuda pero con su cuerpo portando una patología alimentaria. ¿Como reaccionamos todos ahora? ¿Podremos hacer ahora? Allí hay un lugar posible para nuestra tarea.

BIBLIOGRAFÍA:

- Achaval, Alfredo "Delito de Violación". Editorial Universidad. Argentina. Tercera edición; 382 pgs. 1998
- AETCA/ADANER "Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes" Madrid Jornadas AETCA 1997
- Berlinerblau, Virginia "Abuso Sexual" en "Violencia Familiar y Abuso Sexual" de Lamberte –Sánchez- Viar (Compiladores). Argentina. 334 pgs. 2003
- Branden, N. "Como mejorar su autoestima". Barcelona. Paidos. 1995
- Calvi, Bettina "Abuso Sexual en la Infancia. Efectos Psíquicos". Lugar Editorial, Argentina, 134 pgs. 2005
- Calvo , R. "Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas". Barcelona Planeta. 2002
- Cabello, V." Psiquiatría forense en el derecho penal". Editorial Hammurabi, Argentina. 2000
- Cervera, M. "Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia". Barcelona. Martínez Roca. 1996
- Colombo, Rosa Ines y otros "Abuso y maltrato infantil" Tratamiento psicológico Editorial Cauquen. 2008
- Corral, P. " El agresor doméstico". En J. Sanmartín (Coord.), El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos (pp. 239-250). Barcelona: Ariel. 2004
- De León, G. Y Álvarez, C. "Abuso Infantil. Evaluación y Tratamiento". Casacultura. Estados Unidos. 134 pgs. 2001
- Fairbum, C. "La superación de los atracones de comida". Barcelona. Paidos 1998
- Figari, Rubén "Delitos de Índole Sexual". Ediciones Jurídicas Cuyo. Argentina. 449 pgs. 2004
- Foucault, M. "Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión" Editorial Siglo XXI, México. 1975
- Freud, S. Psicopatología de la vida cotidiana, Obras Completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Ordenamiento de James Strachey. Volumen 6. Amorrortu Editores, Argentina. 1901
- INSALUD Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentarias. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo 1995
- Jackson, Watzlawick, Beavin. "Teoría de la comunicación humana". Herder.1981
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J."Terapia de grupo" Madrid. Editorial Medica Panamericana 1996

Legendre, P. Lecciones VIII. El crimen del cabo Lortie. Tratado sobre el Padre. Siglo XXI, México. 1989

López Sánchez, Félix y Del Campo Sánchez, Amaia. "Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Amaru España Ediciones. Salamanca, 1997

Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. España 2006

Margolin, G. "Conjoint marital therapy to enhance anger management and reduce spouse abuse". American Journal of Family Therapy, 7, 13-23. 2000

Mc. Kay, M. y Fanning, P. "Autoestima, evolución y mejora" Barcelona Editorial Martínez Roca 1991

Miller, W.R. y Rollnick, S. "La entrevista motivacional: Prepara para el cambio de conductas adictivas" Barcelona Paidós 1999

Morande, G. "Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar" Madrid: Temas de Hoy. Madrid 1995

Papalia, Diane "Psicología del Desarrollo". Ediciones Mc Graw Hill, México, séptima ed.;671 pgs. 1999

Plat, González, M. Artículo extraído vía Internet de su tesis de Grado en Psicología "El Nivel de Presión según el Inventario de Beck que vivencia la Mujer que sufrió abuso sexual en la infancia". Instituto Mexicano de la Pareja. <http://www.ametep.com.mx> 2008

Pérez Ambertin, Marta. "Ley y Subjetividad" tomado del Seminario "El Sujeto ante la Ley: Culpabilidad y Sanción", Programa de Seminarios por Internet Edu Psi, <http://www.edupsi.com/culpabilidad> 2008

Perrone, Reynaldo y Nannini, Martine "Violencia y abusos sexuales en la familia" Un abordaje sistémico y comunicacional. Paidós Terapia Familiar 2005

Programa Nacional de Actualización Pediátrica Módulo Nro2.- Abuso Infantil - Autor Dr. Norberto Garrote. Sociedad Argentina de Pediatría. 2000

Rodríguez Canto, F. "Psicoterapia de grupo en trastorno de la alimentación". Madrid Jornadas AETCA. 1995

Rodríguez Ceberio, M., "Complejidades y complicaciones de la comunicación humana", Publicación de la ESA. Argentina 2007

Rodríguez Ceberio, M. "La Construcción del universo". Herder. Buenos Aires. 1998.

Schmidt, U. Treasure, J. "Aprender a comer". Barcelona. Editorial Martínez Roca. 1996

- Schneider, K. "Psicopatología Clínica". Editorial Paz Montalvo, España. 1995
- Toro, J. y Villardel, E. "Anorexia nerviosa" Barcelona Editorial Martínez Roca 1987
- Toro, J: "El cuerpo como delito" Barcelona Editorial Ariel 1997
- Torres, M. Familia. En J. Sanmartín (Coord.), "El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos" (pp. 77 - 87). Barcelona: Ariel. 2004
- Turon, V. J. "Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad" Barcelona Masson 1997
- Vandereycken, W. , Castro, y Vanderlinden, J. "Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento" Barcelona. Editorial Martínez Roca 1991
- Walker, L. E. El perfil de la mujer víctima de violencia. En J. Sanmartín (Coord.), "El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos" (pp. 206 - 218). Barcelona. Ariel. 2004
- Vaquera, Gustavo "Mas Allá de la Condena en el ASI" en "El Sitio de la Culpa en los casos de Abuso Sexual Infantil" y "La Culpabilidad de la Víctima", tomados de archivos de psicologiajuridica.org abuso sexual infantil la actuación del psicólogo previa a la cámara de Gesell un fallo neuquino. 2005
- White, Michael-Eptson David. "Medios narrativos para fines terapéuticos". Paidós. 2001
- Viloria, Victoria "Valoración en VIF". Secretaría de Salud. México. 2008