

Losada, Analía Verónica

Abuso sexual infantil y patologías alimentarias

**Tesis de Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).



UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA

Facultad de Psicología y Educación

DOCTORADO EN PSICOLOGIA

Tesis Doctoral

Directora de Tesis: Dra. Delia Buendía

Doctorando: Analía Verónica Losada

“Abuso Sexual Infantil y Patologías Alimentarias”

2011

1. PLANTEO DEL PROBLEMA

El abuso sexual infantil es un problema frecuente en todas las sociedades y culturas. Sus efectos negativos muestran la gravedad e ilustran las necesidades profesionales de un mayor conocimiento al respecto.

Las consecuencias del abuso sexual son múltiples y variadas. Los sujetos víctimas del abuso sexual infantil presentan dificultades iniciales y otras a largo plazo, ambas en áreas físicas, psicológicas y sociales. Summit (1983) señaló que los niños que han padecido abuso sexual enfrentan un trauma secundario en la crisis de descubrimiento del abuso sexual infantil, ya que -aunque los abusos son muy frecuentes- también es usual que las víctimas no los denuncien nunca, situación que contribuye a agravar los efectos traumáticos de los mismos.

Entre las consecuencias acaecidas a largo plazo, es decir a más de dos años del cese del abuso sexual infantil (ASI), se observa un gran número de casos que desarrollan a posteriori patologías alimentarias. Sobre todo en aquellos que han sido descalificados, retractados y acusados en sus relatos acerca del abuso infantil y/o sin un adecuado tratamiento judicial y/o familiar del ASI.

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI) es un modelo explicativo que aporta una descripción de los efectos del ASI, presentando una modalidad comprensiva de los sujetos víctimas y de sus posibles consecuencias (Summit, 1983).

A su vez, tanto la anorexia como la bulimia, se imponen en nuestra sociedad como trampolines a la delgadez y al éxito, colocando a los jóvenes que las padecen en un grave riesgo físico y psicológico.

Dentro de la población afectada de patologías alimentarias coexiste un grupo que tras ese diagnóstico presentó en su historia un ASI.

Las repercusiones de una revelación de los episodios abusivos sin respaldo podrían explicar el desarrollo de los trastornos en la conducta alimentaria.

Es de vital importancia alcanzar conclusiones sólidas en torno a la relación de las patologías alimentarias y el abuso sexual infantil para posibilitar el tratamiento adecuado que permita la superación y elaboración tanto del hecho abusivo como de las patologías en la alimentación.

Boszormenyi Nagy y Spark (1973) afirmó que lo que no se habla, se actúa. Por lo tanto podría pensarse que las patologías alimentarias manifiestan ese rechazo y culpa del abuso no hablado o no escuchado en la ahora patología de la conducta alimentaria.

Se ha asociado el ASI con las patologías alimentarias en general, en mayor grado con la bulimia nerviosa específicamente y, en menor proporción, con la anorexia nerviosa. (Goldfarb, 1987; Coover, Kinder y Thompson, 1989; Smolak, Levine, y Sullins, 1990; Palmer y Oppenheimer, 1992; Kern y Hastings, 1995; Tobin, Elin y Molteni, 1995; Garfinkel, Kennedy y Kaplan, 1995; Pope y Hudson, 1996; Wonderlich, Harris, R. W. Wilsnack, S. C. Wilsnack, 1996; Turnbull, Treasure y Troop, 1997; Schmidt, Humfress y Treasure, 1997; Moyer, DiPietro, Berkowitz, y Stunkard, 1997; Brown, Dunn, Russell, y Thornton, 1999; Edgardh y Ormstad, 2000; Wonderlich y Crosby, 2001; Romans, Gendall, Martin, y Mullen, 2001; Leonard, Kao, Steiger, 2003; Claes y Vandereycken, 2007; Perkins, 2008).

Los resultados han sido diferentes entre los distintos trabajos, ya que no se revisó hasta la fecha si estas jóvenes habían atravesado el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Es decir que la relación parecería estar dada entre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y la patología alimentaria, y no directamente entre el abuso sexual infantil y la patología alimentaria (Losada, 2009).

Los estudios de Waller y Ruddock (1993); Levin, Kahan, Lamm y Spauster (1993); Connors y Morse (1993); Rorty, Rossotto y Yager (1994); Brown, Russell y Thornton (1999); Gustafson y Sarwer (2004) y Brewerton (2007) arrojaron resultados dispares en la conexión entre el abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, por ello adquiere gran relevancia profundizar en esta relación incluyendo un gran número de casos, la revisión de estudios previos y la comparación de estos resultados con la prevalencia del abuso sexual infantil en grupos sin diagnóstico de patología alimentaria.

Compromete a la sociedad científica y a la comunidad en general dar respuesta a quienes atraviesan estas afecciones, ya que por su envergadura puede considerarse un problema de salud pública.

Este trabajo busca generar una sensibilización acerca de esta problemática y exponer conclusiones sólidas respecto a la relación entre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y la patología alimentaria.

Es evidentemente necesaria una investigación adicional acerca de la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos de la conducta alimentaria, no sólo para darle dirección a cuestiones empíricas destacadas sino también para favorecer la prevención y guiar el tratamiento en torno a la gravedad de ambas problemáticas.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este trabajo es conocer si existe una relación entre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, tales como anorexia, bulimia y los trastornos de la alimentación no especificados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la frecuencia en que se presenta el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil como factor predisponente en sujetos con diagnósticos de bulimia nerviosa.

- Estudiar la frecuencia en que es dada la presencia del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil con anterioridad al diagnóstico de la anorexia nerviosa.

- Analizar la frecuencia en que se atraviesa el síndrome acomodación al abuso sexual infantil en sujetos con diagnóstico de trastornos en la alimentación no especificados.

- Conocer el porcentaje de sujetos con patologías alimentarias que han transcurrido las diferentes etapas del síndrome de acomodación en comparación con sujetos sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria.

- Diferenciar dentro del grupo estudiado de pacientes con patologías alimentarias a quienes han padecido abuso sexual infantil y quiénes el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, conociendo si un grupo es mayor que otro.

- Analizar fragmentos de historias clínicas de pacientes que realizaron tratamientos por patologías alimentarias y padecieron el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil a los fines de dar explicaciones en torno a la relación de referencia.

- Establecer si el abuso sexual con posterior desarrollo de patologías en la alimentación ha sido perpetrado por parte de un abusador intra o extrafamiliar.

2.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis 1

El abuso sexual infantil provoca grandes consecuencias a corto y largo plazo. Representa a uno de los más graves problemas de salud pública que tiene que afrontar la sociedad, especialmente los niños y jóvenes. Entre las consecuencias a largo plazo, este trabajo señala la relación entre el abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, específicamente en aquellas personas que transitaron los cinco estadios del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil descrito por Summit (1983) como modelo explicativo del abuso sexual infantil. En relación con lo antes dicho, la primera hipótesis de trabajo establece que un número significativo de sujetos consultantes por patologías alimentarias han atravesado los cinco estadios del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Hipótesis 2

Entre los consultantes con diagnósticos de bulimia nerviosa se halla un subgrupo significativo que ha vivido con anterioridad el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Hipótesis 3

Una alta proporción de los consultantes con anorexia nerviosa han atravesado antes del diagnóstico de la patología alimentaria el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Hipótesis 4

En los sujetos afectados con patología alimentaria los abusos sexuales infantiles tienen carácter intrafamiliar.

Hipótesis 5

Los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria han padecido en un grado significativamente mayor el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, por sobre la cantidad de sujetos que han padecido abuso sexual infantil sin la totalidad del síndrome.

3. ESTADO DEL ARTE

Las enormes dificultades que le siguen al abuso sexual de un niño por un miembro de la familia y que lo ubican en una posición sumamente desfavorable dentro de su familia fueron descritas por Summit (1983). Utiliza el término síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI) para describir la reacción que le permite al niño sobrevivir de inmediato dentro de su familia. Existen cinco componentes para este síndrome: el secreto, el desamparo, el entrampamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y por último la retracción.

Los niños víctimas de abuso sexual enfrentan un trauma secundario en la crisis de descubrimiento del abuso sexual infantil. Es decir que padecen un nuevo dolor por sobre el del abuso. Experimentan incredulidad, culpa y rechazo por parte de los adultos. Su conducta normal de enfrentar los problemas contradice las creencias y expectativas reafirmadas y típicamente sostenidas por los mayores. Los padres, los tribunales y los profesionales pueden estigmatizar al niño con acusaciones de haber mentido, manipulado o de ser producto de su imaginación. El abandono de los mismos adultos más cruciales para la protección y recuperación del niño lo impulsan más profundamente hacia la culpa, la alienación y la revictimización. Contrariamente, el tratamiento por parte de un profesional empático dentro de una red de tratamiento de apoyo puede brindar la credibilidad y el respaldo, vitales para la situación que atraviesa el niño.

Summit creó un modelo de comprensión de la dinámica del abuso sexual infantil a través del síndrome que incluye cinco categorías. Cada categoría refleja una realidad apremiante para la víctima, y representa también una contradicción para las más comunes suposiciones y creencias de los adultos con respecto al abuso sexual infantil. Las categorías del síndrome son

a) El secreto

La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, el desamparo y la auto-culpabilidad dependen de una realidad aterradora del abuso sexual infantil. Éste ocurre cuando el niño está solo con el adulto agresor. Ningún niño está preparado para la posibilidad de ser abusado por un adulto de confianza, esa posibilidad es un secreto bien guardado aún para los adultos. El niño por lo tanto, queda a merced enteramente dependiente del abusador ante cualquier realidad que sea asignada a la experiencia. De todas las explicaciones inadecuadas, ilógicas, auto-complacientes o auto-protectoras proporcionadas por el adulto, la única impresión consistente y significativa lograda por el niño, es el resultado peligroso y atemorizante basado en el secreto. Ya sea que la intimidación pueda

ser gentil o amenazante, el secreto le deja claro al niño que esto es algo malo y peligroso. El secreto es la fuente tanto del temor, como de la promesa de seguridad de que nada va a pasarle si no cuenta lo que acontece. El secreto adquiere proporciones mágicas, monstruosas para el niño. Cualquiera de los intentos del niño por esclarecer el secreto será contrarrestado por una conspiración de silencio y descrédito por parte del adulto.

b) El desamparo

La expectativa adulta de la auto-protección del niño y la revelación inmediata ignora la subordinación y el desamparo básico de los niños dentro de relaciones autoritarias. Los niños pueden ser autorizados para evitar las atenciones de extraños, pero se les requiere que sean obedientes y cariñosos con cualquier adulto de confianza. Desde pequeños se les enseña a obedecer a padres, maestros y otros mayores que se encuentren a cargo de él. Se les inculca a los niños a cuidarse de los extraños, pero no de aquellos que deberían atenderlos y protegerlos. A la vez, el niño atraviesa una gran confusión, ya que los abusadores tienden a ser buenos trabajadores, hombres dedicados a la familia, educados y, en apariencia, respetuosos de la ley.

c) El entrampamiento y acomodación

Para el niño que está dentro de una relación de dependencia, el abuso no es típicamente de una sola ocurrencia, es decir, se repite a lo largo de los días, meses e incluso por años. Tiende a desarrollarse un patrón compulsivo, adictivo, el cual continúa ya sea hasta que el niño alcanza autonomía o hasta que el descubrimiento o la prohibición forzada se impone sobre el secreto. Si el niño no busca o si no recibe una intervención protectora inmediata, no hay otra opción para detener el abuso. Pareciera que la única opción que le queda al niño es aprender a aceptar la situación y sobrevivir. No hay camino, ni lugar para salir corriendo. El niño saludable, normal, emocionalmente fuerte aprenderá a acomodarse a la realidad del continuo abuso sexual. Existe el desafío de acomodación no sólo ante las demandas sexuales que van escalando, sino ante una creciente consciencia del engaño y la deshumanización por parte de alguien quien es comúnmente idealizado como una figura parental querida, protectora, altruista.

d) La revelación tardía, conflictiva y no convincente

La mayoría de los abusos sexuales que están en curso nunca se revelan, al menos no fuera del círculo familiar. Los casos tratados, informados o investigados son la excepción, no la regla. La revelación es una consecuencia ya sea de un conflicto familiar arrollador, el descubrimiento incidental por una tercera parte, o el resultado sensible de la educación de la comunidad, o por parte de profesionales que han indagado adecuadamente.

Si el conflicto familiar gatilla la revelación, esto es por lo general después de algunos años de continuo abuso sexual y de algún quiebre eventual en el mecanismo de acomodación. La víctima de abuso tiende a permanecer en silencio hasta que llega a la adolescencia, momento en el que ya es capaz de demandar una vida más independiente para sí misma y desafiar la autoridad de sus padres. Pero la revelación tardía, es decir después de tantos años de padecer el abuso conlleva a que otros familiares, docentes, la justicia supongan que no es verdad tan fantástica denuncia, especialmente debido a que el niño no se quejó años antes. Creen que ha inventado la historia en represalia a los intentos de su padre o padrastro por lograr un control y disciplina razonables. Nadie parece convencerse de que haya tolerado todo lo que ahora relata.

e) La retractación

Sea lo que fuere que un niño diga acerca del abuso sexual, probablemente lo cambie totalmente. Por debajo de la rabia, de la revelación impulsiva, permanece la ambivalencia de culpa y la obligación martirizada de preservar la familia. El niño es culpado por causar esta confusión total, y todos parecen tratarlo como a un monstruo. Lo interrogan sobre todos los detalles indignos, y lo animan a incriminar a su padre, aunque éste permanece incuestionable, dentro del hogar, en la seguridad de la familia. Todas aquellas cosas que el abusador le dijo para mantener el secreto parecen cumplirse en la actualidad, ya que no se le cree e incluso se le invita a callar nuevamente. Aquí comienza la retractación, y terriblemente vuelve la aparente calma familiar. Una vez más, el niño soporta la responsabilidad ya sea de preservar o de destruir a la familia. A menos que haya un apoyo especial para él y una intervención inmediata para forzar la responsabilidad sobre el padre, el niño seguirá el curso normal y se retractará de su denuncia.

Perrone y Nannini (1997) plantearon que la situación abusiva es dada en 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 psicosomática: 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. E 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 Perrone y Nannini refirieron 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 abuso todo se transforma en culpa, confusión, vivencias de desdoblamiento, 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 da lugar al síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Losada (2009) expuso que la instalación en la etapa de retractación del síndrome de acomodación, es decir el callar el abuso bajo el efecto del hechizo, da lugar a la patología alimentaria. Allí el cuerpo comienza a hablar y habla a través del trastorno en la conducta alimentaria.

Goldfarb (1987) examinó el rol del antecedente de abuso sexual infantil en la anorexia nerviosa, la bulimia y la ingesta compulsiva. Presentó tres casos para ilustrar el desarrollo de los trastornos en la conducta alimentaria en el contexto del abuso sexual. Señaló las implicaciones en términos de la necesidad que tienen los profesionales de desarrollar la sensibilidad frente a este antecedente potencial para poder hacer uso de las estrategias de intervención adecuadas con las víctimas de abuso sexual en busca de tratamiento para un trastorno en la conducta alimentaria.

Coovert, Kinder y Thompson (1989) señalaron que los antecedentes de abuso sexual se presentaban en las anoréxicas restrictivas y hallaron amplias relaciones entre las patologías alimentarias y la anorexia nerviosa.

Smolak, Levine, y Sullins (1990) sugirieron la existencia de una conexión entre el abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de trastornos en la conducta alimentaria. Sostuvieron que esta conexión está condicionada por las características del abuso, las variables de la personalidad y los niveles de respaldo familiar. El estudio investigó las experiencias sexuales infantiles y el respaldo familiar como predictores de los trastornos en las actitudes y en el comportamiento en una muestra de estudiantes mujeres de nivel universitario con buen desempeño académico. Las víctimas de abuso encuestadas registraban puntajes totales más elevados en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, sosteniendo una relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y las experiencias previas de abuso sexual infantil.

Palmer y Oppenheimer (1992) realizaron un estudio comparativo entre dos grupos de mujeres, uno con presencia de trastornos en la conducta alimentaria y otro con otros diagnósticos y analizaron respecto a sus recuerdos en relación a experiencias sexuales infantiles con adultos. El mismo grupo de investigadores estudiaron ambos grupos utilizando los mismos métodos y las mismas definiciones. Se compararon los resultados para poder evaluar la hipótesis que sostenía que debería existir una asociación especial entre las mencionadas

experiencias y un posterior trastorno en la conducta alimentaria, además de cualquier otra asociación que pueda existir con un trastorno psiquiátrico en general. Los resultados sostienen que es probable que las experiencias sexuales infantiles con adultos aumenten las posibilidades de un posterior trastorno en la conducta alimentaria.

Waller y Ruddock (1993) señalaron que el abuso sexual infantil informado es generalmente asociado con el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosa, pero los factores intervinientes que determinan si dicho abuso es relevante en el caso en particular no son comprendidos adecuadamente. Consideraron la importancia de la revelación inicial como un mediador en una serie de casos de mujeres con trastornos en la conducta alimentaria. El alcance de la psicopatología, particularmente la frecuencia de los vómitos y la presencia de síntomas de la personalidad borderline, se asociaba con la naturaleza de la respuesta percibida a una tentativa de revelación. La percepción de la falta de respuesta o una respuesta negativa y hostil se asoció con patrones de sintomatología específica. Sugirieron realizar una investigación más profunda para ampliar estas conclusiones y que se discutan las implicancias clínicas de estos hallazgos.

Levin, Kahan, Lamm y Spauster (1993) exhibieron que las coincidencias entre el abuso sexual, el maltrato físico infantil y los trastornos en la conducta alimentaria se han dado a conocer muy bien, pero se había trabajado poco sobre las secuelas del trauma infantil en pacientes con trastornos en la conducta alimentaria. Los fenómenos de disociación son comunes en los adultos que sobrevivieron al abuso sexual infantil, siendo los trastornos de personalidad múltiple la forma más extrema de disociación. Describieron a dos mujeres que se presentaron para realizar un tratamiento hospitalario de los trastornos de la conducta alimentaria, quienes posteriormente manifestaron trastornos de personalidad múltiple. Debido a la patología alimentaria de estos pacientes que presentaban características atípicas en relación a los procesos de trastornos de personalidad múltiple, era primordial revelar los trastornos de personalidad múltiple en el tratamiento de su trastorno en la conducta alimentaria. Concluyeron expresando que deberían considerar los trastornos de personalidad múltiple en todo paciente atípico o con resistencia al tratamiento por trastornos en la conducta alimentaria, ligados al trauma del abuso sexual y el maltrato físico infantil.

Connors y Morse (1993) expresaron que los estudios que investigaron la posible relación entre el abuso sexual y los trastornos en la conducta alimentaria informaron resultados sumamente contradictorios. Señalaron que algunas variabilidades se pueden explicar por medio de las metodologías, que incluyen los criterios de diagnóstico, el diseño de estudio y las técnicas de evaluación. La heterogeneidad de una población con trastornos en la conducta alimentaria, especialmente en relación a la comorbilidad de la patología en la alimentación y en los trastornos de la personalidad, también constituyó otro factor. Los resultados indicaron que alrededor del 30% de los pacientes con trastornos en la conducta

alimentaria han sido víctimas de abuso sexual en su niñez, una cifra de comparación relativa a los porcentajes obtenidos en las poblaciones normales. Opinaron que es posible que exista una conexión directa entre el trauma sexual y la patología en la alimentación para algunos pacientes, pero en general el abuso sexual es más bien considerado un factor de riesgo en un modelo etiológico y biopsicosocial de los trastornos en la conducta alimentaria. A su vez expresaron que las asociaciones complejas entre el trauma, el déficit autorregulado y la psicopatología requerirían de una investigación más profunda.

Rorty, Yager y Rossotto (1994) examinaron la relación entre el abuso psicológico, físico, sexual y múltiple infantil, es decir el abuso en más de una forma, y la relación en un grupo de 80 mujeres con historia de bulimia nerviosa y un grupo control de 40 mujeres sin trastornos en la conducta alimentaria. Los participantes fueron seleccionados principalmente a través de avisos en el periódico, participaron de entrevistas clínicas estructuradas y completaron cuestionarios sobre abuso infantil en el marco de la entrevista. El abuso infantil en varias formas no se asoció entre los participantes con bulimia nerviosa. Aunque el abuso múltiple entre los participantes con bulimia nerviosa fue altamente asociado. Emergieron relaciones significativas entre los casos de abusos múltiples y la bulimia nerviosa. Por lo general, los hallazgos en el grupo control fueron coincidentes con los hallazgos del grupo con bulimia nerviosa, lo cual demostró que los hallazgos no eran específicos para mujeres con trastornos en la conducta alimentaria. Pero realizaron el aporte de que aquellas mujeres con trastornos en la conducta alimentaria con antecedentes de abuso sexual probablemente habían representado un subgrupo de pacientes que necesitaban una intervención intensiva especial.

Garfinkel, Kennedy y Kaplan (1995) realizaron diversos estudios y señalaron al respecto que los antecedentes de abuso sexual eran tres veces más frecuentes en las pacientes con bulimia que en las personas sin patologías alimentarias.

Kern y Hastings (1995) evaluaron si las anomalías halladas en las familias de los pacientes con bulimia son específicas de la patología alimentaria o si existían posibilidades de que se presenten debido a la covarianza con otro problema asociado al funcionamiento familiar anormal, puntualmente el abuso sexual infantil. En concordancia con investigaciones previas, los entornos familiares de sujetos con y sin diagnóstico de bulimia nerviosa, como así también el de las víctimas de abusos y no víctimas difieren significativamente. Sin embargo, cuando la conducta alimentaria y la situación de abuso se analizaron de manera concurrente, no se revelaron las diferencias significativas entre pacientes con patologías alimentarias y sujetos sin este diagnóstico. El entorno familiar anormal se encontraba más relacionado con el abuso sexual infantil que con la bulimia. El único signo de anomalía para la bulimia era el marcado énfasis que la familia depositaba sobre los logros.

Tobin, Elin y Molteni (1995) exhibieron que aunque la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa desarrollaron estos trastornos entre los 13 y los 20 años, algunos pacientes desarrollaron los trastornos en su conducta alimentaria a los 30, 40 o 50 años. Presentaron a un subgrupo de pacientes con el siguiente patrón de síntomas y su detalle de antecedentes: abuso sexual y maltrato físico severo por parte de familiares; ajuste pre-mórbido relativamente bueno tanto a nivel profesional como matrimonial aunque caracterizado por hipomanía, atracones, y obesidad mórbida. Concluyeron que un marcado cambio en la conducta alimentaria antecedido de traumas que tuvieron lugar después de los 30 años, interrumpieron en la previa adaptación y condujeron a una restricción severa, purgas y dramática pérdida de peso.

Pope y Hudson (1996) describieron la patología alimentaria como consecuencia de la no develación del abuso sexual infantil. Por tanto han desarrollado un modelo terapéutico que consiste en una terapia de la recuperación de la memoria para los desórdenes de la alimentación y otras condiciones psiquiátricas y se propuso ayudar al paciente a recuperar memorias reprimidas del abuso sexual infantil y otras experiencias traumáticas. Por medio de esta técnica, se esperó que el paciente pudiera superar estas experiencias para lograr liberarse de la vergüenza, la disconformidad con su cuerpo y los síntomas de depresión y trastornos en la conducta alimentaria.

Wonderlich, Harris, R. W. Wilsnack, S. C. Wilsnack, (1996) examinaron si el abuso sexual infantil se constituía como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de un comportamiento bulímico en mujeres. Los resultados indicaron que las víctimas de abuso sexual infantil eran significativamente más propensas a manifestar la patología alimentaria, y un importante número de casos de comportamiento bulímico podían atribuirse al referido abuso. Concluyeron que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo para el comportamiento bulímico. Entre un sexto y un tercio de los casos de trastornos bulímicos significativos fueron atribuidos al abuso sexual infantil.

Turnbull, Treasure y Troop (1997) evaluaron la prevalencia de los trastornos por estrés postraumático y su relación con la adversidad infantil y con los trastornos psiquiátricos en una población clínica de 164 pacientes con trastornos en la conducta alimentaria. El 11% había tenido antecedentes de trastornos por estrés postraumático. No registraron diferencias en la prevalencia de entre trastornos por estrés postraumático del resto de pacientes con trastornos en la conducta alimentaria. Encontraron prevalencias más elevadas de síntomas en trastornos por estrés postraumático aquellos que habían referido un episodio de abuso sexual en su infancia (23% contra el 9%), discordia en el hogar (16% contra el 6%) y control extremo por parte de los padres (44% contra el 6%).

Schmidt, Humfress y Treasure (1997) resumieron el rol del funcionamiento familiar en la niñez y el abuso sexual y el maltrato físico en los trastornos en la

conducta alimentaria. Expusieron la existencia de mayor evidencia de patologías familiares en aquellas familias con trastornos en la conducta alimentaria que en las familias del grupo control normales. Aquellos que presentaron trastornos alimentarios parecen tener un funcionamiento familiar más deteriorado que limitado. En los casos de bulimia nerviosa, los altos niveles de perturbaciones familiares parecen estar asociados con una sintomatología bulímica crónica y de mayor gravedad. Los índices de abuso sexual parece ser más elevados en la bulimia nerviosa que en los controles normales. La mayoría de los estudios no logran encontrar las diferencias entre los sub tipos de trastornos en la conducta alimentaria en términos de los índices de abuso sexual. La evidencia no fue concluyente respecto a la existencia de una conexión entre las características del abuso y la gravedad del trastorno en la conducta alimentaria. En definitiva, el abuso sexual infantil aparentemente no constituye un factor de riesgo específico para los trastornos en la conducta alimentaria. El maltrato físico es más común en las bulímicas que en los trastornos restrictivos y usualmente tiene lugar en el contexto de un entorno familiar perturbado.

Moyer, DiPietro, Berkowitz, y Stunkard (1997) investigaron los factores influyentes que determinaron la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos en la conducta alimentaria en la población adolescente femenina de los Estados Unidos. Hallaron una creciente influencia de los factores psicológicos y una marcada correlación en el número de atracones ascendente en los sujetos víctimas de abuso sexual infantil.

Claridge, Davis, Bellhouse y Kaptein (1998) exhibieron que las pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa con antecedentes de abuso sexual presentan una mayor gravedad del cuadro clínico. Han relacionado el trastorno de bulimia nerviosa y su gravedad con la historia infantil de abuso sexual.

Brown, Russell y Thornton (1999) subrayaron que las secuelas de abuso sexual y maltrato físico en niños estaban siendo mejor reconocidas como así también las repercusiones de la revelación sin respaldo. Se centraron en las dificultades particulares enfrentadas por aquellos que sufren trastornos en la conducta alimentaria en historias de traumas en la revelación durante su estadía en el hospital. Administraron un cuestionario parcialmente estructurado, auto informado a 35 pacientes hospitalizados consecutivos con trastornos en la conducta alimentaria. Se les preguntó a los participantes si habían revelado un abuso emocional, sexual o maltrato físico durante su admisión además de preguntarles cuáles fueron sus sentimientos en caso de haber respondido afirmativamente. Obtuvieron una amplia variedad de respuestas impresionantes para la mayoría de las preguntas. Como el estudio se basó en la presentación de un nuevo instrumento, no se pudieron alcanzar conclusiones sólidas, sin embargo, se expusieron brevemente algunas sugerencias para alentar y facilitar el proceso de revelación en la situación clínica.

Brown, Dunn, Russell y Thornton (1999) señalaron que estudios europeos y estadounidenses investigaron la posible asociación entre fenómenos disociados, los trastornos en la conducta alimentaria, el abuso sexual infantil y la autolesión. Sin embargo, destacaron que hubo escasa ratificación por parte de otros países y culturas y que no se habían estudiado estas interrelaciones en la experiencia australiana. La sintomatología disociativa y los antecedentes de experiencias de abuso sexual y maltrato físico reportadas por las víctimas se estudiaron retrospectivamente sobre una muestra de pacientes australianos con trastornos en la conducta alimentaria con la utilización de medidas de autovaloración, el Cuestionario de Trastornos Disociativos (Dis-Q). Conforme a la hipótesis, los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria fueron particularmente frecuentes en aquellos que habían informado abuso sexual infantil y adulto y en aquellos que cometieron autolesión. A su vez se ofrecieron indicaciones concisas para la implementación de estrategias terapéuticas.

Vander Linden (1999) planteó que el maltrato infantil se mostró como una de las causas más frecuentes en las sintomatologías traumáticas, señalando en especial tendencias a la depresión, crisis de desarrollo o trastornos alimentarios. Encontrando al maltrato infantil, y en especial al abuso sexual infantil, como causa primera desencadenante de estas problemáticas.

En pacientes con trastornos del comportamiento alimentario con comportamientos de auto daño se ha relacionado con una historia de abuso sexual o físico en la infancia. Este vínculo fue reportado en estudios de Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami e Iseki (2004). También describieron la misma relación Favaro y Santonastaso (2000) y Nagata, Kawarada, Kirike e Iketani (2000). La presencia de síntomas disociativos en los pacientes con patologías alimentarias con comportamientos de auto daño o sin éste sugiere la asociación con abusos sexuales en su infancia (Berger, Saito, Ono, Tezuka, Shirahase y Kuboki, 1994 y Briere y Zaidi, 1989).

Groth, Marnat y Michel (2000) examinaron la disociación y el abuso sexual infantil en una muestra de 47 pacientes padecientes de trastornos de la conducta alimentaria, 29 mujeres con bulimia en el pasado y un grupo control de 37 mujeres sin el diagnóstico de bulimia. Todos los encuestados respondieron cuestionarios donde se solicitó información relacionada con la bulimia, la disociación y la incidencia y la severidad del abuso sexual infantil. Los participantes que obtuvieron altos puntajes en la medida de disociación ($n = 21$) fueron posteriormente evaluados con un cuestionario clínico estructurado con el fin de determinar quiénes cumplían con los criterios formales DSM IV de los trastornos disociativos. Los resultados demostraron que la severidad de los casos de abuso sexual infantil reportados por la víctima eran de mayor grado entre las mujeres con diagnóstico actual de bulimia.

Edgardh y Ormstad (2000) investigaron la experiencia del abuso sexual infantil en adolescentes y presentaron los posibles problemas derivados del abuso dentro de una encuesta sobre el comportamiento sexual adolescente. Seleccionaron, en un procedimiento de dos etapas, una muestra representativa del 2% de adolescentes de origen sueco de ambos sexos de 17 años de edad, tanto estudiantes como aquellos que habían abandonado sus estudios. En total, 1943 estudiantes y 210 adolescentes no escolarizados respondieron un cuestionario anónimo auto administrado. Seis de las 170 preguntas se referían a las experiencias personales del abuso sexual infantil, como edad del inicio del abuso, frecuencia del abuso y la relación con el abusador. Se descartó el abuso entre pares en las definiciones que se usaron. El promedio general de respuestas fue del 92,2% para los estudiantes y del 44,2% para aquellos que abandonaron sus estudios. Los estudiantes de sexo femenino en el 17,3% reconocieron el abuso sexual y el 11,2 % de estudiantes de sexo masculino el 7,1% lo admitió, al excluir el exhibicionismo. La edad media de inicio del abuso era de 9,1 en el caso de los varones y de 9,0 en el caso de las mujeres. El 33% de los estudiantes que admitieron el abuso y el 5,1% de aquellos que no habían sido víctima de abuso y el 30,4% de las estudiantes abusadas en comparación al 9,1% de chicas que no fueron víctima de abuso, informaron intentos de suicidio u otros actos de autolesión. Los trastornos en la conducta alimentaria y en el sueño, el consumo de alcohol a una edad temprana y/o la experimentación con drogas ilícitas, la iniciación en las relaciones sexuales consentidas antes de los 15 años fueron informados en mayor grado por las víctimas de abuso que las no víctimas. Del grupo de los que habían abandonado sus estudios, el 4% de los varones y el 28% de las mujeres informaron el abuso sexual. De las víctimas de abuso mujeres, el 49% denunció abuso con coito vaginal y el 64% informó comportamiento autodestructivo o intentos de suicidio. Ninguno de los varones víctimas de abuso y algunas de las mujeres víctimas de abuso habían confiado en un maestro, un profesional de la salud o un trabajador social. El hecho de que tan pocos adolescentes hayan confiado a los profesionales haber sido víctima de abuso, a pesar de haber tenido síntomas graves y signos de angustia, ratificó la necesidad de tratar el abuso sexual al registrar las historias clínicas sociales y psiquiátricas de los adolescentes.

Wonderlich y Crosby (2001) inspeccionaron la relación entre el maltrato y los trastornos en la conducta alimentaria en niños. Compararon veinte niñas de entre 10 y 15 años que estaban bajo tratamiento debido a un abuso sexual infantil informado y veinte de la misma edad como grupo control. Se los compararon en una serie de medidas que evaluaban trastornos en la conducta alimentaria, la preocupación por la imagen corporal, el abuso de sustancias, el comportamiento impulsivo y el concepto de sí mismas. Señalaron que las que habían sido víctimas de abuso sexual mostraron mayores niveles de trastornos en la conducta alimentaria, comportamiento impulsivo y abuso de drogas que aquellas del grupo control. Además, el comportamiento impulsivo constituyó el más marcado efecto mediador entre la historia de abuso sexual infantil y el comportamiento restrictivo

de dietas y purgas. El abuso de drogas resultó un mediador secundario significativo de la asociación entre el abuso sexual infantil y los trastornos en la conducta alimentaria. El abuso sexual infantil se encontró relacionado con los trastornos en la conducta alimentaria en los niños. Comprobaron que el comportamiento impulsivo y el abuso de drogas son mecanismos significativos que influyeron en el trastorno de la conducta alimentaria que se manifestó posteriormente al abuso sexual infantil.

Romans, Gendall, Martin, y Mullen (2001) analizaron cómo algunas mujeres que han experimentado abuso sexual infantil desarrollaron trastornos en su conducta alimentaria mientras que otras tendieron hacia la depresión y la ansiedad y otras no presentaron secuelas psicológicas adversas. El trabajo relacionó significativamente el abuso sexual infantil y los desórdenes en la conducta alimentaria.

Smolak y Murnen (2002) evaluaron la magnitud y la solidez de la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos en la conducta alimentaria y examinaron los factores metodológicos que contribuyen a la heterogeneidad de la relación. Incluyeron una comparación entre grupos víctimas de abuso sexual y no víctimas. Realizaron una comparación entre grupos con y sin trastornos en la conducta alimentaria. Evaluaron la magnitud del efecto alcanzado en ambos grupos arrojando diferencias de mayor número de sujetos abusados en aquellos que padecían trastornos de la conducta alimentaria.

Leonard, Kao y Steiger (2003) consideraron las asociaciones entre el abuso sexual y el maltrato físico en la edad infantil en mujeres con bulimia y los trastornos en la conducta alimentaria, los síntomas psiquiátricos y la posibilidad de un abuso posterior en la edad adulta. Los síntomas en la conducta alimentaria y los rasgos psicopatológicos asociados funcionaron como las posibles consecuencias del abuso reiterado a lo largo de su niñez.

Joseph (2003) brindó información acerca del abuso sexual infantil. Destacó la asociación entre el abuso sexual infantil y una variedad de consecuencias negativas en la conducta, emocionales y psicológicas y la existencia de un nexo entre el abuso sexual infantil y los trastornos en la conducta alimentaria. Expuso que el abuso sexual infantil se constituyó como factor de riesgo para los trastornos en la conducta alimentaria.

Durante el transcurso de los tratamientos para la recuperación de las patologías alimentarias diversos trabajos expusieron relatos de pacientes que develaban antecedentes de abuso sexual e incesto en el pasado (Rome, Ammerman y Piper, 2003; Rosen, 2003, Lenoir y Silber, 2006).

Gustafson y Sarwer (2004) dictaminaron que las causas de la obesidad son multifactoriales e incluyen factores genéticos, individuales y condiciones del

entorno. La experimentación del abuso sexual infantil podría constituir un potencial factor de riesgo. El abuso sexual infantil es descrito como sorprendentemente común y se cree que afecta a una de cada tres mujeres y a uno de cada ocho hombres. La historia de abuso sexual infantil se asoció a las numerosas secuelas psicológicas entre las que figuraron la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, la somatización y los trastornos en la conducta alimentaria. Han evaluado la relación existente entre el abuso sexual infantil y la obesidad en la edad adulta. Estos estudios sugieren al menos una moderada relación entre ambos. Las potenciales explicaciones sobre esta relación se han concentrado en el rol de los trastornos en la conducta alimentaria, especialmente los atracones de comida, como así también la posible función adaptativa de la obesidad en los sobrevivientes al abuso sexual infantil.

El abuso sexual ha sido relacionado frecuentemente con el desarrollo de diversos trastornos psicopatológicos durante la adolescencia y la edad adulta. El desarrollo de una conducta antisocial suele aparecer con mayor frecuencia en varones que en mujeres, las cuales parece que son más propensas al desarrollo de trastornos con síntomas que parecen dirigidos hacia el adentro como la anorexia, la depresión o el trastorno obsesivo compulsivo (Echebúrua Odriozola y Guerricaechevarria, 2005).

Las consecuencias psicosociales del abuso sexual infantil incluyen trastornos de la alimentación, depresión, culpa, vergüenza, aislamiento, baja autoestima, problemas de relaciones interpersonales, tendencia a la revictimización y tendencias suicidas (Redondo Figuero y Ortiz Otero, 2005).

Rodríguez, Pérez y García (2005) hallaron al antecedente de trauma como abuso sexual, maltrato físico como experiencia traumática previa en el 45% de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria del estudio, y fue una variable de pronóstico pobre que marcó un riesgo de deserción y mayor cantidad de recaídas en comparación a los sujetos que no habían padecido abusos.

Rodríguez y Guerrero (2005) evaluaron pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. Del grupo analizado de 153 pacientes (42,3%) informaron algún tipo de experiencia traumática temprana, mientras que 72 (19,9%) fueron sexualmente abusadas, 18 reportaron una experiencia única, y 54, experiencias repetidas. La exposición a otros tipos de actos violentos fue encontrada en 126 mujeres (34,81%), y correspondieron a desplazamientos forzados por amenazas de secuestro o secuestro de algún familiar 84 casos (23,2%), maltrato físico 47 casos (13%), boleteo con extorsión a la familia 38 casos (10,5%), homicidio de algún pariente 14 casos (3,87%), suicidio de algún familiar o amigo cercano 15 casos (4,14%), atracos a mano armada con privación temporal de la libertad 14 casos (3,87%). Entre tanto, informaron las autoras que 44 mujeres (12,5%) reportaron antecedentes conjuntos de haber sido abusadas sexualmente y de haber estado expuestas a otro tipo de actos violentos.

Calvi (2005) expresó que los cuadros de bulimia y anorexia son frecuentes entre los jóvenes que fueron abusados de niños y castigan el propio cuerpo, frente a la sensación de asco y vergüenza que sienten por lo que pasó. En tanto, el olvido aparente de los episodios de agresión sexual, es uno de los mecanismos de autoprotección en la vida adulta. Si el abuso no fue resuelto, el niño no lo ha podido contar o no fue escuchado el hecho puede aparentemente pasar al olvido, pero este olvido no es real. Los recuerdos podrían asomarse fragmentariamente, a través de imágenes aisladas sin aparente sentido pero que asociativamente, van rodeando el recuerdo hasta que surge. La autora sostuvo que el abuso sexual infantil provoca daños severos en la psiquis de los niños. La resolución de los mismos requiere que confluyan una serie de circunstancias que se conviertan en posibilitadoras de la recuperación. Las intervenciones psicoterapéuticas son un factor necesario pero no suficiente. La actitud de la familia ante la revelación, y la eficiencia de la justicia como garante de reparación simbólica son centrales. Calvi explicó que el abuso sexual en la infancia se constituye como forma paradigmática de una catástrofe privada que acontece en la intimidad y que la niña-o sufre en la más absoluta soledad. Desde el lugar de quién sufre estos traumatismos las palabras no alcanzan para describir la situación y el sujeto se silencia, quedando una experiencia que no tiene pruebas de verdad más que las de su propio cuerpo, su memoria, la fragilidad de una memoria que construirá un relato fragmentado, fracturado, frágil. La autora expuso verdadera memoria se almacena en silencio y provoca un desmantelamiento de la lógica existente, sin tiempo ni preparación para la creación de una lógica nueva, situación que produce un efecto desubjetivante que no da lugar a la institución de nuevas marcas, sino la destitución de todas ellas, como una especie de borramiento subjetivo.

Pereda Beltran (2009) en su estudio realizado con estudiantes universitarios, señaló que la experiencia de abuso sexual antes de los 13 años por un agresor cercano a la víctima es el acontecimiento evaluado como más traumático y causante de un malestar psicológico.

Soanes y Swann (2006) se centraron en el rol de las enfermeras de emergencias en la detección y la asistencia a niños que son víctimas de abuso y violencia doméstica. Las mujeres que son afectadas por maltrato doméstico con frecuencia se presentan en los centros de asistenciales con problemas de salud mental tales como la depresión, la autodestrucción y los trastornos en la conducta alimentaria. Destacaron que existe una estrecha relación entre el maltrato doméstico e infantil y una marcada correlación entre el abuso sexual infantil y el maltrato doméstico, y posteriores sintomatologías asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.

Myskow (2006) manifestó que los estudios de prevalencia muestran que entre el 15% y el 30% de las mujeres han sido víctimas de abuso sexual a los 16 años por un hombre. Los sobrevivientes al abuso infantil en raras ocasiones revelan

esta historia espontáneamente a un profesional, sin embargo, es más probable que sufran dolencias multisistémicas e incurran en comportamientos de alto riesgo. Como en el caso de la violación, el componente sexual del abuso sexual infantil tiene una importancia secundaria para ejercer poder sobre los niños y manipularlos, por lo tanto el daño psicológico en los niños es mucho mayor si quien comete el abuso es su padre o su figura paterna. El incesto más comúnmente se produce entre el padre o padrastro y su hija. Myskow señaló que estos niños desarrollan múltiples trastornos emocionales y psicológicos como depresión, alto grado de ansiedad y ataques de pánico, preocupaciones obsesivas, trastornos en la conducta alimentaria y abuso de identidad. También es posible que desarrollen manifestaciones físicas de dolor emocional tales como pseudo-ataques o dolor pélvico crónico. A pesar de que el tratamiento por abuso sexual es muy variado por su gravedad, el tratamiento de las mujeres víctimas de abuso sexual sigue un procedimiento de reconocimiento que es similar en todos los casos. La terapia de revelación comienza desde ese mismo momento, motivo por el cual es importante que sea bien manejada. El autor planteó la relevancia de alentar a la víctima a hablar sobre lo que recuerda del abuso y es importante que su terapeuta le haga saber que su historia es creíble. Punteó que, casi sin excepción, las víctimas de abuso sexual se sienten responsables en alguna medida, entonces el terapeuta nuevamente debe señalar sobre quien recae la culpa. Se deben examinar las actuales relaciones familiares dado que la víctima puede estar conviviendo con quien abusó de ella y es posible que lo deba enfrentar durante su proceso de recuperación. Finalmente cuando la mujer se corre de víctima a sobreviviente puede abordar el daño que ha sufrido. Expresó que se trata de gran ayuda sobrellevar el trauma del abuso sexual infantil si se las trata en un ambiente de sensibilidad y comprensión.

Brewerton (2007) examinó las relaciones entre los trastornos en la conducta alimentaria, el trauma y los trastornos psiquiátricos, centrado particularmente en el trastorno por estrés postraumático. Encontró un número significativo de conclusiones en la literatura, que aplicó a la práctica clínica, que son fundamentales para comprender las relaciones existentes entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trauma y pueden ser resumidos de la siguiente manera: el abuso sexual infantil es un factor de riesgo no específico para los trastornos alimentarios; la gama de traumas ligados a la patología alimentaria han sido extensivos desde el abuso sexual infantil para incluir una variedad de otras formas de abuso y negligencia; el trauma es más común en los trastornos alimentarios de pacientes con bulimia que en los pacientes con trastornos alimentarios en general; los hallazgos que relacionan los trastornos de la conducta alimentaria con el trauma se han hecho extensivos a los niños y adolescentes con trastornos en la alimentación; episodios o formas múltiples de trauma se asocian con las patologías alimentarias; y el trauma no se asocia necesariamente a trastornos alimentarios de mayor severidad. Los trastornos por estrés postraumático también pueden constituir un factor de riesgo de la bulimia nerviosa y los síntomas bulímicos. Brewerton señala que el trauma y los trastornos

por estrés postraumático o sus síntomas deben ser manejados de manera expresa y satisfactoria para facilitar la completa recuperación de los trastornos en la alimentación.

Claes y Vandereycken (2007), con el objeto de profundizar los conocimientos sobre la presencia de comportamientos autodestructivos y una historia de experiencias traumáticas, estudiaron esta conexión en 70 pacientes con trastornos en la conducta alimentaria. La muestra demostró una alta frecuencia de comportamientos autodestructivos (38,6%), en particular en pacientes con bulimia nerviosa. También encontró un alto porcentaje de experiencias de maltrato físico (32,3%) y de abuso sexual (47,7%) informadas por la víctima. Los pacientes que fueron víctimas de abuso interpersonal antes de los 15 años de edad tenían más posibilidades de desarrollar un comportamiento autodestructivo. Señalaron que los altos niveles de disociación y autocrítica diferenciaban a los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria que habían sido víctimas de abuso sexual con comportamientos autodestructivos, de aquellos sin comportamientos autodestructivos. Los autores proporcionaron sugerencias para el tratamiento.

Perkins (2008) se centró en el estudio llevado a cabo por investigadores del Departamento de Medicina General de la Universidad de Melbourne en Victoria que declaró que el abuso sexual infantil es un factor de riesgo para el desarrollo de la bulimia nerviosa en jóvenes. El estudio se realizó sobre 1936 estudiantes del sexo femenino procedentes de escuelas públicas, privadas y católicas entre los años 1992 y 2008. Durante el período de estudio, 35 alumnas desarrollaron bulimia y 32 desarrollaron anorexia. Los investigadores concluyeron que el estilo emocional de los pacientes con bulimia es similar al de aquellas que fueron sexualmente abusadas cuando niñas, sugiriendo mayores investigaciones al respecto.

Bardone Cone, Maldonado, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Carpintero, Crow, Peterson, Klein y Le Grange (2008) inspeccionaron las diferencias entre las mujeres con bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, la personalidad y maltrato en la infancia. Las participantes fueron mujeres de 18 a 55 años de edad, captadas en la comunidad y clínicas de trastornos alimentarios y completaron cuestionarios relacionados con la patología alimentaria, el perfeccionismo multidimensional, impulsividad multidimensional y maltrato en la infancia. Como resultado, obtuvieron que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tenían niveles más altos de todas las formas de negligencia en la infancia y el abuso. Por el contrario, las diferencias de grupo no se encontraron resultados para el perfeccionismo, las dimensiones impulsividad. Concluyen señalando que las diferencias de grupo en términos de patología alimentaria y los malos tratos tienen repercusiones clínicas.

Colombo, Agosta y Barilari (2008) sostuvieron que los niños víctimas de abuso sexual presentan a posteriori trastornos somáticos como trastornos en el sueño y trastornos en la alimentación como voracidad, anorexia o bulimia.

Losada (2009) expresó que los desórdenes 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. Aquellos sujetos que han atravesado las diferentes etapas del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y se han estacionado en el estadio de la retractación pueden desarrollar a posteriori patologías alimentarias tales como anorexia y bulimia, siendo consultantes en la demanda actual de asistencia por padecimiento de patologías alimentarias.

Steiger, Richardson, Schmitz, Israel, Bruce, y Gauvin (2010) evaluaron varios rasgos psicopatológicos, síntomas en el comer y antecedentes de abuso en 185 mujeres con trastornos de conducta alimentaria y 93 sin patología. Se han observado asociaciones entre las diferentes formas de abuso infantil y el desarrollo de trastornos alimentarios.

Dunkley, Masheb, y Grilo (2010) examinaron el papel mediador de la autocrítica en la relación entre el maltrato en la infancia, los síntomas depresivos y la insatisfacción corporal en pacientes con trastorno por atracón. Los participantes fueron 170 pacientes que completaron una evaluación de medidas de maltrato en la infancia, la autocrítica, la autoestima, síntomas depresivos, y la insatisfacción corporal. Las formas específicas de maltrato infantil como abuso emocional y abuso sexual se asociaron significativamente con la insatisfacción corporal. Las rutas de los análisis demostraron que la autocrítica se hallaba totalmente mediada por la relación entre el abuso emocional y los síntomas depresivos con la insatisfacción corporal. La especificidad de la función mediadora de la autocrítica, se demostró en comparación con otros potenciales mediadores como baja autoestima y otros tipos de modelos de la competencia de mediación. Estos resultados resaltan la autocrítica como un mecanismo potencial por el cual ciertas formas de maltrato en la infancia pueden estar asociadas con síntomas de depresión e insatisfacción corporal en pacientes con trastorno por atracón.

4. ABUSO SEXUAL INFANTIL MARCO TEÓRICO

Para este apartado la investigación se desarrolló dentro de los postulados del campo de la psicología jurídica. Por tratarse del abuso sexual infantil de una problemática compleja requiere de un abordaje interdisciplinario que debe incluir actores de diversos ámbitos profesionales.

El abuso sexual infantil representa uno de los más importantes problemas que atentan contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos. Algunas implicaciones individuales tienen que ver con el proceso mediante el cual se descubre el abuso. Éste puede tener consecuencias a corto y largo plazo; además, podrá ser más o menos demorado y complejo, según el nivel de desarrollo evolutivo alcanzado por el menor, lo cual determinará la extensión, gravedad y cronicidad de los efectos ocasionados. Por este motivo, este tema tiene gran relevancia interdisciplinaria, puesto que las víctimas requieren del apoyo de los profesionales con los que tienen contacto en este tipo de procesos, es decir, psicólogos, abogados, médicos, trabajadores sociales, entre otros (Rodríguez Cely, 2003).

Se han tenido en cuenta para el desarrollo de esta investigación, principalmente, los aportes de Perrone y Nannini (1997) y de Summit (1983), ya que posibilitan comprender que sucede en y con la víctima de abuso sexual infantil y sus posteriores consecuencias, como así conocer las dificultades que atraviesan estas familias. Haciendo hincapié en conocer aquellos fenómenos que dan lugar al posterior desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Diversos lineamientos explican el fenómeno del abuso sexual infantil. Se destacan en este trabajo los modelos intervencionistas y explicativos sistémicos y cognitivos, los modelos de vulnerabilidad previa y los factores de protección frente al abuso sexual infantil.

4.1 CLASIFICACION Y DEFINICIONES

Etimológicamente, la palabra “abuso” deriva del latín *ab usus* y significa usar mal, de manera excesiva, injusta, impropia o indebida una cosa.

Se considera maltrato infantil o abuso a todas las formas de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, o a cualquier tipo de explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en el contexto de las

relaciones de responsabilidad, confianza o poder y que resulten en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de los niños.

El abuso sexual infantil es considerado una forma de maltrato infantil por acción en el plano sexual, como se señala en la Tabla Nro. 1.

Plano	Acción	Omisión
Físico	- Síndrome de Maltrato Infantil (SMI) - Síndrome de Maltrato Prenatal - Síndrome de Miunchausen	Abandono Físico
Emocional	Síndrome de Maltrato Emocional (SME)	Abandono Emocional
Sexual	Abuso Sexual Infantil (ASI)	-----

Cuadro Nro. 1 *Clasificación del ASI dentro del maltrato infantil.*

El abuso sexual infantil puede definirse como el contacto genital entre un niño o niña y un adulto que manipula, engaña o fuerza al niño-a a tener comportamientos sexuales. La Organización Mundial de la Salud señala que el niño es víctima de un adulto o de una persona sensiblemente de mayor edad, con el fin de lograr la satisfacción sexual del agresor. Esta definición comprende, además del contacto sexual, otras formas como exhibiciones obscenas, conversaciones telefónicas, ofensas al pudor, prostitución infantil. El abuso sexual más frecuente consiste en la manipulación de los órganos sexuales de los niños por parte del agresor, o bien en obligar a los menores a que efectúen maniobras sobre los órganos sexuales del agresor (en Pereda Beltran, 2006).

Radica en la utilización de un niño, por parte de un adulto para satisfacer los deseos sexuales de este último. El mismo puede incluir distintas formas de

acercamientos sexuales de inadecuados: manoseos, caricias inapropiadas, exhibiciones obscenas, manipulaciones de los genitales del niño, inducción a que el niño manipule sus genitales o los genitales del agresor, penetración vaginal o anal, sexo oral, corrupción, obligar al niño a contactos sexuales con animales, inducción y/o presión para el ejercicio de la prostitución, participación de niños en videos o fotografías pornográficas (Pereda Beltran, 2006).

Bringiotti (1999) destacó que el abuso sexual infantil es cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. El mismo incluye

- Incesto, en el caso que se trate de parientes con consanguinidad lineal ó adultos que estén desempeñando el rol de figura parental como nuevas parejas del padre ó madre ó padres adoptivos.
- Violación, realizada por personas adultas no incluidas en el ítem anterior.
- Vejación sexual, manoseo, toqueteos al niño ó provocarlos del niño al adulto.
- Abuso sexual sin contacto físico, exhibicionismo, mostrar la realización del acto sexual, exponer a revistas, fotos o videos.

En las últimas décadas han dado por tierra todas las argumentaciones que pudieran tener como base la privacidad de lo que sucede dentro de la familia. A la vez que todo asunto en que un niño pueda resultar víctima, sea de maltrato o abuso, pasa a ser indiscutiblemente público (Bringiotti, 1999).

4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

El abuso sexual infantil no es un problema reciente. A lo largo de la historia se ha manifestado. Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se producen en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social (Casado Flores, Díaz Huertas, y Martínez González 1997; Walker, Bonner y Kaufman, 1988). No se trata de hechos aislados sino de un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales (Ingles, 1991; Echeburría Odriozola y Guerricaechevarría, 2005).

Ya desde la antigüedad los niños eran sacrificados con carácter de ritual, o expuestos a períodos de trabajo extenso en la revolución Industrial (Arruabarrena y De Paul, 1999; Walker, Bonner y Kaufman, 1988).

El médico forense Ambroise Tardieu describió en 1860 múltiples casos de malos tratos físicos, abuso sexual y negligencia (en Roche, Fortín, Labbé, Brown y Chadnwick, 2005).

Pereda Beltran (2006) relató que a finales del siglo XIX en los Estados Unidos es documentado el primer caso de maltrato infantil en el ámbito judicial. Mary Ellen Wolson fue una niña de 9 años sometida a maltrato infantil por parte de su mamá. Al descubrir esto una voluntaria, se provocaron graves controversias por que no encontraron ninguna ley en los Estados Unidos que protegiera a la infancia del maltrato al que estaba siendo sometida. El caso se resuelve a través de la Sociedad Protectora de Animales amparándose en la “Ley contra la crueldad hacia los animales”, ya que incluyeron a la niña en el reino animal y la protegieron de esta forma.

Caffey (1946) relató casos de niños con múltiples fracturas óseas sin problemas de salud aparentes que las pudieran ocasionar y las relaciona con un posible origen traumático, a pesar de las negaciones de los padres. En 1962, investigadores de medicina infantil, encabezados por Kempe, utilizaron por primera vez el término de síndrome del niño apaleado frente a los casos de niños con lesiones causadas por todo tipo de golpes, injurias y traumatismos. Kempe, expuso lo hallado hasta el momento en torno a agresiones, omisiones y negligencias aportando de esta forma la definición de maltrato.

Kempe (1978) describió la problemática de malos tratos, describiendo la gravedad del abuso sexual infantil. Refirió que siendo los menores de edad inmaduros y dependientes, por tanto, son incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni de dar consentimiento real.

Labbé (2005) sostuvo que Freud se basó en las publicaciones de Tardieu para sostener en la etiología de la histeria, dentro de su teoría de la seducción, la presencia de abuso sexual en infancia, señalando que esto era más frecuente que lo que los mismos padres podían suponer.

A la vez, Browning y Laumann (2001) plantearon que Freud abandona la teoría de la seducción y desarrolla la teoría de los impulsos, la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, sosteniendo que tal giro se debe a la época y lo que esto suscitó en la comunidad científica, es decir que la sociedad del momento no se hallaba preparada para escuchar esto.

Ferenczi (1932) se propuso ampliar el tema del origen exterior del trauma sobre el carácter y las neurosis y rescatar el papel del factor traumático, que considera que se ha dejado de lado en la teoría psicoanalítica, volviendo sobre algunos conceptos anteriores de las formulaciones freudianas. Diferenció dos corrientes amorosas que están en juego: la tierna y la erótica; el niño, psíquica, afectiva y biológicamente estaría atravesado por la primera y la segunda sería

privativa de la adultez. Sin embargo, ciertos adultos con predisposiciones psicopatológicas confunden el lenguaje tierno del niño con los deseos sexuales de una persona madura y se dejan llevar por ellos sin reparar en las consecuencias. El niño no puede defenderse de esta situación, ni manifestar su rechazo, quedando paralizado por un temor intenso y es sometido automáticamente a la voluntad del agresor, a obedecer olvidándose totalmente de sí e identificándose por completo con el agresor. De esta manera el niño introyecta el sentimiento de culpa del adulto. De poderse recuperar de esa agresión, empero, el niño se halla ya dividido, siendo tanto culpable como inocente, destruyéndose los vínculos con sus propios sentimientos, percepciones y sentidos y entrando en un estado confusional. Ferenczi destacó tres situaciones potencialmente traumáticas: las seducciones incestuosas, los castigos pasionales y el terrorismo del sufrimiento. Por consecuencia del trauma, el aparato psíquico se ha escindido. Una parte del niño registró la experiencia pero hay otra que, desdoblándose, intenta sostener la creencia de que no ha sucedido nada (Genovés, en Jiménez Avello, 1998). Como consecuencia de esto, el niño se somete y pasa a identificarse con el agresor, logrando que la agresión misma desaparezca de la realidad exterior y conservando aquella situación tierna que reinaba antes del abuso. Ferenczi sostuvo que esto no basta para constituir un trauma y, al igual que en la elaboración traumática de Freud, se requiere de un segundo momento que en este caso es la respuesta del adulto. Consideró que se necesitan dos tiempos para la patologización por trauma; es decir, la situación traumática, por sí sola, no resulta necesariamente en la producción del trauma. Hay un segundo movimiento que tiene que ver con la falta de soporte de aquellas personas de las cuales depende el niño, la madre especialmente (Dupont, 1998). Este comportamiento de los adultos respecto del niño que ha sido abusado está directamente en relación con el mecanismo psíquico en juego en la formación del trauma. Y este segundo movimiento es la desmentida. La autora sostuvo que una de las consecuencias del trauma, producido por los dos momentos necesarios: el acto en sí y la desmentida, coloca al sujeto en una instancia donde éste se vuelve maleable, reacciona a través de la fragmentación, de la desintegración de su personalidad, constituyendo esto un grave riesgo.

Silverman describió en 1953 diferencias entre fracturas espontáneas y las ligadas a traumatismos accidentales. En el primer grupo incluye agresiones deliberadas y negligencias por parte de padres o quienes se encuentran a cargo del menor. Caffey (1946) y Silverman (1953), ambos radiólogos, coinciden en que los padres y los niños no habían podido dar explicaciones certeras de las causas de estas lesiones; lo mismo es señalado por pediatras a lo largo de la historia ante la aparición de hematomas.

Volnovich (2008) efectuó una lectura socio histórica de la problemática y sostuvo que en un primer momento, la visualización del abuso sexual infantil sirvió para correr el velo que cubría con familiar lo siniestro. Anderson, Yasenik, y Ross,

(1993) y Bentovim (1996) alertaron sobre las graves consecuencias del abuso sexual infantil, y los traumas secundarios que enfrentan estas víctimas.

En el siglo XX la convención de los Derechos de los niños de las Naciones Unidas de 1989 reconoció a todos los niños y niñas como sujetos de derecho, basándose en el derecho a ser niño y a la necesidad de poder disfrutar la infancia (UNICEF, 2000).

El Congreso Argentino ratificó la convención sobre los derechos del niño en Septiembre de 1990, instituyéndola como Ley Nacional 23.849 y en Agosto de 1994 la convención constituyente incorporó al artículo 75 de la nueva Constitución de la Nación Argentina. Allí se considera maltrato a toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres de un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo (UNICEF, 2000).

Flores Colombino (1997) reseñó lo concerniente a las definiciones de abuso y pedofilia, buscando la utilización y etimología del término. El término pedofilia fue acuñado en alemán por el psiquiatra Richard von Krafft Ebing, quien esgrimió por primera vez la expresión padophilia erótica en su libro psicopatías sexuales, publicado en 1866. Pedofilia es la atracción erótica o sexual que una persona adulta siente hacia niños o adolescentes. A la vez pederastia es el abuso sexual cometido con niños. Desde el punto de vista semántico, la distinción es clara: es esencialmente diferente sentir atracción erótica por los niños a abusar sexualmente de ellos. Así pues la distinción surge entre la tendencia sexual, pedofilia, y la práctica abusiva y delictiva, pederastia. En el primer caso se trata de una tendencia psíquica, considerada como una parafilia por la sexología y la psiquiatría; mientras que en el segundo hay una práctica, que es delictiva. Sin embargo, es necesario dejar en claro que si el pedófilo de alguna manera establece un vínculo efectivo de acción, de aproximación o tocamiento sobre un niño, esa conducta es considerada delictiva. Según la edad de la persona que es tomada como objeto del deseo sexual pueden distinguirse tres tipos de trastornos:

- Pedofilia para la atracción hacia niños en edad pre puberal.
- Efebofilia deviene del griego ephebo y representa al niño que ha entrado en la pubertad para referir el deseo sexual hacia adolescentes, y
- Nepiofilia de nepion, para designar la atracción hacia niños lactantes o infantes.

A la vez se hallan comprendidas en lo que se define como parafilia que etimológicamente proviene del griego *para*, al lado, desviado y *phileo*, atracción, amante (Flores Colombino, 1997).

El DSM IV plantea que la característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, e impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban objetos no humanos, sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, niños u otras personas que no consienten. Otra característica es que estos impulsos, comportamientos y fantasías deben provocar malestar clínico o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (en Flores Colombino,1997).

4.3 MODELOS EXPLICATIVOS

Diversos autores analizaron la problemática del abuso sexual infantil. Los aportes de Perrone y Nannini (1997) y de Summit (1983) permiten la comprensión de abuso sexual infantil y sus posteriores consecuencias, como así conocer las dificultades que atraviesan estas familias. Dentro de los lineamientos que explican el fenómeno del abuso sexual infantil se destacan en este trabajo los modelos intervencionistas y explicativos sistémicos y cognitivos, los modelos de vulnerabilidad previa y los factores de protección frente al abuso sexual infantil.

4.3.1 TEORÍA DEL HECHIZO

Perrone y Nannini (1997) plantearon que el Abuso Sexual Infantil ha tenido lugar después de una preparación del victimario destinada a paralizar a la víctima psicológicamente. Pudiendo consistir en una amenaza o violencia directa, algo que anuncia el abuso, o una mirada, determinadas palabras pronunciadas, actitudes que la víctima conoce y que el abusador utiliza cada vez que inicia el abuso a modo de prólogo. Los autores sostuvieron que ello fortalece el poder del abusador y debilita la capacidad de resistencia de la víctima.

Erickson y Rossi (1992) denominaron trance habitual a los estados de conciencia alterada o modificada que se caracterizan por una disminución de umbral crítico y una focalización de la atención. El trance incluye amnesias más o menos profundas, alucinaciones, visualizaciones, fenómenos de desdoblamiento y disociación, fenómenos de reasociación y reorganización. (Perrone y Nannini, 1997).

Erickson y Rossi (1992) utilizaron el trance como vector, vínculo o pasaje entre diversas instancias intrapsíquicas en prácticas terapéuticas como la hipnosis. El trance desdibuja los límites de la identidad y el tiempo. En un proceso terapéutico, el trance sirve para alcanzar un objetivo determinado. Es decir, es un proceso relacional voluntario y consensual.

Existe otro tipo de trance dado en una relación no consensual, donde uno de los intervinientes utiliza el trance con un objetivo no definido ni aprobado por la otra persona, que no es conciente de la experiencia. A veces las revelaciones de los niños víctimas reflejan lo que el abusador pronosticó: no les creen, dicen que sus relatos son inverosímiles y muestran al niño como causante de problemas familiares. En la programación se encierran imágenes de aislamiento y soledad, reavivando, el abusador, dudas de exclusión en el niño víctima; cuya única forma de sobrevivencia parece ser la aceptación del abuso sexual. Perrone y Nannini (1997) señalaron que en la mayor parte de los casos el abusador no siente ninguna culpa, y todo sentimiento de incongruencia de la situación lo hace derivar hacia la víctima. El abusador no muestra duda alguna sobre su conducta. El niño siente culpa, vergüenza y temor por el embate a su integridad.

El proceso de programación trae consigo retractaciones, revelaciones tardías, el silencio y contradicciones.

Las operaciones de la programación parecen ser el secreto, la responsabilidad adjudicada al niño, la fatalidad y la vergüenza. El hechizo presenta consecuencias sobre los estados de conciencia, el crecimiento y el desarrollo. El cese del abuso sexual infantil no representa el cese del hechizo. Perrone y Nannini (1997) sostuvieron que es necesaria ayuda especializada para la salida del hechizo.

Losada (2009) expresó que si la familia se solidariza con el abusador, margina a la víctima, la vuelve a victimizar, provocando una reedición del hechizo.

La puerta de salida del hechizo se abrirá si la familia sostiene a la víctima, asume su protección y colabora activamente en el proceso terapéutico. Madanes (1993) expuso que le corresponde a la familia liberar a la víctima del hechizo y confirmar que la víctima es una víctima, y que el abusador es el responsable.

4.3.2 SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Summit (1983) describió que los niños víctimas de abuso sexual enfrentan un trauma secundario en la crisis de descubrimiento. Sus intentos para reconciliar sus experiencias privadas con las realidades del mundo exterior son asaltados por la incredulidad, la culpa y el rechazo que pueden experimentar por parte de los adultos. A la vez los padres, los fueros judiciales y los profesionales intervinientes pueden estigmatizar al niño con imputaciones de haber mentado, manipulado o ser producto de su imaginación, lo que podría producir una suerte de abandono por los mismos adultos más importantes para la protección y recuperación del niño y

este se sentiría impulsado hacia la culpa, la baja autoestima, la alienación y la revictimización. Por otra parte, la protección, la empatía, una red de tratamiento y el apoyo pueden brindar la credibilidad y el respaldo vitales para la recuperación del niño.

Summit (1983) sostuvo que el estallido de interés de los medios crea nuevos peligros para el niño víctima de abuso sexual, ya que aumenta la probabilidad de descubrimiento pero naufraga en la protección de la víctima contra los hostigamientos secundarios de un sistema de intervención que no lo protege. El niño es temeroso, indeciso y confuso acerca de la naturaleza de la experiencia sexual continua y de las consecuencias de la revelación. Si un adulto razonable y admirable es acusado de conducta perversa y ofensiva por un niño dudoso, aturdido emocionalmente, la mayoría de los adultos culparían al niño. La incredulidad y el rechazo por los cuidadores adultos incrementarán el desamparo, la desesperanza, el aislamiento y la auto culpabilidad que construyen los aspectos más perjudiciales de la victimización sexual del niño. Al mirar hacia atrás, las víctimas se sentirán más apenadas hacia quienes rechazaron sus relatos que hacia el abusador. Cuando ningún adulto interviene para reconocer la realidad de la experiencia abusiva o para fijar responsabilidad sobre el adulto agresor, hay un reforzamiento de la tendencia del niño para lidiar con la herida e incorporar auto culpabilidad y dolor.

La aceptación del relato y validación son cruciales para la supervivencia psicológica de la víctima. Un niño acosado por un padre u otro hombre en el rol de padre y rechazado por la madre está psicológicamente huérfano y casi indefenso contra las múltiples consecuencias devastadoras. Por otra parte, una madre que puede defender al niño y protegerlo contra el abuso reiterado parece conferir al niño empoderamiento saludable y recobrar con mínimas secuelas. El niño necesita amor, respaldo y eximición de la responsabilidad (Summit, 1988).

Summit (1983) halló un patrón conductual típico, un síndrome que facilita la supervivencia inmediata del niño dentro de la familia pero que tiende a aislar al niño de la aceptación eventual, la credibilidad o empatía dentro de la sociedad. Sin una clara comprensión del síndrome de acomodación puede tenderse, erróneamente, a reforzar la alentadora creencia de que los niños son solo víctimas raramente legítimas del abuso sexual unilateral, y que dentro de las escasas quejas que se hacen visibles, la mayoría se puede descartar como mentiras, fantasía, confusión, o un desplazamiento de los propios deseos del niño por el poder y la conquista seductora.

El conocimiento clínico del síndrome de acomodación al abuso sexual es esencial para proporcionar una comprensión de lo que acontece de la víctima, interrumpiendo el abuso independientemente de la etapa en la que se este presentando.

Summit buscó proporcionar un vehículo para una respuesta más sensible y terapéutica para legitimar a las víctimas de abuso infantil y a la vez dar una acción legal más efectiva, más activa para el niño dentro de la familia y dentro de los sistemas de protección infantil y de la justicia criminal.

Las reacciones más representativas de los niños víctimas de abuso sexual fueron clasificadas por Summit como el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. El síndrome está compuesto de cinco categorías: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y la retractación. El síndrome de acomodación fue propuesto para mejorar la comprensión y aceptación de la posición del niño en las dinámicas complejas y controvertidas de la victimización sexual.

a) El secreto

La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, el desamparo y la auto culpabilidad dependen de una realidad aterradora del abuso sexual infantil: este ocurre cuando el niño está solo con el adulto agresor, y le es indicado al niño que este secreto no debe ser compartido con nadie. Ningún niño está preparado para la posibilidad de ser abusado por un adulto de confianza; esa posibilidad es un secreto bien guardado aún para los adultos. El niño por lo tanto, queda totalmente dependiente del intruso ante cualquier realidad que sea asignada a la experiencia. De todas las explicaciones inadecuadas, ilógicas, auto complacientes o auto protectoras proporcionadas por el adulto, la única impresión consistente y significativa lograda por el niño, es el resultado peligroso y atemorizante basado en el secreto. El secreto adquiere proporciones mágicas, monstruosas para el niño, que será estigmatizado con un efecto de maldad y de peligro a partir del ocultamiento dominante.

Cualquiera de los intentos del niño por desentrañar el secreto será contrarrestado por una confabulación de silencio y descrédito por parte del adulto.

A menos que la víctima pueda contar con alguna autorización y poder para compartir el secreto y a menos que exista la posibilidad de una respuesta de compromiso, no castigadora para revelar, es muy probable que el niño se pase toda una existencia en lo que viene a ser un exilio auto-impuesto para la intimidad, la confianza y la auto-validación (Summit, 1983).

b) El desamparo

La expectativa adulta de la auto-protección del niño y la revelación inmediata ignora la subordinación y el desamparo básico de los niños dentro de relaciones totalitarias. Los niños pueden ser autorizados para evitar las atenciones de extraños, pero se les requiere que sean dóciles y cariñosos con cualquier adulto de confianza que los tenga a cargo. Los extraños, los raptos y otros monstruos

proporcionan un conveniente contraste tanto para el niño como para los padres contra un riesgo mucho más espantoso e inmediato: la traición de las relaciones vitales, el abandono por parte de los cuidadores confiables y la aniquilación de la seguridad familiar básica. Un corolario para la expectativa de auto- protección es la suposición general que si los niños no se quejan, están actuando dentro de una relación que consienten. Ningún niño tiene igual poder para anticipar las consecuencias del compromiso sexual con un adulto a cargo de su cuidado. Las éticas habituales demandan que el adulto en tal desigualdad, soporte la exclusiva responsabilidad por cualquier actividad sexual clandestina con un menor.

Ninguna lógica podría explicar la afinidad hacia una niña o un niño no desarrollado. Summit señaló que en la medida en que la experiencia clínica se ha incrementado en la intervención sexual infantil, se ha descubierto que la edad de iniciación es aún menor. Expuso Summit que en 1979, la edad promedio típica era, sorprendentemente, los pre púberes de nueve años. El mismo autor destacó que en 1981, los modelos de entrenamiento financiados federalmente en los Estados Unidos informaron la edad promedio de iniciación a los siete años. En el Harbor View Sexual Assault Center de Seattle, 25% de los niños que se exhibieron para tratamiento tenían cinco años de edad o menos.

La realidad predominante para la víctima más frecuente de abuso sexual no es la experiencia de la calle o el patio del colegio, sino la intrusión implacablemente creciente, sin precedente, en actos sexuales por parte de un adulto dominante en una relación unilateral de víctima-perpetrador. El hecho que el perpetrador es a menudo alguien en una perspectiva de confianza y aparentemente cariñosa sólo aumenta el desequilibrio de poder y acentúa el desamparo del niño. La acción sin palabras o el gesto de un padre es una fuerza absolutamente irresistible para un niño dependiente, y la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar es más atemorizante para el niño que cualquier amenaza de violencia.

c) El entrampamiento y Acomodación

Tiende a desarrollarse un patrón compulsivo de parte del abusador, el cual perpetúa ya sea hasta que el niño alcanza autonomía o hasta que el descubrimiento o la prohibición forzada se impone sobre el secreto.

Summit (1983) destacó que si el niño no busca o si no recibe una intervención protectora inmediata, no hay otra opción para detener el abuso. La única opción que le queda al niño es aprender a aceptar la situación y sobrevivir. No hay vía, ni lugar para salir corriendo. El niño aprenderá a acomodarse a la realidad del continuo abuso sexual. Existe el desafío de acomodación no sólo ante las demandas sexuales que van trepando, sino ante una creciente consciencia del engaño y la deshumanización por parte de alguien quien es comúnmente idealizado como una figura parental querida, protectora, altruista. El niño

enfrentado ante una incesante victimización por desamparo debe aprender de alguna forma a lograr un sentimiento de poder y control. El niño no puede conceptualizar con seguridad que un padre puede ser despiadado, y una conclusión de este tipo es equivalente al abandono y la aniquilación. Una opción para la víctima es creer que ella ha provocado los encuentros penosos. La suposición desesperada de responsabilidad y el fracaso inevitable de obtener alivio establece el fundamento para auto-odiarse. En la clásica inversión de roles del abuso sexual infantil, a la víctima se le da el poder para destruir la familia y la responsabilidad de mantenerla junta, debiendo movilizar el altruismo y auto-control para asegurar la supervivencia de los otros. Hay una partición inevitable de los valores morales originales. Sostener una mentira para conservar el secreto es la máxima virtud, en tanto que contar la verdad podría ser el más grande pecado. La víctima puede tender a creer que es tan mala intrínsecamente que nunca ha sido digna de cariño, que a su vez refuerza la desconfianza hacia sí misma, y la hace plenamente dependiente de la patética esperanza de ganar aceptación.

Todos estos mecanismos de acomodación se pueden superar sólo si el niño víctima de abuso sexual logra llegar a confiar en un ambiente seguro, el cual pueda suministrar consistencia, aceptación y cuidado.

d) La Revelación Tardía, Conflictiva y No Convinciente

Summit (1983) destacó que la mayoría de los abusos sexuales que están en curso nunca se revelan, al menos fuera del círculo familiar. Los casos tratados, notificados o investigados son la excepción, no la regla. La revelación es una consecuencia ya sea de un conflicto familiar arrollador, el descubrimiento incidental por una tercera parte, o el resultado sensible de la educación de la comunidad por parte de las delegaciones de protección. Si el conflicto familiar gatilla la revelación, esto es por lo general después de algunos años de perpetuo abuso sexual y de algún quiebre eventual en el mecanismo de acomodación. La víctima de abuso sexual puede tender a permanecer en silencio hasta que llega a la adolescencia, momento en el que ya es capaz de demandar una vida más independiente para sí misma y desafiar la autoridad de sus padres. Después de una pelea en una familia especialmente castigadora y de una posición despreciable de autoridad por parte del padre, la niña finalmente es dominada por la rabia para seguir guardando el secreto. La sociedad en general puede no creerle y suponer que ha inventado la historia en represalia a los intentos de su familia por lograr un control y disciplina razonables. A menos que estén particularmente entrenados y sensibilizados, los adultos promedio, incluyendo padres, parientes, profesores, consejeros, doctores, psicoterapeutas, investigadores, abogados, jueces y fiscales, no pueden creer que una niña normal, sincera podría tolerar un abuso sin denunciarlo de inmediato, o que un adulto aparentemente normal pudiera ser capaz de vejaciones sexuales repetidas hacia un niño. La víctima puede enfrentar a una audiencia incrédula cuando ella se

queja de abuso sexual en curso, se expone no sólo a la incredulidad, sino también a ser inculpada, humillada y castigada.

Para un grupo familiar pareciera que aceptar la alternativa significa la aniquilación de la familia y un gran trozo de su propia identidad grupal. Summit imprimió que de la minoría de los secretos de incesto que son revelados a la madre o descubiertos por la madre, muy pocos son inmediatamente informados a las agencias externas. La madre no creerá en la queja o tratará de negociar una solución dentro de la familia, incluso minimizando los efectos del episodio.

Los abusadores fuera de la familia son también efectivamente inmunes de incriminación si ellos tienen algún grado de prestigio. Aún si varias víctimas se han quejado, sus testimonios serán impugnados por las triviales discrepancias en sus relatos, episodios no claros o contusionales. Entonces la ausencia de cargos criminales es equivalente a una convicción de perjurio contra la víctima, lo que implica una nueva victimización.

El niño víctima demanda un giro hacia una posición de creencia, aceptación, apoyo y protección, evitando que pueda ser afectado por el quinto nivel del síndrome de acomodación.

d) La Retracción

Summit señaló que sea lo que fuere que una víctima diga acerca del abuso sexual, seguramente lo cambie totalmente, ya que por debajo de la rabia, de la revelación impulsiva, permanece la ambivalencia de culpa y la obligación martirizada de preservar la familia. En la caótica secuela de la revelación, la víctima descubre que los temores y amenazas que subyacen al secreto son ciertos. Los adultos pueden abandonarla, estimarla de mentirosa, no creerle, la familia puede ser separada, es culpada por motivar esta confusión total, y todos parecen tratarla como un monstruo. Más aun, en algunos casos el abusador permanece, dentro del hogar, en la confianza de la familia.

Ante esta realidad, que conlleva el cumplimiento de los dichos del perpetrador para mantener el secreto, la víctima soporta la responsabilidad ya sea de preservar o de destruir a la familia. La inversión de roles continúa con la mala elección de contar la verdad y la buena elección de capitular y restaurar una mentira por el bien de la familia. Excepto que haya un apoyo especial para la víctima y una intervención inmediata para forzar la responsabilidad sobre el perpetrador, la víctima seguirá el curso corriente y se retractará de su denuncia.

La retractación de la víctima tiene más credibilidad que las quejas más explícitas de entrapamiento del abuso sexual infantil. Se restaura el equilibrio precario de la familia.

El síndrome de acomodación al abuso sexual tiende a reforzar tanto la victimización de los niños como la complacencia e indiferencia de la sociedad ante las extensiones de esa victimización. Summit destaca que obstaculizar el proceso de acomodación lleva un potencial sin precedente para la prevención primaria del dolor e incapacidad emocional, incluyendo una paralización en la cadena del abuso infantil entre generaciones y una tendencia hacia una recepción más comprensiva de las víctimas ya que las reacciones emocionales de las víctimas son la secuela de haber sido presionadas hacia actividad sexual y de la tensión adicional de mantener este secreto y pueden estar mostrando una respuesta adaptativa para sobrevivir en su ambiente. Si se halla el síndrome se denota una falta de una recepción comprensiva de la victimización sexual infantil.

El abuso sexual de niños tiene un impacto fundamental en el desarrollo del carácter, la composición de la personalidad y el bienestar emocional.

Opinó Summit (1983) que el adulto identificado afirma su total inocencia o admite sólo intentos bien intencionados, triviales de educación sexual, juego de lucha, o cercanía cariñosa. Y, a la vez, el mismo autor señala que después de un tiempo en tratamiento, los hombres frecuentemente reconocen que la niña había dicho la verdad. Una comprensión del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil ofrecería, según Summit, al niño un derecho de igualdad con los adultos en la disputa por la credibilidad y la defensa. Ni la víctima, el agresor, la familia, la siguiente generación de niños en esa familia, ni el bienestar de la sociedad como un todo se pueden beneficiar perpetuando el secreto y la negación del abuso sexual en curso. El agresor que protege una incómoda posición de poder sobre las víctimas silenciosas no reducirá su control excepto que sea confrontado con un poder externo suficiente para demandarlo y supervisar un cese total del acorralamiento sexual.

Summit expresó que un profesional por sí solo no puede esperar cooperación y recuperación en un agresor por lo demás reactivo e inconfeso. El sistema de justicia por sí solo raras veces puede probar la culpabilidad o imponer sanciones sin la preparación y el constante apoyo de todas las partes dentro de un efectivo sistema de tratamiento. Todas las instituciones que trabajan en equipo deben intentar dar la máxima recuperación efectiva para la víctima, la rehabilitación del agresor y la supervivencia de la familia. Podría pensarse al síndrome de acomodación al abuso sexual como un modelo que otorga un lenguaje común para los varios puntos de vista del equipo de intervención y un mapa más apreciable de la última frontera en el abuso infantil, aportando comprensión para las víctimas y sus grupos familiares, y a la vez a la sociedad en general.

4.3.3. MODELOS INTERVENCIONISTAS Y EXPLICATIVOS SISTÉMICOS Y COGNITIVOS

Trepper y Barret (1989) describieron un modelo multisistémico, que identifica cuatro sistemas que se relacionan a la probabilidad de que ocurra el abuso sexual: factores socio ambientales, factores ligados a la familia de origen del abusador, factores psicológicos individuales y agentes del sistema familiar. Plantearon que el interjuego de estos factores daría la explicación acerca de las causas del abuso sexual infantil.

Malacrea (2000) sostuvo que el vínculo que el abusador mantiene con su víctima aboca a ésta a una experiencia emocional para la que el niño no dispone de significados que le permitan definir su rol en esa relación y por su impacto, desconfigurando la identidad que el niño va construyendo de sí mismo en su relación con el mundo. La autora plantea la necesidad de dar estabilidad a un sistema que emocionalmente se tambalea, dado el descorazonador inventario de las consecuencias personales y relacionales, aceptando el desafío y ayudando a salir del túnel a las víctimas. En cuanto a los abusadores expresó que puede tratarse de personalidades gravemente afectadas y deformadas por la experiencia traumática.

Ugazio (2001) expuso que la sintomatología de los menores abusados no deja de ser una respuesta adaptativa a una identidad profundamente comprometida que pretende conservar la estabilidad dando coherencia a la experiencia emocional atravesada y la definición que el menor tiene de sí mismo y del entorno por el que se siente definido. Ante esta situación, es bastante habitual que el desconocimiento del trauma por el entorno no haga sino confirmar los significados personales que el menor abusado ha ido construyendo sobre sí o que el abuso se convierta en un relato silenciado, carente de significados tanto para la familia como para la víctima, y en el que esos vacíos de lo no nombrado se convierten en huecos narrativos sobre los que es fácil que emerja todo tipo de sintomatología intrapsíquica y relacional.

Patrizi (2002) destacó la necesidad de posibilitar en la terapia espacios individuales y familiares donde se pueda reiniciar un discurso familiar común sobre el trauma sacando a la familia del estancamiento discursivo.

Jaén Rincón y Garrido Fernández (2009) realizaron una revisión de los presupuestos sistémicos y constructivistas del trabajo con familias de víctimas de abuso sexual. Destacaron la importancia de las emociones como instrumento de cambio y reconstrucción de los vínculos y los límites en las relaciones madre hijo tras un abuso intrafamiliar. Los autores propusieron la utilización de modelos que integren los distintos recursos para trabajar con sistemas organizados por traumas sin perder de vista la necesidad de un trabajo individual e intenso con las víctimas

del abuso. Expusieron que en su experiencia en estos casos las relaciones familiares parecen definidas por un sin fin de interacciones simétricas donde los riesgos de agresiones entre los miembros de la familia aumenta paulatinamente, al mismo tiempo que los progenitores declaran su impotencia. Estos autores plantearon una línea de intervención de la terapia del abuso sexual desde los presupuestos de la terapia de familia en la que se enfatice la importancia de la conexión emocional a través del sufrimiento de la víctima como paso previo para el restablecimiento de límites y aceptación de la autoridad. Sostuvieron que la mayoría de las familias que han vivido un episodio de abuso sexual se encuentran incapaces de enfrentar las secuelas de esta experiencia. Por ello estos autores plantearon que la intervención terapéutica resulta fundamental, dado que el espacio de la terapia permite la creación de un contexto en el que se faciliten emociones que puedan construir nuevos elementos relevantes para el sujeto en la construcción del sí mismo y a la vez la interrupción de los ciclos interaccionales desadaptativos, posibilitando estilos relacionales más ajustados al rol y al ciclo vital.

Malacrea (2000) sostuvo que la víctima en el proceso terapéutico puede necesitar perdonar a sus progenitores ante su incapacidad para detener los abusos o impedirlos. La omnipotencia atribuida a estos es un significado atribuido al adulto que queda invalidado ante la experiencia traumática. El reencuentro afectivo con el progenitor desde una posición de reconocimiento de esta realidad puede permitir en ocasiones a la víctima y a los adultos a reelaborar la relación paterno-materno-filial desde una posición más realista.

Losada (2009) planteó que es esta imposibilidad de ver las situaciones de abuso en los miembros de estos grupos familiares podría deberse a las propias situaciones de abuso que atravesaron los padres en su infancia, sobre las que nunca han hablado o a su vez ellos mismos han sido silenciados por adultos responsables de su crianza.

Ugazio (2001) y Linares (2002) esbozaron la existencia de patrones de interacción rígidos y simétricos que dominan las relaciones paterno filiales en los grupos familiares donde un miembro ha sido víctima de de abuso sexual.

4.3.4 MODELOS DE VULNERABILIDAD PREVIA

Los factores de riesgo, son aquellas condiciones o características propias del individuo y/o de su entorno que aumentan la probabilidad de producir un desajuste psicosocial (Silva, 1999; Mikulic y Crespi, 2005). Son características, hechos o situaciones propias del sujeto o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial (Silva, 1999).

Desde la perspectiva de los factores de riesgo la pobreza, el desempleo, los problemas de vivienda, el estrés económico, el aislamiento social, los conflictos de pareja, la movilidad social y la falta de sistemas de apoyo son los principales determinantes del maltrato infantil (Coulton, Korbin, Su y Chow, 1995). Aunque es discutible que la etiología del maltrato infantil pueda reducirse a la presencia de estas problemáticas.

Otros enfoques se centraron en las características individuales del niño maltratado. El modelo de la vulnerabilidad infantil entiende que hay características infantiles que aumentan el riesgo de sufrir situaciones de maltrato, con una incidencia mayor de casos de maltrato en niños prematuros, de bajo peso al nacer y en los que han sufrido complicaciones en el período peri natal, así como en los que presentan características físicas y conductuales tales como temperamento difícil, minusvalía física, psíquica o sensorial, dificultades de aprendizaje, retrasos en el desarrollo del lenguaje o escasa habilidad social (Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elices, 1993).

Rodríguez Cely (2003) sostuvo que si bien cualquier niño puede ser víctima potencial de abuso sexual, dado su desconocimiento del tema, su impotencia y dependencia, existen algunos factores como la edad y el sexo que hacen más vulnerables a ciertos niños que a los demás.

Entre el perfil del niño abusado propuesto por Vargas, C., Vargas, E. y Mejía (1995), también se encuentran aquellos menores que son fácilmente manipulables, que su autoestima es negativa y están necesitados de atención y afecto, que han sido educados por adultos autoritarios que los obligan a obedecer sin cuestionar las imposiciones de los mayores, y no saben lo que es el abuso sexual ni la manera de evitarlo o afrontarlo.

Finkelhor (1979) desarrolló un método para organizar las diversas y hasta opuestas teorías y resultados mencionados en la literatura existente hasta ese momento. Este modelo denominado de los cuatro factores o de las cuatro precondiciones del abuso sexual. Este modelo establece que para la ocurrencia de una situación de abuso se debe cumplir con las siguientes precondiciones:

- Motivación: La persona que abusa posee una motivación ya sea por experiencias traumáticas de la infancia o por incapacidad de relacionarse eficazmente con otras personas adultas.

- Bloqueo de los inhibidores internos: Todas las personas poseen una serie de inhibidores, denominados conciencia moral, auto control, que impiden la ejecución de ciertos actos. Sin embargo, éstos pueden ser bloqueados por ciertos desinhibidores como el alcohol, drogas o impulsos violentos que contribuyen a precipitar la acción.

- Bloqueo de los inhibidores externos: Pueden servir como bloqueadores externos la sanción social, la represión judicial, la acción de la familia y la comunidad. La falla o ausencia de estos sistemas puede favorecer la presencia del abuso sexual (Finkelhor, 1980a, Finkelhor, 1980b).

- Vulnerabilidad: Finkelhor y Browne (1985) sostuvieron que no es suficiente la presencia de las tres precondiciones anteriores si el ofensor no tiene acceso a una persona que sea vulnerable. Un niño es vulnerable cuando: carece de información sobre el abuso, vive aislado y no tiene posibilidad de comunicación, no se le percibe como sujeto de derecho, sino como objeto y propiedad de sus padres o de los adultos con quienes se encuentra en relación de dependencia.

Colombo (2004) planteó que si en una familia existen disfunciones parentales y en especial si no es eficaz el cumplimiento de la función materna, estas dificultades dejan librado al niño en un lugar de vulnerabilidad que puede llevar al maltrato. Se trata de una imposibilidad de respetar al desarrollo del niño.

Colombo, Agosta y Barilari (2008), refirieron que el descuido hacia el niño es un descuido al futuro de la humanidad. En ese marco interpretaron al maltrato infantil como un asesinato al alma, una herida en sus afectos, autoestima y esperanza. El maltrato infantil crónico provoca efectos que van desde la aparición de síntomas relacionados con el estrés postraumático y más puntualmente favorecedores de desordenes disociativos de la personalidad que podrán confundirse con enfermedades mentales de tipo estructural.

Los niños víctimas presentan a posteriori trastornos somáticos como trastornos en el sueño y trastornos en la alimentación como voracidad, anorexia o bulimia (Colombo, Agosta y Barilari 2008).

La víctima de abuso sexual, por su corta edad, se encuentra imposibilitada de elaborar la situación traumática que lo invade y a su vez lo inhibe en su crecimiento y desarrollo. Colombo, Agosta y Barilari (2008), destacaron que toda situación de abuso constituye un trauma que motiva la disociación. A la vez que un ambiente facilitador puede contener y servir al niño como estructurador en su desarrollo, pudiendo resolver la problemática de la disociación. Las autoras plantearon que niños que presentan este desorden disociativo luego de episodios de abuso sexual tienen padres con antecedentes observables de disociación. La capacidad de disociar puede pasar de una generación a otra como ciclo del abuso o es la consecuencia de la continuación a otra en una familia.

Cyrułnik (2003) expuso que en las situaciones en las que el entorno está desprovisto de tutores afectivos el futuro de los niños se verá gravemente comprometido.

La adversidad es el conjunto de factores de riesgo que toman cuerpo e interactúan en una situación de vida específica. Las interrelaciones de estos factores elevan la posibilidad de que se inicien trastornos de distintas índoles o de que se mantengan en el tiempo ciertos problemas (Simpson, 2008).

El riesgo representa la probabilidad de que ocurra un suceso durante un período de tiempo. Los factores de riesgo son características o factores que están asociados con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad, se comprometa la salud o la vida. A la vez, una conducta de riesgo es una conducta voluntaria que compromete aspectos del desarrollo de los individuos. Las conductas de riesgo no ocurren aisladas, sino que están relacionadas y covarían (Suárez Ojeda, Munist y Kotliarenco, 2004).

Jaen Rincón y Garrido Fernández (2009) plantearon que las víctimas llegan al tratamiento con vulnerabilidad y necesidad de consuelo y reparación. Por lo tanto debe buscarse propiciar al paciente un espacio y un rol diferente en este grupo familiar. Jaen Rincón y Garrido Fernández observaron en estos pacientes que las relaciones entre madres e hijas pueden ser definidas como una relación donde predominan las interacciones simétricas y que habitualmente llevan a una escalada que suele finalizar con insultos, gritos y pérdida del control por parte de ambas. Este tipo de interacción se produce de modo generalizado e incluye a otros miembros de la familia y del entorno.

La incapacidad de las víctimas del abuso sexual infantil para dar significado a la experiencia sufrida, determina lo que Kelly (1955) denominó interrupción del ciclo de la experiencia, cuyo resultante es la aparición de variada sintomatología tanto de tipo emocional como conductual. La respuesta del contexto en su interacción con la víctima y fundamentalmente de aquellas figuras emocionalmente vinculantes, puede tener un efecto reparador en cuanto a que pueden facilitar un discurso en torno a experiencia traumática aportando tonalidades emocionales y significados que permiten salir de un ciclo ininterrumpido en el que las emociones y las conductas están carentes de significados o, en el peor de los casos, están asociados a construcciones de sí patologizantes y desadaptativas.

La presencia de factores de riesgo como el ser niña o adolescente, convivir sin uno de los padres biológicos, una madre poco o nada disponible, negligencia, una percepción de la propia familia como no feliz, niños con discapacidades emocionales, sensoriales, físicas o cognitivas, familias poco cohesivas, no demasiado organizadas y disfuncionales se muestran como elementos para el desarrollo de una vulnerabilidad previa (Losada, 2009).

Ganduglia (2003) señaló que el backlash es un nuevo factor de riesgo que se construye en la confluencia de críticas que desde lo legal, asistencial y teórico se muestran frente al abordaje específico de la problemática de la violencia familiar,

especialmente en el caso de violencia hacia los niños, siendo uno de los mayores obstáculos que encuentra la visibilidad del maltrato infantil.

Noguerol (1995) expuso que las consecuencias sociales y contextuales del abuso como las medidas y métodos judiciales que contribuyen a un aumento del estrés y, debido a su lentitud e impredecibilidad, conllevan a la víctima a un constante estado de alerta, dificultando su proceso de recuperación, funcionando como factores desprotectores. Otros factores de riesgo como ser niña o adolescente, el convivir sin uno de los padres biológicos, una madre poco o nada disponible, negligencia, percepción de la propia familia como no feliz, o niños con discapacidades emocionales físicas o cognitivas parecen colocar al niño en lugar potencial para el abuso sexual. Familias poco cohesivas, no demasiado organizadas y generalmente más disfuncionales, con problemas en la comunicación, falta de cercanía emocional, flexibilidad en los roles y aislamiento social, también inciden a modo de vulnerabilidad previa.

Soria y Hernández (1994) plantearon que algunos elementos clave que potencian los efectos traumáticos del abuso sexual infantil son: la duración temporal del abuso, la dificultad en la adaptación psicosocial del menor a los efectos del abuso, el escaso apoyo emocional y la falta de protección por parte de la familia, los efectos derivados de la segunda victimización o inducidos por los profesionales dispuestos para el apoyo de la víctima, la existencia de un abuso físico y/o explotación económica, la violencia elevada ejercida por el adulto, y que el agresor sea afectivamente próximo al niño.

4.3.5 FACTORES DE PROTECCIÓN FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Pereda Beltrán (2009) describió la importancia de los factores de riesgo y de protección en el desarrollo de psicopatologías tras la vivencia del abuso sexual infantil. Narró que, tras sufrir una experiencia de abuso sexual, algunos niños víctimas seguían manteniendo un adecuado desarrollo sin presentar alteraciones psicológicas. La percepción de apoyo social por parte de la víctima y la ausencia de sentimiento de culpa fueron factores que se demostraron como protectores del bienestar emocional de las víctimas de abuso sexual, identificando a aquellos individuos como resilientes.

Pereda Beltrán (2006) promovió la puesta en práctica de programas de tratamiento que intenten activar los factores de protección del individuo, por la importancia constatada que tienen en la mejoría de las víctimas de abuso sexual infantil. Planteó que debe obtenerse del entorno apoyo familiar y acceso a recursos profesionales para que el abuso sexual sea visto como una experiencia negativa, pero acotada a un período determinado, sin extender su influencia al resto de la vida del individuo.

Los factores protectores son influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas (Rutter, 1990, 1993).

Un factor protector no constituye un suceso en agradable. Pero en ciertas circunstancias, los eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares. Los factores protectores, a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción. Las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo. Los factores protectores manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido más adaptativo que el esperable. Un factor defensor puede no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la persona (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

Suárez Ojeda, Munist y Kotliarenco (2004) dividieron los factores protectores en parentales, familiares y ambientales y en hereditarios o genéticos.

Los factores protectores hereditarios o genéticos refieren a ciertas capacidades y sobre todo habilidad de resolución de problemas. Suárez Ojeda, Munist y Kotliarenco sostuvieron que las mujeres tienden a ser menos reactivas al estrés familiar que los hombres, aunque varía de acuerdo a la edad. A la vez exponen que los niños resilientes tiene un temperamento fácil durante la infancia y que se caracterizan por tener espontáneamente una buena relación con pares y adultos, y poseen capacidad de humor y creatividad.

Colombo, Agosta, Barilari, (2008) indicaron que los factores protectores presentes en los niños son un vínculo positivo con los padres, un clima emocional positivo para el desarrollo, aptitudes y habilidades, sentido de la vida, sentido del humor y socialización.

El factor protector más relevante para el desarrollo de las personas correspondería al vínculo afectivo, a las vivencias afectivas y valores vividos en su espacio de crecimiento familiar. La resiliencia, en tanto capacidad que tiene un sujeto para fortalecerse, adaptarse y superarse ante las adversidades que se le presentan, resulta de la combinación de factores de riesgo y protección, que permiten a una persona o grupo afrontar y superar las adversidades de la vida (Suárez Ojeda, 2001). Resiliencia alude a la capacidad, resistencia, superación, fortalecimiento ante situaciones adversas (Mikulic y Crespi, 2005). Como capacidad de los seres humanos permite sobreponerse a la adversidad y construir sobre ella. Es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva, aún en contextos de gran adversidad.

El potencial resiliente es el resultado producido de la diferencia entre los factores de riesgo y los de protección. Existen mecanismos mediadores en los procesos de riesgo y de protección. Estos mecanismos son los que permiten que ciertos sujetos, aún expuestos a factores de riesgos sean considerados resilientes (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). Rutter (1990) destacó qué diversos mecanismos actuarían como predictores en los procesos protectores. Por una parte los mecanismos que reducen el impacto del riesgo de dos maneras: modificando el proceso cognitivo, y por lo tanto, la apreciación que una persona tiene de determinada situación de riesgo; disminuyendo el involucramiento o la exposición al riesgo. A la vez devienen aquellos dispositivos que reducen la probabilidad de reacciones negativas en cadena, es decir, aquellas que se dan luego de haber estado expuesto a la situación de riesgo y que perpetúan los efectos del mismo. Los que promueven el establecimiento y mantenimiento del autoestima y autoeficacia, y las experiencias o momentos claves en la vida de una persona, que son capaces de crear oportunidades de desarrollo adaptativo, y que marcan continuidad en la trayectoria vital del individuo, también son mecanismos reductores del impacto de riesgo.

Según Silva (1999) todo ser humano posee el potencial resiliente. Todos tienen la posibilidad de desarrollarlo. A su vez la autora señaló que la resiliencia se presenta en diversos grados, ya que los individuos pueden manifestarse como altamente resilientes cuando presentan un ajuste y adaptación psicosocial en todas las áreas de su desarrollo. Si evidencian un ajuste y adaptación psicosocial en casi todas las áreas de su desarrollo, aunque algunos conflictos significativos, se trataría de sujetos medianamente resilientes. Silva expone que aquellos que presentan desajuste en algunas áreas del desarrollo, pero se evidencian una serie de recursos para ser desarrollados o quienes denotan desajuste en casi todas las áreas del desarrollo y aunque en muy poca cantidad, hay ciertos recursos psicológicos presentan grados de poco resilientes y muy poco resilientes, respectivamente.

Los factores protectores o resilientes forman una especie de escudo protector para el sujeto, que lo defiende de las agresiones y limitaciones del medio en que le toca vivir (Suárez Ojeda, Munist y Kotliarenco, 2004). El sujeto resiliente cuenta con habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones vitales adversas, estresantes que les permite atravesarlas y superarlas (Silva, 1999).

Por su parte, Cicchetti y Rizley (1981) propusieron un modelo que se centra en el equilibrio entre los factores de riesgo y los factores de protección: mientras que la presencia de los factores de riesgo incrementa la probabilidad de que ocurra el maltrato, los factores protectores disminuyen la posibilidad de que tales situaciones lleguen a ocurrir. La conducta parental estaría determinada por el equilibrio relativo entre ambos tipos de factores. Según este modelo, el maltrato

tendría lugar cuando los factores de riesgo superan o anulan cualquier influencia protectora. A esta dimensión de probabilidades, Cicchetti y Rizley (1981) añaden una dimensión de temporalidad, con dos polos consistentes en situaciones transitorias y situaciones crónicas; mientras que las primeras pueden fluctuar y cambiar, las segundas aparecen como factores estables y permanentes. Todo el modelo puede representarse en una matriz de dos por dos, tal como aparece en el cuadro Nro. 2.

		Dimensión de probabilidad	
		Factores de riesgo	Factores protectores
Dimensión temporal	Situaciones crónicas	1. Factores permanentes de vulnerabilidad	2. Factores protectores permanentes
Dimensión temporal	Situaciones transitorias	3. Situaciones de crisis	4. Amortiguadores temporales

Cuadro Nro. 2 *Dimensión de probabilidades y dimensión temporal (Cicchetti y Rizley, 1981).*

Del cruce de esas dos dimensiones resultan cuatro tipos de situaciones. La reflejada en el recuadro 1. muestra una situación de alto riesgo en la que los factores de riesgo están presente de forma crónica. Se incluyen aquí situaciones en las que hay enfermedad crónica, retraso mental, discapacidad, historia de vida de los padres, baja tolerancia al estrés, trastornos psicológicos, la interacción familiar disfuncional (tal como problemas serios de pareja, escasa habilidad para tratar a los niños y las influencias sociales y culturales a manera de problemas económicos o desempleo) y valoración positiva del castigo físico. En recuadro 2 en contraste con lo anterior, la presencia de factores protectores permanentes reducen, también de una forma permanente, la posibilidad de que ocurra un episodio de maltrato: buena salud, fortaleza física, temperamento dócil en los niños y, en los padres, recuerdos agradables de la infancia, un buen nivel de autoestima, capacidad para responder de una manera flexible a los problemas de crianza del niño, ausencia de tensiones económicas, actitud contraria a la violencia. Entre las influencias transitorias en el recuadro 3 están las situaciones de crisis a las que de vez en cuando se enfrentan las familias como enfermedades o accidentes domésticos, pérdidas de trabajo, pérdida de un ser querido,

problemas para encontrar a una persona que se encargue de cuidar al niño, etc. Del otro lado en el recuadro 4 se ubican los amortiguadores temporales que incluyen circunstancias cuya influencia tiende a disminuir los niveles de estrés familiar y, en consecuencia, la probabilidad de maltrato: la superación de un período difícil para el niño, la marcha de un vecino molesto, encontrar trabajo, disponer de una persona que se encargue del niño en determinados momentos (Cicchetti y Rizley, 1981).

4.3.6 OTROS MODELOS

Belsky (1980) y Bronfenbrenner (1979) postularon una visión ecológica de la etiología del maltrato infantil basada en la teoría ecológica del desarrollo. Estos autores refirieron a la etiología del maltrato en términos de cuatro sistemas de influencias anidados e interrelacionados que contribuyen de manera conjunta y solidaria a la aparición de las conductas abusivas de los padres. El primero de estos sistemas estaría en el nivel ontogenético e incluiría lo que individualmente aportan los padres a la relación familiar. El segundo de estos niveles es el del microsistema, el entorno de crianza más cercano al niño. El exosistema se relaciona con las condiciones de vida de los miembros de la familia fuera del microsistema familiar, pero con incidencia en él. Por último, el nivel más externo y menos tangible es el macrosistema, en que se situarían las creencias sociales y los valores culturales prevalentes en la sociedad en la que está inmersa la familia. En estos distintos niveles se incluyen variables de carácter individual, tanto de los padres como de los hijos, sociales, contextuales, sociológicas o culturales. En el cuadro Nro. 3 se detallan cada uno de estos niveles, así como los diferentes factores y variables que operan desde cada uno de ellos.

Desarrollo Ontogenético	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<p>Historia de malos tratos. Rechazo emocional. Negligencia. Agresiones. Historia de desarmonía y ruptura familiar. Trastornos emocionales. Ignorancia sobre los rasgos evolutivos del niño y sus necesidades.</p>	<p>En los padres, presencia de enfermedad crónica física o mental, abuso de drogas o alcohol, impulsividad, ausencia de tolerancia al estrés, falta de habilidades para hacer frente a los conflictos. En el niño, prematuro, bajo peso al nacer, discapacidad, enfermedades frecuentes, problemas de conducta. Interacciones de pareja parental con desajustes.</p>	<p>Trabajo: desempleo, insatisfacción laboral, conflictos. Vecindario: aislamiento, rechazo social, vecindario peligroso. Falta de apoyo social, profesional e institucional. Nivel socioeconómico: estrés económico e inestabilidad. Mudanzas excesivas, falta de raíces y de relaciones estables.</p>	<p>Situación económico social: crisis económica y de bienestar social. Ideología social: actitudes ante la infancia, la mujer, la maternidad y la paternidad. Estilo de prácticas educativas y disciplinarias, actitud ante la violencia.</p>

Cuadro Nro. 3. *Contextos familiares no convencionales y de riesgo en el Modelo ecológico de los factores de riesgo (Belsky, 1980)*

Volnovich (2008) señaló que el abuso sexual infantil atravesó tres etapas fundamentales en el proceso de visibilización. La primera sirvió para correr el velo de lo familiar y dejar a la vista lo siniestro. La segunda se caracterizó por una respuesta violenta y airada de sectores reaccionarios que refuerzan los valores patriarcales. La tercera, vigente aún en la actualidad, supone la construcción de un espacio interdisciplinario donde se puedan desplegar un discurso y una acción libres del peligro de la ideologización, como de la tecnocracia. El autor se refirió al abuso sexual infantil como un fenómeno delictivo con características propias, diferentes a los restantes delitos del Código Penal. Volnovich sostiene que al

momento de intervenir deben ser evaluados la personalidad del abusador, vulnerabilidad de la víctima, crisis que el abuso genera en la familia. De no tener cuenta lo mencionado precedentemente, se pueden ocasionar injusticias en las víctimas incrementando el riesgo. El conocimiento y la difusión de estas características pueden constituirse como un arma poderosa para revertir aquellas visiones estereotipadas de la justicia y del resto de la sociedad.

Shengold (1989) utilizó el término *soul murder*, asesinato del alma, para categorizar las experiencias anómalas, repetitivas, crónicas, de sobreestimación emocional, dentro de las cuales debemos considerar el abuso sexual infantil. Ultimando el autor en que la sumatoria de dichas vivencias deja profundos efectos en el aparato psíquico, movilizandando ciertas defensas como disociación, represión, negación, conversión, idealización y produciendo modificaciones sustantivas que interfieren en el normal desarrollo psicosexual del niño e inciden en el rendimiento integral.

4.4. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil como conceptos estadísticos usados en epidemiología aportan la distribución y evolución de la problemática en la población.

Se entiende por incidencia el número de casos denunciados o detectados por autoridades oficiales en un período determinado, habitualmente en un año (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). Es el número de casos nuevos que han aparecido en un determinado período de tiempo. En términos de incidencia, es decir el número de casos nuevos ocurridos en un determinado período (Bringiotti, 2006).

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan abuso sexual infantil en un momento o en un período determinado. La prevalencia es el número total de los individuos que presentaron abuso sexual en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del período. Cuantifica la proporción de personas en una población que padeció abuso sexual en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que hubiera transitado ese tipo de maltrato en ese momento. Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). La prevalencia aportaría datos de qué cantidad de personas de la población general reconocen haber sido abusadas en su infancia (Bringiotti, 2006).

Goldman y Padayachi (2000) plantearon la existencia de problemas metodológicos en la estimación de la incidencia y la prevalencia en la investigación del abuso sexual infantil. Sostuvieron que la investigación del abuso sexual infantil está cargada de problemas metodológicos, y ofrecieron un repaso de algunos de sus aspectos más comunes. Las inconsistencias de las definiciones son frecuentes, incluso la del abuso sexual infantil mismo y los límites de edad que definen a un niño. Otras de las dificultades metodológicas que han hallado son la determinación del número de niños víctimas de abuso sexual dentro de un período de tiempo determinado, la elección de la muestra, el tipo y número de preguntas a incluir, los factores dentro de un período histórico tal como la publicidad, y las estimaciones de la tasa de incremento del abuso sexual infantil con el paso del tiempo. Sugirieron una mayor consistencia, particularmente en las definiciones, para contribuir a que las conclusiones comparativas sean menos ambiguas y de mayor validez.

Finkelhor (1970) realizó un estudio en el que preguntaba por experiencias pasadas a 796 estudiantes universitarios. Encontró que: el 9% de los varones y el 19% de las mujeres habían sido abusados sexualmente en su infancia. Según Finkelhor (citado por Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000), en otro estudio que abarcó 21 países, se encontró que el 7 % de las mujeres y el 3 % de los varones sufrieron abusos durante su infancia.

Leventhal (1988) evaluó si se produjeron cambios en la epidemiología del abuso sexual infantil durante el siglo XX realizando una comparación entre los resultados de la encuesta llevada a cabo por Alfred Kinsey y sus colegas en los años 40 efectuada a mujeres en los Estados Unidos, la mayoría de las cuales habían nacido entre el año 1900 y 1929, y los resultados de los estudios más recientes de la epidemiología del abuso sexual. En el estudio de Kinsey, el 24% de las 4441 mujeres encuestadas reportaron al menos un episodio de abuso sexual antes de la adolescencia, en el 49% de los casos, el abusador era un desconocido. Estos hallazgos se compararon con los resultados de las más recientes encuestas epidemiológicas, en especial con el estudio de Russell llevado a cabo en la ciudad de San Francisco en el año 1978. Aunque existen importantes diferencias en las metodologías utilizadas por Kinsey y Russell, es probable que se hayan producido cambios en la prevalencia y la naturaleza del abuso sexual en el siglo 20. Russell describió una mayor prevalencia de abuso sexual, una mayor proporción de agresores conocidos o parientes de la víctima, y una mayor proporción de tipos graves de abuso sexual.

Feldman, W. Feldman, E. Goodman, McGrath, Pless, Corsini y Bennett (1991) plantearon una controversia acerca del abuso sexual infantil sobre si el incremento en las tasas de los casos denunciados refleja un verdadero incremento en la prevalencia. En este informe, se compararon los datos recopilados en los años 70 y en los 80 con respecto a los de los años 40. Los autores, haciendo uso de criterios predeterminados para la calidad de la información, las definiciones

más comunes del abuso sexual infantil y el diseño de investigación, examinaron el informe de Kinsey publicado en el año 1953 y 19 estudios de prevalencia informados durante los últimos 10 años. La variabilidad entre los evaluadores fue de 97 para cada trabajo. A pesar de las diferencias en los diseños de estudio y las poblaciones encuestadas, donde las definiciones de abuso sexual infantil eran similares, los estudios más recientes con la metodología más convincente informó cifras de prevalencia similares a las de Kinsey en los años 40, por ejemplo, del 10% al 12% de niñas menores de 14 años. De este modo, según los autores, pareció ser que el incremento en la denuncia del abuso se debe más a los cambios que se produjeron en la legislación y en el clima social que a un verdadero incremento en la prevalencia.

Cappelleri, Eckenrode y Powers (1993) investigaron la epidemiología del abuso infantil con los datos tomados del Segundo Estudio Nacional de Incidencia y Prevalencia del Child Abuse and Neglect. Una comparación estadística de las tasas de incidencia indicó que la edad, los ingresos familiares y el origen étnico constituían factores de riesgo tanto para el abuso sexual como para el maltrato físico, pero la situación geográfica no lo era. El sexo era un factor de riesgo para el abuso sexual pero no para el maltrato físico. Un análisis de regresión logística demostró que el origen étnico, la situación geográfica y la relación entre el nivel de ingreso-sexo marcaban la diferencia entre el abuso sexual y el maltrato físico.

Barbaree, Hudson y Seto (1993) expusieron que la agresión sexual fue reconocida en la sociedad occidental moderna como uno de los problemas más serios, igualándose al total de los problemas del crimen no sexual, la pobreza, el daño ambiental y el abuso de sustancias. A partir del reconocimiento del problema, ha sido importantísimo el número de centros asistenciales creados, de implementación de programas preventivos, y de difusión del conocimiento acerca del tema. La severidad del problema de la agresión sexual se relaciona con el número significativo de víctimas que ocurren, y por el severo daño ocasionado a las mismas. En un sondeo nacional realizado en USA, de 6.159 personas que tenían entre 18 y 20 años, la mitad de las mujeres informó haber sufrido alguna forma de victimización sexual desde los catorce años. En el mismo estudio, un cuarto de los hombres reconoció haber estado involucrado en alguna forma de agresión sexual.

Glasgow, Horne, Calam, y Cox (1994) describieron un estudio realizado sobre todos los niños que fueron presuntamente abusados sexualmente por niños en la ciudad de Liverpool durante un período de 12 meses. Estudiaron la naturaleza de las evidencias en las acusaciones y se designan como “el más fuerte” o “el más débil”. Las cifras de incidencia anual de niños investigados como posibles o probables abusadores de otro niño se calculan sobre ésta base: el agrupamiento sistemático por edades de niños perpetradores se extiende a un agrupamiento de edad muy similar de los presuntos perpetradores adultos. Un adolescente es más que doblemente probable sospechoso de haber perpetrado

un abuso sexual infantil y haber sido víctima a la vez que ningún otro grupo comparable de edades. Esto enfatizó la gravedad de una perspectiva de desarrollo en la agresión sexual a lo largo de la vida.

En España Arruabarrena y De Paúl (1999) destacaron la carencia de estudios longitudinales y la mayor parte de las investigaciones sobre factores de riesgo emplean muestras de sujetos previamente detectados como maltratadores o como víctimas, sujetos que informan, con frecuencia retrospectivamente, de episodios de maltrato o de circunstancias personales o contextuales y que las dificultades son en parte metodológicas

López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) confeccionaron una revisión de la literatura internacional acerca de los abusos sexuales y una investigación realizada por los mismos autores en España. En dicha investigación entrevistaron a 2000 adultos españoles, una muestra representativa estructurada por comunidades autónomas, edad y sexo a los que se pedía información retrospectiva. Todas las investigaciones demostraron que los agresores suelen ser varones, una alta prevalencia de los abusos sexuales, tanto en chicas (entre el 20% y el 25%) y en chicos (entre el 10 % y el 15%) y que éstos se repiten en casi la mitad de los casos y que tienen efectos importantes a corto plazo (en aproximadamente el 70% de los casos) y a largo plazo (en aproximadamente el 30% de los casos). Por ello plantearon la necesaria y urgente prevención, llevando a cabo programas con padres, profesionales y niños. A la vez los autores mostraron su preocupación, ya que sostuvieron que gran parte de los casos no se denuncia.

Pilkington y Kremer (1995) realizaron dos reseñas consecutivas sobre los principales estudios empíricos que se han llevado a cabo con la finalidad de estimar la prevalencia del abuso sexual infantil en mujeres. La investigación se encontró estructurada en tres muestras por categorías: muestra de público en general con probabilidad y sin probabilidad, muestra de estudiantes universitarios y muestra de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Realizaron estudios sobre las dos primeras muestras y destacaron un número de cuestiones metodológicas sin resolver que pueden contribuir a la varianza de las tasas de prevalencia informadas. Estas incluyeron un gran número de definiciones de abuso sexual infantil y diferentes métodos de elicitación para obtener información en posibles historias de abuso. A pesar de estos problemas, en su conjunto, los estudios de prevalencia indican el importante número de personas que han sufrido el abuso y que están dispuestos a revelar los aspectos de estas experiencias abusivas para evitar que esto siga sucediendo.

En 1996 el Consejo de Abuso y Negligencia Infantil de USA denunció el fenómeno del abuso sexual infantil como emergencia nacional, y en sucesivos reportes recomendó a cada comunidad y a cada nivel de gobierno debatir y trazar políticas de protección. Entre 1986 y 1993, el número de niños seriamente

maltratados se duplicó, de 1,4 millones a 2,8 millones, según el Tercer Estudio Nacional de Incidencia de Abuso y Negligencia de Niños (Krugman, 1996, Sedlak y Broadhurst, 1996).

Roosa, Reyes, Reinholtz y Angelini (1998) expusieron la dificultad de realizar la interpretación y comparación de los estudios sobre abuso sexual infantil en mujeres dada la amplia variación en las definiciones de este fenómeno representado por las medidas utilizadas. Tomaron los datos de una muestra de 2003 mujeres para demostrar las implicaciones del uso de diferentes mediciones del abuso sexual infantil basados en los informes de tasas de incidencia y la relación entre este tipo de abuso y la depresión. Utilizaron medidas dicotómicas, medidas que toman en cuenta la gravedad de la experiencia del abuso sexual, y medidas que incluyen o excluyen a los pares de edad similar como posibles perpetradores del abuso. Como consecuencia, la elección de medición del abuso sexual infantil tuvo una diferencia superior al 300% en las tasas de incidencia dentro de esta muestra. De modo similar, las medidas difirieron en la solidez de sus relaciones con la depresión.

Holmes y Slap (1998) llevaron a cabo un meta análisis que analizó 149 estudios de abuso a niños, con un tamaño muestral mayor de 20, presenta una prevalencia de 4 a 76%. Las características de las víctimas fueron niños menores de 13 años, no blancos, de bajo nivel socioeconómico y que no vivían con sus padres. Los perpetradores habían sido hombres conocidos, pero no relacionados con los niños. El abuso ocurrió fuera de casa, involucraba penetración y sucedió más de una vez. Las secuelas fundamentales fueron estrés psicológico, abuso de sustancias y problemas en la esfera de la sexualidad. Y concluyeron, como resumen que el abuso sexual a chicos es común, pero no informado, no conocido y no tratado. Sustentaron que el abuso sexual infantil 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. Además destacaron que el 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.

En un estudio danés Riis, Bodelsen y Knudsen (1998) encontraron una incidencia en 1993 de 300 casos de violencia infantil, de los que 55 eran abuso sexual, en una población de 111.000 niños de 0 a 17 años, lo que supone una incidencia anual de nuevos casos del 0,5%.

Rodríguez Cely (2000) expresó que algunas estadísticas referidas al porcentaje de denuncias que fueron ofrecidas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual reportó a nivel nacional colombiano 11.791 reconocimientos médicos para delitos sexuales en 1998, observándose un incremento de 4.8% (572) con respecto al año anterior. La tasa anual también se incrementó, pasando de 28 a 29 casos por cada 100 habitantes. Del total de

reconocimientos, 9.966 (84.5%) correspondieron a menores de edad, encontrándose las mayores tasas en los grupos de 10 a 14 años (83 x 100.000), 15 a 17 años (71 x 100.000) y 5 a 9 años (62 x 100.000). Rodríguez Cely comentó que los menores de 4 años de edad estaban entre los más afectados, pues debido a su nivel de desarrollo evolutivo presentan limitantes para la queja y la denuncia. Este grupo probablemente fue el que acumulaba el mayor número de casos no reportados, debido a sus condiciones de indefensión, a su nivel de dependencia del adulto, y a su limitación para identificar y denunciar el hecho. Otros porcentajes importantes fueron los referidos a las evaluaciones. De éstos hallaron que entre 1995 y 1998 más del 87% de los dictámenes se realizaron al género femenino (1995: 87%, 1996: 88%, y 1997: 87%); sin embargo, para 1999 este porcentaje bajó al 70%, observándose un incremento en los casos evaluados en el género masculino. Del total de dictámenes realizados en Colombia, sin incluir a Bogotá, a menores de 15 años (6.190), en el 100% de los casos identificaron el tipo de agresor, correspondiendo el 33% a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido (para la víctima o para la familia) y el 21% a un desconocido. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es una entidad que recibe denuncias sobre Abuso Sexual Infantil y reportó sobre la incidencia de esta problemática que a inicios del año 2000 se ubicaron alrededor de 25.000 niños, niñas y jóvenes explotados sexualmente, de los cuales 14.400 han sido atendidos por esta institución en sus distintas modalidades. Según los datos mencionados, el investigador señaló que se pudo percibir que día a día aumenta el número de víctimas de abuso sexual infantil, lo que conlleva implicaciones individuales, familiares y sociales. El abuso sexual infantil representa uno de los más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos.

Oaksford y Frude (2001) analizaron la prevalencia y la naturaleza del abuso sexual infantil en una muestra tomada en una Universidad de Mujeres en el Reino Unido. Sostuvieron que si bien el abuso sexual infantil es un problema internacional de consideración, la evidencia respecto a su prevalencia en el Reino Unido es extremadamente escasa. El objetivo de este estudio fue establecer una estimación de la prevalencia y la naturaleza del abuso sexual infantil en el Reino Unido, utilizando una muestra de estudiantes universitarias. De las 213 estudiantes que completaron los cuestionarios, 28 habían sido víctimas de abuso sexual, arrojando una tasa de prevalencia del 13,14%. También obtuvieron información acerca de la naturaleza del abuso. Estos resultados muestran que una importante proporción de estudiantes mujeres en el Reino Unido, que aparentemente no tienen dificultades con sus estudios terciarios, fueron víctimas de abuso sexual durante su niñez. Se discuten las implicaciones respecto a los beneficios de las tasas de prevalencia.

Made (2001) realizó una investigación sobre la prevalencia y los patrones de abuso sexual infantil y la relación víctima-agresor dentro de una muestra de estudiantes universitarios. Setecientos veintidós estudiantes de psicología de las Universidades de África del Norte y del Sur, completaron un cuestionario retrospectivo de auto evaluación en el ámbito áulico. El cuestionario indagaba acerca de las formas del abuso sexual infantil, las relaciones víctima-agresor y una auto evaluación de la niñez. Los resultados mostraron una tasa de prevalencia general de abuso sexual infantil del 25,6%; el 21,7% para hombres ($n = 244$); el 23,7% para mujeres ($n = 465$). El 18,2% fueron besados sexualmente, el 13,6% fueron tocados sexualmente, el 8,7% informaron haber tenido sexo oral-genital y coito vaginal y/o anal. La mayoría de los agresores eran conocidos por sus víctimas. Muchas de las víctimas (el 83% de los hombres y el 68,2% de las mujeres) no se consideraban sexualmente abusados durante su infancia y la mayoría calificó su niñez como “normal” (el 41,3% de las mujeres y el 48,9% de los hombres) o como “muy feliz” (el 41,3% de las mujeres y el 40,4. % de los hombres). El autor recomendó más investigación, publicidad y campañas contra el abuso sexual infantil en África alertando de la gravedad de la problemática por el gran número de casos detectados.

MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong, Racine, Beardslee, y Offord (1997) llevaron a cabo un trabajo en la provincia Ontario, Canadá en el que encuestaron a 9.953 personas de más de 15 años a cerca de padecimientos de abuso sexual infantil. Sostuvieron que hay documentación comprobada de que los informes oficiales subestimaron seriamente toda la extensión del maltrato infantil. Describieron la investigación realizada entre residentes de Ontario y establecieron que la exposición al maltrato físico infantil en el pasado, era de 31% entre los varones y 21% entre las mujeres; y las tasas de maltrato sexual eran de 4,3% entre los varones y 12,8% entre las mujeres.

Trocme, MacLaurin, Fallon, Daciuk, Billingsley, Tourigny, Mayer, Wright, Barter, Burford, Hornick, Sullivan y McKenzie (2001) analizaron el Estudio Canadiense de Incidencia, una investigación realizada a nivel nacional, con informes oficiales sobre maltrato infantil y casos de negligencia, estimó que en Canadá, en el año 1998, se reportaron 21,52 casos por cada 1.000 niños.

Pou, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez y Bassets (2001) con el objetivo de describir los hallazgos clínicos en los niños atendidos en una unidad de abusos sexuales infantiles llevaron a cabo una revisión retrospectiva de las historias de los pacientes con sospecha de abuso sexual atendidos en el hospital San Juan de Dios de Barcelona desde enero de 1992 hasta abril de 2000. Recogieron las variables edad, sexo, necesidad de atención urgente, vía de llegada, mecanismo de descubrimiento, separación conyugal en los padres, anamnesis, hallazgos físicos y exploraciones complementarias. En los casos con alta probabilidad de abuso se recogieron los datos de la identidad del agresor, lugar del abuso, duración y tipo de abuso cometido. La principal vía de llegada fue la familia,

fundamentalmente la madre, en un 34% de los casos. La sospecha de un profesional, principalmente el médico en un 27%, los servicios sociales en un 19%, el juzgado en un 11%, la policía en un 7,3% y otras vías en el resto de los casos. Estudiaron 704 casos. El 75 % eran niñas. El relato del niño fue la forma más frecuente de descubrimiento del abuso (51%), por indicios físicos en el 17%, por indicios de anomalías en el comportamiento en el 14%, por indicios sociales en el 11%, por la existencia de un ambiente de abuso en el 6% y el resto de los casos por descubrimiento en el acto. El abusador fue en el 92% de casos un varón. Los tocamientos fueron la forma más frecuente de agresión y en el 25% el abuso duró más de un año. Los investigadores concluyeron sosteniendo que el diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa casi siempre en el relato del niño. El rendimiento de la exploración y de las exploraciones complementarias es muy bajo. Asimismo observaron un crecimiento exponencial en la primera mitad de la década pasada y posteriormente se estabilizó.

Avery, Hutchinson y Whitaker (2002), realizaron la revisión de los casos de un refugio para mujeres golpeadas y sus hijos. Este estudio exploratorio investigó la asociación entre el maltrato físico, la exposición a la violencia doméstica y la ocurrencia de abuso sexual infantil intergeneracional. Examinaron los cuadros de 570 niños con el objeto de explorar la relación existente entre las experiencias de los niños que padecieron abuso sexual y la propia historia del padre que no abusó de ellos pero que también fue víctima de abuso sexual. Por otra parte, encontraron que la mayoría (93%) de los niños estudiados habían estado expuestos a hechos de violencia doméstica y, mientras que la tasa de abuso sexual era relativamente baja (11%), la tasa de maltrato físico infantil era considerable (41%). Los resultados de regresión logística indicaron que los hijos de padres no agresores víctimas de abuso sexual se pueden encontrar en mayor riesgo de abuso sexual. Las implicaciones para el tratamiento y la intervención están en discusión.

Walter, Carey, Mohr, Stein y Seedat (2004) sostuvieron que a pesar de la vasta literatura sobre las relaciones existentes entre el abuso sexual infantil y el trastorno por estrés postraumático, el conocimiento acerca de los efectos del sexo en relación a los riesgos de ser víctima de abuso sexual y sus posteriores trastornos por estrés postraumático es limitado. Analizaron el conocimiento actual sobre las diferencias de sexo en la prevalencia del abuso sexual infantil y el rol del sexo en el posterior desarrollo de los trastorno por estrés postraumático en la niñez y en la adolescencia, focalizando la atención sobre las tasas, la fenomenología, los correlatos biológicos y los factores de riesgo. A pesar de una marcada tendencia hacia la representación femenina en los estudios, la literatura respalda el incremento de las tasas del abuso sexual infantil y la mayor vulnerabilidad a los trastornos por estrés postraumático en mujeres, como así también las posibles diferencias de sexo en los correlatos biológicos y las secuelas psiquiátricas del abuso sexual infantil. Sostuvieron que es necesario profundizar en los mecanismos que subyacen estas diferencias y el incremento actual de las tasas del abuso sexual infantil.

Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti (2003) presentaron un informe sobre el resultado de una encuesta de salud respecto al abuso sexual infantil que llevó a cabo el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y Kaiser Permanente en los Estados Unidos. Revelaron que entre los 17337 miembros adultos de los planes de salud, el 25% de las mujeres y el 16% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual en su niñez. Destacaron que tanto las niñas como los niños eran vulnerables al abuso sexual.

En Corea del Sur, Hyun-Sil Kim y Hun-Soo Kim (2005), con objeto de identificar la prevalencia del incesto entre adolescentes coreanos y determinar los problemas familiares, las dinámicas familiares percibidas y las consecuencias psicológicas asociadas con el incesto en su país, realizaron un estudio transversal con la utilización de un cuestionario auto informado anónimo. Seleccionaron un total de 1672 adolescentes, entre los cuales 1053 eran estudiantes y 619 eran delincuentes, utilizando un método de muestreo aleatorio proporcionalmente estratificado. Los resultados arrojaron un 3,7% de prevalencia de incesto en la población coreana evaluada. Las familias dentro de las cuales se producía el incesto se caracterizaban por el alto grado de problemáticas, tales como desórdenes psicóticos, depresión, actos delictivos y alcoholismo entre los miembros de la familia. Los adolescentes víctimas de incesto demostraban ser más significativamente disfuncionales y no saludables en términos de la dinámica familiar y manifestaban patrones de problemática psicológica significativamente mayores a los de los adolescentes no victimizados. Los hallazgos identificaron alguno de los problemas familiares y las dinámicas familiares disfuncionales que se pueden asociar al abuso sexual infantil intrafamiliar en Corea. Por lo tanto, sostuvieron que cuando se realiza una acusación de abuso sexual intrafamiliar, los profesionales deberían llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las dinámicas familiares y una evaluación del impacto que causó el abuso tanto en el niño como en la familia.

Theodore, Chang, Desmond, Wanda, Bangdiwala y Agans (2005) expusieron que el maltrato infantil constituye una grave problemática social y de salud pública en los Estados Unidos. Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir las características epidemiológicas del maltrato físico y el abuso sexual en niños, basados en los auto-informes realizados por las madres. Se realizaron 1435 encuestas telefónicas anónimas a madres con hijos de entre 0 y 17 años en Carolina del Norte y del Sur. Se les preguntó a las madres sobre comportamientos potencialmente abusivos por parte de ellas, de sus esposos o compañeros en el contexto de otras prácticas disciplinarias. También se las interrogó acerca de si tenían conocimiento de que sus hijos podrían haber sido víctimas de abuso sexual. Los principales parámetros considerados han sido la incidencia del maltrato físico y sexual determinado a través de los informes proporcionados por las madres. Los resultados obtenidos como respuestas han sido la aplicación de

medidas disciplinarias físicas severas, equivalentes al maltrato físico, se registró con una incidencia del 4,3%. Sacudir a los niños muy pequeños como medida disciplinaria se registró entre el 2,6% de los niños menores de dos años. Las madres informaron que ellas mismas aplicaban con más frecuencia la disciplina física sobre sus hijos, incluso sacudidas, que los padres o figuras paternas. Casi 11 de cada 1000 niños fueron víctimas de abuso sexual en el último año, de acuerdo a lo que informaron las madres. La incidencia del maltrato físico que se determinó por medio de los auto-informes realizados por las madres, fueron 40 veces mayor que los informes oficiales de maltrato físico infantil; y la incidencia de abuso sexual fue 15 veces mayor. Por cada 1 niño que sufra una lesión grave como consecuencia de una sacudida, se estima que 150 niños pueden ser sacudidos sin ser detectados. No encontraron una diferencia estadística significativa en las tasas generales de maltrato físico o abuso sexual entre los dos estados. A modo de conclusión los autores expusieron que las estadísticas oficiales subestiman la carga del niño maltratado. Estos datos respaldaron la necesidad de la continua intervención para evitar el maltrato infantil.

Redondo Figuero y Ortiz Otero (2005) expusieron que el abuso sexual siempre ha existido, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual. Los autores expresaron que desde hace unos 25 años, y debido al progreso de la sociedad, se han ido denunciando cada vez más casos y recopilando más información, de forma que parece haber ocurrido un aumento en la incidencia de los casos, tanto en su país, España, como en otros; aunque algunos autores comparando los casos de las décadas de los 70 y 80 del siglo XX, respecto a los datos ya citados de Kinsey de 1940, llegaron a la conclusión de que no ha ocurrido tal aumento de la prevalencia, sino que simplemente se han comunicado más casos, debido a los cambios en la legislación y en el clima social. Expusieron que la incidencia real no se conoce, dada la baja declaración existente. Las cifras de abuso sexual dependen de la metodología de investigación empleada: es diferente cuando se investiga la incidencia o la prevalencia; no es lo mismo recoger los datos tras entrevistar a niños en una unidad de niños maltratados, que realizar encuestas a los padres o preguntar a adultos sobre recuerdos de su infancia. Respecto a la incidencia anual disponemos de datos, tanto españoles como de otros países de nuestro entorno. En España se instruyen cada año aproximadamente tres millones y medio de denuncias previas, de ellas 11.000 (0,3%) corresponden a delitos contra la libertad sexual, de los cuales 3.500 son por delitos contra menores. Estas 3.500 diligencias en los 7.313.424 menores de 18 años suponen una incidencia anual del 0,5%. Y se calcula que sólo se denuncian el 10%. Cuando se realizan estudios de prevalencia se obtuvieron otras cifras, como en el estudio López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995) llevado a cabo en España con personas mayores encuestadas sobre sus experiencias en la infancia, donde se

reveló que las mujeres entre el 20% y el 25% y en chicos entre el 10 % y el 15% sufrió abusos sexuales durante la infancia.

Martínez Linares, Serrano Patten y Hernández Pérez (2005) realizaron en Cuba durante seis años consecutivos, desde 1998 hasta el 2003 una investigación para determinar la frecuencia con la que niños y adolescentes resultaban víctimas de abuso sexual. Fueron atendidos por esta causa 120 niños en el Centro Territorial de Medicina Legal de Manzanillo, provincia de Granma, y encontraron un creciente aumento de la cifra de víctimas por años. Las adolescentes de 11 a 15 años de edad y procedencia urbana fueron las más afectadas. Sostuvieron que las estadísticas mundiales indican que el abuso sexual infantil representa un importante problema social y de salud en numerosas regiones, pese a que se ha demostrado la existencia de un subregistro del fenómeno. España y EEUU reportaron que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. Los autores señalaron que Manzanillo posee una extensión territorial de 498,4 Km² y una población de 130.000 habitantes y no escapa a este flagelo. En los años 1998 a 2003 la comisión encargada de realizar el peritaje médico legal desde un punto de vista psicológico, en su modalidad de validación de testimonio a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, procesó 120 casos. Exploraron sobre la existencia en las víctimas o en el medio donde éstas se desarrollan de un grupo de factores que varios autores consideran como situaciones condicionantes para la ocurrencia del delito: sexo, edad, antecedentes de otros tipos de maltrato infantil, alteraciones de la estructura familiar, nivel socioeconómico y cultural bajos, violencia intrafamiliar, convivencia con padrastros u hombres de la tercera edad; y toxicomanías con alteración de conciencia. Las estadísticas reflejan un aumento gradual de niños y adolescentes procesados como víctimas de abuso sexual, por la Comisión de Validación de Testimonios al Menor, de forma tal que en los últimos 3 años que abarcó el estudio, se duplicó el número de víctimas comparándolos con los 3 años iniciales. Realizando el desglose por sexos, se nota el marcado predominio de víctimas femeninas (91%). En la distribución por edades resultó el grupo de 11 a 15 años el más afectado, con 58 casos, 55 mujeres y 3 varones (2,5%). De las condiciones que los autores notificaron como de riesgo para la ocurrencia del abuso sexual, las más significantes en este estudio resultaron ser: ser del sexo femenino (91%), tener entre 11 y 15 años de edad (48,3%), insuficiencias económicas y culturales (44,2%), haber sufrido previamente otros tipos de maltrato infantil (40%). El antecedente de violencia intrafamiliar estuvo presente en el 29,2%. La convivencia con padrastros se asoció al 25,8% de los casos estudiados. La toxicomanía con alteraciones de la conciencia y la presencia en el hogar de hombres de la tercera edad fueron los factores menos frecuentes. Expusieron que resulta innegable la necesidad de un estado emocional equilibrado para lograr el ajuste psicológico de un individuo consigo mismo y con el entorno donde se desenvuelve. El niño y el adolescente, con sus propias características de inmadurez biológicas y psicológicas, son convertidos, en muchas ocasiones, en blanco de víctima de abuso sexual. Estas agresiones suelen convertirse a su vez

en factores que inciden directamente en la aparición de trastornos emocionales temporales o permanentes. Los resultados del presente estudio tuvieron un alto índice de coincidencia con la literatura revisada. El abuso sexual infantil representa un problema que la sociedad debe solucionar mediante la adopción de estilos de enfrentamiento que contribuyan a disminuir o eliminar la ocurrencia del delito y las posibles secuelas que en el orden físico o psíquico pudieran generar en las víctimas. Los autores sugieren educar a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno, crear programas de intervención para el diagnóstico oportuno de factores de riesgo y contribuir a su control o erradicación son formas prácticas de minimizar la incidencia de tan desagradables acontecimientos y de garantizarle a la niñez y la juventud una vida feliz.

Quezada, Neno y Luzoro (2006) exhibieron que en Chile se ha estimado que alrededor de 1 de cada 10 niños sufre de abuso sexual y que la edad de mayor riesgo son los niños y niñas entre 7 y 11 años. Frente a ello, plantearon que es necesario prevenir la ocurrencia del abuso sexual infantil, educando a los niños y niñas acerca de los peligros circundantes, incentivándolos a buscar personas idóneas que puedan protegerlos y lo más importante, acoger al niño y realizar acciones que tiendan a su protección en caso de que los abusos ya hayan ocurrido.

Pereda Beltran (2006) halló una prevalencia del abuso sexual infantil del 15,5 % de varones y un 19% en mujeres en su estudio sobre una muestra de 1033 estudiantes de la Universidad de Barcelona.

Bacon (2008) examinó los principales cambios para el abordaje del abuso sexual infantil que han tenido lugar desde los hechos acontecidos en Cleveland hace 20 años. La comparación entre las tasas de prevalencia estimadas y los registros de abuso sexual infantil indica que sólo vemos la punta del iceberg. Argumentó que, en muchos casos, la incertidumbre puede ser aceptada y que la protección puede lograrse mejor a través de un padre protector que a través del sistema de protección a la infancia. Ofreció ejemplos de casos clínicos presentados en el servicio de especialistas en salud mental para niños y adolescentes. Expuso que, aunque actualmente la sociedad está más abierta a reconocer la existencia del abuso sexual infantil y que los profesionales mejoraron el manejo con las familias, los resultados para este grupo de niños no han mejorado sensiblemente.

Mejía Montenegro (2010) en Nicaragua llevó a cabo un estudio realizado en niñas y adolescentes que consultantes de los servicios de pediatría y ginecología, en busca de atención médica a quienes en su anamnesis se encontró que eran víctimas de abuso sexual durante el período de enero del año 2008 hasta diciembre 2009. El 44% de las pacientes estudiadas fueron atendidas durante el año 2008 y en el año 2009 el 56. La edad de presentación en el 73% fueron

adolescentes, con un 41% en el grupo de adolescentes tempranas y 32.4% adolescentes medias, procedentes en la gran mayoría del área urbana. De las 34 pacientes, 11 fueron llevadas a la atención en el momento que se produjo el abuso y de estas, 7 debieron ser llevadas a sala de operaciones para realizar revisión ginecológica bajo anestesia y además reparación de lesiones, las restantes se describieron lesiones crónicas y el motivo de consulta no fue el abuso sexual, siendo que éste fue un hallazgo durante la anamnesis. El abusador fue alguien del entorno familiar en el 80% y el hecho ocurrió en un lugar familiar tanto para la víctima como el abusador. La autora sugirió dar a conocer protocolos de atención, manejo y seguimiento para estos casos y a la vez se lo amplíe para que el abordaje posea un manejo integral y multidisciplinario de la víctima.

Manrique (2010) sostuvo que estas prácticas vienen desde los inicios de la humanidad y han estado presentes durante toda la historia. El autor expuso que en Perú es igualmente alta la tasa de frecuencia de adultos que al ser entrevistados manifiestan recordar el haber sido besuqueados o acariciados alrededor de la pubertad por amistades de su edad o por adultos cercanos.

En España Cantón Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011) llevaron adelante un estudio con una muestra compuesta por 1.529 estudiantes de la Universidad de Granada de entre 18 y 24 años ($M = 19,43$, $DT = 1,63$). Del total de participantes en el estudio, 163 mujeres (10,7%) informaron haber sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 14 años. Por lo tanto, la muestra final estuvo formada por 163 víctimas de abuso sexual infantil, con una edad media de 19,69 ($DT = 1,70$). En cuanto al nivel educativo familiar, un 19,5% de los padres y un 21,7% de las madres tenían estudios primarios; un 26% y un 25,5% el graduado escolar; el 10,4% y el 11,2% formación profesional; bachiller el 12,3% y el 18%; y estudios universitarios el 31,8% y el 23,6%, respectivamente.

4.4.1 EPIDEMIOLOGÍA EN ARGENTINA

Berlinerblau (2003) expuso que en la Argentina se carece a la fecha de registros estadísticos oficiales. Y realizó un análisis del año 1992 de los Estados Unidos de América, donde hubo 2.900.000 casos de maltrato infantil, de los cuales aproximadamente 500.000 eran de abuso sexual. En esta estadística, con una estimación de 66 millones de Americanos menores de 18 años, aproximadamente 1 niño de cada 435, es la víctima en una denuncia sustanciada o indicativa de abuso sexual en un año determinado. Esto se trasladó a una incidencia de abuso sexual infantil al 0.23% en el período de un año o 2,3 de cada 1000 niños. (49% negligencia, 23% abuso físico, 14% abuso sexual, 5% abuso emocional). Como esta estimación de la incidencia de abuso sexual infantil del 0,23% está basada en casos sustanciados o indicativos de denuncias de abuso infantil, podría representar una subestimación o sobreestimación del número actual de casos. Los

casos son clasificados como sustanciados o indicativos sobre la base de la consistencia de la evidencia encontrada en la investigación con la denuncia de abuso. Frecuentemente, esto depende del criterio del que lleva el caso. La mayoría de los estados en USA utiliza un sistema de dos gradaciones para clasificar casos: por un lado sustanciado y fundado y por el otro insustanciado e infundado.

Bringiotti (2006) sostuvo que en nuestro país no tenemos aún un relevamiento epidemiológico a nivel nacional de abuso sexual. Esbozó que el trabajar con relevamientos retrospectivos implica dificultades como distorsión de los recuerdos, negaciones impresas en el aparato psíquico, vergüenzas o temores. A la vez postuló que, sin embargo, sería un primer nivel de acercamiento a la magnitud de su ocurrencia. Desde 1990 la autora y un equipo de investigadores en el marco de un programa de investigación en infancia maltratada realizaron un relevamiento epidemiológico del maltrato infantil en población escolarizada. Un primer abordaje se realizó en los años 1992 a 1994 en Avellaneda, una ciudad del sur del Gran Buenos Aires, y en 1995 a 1997 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires; en ambos casos abarcó una muestra representativa de escuelas de nivel inicial y primario, a fin de obtener información sobre la ocurrencia de los tipos más habituales de malos tratos, de factores de riesgo y la distribución por sexo y edad. El informe lo brindaba el docente a cargo del grado o la sección, en forma anónima, tanto su identificación como la de sus alumnos, a fin de garantizar la mayor confianza y libertad en sus respuestas. Dentro de los tipos registrados se encontraba el abuso sexual infantil. En el partido de Avellaneda, se detectó un 1,7 % de casos de abuso sexual infantil para el nivel inicial, 1,1 % para el nivel primario y 1,9 % en escuelas especiales de discapacidad. Esto confirma el peso de las características de los niños y niñas como factor de riesgo, según lo han mostrado diferentes trabajos sobre maltrato infantil y discapacidad a nivel mundial. Detectó el doble de casos en mujeres que en varones y con una ocurrencia tanto en guarderías maternas que incluyen niños de 3 a 5 años como en los distintos grados de la escolaridad primaria. Sobre un total de 1500 casos detectados que sufrían diferentes tipos de malos tratos, en 75 ocurría abuso sexual infantil. En el relevamiento posterior, llevado a cabo en la ciudad de Buenos Aires detectó un 1,1 % para el nivel inicial, 1,3 % para el nivel primario y 4,2 % para las escuelas especiales. Se mantuvieron las relaciones por sexo, niñas mayoritariamente, aunque en las escuelas especiales esta diferencia era mucho menor respecto de los varones. La autora que tomó en cuenta los casos atendidos en Avellaneda y la ciudad de Buenos Aires observó que la detección es muy baja. Los casos derivados por la escuela 32 niños y niñas correspondientes a 12 familias habían sido evaluados como casos de malos tratos físicos y emocionales y negligencia. En el transcurso del programa, fueron detectadas por el equipo 3 familias, de las 12, en las que se comprobó abuso sexual infantil y que implicaban a 5 niños y niñas.

Bringiotti (2006) replicó la investigación de relevamiento epidemiológico del maltrato infantil en la población escolarizada de escuelas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2004 y 2005. La autora señaló que se pudo observar el desgaste de los docentes frente al tema: mencionan que no tienen respuestas ni ayuda, que no saben a dónde recurrir, la falta de servicios; y esa queja generalizada se ve declarada en el número de casos declarados. Este relevamiento arrojó 500 casos más que el anterior. En el caso del abuso sexual infantil el número se incrementó al 1,7 % en nivel inicial, al 1,9 % en nivel primario y al 4,9 % en escuelas especiales.

Vasallo (2002) analizó el impacto del abuso sexual infantil en el ejercicio del rol materno. En una población entrevistada compuesta por 50 mujeres que solicitaron ayuda psicológica al servicio de salud mental de un hospital público de La Plata, capital de la Provincia de Buenos Aires. La mitad había sufrido abuso sexual infantil en la infancia y, de estas, la mayoría sufría violencia conyugal en el momento de la consulta. Las edades oscilaban entre 24 y 61 años. En la investigación se destacó que el 64 % de las mujeres abusadas tenían estudios secundarios completos, y universitarios incompletos y completos. Al respecto de las consecuencias del abuso, el 40 % relató desconfianza hacia los hombres; el 30 %, dolor psíquico; y el 10 %, que afectó su vida sexual. Dos de ellas ejercieron la prostitución. El 36 % dice haber tenido trastornos en la alimentación; el 40 %, somatizaciones y el 20 %, depresión. Las mujeres abusadas han tenido hijos, en el 35 % de los casos antes de los 20 años, mientras que el 20 % de las no abusadas fueron madres después de los 20 años. En el total de 50 mujeres, con 138 hijos, la investigación registró 6 hijas abusadas.

En la provincia de Corrientes Seldes, Ziperovich, Viota, y Leiva (2008) llevaron adelante un estudio para demostrar la problemática del maltrato infantil en su medio, sus distintas variantes y asociaciones observadas en las víctimas. Se trató de un trabajo transversal descriptivo. Los casos de maltrato físico y abuso sexual constituyeron la mayoría de la muestra, pero se pudieron detectar otras formas, como negligencia, abuso emocional y síndrome de Munchausen. Entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002 asistieron a 128 niños maltratados del área urbana, suburbana y rural de la ciudad de Mercedes, de entre 0 y 19 años. De los 128 niños maltratados, 71 fueron asistidos por maltrato físico (56%); 39 por abuso sexual (30%); 13 por negligencia (10%); 4 por maltrato emocional (3%); 1 por síndrome de Munchausen (1%). El 85% de los niños víctimas de abuso sexual fueron niñas y el 15% varones. Sugieren que la temática del abuso sexual infantil debería ser incluida en los programas educativos de grado y postgrado de carreras relacionadas con la salud y consideran indudable que el abordaje de esta problemática debe ser interdisciplinario ya que no es viable afrontarlo adecuadamente desde una sola disciplina.

En noviembre de 2010 para esta investigación fue consultado el Instituto Nacional de Estadística y Censos de nuestro país respecto a estadísticas o

sondeos en el área de este tipo de maltrato infantil. El Mg. Miguel Ángel Forte, a cargo del sector de trabajos especiales, responde que no cuentan con datos acerca de la prevalencia e incidencia del abuso sexual en la Argentina.

En el marco de la Capacitación Docente De Sostenimiento de Proyectos Escolares del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en el mes de octubre de 2004 en el partido de Presidente Perón de la zona Sur del Gran Buenos Aires, la Asociación Civil Bienestar realizó una encuesta anónima a los 1950 concurrentes, en su mayoría mujeres (97%) y docentes (95%). Las edades oscilaron entre 19 y 59 años. Se les fue consultado si durante su infancia habían padecido algún tipo de abuso sexual y en el caso de respuesta afirmativa si se trataba de abuso intrafamiliar, extrafamiliar o ambos. Al respecto el 19% de las mujeres y el 8% de los hombres refirieron episodios de abuso sexual durante su infancia. Dentro de aquellos que habían sido víctimas de abuso sexual infantil el 58 % ha sido de carácter intrafamiliar, el 38% extrafamiliar y el resto ambos (Losada, 2010).

Se muestra en gráficos para su mejor comprensión.

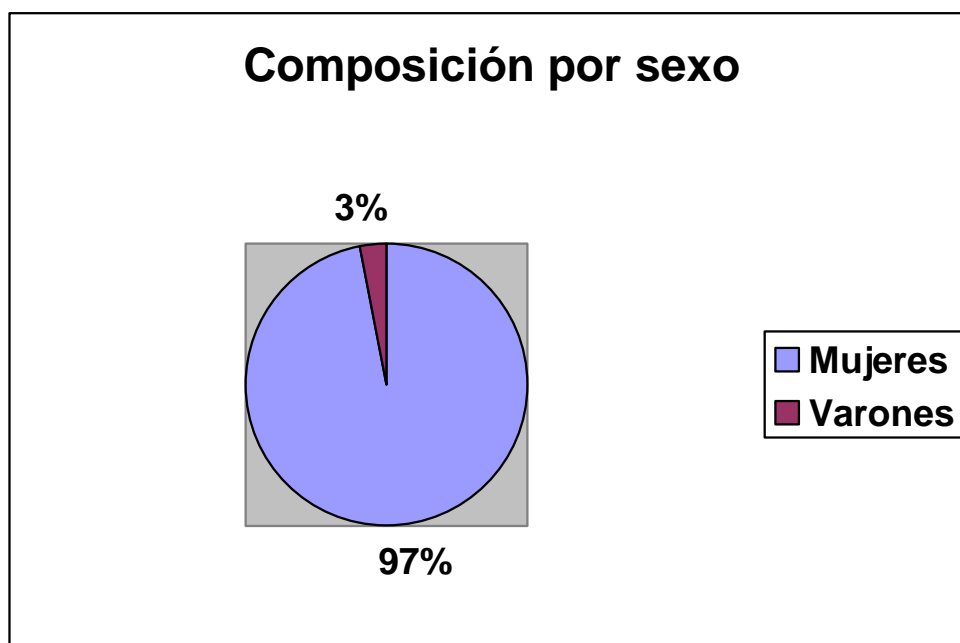


Grafico Nro. 1. *Composición por sexo* (Losada, 2010)

Victimas ASI Mujeres

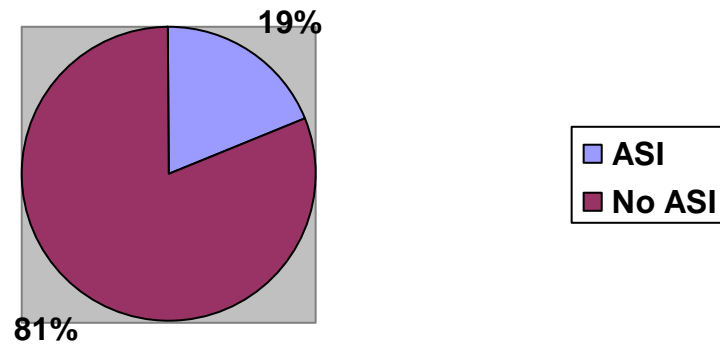


Grafico Nro. 2. Prevalencia del ASI en mujeres. (Losada, 2010)

Victimas ASI Varones

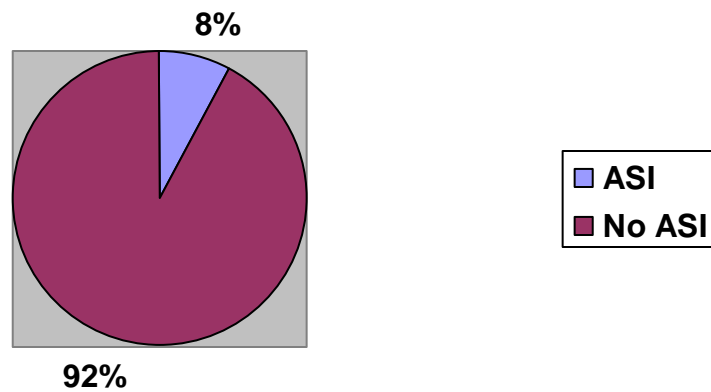


Grafico Nro. 3. Prevalencia del ASI en varones. (Losada, 2010.)

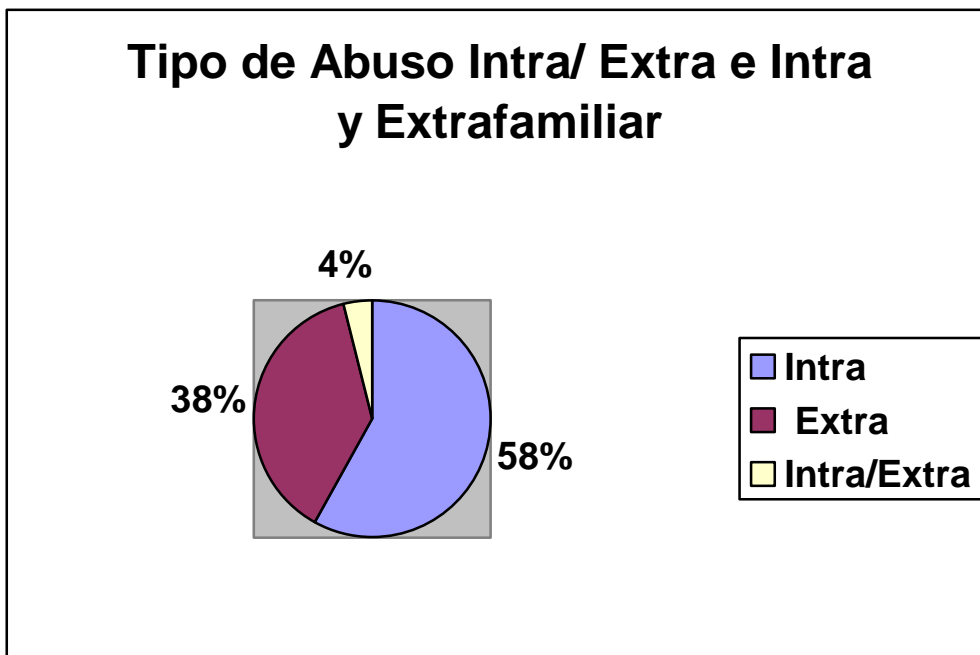


Grafico Nro. 4. *Tipo de abuso sexual infantil. (Losada, 2010).*

En las Jornadas de Ginecología Infante Juvenil, organizadas por la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil y la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe, realizadas en mayo de 2006, se concluyó que una de cada 5 mujeres y uno de cada 11 varones de la población total de la Argentina presentaron en su historia personal algún tipo de abuso sexual (Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe, 2006).

Shalom Bait y AMIA realizaron una encuesta anónima a los 78 asistentes en el marco de su 5ta. Jornada de Estudio y Reflexión Violencia Familiar (2008). El 3% de los concurrentes eran hombres y el 97% mujeres. Obteniendo como resultados que el 27 % de las mujeres fueron víctimas de abuso sexual en su infancia. Dentro de las víctimas de abuso, el 57% correspondió a abuso intrafamiliar, el 33% a abuso extrafamiliar y 5% a ambos tipos. La población asistente se constituía por profesionales de la salud y del campo legal que se desempeñaban en la temática de violencia familiar.

Se muestra en gráficos para su mejor comprensión.

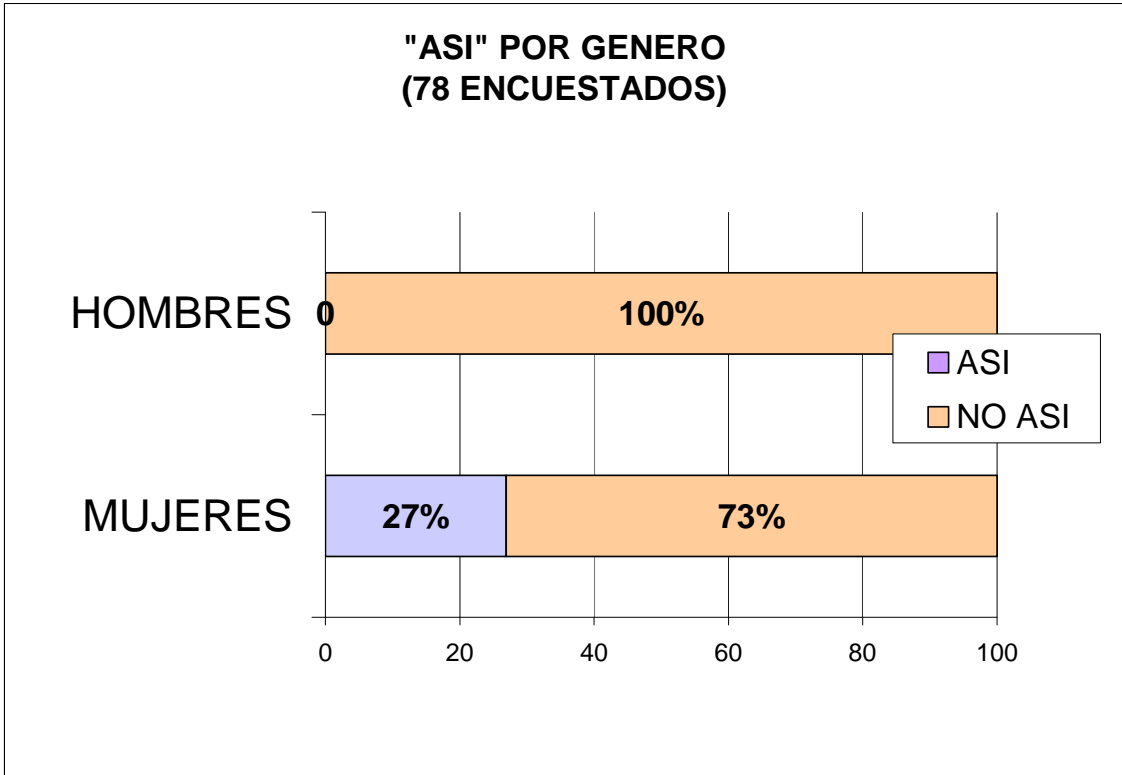


Grafico Nro. 5 ASI por género. (Shalom Bait y AMIA, 2008)

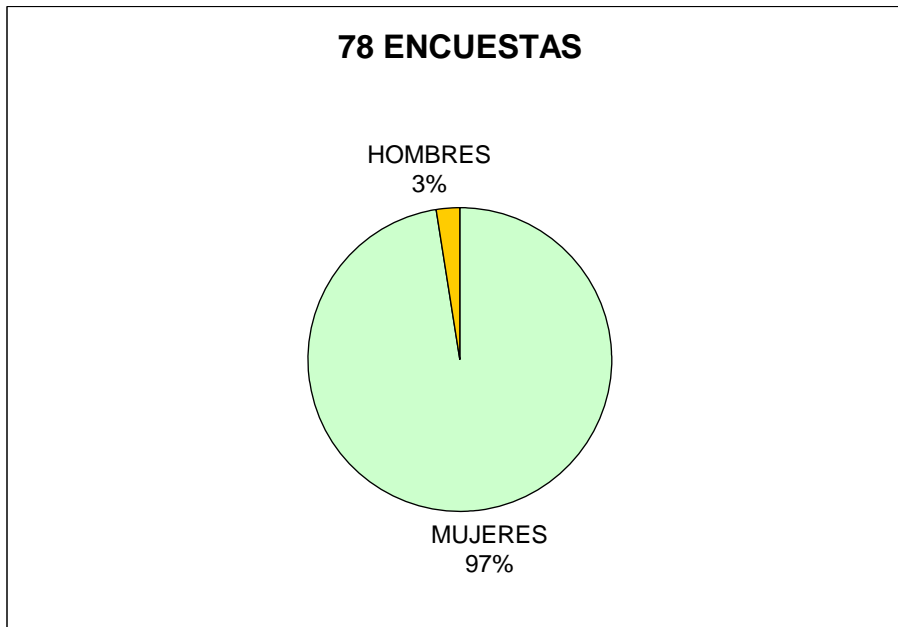


Grafico Nro. 6. Muestra proporción por sexo. (Shalom Bait y AMIA, 2008)

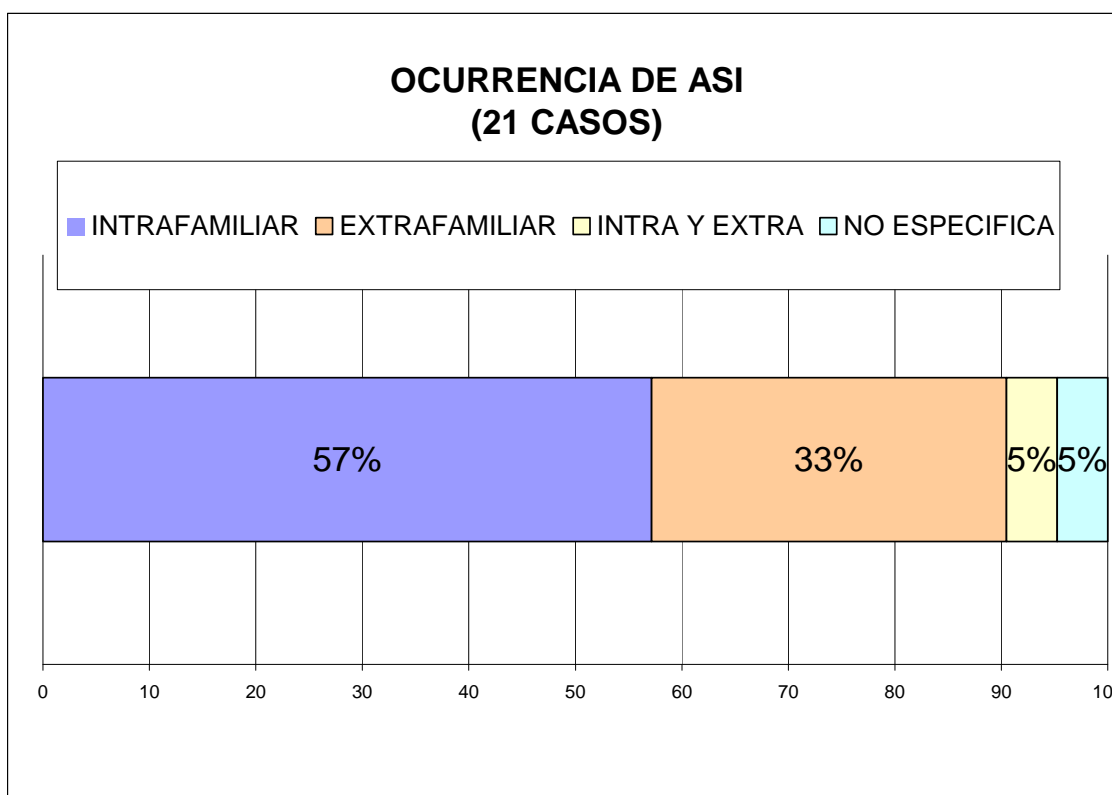


Grafico Nro. 7. Tipos de ASI. (Shalom Bait y AMIA 2008).

5. PATOLOGÍAS ALIMENTARIAS MARCO TEÓRICO

Para la comprensión de las patologías alimentarias se han utilizado los parámetros diagnósticos que pertenecen al DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1993).

A la vez se considera que las patologías alimentarias requieren de intervenciones interdisciplinarias, dada la complejidad y múltiples consecuencias que presentan en los sujetos que la padecen. Herscovici y Bay (1990) sostuvieron que la obsesión por una figura cada vez más delgada se ha convertido en una suerte de tiranía que afecta a un creciente número de adolescentes y personas jóvenes, especialmente del género femenino. Las autoras desgranaron la multidimensionalidad de estas patologías e hicieron un análisis crítico de los distintos enfoques terapéuticos. El énfasis de esta propuesta radicó en dejar claro que estos padecimientos no pueden ser encarados como patrimonio de un solo profesional, sino que deben ser abordados desde un equipo multidisciplinario, donde el clínico y el terapeuta familiar comparten la responsabilidad del tratamiento. Otra distinción fundamental: el abordaje familiar sistémico no depende de tener a la familia presente en el consultorio sino de una manera particular de pensar a los individuos como afectándose en forma mutua. Así, la familia es vista no necesariamente como generadora de patología sino como un recurso de salud. Herscovici y Bay ofrecieron una guía rigurosa, pormenorizada y clara para la comprensión y el tratamiento de estos trastornos (Herscovici y Bay, 1996; Herscovici y Bay, 1997).

Se han tenido en cuenta modelos de intervención sistémicos y constructivistas, en especial trabajos de Rodríguez Vega (1996), los trabajos del Modelo Estructural de Minuchin (1992, 1999) y el Modelo de Milán de Selvini Palazzoli (1995, 1999).

Farrera (2009) expuso que los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de ingesta compulsiva son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando mayor incidencia en los últimos años. Están conceptualizados como síndromes y son, por tanto, clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan, existiendo en ellos una importante interacción entre la psicología y la fisiología.

Los trastornos de ingesta pueden conceptualizarse utilizando un modelo multidimensional. La anorexia puede describirse utilizando los tres criterios originales propuestos por Russell y Beardwood (1970) como núcleo de los cuatro criterios que requiere el DSM IV. Estos criterios incluyen rechazo a mantener el

peso de acuerdo a una proporción normal acorde con la estatura y la edad, miedo a ganar peso y ausencia del ciclo menstrual o amenorrea. Los cuatro criterios describen una distorsión severa de la imagen corporal, en la cual la imagen del cuerpo es la medida predominante de la autoestima. En el DSM-IV existen dos subtipos de anorexia que se utilizan para describir en mayor medida la presentación clínica: tipo purgativo y tipo restrictivo (Farrera, 2009).

5.1 DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

El vocablo anorexia proviene del latín an, prefijo restrictivo y orexis, apetito. El adjetivo nerviosa refiere su etiología de fuerte ligadura psicológica. Considerando a la anorexia como la falta de apetito por causas relacionadas a lo psicológico.

Zerbe (1991) sostuvo que en su forma grave típica la anorexia está descrita como una púbera adolescente extremadamente adelgazada, de aspecto envejecido, piel frecuentemente muy pálida, a veces anaranjada y cubierta de un fino lanugo, con cabellos secos y escasos, de caminar lento, vestidas con ropas holgadas y oscuras, que se refugian en un silencio mientras sus padres hablan por ella.

A su vez, el término bulimia se deriva del griego bous buey y limos hambre que equivale a hambre de buey, que significa hambre desmesurada. La bulimia se caracteriza por episodios de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inadecuadas como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos de tendencia adelgazante, laxantes, diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. En esta patología alimentaria se halla la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Los pacientes con bulimia manifiestan miedo intenso a subir de peso (Farrera, 2009).

La bulimia nerviosa es una enfermedad psíquica y alimentaria que se caracteriza por dos aspectos, de un lado está el comportamiento en la ingesta incontrolado y por otro, las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de este peso.

La persona con bulimia tiene una imagen corporal de sí misma totalmente errónea, a modo de distorsión cognitiva, y una autoestima muy baja que intenta compensar adelgazando y controlando lo que come: no se acepta y busca una solución inmediata a sus conflictos dejando de comer para adelgazar inmediatamente. Hambre y ansiedad la llevan a una ingestión desmedida de alimentos.

Esto genera, a su vez, sentimientos de culpabilidad y descontrol que la conducen al vómito, a los laxantes y a los diuréticos, y a una nueva restricción de alimentos. Así comienza, una vez y otra vez, este círculo vicioso.

Existen dos subgrupos de comportamiento bulímico

- Tipo purgante: cuando regularmente se autoinduce el vómito o hace mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros purgantes (medicamentos que, a través de sus efectos químicos, sirven para aumentar la eliminación del contenido intestinal).
- Tipo no purgante: si utiliza otros comportamientos inapropiados, como ayunar o hacer ejercicio excesivo, en vez de adoptar comportamientos purgantes para reducir la absorción calórica de cantidades excesivas de alimentos por parte del cuerpo.

A su vez los trastornos alimentarios no especificados representan un subgrupo con características similares a la bulimia, pero se diferencian en que en este tipo de trastornos no presentan conductas compensatorias inadecuadas, es decir ni vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos.

5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A lo largo de la historia diversos antecedentes de patologías alimentarias han sido descritos, aunque la denominación tal como es conocida en la actualidad data del siglo pasado.

En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos (Farrera, 2009).

En su obra *Anabasis*, Jenofonto (428-354 a.C.) refirió un estado de desfallecimiento y colapso físico en el ejército griego que luchaba en Asia Menor. Advertido de que sufrían bulimia y que la ingesta podría recuperarles, Jenofonto distribuyó provisiones y reiniciaron la movilidad. Esta presentación de bulimia persistió hasta el siglo IV d.C., como un estado de extremo apetito, debilidad y desfallecimiento. Galeno (129 d.C.) definió los principales síntomas bulímicos como antojos, colapso, palidez, frialdad de extremidades, opresión abdominal y pulso débil (Farrera, 2009).

En la época romana los banquetes donde se comía y bebía con exageración eran de carácter sagrado pero después, pasaron a tener carácter social. A lo largo de estos banquetes el vómito era un remedio usual para reiniciar la comilona. Se denominaba vomitorium a estos recipientes enormes que tenían carácter público, como grandes fuentes instaladas para tal fin entre banquete y banquete (Toro, 1996; López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez, 2006; Farrera, 2009). A pesar de la tradición de inducir el vómito en el curso de los banquetes de los romanos, referido gráficamente por Petronio en el primer siglo d.C., las referencias

de bulimia más precoces describen una respuesta fisiológica a una prolongada privación de comida en el contexto de enfriamiento, desfallecimiento y agotamiento, más que una consunción desinhibida. Una excepción logra encontrarse en los escritos de Aureliano en el siglo V, que discute en el contexto de enfermedades crónicas, apetito mórbido y phagedaena. Definió la primera como una enfermedad del esófago caracterizada por un apetito voraz, ausencia de masticación y vómitos. Refirió pacientes emaciados con facies edematosa y erosión dental; en la phagedaena narró el aumento de las parótidas y caries dental, observados en los pacientes actuales de bulimia (Farrera, 2009). Los griegos, en situaciones sociales y religiosas, se entregaban a vómitos ritualizados (Brownel y Fairburn, 1995; Farrera, 2009). Hipócrates narró el hambre enfermizo y el hambre ordinario. Es Aristófanes la persona que acuña el término hambre feroz (citado en Stunkard, 1993 y Toro, 1996).

En el siglo IX, el monje Baviera de Monhein refirió la milagrosa curación de la joven Friderada, que tras un período de apetito voraz, deja de comer por completo, vomita los lácteos que ingiere y finalmente es curada por Santa Walpurgis tras ser llevada a ese santuario (Habermas, 1986).

En el siglo X, Aurelianus describió al hambre mórbido como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado. En estos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries. Estos signos, característicos de la bulimia, son consecuencias médicas del vómito auto-inducido (Farrera, 2009)

También en el mundo árabe se hallaron referencias a esta enfermedad. Ya en el siglo XI, Avicena comenzó a describir la conducta anoréxica en mujeres que se negaban a alimentarse. Avicena describe el caso del joven príncipe Hamadham, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía. En este caso, probablemente el cuadro inicial fuera una depresión (Sours, 1980).

Los primeros relatos de patologías alimentarias severos se refieren a cuadros de Anorexia Nerviosa y se remontan a la Edad Media. La mayoría de los casos citados por Herscovici y Bay (1990), tenían relación con abstinencias alimentarias místicas.

López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) efectuaron un recorrido histórico exponiendo que en el Siglo XIV, en la Edad Media se describió una afección que se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta. Wilgefortis, hija del rey de Portugal, ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza, para ahuyentar la atención de los hombres. Es en la Edad Media cuando el vómito ocupa una práctica penitencial; el penitente mediante la emesis arrojaba de sí sus pecados y dominaba así sus apetitos sexuales (Farrera, 2009).

Santa Liberata Wilgefortis, hija del rey de Portugal, fue considerada santa patrona de las mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas, tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello, tras una persistente restricción alimentaria como rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia. Ello la llevó a ser crucificada por su padre y después canonizada (Lacey, 1982).

En el siglo XIV, Santa Catalina de Siena vomitaba después de haber tragado dos hojas de lechuga. La sola idea de comer le molestaba y descomponía. Santa Catalina de Siena, nacida en 1347, refiere ya a los siete años su primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo, y en la adolescencia ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan. Las hierbas constituyen con toda probabilidad sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones (Farrera, 2009).

El sentido de la enfermedad era la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción, en pos de obtener una absoluta espiritualidad; un sentido de la existencia marcado por la penitencia, el sacrificio y a la vez la productividad intelectual y artística. Es decir, a través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de femineidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo. Se trataba de mujeres ascéticas, resistentes, alejadas del mundo material, con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones, aún desarrollando una gran actividad. Holtz (1995) expresó que en la Edad Media las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos fue sólo una forma más de auto sacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, aislarse de la sociedad, auto mortificarse. La autora comentó que muchas de las mujeres del posmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama. Estas mujeres se diferencian de las pacientes actuales, quienes en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

Trevisa, en 1398, utilizó por primera vez el término de bulimia, que inicialmente significó apetito inmoderado sin nombrar los vómitos ni temas afines, según el Oxford English Dictionary de 1983 (en Toro, 1996; Farrera, 2009).

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa la realizó Richard Morton y data del año 1694 refiriéndose al caso de Miss Duke, en un texto titulado *A Treatise of Comsumptions*. El médico inglés describió a una joven de 18 años quién cayó víctima de la supresión de sus menstruaciones, su apetito comenzó a descender, pérdida de peso y su digestión pasó a ser mala; también su cuerpo se mostró flácido y su rostro comenzó a palidecer; no tenía fiebre, pero sí frialdad en

su cuerpo, dado que la anorexia prolongada en el tiempo hace que la temperatura corporal disminuya, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, y atribuyéndolo a la tristeza y a las preocupaciones. Tras abandonar el tratamiento, murió tres meses más tarde (citado en Turón, Fernández y Vallejo, 1992; Chinchilla Moreno, 1994, Chinchilla Moreno, 1995; Brownell y Fairburn, 1995; Cervera y Quintanilla, 1995; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Saccomani, 1997; Holtz, 1995; Herscovici y Bay, 1990, Chinchilla Moreno, y Barjau Romeo, 2003).

López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) expusieron que la mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un período corto de tiempo, se remontaban al siglo XIX, pero estas conductas estaban asociadas a otras enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa. A partir del siglo XIX, se le atribuyó un origen psíquico a la enfermedad. A comienzos del siglo XIX, los diccionarios médicos describieron a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo (Farrera, 2009).

Holtz (1995) expuso que los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunaron y murieron tras un estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia nerviosa. La autora, sin embargo, desacuerda con esta posición. Ya que las mujeres, antes de mediados del siglo XIX, no tenían propiamente anorexia nerviosa, ya que faltaba un ingrediente básico: que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar.

Enrique VIII de Inglaterra y sus súbditos, el papa Borgia y cortesanos, los campesinos flamencos de Bruegels y los seguidores del Bosco practicaban atracones seguidos de vómitos autoprovocados. En un comienzo el carácter festivo, aparentemente voluntario y controlable, dejaría de lado el carácter patológico actual de tales comportamientos alimentarios (en Toro, 1996; Farrera, 2009).

Juan Cruz, en 1995, en su obra *El Refrán dietético* en la obra de Soropán de Rieros, describió la versión española del trastorno bulímico a principios del siglo XVII. Cruz relató las tres clasificaciones de hambre que da el Dr. Soropán: el hambre canina, con vómito posterior; el gran hambre o en griego bulimus, en la que no hay vómito pero sí desmayo y la tercera es un hambre que no sólo apetece mucha comida sino incluso en malas condiciones, llamada en latín pica y en griego malakías. Las dos primeras que son la canina y la insaciable apetencia ya Sócrates, explica Soropán, las curaba haciéndoles beber vino generoso puro (citado en Cruz, 1995; Farrera, 2009).

Mortherby, en 1785, describió distintos tipos de bulimia: la de hambre pura, la ingesta acabada en vómito y la tercera, la que se asocia hambre y desmayos (en

Chinchilla Moreno, 1995; Farrera, 2009). Es de 1800 la crónica más concreta escrita por James quien describe la noción de trastorno de la conducta alimentaria (en Chinchilla Moreno, 1995; Farrera, 2009).

En 1764 Robert Whytt describió en Inglaterra cuadros anoréxicos y los cataloga como atrofia nerviosa (en Brownell y Fairburn, 1995; Cervera y Quintanilla, 1995; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Farrera 2009). Es el primer autor que describe la bradicardia que acompaña a la inanición (Brownell y Fairburn, 1995, Farrera, 2009).

En Francia en 1798, Pinel publicó *Nosographie philosophique*. En el capítulo dedicado a las neurosis de digestión incluyó la bulimia, pica y anorexia. Definió a la anorexia como una neurosis gástrica que aparecía con frecuencia (en Vandereycken y Van Deth, 1994; Toro, 1996; Farrera, 2009). En 1840 Imbert en su *Traité théorique et pratique des maladies des femmes* incluyó los tres trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y pica como neurosis del estómago. Destacó dos tipos de anorexia: anorexia gástrica y anorexia nerviosa. La primera era un trastorno del estómago, mientras que la segunda se consideraba una alteración de las funciones cerebrales. Las pacientes con anorexia nerviosa presentaban pérdida de apetito y síntomas neuróticos tornándose melancólicas, coléricas y asustadizas. Asoció la inapetencia con una disfunción cerebral (en Vandereycken y Van Deth, 1994; Toro, 1996; Farrera, 2009). El médico francés Louis Victor Marcé en 1859 denominó la anorexia nerviosa como delirio hipocondríaco, siendo pionero en el campo de la observación médica en tales trastornos (en Brownell y Fairburn, 1995; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Farrera, 2009).

En 1839, Duglison precisó la bulimia como un apetito canino que suele aparecer en la histeria o durante el embarazo; raramente en otras circunstancias. En Francia, Blanchet examinó en 1869 la noción de bulimia y citó que el alimento es la base de la obsesión y preocupación en la bulimia. Si la bulimia va acompañada de vómitos, Blanchet la denomina cinorexia; licorexia cuando el tránsito digestivo era especialmente veloz causado por contracciones intestinales y fringale, cuando la sintomatología bulímica alternaba con la anoréxica (en Stunkard, 1993; Chinchilla Moreno, 1995; Toro, 1996 y en Turón, 1997; Farrera, 2009).

En 1872 Lasègue detalló el cuadro como Anorexia Histórica. Realizó la primera descripción clínica, destacando las dificultades que tienen las pacientes para verse como realmente son, es decir, la distorsión de la imagen corporal (Bagattini, 1998; Holtz 1995).

En 1874, William Gull describió en Inglaterra la enfermedad con el nombre de anorexia nerviosa, destacando su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres. El autor denominó anorexia nerviosa a lo que, en realidad, era, como

también lo es actualmente, una dieta de hambre que se imponía la propia paciente. Gull sostenía ya en 1874 que las pacientes con anorexia se autoinducían una huelga de hambre. Gull mencionó la aparición ocasional de episodios de apetito voraz en estas pacientes. Describió dicha patología con gran minuciosidad: un cuadro clínico caracterizado por presentarse en mujeres entre los 16 y 25 años de edad; su sintomatología cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito, sin causa física aparente, acompañada de amenorrea, constipación resistente, astenia e hiperactividad psicomotriz y social (en Brownell y Fairburn, 1995; Cervera y Quintanilla, 1995; Garner y Garfinkel, 1997; Bagattini, 1998; Farrera, 2009). Gull y Lasègue quedaron reconocidos como los iniciadores del estudio científico de la anorexia (en Cervera y Quintanilla, 1995; Garner y Garfinkel, 1997; Farrera, 2009).

También en 1874 Lasègue describió el cuadro como anorexia y postuló el término anorexia histérica en 1873. Realizó la primera descripción clínica, destacando las dificultades que tienen las pacientes para verse como realmente son, es decir, la distorsión de la imagen corporal. En su observación del síndrome, además de destacar el valor diagnóstico de la actitud del paciente y reflejar los elementos que componían la clínica, sugirió que las conductas patológicas se debían a la presencia de "sentimientos evitados u ocultos" relacionados con la transición a la edad adulta. Lasègue, además, se le conoce como el primer médico en sugerir que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres, comenzando a dar importancia a los factores sociales (en Brownell y Fairburn, 1995; Cervera y Quintanilla, 1995; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Brumberg, 1988; Bagattini, 1998; Holtz, 1995; Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998; Farrera, 2009).

Jean Martin Charcot colaboró con Lasègue en el estudio de la anorexia histérica (en Garner y Garfinkel, 1997; Farrera, 2009). A pesar de los avances médicos de Lasègue, fue Charcot quien llevó a la práctica, como tratamiento más eficaz, el aislamiento de la paciente respecto a su familia, consiguiendo con ello el reconocimiento tanto en Europa como en Estados Unidos (en Brumberg, 1988; Farrera, 2009).

El miedo anormal a volverse obeso surgió claramente en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot. Charcot describió un caso en el que él trató a una joven en un estado muy demacrado. Un día, mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: "prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre". Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa (Holtz, 1995).

En 1883 el francés Huchard propuso el término de anorexia mental en lugar de anorexia histérica (en Toro, 1996; Farrera, 2009). En una revisión literaria sobre la

anorexia publicada en Norteamérica en el siglo XIX, por Vandereyken y Lowencopf (1990), hallaron la primera referencia del trastorno alimentario citada por Hammond en 1879; su enfoque se basó en el concepto de anorexia histérica de Lasègue y Charcot. Mitchell, en 188, se constituyó como un gran investigador en el estudio y tratamiento de la neurastenia. Creía que se podía solapar a la anorexia. Hizo referencia a la pérdida de apetito en la anorexia y a los trastornos gastrointestinales de la histeria. Osler, médico internista americano, en 1882 divulga entre los médicos americanos las concepciones de Gull. Expresó que la anorexia era el trastorno digestivo más relevante de la histeria (en Farrera, 2009). El primer caso publicado en Estados Unidos sobre anorexia nerviosa lo presentó James Hendrie Lloyd, en 1893, que sin citar ningún autor americano en su artículo, siguió la orientación francesa (en Vandereycken y Lowencopf, 1990; Toro, 1996; Farrera, 2009).

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud refirió un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describió dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. Freud interpretó la anorexia nerviosa como una forma de melancolía en la pubertad. A pesar de sus interpretaciones etiológicas, en sus escritos sobre psicoterapia desaconsejaba el tratamiento psicoanalítico para este tipo de pacientes (en Farrera, 2009). En 1916 Abraham realizó aportes sobre el papel del sadismo oral en la inhibición del apetito. Hesnard en 1939 aportó las bases neuróticas de la anorexia, Boutinnier en 1941 y Levobici en 1948 remarcaron la importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia (en Guillemot y Laxenaire, 1994; Turón, 1997; Farrera, 2009).

A principios del siglo XX, la anorexia empieza a tratarse desde una concepción etiológica endocrinológica. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa es estudiada principalmente desde el punto de vista psicológico, bajo los modelos psicoanalíticos de ese momento (López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez, 2006).

En 1914 Simmonds, patólogo alemán, refirió un caso de una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción de la glándula pituitaria, y durante los siguientes años rigió la confusión entre insuficiencia pituitaria, enfermedad de Simmonds, y anorexia nerviosa. Sheehan, en 1938 estableció claramente la diferencia entre anorexia nerviosa y caquexia hipofisaria de origen isquémico (en Garner y Garfinkel, 1997; Turón, 1997; Bagattini, 1998).

Fue en 1907 cuando Janet publicó una descripción detallada de un caso de bulimia y da una nueva orientación al análisis y descripción del trastorno. La anorexia la conceptualiza de origen emocional y describió dos tipos de enfermedad: obsesiva e histérica. A partir de 1940 surgieron las teorías de la causalidad psicológica influenciada por los conceptos psicoanalíticos que

intervinieron en los pensamientos psiquiátricos de la época. H. Ey la clasificó entre los síndromes psicossomáticos bajo el nombre de anorexia mental. En los últimos 40 años la anorexia nerviosa adquirió entidad propia. A partir de la década del 40 estas enfermedades son consideradas un síndrome (Farrera, 2009). En este período se describieron algunos casos clínicos con episodios de sobre ingesta, autoinducción de vómitos y abuso de laxantes; y a la vez comenzó a registrarse el deseo de estar delgada o el temor a la obesidad como un hecho común en la anorexia (Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998; Farrera, 2009).

Wulff, en 1932, identificó el síndrome clínico en 4 puntos: episodios de voracidad, hipersomnolencia, depresión apática y una alteración en el modo de subestimación de la imagen corporal (en Chinchilla Moreno, 1995; Farrera, 2009). Binswanger, en 1944, con el caso de Ellen West, especificó con precisión una paciente bulímica que había padecido anteriormente de anorexia (en Beumont, 1991 y Johnson y Connors, 1994; Farrera, 2009).

En 1959, Stunkard dirigió una comunicación personal a Hyman Cohen donde describió el binge eating syndrome, basándose en la similitud con los excesos en la ingesta de alcohol en enólicos (en Toro, 1996; Farrera, 2009). En los años venideros la bulimia era considerada aún como síntoma (citado en Toro, 1996; Farrera, 2009). Si bien se había ampliado la preocupación por el fenómeno bulímico, pero la atención se limita a la bulimia de los pacientes con anorexia y obesidad. Al final de esta década es cuando la bulimia empieza a valorarse como entidad nosológica diferenciada en personas con peso normal (Farrera, 2009).

La primera en referirse en 1962 a un trastorno de la imagen corporal fue Hilde Bruch, psicoanalista americana. Esta patología formaría parte de la alteración perceptual y conceptual (Brownell y Fairburn, 1995; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1996; Silverman 1997; Turón, 1997; Ayuso, Ponce de León y Gual, 1998; Farrera, 2009). A pesar de su formación psicoanalítica, Bruch reconoció que el tratamiento psicodinámico en sí, tal como Freud avanzó, no era eficaz en estas patologías (Bruch, 1978). Para la autora la anorexia nerviosa se concebía en términos de desarrollo de la personalidad total, en el contexto de una familia concreta. Postuló dos tipos de anorexia: la anorexia primaria, basada en la distorsión de la imagen corporal, falta de insight desde el hambre hasta las emociones, con una sensación generalizada de ineficacia que en términos cognitivistas se llamaría locus of control externo. Dio importancia a las experiencias infantiles y adolescentes, por ello la adolescencia es la edad crítica para la aparición de la anorexia pues es en este período de la vida en el cual se busca y se desarrolla la autonomía y la individualización (Bruch, 1978, Bruch, 1982, Bruch, 2001). Por otra parte, la anorexia secundaria o atípica tuvo como característica esencial en Bruch, una pérdida de peso grave causada por conflictos internos. Dio énfasis al trastorno de la imagen corporal o alteraciones de la interocepción, tema central de muchas investigaciones posteriores dirigidas todas ellas a las estrategias actuales de intervención

terapéutica. La autora aludió la autonomía de la personalidad anoréxica, la autoestima, la obsesión, así como la adaptación e integración social; no olvida la susceptibilidad al estrés de posibles perturbaciones asociadas, las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicosomáticas de la malnutrición. Pero junto a todos estos factores Bruch valora la indudable influencia de los agentes socioculturales (en Garner y Garfinkel, 1979; Guillemot y Laxenaire, 1994; Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1997; Turón, 1997; Farrera, 2009).

En 1972 Feighner conformó el primer sistema de clasificación en categorías basándose en criterios definidos, acogido con gran aceptación (en Chinchilla Moreno, 1995; Farrera, 2009). La anorexia fue incluida como una entidad clínica diferenciada e independiente, sin embargo no podía tener comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, como trastorno afectivo, neurosis obsesiva compulsiva, fobia o esquizofrenia; la presencia de una de estas patologías invalidaba el diagnóstico de anorexia nerviosa (Chinchilla Moreno, 1995; Farrera, 2009).

Fueron los criterios diagnósticos de Feighner para esta patología alimentaria el punto de partida para detectar y evaluar la enfermedad, aunque se han ido modificando a través del consenso de especialistas de la Sociedad Americana de Psiquiatría, APA. La edad de inicio que proponía Feighner queda relegada y en las posteriores clasificaciones de la Sociedad Americana de Psiquiatría existe un acuerdo unánime en que la anorexia suele aparecer en la primera adolescencia, sin que ello implique que no aparezca en adultos (Halmi, Brondland y Rigas, 1975; Turón, Fernández y Vallejo, 1992; Farrera, 2009). Asimismo, la pérdida de peso, necesaria para la definición de anorexia ha pasado del 25% propuesto por Feighner y el DSM III, al 15% en los criterios del DSM III R y del DSM IV (Farrera, 2009).

Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, en 1963 estudió el incremento de pacientes con anorexia tras la segunda guerra mundial. Atribuyó el desarrollo de este trastorno a la emergencia de una sociedad opulenta con una tendencia de las familias de clase social media dirigida hacia los hijos. La autora expuso que la anorexia es más frecuente en mujeres que en varones, pues a pesar de una posible independencia, éstas siguen estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos (en Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Farrera, 2009).

Dörr-Zegers, el investigador chileno, publicó en 1972 tres casos de hiperfagia seguida de vómitos. Describió el trastorno como un síndrome independiente, relacionado con la anorexia nerviosa, las neurosis obsesivo-compulsivas y las adicciones (en Vandereycken y Van Deth, 1994; Farrera 2009).

En 1976, Stunkard publicó en Palo Alto una ampliación de las representaciones sobre la bulimia. En 1977, junto con Wermuth, Davis y Hollister, transmitieron el estudio de la fenitoína para el tratamiento de tal enfermedad.

Ziolko en 1976 propuso el término de hiperorexia nerviosa, y desde 1966 describió diversos artículos sobre la hiperorexia, delimitando el cuadro como opuesto a la anorexia y pensándolo como clínicamente autónomo (citado en Stunkard, 1993; Farrera 2009). Vandereycken explicó que si Ziolko hubiera publicado en inglés, probablemente estaríamos hablando de hiperorexia nerviosa en lugar de bulimia nerviosa (Vandereycken y Van Deth, 1994; Farrera 2009).

Stein y Laakso realizaron en 1988, un meta análisis retrospectivo histórico considerado como el más interesante en bulimia (citado en Toro, 1996; Farrera 2009). En este estudio se aludió a que la Enciclopedia Británica de 1797 precisó a la bulimia como una enfermedad en la que el paciente está perturbado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele caer en accesos de desvanecimiento. Cuando los autores mencionados analizaron las publicaciones sobre bulimia durante el siglo XX y antes de 1970, constataron que la bulimia era una patología carente de interés general, clínico y científico.

Las conclusiones de la revisión de Stein y Laakso en 1988 son las siguientes: durante siglos la bulimia ha tenido tanto connotaciones de síntoma como de síndrome. Su asociación con el vómito queda evidente en los escritos históricos. Los atracones de comida fueron el síntoma central y esto ha permanecido relativamente constante desde principios del siglo XVIII, tanto los síntomas anexos como su etiología han variado en el transcurso del tiempo. Entendieron que la asociación entre bulimia y depresión, hoy en día evidente, ha sido tema invariable durante la historia descriptiva de esta patología (citado en Toro, 1996; Farrera 2009).

Vandereycken y Van Deth (1994) destacó las aportaciones de especialistas franceses y alemanes, aunque pasaron desapercibidas en la literatura anglosajona de la época. Mencionó a Stunkard quien en 1976 informó los criterios diagnósticos de la bulimia pero omitiendo los vómitos y abuso de laxantes como conductas compensatorias tras la sobre ingesta.

Russell en 1970, propone tres criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa: las conductas que demuestren una clara pérdida de peso, la evidencia de trastornos endócrinos: amenorrea en mujeres y pérdida de la libido en hombres y las características psicopatológicas de miedo intenso a engordar, con una alteración de la imagen corporal. Este autor fue quien dio lugar a las tendencias más biológicas de la época, conduciendo al papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad (Russell, 1979). La anorexia queda entonces como un trastorno de origen biopsicosocial (Garner y Garfinkel, 1997; Turón, 1997; Farrera 2009). También el síndrome de la bulimia nerviosa fue definido por Russell en 1979. Hasta entonces se hablaba de comportamientos bulímicos. Este médico estadounidense realizó una descripción pormenorizada de esta patología alimentaria (Farrera, 2009).

En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó la bulimia en el manual de Psiquiatría DSM-III como una enfermedad diferenciada de la anorexia nerviosa (López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez, 2006) y posteriormente en la edición revisada del DSM III R. En esa edición los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa son: el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura, el miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, la alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta y la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. A pesar de la gran cantidad de estudios que se han hecho alrededor de los dos tipos de anorexia, el DSM III R no hizo una distinción clara de criterios diagnósticos para la anorexia restrictiva y la bulímica. Esta distinción finalmente se incluyó en el DSM IV. En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal (Holtz, 1995). En el DSM IV se caracterizó a la bulimia como la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito auto-inducido, el abuso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico, pastillas adelgazantes (Farrera, 2009).

Junto con la bulimia, la anorexia se convirtió en el trastorno mental con mayor morbilidad médica. En la cultura occidental se hicieron en la actualidad casi epidémicos transformándose en un foco de atención e investigación clínica. López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) expusieron que en México en los comienzos del siglo pasado los trastornos de la conducta alimentaria eran prácticamente algo desconocido. Señalaron que podía tratarse de algún desequilibrio de la adolescencia, alguna deficiencia hormonal o un deseo normal por estar delgada. Era un tema del cual no se hablaba en los medios de comunicación, centros escolares o entre profesionales de la salud. Las autoras sostuvieron que actualmente se está informado acerca de la naturaleza de estas enfermedades y no es raro encontrarse con referencias personales de conocidos o amigos que han tenido alguna experiencia cercana relacionada con ellas y se ha visto cada vez un interés más marcado en diferentes instancias que ha originado iniciativas de difusión, investigación, prevención y tratamiento.

López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) consideraron que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental pública, que afecta principalmente a mujeres jóvenes de todos los sectores socioeconómicos, por lo que resulta indispensable desarrollar investigación que permita entender su etiología y el desarrollo de estrategias de prevención, detección y tratamiento.

5.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL DSM IV (1993)

Los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa son:

1. Rehusar a mantenerse en el peso corporal mínimo, para la edad y la altura de la persona. Reducción del peso corporal, manteniéndose 85% por debajo de lo esperado.
2. Temor intenso a ganar peso, aún cuando se esté con peso bajo. Miedo a convertirse en obeso.
3. Alteraciones en la autopercepción del peso corporal o en la imagen corporal que uno tiene de sí mismo. Negación del bajo peso. Influencia extrema del peso o la figura corporal en la autoevaluación.
4. Amenorrea, la cual debe estar ausente en por lo menos tres períodos menstruales.

Tipos de Anorexia

Tipo purgativo: Refiere al uso de laxantes y vómito como maniobras que “aceleran” la pérdida de peso.

Tipo no purgativo: El sujeto usa maniobras para bajar de peso como ayunos prolongados, ejercicios extenuantes, pero no se autoinduce el vómito. La sintomatología obsesiva compulsiva se presenta en los pacientes con anorexia; ésta se caracteriza por pensamientos en torno a la comida. En etapas avanzadas de la enfermedad, sobre todo cuando se instalan algunos problemas médicos serios o infecciones, la enferma deja de tener apetito.

Los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa son

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por
 - Ingesta de alimento en un corto espacio en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Mayormente esta ingesta se produce en soledad e incluye una mezcla de alimentos no usual.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, como impresión de no poder parar de comer, o no poder controlar el tipo o la cantidad que se está ingiriendo.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Tipos de Bulimia

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los criterios diagnósticos para el trastorno de conducta alimentaria no especificado son

Pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria, como anorexia o bulimia nerviosa. A continuación se describen algunos ejemplos:

1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad, como pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal.

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de alimentos.
6. Trastorno por ingesta compulsiva, denominados binge eating, que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

5.4 PERFIL CLÍNICO

A pesar de utilizar criterios diagnósticos precisos, se puede señalar que varían de un país a otro, especialmente en el caso de la anorexia, en lo que respecta a la intensidad de la pérdida de peso requerida para plantear el diagnóstico, o bien la presencia o no de amenorrea. Además, estos criterios tienden a modificarse con el tiempo dentro de una misma región (Jeammet, 1989) ya que actualmente parecería mostrarse una mayor aceptación a la delgadez y los pesos bajos.

La anorexia nerviosa consiste en la necesidad apremiante de tomar todas las recaudas posibles para perder peso, haciendo ejercicios, evitando comer o comiendo sólo aquellos que menos nutran al organismo (Corbella, 1994; Feinstein, 1988; Turón, 1997). Se presenta una negación consciente y meditada a comer (Saranson I. y Saranson B., 1996). Cursa con un estado emocional de ansiedad (Corbella, 1994; Sue, 1996), y un fuerte temor al sobrepeso real o imaginario (Sue, 1996; Feinstein, 1988). La preocupación por ingerir la menor cantidad posible de alimentos les lleva a mentir, esconder la comida en los bolsillos, almacenarla en la boca para escupirla después, sin haberla tragado (Sue, 1996).

Diversos investigadores resaltan como rasgos comunes a estas pacientes la baja autoestima, la alteración en la percepción de su imagen corporal, los pensamientos distorsionados en relación a su cuerpo y a los alimentos, el retraimiento social, el temor al error y al fracaso, la inestabilidad emocional, los estados depresivos, la necesidad de demostrar autocontrol y éxito, ideales de belleza delgados, estereotipos culturales que equiparan el éxito con la delgadez, progresivo aislamiento social y la introversión (Sue, 1996; Feinstein, 1988; Mussen, 1985; Corbella, 1994; Papalia, 1998; Minuchin, Rosman, y Baker, 1989).

Bagattini (1998) confeccionó los criterios del perfil clínico para la anorexia nerviosa. Conformó el perfil con adelgazamiento, amenorrea, miedo intenso a engordar, trastorno de la imagen corporal, abandono de la alimentación, aumento de actividad física, vida social sumamente alterada, conductas compensatorias inadecuadas y negación de los síntomas. Exhibió que el adelgazamiento puede subagruparse en leve, moderado y grave. Se trataría de un adelgazamiento leve cuando se presenta una disminución del peso corporal de inicio del cuadro del 10 a 15% por debajo de lo esperado para su edad y estatura. Moderado cuando

disminución del peso corporal descendería entre un 15 a 25%. La autora hizo referencia a un adelgazamiento grave cuando la disminución del peso sería del 25%. En cuanto a la amenorrea puede tratarse de amenorrea primaria o de amenorrea secundaria. La amenorrea puede aparecer antes del adelgazamiento intenso y no ser secundaria a él. Se integra en un marco de atención que requiere de la interdisciplinariedad. Persiste durante varios meses, incluso en algunos casos luego de recuperado el peso normal. Bagattini expuso que el miedo intenso a engordar, a recuperar peso y/o aumentar está presente en las diferentes patologías alimentarias. Este miedo se halla aún en pacientes con cuadros de adelgazamiento grave, aun cuando su vida se encuentra en riesgo. El trastorno de la imagen corporal está presente en todos los cuadros clínicos. El abandono de la alimentación refiere a que puede dejarse de comer en forma leve, moderada o grave. Si este es leve se trataría de un tipo de ingesta restringida a alimentos de bajas calorías, pero suficientes en el momento de iniciar el tratamiento, que no se acompañan de un severo adelgazamiento. Se trata de una hiperselección de alimentos, que guarda poca relación con el cubrimiento de sus necesidades básicas. Si es moderado se disminuye la ingestión incluso de alimentos de bajas calorías y el tiempo gira alrededor de las ingestas. Aparece la preocupación incesante y paradójica por la comida, las dietas, la acumulación de recetas y comidas. Presenta una preocupación marcada por los alimentos y por cómo se elaboran. Tiene fuertes temores que se le agreguen ingredientes en las preparaciones. Si el abandono de la alimentación es grave los pacientes solo ingieren líquidos no calóricos; es casi nula la ingesta alimentaria; mienten, tiran comida, acumulan y esconden. La negativa es aún a incorporar verduras, alimentos light. Presentan ideas en torno de poder vivir sin comer. A la vez el aumento de actividad física compone este perfil clínico, ya que puede tratarse de una realización de actividades físicas leve, moderada o grave. Si esta realización es leve los pacientes presentan una obsesiva regularidad en concurrir a gimnasia u otro tipo de actividad física con frecuencia semanal o dos o tres veces por semana, independientemente de sus posibilidades físicas. Es moderado cuando los pacientes que concurren diariamente y más de una hora diaria a la realización de actividades físicas, incluso cuando su estado físico aun no lo permite. Si el aumento de actividad física es grave se trata de aquellos sujetos realizan varias horas diarias de ejercicios, saltos, caminatas, permanecer de pie, prácticas de baile, incluso en la noche. También acciones sin sentido tendiente al movimiento para el descenso de peso (Bagattini, 1998). Una paciente, por ejemplo, transportaba su ropa desde un vestidor ubicado en un piso superior de una prenda por vez, por ejemplo una media, otra media, una remera. Todo en viajes de un objeto por vez. La misma paciente levantaba la mesa trasladando por ejemplo la cuchara primero hacia la piletta de la cocina, luego la taza, luego el plato, después la servilleta (Losada, 2010). La vida social se encuentra sumamente alterada en estos pacientes. Al igual que los otros ítems, puede considerarse que la vida social puede encontrarse alterada en estas pacientes en forma leve, moderada o grave. Los pacientes presentan un abandono de amistades anteriores. Comienzan a no querer comentar lo que les sucede, sin presentar interés alguno en amigas o compañeras, aun cuando sean necesidades dadas de acuerdo a su ciclo vital cuando se tratara de

una alteración leve. Si restringen todo tipo de salidas pero continúan viendo a algunos amigos, aunque los vínculos que entablan son superficiales, representan un cuadro del subtipo de moderado. Se niegan asistir a cualquier tipo de eventos sociales, no participan de actividades grupales. Refiere a un perfil grave si se halla a los pacientes en este subgrupo con un aislamiento total y conexión sólo con la madre. Rechazan a cualquier otro sujeto, aún cuando se trata de amistades profundas y/o posibles parejas de su agrado. La madre parece aceptar esta minimización de la vida social de su hija. Presencia de las conductas compensatorias inadecuadas, como uso de diuréticos, laxantes o vómitos autoprovocados. Estos pacientes exhiben una negación de los síntomas y no reconocen su enfermedad. Tampoco reconocen su delgadez, ni el deseo de comer, ni la fatiga, hasta las últimas etapas, en algunos casos extremos tampoco el deseo de dormir (Bagattini, 1998, Calam, Waller, y Bagattini, 1995).

En cuanto a las características de estas pacientes, Bruch (1978) puntualizó que el hambre genera cambios psicológicos y fisiológicos siendo así que gran parte de las conductas anoréxicas se deben a la inanición. Bruch resaltó la importancia de la personalidad premórbida en los pacientes con trastornos alimentarios. Las experiencias hechas posteriormente por Keys y colaboradores en la Universidad de Minnesota (citados por Herscovici y Bay, 1990), estudiando el síndrome de inanición, confirman lo que Bruch expuso. La investigación de referencia demostró que los individuos sometidos a una dieta de hambre en presencia de comida presentaban los siguientes síntomas: irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. A su vez con respecto al miedo ante la comida y el peso, la hiperactividad, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre, Rausch Herscovici y Bay señalaron que se mantienen como propios de la patología alimentaria y no como consecuencia de la inanición.

De una forma u otra estos pacientes con anorexia buscan una especie de divorcio de su cuerpo. Lejos de recurrirse a un tribunal, esta separación se emprende en un hospital y puede terminar con la muerte (Teisson, 2000).

Toro, J., Nicolau, Cervera, Castro, Blecua, Zaragoza y Toro, A. (1995), en un estudio comparativo de 185 adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa, encontraron que las familias de estas pacientes presentaban un alto estándar de educación y mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos. Las pacientes de este estudio presentaban a su vez, un alto nivel académico, retraimiento social y trastornos afectivos y obsesivos compulsivos como comorbilidad psiquiátrica más frecuente.

Losada (2009) señaló que la bulimia y la anorexia comparten características como la depresión, el ocultar de alimento y la obsesión por la pérdida de peso. A la vez, expuso que la anorexia se caracteriza por un alto nivel de exigencia, búsqueda de la perfección, no sólo en su cuerpo sino en todo lo que se realiza.

Estos pacientes presentan muy buen desempeño escolar, mientras sus condiciones psicofísicas se lo permiten. Mantienen la necesidad de completar los mandatos de sus padres, aún aquellos que son implícitos, e incluso aquellos que incluyen silencios y secretos. Proviene de familias con altos niveles de exigencia, sobre todo hacia esta hija en particular. Presentan una alteración en la imagen corporal. Aún con pesos mórbidos se auto encuentran frente al espejo gordas. A esta deformación de la imagen corporal se la denomina dismorfofobia. Se observa una pérdida 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. Presentan una firme negativa a alimentarse. La autora puntuó que las personas con anorexia nerviosa enflaquecen al punto de inanición, ostentando 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. Crean un cuerpo puro sin alimento, en realidad una conducta mortal. Presentan deseos de no comer y deseos de nada.

Losada (2008) expuso que generalmente las patologías alimentarias comienzan a principio de la adolescencia y la juventud, intentando las dietas restrictivas, fracasando y reaccionando con exceso de comida. En respuesta a esta conducta los pacientes intentan bajar de peso o quitarse de alguna forma lo ingerido mediante la ingesta de laxantes, pastillas para adelgazar, medicamentos para reducir líquidos o a través de la provocación del vómito.

Existe cerca de un tercio de los sujetos que presentan trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios diagnósticos para anorexia y bulimia nerviosa. Si se comprenden los trastornos de la conducta alimentaria como una disfunción persistente de la conducta alimentaria con consecuencias directas en el consumo o privación de alimentos y que afecta significativamente a la salud física y al funcionamiento psicosocial, esta disfunción no debe ser consecuencia de ningún otro trastorno médico general o psicológico reconocido. Se utilizará entonces el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado o atípico a las patologías no comprendidas en los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia. Tanto en la 10ª edición de International Classification of Diseases (ICD-10) como en DSM IV se reconoce la existencia de trastornos de la conducta alimentaria atípicos. En el ICD-10 se les clasifica con seis códigos diferentes. En el DSM IV, los denominan TCANE y forman parte de los trastornos de la conducta alimentaria (Farrera, 2009).

Farrera (2009) expuso que el trastorno de ingesta compulsiva (TIC), fue revisado por el DSM IV para determinar si dicha patología debería ser otra

categoría diagnóstica. En este momento está bajo la categoría de trastornos de ingesta no especificados (TCANE), Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) o trastornos de la alimentación no especificados (TANES) y se considera como un diagnóstico en investigación. Aunque este trastorno sea similar a la bulimia nerviosa, existen dos diferencias significativas: los pacientes que lo sufren no usan métodos compensatorios inadecuados de manera regular, y no experimentan el nivel de insatisfacción con el propio cuerpo como ocurre en los pacientes con anorexia o con bulimia (Devlan, Walsh y Spitzer, 1982). Estos pacientes tienden a la obesidad porque ingieren una alta cantidad de calorías y no se purgan (Willson y Smith, 1989).

Es escasa la bibliografía sobre estos trastornos no especificados. No se han realizado estudios descriptivos, las referencias de que se disponen provienen de informes clínicos (Mizes y Sloan, 1998; Farrera, 2009). Sin embargo, según parece, éstos podrían dividirse claramente en dos amplios grupos: los que se parecen a la anorexia nerviosa o la bulimia pero que no se ajustan plenamente a los criterios diagnósticos, y los que presentan un cuadro clínico cualitativamente diferente. En el primer caso, los pacientes tienen una disfunción muy similar al trastorno, pero no cumplen todos los criterios, bien porque falta una de las características diagnósticas esenciales, por ello a veces se usa el término síndrome parcial, bien porque el trastorno no es lo suficientemente severo como para llegar a pasar el umbral mínimo exigido. (Walsh y Garner, 1997; Farrera, 2009). Los criterios diagnósticos de los trastornos de la alimentación no especificados se reservaron para grupos heterogéneos con los trastornos de la alimentación que no cumplían estrictamente los criterios diagnósticos ni de anorexia ni de bulimia, pero no por ello, el término not otherwise specified puede ser mal interpretado como trastorno alimentario de menor significancia clínica. Así mismo, el cuadro clínico de los individuos con los trastornos de la alimentación no especificados puede ser grave y requerir también pronta atención hospitalaria o clínica (Walsh y Garner, 1997; Farrera, 2009).

Raich (1994) observó que en todas las clasificaciones diagnósticas de los trastornos de la alimentación no especificados, se hallaron las siguientes conductas alimentarias: dietas extremas o ayuno, episodios de sobre ingesta o bien una combinación de ambos. Y prácticamente en todas las descripciones aparece una preocupación por el peso y figura, percepción alterada del peso y de la imagen corporal y en todos los trastornos que predominan los atracones aparece un sentimiento persistente de falta de control sobre la ingesta.

Walsh y Garner (en Garner y Garfinkel, 1997) acreditaron que los trastornos de la alimentación no especificados merecen también mucha más atención. Estos estados atípicos constituyen una proporción considerable de enfermedades asociadas con trastornos de la alimentación y suelen ser muy difíciles de tratar. Los estudios descriptivos y analíticos bien elaborados posibilitarían esclarecer las características del trastorno, su pronóstico y tratamiento. Expusieron la necesidad

de estudiar grandes muestras de individuos con trastornos de la alimentación no especificados, contrariamente a la práctica habitual, así utilizar pruebas de screening que ayuden a la clasificación de estos trastornos alimentarios cada vez más específicos (Walsh y Garner, 1997; Farrera, 2009).

Con respecto al trastorno de sobre ingesta compulsiva merece gran atención dada su alta prevalencia en la población general siendo clasificado ya por muchos autores como el tercer de los cuatro diagnósticos en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, trastornos de ingesta compulsiva y trastornos de la alimentación no especificados (Beresin, 1998; Hay y Fairburn, 1998; Kaplan, 1998; Yager, 1998; Farrera, 2009).

5.5. MODELOS DE INTERVENCIÓN SISTÉMICOS Y CONSTRUCTIVISTAS

Rodríguez Vega (1996) sostuvo que antes de la década de los 70, el tratamiento de la anorexia nerviosa, considerada como paradigma de la enfermedad psicósomática, incluía la parentectomía o separación de los padres. Con el empuje de los tratamientos sistémicos se pasó a incluir a la familia en el camino para lograr el cambio. La novedad del modelo sistémico, que incluyen una gran parte de las modalidades de tratamiento familiar, fue la de poner en relación el síntoma con su contexto con el objetivo de evitar un aislamiento artificial de éste, además de dar espacio para que la familia colabore en la solución del problema. La autora sostuvo que ignorar la correlación entre el síntoma del paciente y el contexto familiar puede ayudar a perpetuar la naturaleza crónica de la enfermedad donde el cuerpo se convierte en el terreno de intersección de niveles múltiples de complejidad que lo conectan con una trama y una historia, dando espacio a una suerte de cuerpo portador de un malestar familiar. Bajo el paradigma de la teoría general de los sistemas, los síntomas en el individuo son vistos como parte de las interacciones dentro de un sistema. Estas relaciones recíprocas son cualitativas y si bien son difíciles de cuantificar con confiabilidad, sí permiten examinar el fenómeno complejo y proporcionan datos valiosos acerca de las relaciones humanas en el sistema familiar.

Boszornenyi Nayi y Spark (1973), Bowen (1991), Carter y McGoldrick (1989), Framo (1965), Paul y Grosser (1965), Walsh y McGoldrick (1991) y Rolland (2000) señalaron que el comportamiento de una familia no puede comprenderse si no se tiene en cuenta su historia, sus legados y pautas de adaptación multigeneracionales que dan forma a mitos, creencias y expectativas e influyen sobre el modo en que las familias perciben una crisis de salud y guían el tipo de sistemas de soluciones que desarrollan en presencia de las dificultades.

Los trabajos del Modelo Estructural de Minuchin y el Modelo de Milán de Selvini Palazzoli han presentado los primeros antecedentes de inclusión de los grupos familiares en el tratamiento de las patologías de la conducta alimentaria.

Minuchin (1992) planteó que las patologías alimentarias implican una interacción sinérgica e inseparable entre factores biológicos, psicológicos y sociales, y a la vez ubicar la problemática alimentaria en el contexto de pautas de comportamiento que involucran las interrelaciones con otras personas en la estructura familiar. Desde el punto de vista estructural, el síntoma es la consecuencia lógica de una organización fallida dentro de la familia. Esta estructura fallida se explica generalmente en términos de confusión de roles y fronteras, jerarquías invertidas, alianzas intergeneracionales o coaliciones entre miembros o subsistemas, y un detrimento de funciones ejecutivas, lo cual puede estar en la raíz de interacciones familiares disfuncionales. Minuchin postuló que dado que la anorexia es un fenómeno difícil de abordar y en el que se interponen múltiples factores, una perspectiva que integre el mayor número de aspectos en su visión probablemente resulte más efectiva. Este modelo expone que las pautas son aprendidas en la familia de origen y tienden a repetirse al atravesar de una generación con otra, en el marco del legado de la tradición familiar, que por exhibir de carácter ideológico y de identidad no son cuestionados. Para ello la búsqueda de las pautas de tres generaciones a través del trazado de genogramas cobra vida como una técnica de alto valor diagnóstico y terapéutico que revelará las interacciones que se transmiten a lo largo de varias generaciones. El genograma posibilita la búsqueda de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra. Rodríguez Ceberio (2004) profundizó la utilización del genograma como recurso terapéutico, no solo con un alto valor en el diagnóstico, sino también en el tratamiento. Malagoli Togliatti (1983) expuso que el sufrimiento del individuo es una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior. Minuchin (1999) señaló que la familia se concibe como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Minuchin y Fishman (1999) explicitaron que la estructura rige el funcionamiento de los miembros que la conforman, define la gama de sus conductas y facilita su interacción recíproca.

Onnis (1990) refirió al estudio de Minuchin que evaluó los modelos transaccionales de familias con diversas perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes con diagnóstico de anorexia. Este estudio permitió documentar, que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características son aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente con anorexia o bulimia juega un rol central y vital. Minuchin (1992) destacó la tendencia de las familias con un miembro con anorexia a apoyar la expresión somática de los conflictos, encuadrándolas dentro del perfil de las familias psicosomáticas. Minuchin señaló que las características más relevantes de estas

familias son: a) hiperimplicación de los miembros entre sí, con una gran interdependencia de las conductas, invasión de los pensamientos y sentimientos de los otros, transgresiones constantes de los límites generacionales; b) actitudes sobreprotectoras que retrasarán el desarrollo y autonomía de los hijos; c) rigidez en el funcionamiento, con la dificultad que ello supone para llevar a cabo los cambios necesarios para el desarrollo; d) ausencia de resolución de conflictos, con una gran dificultad en la negociación explícita de las diferencias. La implicación del hijo sintomático permite evitar el conflicto. Unas veces el hijo está triangulado, de forma que cualquier cosa que diga o haga se interpretará como una toma de partido a favor de uno u otro padre. Otras veces, el hijo se encuentra en una coalición estable padre hijo en contra del otro padre. En el tercer patrón, llamado desviación, la díada conyugal se muestra unida, o bien protegiendo o bien acusando al hijo enfermo, que es definido como el único problema de la familia. Minuchin planteó que la anorexia pierde su calidad de enfermedad individual, para convertirse en una responsabilidad del grupo familiar o social al que pertenece el individuo con diagnóstico de anorexia. De esta manera, desde esta perspectiva, cualquier intervención terapéutica implicará trabajar con la familia, intentando cambiar las pautas de comportamiento que facilitan la continuidad de la patología alimentaria.

Para el terapeuta estructural la eliminación del síntoma anoréxico es primordial y necesaria, pero sólo el primer paso, que debe ser seguido por una reestructuración del sistema familiar. El terapeuta se convierte en un intruso activo que intenta sobre todo crear una coalición estable entre los padres para que se responsabilicen del proceso de la comida, que es visto como una tarea interpersonal. En un principio desafía la creencia familiar de que su hija está enferma y sufre una enfermedad incurable, reestructurándolo como una lucha por el control entre padres e hijos. Su trabajo se centra en el reto a los patrones familiares disfuncionales antes descritos, animando el proceso de individuación e independencia (Minuchin, 1992).

Selvini Palazzoli llegó a conclusiones análogas a través del estudio de doce familias con pacientes con anorexia, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos donde cada miembro impugna los mensajes de los otros, ya sea a nivel de contenido o nivel de relación, con elevada frecuencia. A la vez todos los miembros de la familia dejan ver grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder y ningún miembro se hace cargo de culpa o responsabilidad alguna (en Selvini Palazzoli, Cirillo, y Selvini, 1995).

El síntoma de la patología alimentaria se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema, incluso a la propia definición de la relación. Mientras que los padres definen la correspondencia con la hija en términos de alimentadores y alimentada; la hija responde, según las reglas y define la relación de manera opuesta, es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición

de la relación. Pero, en realidad, de este modo ella no hace más que eternizar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia. El síntoma contribuye en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema. Selvini Palazzoli halló que en sus primeros abordajes de jóvenes con patologías alimentarias, el 85% de las madres de sus pacientes eran amas de casa y era preciso que estas madres tuvieran también un trabajo externo que las hiciera menos frustradas, controladoras e intrusivas. En la actualidad sostuvo que el 81% de las madres trabaja, como datos obtenidos en una encuesta de su equipo de la casuística de cuatro años. A pesar de estas diferencias la anorexia y bulimia no han disminuido en absoluto, sino que se extendieron (en Cirillo, Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino, 1999). Selvini Palazzoli relató haber visto durante un lapso de cincuenta años pacientes con patologías alimentarias. E incluso en sus inicios como psicoanalista en 1950 vio a su primer paciente con anorexia. Asimismo, Selvini Palazzoli acordó con las descripciones realizadas por Hilde Bruch sobre las pacientes con anorexia, del tipo de las permanentemente restrictivas, dependientes y pegadas a la madre (Cirillo, Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino, 1999). Selvini Palazzoli sostuvo que aquellas primeras pacientes probablemente tenían, como su madre, un apego ansioso ambivalente, porque la tenían demasiado encima, opresiva y ansiosa. Y afirmó a la vez que las pacientes de hoy deberían haber tenido con su madre, en su mayoría, un apego ansioso esquivo, porque las madres estaban y no estaban debido al trabajo fuera de casa. En la experiencia de su equipo, cuanto más son las pacientes con anorexia de este tipo de apego, más difíciles son de tratar, precisamente porque les cuesta entrar en relación con el terapeuta (Selvini Palazzoli, 1974, Selvini Palazzoli, 1975, Selvini, 1988).

Estas pacientes refieren cómo al principio hicieron un gran esfuerzo de voluntad por dejar de comer, a modo de auto imposición. Esto demuestra que la pérdida del deseo de comer no ocurre hasta que la paciente se encuentra bien adentrada en su estado de desnutrición. Lo que indica que la pérdida del deseo de comer no es causa sino secuela del dejar de comer. Por ello, la dirección de la recuperación no debe pasar por recuperar primero el hambre y luego comer sino exactamente a la inversa (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Rodríguez Vega (1996) expuso que las familias con un miembro con patología alimentaria presentan un alto grado de disfunción conyugal, detrás de la cual hay una profunda desilusión mutua. Se cumplen una serie de reglas como el rechazo o descalificación de cada miembro de los mensajes de los otros, la incapacidad para hablar en el propio nombre asumiendo como propios sentimientos o pensamientos. Asimismo, se observaron lo que se ha descrito como una auténtica huelga de hambre mediante la cual la paciente expresa su rabia y su protesta. Rodríguez Vega planteó que si se exploran las relaciones pasadas y actuales de la generación de los padres con respecto a sus propios padres pueden hallarse procesos de individuación estancados. A menudo, ambos padres, o sobre todo

uno de ellos, están profundamente involucrados y sin haberse podido separar saludablemente de su familia de origen.

Trojovsky, Scheer, Dunitz, Kaschnitz, Sommer y Kranz (1995), consideraron a la familia, específicamente el medio familiar, como el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, pero también como la responsable de la génesis de dichos trastornos. Los estudios de los aspectos familiares se centraron en una primera etapa, en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio. Por un lado, aparecen como un personaje fuerte, rígido, dominante, pero al mismo tiempo poco cálido, con manifestaciones de tipo depresivas, amenazas y tentativas de suicidio, características que también aparecen en las pacientes. Por otra parte, al cuestionar sobre qué hizo que estas pacientes, que provienen de familias que aparentan funcionar bien, se sientan tan incapaces de enfrentar el mundo Bruch (1978) aseveró que, a pesar de que parece haber hipercuidado y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y, no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio. Dentro de esta perspectiva se debe cuestionar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro. Bruch confirmó al rol paterno en las patologías alimentarias un carácter sumiso, con incapacidad para ejercer autoridad y mantenimiento de una posición de exclusión en la vida familiar. Bruch destacó que los padres no han viabilizado el desarrollo de la autonomía, debido a intrusividad y exceso de control. Corbella (1994) expresó que se trata de padres preocupados por el éxito y la apariencia externa, lo que se corresponde con una personalidad exigente para con sus hijos, y se halla a estos pacientes tratando de acomodarse a los deseos de los otros.

Los miembros de la familia para Minuchin, Rosman y Baker (1989) están atrapados en una interacción familiar en la cual el hijo enfermo favorece en alguna medida a mantener un pseudo equilibrio familiar.

Sarason, I. y Sarason, B. (1996) describieron que en las familias de las personas diagnosticadas con anorexia puede hallarse características como sobreprotección, rigidez, baja tolerancia a los conflictos, ambiente familiar estresante, madre obesa o hiperadelgazada, uno de los miembros de la familia cursando algún trastorno de la ingesta y padres que suelen generar mucha ansiedad ante la comida. Estas familias se muestran aparentemente unidas, con rigidez e intentos de mantenerse sin cambios a pesar del desarrollo, de los diferentes ciclos vitales y les cuesta introducir en su sistema de convivencia nuevas experiencias.

Los factores sociales como la presión a que se ven expuestas las mujeres para adecuarse a ideales de belleza de delgadez, son promovidos por la publicidad y los medios de comunicación, y los estereotipos culturales indican que

sean ellas las que mayormente se preocupen por su imagen corporal (Turón, 1997).

A la vez, Neumark (1999) señaló que en estos grupos familiares se observan dificultades para percibir necesidades, expresar emociones, hablar de sentimientos y expresarlos.

Fornari (1999) afirmó que en apariencia se observan familias saludables sin conflictos evidentes, pero en un examen más minucioso revelan dificultades conyugales de larga data sin resolución, una pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas sexuales. Bagattini (1997), Ratnasuriya y Eisler (1991) sostuvieron que los vínculos en estos grupos familiares contienen pactos y alianzas mortíferas al descubierto o, por el contrario, se presentan como una familia ideal donde se hace muy difícil manejar la trama familiar.

McIntosh (2000) opinó que el rechazo hacia estas pacientes se ha vinculado con la incapacidad que estas jóvenes presentan para establecer relaciones afectivas cercanas. Y, a la vez, observó que anteponen los deseos y necesidades de los demás a los suyos, pues de lo contrario sienten que no obtendrán afecto y aprobación.

Bagliatti (1998) exteriorizó que el grupo familiar y su historia tiene incidencia en el desencadenamiento del cuadro y en la posterior evolución de las pacientes, favoreciendo o no el pasaje a la cronicidad. La complicidad con las conductas alimentarias patológicas, las transgresiones a las indicaciones del tratamiento, la ausencia frecuente de angustia a pesar de la gravedad de sus hijas, la presencia frecuente de otros miembros con trastornos alimentarios, sumados a los trastornos precoces del vínculo son características peculiares de estos grupos, según Bagliatti.

Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye (2000) afirmaron que la anorexia y la bulimia son síndromes transmitidos inter generacionalmente en las familias.

López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) manifestaron que se trata de familias convencionales que sostienen las apariencias a cualquier precio, familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior, unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos y mostrarse como perfectas. A la vez, Bruch (1978) vinculó el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria a un déficit básico en el sentido de sí mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo. De acuerdo a sus descripciones, estas pacientes, antes de enfermar, suelen ser consideradas por sus familiares como especialmente buenas, cumplidas y motivo de orgullo. Con el desarrollo de la enfermedad la joven se vuelve hostil, negativista y desconfiada. Según la autora, estas jóvenes sienten que son víctimas, presas de satisfacer las aspiraciones de los demás y carecen de espacio para los propios. Bruch destacó

que estas pacientes mantienen una conducta de desafío, como una manera de resguardarse del sentimiento de carecer de una personalidad definida, de sentirse incompetentes e impotentes. Bruch utilizó las categorías piagetianas para referirse a los trastornos de pensamiento de estas pacientes. Afirmó que operan con un pensamiento egocéntrico en cuanto a que funcionan con un nivel de operaciones preconceptual y concreto, con características hiperasimilativas. Son personas que viven muy pendientes de lo que los otros esperan de ellas, en relación de cumplir con los ideales de sus padres ó de complacer a los demás. Enuncian la obligación de hacer siempre lo adecuado, lo cual les deja poco margen de seguridad para desarrollar una tendencia personal ó para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Para ellas, la seguridad está basada solamente en el exterior de la persona, en cumplir en lo que se supone que se espera de ellas y adecuarse a la imagen que los otros puedan tener de ellas mismas. Así también, muestran cierta sensación de ineficacia personal, que se expresa en una gran dificultad para emplear recursos personales en la solución de problemas.

Crispo, Figueroa y Guelar (1994) refirieron que la propia dificultad para encarar situaciones y resolverlas hace a una persona más vulnerable a desarrollar una patología alimentaria, donde el cuerpo es el símbolo, la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad.

Herscovici y Bay (1990) ubicaron a la anorexia y la bulimia nerviosa como enfermedades mentales y de la conducta alimentaria, por lo que su tratamiento debe abarcar ambos aspectos. A la vez, las autoras expusieron la no existencia de reglas preestablecidas ni programas fijos que resulten apropiados para todas las familias o para todos los casos, sosteniendo que hay tanta variedad de pacientes como de padres o de dinámicas familiares; por lo tanto, las generalizaciones corren el riesgo de simplificar indebidamente una problemática tan compleja y riesgosa. Esto significó que para la selección del tratamiento se deberían tener en cuenta tanto los criterios de eficacia establecidos en el campo científico como la factibilidad o la conveniencia del mismo en las circunstancias particulares. Desde los aspectos médico, psicopatológico e interpersonal, la anorexia nerviosa es una afección frecuentemente grave y compleja. Su tratamiento requiere de la atención interdisciplinaria por parte de estos distintos aspectos. Rausch Herscovici y Bay exhibieron la necesidad de que los pacientes reciban información sobre la enfermedad y sobre la relación entre los síntomas de inanición y los de la anorexia nerviosa, y a su vez que los padres se apoyen mutuamente en sus intentos de promover autonomía responsable en sus hijos, y que la paciente recupere o ponga en juego aspectos de su repertorio no utilizados hasta el momento, que le permitan ganar autoestima, seguridad y confianza para enfrentar el mundo de pares y para exponer, de manera madura, sus desacuerdos con sus padres. Las autoras plantearon que es crucial que la joven comience a comprender y desear las ventajas de crecer, puesto que este suele ser uno de los temas más conflictivos para estos pacientes.

Rodríguez Vega (1996) sostuvo que cada vez es más frecuente la combinación de tratamientos individuales con otros familiares, dirigiendo la intervención hacia los distintos niveles de funcionamiento. Estos métodos en niveles múltiples están basados en los principios de la ecología y suponen que el equipo terapéutico mantenga un estilo de pensamiento y de abordaje integrador. Rodríguez Vega destacó la necesidad de ayudar al crecimiento y desarrollo en familias con pautas disfuncionales muy cronificadas y en las que se compromete gravemente la salud y el bienestar de un individuo como ser autónomo. Esto requiere un abordaje coherente y multidisciplinar. Muchas veces el tratamiento familiar es un aspecto más del tratamiento global que incluye aspectos psicoterapéuticos individuales y biológicos. Aceptar estos planteamientos supone estar de acuerdo con la visión de complejidad que propone la existencia de una multiplicidad compleja de niveles en cada realidad humana, que, al mismo tiempo que conservan su autonomía, tiene interinfluencias circulares, o más bien recursivas, y puntos de intersección. Esta perspectiva de tratamiento está asentada en los principios de la ecología humana y de la teoría sistémica. Los niveles fisiológicos y biológicos se entrecruzan con los niveles cognitivos, didácticos y familiares, todo ello dentro de una red de relaciones sociales, responsabilidades de rol e influencias culturales. Desde esta matriz de interacción, el terapeuta selecciona dispositivos relevantes para cada nivel del sistema hasta componer un contexto sistémico conveniente para la intervención. La autora reseñó la importancia del desarrollo de habilidades de intervención aplicadas a la anorexia centrándose especialmente en los nuevos desarrollos que se han producido en los últimos tiempos en el interior del modelo terapéutico sistémico. En tales procesos la atención se ha ido desplazando casi imperceptiblemente desde la familia como totalidad a la articulación entre individuo y familia. Estas perspectivas se encuentran enmarcadas dentro del constructivismo social. Los objetivos primordiales abarcaron estudiar los procesos comunicacionales, a partir de los cuales se construye, de-construye y reconstruye la identidad de la persona (Ugazio, 1991). Todo ello conllevó a la producción de nuevas categorías explicativas que toman en consideración tanto la especificidad de la persona, como su interconexión con los otros miembros del sistema relacional al que pertenece y el hecho de emprender el tratamiento de la paciente con anorexia desde la colaboración de equipos al mismo tiempo interdisciplinarios e interprofesionales (Rodríguez Vega, 1996).

La anorexia constituye un buen ejemplo del valor esencial del trabajo en equipo y de la alianza terapéutica entre todos los que intervienen, para asegurar el éxito del tratamiento. (Jeammet, 1994). Andolfi (1984) utilizó una alternancia estratégica de estilos provocadores y de franca confrontación con la familia, al mismo tiempo que apoya y la sostiene, alentándola al cambio. Papp (1988) ofreció una modalidad de tratamiento a la que llamó triángulo terapéutico o coro griego formado por la familia, el terapeuta y un grupo supervisor de terapeutas que observan la entrevista a través de un espejo. El tratamiento debe buscar que los padres se apuntalen mutuamente en sus intentos de promover autonomía responsable en

sus hijos, y que la paciente recupere o ubique en juego aspectos de su repertorio no utilizados hasta el momento, que le consientan ganar autoestima, seguridad y confianza para enfrentar el mundo de pares y para exponer, de manera madura, sus desacuerdos con sus padres. La superación de esta problemática implica crecer, siendo esencial que el paciente comience a comprender y desear las ventajas de desarrollarse, puesto que este suele ser uno de los temas más dificultosos (Herscovici y Bay, 1990).

5.6. EPIDEMIOLOGÍA

La anorexia, clásicamente un padecimiento de la clase media y alta de las áreas urbanas, se ha convertido hoy en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y envuelve incluso a niños menores de doce años (Atkins y Silber, 1993; Nonbakhth y Dezhkam, 2000; Silber, 1986; Lenoir y Silber, 2006).

Stunkard (1997) hizo referencia a los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria exponiendo que el progreso científico se reflejó en el diagnóstico, pautas, etiología y tratamiento.

Shvili (2000) postuló que los reportes epidemiológicos de las patologías alimentarias indican que la prevalencia fluctúa entre el 0.5% y el 1%. El DSM IV (1993) expuso que la prevalencia en mujeres varía del 0.5 al 1% para los cuadros clínicos clásicos de anorexia.

De acuerdo a las investigaciones de Ayuso, Ponce de León y Gual (1998) la prevalencia de las patologías alimentarias pareció estar creciendo en los últimos años, situándose actualmente entre un 1 y un 4%.

En Perú, Albornoz Muñoz y Matos Retamozo (2001) realizaron perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa estudiando las historias clínicas de 58 pacientes con anorexia atendidos entre 1982 y 1998 del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Hallaron una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9% de pacientes menores de 24 años.

Quintero Parraga, Perez Montiel, Montiel Nava, Pirela, Acosta y Pineda (2003) realizaron un estudio sobre prevalencia de adolescentes en una población en Maracaibo, Venezuela. Se estudió una población de 1.363 alumnos seleccionados al azar, con una prevalencia de anorexia del 0% y 1,58% para bulimia nerviosa. Las cifras fueron mayores en el sexo femenino y la proporción de varones corresponde, con lo esperado para la población de este género, en la misma proporción a la esbozada por la literatura.

En Santiago de Chile, Tapia Ilaibaca y Ornstein Letelier (1999) llevaron a cabo un estudio en una población de 284 alumnos universitarios. Las investigadoras se hallaron con una prevalencia de 9,86% de trastornos de la conducta alimentaria, conformada por un 12,6% para las mujeres y 3,49% para los hombres.

En Minas Gerais, Brasil, Vilela, Lamounier, Dellaretti, Barros Neto y Horta (2004) evaluaron 1.807 estudiantes escolares entre 7 y 19 años. En el estudio hallaron una prevalencia de 13,3% de trastornos de la conducta alimentaria y específicamente 1,1% con bulimia nerviosa.

Los estudios de Angel, Vásquez, Chavarro, Martínez, y García (1997) y de Vásquez, Angel, Moreno, García y Calvo (1998) desarrollados en Colombia se han basado, primordialmente, en población clínica, de centros de atención terciaria o especializada, compuesta en su mayoría por adultos jóvenes. Vásquez, Angel, Moreno, García y Calvo evaluaron 10 pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa, encontrando que el 90% eran mujeres y el promedio de edad fue de 13,9 años. Yepes, Moreno y Ramírez (2002) han encontrado un alto porcentaje de síntomas de patología alimentaria en estudiantes de secundaria de Medellín. Esta investigación estudió en población general la prevalencia de anorexia y bulimia, con una metodología de doble fase, en una muestra representativa de mujeres adolescentes escolarizadas de entre 9 y 19 años de edad. A 474 adolescentes se les midió el riesgo de sufrir patologías alimentarias y luego, para confirmar el diagnóstico, se entrevistó a la población divisada en riesgo ($n = 142$) y a un número igual de jóvenes que no presentaban riesgo ($n = 142$). Científicos colombianos han investigado la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria de Bogotá y en jóvenes escolarizadas de Bucaramanga entre julio de 1994 y diciembre de 1995 utilizando instrumentos validados por la Universidad Nacional de Colombia. La prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria de Bucaramanga y en jóvenes de la Universidad Nacional de Bogotá fue del 30%, distribuida de la siguiente forma: anorexia nerviosa: 1,7% y 0,48%; bulimia nerviosa: 6% y 1,2% y trastornos alimentarios no especificados: 22,3% y 28%, respectivamente (Angel, Vásquez, Chavarro, Martínez y García, 1997; Rueda, Díaz, Ortiz, Pinzón, Rodríguez, Cadena 2005; Rueda, Díaz, Campo, Barros, Ávila y Oróstegui, 2005).

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México ejecutada en el 2003, no reportó casos de anorexia, pero en cuanto a bulimia hubo una prevalencia de 1.8 en mujeres de 18 a 29 años de edad, quienes al menos una vez en la vida han presentado patologías alimentarias (Medina, 2003).

Entre el 0,5-1% de las mujeres norteamericanas presentaron anorexia en un estudio. En relación a la bulimia entre el 1 a 2% de las adolescentes y mujeres jóvenes son afectadas por este trastorno y aproximadamente el 80% son mujeres (Neda, 2002).

En Navarra, España, se estudió una población femenina representativa de 2.862 individuos de 12 a 21 años de edad, hallándose una prevalencia de 3,1% de trastornos alimentarios y de 0,3% de anorexia nerviosa (Pérez Gaspar, Gual, de Irala Estevez, Martínez González, Lahortiga y Cervera, 2000). A la vez en Barcelona se analizaron 108 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90,7% eran mujeres ,10 de 108 eran varones, representando el 9,3% y la edad promedio hallada fue de 15 (Lázaro, Toro, Canalda, Castro, Martínez y Puig, 1996).

Farrera (2009) llevó adelante un estudio de dos fases, una dimensional y otra diagnóstica. Los objetivos de la fase dimensional fueron conocer la prevalencia de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria a través de los cuestionarios en mujeres estudiantes de primer curso de carreras profesionales de Barcelona y analizar la relación entre ésta e indicadores de malestar psicológico. Para el objetivo diagnóstico se buscó establecer la prevalencia de las distintas patologías alimentarias y la comorbilidad con indicadores de malestar psicológico. En la primera fase, la investigadora asistió a las aulas y se pasaron los cuestionarios. En la segunda administró la entrevista semiestructurada, contactando individualmente con cada una de las alumnas que aceptaron participar. Evaluó una muestra de 551 alumnas de 14 centros. Como resultados de la fase dimensional objetivó un índice de prevalencia global de patologías alimentarias del 14,2%. De ellos, el 15% se hallaban en dieta de adelgazamiento. La prevalencia de depresión según esta muestra fue del 26,86 %.En la fase diagnóstica no halló ningún caso de anorexia nerviosa, arrojando entonces una prevalencia del 0%; 9 casos de bulimia nerviosa con una prevalencia del 2,5%; todos ellos en el grupo de riesgo; 23 casos de trastornos alimentarios no especificados: 15 del grupo de riesgo y 8 casos de controles. En resumen, la autora describió una prevalencia total de trastornos alimentarios en la fase diagnóstica del 11,15% encontrando que la población universitaria femenina de Barcelona sigue parámetros de patologías alimentarias similares a otros estudios actuales y superiores a estudios anteriores.

En Fyn County, Dinamarca, Joergensen (1992) llevó a cabo una investigación sobre prevalencia recurriendo a los registros nacionales y los criterios diagnósticos del DSM III. Obteniendo como resultado una incidencia para la anorexia del 11,0 por 100.000 personas entre 10 y 24 años por año, para la bulimia nerviosa el 5.5 por 100.000 personas de la misma edad por año. La prevalencia para la anorexia nerviosa fue de 1 por 780 y para la bulimia 1 por 1480, siendo la edad de mayor riesgo entre los 15 y 19 años para ambos patologías.

En el Reino Unido, Fombonne (1996) sostuvo que el supuesto incremento de la de anorexia nerviosa y bulimia no es real, sino que obedece al incremento de la demanda a las agencias de salud, así como el uso de mejores criterios diagnósticos. Realizó un estudio de revisión basado en las investigaciones sobre registros hospitalarios, estudios de población general e investigaciones base,

desde 1980 a 1995. A la par, refirió que la insatisfacción en cuanto a imagen corporal y el manejo abusivo de las dietas, por parte de los jóvenes, es un fenómeno sobradamente bien contrastado desde hace treinta años sin que haya sufrido exclusivas variaciones desde aquel tiempo. Además del estudio de revisión de Fombonne, citada anteriormente, se han realizado otros de bastante interés. Eagles, Johnston, Hunter, Loaban y Millar (1995) a través de una encuesta ejecutada en los hospitales generales y de psiquiatría de Escocia, examinaron los casos de patologías alimentarias atendidos durante los períodos de 1970 a 1972 y 1989 a 1991. Hallaron un incremento anual para la anorexia de 5,3%. Sin embargo, para estos autores, el incremento se debería más a que las incorporaciones se realizaron con criterios de menor gravedad que a un aumento real de la morbilidad de los trastornos alimentarios. Rooney, Mc Clelland, Crisp y Sedwick (1995) indagaron sobre la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa en Londres utilizando como sitios de exploración los hospitales y trabajadores comunitarios durante los años 1991 y 1992 sobre una población de 519.900 habitantes. Obtuvieron una prevalencia para la anorexia nerviosa sin ajustar por tramos de edad de 20.2 por 100.000; la incidencia anual fue de 2.7 casos 100.000. Al tomar en cuenta la edad entre los 15 a 29 años, la incidencia anual se incrementó a 19,2 casos por 100.000 y la prevalencia a 115.4 por 100.000. Los investigadores sostuvieron que estas tasas se encontraban subestimadas. A la vez Turnbull, Ward, Treasure, Jick, y Derby (1996) se valieron de los registros de medicina general e ilustraron acerca de la incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosas entre 1988 y 1994. Para aseverarse de la fiabilidad del diagnóstico utilizaron una muestra aleatoria de historias clínicas. La incidencia anual de anorexia nerviosa fue de 4.2 por 100.000 habitantes y para la bulimia nerviosa de 12.2 casos nuevos por 100.000. Los riesgos inherentes de las mujeres a los varones fue de 40:1 para la anorexia nerviosa y 47:1 para la bulimia nerviosa. Un acrecimiento triple de la bulimia nerviosa se halló desde 1988 a 1993. La investigación reflejó una continua expansión de la necesidad de servicios para la bulimia nerviosa, dada la incidencia de este trastorno.

A través de un trabajo longitudinal prospectivo Hoek, Bartelds, Bosveld, van der Graaf, Limpens, Maiwald y Spaaij (1995) investigaron la incidencia anual para los trastornos alimentarios anorexia y bulimia nerviosas sobre una población holandesa de 151.781 habitantes. Utilizaron como puntos de sondeo las consultas producidas en medicina general. Obtuvieron como resultado una tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes para la anorexia de 8.1 casos y para la bulimia de 11.5 casos. No se evidenció una tendencia a incrementarse la incidencia anual para la anorexia, contrariamente a lo que sucede para la bulimia.

En Israel Mitrany, Lubin, Chetrit y Modan (1995) produjeron un estudio epidemiológico de adolescentes de 12 a 18 años que alcanzaba al 80% de la población, estudiando la incidencia de la anorexia y la bulimia durante el periodo de 1989 a 1993. La incidencia media anual por 100.000 habitantes fue de 29.0 casos nuevos para la anorexia y de 8.6 para la bulimia. Para patologías

alimentarias en su totalidad fue de 48,8 por 100.000 habitantes. Este estudio destaca por la calidad metodológica del diseño.

Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan, y Woodside (1995) llevaron adelante un estudio sobre una muestra aleatoria de 8.116 adolescentes de Ontario, Canadá, representativa de la población adolescente de esa ciudad. Hallaron una tasa de prevalencia para la bulimia nerviosa en mujeres del 1.1% y en hombres del 0.1%.

Soundy, Lucas, Suman y Melton (1995) en Minnesota, Estados Unidos llevaron a cabo un estudio epidemiológico basado en los registros del Rochester Epidemiology Project desde los años 1980 a 1990. La muestra incluyó sujetos de 14 a 40 años de ambos sexos. La tasa de incidencia anual para la bulimia en mujeres fue de 7.4 casos nuevos por 100.000 en 1980, se acrecentó hasta 1983: 49,7 casos por 100.000, se estabilizó hasta 1990 con 30 casos nuevos por 100.000. En el sexo masculino la incidencia persistió constante con 0,8 casos nuevos por año por 100.000 habitantes. Se trató de tasas crudas que, al capitalizarlas por edad, se alcanzó una incidencia por año para la bulimia en mujeres de 13.5 casos por 100.000 habitantes. Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher (1999) investigaron la prevalencia en poblaciones de riesgo en una muestra de 32.144 mujeres pertenecientes al ejército de los EEUU con un promedio de edad de 19,9 años. Los resultados revelaron que el 11% de los sujetos de la muestra presentaban riesgo significativo para el desarrollo de una patología alimentaria, presentando un uso regular de dietas restrictivas. Johnson, Powers y Dick (1999) en una muestra de atletas encontraron que el 9,2% de las mujeres y el 0,01 % de los hombres presentaban bulimia nerviosa. A la vez que ninguno presentó criterios completos para el diagnóstico de anorexia nerviosa. Sin embargo, síndromes incompletos se hallaron en el 2,85 de las mujeres y ningún hombre. Los trastornos por atracón se presentaron el 10,85 de las mujeres y el 13,02 % de los hombres, y una proporción del 5,52% de las mujeres y el 2,04 de los hombres exhibió conductas purgativas.

Kuboki, Nomura, Ide, Suematsu y Araki (1996) plasmaron en un estudio la prevalencia de la anorexia en Japón tomando como base de sondeo los casos asistidos en los hospitales en 1985 y 1992. Las cifras localizadas se conservaron estables en los dos años estudiados dando como resultados una tasa de 3,6 a 4,5 por 100.000 habitantes, para ambos sexos. En la población femenina, de 6,3 a 9,7 por 100.000 y entre los 13 y 29 años las cifras ascendieron entre 25,2 a 30,7 por 100.000 habitantes. Nakamura, Yamamoto, Yamazaki, Kawashima, Muto, Someya, Sakurai y Nozoe (2000) transmitieron los resultados de un estudio de prevalencia utilizando el Eating Attitudes Test-26. El 5,4% de un total de 2.685 adolescentes que participaron en el estudio registraron más de 20 puntos, lo que indicó que se trataría de individuos en riesgo de desarrollar patologías alimentarias.

En Suecia, Ghaderi y Scott (1999) han desarrollado un trabajo para evaluar la prevalencia y los factores psicosociales asociados en una muestra de 1.157 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 30 años, hallaron una prevalencia del 7,8% y 2,6% respectivamente. Los factores asociados que localizaron fueron una baja autoestima, menor soporte social y familiar percibido, así como mayores preocupaciones respecto a la figura y el peso.

Götestam y Agras (1995) ejecutaron dos estudios epidemiológicos en Noruega. El primero de ellos se realizó sobre la población psiquiátrica atendida, tanto ambulatoria, de 10.125 personas, como hospitalizada, 8.942 pacientes. La proporción de pacientes con anorexia y bulimia internados fue para el sexo femenino de 1,6% y para el masculino de 3,8%. En el ámbito ambulatorio, en hombres fue para la anorexia de 0,8%, para la bulimia 0,7%. En mujeres la anorexia representó el 5,7%, la bulimia el 7,3%. La segunda investigación se realizó en población general del sexo femenino. Se encontró una prevalencia de trastornos alimentarios del 8,7%.

Diversos estudios mostraron resultados contradictorios respecto de cual de los trastornos tiene mayor prevalencia (Farrera, 2009). La autora señaló que durante los últimos 30 años, los métodos epidemiológicos se han ido aplicando a los estudios de los trastornos de la conducta alimentaria, favoreciendo significativamente a ampliar la comprensión de estos. Los estudios epidemiológicos van dirigidos a tasar la incidencia y prevalencia del trastorno en diferentes porciones de población. Se estudiaron factores de riesgo, curso y resultado de los trastornos. Farrera observó que los estudios epidemiológicos en anorexia nerviosa exhibieron problemas. La mayor dificultad gravitó en la baja tasa del trastorno, ya que se requiere hacer investigaciones con grandes poblaciones para obtener datos significativos. Por ello, algunos estudios realizados, son de casos presentados en hospitales; las muestras estudiadas no son específicas de la población general, sino de un sector ya afectado. Así mismo, los problemas que constituye obtener muestras fuera de hospitales y centros de salud son elevados.

En ciertas exploraciones se encontró que la frecuencia mayor es para la anorexia nerviosa al ser comparada con la bulimia nerviosa (Goldman, 1998). La bulimia surgió como una epidemia social en la década del 70' y se estimó que prevalecerá en los años venideros (Farrera, 2009).

A la vez en otros estudios ha sido informada una mayor prevalencia de bulimia nerviosa, por sobre la anorexia (Quintero Parraga, Perez Montiel, Montiel Nava, Pirela, Acosta, y Pineda, 2003; Turnbull, 1996). Entre los años 50 y los años 70 la incidencia de anorexia tuvo un aumento de casi 300% (Noah, 2005).

Los pacientes suelen ser mujeres, en una proporción de 10 a 1. La edad de éstas abarca desde los 8 a los 80 años. La Asociación Americana de Psiquiatría en 1994 reportó que se trata de mujeres jóvenes (Farrera, 2009). La anorexia

puede iniciarse en la niñez y aflorar en la adolescencia y adultez temprana (Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye, 2000).

La tasa de los trastornos de la conducta alimentaria entre gemelos pareció ser mayor que la observada en mellizos (44% contra 12.5%). La anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno (Félix, Nachón y Hernández, 2003). En un estudio de 34 parejas de gemelos y un caso de trillizos se halló que la tasa de anorexia entre gemelos monocigotas es significativamente mayor que para gemelos dicigotas (Holland, Hall, Murray, Russell y Crisp, 1984). Encontraron una concordancia entre gemelos homocigóticos del 55% y en heterocigóticos, en cuanto a la presencia de la patología alimentaria. Wade, Tiggemann, Heath, Abraham, Treloar y Martin (1996) realizaron en Australia una publicación sobre la prevalencia de anorexia y bulimia entre parejas de gemelos. Analizaron los períodos de 1988 a 1989 y 1992 a 1993. No se encontraron diferencias entre las dos cohortes. La prevalencia para la anorexia fue del 0,4% y para la bulimia del 1,8%.

Lazzari (1997) realizó una exposición acerca del terreno fértil que representa la adolescencia para las patologías alimentarias. Los trastornos de la alimentación se presentaron con mayor frecuencia en la adolescencia que es una situación de cambio, crecimiento, atravesando un proceso de construcción de la identidad. La anorexia en la adolescencia se muestra como una crisis de identidad con sentimiento de pérdida de la pertenencia al mundo infantil; con temor y resistencia a la incorporación al mundo adulto; con el propósito de no ocupar un lugar en el mundo real y de convertir al cuerpo en una imagen que se logra a expensas de un intento de la elaboración de su propio cuerpo. Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) han señalado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia o bulimia.

Striegel (1993) confeccionó un modelo evolutivo donde muestra la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señaló que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual unido a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y aceptación del mito de la superwoman, podrían revelar el espectro del trastorno alimentario.

5.6.1. PREVALENCIA E INCIDENCIA EN ARGENTINA

No se hallaron datos epidemiológicos suficientes en la Argentina. La Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia confeccionó una estadística sobre 2346 encuestas en distintas ciudades del país, y comunicó un 5,3% de todo tipo de afección alimentaria en los distintos niveles educativos: 58,4% en el secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. Estas cifras resaltaron ampliamente las de otros segmentos del mundo y es

probable que se deba a los criterios empleados para determinar la enfermedad y metodología de las investigaciones (Herscovici y Bay, 1990; Lenoir y Silber, 2006).

Quiroga, Zonis y Zukerfeld (1998) desarrollaron una investigación epidemiológica en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires sobre conducta alimentaria, peso corporal y conductas psicopatológicas asociadas en una población de 207 jóvenes de 18 a 25 años, realizada, se detectó que el 13% de la población universitaria exhibía algún trastorno alimentario. El propósito de esta investigación fue ilustrar la relación existente entre diferentes conductas alimentarias, tales como dietas, atracones y autocontrol, y el grado de incidencia y asociación que tenían estas conductas con el grado de ansiedad, de alexitimia, es decir la dificultad para manifestar o percibir emociones y sensaciones corporales, y otros indicadores como la baja autoestima, vinculada con la sensación de la propia ineficacia, la desconfianza, el control de los impulsos, la inseguridad social, el ascetismo y el miedo a madurar. En la investigación hallaron que el 16% de esta población padecía conductas dietantes, 4,3% conductas con atracones y 7,2% conductas de autocontrol. El 22% presentó rasgos de ansiedad y el 17% de alexitimia. En el subgrupo de dietantes, el 25% padecía atracones, pero en el subgrupo de atracones el 90% hacía dietas. Este último subgrupo se manifestó con un claro perfil psicopatológico, ya que en él, el 100% cumplía los criterios para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y el 70% padecía de ansiedad y en igual proporción de alexitimia y la presencia de sensaciones de ineficacia, confusión en el registro de la interioridad, falta de control de los impulsos e inseguridad social. Quiroga, Zonis y Zukerfeld destacaron que la conducta dietante es un factor primordial a detectar preventivamente, ya que se presenta como un preludio para el desarrollo de la conducta con atracones y se puede convertir de alto riesgo si existen además otras condiciones psicopatológicas relacionadas con la ansiedad difusa, la alexitimia y la ineficacia.

Quiroga y Vega (2003), en el marco del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, evaluaron en los años 2001 y 2002 una muestra de 1720 mujeres de 13 a 23 años en las escuelas del distrito de Avellaneda con el objetivo de conocer la prevalencia de la bulimia y la anorexia en una población no clínica y correlacionar los mismos con la edad, el peso actual y el peso deseado. Obtuvieron como resultados que el 25% de esta población presentaba trastornos de la imagen corporal, el 19% tenía trastornos de la conducta alimentaria y el 11% era vulnerable a su desarrollo. Estos valores se ensanchaban proporcionalmente con la edad, por lo cual se concluyó que la adolescencia tardía era la fase con mayor patología manifiesta. Si bien el 60% de esta población total anhelaba pesar menos de lo normalmente esperable para su estatura, sólo el 8% tenía sobrepeso, es decir que a mayor delgadez, mayor era el deseo de disminuir su peso real.

Góngora y Casullo (2008) llevaron adelante un estudio para evaluar conductas, cogniciones específicas relacionadas con los trastornos alimentarios. Participaron 449 estudiantes de psicología, en un 13, 2 % hombres y 86,8 % mujeres, con una edad promedio de 25, 66 años. Los datos obtenidos indicaron una sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria en el 10 % de los jóvenes.

6. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

6.1. MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 2076 historias clínicas, es decir el total de los pacientes asistidos en forma ambulatoria y en la modalidad de hospital de día en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación durante el término de diez años, entre el año 1.999 y 2009.

La institución fue fundada el 1 de mayo de 1999 y depende de la Asociación Civil Bienestar. Se encuentra habilitada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, por el Registro Nacional de Prestadores del Ministerio de Salud de la Nación y por el Municipio de Almirante Brown. Su trabajo se encuentra declarado de interés municipal y provincial. Se halla emplazada en la localidad de Rafael Calzada, partido de Almirante Brown, al sur del gran Buenos Aires, aproximadamente a 30 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dentro del municipio conviven grupos con niveles de ingresos y estatus social muy diferenciados, fenómenos acentuados en las distintas localidades que conforman el distrito.

El mencionado establecimiento cuenta con un tratamiento ambulatorio y otro con la modalidad de hospital de día, cuya inclusión en uno u otro depende de la gravedad del caso. Los pacientes allí asistidos reciben terapia psicológica individual, terapia familiar, atención nutricional, asistencia médica clínica, consultoría médica psiquiátrica, atención psicopedagógica, acompañamiento terapéutico individual en la institución y en el domicilio del paciente y terapias individuales para algunos de los miembros del grupo familiar. Además si el consultante asiste a hospital de día recibe desayuno, almuerzo y merienda y realiza talleres en la institución. Los profesionales cuentan con amplia experiencia en trastornos de la conducta alimentaria.

Del total de 2076 casos la muestra se compuso de 1895 mujeres (91,3%) y 181 varones (8,7%).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	1895	91,3
Varón	181	8,7
Total	2076	100,0

Tabla Nro. 4. *Frecuencia y porcentajes de varones y mujeres.*

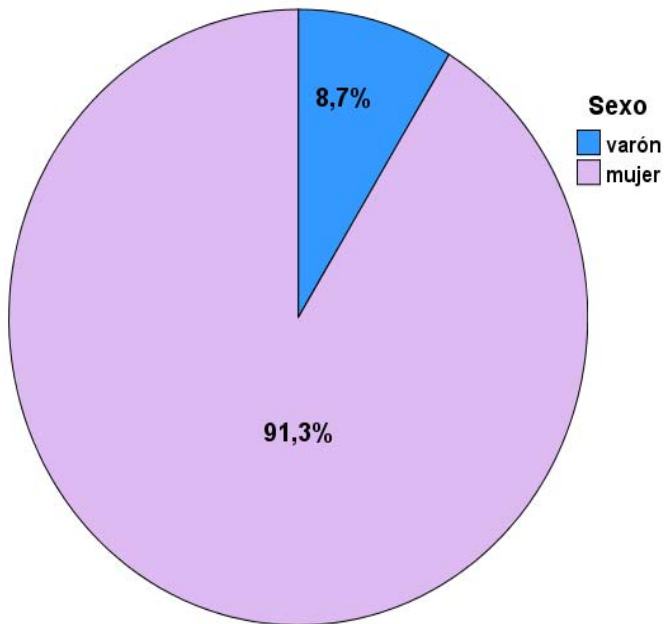


Grafico Nro. 8. *Frecuencia y porcentajes de varones y mujeres.*

Estos porcentajes concuerdan con la prevalencia por sexos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria desarrollados por otras investigaciones (Lázaro, Toro, Canalda, Castro, Martínez y Puig, 1996; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan, y Woodside; 1995 Johnson, Powers y Dick, 1999; Götestam y Agras; 1995; Farrera, 2009; Albornoz Muñoz y Matos Retamozo, 2001; Vásquez, Angel, Moreno, García y Calvo, 1998; y Neda ,2002).

La población de estudio presentó una media de edad de 21,4 años en varones y 20,8 años en mujeres, con una edad mínima de inicio de tratamiento de 6 años y una edad máxima de 63 años.

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 13 años	219	10,5
14 - 17	372	17,9
18 - 29	1312	63,2
30 - 49	165	7,9
50 - 64	8	,4

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 13 años	219	10,5
14 - 17	372	17,9
18 - 29	1312	63,2
30 - 49	165	7,9
50 - 64	8	,4
Total	2076	100,0

Tabla Nro. 5. *Edad agrupada.*

Sexo	N	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Varón	181	21,4	6,7	21,0	7	49
Mujer	1895	20,8	6,0	21,0	6	63
Total	2076	20,85	6,1	21,0	6	63

Tabla Nro. 6. *Edad al inicio del tratamiento por sexo.*

La mayor frecuencia etarea se presentó en la franja de 18 a 29 años, con un total de 1312 casos (63,2%), seguido por el grupo de 14 a 17 años con 372 consultantes (17,2%).

En la tabla Nro. 7 se observan la distribución de las actividades y ocupaciones de la muestra.

Trabajo o actividad	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	1437	69,2
Sin actividad	203	9,8
Profesional	132	6,4
Empleado	119	5,7
Empleado/estudiante	77	3,7
Desocupado	60	2,9
Ama de casa	36	1,7
Comerciante	12	0,6
Total	2076	100,0

Tabla Nro. 7. *Distribución de las actividades y ocupaciones.*

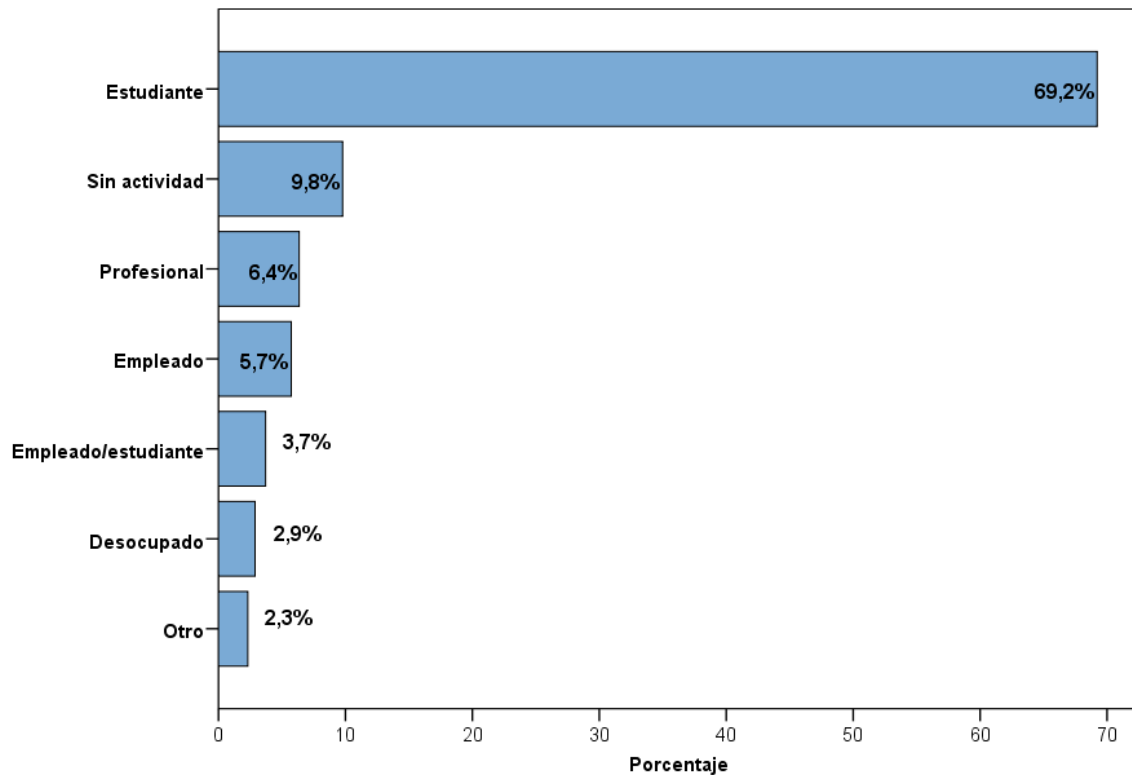


Grafico Nro. 9. *Distribución de las actividades y ocupaciones.*

El subgrupo mayor refiere a la categoría de estudiante, representando al 69,2 % de la población analizada ($n = 1437$). Si bien el 9,8 % ($n = 203$) no realizaba al momento de inicio del tratamiento ninguna actividad, este grupo debió ser diferenciado de la condición de desocupado (2,9 %, $n = 60$). Se realizó tal división ya que estos últimos se hallaban abocados a la búsqueda de empleo, mientras que el primer subgrupo no presentaba interés o deseos en efectuar actividad alguna. Entre aquellos consultantes sin actividad y desocupados se obtuvo un total de 11,7%.

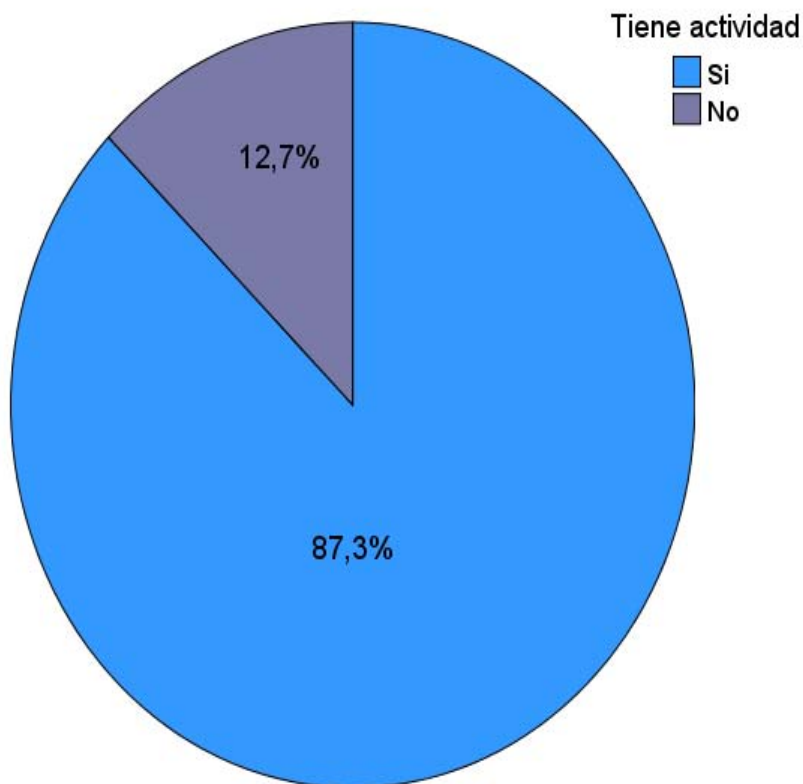


Grafico Nro. 10. *Presencia y ausencia de actividades.*

6.2. DIAGNÓSTICOS

La población se encontraba evaluada bajo los criterios diagnósticos del DSM III y IV. Los pacientes cumplían con los criterios para la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANES). Durante la admisión, cada uno de los pacientes fue evaluado por un equipo multidisciplinario conformado por médico, psicólogo y nutricionista, con experiencia en patologías alimentarias. Los profesionales confeccionaron en cada caso una historia clínica con entrevistas semiestructuradas, que incluyeron la exploración, a través de preguntas abiertas y cerradas, de los antecedentes patológicos personales, familiares y de experiencias traumáticas previas al inicio de los trastornos de la conducta alimentaria. La indagación de antecedentes de intentos de suicidio o actos de daño deliberado autoinfligido, sus procedimientos, la frecuencia y el tiempo de evolución fueron explorados durante la entrevista, mediante preguntas directas. Del mismo modo, los profesionales médicos intervinientes solicitaron estudios de laboratorio u otros que estimaron necesarios en cada caso.

Tal como se aprecia en la tabla nro. 8, el 49,6 % de los consultantes ($n = 1030$) presentaba diagnóstico de anorexia nerviosa. El 42 % ($n = 872$) bulimia nerviosa, mientras que el 8,4 % padecía TANES.

TCA	Frecuencia	Porcentaje
Anorexia	1030	49,6
Bulimia	872	42,0
TANES	174	8,4
Total	2076	100,0

Tabla Nro. 8. *Diagnóstico.*

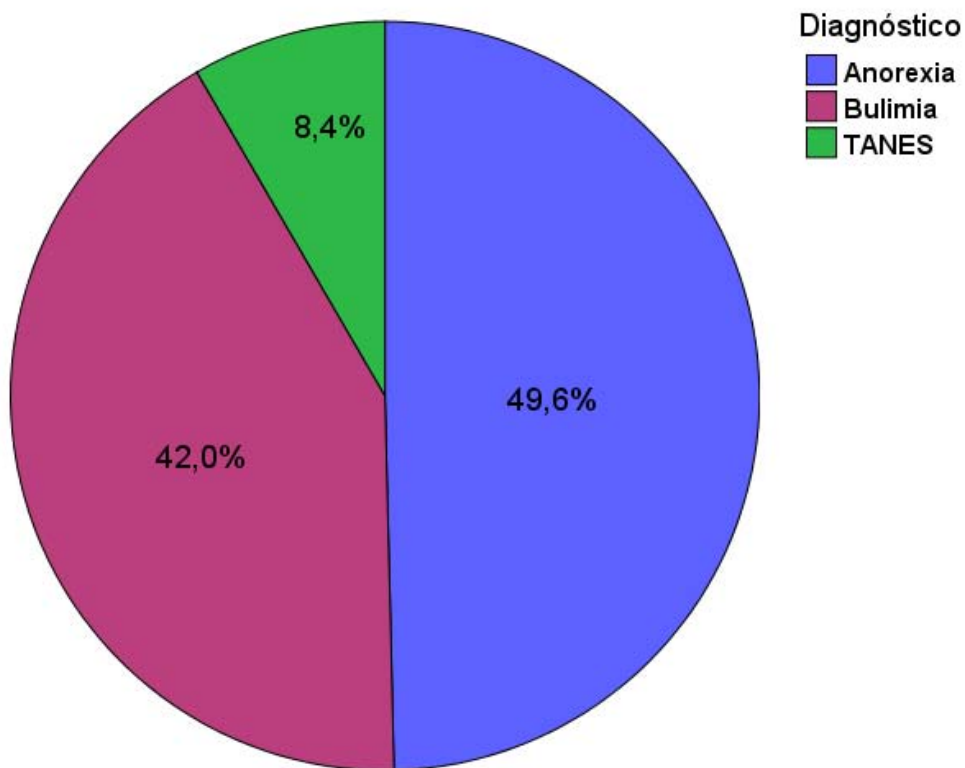


Gráfico Nro. 11. *Diagnóstico*

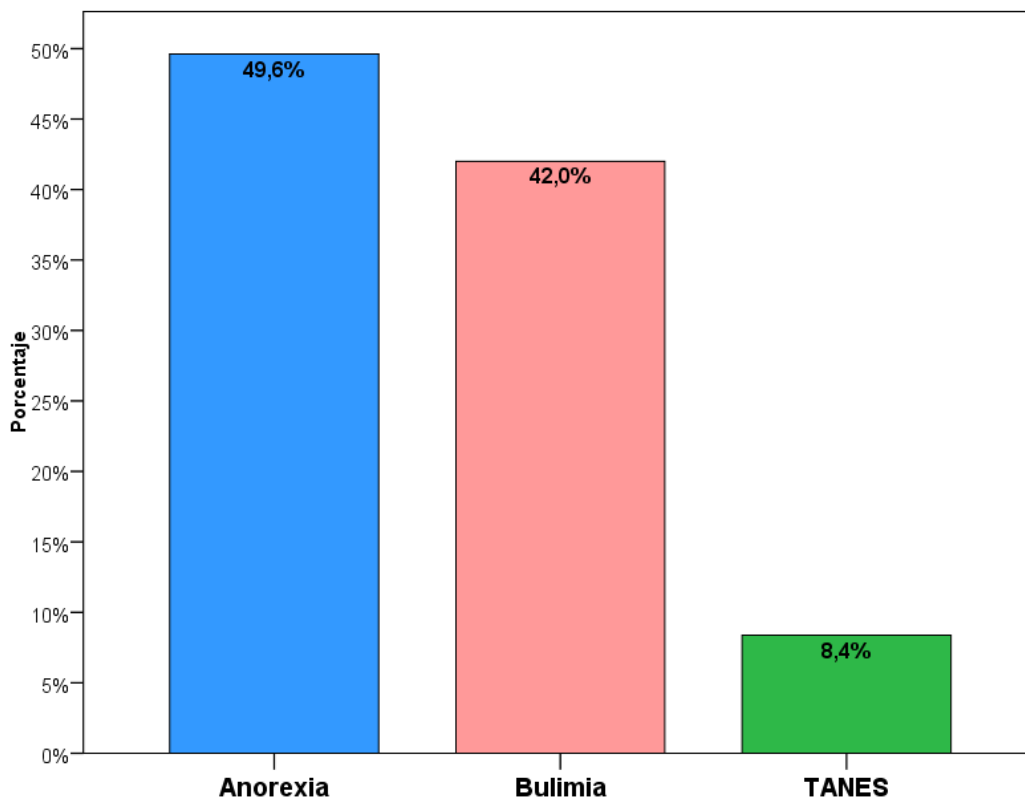


Grafico Nro. 12. *Diagnóstico*

Del total de casos analizados correspondientes a varones ($n = 181$) el 51,4% padecieron anorexia nerviosa ($n = 93$), el 37% bulimia nerviosa ($n = 37$) y el 11,6% trastornos alimentarios no especificados ($n = 21$). En relación a las pacientes mujeres ($n = 1895$), el 49,4% ($n = 805$) diagnosticó anorexia nerviosa ($n = 937$), el 42,5% bulimia nerviosa y el 8,1% trastornos alimentarios no especificados ($n = 153$). No se observaron diferencias significativas entre el sexo y los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria.

		Diagnóstico			Total	
		Anorexia	Bulimia	TANES		
Sexo	varón	Frecuencia	93	67	21	181
		%	51,4%	37,0%	11,6%	100,0%
	mujer	Frecuencia	937	805	153	1895
		%	49,4%	42,5%	8,1%	100,0%
Total		Frecuencia	1030	872	174	2076
		%	49,6%	42,0%	8,4%	100,0%

Tabla Nro. 9. *Sexo y Diagnóstico*

La media de edad de inicio del tratamiento en las submuestras conformadas por diagnóstico arrojaron como resultados 20,79 años en la anorexia nerviosa, 20,92 años en la bulimia nerviosa y en los TANES 20,80 años. No se hallaron diferencias significativas entre edad y el tipo de patología alimentaria.

Diagnóstico	N	Media	Desv. Típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Anorexia	1030	20,79	6,156	21,00	6	59
Bulimia	872	20,92	6,019	21,00	7	63
TANES	174	20,80	5,834	21,00	6	44
Total	2076	20,85	6,070	21,00	6	63

Tabla Nro.10. *Edad al inicio del tratamiento por diagnóstico.*

A nivel descriptivo e informativo, se realizó el siguiente cuadro que desglosa el trabajo o tipo de actividad dentro de cada uno de los tres diagnósticos. Dado que esta tabla es meramente informativa y descriptiva no se puede hablar de significancia estadística.

		Diagnóstico			Total	
		Anorexia	Bulimia	TANES		
Trabajo o actividad	Sin actividad	Frecuencia	99	81	23	203
		%	48,8%	39,9%	11,3%	100,0%
	Desocupado	Frecuencia	26	30	4	60
		%	43,3%	50,0%	6,7%	100,0%
	Estudiante	Frecuencia	710	608	119	1437
		%	49,4%	42,3%	8,3%	100,0%
	Empleado/estudiante	Frecuencia	37	32	8	77
		%	48,1%	41,6%	10,4%	100,0%
	Empleado	Frecuencia	65	42	12	119
		%	54,6%	35,3%	10,1%	100,0%
Profesional	Frecuencia	69	55	8	132	
	%	52,3%	41,7%	6,1%	100,0%	
Ama de casa	Frecuencia	20	16	0	36	
	%	55,6%	44,4%	,0%	100,0%	
Comerciante	Frecuencia	4	8	0	12	
	%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%	
Total	Frecuencia	1030	872	174	2076	
	%	49,6%	42,0%	8,4%	100,0%	

Tabla Nro. 11. *Trabajo o actividad y diagnóstico.*

De la misma forma se analizó, según los diferentes diagnósticos, si se presentaba una relación con actividad o la falta de esta. No se observaron diferencias significativas entre actividad laboral y el diagnóstico.

			Diagnóstico			Total
			Anorexia	Bulimia	TANES	
Tiene actividad	Si	Frecuencia	905	761	147	1813
		%	49,9%	42,0%	8,1%	100,0%
	No	Frecuencia	125	111	27	263
		%	47,5%	42,2%	10,3%	100,0%
Total		Frecuencia	1030	872	174	2076
		%	49,6%	42,0%	8,4%	100,0%

Tabla Nro. 12. *Trabajo o actividad y diagnóstico.*

6.3. MÉTODO

Se llevo a cabo un diseño selectivo y un tipo de estudio explicativo. Este tipo de estudio mantuvo la pretensión de desarrollar las relaciones entre las Patologías Alimentarias y el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Se intento explicar los dos fenómenos y en que condiciones se daría la relación de referencia. Se intento comprobar las hipótesis descriptas, analizar, sintetizar e interpretar los resultados y a través de ello contribuir al desarrollo del conocimiento científico. En tanto el diseño selectivo incluyo una serie de procedimientos que estudiaron los fenómenos bajo su presentación en las historias clínicas. En este caso, se estudiaron las relaciones entre las patologías alimentarias y el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Los objetivos de este diseño selectivo han sido describir una realidad determinada e identificar las regularidades en el conjunto de los datos obtenidos de las historias clínicas.

En primer lugar se elevó la petición a la Comisión Directiva de la Asociación Civil Bienestar y a las autoridades del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación para llevar a cabo este trabajo. Una vez obtenida la autorización, se cotejó que cada una de las historias clínicas incluyera el consentimiento informado por los padres, tutores o pacientes designados, según correspondiese, para que el contenido de la historia clínica pudiera ser utilizado con fines de investigación.

Luego se efectuó un relevamiento del material bibliográfico en relación al Abuso Sexual Infantil, al Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y a las Patologías Alimentarias (apartados 3 a 5, inclusive, de esta tesis).

A posteriori, se revisaron los trabajos existentes que examinaron la relación entre el Abuso Sexual Infantil y las Patologías Alimentarias, hallando un número relevante de estudios que abordaron la temática.

Luego se procedió a la lectura del total de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación

entre el 1 de mayo de 1999 y el 1 de mayo de 2009, volcando los datos a una matriz de datos.

De la lectura del total de las historias clínicas se obtuvo información de aquellos pacientes que habían padecido Abuso Sexual Infantil y dentro de ellos, cuales Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Los datos se analizaron cuantitativamente a través de porcentajes y frecuencias en los tres grupos, es decir pacientes con diagnósticos de Patologías Alimentarias, que representó el total de la muestra, y aquellos que padecieron Abuso Sexual Infantil y los que no lo sufrieron.

Una vez que pudo determinarse a través del trabajo cualitativo la presencia del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil, se volcaron estos datos en una nueva matriz de datos y se analizaron cuantitativamente, con el mismo tratamiento que se había utilizado antes para el resto de los resultados.

Por otra parte, se tomaron en cuenta datos de prevalencia e incidencia del abuso sexual infantil en población de características similares, de la misma zona, en el resto del país y en otros países. Comparando estos datos con los obtenidos de las historias clínicas de los pacientes con patologías alimentarias del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación.

El estudio se ajustó a los principios éticos para la investigación, incluyendo el consentimiento informado de cada uno de los participantes, padres, tutores o pacientes según correspondiese.

6.3.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

A los fines de discernir si los sujetos habían atravesado el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil, se realizó un análisis cualitativo. Según Maxwell (1996), los estudios cualitativos posibilitan la comprensión de contextos, significados, procesos y para el desarrollo de teorías que expliquen relaciones causales.

Para este tipo de análisis se tomaron citas textuales de las historias clínicas y a partir de las mismas se las categorizó y agrupó por afinidad a cada uno de los estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil.

La codificación se caracterizó por ubicar a las unidades de registro, es decir las palabras representativas, en cada uno de los momentos del síndrome. Luego se releeron las historias clínicas que contenían un antecedente de abuso sexual infantil. En ellas, se observó la presencia o ausencia de aquellas palabras que representan cada uno de los estadios del síndrome.

Se realizó un análisis de fragmentos de las historias clínicas de pacientes que realizaron tratamientos por patologías alimentarias y padecieron el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, a los fines de dar explicaciones en torno a la relación de referencia. De modo tal que se relevaron las historias clínicas del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación en las que se halló el síndrome. Algunas transcripciones de entrevistas de algunas de las historias clínicas se incluyen en el presente estudio. Estos relatos aportaron una clara comprensión para la explicitación y concreción del trabajo.

6.3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Este análisis se llevo a cabo mediante un conjunto de técnicas para resumir y transmitir información cuantitativa para hacer inferencias, generalizaciones y extrapolaciones de un conjunto de datos obtenidos en las historias clínicas de los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación. La obtención, ordenación y análisis de datos procedentes de esta población posibilitó la realización de conclusiones acerca de las relaciones entre las Patologías Alimentarias y el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil.

Un estadístico es una medida cuantitativa, derivada de un conjunto de datos obtenidos, que fueron utilizados con el objetivo de estimar e inferir características de la población de referencia.

Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Para describir a las variables cualitativas, se calcularon las frecuencias y los porcentajes.

En el caso de variables cuantitativas, se calculó el promedio, desvío estándar, mediana, mínimo y máximo.

A los fines de comparar variables cuantitativas entre los grupos estudiados, se utilizó test de Student para muestras independientes y Análisis de la Varianza para un factor, comprobando previamente la homogeneidad con la prueba de Levene. El análisis de la varianza es una colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados, en el cual la varianza está particionada en ciertos componentes debidos a diferentes variables explicativas.

La comparación de la relación entre variables cualitativas se recurrió al el test de independencia (Chi cuadrado) y V de Cramer.

A los efectos del paralelismo de las variables dicotómicas, en las tablas de dos filas por dos columnas, y en las frecuencias esperadas menores a cinco, se utilizó el Test Exacto de Fisher.

Se destaca que cuando se citaron diferencias estadísticamente significativas, se hizo referencia a que al aplicar una prueba determinada se obtuvo un nivel de significación del 5%.

7. RESULTADOS

7.1 RESULTADOS

De la lectura de las 2076 historias clínicas de los pacientes atendidos durante el término de diez años (1999 a 2009) con diagnósticos de patologías alimentarias en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación, en el período ya citado, se halló que 1507, es decir el 72,6% de los casos, sufrieron Abuso Sexual Infantil (ASI). En algunas de las historias clínicas esto se manifestaba en las primeras entrevistas, en otras con el correr del tratamiento surgían relatos de episodios abusivos. En dos historias clínicas constaban cartas dirigidas al terapeuta describiendo el abuso sexual infantil. En otro caso, se adjuntaban fotocopias de un diario íntimo que narraba el abuso. También se hallaron relatos de otros episodios de carácter traumático como otros tipos de malos tratos, separaciones de padres o conyugales, robos, que no fueron consignados por exceder con la temática de investigación de este trabajo.

ASI	Frecuencia	Porcentaje
Si	1507	72,6
No	569	27,4
Total	2076	100,0

Tabla Nro.13. *Abuso sexual infantil y Patologías Alimentarias.*

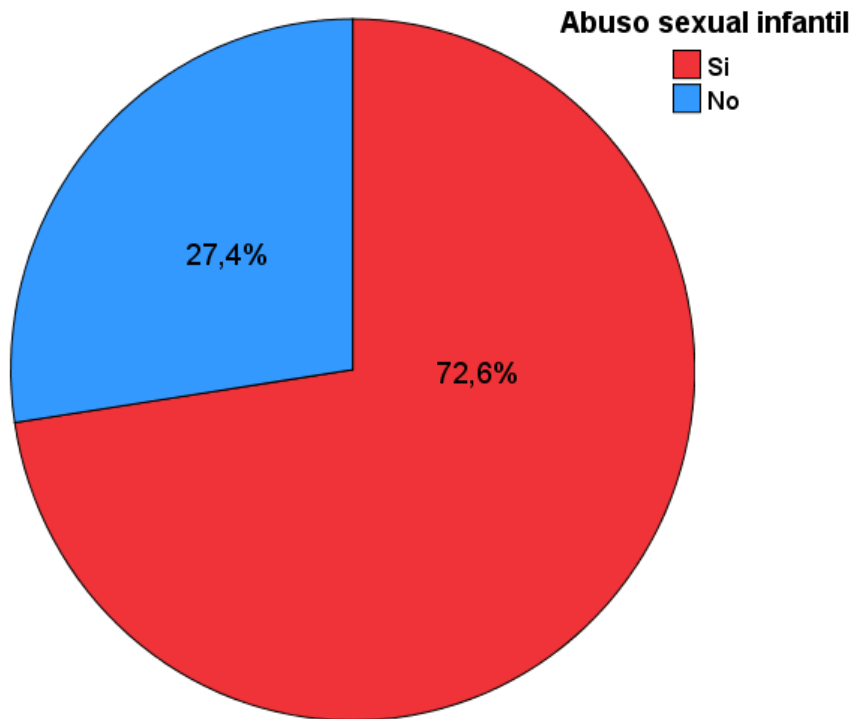


Grafico Nro. 13. *Abuso sexual infantil y Patologías Alimentarias.*

En cuanto a la edad al inicio del tratamiento habiendo padecido o no abuso sexual infantil, no se observaron diferencias significativas.

ASI	N	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Si	1507	20,9	6,18	21,0	6	63
No	569	20,8	5,76	21,0	6	59
Total	2076	20,9	6,07	21,0	6	63

Tabla Nro. 14. *Edad al inicio del tratamiento por abuso sexual infantil.*

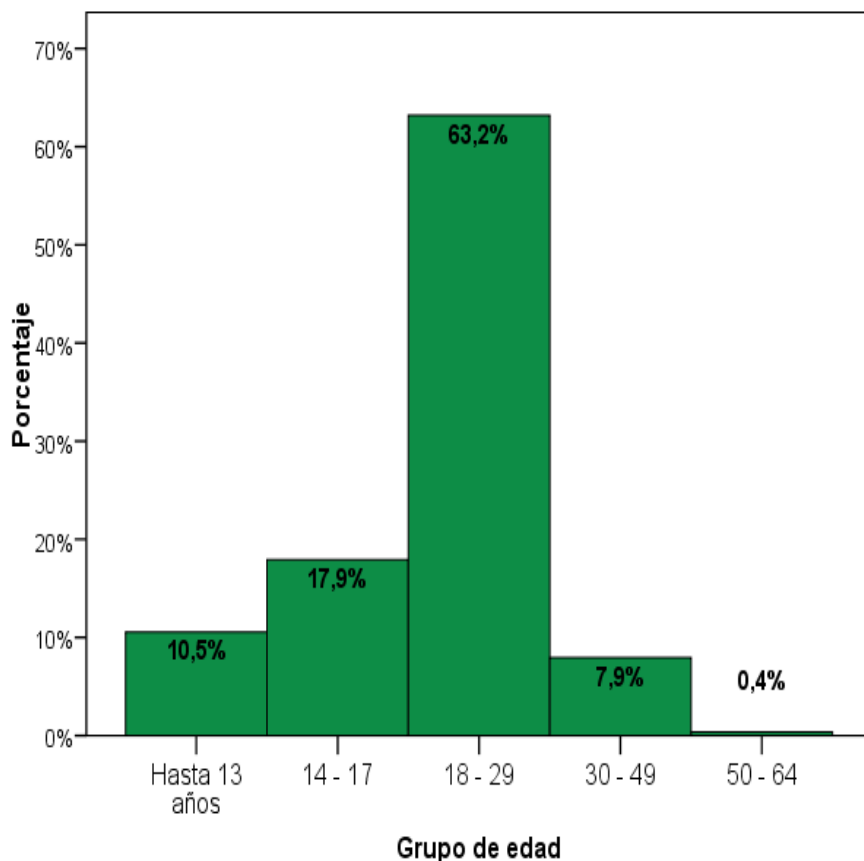


Grafico Nro. 14. *Edad al inicio del tratamiento por abuso sexual infantil.*

Entre las 1507 historias clínicas que contenían descripciones de episodios de abuso sexual infantil, se releeron ubicando si esos pacientes habían atravesado las etapas del síndrome de acomodación: el secreto, el desamparo, el entrampamiento y la acomodación, la revelación tardía no convincente y la retracción. En esta relectura se observó la presencia o ausencia de aquellas palabras y descripciones características de los diferentes estadios del síndrome.

En 1505 casos se hallaron relatos que revelaban el surcado por las cinco categorías que conforman el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Estas 1505 historias clínicas conformaron el síndrome de acomodación conformando el 72,5 % de los consultantes, mientras que 1507 relataron episodios abusivos es decir el 72,6%. En las dos historias clínicas que se halló abuso sexual infantil y no el síndrome, contenían datos escasos como para detectarlo y se trató de dos pacientes mujeres que abandonaron el tratamiento en un caso al mes y, en el otro, a los tres meses de iniciado el mismo. Estas dos pacientes presentaban un diagnóstico de anorexia nerviosa.

El 27,5 %, 571 casos, no transitaron las diversas etapas del síndrome de acomodación, por no haber padecido abusos en 569 pacientes o por no haberse hallado el Síndrome, en los dos casos ya mencionados.

SAASI	Frecuencia	Porcentaje
Si	1505	72,5
No	571	27,5
Total	2076	100,0

Tabla Nro. 15. *Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.*

		Síndrome de acomodación		Total
		Si	No	
Abuso sexual infantil	Si	1505	2	1507
	No	0	569	569
Total		1505	571	2076

Tabla Nro. 16. *Tabla de contingencia Abuso sexual infantil y Síndrome de acomodación.*

En el siguiente cuadro se excluyeron los casos que no padecieron abuso sexual infantil ($n = 569$).

SAASI	Frecuencia	Porcentaje
Si	1505	99,9
No	2	0,1
Total	1507	100,0

Tabla Nro. 17. *Abuso sexual Infantil y Síndrome de Acomodación.*

Teniendo en cuenta los Diagnósticos y el haber presentado como antecedente a la patología alimentaria el abuso sexual infantil, se evidenció en el 65,4 % de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa ($n = 674$). En cuanto a la bulimia, la presencia de abuso ascendió al 76,7% de los casos ($n = 669$). En

los trastornos alimentarios no especificados, el 94,3 % de los pacientes con este diagnóstico indicaron haber padecido este tipo de maltrato infantil. En este punto se observaron diferencias estadísticamente significativas. El porcentaje de abuso es mayor en los trastornos alimentarios no especificados (94,3%), seguido por bulimia (76,7%) y por ultimo anorexia en el 65,4 % de los pacientes afectados con este diagnóstico (Chi cuadrado: $p < 0,001$).

			Abuso sexual infantil		Total
			Si	No	
Diagnóstico	Anorexia	Frecuencia %	674 65,4%	356 34,6%	1030 100,0%
	Bulimia	Frecuencia %	669 76,7%	203 23,3%	872 100,0%
	TANES	Frecuencia %	164 94,3%	10 5,7%	174 100,0%
Total		Frecuencia %	1507 72,6%	569 27,4%	2076 100,0%

Tabla Nro. 18. *Abuso Sexual y Diagnósticos.*

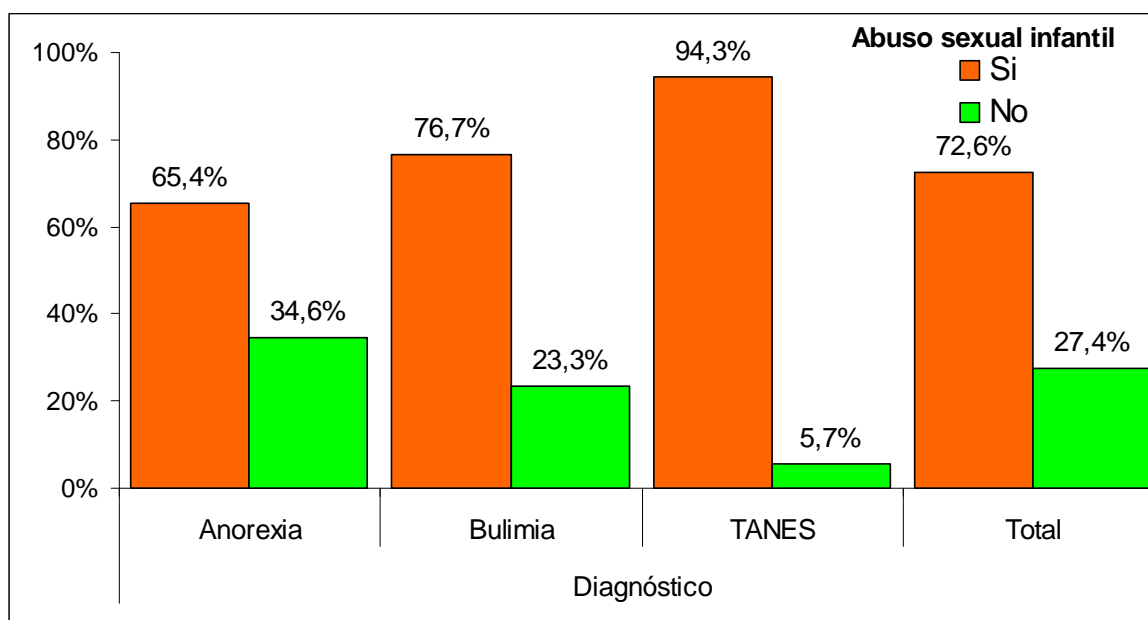


Gráfico Nro. 15. *Abuso Sexual y Diagnósticos.*

A su vez se analizaron los diferentes diagnósticos en relación al haber atravesado o no el síndrome de acomodación al abuso sexual.

			Síndrome de acomodación		Total
			Si	No	Si
Diagnóstico	Anorexia	Frecuencia	672	2	674
		%	99,7%	,3%	100,0%
	Bulimia	Frecuencia	669	0	669
		%	100,0%	,0%	100,0%
	TANES	Frecuencia	164	0	164
		%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Frecuencia	1505	2	1507
		%	99,9%	,1%	100,0%

Tabla Nro. 19. *Diagnóstico y Síndrome de acomodación.*

Dentro de aquellos pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa que padecieron abuso sexual infantil, el 99,7 % presentó el síndrome de acomodación. A la vez, los que fueron diagnosticados con bulimia nerviosa y los de trastornos alimentarios no especificados que fueron víctimas de abuso, atravesaron los cinco estadios del síndrome ambos en un 100%.

Los abusos sexuales fueron perpetrados en el 74,3 % de los casos ($n = 1120$) por miembros del grupo familiar convivientes o no con la víctima. En el 25,4 % de los casos los abusos fueron consumados por sujetos ajenos al grupo familiar ($n = 383$). En el 0,3 % de consultantes víctimas de abuso padecieron ambos tipos, es decir, vivenciaron abusos por parte del grupo familiar y por sujetos ajenos a este ($n = 4$).

A la vez puede señalarse que sobre el total de los casos evaluados ($n = 2076$) un 53,9% ($n = 1120$) padeció abuso sexual por parte de un familiar. En un 18,4 % del total consultante el abuso fue del tipo extrafamiliar ($n = 383$) y 0,2 ambos tipos de abuso ($n = 4$).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Intrafamiliar	1120	53,9	74,3
	Extrafamiliar	383	18,4	99,7
	Intra/extrafamiliar	4	,2	100,0
	Total	1507	72,6	100,0
No corresponde	569	27,4		
Total	2076	100,0		

Tabla Nro. 20. *Tipo de abuso sexual infantil.*

Como ya se señaló en apartados anteriores, la relación entre mujeres y varones en trastornos de la conducta alimentaria es de 10 a 1. En cuanto al sexo y al haber padecido abuso sexual infantil el 76,8 % de los varones relató tal vivencia ($n = 139$) y el 72,8 % de la población femenina ($n = 1368$). No se observan diferencias significativas entre el sexo y ASI.

		ASI		Total	
		Si	No		
Sexo	varón	Frecuencia	139	42	181
		%	76,8%	23,2%	100,0%
Sexo	mujer	Frecuencia	1368	527	1895
		%	72,2%	27,8%	100,0%
Total		Frecuencia	1507	569	2076
		%	72,6%	27,4%	100,0%

Tabla Nro. 21. *Sexo y Abuso sexual infantil.*

Asimismo, dentro de los varones víctimas de abuso se detectó que el 70,5% correspondió a un abuso sexual intrafamiliar, un 29,5 % al extrafamiliar, no hallándose casos de ambos tipos de abuso en varones. En tanto, en la población de mujeres el 74,7% reveló abuso intrafamiliar, el 25% extrafamiliar y el 0,3 % ambos tipos. No se observaron diferencias significativas entre el sexo y los trastornos de la conducta alimentaria.

		Tipo de abuso sexual infantil			Total
		Intrafamiliar	Extrafamiliar	Intra/extrafamiliar	
Sexo	varón	Frecuencia 98	41	0	139
		% 70,5%	29,5%	0,0%	100,0%
Sexo	mujer	Frecuencia 1022	342	4	1368
		% 74,7%	25,0%	0,3%	100,0%
Total		Frecuencia 1120	383	4	1507
		% 74,3%	25,4%	0,3%	100,0%

Tabla Nro. 22. Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.

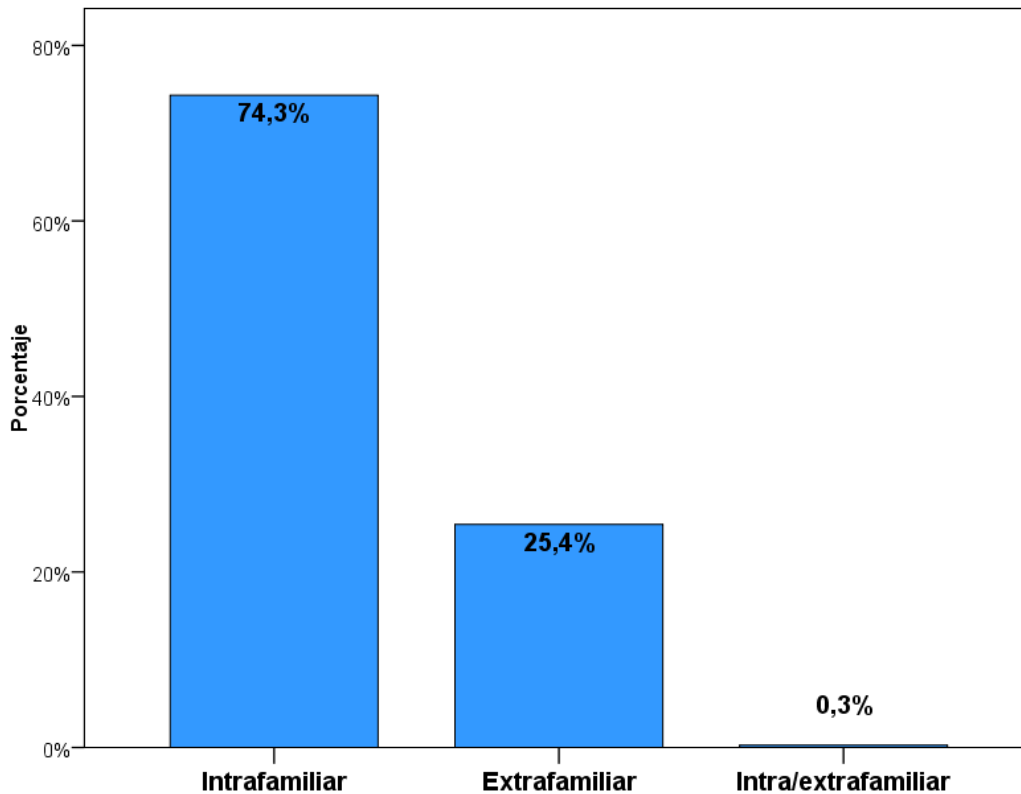


Grafico Nro. 16. Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.

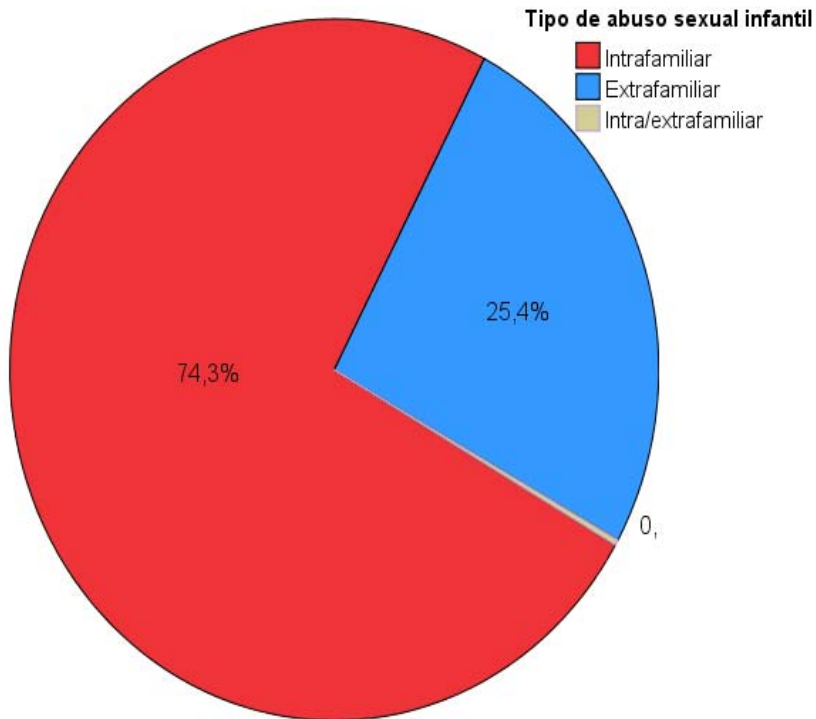


Grafico Nro.17. *Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.*

No se detectaron diferencias significativas entre el diagnóstico y tipo de abuso sexual infantil, ya que muestra la siguiente tabla que en la anorexia el 73,4%, en la bulimia nerviosa el 76,7% y en los trastornos de la alimentación no especificados el 68,3% padecieron abusos del tipo intrafamiliar. En cuanto a los abusos extrafamiliares, fueron hallados en el 26,1 % de los pacientes con anorexia nerviosa víctimas de abuso sexual infantil, en 23,3% con diagnóstico de bulimia y en 31,1% de los trastornos de la alimentación no especificados.

		Tipo de abuso sexual infantil			Total	
		Intrafamiliar	Extrafamiliar	Intra/ extrafamiliar		
Diagnóstico	Anorexia	Frecuencia	495	176	3	674
		%	73,4%	26,1%	0,4%	100,0%
	Bulimia	Frecuencia	513	156	0	669
		%	76,7%	23,3%	0,0%	100,0%
	TANES	Frecuencia	112	51	1	164
		%	68,3%	31,1%	0,6%	100,0%
Total	Frecuencia	1120	383	4	1507	
	%	74,3%	25,4%	0,3%	100,0%	

Tabla Nro. 23. *Diagnóstico y Tipo de abuso sexual infantil.*

La tabla Nro. 24 es meramente informativa y descriptiva pero no se puede hablar de significancia estadística. En ella se intenta discriminar el tipo de actividad, empleo u oficio que ya fue descripta con la diferenciación de si esos sujetos padecieron o no abuso sexual infantil.

		Abuso sexual infantil		Total	
		Si	No		
Trabajo o actividad	Sin actividad	Frecuencia %	151 74,4%	52 25,6%	203 100,0%
	Desocupado	Frecuencia %	37 61,7%	23 38,3%	60 100,0%
	Estudiante	Frecuencia %	1040 72,4%	397 27,6%	1437 100,0%
	Empleado/estudiante	Frecuencia %	59 76,6%	18 23,4%	77 100,0%
	Empleado	Frecuencia %	87 73,1%	32 26,9%	119 100,0%
	Profesional	Frecuencia %	96 72,7%	36 27,3%	132 100,0%
	Ama de casa	Frecuencia %	29 80,6%	7 19,4%	36 100,0%
	Comerciante	Frecuencia %	8 66,7%	4 33,3%	12 100,0%
	Total	Frecuencia %	1507 72,6%	569 27,4%	2076 100,0%

Tabla Nro. 24. *Trabajo o actividad y Abuso sexual infantil.*

Dentro de los consultantes que realizan actividades se encontró un 72,8 % víctimas de abuso sexual infantil ($n = 1319$). En el subgrupo que no realizan actividades un 71,5 % atravesó el mencionado tipo de maltrato ($n = 188$). No se observaron diferencias significativas entre actividad laboral y el haber padecido abuso sexual infantil.

			Abuso sexual infantil		Total
			Si	No	
Tiene actividad	Si	Frecuencia %	1319 72,8%	494 27,2%	1813 100,0%
	No	Frecuencia %	188 71,5%	75 28,5%	263 100,0%
Total		Frecuencia %	1507 72,6%	569 27,4%	2076 100,0%

Tabla Nro. 25. *Tiene actividad y Abuso sexual infantil.*

La tabla Nro. 26 es solamente explicativa y descriptiva, pero no se puede hablar de significancia estadística. En ella se describen los tipos de abuso sexual y los diferentes tipos de trabajo o actividades detectados en los pacientes intervinientes.

		Tipo de abuso sexual infantil			Total	
		Intrafamiliar	Extrafamiliar	Intra/ extrafamiliar		
Trabajo o actividad	Sin actividad	Frecuencia %	113 74,8%	38 25,2%	0 0,0%	151 100,0%
	Desocupado	Frecuencia %	26 70,3%	11 29,7%	0 0,0%	37 100,0%
	Estudiante	Frecuencia %	783 75,3%	255 24,5%	2 0,2%	1040 100,0%
	Empleado/ estudiante	Frecuencia %	39 66,1%	19 32,2%	1 1,7%	59 100,0%
	Empleado	Frecuencia %	61 70,1%	25 28,7%	1 1,1%	87 100,0%
	Profesional	Frecuencia %	66 68,8%	30 31,3%	0 0,0%	96 100,0%
	Ama de casa	Frecuencia %	25 86,2%	4 13,8%	0 0,0%	29 100,0%
	Comerciante	Frecuencia %	7 87,5%	1 12,5%	0 0,0%	8 100,0%
	Total	Frecuencia %	1120 74,3%	383 25,4%	4 0,3%	1507 100,0%

Tabla Nro. 26. *Trabajo o actividad y Tipo de abuso sexual infantil.*

En cuanto la presencia de actividad o ausencia de ésta y el tipo de abuso sexual infantil no se observaron diferencias significativas. En la tabla siguiente se muestra la concordancia entre los porcentajes totales independientemente de si realizan actividad o no y el tipo de abuso y los totales generales obtenidos.

			Tipo de abuso sexual infantil			Total
			Intrafamiliar	Extrafamiliar	Intra/ extrafamiliar	
Tiene actividad	Si	Frecuencia %	981 74,4%	334 25,3%	4 0,3%	1319 100,0%
	No	Frecuencia %	139 73,9%	49 26,1%	0 0,0%	188 100,0%
Total		Frecuencia	1120	383	4	1507
		%	74,3%	25,4%	0,3%	100,0%

Tabla Nro. 27. *Tiene actividad y Tipo de abuso sexual infantil.*

Se realizó un análisis de fragmentos de las historias clínicas de pacientes que realizaron tratamientos por patologías alimentarias y padecieron el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil a los fines de dar explicaciones en torno a la relación de referencia. De modo tal que se relevaron las historias clínicas del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación en las que se halló el síndrome. Algunas transcripciones de entrevistas de algunas de las historias clínicas se incluyen en el presente estudio. Estos relatos aportaron una clara comprensión para la explicitación y concreción del presente trabajo.

En las 1505 historias clínicas se hallaron citas textuales registradas por los profesionales intervinientes que dieron cuenta del tránsito por las diversas etapas del síndrome. Fueron destacadas transcripciones tales como: "... al principio mi papá me dijo que era un secreto entre nosotros, pero después me amenazaba con matar a mi mamá si decía algo..." "... si yo expresaba algo de lo que me hacía, se lo iba a hacer a mis hermanos..." "...mi abuela nunca me creyó..." "... cuando le comenté a mis papás lo que mis tíos me hacían, me trataron de prostituta, y eso que yo tenía nueve años..." "... parecía que era la forma de mostrarme cuánto me quería, abusando de mi..." "...al final cerraba los ojos y pensaba en otras cosas..." "...cuando lo conté, amenazaron con llevarme a un loquero..." "... mi mamá subía la tele más fuerte para no escuchar como yo lloraba por el abuso..." "...me tendría que haber escapado, no importa que tenía cinco años..." "...al final tuve que decir que era mentira, así no me tortura más mi mamá con eso de que rompí la familia..." "... siempre tenía infecciones urinarias y manchas en la ropa interior, ni me la lavaba y decía aguantá que los hombres son todos así..." "...mi tía me dijo que yo era envidiosa y que me gustaba su marido y su vida, entonces dije que el embarazo era de un novio y no de mi tío...a mi él no me gustaba, siempre le tuve

mucho rechazo y asco... todavía no llegué a decir de nuevo que él me violó y fue el padre..." "...yo le conté a mi mamá...si ella lo perdonaba y no hacia ninguna denuncia, él se casaba con ella... y así fue, se casaron, mi mamá lo perdonó y él continuó con los abusos hacia mí..."

A su vez se ubicaron relatos en cada uno de los cinco estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil

- El secreto: "... mi tío me decía que era un secreto que no se lo podíamos decir a nadie... primero porque era un juego... y los secretos estaban para ser secretos y yo tenía seis años..." "... si contás esto, nadie te va a creer..." "... no podés decírselo a nadie... además te van a culpar a vos..." "... si yo lo contaba él me decía que se iba a ir y nos íbamos a morir de hambre..." "... si yo lo contaba, iba a matar a mi mamá y a mí..."

- El desamparo: "... yo soy tu abuelo y tengo derecho... tus tías no se quejaron tanto..." "... tenés que hacer lo que yo te digo..." "... si vos contás, a nadie le va a importar y yo voy a tener que agarrar a tu hermana..." "... a tu mamá no le importa lo que yo te hago..." "... esto es por tu bien, mejor yo que soy como tu papá que te lo tenga que hacer otra persona..." "...sólo se lo conté a mi abuela, pero no me creyó..."

- El entrampamiento y la acomodación: "... viste en esas películas que la chica esta volando, así estaba yo mientras...yo me salía de mi cuerpo mientras que él abusaba de mí..." "... pensaba que todo eso iba a durar hasta que el marido de mi mamá muriera..." "... también fue culpa mía... a los siete años yo tendría que haberme dado cuenta y haber hecho algo..." "...primero abusaba de mí todas las mañanas, después me hacía el desayuno y me llevaba al colegio de la mano... duró todo el primario... todo terminó cuando mi mamá lo dejó porque ella empezó a salir con mi tío... de ahí, no vi más a mi papá... está mal, pero no quiero saber de él..."

- La revelación tardía y no convincente: "... en la escuela se dieron cuenta, pero mi mama negó todo..." "... y ahora me venís con esto..." "... eso es porque te queremos poner limites, si fuese verdad lo hubieras dicho en su momento... ahora es como en el banco, después que te vas, no tenés derecho a reclamar si te dieron mal el vuelto..." "...empecé a salir con un chico y ahí no aguanté mas y se lo conté, pero igual nadie me creyó..." "...ay, no mientas, me dijo mi mamá, si vos siempre querías ir a la escuela, mirá si un maestro que estudió para estar con los chicos va a hacer esas atrocidades..." "...vos te armaste una fantasía y tendrías que escribir novelas..." "...Ay, igual que tu hermana las dos con el mismo cuento...idéntico...¿el abuelo esta postrado y las va hacer dormir la siesta con él ?..." "... mirá, si es verdad, lo hubieras dicho antes de que él se muera, ahora que él no está para defenderse..."

- La retracción "... cuando la Jueza me retó por haber mentido, yo preferí no contarle más... mientras que ella me hablaba, yo no sé por qué pero me acordaba de nuevo todo lo que mi papá me hacía. Lo veía y pensaba por qué lo defiende a él... es un Juzgado de menores y yo era la menor..." "...Yo preferí decir que era mentira... así el marido de mi mamá quedaba libre de culpa y cargo y nos seguía manteniendo. También mi mamá seguía teniendo marido y mi hermana a su papá... lo que no pensé es que volvería a abusar de mí, sabiendo mi mamá y todos..." "...Ya no sabía si me había imaginado todo o había pasado... cuando la doctora me revisó y me dijo que tenía lesiones en el himen de hacía años y yo tenía doce... entonces mi tío me volvió a amenazar y me dijo que diga que fue algún compañero de la escuela..." "... seguí viviendo como si nada, tanto como si nada no, porque me empecé a odiar a mí misma por todo esto..." "... estoy loca, eso es lo que siento porque primero dije la verdad y no me creyeron y después cuando mentí y dije que no había pasado nada, me creyeron. Me creyeron la mentira y no la verdad. Yo estoy loca o todos están locos..."

Las transcripciones citadas dan cuenta del pasaje de los pacientes por los diversos estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil.

7. 2 RESULTADOS POR OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer si existe una relación entre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, tales como anorexia, bulimia y los trastornos de la alimentación no especificados. Para ello, primero se obtuvieron los datos de quiénes habían sido víctimas de abuso sexual infantil.

De la lectura de las 2076 historias clínicas de los pacientes atendidos durante el término de diez años, en el período de 1999 a 2009, con diagnósticos de patologías alimentarias en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación, se halló que 1507, es decir el 72,6% de los casos, sufrieron Abuso Sexual Infantil (ASI).

Entre estas 1507 historias clínicas que contenían descripciones de episodios de abuso sexual infantil, se relejeron ubicando si esos pacientes habían atravesado las etapas del síndrome de acomodación: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía no convincente y la retracción. En esta relectura, se observó la presencia o ausencia de aquellas palabras y descripciones características de los diferentes estadios del síndrome.

En 1505 casos se hallaron relatos que revelaban el recorrido por las cinco categorías que conforman el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

En estas 1505 historias clínicas se halló el síndrome de acomodación, o sea el 72,5 % de los consultantes, mientras que 1507 relataron episodios abusivos, es decir el 72,6%.

Para conocer la relación de referencia, se llevó a cabo un análisis de fragmentos de las historias clínicas de pacientes que realizaron tratamientos por patologías alimentarias y padecieron el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil a los fines de dar explicaciones en torno a la relación de referencia. De modo tal que se procedió a una nueva lectura de las historias clínicas del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación en las que se halló el síndrome. Algunas transcripciones de entrevistas de las historias clínicas se incluyen en el presente estudio. Estos relatos aportaron una clara comprensión para la explicitación y concreción del presente trabajo.

Las transcripciones que continúan dan cuenta del pasaje de los pacientes por los diversos estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil.

En las 1505 historias clínicas se hallaron citas textuales registradas por los profesionales intervinientes que dieron cuenta del tránsito por las diversas etapas del síndrome. Fueron destacadas transcripciones tales como: "... al principio mi papá me dijo que era un secreto entre nosotros, pero después me amenazaba con matar a mi mamá si decía algo..." "... si yo expresaba algo de lo que me hacía, se lo iba a hacer a mis hermanos..." "...mi abuela nunca me creyó..." "... cuando le comenté a mis papás lo que mis tíos me hacían, me trataron de prostituta, y eso que yo tenía nueve años..." "... parecía que era la forma de mostrarme cuánto me quería, abusando de mi..." "...al final cerraba los ojos y pensaba en otras cosas..." "...cuando lo conté, amenazaron con llevarme a un loquero..." "... mi mamá subía la tele más fuerte para no escuchar como yo lloraba por el abuso..." "...me tendría que haber escapado, no importa que tenía cinco años..." "...al final tuve que decir que era mentira, así no me tortura más mi mamá con eso de que rompí la familia..." "... siempre tenía infecciones urinarias y manchas en la ropa interior, ni me la lavaba y decía aguantá que los hombres son todos así..." "...mi tía me dijo que yo era envidiosa y que me gustaba su marido y su vida, entonces dije que el embarazo era de un novio y no de mi tío...a mi él no me gustaba, siempre le tuve mucho rechazo y asco... todavía no llegué a decir de nuevo que él me violó y fue el padre..." "...yo le conté a mi mamá...si ella lo perdonaba y no hacia ninguna denuncia, él se casaba con ella... y así fue, se casaron, mi mamá lo perdonó y él continuó con los abusos hacia mí..."

A su vez se ubicaron relatos en cada uno de los cinco estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil

- El secreto: "... mi tío me decía que era un secreto que no se lo podíamos decir a nadie... primero porque era un juego... y los secretos estaban para ser secretos y yo tenía seis años..." "... si contás esto, nadie te va a creer..." "... no podés

decírselo a nadie... además te van a culpar a vos...” “... si yo lo contaba él me decía que se iba a ir y nos íbamos a morir de hambre...” “... si yo lo contaba, iba a matar a mi mamá y a mí...”.

- El desamparo: “... yo soy tu abuelo y tengo derecho... tus tías no se quejaron tanto...” “... tenés que hacer lo que yo te digo...” “... si vos contás, a nadie le va a importar y yo voy a tener que agarrar a tu hermana...” “... a tu mamá no le importa lo que yo te hago...” “... esto es por tu bien, mejor yo que soy como tu papá que te lo tenga que hacer otra persona...” “...sólo se lo conté a mi abuela, pero no me creyó...”.

- El entrampamiento y la acomodación: “... viste en esas películas que la chica esta volando, así estaba yo mientras...yo me salía de mi cuerpo mientras que él abusaba de mí...” “... pensaba que todo eso iba a durar hasta que el marido de mi mamá muriera...” “... también fue culpa mía... a los siete años yo tendría que haberme dado cuenta y haber hecho algo...” “...primero abusaba de mí todas las mañanas, después me hacía el desayuno y me llevaba al colegio de la mano... duró todo el primario... todo terminó cuando mi mamá lo dejó porque ella empezó a salir con mi tío... de ahí, no vi más a mi papá... está mal, pero no quiero saber de él...”.

- La revelación tardía y no convincente: “... en la escuela se dieron cuenta, pero mi mama negó todo...” “... y ahora me venís con esto...” “... eso es porque te queremos poner limites, si fuese verdad lo hubieras dicho en su momento... ahora es como en el banco, después que te vas, no tenés derecho a reclamar si te dieron mal el vuelto...” “...empecé a salir con un chico y ahí no aguanté mas y se lo conté, pero igual nadie me creyó...” “...ay, no mientas, me dijo mi mamá, si vos siempre querías ir a la escuela, mirá si un maestro que estudió para estar con los chicos va a hacer esas atrocidades...” “...vos te armaste una fantasía y tendrías que escribir novelas...” “...Ay, igual que tu hermana las dos con el mismo cuento...idéntico...¿el abuelo esta postrado y las va hacer dormir la siesta con él ?...” “... mirá, si es verdad, lo hubieras dicho antes de que él se muera, ahora que él no está para defenderse...”.

- La retracción “... cuando la Jueza me retó por haber mentido, yo preferí no contarle más... mientras que ella me hablaba, yo no sé por qué pero me acordaba de nuevo todo lo que mi papá me hacía. Lo veía y pensaba por qué lo defiende a él... es un Juzgado de menores y yo era la menor...” “...Yo preferí decir que era mentira... así el marido de mi mamá quedaba libre de culpa y cargo y nos seguía manteniendo. También mi mamá seguía teniendo marido y mi hermana a su papá... lo que no pensé es que volvería a abusar de mí, sabiendo mi mamá y todos...” “...Ya no sabía si me había imaginado todo o había pasado... cuando la doctora me revisó y me dijo que tenía lesiones en el himen de hacía años y yo tenía doce... entonces mi tío me volvió a amenazar y me dijo que diga que fue algún compañero de la escuela...” “... seguí viviendo como si nada, tanto como si

nada no, porque me empecé a odiar a mí misma por todo esto...” “... estoy loca, eso es lo que siento porque primero dije la verdad y no me creyeron y después cuando mentí y dije que no había pasado nada, me creyeron. Me creyeron la mentira y no la verdad. Yo estoy loca o todos están locos...”.

En torno al objetivo que pretendió establecer la frecuencia en que se presenta el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil como factor predisponente en sujetos con diagnósticos de bulimia nerviosa, se obtuvieron como resultados que la presencia de abuso sexual infantil se halló en el 76,7% de los casos (n=669). A la vez los que fueron diagnosticados con esta patología alimentaria y, a su vez, víctimas de abuso, atravesaron los cinco estadios del síndrome en un 100%.

En relación al estudio de la frecuencia en que es dada la presencia del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil con anterioridad al diagnóstico de la anorexia nerviosa, se halló en el 65,4 % de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa (n=674) episodios de abuso sexual infantil. Dentro de aquellos pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa que padecieron abuso sexual infantil, el 99,7 % presentó el síndrome de acomodación. En dos casos, ya citados, no se contó con elementos suficientes para el diagnóstico del síndrome.

Se buscó analizar la frecuencia en que se atraviesa el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil en sujetos con diagnóstico de trastornos en la alimentación no especificados. El 94,3 % de los pacientes con este diagnóstico, indicaron haber padecido este tipo de maltrato infantil. A la vez, los que fueron diagnosticados con trastornos alimentarios no especificados que fueron víctimas de abuso, atravesaron los cinco estadios del síndrome en un 100%.

El objetivo de conocer el porcentaje de sujetos con patologías alimentarias que han transcurrido las diferentes etapas del síndrome de acomodación en comparación con sujetos sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria no ha podido cumplimentarse, ya que se ha desarrollado ampliamente el tema de la prevalencia del abuso sexual infantil, pero no la prevalencia del síndrome. Se tuvo en cuenta que no existen trabajos anteriores que hayan investigado sobre la frecuencia del síndrome de acomodación en sujetos sin patologías alimentarias. Este tipo de diagnóstico correspondería realizarse con la profundidad que se relevaron las historias clínicas y debe tenerse en cuenta de las dificultades para reunir una muestra suficiente de sujetos que acepten brindar respuestas sobre la complejidad del síndrome y sus estadios.

Si bien no cumple con las expectativas totales y no soluciona la problemática arriba descrita sobre la prevalencia del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil en la población sin patología alimentaria, fue estudiada e investigada la prevalencia del abuso sexual infantil y estos datos fueron comparados con los obtenidos en la muestra. Es decir, aquí se relacionó abuso y

patologías alimentarias y no síndrome y patologías. A continuación, se exponen los resultados.

La incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil como conceptos estadísticos usados en epidemiología aportan la distribución y evolución de la problemática en la población. Se entiende por incidencia el número de casos denunciados o detectados por autoridades oficiales en un período determinado, habitualmente en un año (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). Es decir, el número de casos nuevos que han aparecido en un determinado período de tiempo (Bringiotti, 2006). Por ello, se tomará en cuenta la prevalencia y no la incidencia para este objetivo, ya que la prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan abuso sexual infantil en un momento o en un período determinado. La prevalencia es el número total de los individuos que presentaron abuso sexual en un momento o durante un período dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del período. Cuantifica la proporción de personas en una población que padeció abuso sexual en un determinado momento. Resulta un parámetro útil porque permite representar un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. (Runyan, 1998; Wynkoop, Capps y Priest, 1995). La prevalencia aportaría datos de qué cantidad de personas de la población general que reconocen haber sido abusadas en su infancia (Bringiotti, 2006).

Los diversos autores exponen resultados diversos, según el tipo de estudio que se realice. Para esta comparación, sólo se toman en cuenta aquellos trabajos que analicen si el sujeto fue abusado desde una perspectiva retrospectiva, dejando de lado los niños que actualmente atraviesan el abuso y han sido detectados.

En relación a mujeres los porcentajes de prevalencia informados fueron 19% (Finkelhor, 1980), 24% (Estudio de Kinsey en Leventhal, 1988), 22,5% (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995), 7 % (Finkelhor citado por Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000), 12,8% (MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong y Racine, Beardslee, y oxford, 1997), 13,14% (Oaksford y Frude, 2001), 23,7% (Made, 2001), 25% (Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti, 2003), 19% (Pereda Beltran, 2006), 22,5 % (Myskow, 2006) y 10,7% (Cantón Cortés, Cantón, Justicia y Cortés, 2011).

En cuenta a la prevalencia del abuso sexual en mujeres en nuestro país se obtuvieron datos del 20% (Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe, 2006), 27 % (5ta. Jornada de Estudio y Reflexión "Violencia Familiar", Shalom Bait y AMIA, 2008) y 19% (Losada, 2010).

El estudio de Vasallo (2002) plantea un 50 % de prevalencia, aunque no refiere a la población en general, sino a mujeres que solicitaron ayuda psicológica al servicio de salud mental de un hospital público de La Plata, capital de la

Provincia de Buenos Aires. A los efectos de considerarse los datos de prevalencia de la comunidad y no los consultantes quienes poseerían síntomas o motivos de consulta específicos, estos datos no son considerados para este objetivo.

Con respecto a los varones, la prevalencia ascendió 9% (Finkelhor, 1980), entre el 10 % y el 15% (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995), 3 % (Finkelhor citado por Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000), 4,3% (MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong y Racine, 1997), 21,7% (Made, 2001), 16% (Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti, 2003) y 15,5 % (Pereda Beltran, 2006).

En Argentina, la prevalencia del abuso sexual en varones arrojó como datos 9 % (Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe, 2006), 0% (5ta. Jornada de Estudio y Reflexión "Violencia Familiar", Shalom Bait y AMIA) y 6% (Losada, 2010).

Otros estudios que no son tenidos en cuenta para la comparación de referencia por tratarse de estudios de menores de edad, aportan datos como una prevalencia del 10% al 12% de niñas de menos de 14 años (Feldman, W. Feldman, E. Goodman, McGrath, Pless, Corsini y Bennett, 1991), el 50 % de mujeres entre 18 y 20 años (Barbaree, Hudson y Seto, 1993), 11 % (Avery, Hutchinson y Whitaker, 2002), 1,1 % (Theodore, Chang, Desmond, Wanda, Bangdiwala y Agans, 2005), 10 % (Quezada, Neno y Luzoro, 2006). Bringiotti (2006) detectó un 1,7 % de casos de abuso sexual infantil para el nivel inicial, 1,1 % para el nivel primario y 1,9 % en escuelas especiales de discapacidad. En un relevamiento posterior detectó un 1,1 % para el nivel inicial, 1,3 % para el nivel primario y 4,2 % para las escuelas especiales. El estudio de Hyun-Sil Kim y Hun-Soo Kim (2005) con una prevalencia 3,7% de incesto en la población coreana, tampoco fue considerado para este objetivo, puesto que no evalúa el abuso sexual infantil en general, sino que se limita a la investigación en el incesto.

Según los datos de los estudios citados la prevalencia mundial del abuso sexual infantil entre 1980 y 2011 podría situarse en el orden del 18,95 % para mujeres y 9,7 % en varones.

En tanto, en los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación, durante el período 1999-2009, se halló una prevalencia abuso sexual infantil del 72,8 % en mujeres y un 76,8 % en varones.

Estos resultados aportan una diferencia significativa de prevalencia del abuso sexual entre la sociedad en general y quienes padecen patología alimentaria, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto al objetivo de diferenciar dentro del grupo estudiado de pacientes con patologías alimentarias a quienes han padecido abuso sexual infantil y quiénes el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, conociendo

si un grupo es mayor que otro, fue desarrollado a través del análisis cuanti y cualitativo. De la exploración de las 2076 historias clínicas de los pacientes atendidos durante el término de diez años, en el período de 1999 a 2009, con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria, se halló que 1507, es decir el 72,6%, de los casos sufrieron Abuso Sexual Infantil.

Entre estas 1507 historias clínicas que contenían descripciones de episodios de abuso sexual infantil, se relevaron ubicando si esos pacientes habían atravesado las etapas del síndrome de acomodación: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía no convincente y la retracción. En esta relectura, se observó la presencia o ausencia de aquellas palabras y descripciones características de los diferentes estadios del síndrome. En 1505 casos se hallaron relatos que revelaban el surcado por las cinco categorías que conforman el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Estas 1505 historias clínicas conformaron el síndrome de acomodación conformando el 72,5 % de los consultantes, mientras que 1507 relataron episodios abusivos es decir el 72,6%. 76,8 % de los varones relató tal vivencia (n=139) y también el 72,8 % de la población femenina (n=1368). Por lo tanto, puede señalarse que el 99,86 % de los casos de víctimas de abuso con patologías en la alimentación padecieron el síndrome. El grupo de sujetos con patología alimentaria con abuso sexual sin el síndrome de acomodación ha sido de 2 casos, lo que representa el 0,14 %.

Se ha pretendido establecer si el abuso sexual con posterior desarrollo de patologías en la alimentación ha sido perpetrado por parte de un abusador intra o extrafamiliar dentro de la muestra de los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación durante el período de referencia. Puede señalarse que, sobre el total de los casos evaluados (n=2076), un 53,9% (n=1120) padeció abuso sexual por parte de un familiar. En un 18,4 % del total consultante el abuso fue del tipo extrafamiliar (n=383) y 0,2 ambos tipos de abuso (n=4).

Dentro de los sujetos víctimas, sobre un total de 1507 casos relevados, los abusos sexuales fueron perpetrados en el 74,3 % de los casos (n=1120) por miembros del grupo familiar convivientes o no con la víctima, lo que se considera del tipo de abuso intrafamiliar. En el 25,4 % de los casos los abusos fueron consumados por sujetos ajenos al grupo familiar (n=383). En el 0,3 % de consultantes víctimas de abuso padecieron ambos tipos, es decir vivenciaron abusos por parte del grupo familiar y por sujetos ajenos a este (n=4).

Otras investigaciones describieron porcentajes de abusos del tipo intrafamiliar del 51 % (Investigación de Alfred Kinsey en Leventhal, 1988), 79% perpetrado por un familiar u otro conocido (Rodríguez Cely, 2000), el 57% correspondió a abuso intrafamiliar, el 33% a abuso extrafamiliar y 5% a ambos tipos (5ta. Jornada de Estudio y Reflexión "Violencia Familiar", Shalom Bait y AMIA, 2008), el 80% y el hecho ocurrió en lugar familiar tanto para la víctima como el abusador (Mejía

Montenegro, 2010) y el 58 % con de carácter intrafamiliar, el 38% extrafamiliar y el resto ambos (Losada, 2010).

Por lo expuesto, es mayor el porcentaje de abuso intrafamiliar en los sujetos con patología alimentaria (74,3 %), que en aquellos que fueron víctimas de abuso de la sociedad en general (65%), tomando el promedio de los cinco estudios citados.

8. DISCUSIÓN

El abuso sexual infantil constituye una grave problemática social y de salud pública. Representa uno de los más importantes problemas que atenta contra la estabilidad social debido a su potencial de destrucción, dado que promueve y genera nuevos círculos de violencia que obstaculizan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de los individuos. Sus consecuencias son variadas y pueden presentarse a corto, mediano y largo plazo. En esta investigación se desarrolló su relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

En este apartado se describen las conclusiones de los resultados obtenidos en este estudio, relacionándolos con otras investigaciones afines desde la perspectiva teórica. Las conclusiones de esta investigación darían cuenta acerca de la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y los episodios abusivos en la infancia.

8. 1 SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y PATOLOGÍAS ALIMENTARIAS

Los resultados del presente estudio, en concordancia con otras investigaciones, relacionan fuertemente el abuso sexual infantil con los trastornos de la conducta alimentaria. La mayor parte de los pacientes consultantes en el Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación, en el período de 1999 a 2009, sufrieron Abuso Sexual Infantil.

Goldfarb (1987) ilustró el desarrollo de los trastornos en la conducta alimentaria en el contexto del abuso sexual. Entonces, consideró como antecedente el abuso sexual infantil en la anorexia nerviosa, la bulimia y la ingesta compulsiva. El análisis de Goldfarb se encuentra en línea con los hallazgos de la presente investigación. Coover, Kinder y Thompson (1989) también señalaron que los antecedentes de abuso sexual se presentaban en las pacientes con anorexia restrictiva y hallaron amplias relaciones entre las patologías alimentarias y la anorexia nerviosa. Steiger, Richardson, Schmitz, Israel, Bruce, y Gauvin (2010) observaron asociaciones significativas entre el abuso infantil y el desarrollo de trastornos alimentarios.

El trabajo de Smolak, Levine y Sullins (1990) planteó la existencia de una conexión entre el abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de trastornos en la conducta alimentaria, pero mantuvo una concordancia mayor con los resultados hallados en esta investigación ya que sostuvieron que esta conexión está condicionada por las características del abuso, las variables de la personalidad y los niveles de respaldo familiar. El estudio investigó las experiencias sexuales infantiles y el respaldo familiar como predictores de los trastornos en las actitudes.

En lo que Summit (1983) describió como Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI), es decir un modelo de comprensión de la dinámica del abuso sexual, se tiene en cuenta en sus diversos estadios la falta de respaldo familiar en la develación del abuso. Por ello, la asociación de Smolak, et al. refiere a efectos similares a los de esta tesis sin haber correlacionado directamente el síndrome y las patologías alimentarias. También Waller y Ruddock (1993) señalaron que el abuso sexual infantil informado es generalmente asociado con el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosa, pero los factores intervinientes que determinan si dicho abuso es relevante en el caso en particular no son comprendidos adecuadamente. El alcance de la psicopatología, particularmente la frecuencia de los vómitos y la presencia de síntomas de la personalidad borderline, se asociaba con la naturaleza de la respuesta percibida a una tentativa de revelación. La percepción de la falta de respuesta o una respuesta negativa y hostil se asoció con patrones de sintomatología específica. De la misma forma los hallazgos de las autoras coinciden con las categorías del síndrome. Pope y Hudson (1996) describieron la patología alimentaria como consecuencia de la no develación del abuso sexual infantil. Por tanto, han desplegado un modelo terapéutico que radica en una terapia de la recuperación de la memoria para los desórdenes de la alimentación y se propuso ayudar al paciente a recuperar memorias reprimidas del abuso sexual infantil. Por medio de esta técnica, se esperó que el paciente pudiera superar estas experiencias para lograr liberarse de la vergüenza, la disconformidad con su cuerpo y trastornos en la conducta alimentaria. La no develación y la vergüenza forman parte de las características del síndrome. Estas investigaciones concuerdan con los resultados de este trabajo, aún sin describir el síndrome, aportan vivencias similares a las ya descritas de las víctimas de ASI que luego desarrollaron patologías alimentarias. Del mismo modo Brown, Russell y Thornton (1999) recalcaron las secuelas y repercusiones de la revelación del abuso sexual infantil sin respaldo. Myskow (2006) manifestó que es de gran ayuda sobrellevar el trauma del abuso sexual infantil si se trata a las víctimas en un ambiente de sensibilidad y comprensión, que podría evitar el tránsito por los diversos estadios del SAASI.

Palmer y Oppenheimer (1992) también describieron las experiencias sexuales infantiles con adultos como un factor que aumenta las posibilidades de un posterior trastorno en la conducta alimentaria. Levin, Kahan, Lamm y Spauster (1993) exhibieron las coincidencias entre el abuso sexual y los trastornos en la conducta alimentaria en su exploración. Tobin, Elin y Molteni (1995) exhibieron pacientes con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa y presentaron a un subgrupo de pacientes con antecedentes de abuso sexual por parte de familiares. Turnbull, Treasure y Troop (1997) evaluaron la prevalencia de los trastornos por estrés postraumático en pacientes con trastornos en la conducta alimentaria que habían referido un episodio de abuso sexual en su infancia, señalando que el ASI fue el factor más referido y frecuente detectado. Moyer, DiPietro, Berkowitz, y Stunkard, (1997) también asociaron los factores influyentes en relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos en la conducta alimentaria. Así también

Brown, Dunn, Russell y Thornton (1999) estudiaron retrospectivamente sujetos con síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria y los hallaron particularmente frecuentes en aquellos que habían informado abuso sexual infantil. De igual forma, Vander Linden (1999) encontró al abuso sexual infantil como causa desencadenante de trastornos alimentarios.

Del mismo modo, coinciden con los hallazgos de este trabajo las publicaciones de Briere y Zaidi (1989), Berger, Saito, Ono, Tezuka, Shirahase y Kuboki (1994), Edgardh y Ormstad (2000), Favaro y Santonastaso (2000), Nagata, Kawarada, Kirike e Iketani (2000), Wonderlich y Crosby (2001), Romans, Gendall, Martin y Mullen (2001), Smolak y Murnen (2002), Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami e Iseki (2004) y Bardone Cone, Maldonado, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Carpintero, Crow, Peterson, Klein, y Le Grange (2008) desarrollando las asociaciones entre abuso sexual y patologías alimentarias. Joseph (2003) y Gustafson y Sarwer (2004) equivalentemente expusieron que abuso sexual infantil se constituye como factor de riesgo para los trastornos en la conducta alimentaria. Del mismo modo Rome, Amuerman y Piper (2003), Rosen (2003), Soanes y Swann (2006) y Lenoir y Silber (2006) describieron que durante el transcurso de los tratamientos para la recuperación de las patologías alimentarias se obtuvieron relatos de pacientes que develaban antecedentes de abuso sexual.

Connors y Morse (1993) expresaron que es posible que exista una conexión directa entre el trauma sexual y la patología en la alimentación, pero no hallaron resultados que arrojen diferencias significativas entre la población en general y su muestra de pacientes con trastornos alimentarios. Kern y Hastings (1995), cuando estudiaron la conducta alimentaria y la situación de abuso de manera concurrente, no detectaron diferencias significativas entre pacientes con patologías alimentarias y sujetos sin este diagnóstico.

Los trabajos de Echebúrua Odriozola y Guerricaechevarria (2005), Redondo Figuero y Ortiz Otero (2005), Rodríguez, Pérez y García (2005), Rodríguez y Guerrero (2005) y Myskow (2006) coinciden con la relación entre el abuso sexual infantil y los trastornos alimentarios, aunque las magnitudes de sus resultados son diversas. Se estima que estas discrepancias son dadas por los diferentes tipos de estudio.

Claes y Vandereycken (2007) describieron la conexión de los trastornos en la conducta alimentaria y el abuso sexual. Y señalaron que los altos niveles de disociación y autocrítica diferenciaban a los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria que habían sido víctimas de abuso sexual de los que no lo habían sido. Los pacientes que habían sido abusados presentaban comportamientos autodestructivos. La sintomatología ligada a la disociación estaría ligada al tercer estadio del síndrome, el que representa al entrapamiento y la acomodación. La autocrítica y los comportamientos autodestructivos surgen a partir de no ser tenido en cuenta su relato como tardío y no convincente en la

cuarta categoría del SAASI, y llevan a la víctima al último estadio, es decir a la retractación.

En este estudio la mayor parte de la muestra reveló episodios de abuso sexual infantil. Estos pacientes del Instituto Argentino de trastornos de la Alimentación habían atravesado las etapas del síndrome de acomodación: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía no convincente y la retractación. En las historias clínicas se repetían palabras y descripciones características de los diferentes estadios del síndrome, los relatos revelaban el recorrido por las cinco categorías que conforman el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Estos relatos aportaron una clara ilustración de las vivencias de los sujetos víctimas.

La permanencia en el síndrome parecería estar dada puesto que plantearon que la situación abusiva es dada es un estado similar al del trance. 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. E incluye un desdibujamiento de los límites de identidad y tiempo, donde el niño víctima queda preso en este estado, al que Perrone y Nannini (1997) refirieron como hechizo o embrujamiento. El hechizo es el extremo de una relación de poder de desigualdad absoluta. Losada (2009) expuso que la instalación en la etapa de retractación del síndrome de acomodación, es decir el callar el abuso bajo el efecto del hechizo, da lugar a la patología alimentaria. Allí el cuerpo comienza a hablar y habla a través del trastorno en la conducta alimentaria.

La exposición de Calvi (2005) sostuvo que los cuadros de bulimia y anorexia son frecuentes entre los jóvenes que fueron abusados de niños y castigan el propio cuerpo, frente a la sensación de asco y vergüenza que sienten por lo que pasó. Calvi explica que el abuso sexual en la infancia se constituye como forma paradigmática de una catástrofe privada que acontece en la intimidad y que la niña/o sufre en la más absoluta soledad. Desde el lugar de quién sufre estos traumatismos las palabras no alcanzan para describir la situación y el sujeto se silencia, quedando una experiencia que no tiene pruebas de verdad más que las de su propio cuerpo, su memoria, la fragilidad de una memoria que construirá un relato fragmentado, fracturado, frágil. La verdadera memoria se almacena en silencio y provoca un desmantelamiento de la lógica existente. Los pacientes que atravesaron el síndrome de acomodación rechazan su propio cuerpo, el mismo que fue vulnerado a través del abuso y que ahora es rechazado, criticado y expuesto a una mala nutrición.

El abuso sexual se establece como una intrusión de territorio, una negación de la presencia del niño como tal, una carencia de sus derechos, concedido a la

víctima en sentimiento de extrañeza en su propio como cuerpo. Se produce una pérdida de los límites interindividuales y un atrapamiento en una relación. Involucra la elaboración que realiza el abusador que empapa al niño en un escenario de desprotección e incompreensión.

Rodríguez Cely (2003), Pereda Beltran (2006), Bringiotti (1999), Casado Flores, Díaz Huertas, y Martínez Gonzalez (1997), Walker, Bonner y Kaufman (1988), Ingles (1991), Trepper y Barret (1989) y Echeburría y Guerricaechevarría (2005) coinciden con la presente investigación, ya que postulan al abuso sexual infantil como un hecho no aislado sino como un problema complejo.

El abuso sexual infantil representa a uno de los más graves problemas de salud pública que tiene que afrontar la sociedad, especialmente los niños y jóvenes. Entre las consecuencias a largo plazo, este trabajo señala la relación entre el abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, específicamente en aquellas personas que transitaron los cinco estadios del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil descrito por Summit (1983) como modelo explicativo del abuso sexual infantil. En relación, se ha hallado que la mayoría de los sujetos consultantes por patologías alimentarias del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación han atravesado los cinco estadios del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Los estudios de Colombo, Agosta y Barilari (2008) y Losada (2009) se hallan en línea con los resultados de esta investigación. Ambos expusieron que los niños víctimas de abuso sexual presentan a posteriori trastornos en la alimentación como voracidad, anorexia o bulimia.

Los resultados concuerdan con las investigaciones de Perkins (2008), considerando al abuso sexual infantil como un factor de riesgo para el desarrollo de la bulimia nerviosa. Del mismo modo, se concuerda con los trabajo de Bardone Cone, Maldonado, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Carpintero, Crow, Peterson, Klein, y Le Grange (2008), considerando que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tenían niveles más altos de el abuso que la población en general.

8. 2 SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y BULIMIA NERVIOSA

Los postulados de Eisler (1991), Ugazio (1991), Turón (1997), Bagattini (1997), Bagattini (1998), Fornari (1999), Neumark (1999), McIntosh (2000), Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye (2000) y López Coutiño, Nuño Gutiérrez y Arias Ibáñez (2006) detallan las características de la bulimia nerviosa, de sus grupos familiares y del contexto en que se presentan. Ello aporta una perspectiva situacional de la problemática para la presente investigación. Esta patología alimentaria generalmente comienza 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 vómito.

Se ha detectado una alta frecuencia en la presencia del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil como factor predisponente en sujetos con diagnósticos de bulimia nerviosa.

En concordancia con esta investigación Wonderlich, Harris, Wilsnack, R. W. y Wilsnack, S. C. (1996) expusieron que el abuso sexual infantil se constituye como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de un comportamiento bulímico en mujeres. Las víctimas de abuso sexual infantil son significativamente más propensas a manifestar la patología alimentaria y un importante número de casos de comportamiento bulímico fueron atribuidos al referido abuso.

Rorty, Yager y Rossotto y (1994) describieron la relación entre el abuso sexual y la bulimia nerviosa. Emergieron relaciones significativas entre los casos de abusos múltiples y la bulimia nerviosa. Por lo general, los hallazgos en el grupo control fueron coincidentes con los hallazgos del grupo con bulimia nerviosa, lo cual demostró que los hallazgos no eran específicos para mujeres con trastornos en la conducta alimentaria. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos, ya que no se detectaron abusos múltiples del tipo intra y extrafamiliar en los pacientes con bulimia y se obtuvieron frecuencias altas de abuso sexual infantil en sujetos con este diagnóstico. Sí se acuerda con los autores en la necesidad de una intervención intensiva especial en un subgrupo de pacientes mujeres con bulimia y abuso sexual previo.

La presente investigación coincide con las conclusiones de Garfinkel, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan, y Woodside (1995) y Claridge, Davis, Bellhouse y Simone (1998) al respecto de que los antecedentes de abuso sexual son significativamente más frecuentes en las pacientes con bulimia que en las personas sin patologías alimentarias. Los resultados del trabajo de Groth Marnat y Michel (2000) demostraron que la severidad de los casos de abuso sexual infantil reportados por la víctima eran de mayor grado entre las mujeres con diagnóstico actual de bulimia. Con respecto a la mayor severidad que realizan los autores, se incluyen factores como falta de protección, disociación e incredulidad hacia sus relatos, que concuerdan los estadios dos, tres y cuatro del síndrome de acomodación, es decir con el desamparo, el entrapamiento y la acomodación y la revelación tardía y no convincente.

Schmidt, Humfress y Treasure (1997) expusieron la existencia de mayor evidencia de patologías familiares en aquellas familias con trastornos en la conducta alimentaria que en las familias del grupo control normales. En los casos de bulimia nerviosa, los altos niveles de perturbaciones familiares estuvieron

asociados con una sintomatología bulímica crónica y de mayor gravedad. Los índices de abuso sexual fueron más elevados en la bulimia nerviosa que en los controles normales. Las autoras sostuvieron que este tipo de maltrato es más común en las pacientes con bulimia que en los trastornos restrictivos, como la anorexia. Al igual que en el trabajo Schmidt, Humfress y Treasure, el abuso se halló en mayor grado en los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación con diagnóstico de bulimia que en aquellos que padecieron anorexia nerviosa.

Leonard, Kao y Steiger (2003) consideraron la asociación entre el abuso sexual en la edad infantil en mujeres con bulimia. Los síntomas en la conducta alimentaria funcionaron como consecuencias del abuso reiterado a lo largo de su niñez. Las conclusiones del trabajo citado se hallan en concordancia con la presente investigación.

Los hallazgos obtenidos se muestran en línea con las conclusiones de Brewerton (2007), en tanto a la consideración del abuso sexual infantil es un factor de riesgo para la bulimia nerviosa. En cuanto a su afirmación de que el trauma del abuso sexual infantil es más común en los pacientes con bulimia que en los pacientes con trastornos alimentarios en general, no se concuerda plenamente, ya que los hallazgos de esta investigación sostienen que es más frecuente la presencia de abuso sexual infantil en el paciente con bulimia que con anorexia, pero es significativamente menor en la bulimia que en los TANES.

Puede concluirse este apartado señalando que se ha encontrado entre los consultantes con diagnósticos de bulimia nerviosa un subgrupo significativo que ha atravesado con anterioridad el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

8. 3 SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ANOREXIA NERVIOSA

Russell y Beardwood (1970), Bruch (1978), Mussen (1985), Feinstein (1988), Minuchin, Rosman, y Baker (1989), Keys y colaboradores citados por Herscovici y Bay (1990), Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, (1999), Corbella (1994), Crispo, Figueroa y Guelar (1994), Toro, J., Nicolau, Cervera, Castro, Blecua, Zaragoza y Toro, A. (1995), Sue (1996), Zerbe (1991), Saranson I. y Saranson B. (1996), Turón (1997), Papalia (1998), Bagattini (1998), Teisson (2000) y Losada (2009) describieron a la anorexia nerviosa, aportando a esta investigación un perfil clínico. La anorexia se caracteriza por un alto nivel de exigencia, una búsqueda de la perfección, no sólo 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, aún aquellos que son implícitos e incluso cuando incluyen silencios que guardan el abuso sexual infantil. Proviene de familias con altos niveles de exigencia, sobre

todo hacia esta hija en particular. Presentan una alteración en la imagen corporal. Aún con pesos mórbidos se auto encuentran frente al espejo gordas. Se observa una pérdida 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.

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.

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil fue hallado significativamente en los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa.

Una alta proporción de los consultantes con anorexia nerviosa han atravesado antes del diagnóstico de la patología alimentaria, el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Los resultados concuerdan con las investigaciones de Covert, Kinder y Thompson (1989), quienes también señalaron que los antecedentes de abuso sexual se presentaban en las pacientes con anorexia restrictiva y hallaron amplias relaciones entre los abusos sexuales infantiles y la anorexia nerviosa.

Puede señalarse con respecto a este punto que presenta relevancia entre los consultantes con diagnósticos de anorexia nerviosa un subgrupo que ha surcado con anterioridad el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

Si bien la relación dada entre la anorexia y el síndrome de abuso sexual infantil es significativa, arroja resultados menores que en la bulimia nerviosa y el síndrome, y más bajos aún que en los Trastornos de Alimentación No Especificados y el síndrome.

8. 4 SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS

Se concuerda con las descripciones de Raich (1994), Walsh y Garner (1997), Walsh y Garner en Garner y Garfinkel (1997), Mizes y Sloan (1998), Beresin (1998), Hay y Fairburn (1998), Kaplan (1998), Yager (1998) y Farrera (2009) acerca de que, al igual que la anorexia y la bulimia nerviosa, los trastornos

alimentarios no especificados se presentan como patologías alimentarias complejas que a su vez comparten características, pero que no cumplen estrictamente los criterios diagnósticos ni de anorexia ni de bulimia.

El análisis de Dunkley, Masheb y Grilo (2010) en relación a este diagnóstico, la insatisfacción corporal y el abuso sexual se asoció significativamente y coincide con la investigación que se ha desarrollado en el presente trabajo.

Se destaca que se ha hallado entre los consultantes con diagnósticos de Trastornos de Alimentación No Especificados un subgrupo significativo que ha transitado el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.

La relación entre este diagnóstico y el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil es mayor que en la bulimia y anorexia nerviosa. Es decir que gran parte de los sujetos que presentaron este diagnóstico habían sido víctimas de abuso sexual y luego desarrollaron también el síndrome de acomodación, incluso en medidas superiores que aquellos con los diagnósticos de bulimia y anorexia.

8.5 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN SUJETOS CON Y SIN PATOLOGÍA ALIMENTARIA

La prevalencia aportaría datos de que cantidad de personas de la población general reconocen haber sido abusadas en su infancia (Bringiotti, 2006). Los trabajos de Finkelhor (1980), Leventhal (1988), López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995), Cantón Duarte y Cortés Arboleda (1997), MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong y Racine (1997), Oaksford y Frude (2001), Made (2001), Vasallo (2002), Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti (2003), Pereda Beltrán (2006), Myskow (2006), la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe (2006), la 5ta. Jornada de Estudio y Reflexión Violencia Familiar de Shalom Bait y AMIA (2008), Losada (2010) y Cantón Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011) plantearon una perspectiva retrospectiva del abuso sexual infantil aportando datos acerca de la prevalencia en mujeres de esta problemática.

Con respecto a los varones, la prevalencia fue obtenida de las investigaciones de Finkelhor (1980), Leventhal (1988), López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes (1995), Cantón Duarte y Cortés Arboleda (1997), MacMillan, Fleming, Trocme, Boyle, Wong y Racine (1997), Made (2001), Dong, Anda, Dube, Giles y Felitti (2003), Beltrán (2006), la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe (2006), la 5ta. Jornada de Estudio y Reflexión Violencia Familiar de Shalom Bait y AMIA (2008) y Losada (2010).

Los datos de los estudios citados sobre la prevalencia mundial del abuso sexual infantil son significativamente más bajos que la prevalencia del abuso sexual infantil en los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la

Alimentación durante el período 1999-2009. En la sociedad en general se hallaron valores de prevalencia menores en comparación con las magnitudes de prevalencia de abuso sexual de los sujetos con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Estos resultados aportan una diferencia reveladora de prevalencia del abuso sexual entre la sociedad en general y quienes padecen patología alimentaria, tanto en hombres como en mujeres. La relación hallada da cuenta de la prevalencia del abuso sexual y no del síndrome de acomodación al abuso sexual en comparación con sujetos con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria y la población en general.

8.6 ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN SUJETOS CON PATOLOGÍAS ALIMENTARIAS

Aunque los estudios previos no habían relacionado el síndrome con la patología alimentaria, múltiples investigaciones asociaron el abuso sexual infantil a los trastornos de la conducta alimentaria (Goldfarb, 1987; Briere y Zaidi, 1989; Covert, Kinder y Thompson, 1989; Smolak, Levine y Sullins, 1990; Palmer y Oppenheimer, 1992; Levin, Kahan, Lamm y Spauster, 1993; Waller y Ruddock, 1993; Berger, Saito, Ono, Tezuka, Shirahase y Kuboki, 1994; Tobin, Elin y Molteni, 1995; Pope y Hudson, 1996; Turnbull, Treasure y Troop, 1997; Brown, Dunn, Russell y Thornton, 1999; Vander Linden, 1999; Edgardh y Ormstad, 2000; Favaron y Santonastaso, 2000; Nagata, Kawarada, Kirike e Iketani, 2000; Wonderlich y Crosby, 2001; Romans, Gendall, Martin y Mullen, 2001; Smolak y Murnen, 2002; Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami e Iseki, 2004; Bardone Cone, Maldonado, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Carpintero, Crow, Peterson, Klein y Le Grange, 2008; Joseph, 2003; Rome, Ammerman y Piper, 2003; Rosen, 2003; Calvi, 2005; Odriozola y Guerricaechevarria, 2005; Redondo Figuero y Ortiz Otero, 2005; Rodríguez, Pérez y García, 2005; Rodríguez y Guerrero, 2005; Myskow, 2006; Soanes y Swann, 2006; Lenoir y Silber, 2006; Claes y Vandereycken, 2007; Bardone Cone, Maldonado, Crosby, Mitchell, Wonderlich, Carpintero, Crow, Peterson, Klein y Le Grange, 2008; Colombo, Agosta y Barilari, 2008; Perkins, 2008; Losada, 2009; y Steiger, Richardson, Schmitz, Israel, Bruce y Gauvin, 2010).

El abuso sexual de niños tiene un impacto fundamental en el desarrollo del carácter, la composición de la personalidad y el bienestar emocional. Graves dificultades le siguen al abuso sexual de un niño y lo ubican en una posición sumamente desfavorable dentro de su familia (Summit, 1983).

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil describe la reacción que le permite al niño sobrevivir de inmediato dentro de su familia en sus cinco componentes: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la

revelación tardía y no convincente y por ultimo la retractación. Es un trauma secundario en la crisis de descubrimiento del abuso sexual infantil.

En el grupo estudiado de pacientes con patologías alimentarias, quienes han padecido abuso sexual infantil prácticamente en su totalidad atravesaron el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. La relación parecería estar dada entre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y las patologías alimentarias, más que en el abuso sin síndrome y los trastornos alimentarios. Es decir, el haber tenido que ocultar el abuso a través de mantener el secreto, las vivencias de desamparo, la ubicación en un posición de entrapamiento, la acomodación por los sentimientos que nada puede cambiar, el comentarlo luego de años de padecimiento y la retractación de lo con mucho esfuerzo relatado, parece dar lugar a síntomas de las patologías alimentarias como baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, la alteración en la percepción de su imagen corporal, los pensamientos distorsionados en relación a su cuerpo, el retraimiento social, el temor al error y al fracaso, la inestabilidad emocional, los estados depresivos, la necesidad de demostrar autocontrol, progresivo aislamiento social, rechazo por su peso corporal, pérdida de las formas femeninas por bajo peso o, por el contrario, por sobrepeso, introversión, desconfianza hacia sí mismo, esperanza de ganar aceptación y dificultades en la sexualidad.

Los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria han padecido en un grado significativamente mayor el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, por sobre la cantidad de sujetos con trastornos alimentarios que han padecido abuso sexual infantil sin la totalidad del síndrome.

8.7 DESCRIPCIÓN DE LOS ESTADIOS DEL SÍNDROME DE ACOMODACIÓN AL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS

El síndrome de acomodación al abuso sexual proporciona una comprensión de lo que acontece de la víctima. La clasificación de Summit (1983) del síndrome de acomodación en cinco categorías, es decir el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y la retractación; trasladada a los relatos de los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación víctimas de abuso sexual infantil denotó el recorrido por el síndrome.

Las narraciones que describieron la iniciación en el abuso, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, el desamparo y la auto culpabilidad dieron cuenta del inicio del síndrome en la categoría del secreto. Cualquier intento de la víctima por revelar el secreto fue contrarrestado por silencio y descrédito por parte de los adultos.

Las vivencias de desamparo respondieron a descripciones de falta de protección de los adultos, quienes por su rol o función debían dar cuidado a estos pacientes durante su niñez. A la vez estas víctimas no poseían el poder de anticipar las consecuencias del compromiso sexual con un adulto a cargo de su cuidado. Estos relatos dan cuenta, en coincidencia con Summit (1983), que ninguna lógica podría explicar la afinidad hacia una niña o un niño no desarrollado. Del mismo modo, se coincide con Malacrea (2000), ya que el vínculo que el abusador mantiene con su víctima aboca a ésta a una experiencia emocional para la que el niño no dispone de significados que le permitan definir su rol en esa relación, coincidiendo con el estadio de la vivencia de desamparo hallada en las historias clínicas de los pacientes de referencia.

De la misma forma, las corrientes que plantean la vulnerabilidad como factor de riesgo para el abuso sexual infantil y la perpetuidad de este tipo de maltrato coinciden con lo hallado en la presente investigación en torno a la vivencia de desamparo, adaptación al abuso y supervivencia. Por ello se concuerda con la teoría de factores de riesgo del abuso sexual infantil esbozada por Belsky (1980), Bronfenbrenner (1979), Coulton, Korbin, Su y Chow (1995), Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elice (1993), Rodríguez Cely (2003), Vargas (1995), Finkelhor (1985), Colombo (2004), (Colombo, Agosta y Barilari 2008), Cyrulnik (2003), Simpson (2008), Infante (2004), Suárez Ojeda, Munist, Kotliarenco (2004), Jaen Rincón y Garrido Fernández (2009), Losada (2009), Ganduglia (2009) y Ferrante (2009).

Las historias clínicas contenían narraciones que representaban como únicas opciones la aceptación de la situación y sobrevivencia. Al igual que lo explicitado por Summit (1983), los relatos daban cuenta de que la víctima se acomodaba a la realidad del continuo abuso sexual. Las víctimas se auto culpabilizaban creyendo habían provocado los encuentros penosos. Esta suposición desesperada de responsabilidad y el fracaso inevitable de obtener alivio establece el fundamento para auto-odiarse, con una inversión de roles del abuso sexual infantil, a la víctima se le da el poder para destruir la familia y la responsabilidad de mantenerla junta, debiendo movilizar el altruismo y auto-control para asegurar la supervivencia de los otros. Es decir, sostener una mentira para conservar el secreto como máxima virtud, en tanto que contar la verdad podría ser el más grande pecado. La víctima puede tender a creer que es tan mala intrínsecamente que nunca ha sido digna de cariño, que a su vez refuerza la vivencia de desamparo, y la hace plenamente dependiente del abusador. El entrapamiento y la acomodación se sostienen dada la falta de un ambiente seguro que no aportó a la víctima consistencia, aceptación y cuidado. Los postulados de Ugazio (2001) son coincidentes con lo hallado en este estadio del síndrome, dado que la sintomatología de las víctimas es una respuesta adaptativa a una identidad profundamente comprometida que pretende conservar la estabilidad dando coherencia a la experiencia emocional atravesada y la definición que el menor tiene de sí mismo y del entorno por el que se siente definido, deviniendo del desconocimiento del trauma por el entorno y la persistencia del abuso como en un relato silenciado, carente de significados tanto

para la familia como para la víctima y en el que esos vacíos de lo no nombrado se convierten en huecos narrativos.

La descripciones de Summit, en tanto que la revelación es una consecuencia ya sea de un conflicto familiar arrollador, el descubrimiento incidental por una tercera parte, o el resultado sensible de la educación de la comunidad por parte de instituciones, se describen en las historias clínicas después de años de perpetuo abuso sexual y de quiebres eventuales en el mecanismo de acomodación. La familia y la sociedad en general no le han creído. Las revelaciones halladas en las historias clínicas fueron halladas como tardías, conflictivas y no convincentes en sus padres, parientes, profesores, consejeras, doctores, psicoterapeutas, investigadores, abogados. En algunos relatos se encontraron intentos por parte de las familias de minimizar los efectos del episodio. La ausencia de cargos criminales o del repudio familiar o social es equivalente a una convicción de perjurio contra la víctima, lo que implica una nueva victimización. Lo que Soria y Hernández (1994) denominan como segunda victimización aludiría a esta etapa del síndrome, denotando desamparo por parte de la familia y/o del sistema que debiera protegerlo. Del mismo modo Volnovich (2006) describe los riesgos de la perpetuidad del abuso sexual, que puede presentarse como equivalente al tránsito de esta etapa del síndrome.

En la retractación, las narraciones halladas describían lo dicho por Summit (1983) en tanto a que los dichos de una víctima acerca del abuso sexual sufrirán cambios. Estas modificaciones responden a la falta de credibilidad, a la ambivalencia de culpa y a la obligación de preservar la familia. Además, la víctima ha descubierto que los temores y amenazas que subyacen al secreto son ciertos, es decir, los adultos la abandonan, la estiman de mentirosa, no le creen, la familia puede ser separada, es culpada por motivar esta confusión total, y todos parecen tratarla como culpable. Aislamiento y depresión prolongan la develación del ASI hasta el inicio del tratamiento. Aún en algunos casos el abusador permanece dentro del hogar en la confianza de la familia y en contacto con otros niños y niñas. Ante esta realidad, que conlleva el cumplimiento de los dichos del perpetrador para mantener el secreto, la víctima soporta la responsabilidad ya sea de preservar o de destruir a la familia. La inversión de roles continúa con la mala elección de contar la verdad y la buena elección de capitular y restaurar una mentira por el bien de la familia. Esto se explica en las historias clínicas por la falta de un apoyo para la víctima y una intervención inmediata para forzar la responsabilidad sobre el perpetrador. Por ello, la víctima seguirá el curso corriente y se retractará de su denuncia. Sin ninguna lógica posible, la retractación de la víctima tiene más credibilidad que las quejas explícitas de entrapamiento del abuso sexual infantil. Se restaura el equilibrio precario de la familia. Los relatos de los pacientes evidenciaron dificultades para describir lo que sienten, lo que les pasa, pudiendo ser atribuido al del descreimiento en la revelación y su posterior retractación. Noguero (1995) expuso que las consecuencias sociales y contextuales del abuso, como las medidas y métodos judiciales que contribuyen a

un aumento del estrés debido a su lentitud e impredecibilidad, conllevan a la víctima a un constante estado de alerta, dificultando su proceso de recuperación, funcionando como factores desprotectores; pudiendo concordar con ese trabajo en este estadio como riesgo de retractación, dadas las urgentes necesidades de la víctima de comprensión y credibilidad de su relato. Los aportes de Shengold (1985) también se constituyen como referentes de descripciones de este último estadio del síndrome.

El tránsito por el síndrome, y la instalación en éste, denotan la necesidad de tratamientos individuales y familiares, concordando las sugerencias de respuestas adecuadas para estos pacientes de Patrizi (2002) y Jaén Rincón y Garrido Fernández (2009).

Las narraciones en las historias clínicas incluyeron rechazo por su cuerpo, culpa, sentimientos de asco, vergüenza. Estos signos luego se reiteran sobre la patología alimentaria: rechazo por su cuerpo, culpa por la ingesta, sentimientos de asco y vergüenza corporal.

Asimismo, lo hallado en este trabajo en la transición por los estadios del síndrome concordarían con la incapacidad de las víctimas del abuso sexual infantil para dar significado a la experiencia sufrida, determinando lo que Kelly (1955) denominó interrupción del ciclo de la experiencia, cuyo resultante es la aparición de variada sintomatología tanto de tipo emocional como conductual. Esto deviene de la falta de respuesta del contexto en su interacción con la víctima, fundamentalmente de aquellas figuras emocionalmente vinculantes.

Los trabajos publicados anteriormente que revelan relación entre el Abuso Sexual Infantil y las patologías Alimentarias no incluyen el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Siendo de suma relevancia, ya que aquellos sujetos que atravesaron el síndrome padecieron una nueva victimización al no haberseles creído y al haberlos impulsado a la retractación. En este cuerpo donde quedan estas huellas, se instala el terreno fértil para el desarrollo de las patologías alimentarias. Las patologías alimentarias pueden instalarse en los huecos narrativos de la falta de develación del abuso sexual, coincidiendo con Ugazio (2001).

Los trastornos de la alimentación podrían representar una especie de escudo, un intento fallido de protección contra el Abuso Sexual Infantil. Hay un cuerpo escudo adelgazado o engordado, es una frontera contra esas violaciones a la intimidad. Los padecientes de la Patología Alimentaria hablan con su cuerpo. Antes hablaron del abuso y nadie les creyó, nadie los escuchó, y aún se les sugirió que lo nieguen, dando lugar a la instalación del Síndrome. El abuso se reactualiza en cuerpo y comida. Todo parece repetirse, la cotidianeidad del abuso sexual y lo diario donde debería incluirse la comida. El ocultamiento del abuso, el secreto en

el abuso sexual infantil y más aun el síndrome y el ocultamiento de la comida, comer a escondidas, ocultar el cuerpo.

La repetición de las categorías halladas con relación al antecedente de Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil en pacientes con diagnósticos de patologías alimentarias denota el vínculo entre las hipótesis de la investigación y los datos empíricos.

8.8 ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS ALIMENTARIAS

El abuso sexual con posterior desarrollo de patologías en la alimentación, en la mayor parte de los casos analizados en el presente estudio, ha sido perpetrado por parte de un miembro del grupo familiar conviviente o no con la víctima. Puede señalarse que, sobre el total de los casos evaluados, la mayoría padeció abuso sexual por parte de un familiar. Del total consultante, el abuso fue del tipo extrafamiliar en menor proporción y en muy pocos sujetos ambos tipos de abuso.

Las investigaciones de Alfred Kinsey en Leventhal (1988), Rodríguez Cely (2000), de la 5ta. Jornada de Estudio y Reflexión Violencia Familiar, Shalom Bait y AMIA (2008), Mejía Montenegro, (2010) y Losada (2010) aportaron porcentajes de abuso intrafamiliar en de la sociedad en general. Estos datos fueron significativamente menores que en víctimas de abuso con patología alimentaria.

El abuso sexual con posterior desarrollo de patologías en la alimentación ha sido perpetrado por parte de un abusador intra familiar dentro de la muestra de los pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación durante el período de referencia. Es decir en los sujetos afectados con patología alimentaria los abusos sexuales infantiles tendrían carácter intrafamiliar.

Perrone y Nannini (1997) plantearon que la situación abusiva es dada es un estado similar al del trance. Si el abuso sexual familiar es perpetrado por familiares o adultos cercanos el trance es mayor, es decir hay mayores posibilidades de que atravesase el secreto, la adaptación, una revelación tardía y no convincente y una posterior retractación. La descripción de Summit (1983) de la acción sin palabras o el gesto de un padre como una fuerza absolutamente irresistible para un niño dependiente y de la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar como más atemorizante para el niño que cualquier amenaza de violencia es coincidente con el estado de trance expuesto por Perrone y Nannini. Beltran (2006) concuerda señalando que la experiencia de abuso sexual por un agresor cercano a la víctima es el acontecimiento evaluado como más traumático y causante de un malestar psicológico.

Según Frankl (1999), el sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en el que encuentra un sentido. El tratamiento debe funcionar en la vida de los pacientes con patologías alimentarias que han atravesado Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil como un punto de inflexión. Estos puntos de inflexión en la vida del individuo puede hacer cambiar la trayectoria vital y las estrategias de afrontamiento que aprendió y aprehendió en el proceso de tratamiento puede utilizarlas frente a otras situaciones de su vida, para la superación de obstáculos nuevos y a la vez buscar fomentar conductas pro sociales en los pacientes que finalizan su tratamiento. Asistir a pacientes con patologías alimentarias que atravesaron abusos sexuales debe incluir trabajar con las familias y ayudarlos a fortalecer los vínculos, ayudar a los adultos a amar y proteger a los niños. Jaen Rincón y Garrido Fernández (2009) plantean que en el contexto terapéutico se debe hacer hincapié en los aspectos afectivos como impulsores de una verdadera reconstrucción cognitiva, aludiendo a una experiencia emocional correctora, refiriéndose a la situación en la que el paciente es expuesto, bajo circunstancias favorables, a una situación emocional que anteriormente no era capaz de manejar y en la que el terapeuta asume temporalmente un rol particular para generar la experiencia y facilitar la confrontación con la realidad. Se trata de la introducción en el contexto del proceso terapéutico de elementos facilitadores de un encuentro saludable de intimidad emocional entre los componentes de la familia y que crea un contexto nuevo sobre el que la familia puede llenar esos vacíos de lo no hablado, y más aún de lo no escuchado y de lo negado y ocultado, aportando significados nuevos y recuperando de ese modo, auto conocimiento y control. Pinsof (1995) sostuvo que el tratamiento de estas problemáticas debe integrar de recursos, tomando las aportaciones dinámicas, sistémicas y de otros modelos cognitivo-conductuales para construir un plan de tratamiento que combine los recursos individuales y familiares con los de la comunidad.

En tanto Malacrea (2000) que sostuvo que la víctima en el proceso terapéutico puede necesitar perdonar a sus progenitores ante su incapacidad para detener los abusos o impedirlos, amerita postulados que exceden los límites del presente trabajo, ya que para poder concordar o contradecir sus teorías debiera hacerse mayor hincapié en qué sucede en el proceso terapéutico y las posibilidades de estos pacientes.

Lo expresado por Ugazio (2001) y Linares (2002) en torno a la existencia de patrones de interacción rígidos y simétricos que dominan las relaciones paterno filiales en grupos familiares donde un miembro ha sido víctima de abuso sexual, es coincidente con la proporción mayor del tipo de abuso intrafamiliar hallada en el presente trabajo.

La vertiente de análisis desarrollada en este trabajo implica una nueva mirada y una nueva comprensión de las patologías alimentarias en víctimas del síndrome

de acomodación, que supera la asignación única de causas sociales y superficiales, considerando a estas jóvenes como portadoras de frivolidad. La portación del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil puede conllevar una enorme sensación de vacío existencial y una falta de sentido de la vida. La presencia del diagnóstico de la patología alimentaria puede darse porque no fue escuchado el abuso, dando lugar al síndrome, o no se hizo nada, o simplemente lo que se hizo fue poco. Ahora vuelve a pedir ayuda pero con su cuerpo portando una patología alimentaria.

El desarrollo ulterior de trastornos de la alimentación en sujetos que han padecido abusos sexuales infantiles podrían aludir a la falta de factores protectores. Pereda Beltrán (2009), Rutter (1985), Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997), Suárez Ojeda, Munist y Kotliarenco (2004), López, L. (2009), Colombo, Agosta y Barilari (2008) y Suárez Ojeda (2001) sostuvieron que estos factores pueden prevenir la aparición de psicopatologías tras el abuso sexual o al menos minimizar sus daños. Por tanto, en los pacientes evaluados en este trabajo, podría determinarse una ausencia de factores de protección que hubiesen imposibilitado el surgimiento de las patologías alimentarias. O aún la minimización de los daños, ya que los trastornos alimentarios son patologías devastadoras de gravedad significativa.

Este estudio confirmaría resultados previos de investigación en relación a las asociaciones entre abuso sexual infantil y las patologías alimentarias. A la vez presenta innovaciones en tanto a la relación entre el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y las patologías alimentarias.

En aquellos pacientes con patologías alimentarias que atravesaron abusos sexuales deben revisarse los postulados de tratamientos e intervenciones, como así las concepciones de salud y enfermedad de sus grupos familiares, en acuerdo con lo señalado por Boszornenyi Nayi y Spark (1973), Bowen (1978), Carter y McGoldrick (1989), Framo (1992), Paul y Grosser (1965), Walsh y McGoldrick (1991) y Rolland (2000). Se acuerda que dada la relación entre las patologías alimentarias y desarrollo anterior del síndrome de acomodación sería de vital importancia incluir a la familia en algunos aspectos del tratamiento. Por ello se coincide con las estrategias, técnicas terapéuticas y postulados de Malagoli Togliatti (1983), Andolfi (1984), Papp (1988), Minuchin, Rosman, y Baker (1989), Onnis (1990), Herscovici y Bay (1990), Minuchin (1992), Corbella (1994), Jeammet (1994), Selvini Palazzoli (1995), Trojovsky, Scheer, Dunitz, Kaschnitz, Sommer y Kranz (1995), Sarason, I. y Sarason, B. (1996), Rodríguez Vega (1996), Minuchin (1999), Minuchin y Fishman (1999), Cirillo, Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino (1999) y Rodríguez Ceberio (2004). De la misma forma, con Herscovici y Bay (1990) se concuerda que no depende de tener a la familia presente en el tratamiento, sino de una manera singular de pensar a los individuos como afectándose en forma recíproca.

8.9 IMPLICANCIA DE LOS HALLAZGOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los resultados de esta investigación cuentan con una serie de utilidades, a saber:

- Desde un punto de vista social y comunitario, este trabajo busca compartir esta información con miembros de la comunidad posibilitando una comprensión acerca de la relación entre las patologías alimentarias y el síndrome de acomodación al abuso sexual.
- Desde un punto de vista de la promoción de la salud, como desarrollo de acciones de educación y concientización a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, con el objeto de lograr nuevos estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado, la solidaridad, y el fortalecimiento de la familia.
- Desde un punto de vista de la prevención primaria, teniendo en cuenta la existencia de recomendaciones a considerar para prevenir que los niños sean objeto de abuso o violencia sexual, tales como: proporcionar una educación sexual temprana, hacerle conocer a los niños sin exageraciones y de una manera realista sobre los peligros y posibilidad de intentos de abuso sexual, proporcionar confianza de que siempre podrá contar con sus padres u otros adultos ante cualquier problema, enseñar a los niños a decir no en situaciones que tengan que ver con su propio cuerpo y el cuerpo del otro. Indirectamente este modelo de prevención también previene los trastornos de la conducta alimentaria. Entonces ello contribuye, a la vez, como prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, dada la relación de referencia entre patologías alimentarias y el abuso sexual infantil.
- Desde un punto de vista de intervención y prevención terciaria, sería recomendable intensificar y mejorar la visión de los casos de trastornos alimentarios asistiendo específicamente las problemáticas ligadas al tránsito por el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. Jaen Rincón y Garrido Fernández (2009) plantean que en el contexto terapéutico se debe hacer hincapié en los aspectos afectivos como impulsores de una verdadera reconstrucción cognitiva, refiriendo a una experiencia emocional correctora. Se trata de la introducción en el contexto del proceso terapéutico de elementos facilitadores de un encuentro saludable de intimidad emocional entre los componentes de la familia y que crea un contexto nuevo sobre el que la familia puede llenar esos vacíos de lo no hablado, y mas aún de lo no escuchado y de lo negado y ocultado, aportando significados nuevos y recuperando de ese modo, auto conocimiento y control. Pinsof (1995) sostiene que el tratamiento de estas problemáticas debe totalizar recursos tomando las aportaciones dinámicas, sistémicas y de otros modelos cognitivo-conductuales para construir un plan de tratamiento que combine los recursos individuales y familiares con los de la comunidad.

- Desde un punto de vista clínico psicológico, este estudio pretende aportar elementos para ser incluidos, de manera específica, en un modelo de intervención en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Debiendo tenerse en cuenta que al recibir un paciente con diagnóstico de patología alimentaria podría haber atravesado el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil y por lo tanto requerir de una elaboración de este hecho traumático, y ello contribuir en la comprensión del desarrollo ulterior del trastorno de la alimentación.

8.10 PUNTOS FUERTES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO.

8.10.1 PUNTOS FUERTES

La extensión de la muestra utilizada es un punto a destacar, dados los problemas existentes para conseguir una amplia muestra de sujetos con patologías alimentarias, que provocan en muchos casos que el tamaño muestral no sea suficiente para poder extraer conclusiones robustas y definitivas para estos análisis.

Si bien los resultados obtenidos en tanto relación entre abuso sexual infantil y patologías alimentarias siguen la línea de trabajos publicados, es uno de los principales puntos fuertes de este estudio una innovación acerca de la relación entre el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y las patologías alimentarias. Esto implicaría que ante un caso de trastornos de la conducta alimentaria habría que evaluar la posible existencia de abuso sexual infantil y del síndrome de acomodación. Se posiciona entonces como un punto fuerte el antecedente del síndrome de acomodación al abuso sexual infantil en la anorexia nerviosa, la bulimia y los trastornos alimentarios no especificados.

Así también se destaca que la metodología llevada a cabo en este trabajo sienta un antecedente importante en la descripción del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y la presentación de relatos de víctimas de abuso, que a su vez presentaron diagnósticos de patologías alimentarias, correspondientes a cada uno de los estadios.

Finalmente en el presente trabajo se aportaron datos acerca de la prevalencia del abuso a nivel mundial y en la Argentina, que da cuenta de la gravedad de la problemática y de la necesidad de acciones específicas.

8.10.2 LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser señaladas.

Todos los pacientes provienen del Instituto Argentino de Trastornos de la Alimentación. Para que estos resultados sean generalizables a la totalidad de las pacientes con patologías alimentarias, debería ampliarse la muestra a la revisión de pacientes de otras instituciones y países, prestando particular atención a la presencia o no del síndrome de acomodación.

Otra limitación importante ha sido la utilización de información retrospectiva tomada a su vez de las historias clínicas. Este tipo de información se halla determinada por la memoria del encuestado y por su deseo de responder con sinceridad. Sin embargo, López (1994) sostiene que este tipo de estudios de prevalencia son los datos de aproximación más realistas sobre la problemática del abuso sexual infantil.

El potencial resiliente de estos sujetos no ha sido evaluado en este trabajo, constituyendo una limitación del mismo. Ello imposibilitó evaluar las concordancias o diferencias con los trabajos de Rutter (1990), Kotliarenco (1997), Silva (1999) y de Mikulic y Crespi (2005). De no haberse contado con esta limitación podría haberse evaluado el interjuego entre los factores de riesgo y de protección de estos sujetos, tal como es descripto en el estudio de Cicchetti y Rizley (1981).

Como limitaciones externas, pero que también hacen a este trabajo, se halló una escasez de publicaciones en nuestro país sobre esta temática y falta de estadísticas.

8.10.3 FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO

Los resultados de este trabajo reflejan la necesidad de llevar a cabo estudios epidemiológicos nacionales, siendo ello ya conversado con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Por otro lado, debería evaluarse las implicancias y repercusiones de brindar tratamiento e investigación de abusadores sexuales, realizando programas de prevención y tratamiento de los agresores. Los esquemas de prevención han venido trabajando con la hipótesis de que los niños son sólo víctimas de estos abusos, no posibles agresores. Este enfoque debería evaluarse dado el aumento de los abusos cometidos por menores.

Asimismo, deberían profundizarse las implicaciones en términos de la necesidad que tienen los profesionales de desarrollar la sensibilidad frente a este antecedente potencial para poder hacer uso de las estrategias de intervención adecuadas con las víctimas de abuso sexual en busca de tratamiento para un trastorno en la conducta alimentaria. Ello debería continuarse con capacitaciones específicas que incluyan prácticas clínicas.

Del mismo modo se considera importante ampliar este trabajo en un futuro con otros casos de la misma institución atendidos posteriormente a la muestra tomada, es decir pacientes asistidos en los años 2010 y 2011. Y la puesta a prueba de este trabajo con otros pacientes con patología alimentaria de otras instituciones.

Teniendo en cuenta la complejidad del abuso sexual infantil y de las patologías alimentarias, las futuras líneas de estudio deberían integrar en estudios venideros el trabajo en red e interdisciplinario, estableciendo acciones coordinadas con hospitales, servicios sociales, escuelas, centros de salud mental, juzgados y universidades.

Finalmente, deberían investigarse modelos de tratamiento que busquen dar una respuesta válida a sujetos con diagnóstico de patologías alimentarias que han padecido abuso sexual en su infancia, dentro del marco de la ínter disciplina y el trabajo en equipo. Ello podría dar cuenta de un desarrollo innovador en este campo todavía insuficientemente explorado. Estimándose que la asistencia a estas víctimas debe contemplar un trabajo con su familia extensa, además de la nuclear, con las instituciones intervinientes, es decir un llamado a trabajar en red, reparando el tejido familiar y también el tejido social dañado.

9. REFERENCIAS

Albornoz Muñoz, D. P. y Matos Retamozo, L. (2001). *Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi*. Revista de Neuropsiquiatria, 64 (2), 134-146.

American Psychiatric Association. (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Anderson, G.; Yassenik, L.; y Ross, C.A. (1993). *Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors*. Child Abuse & Neglect, 17, 677-687.

Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Angel, L., Vásquez, R., Chavarro, K., Martínez, L., y García, J. (1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. Acta Medica Colombiana, 22 (3), 111-119.

Arruabarrena, M. I. y De Paul, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe (2006). Conclusiones de Jornadas de Ginecología Infante Juvenil, organizadas por la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil y la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe, ponencias no publicadas.

Atkins, D. y Silber, T.J. (1993). *Clinical spectrum of anorexia nervosa in children*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 14, 211-216.

Ayuso, J. L., Ponce de León H. C. y Gual, P. (1998). *Trastornos de la conducta alimentaria. Psiquiatría en atención primaria*. Madrid.

Avery, L., Hutchinson, D., y Whitaker, K. (2002). *Domestic violence and intergenerational rates of child sexual abuse: a case record analysis*. Child & Adolescent Social Work Journal, 19 (1), 77-90.

Bagattini, C. M. (1997). *Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 84-85.

Bagattini, C. M. (1998). *Trastornos severos de la alimentación. Anorexia nerviosa y Bulimia. Clínica Interdisciplinaria para la atención del Niño, el Adolescente y su Familia*. Uruguay: Montevideo. Recuperado el 17 de diciembre de 1998 del sitio web de Clinica Uno, <http://www.clinicauno.com/publicaciones/data/Transtos%201.doc>.

Barbaree, H., Hudson, S., & Seto, M. (1993). *Sexual assault in society: The role of the juvenile offender*. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender*. New York: Guilford, 1-24.

Bardone Cone, A. M., Maldonado, C. R., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Carpintero, T. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Klein, M. H. y Le Grange, D. (2008). *Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality, and maltreatment*. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 697-704.

Belsky J. (1980) Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.

Bentovim, A. (1996). *Trauma Organized Systems in Practice: Implications for Work with Abused and Abusing Children and Young People*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1 (4), 513-524.

Beresin, E. V. (1998). *Treatment of Eating Disorders*. Massachusetts General Hospital. Toronto Canada.

Berger, D., Saito, S., Ono, Y., Tezuka, I., Shirahase, J. y Kuboki, T. (1994). *Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (4), 274-280.

Berlinerblau, V. (2003). *Evaluación psiquiátrica forense de niños en denuncias de abuso sexual*. Teatro San Martín Buenos Aires: Conferencia. Ponencia no publicada cedida personalmente por la autora.

Beumont, P. (1991). *The history of eating and dieting disorders*. *Applied Clinical Nutrition*, 1, 9-20.

Brewerton, T. D. (2007). *Trastornos en la conducta alimentaria. Trauma y Comorbilidad: Centrado en el TEP*. *Eating Disorders*, 15 (4), 285-304.

Briere, J y Zaidi, L.Y. (1989). *Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients*. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1602-1606.

Bringiotti, M. I. (1999). *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil concurrente a las escuelas dependientes del gobierno de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Miño Dávila Editores.

Bringiotti, M. I. (2006). *Las cifras ocultas del abuso sexual infantil*, en *Abuso sexual 2.*, Volnovich, J. (Comp.). Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Brown, L., Dunn, S., Russell, J. y Thornton, C. (1999). *Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population*. *Journal of Psychiatry*, 33 (4), 521-528.

Brown, L. V., Russell, J. y Thornton, C. (1999). *El proceso de revelación en pacientes con trastornos en la conducta alimentaria víctimas de abuso sexual: Una encuesta preliminar de experiencias en un hospital*. *European Eating Disorders Review*, 7 (3), 179-192.

Brownell, K. D. y Fairburn, C. G. (1995) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.

Browning, C. R. y Laumann, E. O. (2001). *Sexual contact between children and adults: A life course perspective*. En E.O. Laumann, y R. T. Michael (Eds.) *Sex, love and health in America* (pp.148-196). Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Bruch, H. (1978). *The golden cape: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.

Bruch, H. (1982). *Anorexia Nervosa: therapy and theory*. *American Journal of Psychiatry* 139, 1531-1538.

Bruch, H. (2001). *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós Iberica.

Brumberg, J. (1988) *Fasting girls; the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press.

Caffey, J. (1946). *Multiple fracture in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*. *American Journal of Roentgenology*, 56,163-173.

Calam, R.; Waller, G. y Bagattini, C. (1995). *Are eating and psychosocial. Tiempo, cuerpo y recuerdos en la Anorexia Nerviosa*. En: Lo Arcaico, Temporalidad e

Historización, Asociación Psicoanalítica Uruguaya IX Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay.

Calvi, B. (2005). *Efectos psíquicos del abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Humanitas.

Cantón Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., y Cortés, M. R. (2011) *Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación*. *Psicothema*, 23 (1), 66-73.

Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Piramide.

Cappelleri, J., Eckenrode, J. , y Powers, J. (1993) *The epidemiology of sexual abuse and physical abuse: Findings from the second national incidence study*. *American Journal of Public Health*, 83 (11), 1622-1624.

Carter, B. y McGoldrick, M. (1989). *The Changing family life cycle : a framework for family therapy*. Boston : Allyn and Bacon.

Casado Flores, J., Díaz Huertas, J. A. y Martínez Gonzalez, C. (1997) *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.

Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995). *Anorexia Nerviosa. Manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S. A.

Chinchilla Moreno, A. (1994). *Revisión histórica de la Anorexia y Bulimia Nerviosas, Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Madrid: Ediciones Ergon S.A.

Chinchilla Moreno, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.

Chinchilla Moreno, A. y Barjau Romeo, J. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Editorial Elsevier Masson.

Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981) *Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment*. *New Directions for Child Development*. Perspectives on Child Maltreatment, 11, 31-56.

Claes, L., y Vandereycken, W. (2007). *The Self-Injury Questionnaire Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating*

disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.

Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, M. y Simone, K. (1998). *Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders*. *Personality and Individual Differences*, 25, 339-351.

Colombo, R. I. (2004). *Juego de interrelaciones familiares. Aplicación clínica*. Buenos Aires: Cauquen. 2da. Edición.

Colombo, R. I., Agosta C. B. y Barilari, M. Z. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Buenos Aires: Cauquen.

Connors, M. E. y Morse, W. (1993). *El Abuso Sexual y los Trastornos en la conducta alimentaria: Una Reseña*. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 1-11.

Coovert, D.L.; Kinder, B.N. y Thompson, J.K. (1989). *The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature*. *Clinical Psychology Review*, 9, 169-180.

Corbella (1994). *Descubrir la psicología: Percepción, memoria y atención*. Barcelona: Ediciones Folio.

Coulton, C. J., Korbin, J. E., Su, M. y Chow, J. (1995). *Community level factors and child maltreatment rates*. *Child Development*, 66, 1262-1276.

Crispo R., Figueroa E., y Guelar D. (1994). *Trastornos del Comer*. Barcelona: Editorial Herder.

Cruz, J. (1995). *Psicología y deporte. Investigación y aplicaciones*. Valencia: Promolibro, Monográfico de la revista *Psicología General y Aplicada*.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.

Díaz Huertas, J. A., Casado Flores, J., García García, E., Ruiz Díaz, M. A. y Esteban Gómez, J. (2000). *Atención al maltrato infantil desde salud mental*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Conserjería de Servicios Sociales.

Devlin, M. J., Walsh, P. T. , y Spitzer, M. L. (1992). *Is there another binge eating disorders?*. *Journal Eating Disorders*, 1, 33- 40.

Dong, M.; Anda, R.F.; Dube, S.R.; Giles, W.H. y Felitti, V.J. (2003). *The relationship of Exposure to childhood. Sexual Abuse to other forms of abuse,*

neglect and household dysfunction during childhood. Child Abuse and Neglect, 27, 625-639.

Dunkley, D. M., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2010). *Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder. The mediating role of self-criticism.* International Journal of Eating Disorders, 43 (3), 274–281.

Dupont, J. (1998). *La noción de trauma en Ferenczi y su influencia en la investigación psicoanalítica posterior.* Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, 28, 17-26.

Echebúrua Odriozola, E. y Guerricaechevarria, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico.* Madrid: Ariel.

Edgardh, K. y Ormstad, K. (2000). *Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls.* Acta Pediátrica, 89 (3), 310-319.

Erickson, M. y Rossi, E. (1992). *El hombre de febrero. Apertura a una conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia.* Buenos Aires: Amorrortu.

Farrera, S. (2009). *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona.* Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.

Favaro, A. y Santonastaso, P. (2000). *Self-injurious behavior in anorexia nervosa.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 188 (8), 537-42.

Feinstein, S. (1988). *Trastornos de la alimentación.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Feldman, W., Feldman, E., Goodman, J. T., McGrath, P. J., Pless, R. P., Corsini, L., y Bennett, S. (1991). *Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence.* Department of Pediatrics, Childrens Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Canada. Pediatrics, 88 (1), 29-33.

Ferenczi, S. (1932). *Confusión de lengua entre los adultos y el niño: el lenguaje de la ternura y de la pasión.* Madrid: Espasa Calpe. Obras completas, Tomo IV.

Finkelhor, D. (1979) *Sexually Victimized Children.* New York: Free Press.

Finkelhor D. (1980a) *Risk factors in the sexual victimization of children.* Child Abuse Neglect, 4, 265-73.

Finkelhor, D. (1980b). *Abuso Sexual al menor.* México: Ediciones Pax México S.A.

Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). *The traumatic impact of child abuse: a conceptualization*. American Journal of Orthopsychiatry, 66 (4), 530-541.

Flores Colombino, A. (1997). *Diccionario de sexología*. Montevideo: Fin de Siglo.

Framo, J. (1965). *Rationale and techniques of intensive family therapy*. Nueva York: Harper & Row, en I. Boszormenyi Nagy y J. Framo (Eds.), Intensive family therapy.

Frankl, V.E. (1999) *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (trad.1981). *Obras Completas*. Tomo I (1873-1905). Madrid: Biblioteca Nueva.

Ganduglia, A. H. (2003). *El backlash, un nuevo factor de riesgo*. Buenos Aires: Silvio Lambertini (Comp.) en Cap. 4 del libro "Maltrato Infantil. Riesgos del compromiso profesional" Ediciones Universidad.

Garfinkel, P., Kennedy S. y Kaplan A. (1995). *Views on classification of the eating disorders*. The Canadian Journal of Psychiatry, 40, 485-496.

Garfinkel, P. G., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. y Woodside, B. (1996). *Should Amenorrhea be Necessary for a Diagnosis of Anorexia Nervosa*. Evidence from A Canadian Community Sample. British Journal of Psychiatry. 168, 500-506.

Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). *The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 9, 273-279.

Garned, D. y Garfinkel, P. (1997). *Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 10, 647-656.

Glasgow, D., Horne, L., Calam, R. y Cox, A. (1994). *Evidence, incidence, gender and age in sexual abuse of children perpetrated by children. Towards a developmental analysis of child sexual abuse*. Child Abuse Review, 3, 196–210.

Goldfarb, L. A. (1987). *El Antecedente de Abuso Sexual en la Anorexia Nerviosa, la Bulimia y la Ingesta Compulsiva: Presentación de Tres Casos*. International Journal of Eating Disorders, 6 (5), 675-680.

Goldman, J. D. G. y Padayachi, U. K. (2000). *Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research*. The Journal of Sex Research, 37 (4), 305-314.

Groth Marnat, G. y Michel, N. (2000). *Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia*. Behavior & Personality: An International Journal, 28 (3), 279-292.

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994) *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.

Gustafson, T.B. y Sarwer, D.B. (2004). *Childhood sexual abuse and obesity*. Obesity Reviews, 5 (3), 129-135.

Habermas, T. (1986). *Friderada: A case of miraculous fasting*. The International Journal of Eating Disorders, 5 (3), 555-562.

Halmi, K. H., Brondland, G. y Rigas, C. (1975). *A Follow study of 79 patients of anorexia nervosa*. Life History Residents of Psicopathology, 4 , 290-301.

Hay, P. y Fairburn, C.G. (1998). *The validity of the DSM IV scherne for classifying bulimic eating disordes*. International Journal of Eating Disorders, 23 (1), 7-15.

Herscovici, C. R. y Bay, L. (1990). *Aspectos generales en Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona: Paidós.

Herscovici, C. R. y Bay, L. (1996). *Favorable Outcome of Anorexia Nervosa Patients Treated with a Family Systems Approach*. Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention, 4 (1), 59-66.

Herscovici, C.R. y Bay, L. (1997). *Seguimiento de pacientes con anorexia nerviosa tratados con enfoque sistémico y terapia familiar*. Sistemas Familiares, 13 (3), 75-81.

Holmes, W.C. y Slap, G.B. (1998). *Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, squealed, and management*. Journal of the American Medical Association 280, 1855-1862.

Holtz, V. (1995). *Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa*. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-13.

Ingles, A. (1991). *Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi Global i balanç de la seva situació actual*. Barcelona: General de Catalunya. Departamento de Bienestar Social. Dirección General de Atención a la Infancia.

Jaen Rincón, P. y Garrido Fernández, M. (2009). *Psicoterapia familiar en casos de abuso sexual: la utilización de las emociones como recurso para el restablecimiento de límites en los trastornos de la conducta antisocial*. Apuntes de

Psicología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, 27 (2), 321-338.

Jeammet, P. (1989). *Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance*. Confrontations Psychiatriques, 31, 179-202.

Jeammet, P. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Buenos Aires: Zona Erógena.

Jiménez Avello, J. (1998) con colaboración de Genovés, A. *Para leer a Ferenczi*. España: Biblioteca Nueva.

Johnson, C. y Connors, M. E. (1994). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. London: Jason Aronson.

Joseph, J. M. (2003). *El Abuso Sexual, los Trastornos en la Conducta Alimentaria y los Síntomas Relacionados*. Healthy Weight Journal, 17 (6), 86-89.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1998). *Sinopsis de psiquiatría, 7ª edición*. Madrid: Panamericana.

Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of personal constructs (2 Vols.)*. Nueva York: Norton.

Kempe, C. H. (1978). *Sexual abuse, another hidden pediatric problem, the 1977 C. Anderson Aldrich lecture*. Pediatrics, 62 (3), 382-389.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). *The battered-child syndrome*. Journal of the American Medical Association. 181 (1), 17-24.

Kern, J.M. y Hastings, T. (1995). *Los entornos familiares diferenciales de las bulímicas y de las víctimas de abuso sexual infantil: Orientado al Logro*. Journal of Clinical Psychology, 51 (4), 499-506.

Kim, Hyun-Sil y Kim, Hun-Soo (2005), *Gender Differences in Delinquent Behavior among Korean Adolescents*. Child Psychiatry & Human Development, 35 (4), 325-345.

Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia. En Organización Mundial de la Salud*. Chile: Santiago: CEANIM: Organización Panamericana de la Salud.

- Krugman, S. (1996). *Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica*. *Pediatrics*, 90 (1), 157-161.
- Labbé, J. (2005). *Ambroise tardieu: the man and his work on child maltreatment a century beafore Kempe*. *Child Abuse & Neglect*, 29, 311-324.
- Lacey, J. H. (1982). *Anorexia nervosa and a bearded female saint*. *British Medical Journal*, 285, 1816–1817.
- Lenoir, M. y Silber, T.J. (2006). *Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad*. *Revista Argentina de Pediatría*, 104, 3, 253-260.
- Leonard, S., Kao, A. y Steiger, H. (2003). *Childhood and adulthood abuse in bulimic and non bulimic women: Prevalences and psychological correlates*. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 397-405.
- Leventhal, J. M. (1988a). *Have there been changes in the epidemiology of the sexual abuse of children during the 20th century?*. *Pediatrics*, 82, 766-783.
- Leventhal, J. M. (1988b). *Epidemiology of sexual abuse of children: old problema, new directions*. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 481-491.
- Levin, A.P., Kahan, M., Lamm, J.B. y Spauster, E. (1993). *Multiple personality in eating disorder patients*. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (2), 235-239.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- López, F. ,Carpintero E., Hernández, A., Martin, M. J., y Fuertes, A. (1995) *Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España*. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1039-1050.
- López Coutiño, Nuño Gutiérrez, y Arias Ibáñez, (2006). *Una aproximación a la estructura fa- miliar de mujeres con anorexia y bulimia*. México: IMSS.
- Losada, A. V. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Losada, A. V. (2009). *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Losada, A. V. (2010). *Prevalencia del abuso sexual infantil en una población docente del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Beardslee, W.,R. y Offord, D.,R. (1997). *Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement*. Journal of the American Medical Association, 278(2),131-135.

Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Made, A. (2001) *Prevalencia y los patrones de abuso sexual infantil y la relación víctima-agresor dentro de una muestra de estudiantes universitarios*. Manuscrito no publicado, cedido por el autor.

Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires: Paidós.

Malagoli Togliatti, M. (1983). *La famiglia tra normalità e patologia*. Roma: Bulzoni Editore.

Manrique, R. C. (2010) *Acerca del abuso y la violencia sexual*. Buenos Aires: Actualidad Psicológica.

Martínez Linares, O. Serrano Patten, A. y Hernández Pérez, I. (2005) *Incidencia de abuso sexual en niñas y adolescentes en un periodo de 10años: 1995-2005*. Centro Territorial de Medicina Legal Manzanillo, Granma, Cuba.

Matsumoto, T., Azekaw, T., Yamaguchi, A., Asami, T. y Iseki, E. (2004). *Habitual self-mutilation in Japan*. Psychiatry Clin Neurosci, 58 (2), 191-198.

Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach*, London: Sage Publications.

Mejía Montenegro, Y. (2010). *Comportamiento clínico, epidemiológico del Abuso sexual en niñas y adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Paiz, de Enero 2008 a Diciembre 2009*. Tesis no publicada para el Título de Especialista en Gineco Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Mikulic M. I. y Crespi, M. C. (2005). *Contexto carcelario: un estudio de los estresores y las respuestas de afrontamiento en detenidos primarios y reincidentes*. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12, 211-218.

Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1999). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Minuchin, S. y Fishman, H. (1999). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, I. (1989). *Familias psicossomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.
- Mizes, J. S. y Sloan, D. M. (1998). *An empirican analysis of eating disorders not other wise especificied: preliminarre support for a distinct subgroup*. International Journal eating Disorders, 23 (3), 233-242.
- Moyer, D. M., DiPietro, L., Berkowitz, R. I. y Stunkard, A. J. (1997), *Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population*. International Journal of Eating Disorders, 21 (1), 23-30.
- Mussen, P. (1985) Handbook of Child Psychology. New York: Wiley.
- Myskow, L. (2006). *El impacto del abuso sexual infantil en el cuidado de la salud de las mujeres*. Cytopathology, 17, 4-5.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. e Iketani, T. (2000). *Multi-impulsivity of japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity*. Journal of Psychiatric Research, 94 (3), 239-50.
- Noguerol, V. (1995). *Implicaciones del sistema legal en el abuso sexual infantil: un saco lleno de preguntas, dilemas y frustraciones*. Bienestar y protección infantil, 4, 76-87.
- Nonbakhth, D.M. y Dezhkam, M. (2000). *An epidemiological study of eating disorders in Iran*. International Journal of Eating Disorders, 28, 265-271.
- Oaksford, K. L. y Frude, N. (2001). *The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university samle in U.K*. Child Abuse Review, 10, 49-59.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Barcelona: Paidós.
- Palmer, R.L. y Oppenheimer, R. (1992). *The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population*. International Journal of Eating Disorders, 12 (4), 359-364.
- Papalia, O. (1998). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw-Hill.
- Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.

Paul, N. L. y Grosser, G. H. (1965). *Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women*. Community Health Journal, 1, 349-355.

Patrizi, P. (2002). *Autonarración y recuperación del sentido en víctimas de abusos sexuales*. Revista de Psicoterapia, 52, 23-34.

Pereda Beltran, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.

Pereda Beltran N. (2009). *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil*. Papeles del Psicólogo, 30 (2), 135-144.

Perkins, C. (2008). *Sexual abuse and bulimia nerviosa*. Primary Psychiatry, 15 (6), 21-21.

Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Pilkington, B. y Kremer, J. (1995). *A review of the epidemiological research on child sexual abuse. Community and college student samples*. Child Abuse Review. 4, 84-98.

Pope Jr., H.G. y Hudson, J. (1996). *Recovered memory; therapy for eating disorders: implications of the Ramona verdict*. International Journal of Eating Disorders, 19 (2), 139-145.

Pou, J., Ruiz, A., Comas, L., Petitbó, M. D., Ibáñez, M. y Bassets, J. (2001). *Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores*. Asociación Española de Pediatría, 54, 243-50.

Quezada, V. Neno, R. y Luzoro, J. (2006). *Abuso Sexual Infantil ¿Cómo Conversar con los Niños?*. Santiago: Ediciones de la Universidad Internacional.

Quintero Parraga, E., Perez-Montiel, A.C., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M. F. y Pineda, N. (2003). *Eating behavior disorders. Venezuela: Prevalence and clinical features in adolescents in the city of Maracaibo, Zulia*. The Journal of Clinical Investigation, 44, 179-193.

Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Ratnasuriya R. H. y Eisler, F. (1991). *Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years*. British Journal of Psychiatry, 158, 495-502.

Redondo Figuero, C. y Ortiz Otero, M .R. (2005). *El abuso sexual infantil*. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, 45, 3-16.

Riis, L.; Bodelsen, H. y Knudsen, F.U. (1998). *Incidence of child neglect and child abuse in the region of Copenhagen*. Ugeskr Laeger, 160, 5358-5362.

Roosa, M. W., Reyes, L., Reinholtz, C. y Angelini, P. J. (1998) *Measurement of women's child sexual abuse experiences: an empirical demonstration of the impact of choice of measure on estimates of incidence rates and of relationships with pathology*. The Journal of Sex Research, 35, 225-233.

Roche, A. J., Fortín, G., Labbé, J., Brown J. y Chadnwick, D. (2005). *The work of Ambroise tardieu: the first definitive description of child abuse*. Child Abuse & Neglect, 29, 325-334.

Rodríguez Ceberio, M. (2004). *Quien soy y de donde vengo. El taller de Genograma. Un viaje a través del tiempo en las interacciones y en los juegos familiares*. Buenos Aires: Tres Haches.

Rodríguez Cely, L. A. (2003) *Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil*. Universitas Psicológica, 2 (1), 57-70.

Rodríguez, M. y Guerrero S. (2005). *Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34, 3, 343-354.

Rodríguez, M., Pérez, V. y García, Y. (2005). *Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in a sample of Colombian women with eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 37, 4, 299-306.

Rodríguez Vega, B. (1996). *Anorexia nerviosa*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 16, 47-55.

Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.

Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L. y Mullen, P. E. (2001). *Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study*, International Journal of Eating Disorders, 29 (4), 380-392.

Rome, E.S., Ammerman, S. y Piper, D.S. (2003). *Children and adolescents with eating disorders: The state of the art*. Pediatrics Journal, 111, 98-108.

Rorty, M., Yager, J., y Rossotto, E. (1994). *Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 151, 1122-1126.

Rosen, D. (2003). *Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features and treatment*. Adolescent Medicine State, 14, 49-59.

Rueda, G., Díaz, L., Campo, A., Barros, J., Ávila, G., y Oróstegui L,. (2005). *Validación de la Encuesta Scoff para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias*. Biomédica, 25(2), 196-202.

Rueda, G.; Díaz, L.; Ortiz, D.P.; Pinzón, C.; Rodríguez, J. y Cadena L. (2005). *Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas*. Atención Primaria, 35 (2), 89-94.

Runyan, D. K. (1998) *Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and development of a research agenda*. Child Abuse & Neglect, 22 (6), 493-498.

Russell, G. F. M. y Beardwood, C. J. (1970). *Gonadotrophin Excretion At Puberty*. Journal of Endocrinology , 48, 469-470.

Russell, G. F. M (1979). *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 9, 429-448.

Rutter, M. (1990). *Psycho-social resilience and protective mechanisms*. En J. Rolf, A. N. Masten, D. Cicchetti, K, H., Nuechterlin y S. Weintraub. Risk and protective factors in development of psychopathology (pp.179-304). Cambridge: University Press.

Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*. Journal of Adolescence Health, 14, 626-631.

Saccomani, L. (1997). *Disturbi della condotta alimentare in eta evolutiva*. Instituto G. Gaslini, 29 (2), 130-131.

Saranson, I. G. y Saranson, B. R. (1996). *El problema de la conducta desadaptada*. México: Trillas.

Schmidt, U., Humfress, H. y Treasure, J. (1997). *The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders*. European Eating Disorders Review, 5 (3), 184-207.

Sedlak, A. J. y Broadhurst, D. D. (1996). *Executive Summary of the Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*. Department of Health and Human Services.

Seldes, J. J., Ziperovich, V., Viota, A. y Leiva, F. (2008). *Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario*. Archivos Argentinos de Pediatría, 106 (6), 499-504.

Selvini, M. (1988). *The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy*. Family Process, 27 (2) 129-148.

Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation: From Individual to family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.

Selvini Palazzoli, M. (1975). *La terapia de Familia*. Zurich: Conferencia presentada en el 14 Congreso Internacional del Instituto del Matrimonio y de la Familia.

Selvini Palazzoli, M. (1995). *El Proceso Anoréxico en la Familia, en Los Juegos Psicóticos en la Familia*. Barcelona: Paidós.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.

Shalom Bait y AMIA. (2008). *5ta. Jornada de Estudio y Reflexión Violencia Familiar*. Material cedido por Shalom Bait y AMIA, no publicado.

Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood Abuse and Deprivation*. New York: Fawcett Columbine.

Silber, T. J. (1986) Anorexia nervosa in blacks and hispanics. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 121-128.

Silva, G. (1999). *Resiliencia y violencia política en niños*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Colección Salud comunitaria. Serie Resiliencia. Fundación Bernard Van Leer (CIER).

Silverman, F. (1953). *Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants*. American Journal of Roentgenology, 69, 413-426.

Silverman, J. (1997) *History of anorexia Nervosa in Bownwell*. London: K. And C. Fairburn, Eating disorders and Obesity. A comprehensive Handbook, The Guildford Press, 141-144.

Simón Rueda, C., López Taboada, J. L. y Linaza Iglesias, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.

Simpson, M. G. (2008). *Resiliencia en el aula, un camino posible*. Buenos Aires: Bonum.

Smolak, L., Levine, M. P. y Sullins, E. (1990). *Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample?*. International Journal of Eating Disorders, 9 (2),167-178.

Smolak, L. y Murnen, S. K. (2002). *A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 31 (2), 136-150.

Soanes, K. y Swann, G. (2006). *Suffer the children*. Emergency Nurse, 14 (2), 17-19.

Soria, M. y Hernández, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Sours, J. A. (1974). *The Anorexia Nervosa Syndrome*. The International Journal of Psychoanalysis, 55, 567-576.

Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K.R. y Gauvin, L. (2010). *Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse*. International Journal of Eating Disorders, 43 (5), 428-432.

Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. American Journal of Psychiatry, 2000; 157(3): 393-401.

Stunkart, A. (1993) *History of binge eating in Fairburn*. New York: C. and G. Wilson (Eds.) Binge Eating Nature, Assessment and treatment, Guilford Press, 15-34.

Suárez Ojeda, E., (2001) *Resiliencia, Descubriendo las nuevas fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Suarez Ojeda, E., Munist, M. y Kotliarenco, M. A. (2004). *Tendencias y perspectivas*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Colección Salud Comunitaria Serie Resiliencia. Fundación Bernard Van Leer (CIER).

Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill.

Summit, R. (1983). *The child sexual abuse accommodation syndrome*. Child abuse & Neglect. Vol. 7.

Summit, R. (1988). *Hidden Victims, Hidden Pain: Societal Avoidance of Child Sexual Abuse*. En "Lasting Effects of Child Sexual Abuse". Wyatt, G. y Powell, G.J.- Sage Publications.

Tapia Ilabaca, P. y Ornstein Letelier, C. (1999). *Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios*. Santiago de Chile: Revista Psiquiatría Clínica, 36 (1), 7-10.

Teisson, J. (2000). *L'enfant plume*. Paris: Editions J'ai lu.

Theodore, A. D., Chang, J. J., Runyan, D. K., Hunter, W. M., Bangdiwala, S.I. y Agans, R. (2005). *Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas*. Pediatrics, 115, 331-337.

Tobin, D.L., Elin, M.R. y Molteni, A.L. (1995). *Early trauma, dissociation, and late onset in the eating disorders*. International Journal of Eating Disorders, 17 (3), 305-308.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.

Toro, J.; Nicolau, R.; Cervera, M.; Castro, J.; Blecua, M. J.; Zaragoza, M. y Toro, A. (1995). *A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa*. European Child & Adolescent Psychiatry, 4 (3), 165-74.

Trepper, T. S. y Barrett, M. J. (1989). *Systemic treatment of incest: A therapeutic handbook*. Nueva York: Brunner Mazel.

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K.; Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. y McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - Final Report*. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services.

Trojovsky, A., Scheer, P., Dunitz, M., Kaschnitz, W., Sommer, I., y Kranz, U. (1995). Anorexia nervosa - Pubertätsmagersucht. Paediatric Und Paedologie, 30, 93-99.

Turnbull, S. J., Treasure, J. L. y Troop, N. A. (1997). *The prevalence of post traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders*. European Eating Disorders Review 5(4), 270-277.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

Turón, V. Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: Características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revisión de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 191 (1), 9-15.

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.

UNICEF (2000). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Buenos Aires: UNICEF.

Vandereyken, W y Lowencopf, E. (1990). *Anorexia nervosa en 19 th. Century America*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 531-535.

Vandereycken, W. y Van Deth (1994). *From fasting saints to anorexia girls: the history of self starvation*. Londres: The Athlone Press.

Vander Linden, J. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos*. Barcelona: Granica Salud.

Vargas, C., Vargas, E. y Mejía, S. (1995). *Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil*. Santafé de Bogotá: Presencia.

Vasallo, M. (2002). *Género y Violencia*. Tesis de especialización en violencia familiar no publicada, Universidad nacional de Buenos Aires.

Vásquez, R.; Angel, L.; Moreno, N.; Garcia, N.; y Calvo, J.M. (1998). *Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa*. *Actualidad Pediátrica*, 8 (1), 7-14.

Verdugo, M. A., Gutiérrez, B., Fuertes, J. y Elices, J. A. (1993). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Vilela, J .E .M.; Lamounier, J. A. y Dellaretti, F. (2004). *Trastornos alimentares en escolares*. *Río de Janeiro: Jornal de Pediatría*, 80 (1), 49-54.

Volnovich, J. C. (2008) *Abuso sexual en la infancia 3*. La Revictimización Argentina: Lumen Grupo Editor.

Walker, C. E., Bonner B. L. y Kaufman, K.L. (1988). *The physically and sexually abused child. Evaluation and treatment*. Londres G.B.: Pergamon Press.

Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., y Seedat, S. (2004). *Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD*. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 111–121.

Waller, G. y Ruddock, A. (1993). *Sexual abuse and Psycopathology* . *Child Abuse Review*, 2 (3), 185-195.

- Walsh, B. T. y Garner, D. V. (1997). *Diagnosis issues*. New York: Guilford.
- Walsh, F. y McGoldrick, M. (1991). *Living Beyond Loss*. New York: W. W. Norton & Company.
- Willson, G. T. y Smith, D. (1989). *Assessment of bulimia nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 8, 173- 179.
- Wonderlich, S. A. y Crosby, R. (2001). *Sexual abuse and disorders of the food conduct in children*. International Journal of Eating Disorders, 29 (3), 270-279.
- Wonderlich, S. A., Harris, T. R., Wilsnack, R. W. y Wilsnack, S. C. (1996) *Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample*. American Journal of Public Health, 86 (8), 1082-1086.
- Wynkoop, T. F., Capps, S. C. y Priest, B. J. (1995). *Incidence and prevalence of child sexual abuse: a critical review of data collection procedures*. Journal of Child sexual Abuse, 4 (2), 49-67.
- Yager, J. (1998). *Eating disorders and Treatment*. American Psychiatric Association. Annual Meeting. Toronto, Ontario, Canada.
- Yepes, M.; Moreno, S. y Ramírez, L. (2002). *Corporalidad y desarrollo subjetivo en la prevención de la anorexia y la bulimia en las adolescentes escolarizadas de la ciudad de Medellín*. Fase de Comprensión. Revista de la Salud por los Niños de las Américas Saludarte, 6 (3), 23-397.
- Zerbe, K. (1991). *Management of contratransference with eating disordered patients*. Psychodynamic letter 1, (9), 4-6.

Capítulo 1

1. PLANTEO DEL PROBLEMA 2

Capítulo 2

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... 5
2.1. Objetivos 5
2.2. Hipótesis de trabajo 6

Capítulo 3

3. ESTADO DEL ARTE 7

Capítulo 4

4. ABUSO SEXUAL INFANTIL
Marco teórico 23
4.1. Clasificación y definiciones..... 23
4.2. Antecedentes históricos..... 25
4.3. Modelos explicativos..... 29
4.3.1. Teoría del hechizo 29
4.3.2. Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil..... 30
4.3.3. Modelos intervencionistas y explicativos sistémicos y cognitivos..... 36
4.3.4. Modelos de vulnerabilidad previa..... 38
4.3.5. Factores de protección frente al abuso sexual infantil 42
4.3.6. Otros modelos..... 46
4.4. Epidemiología..... 48
4.4.1 Epidemiología en Argentina..... 60

Capítulo 5

5. PATOLOGIAS ALIMENTARIAS
Marco teórico..... 67

5.1. Clasificación y definiciones.....	68
5.2. Antecedentes históricos.....	69
5.3. Criterios diagnósticos de acuerdo al DSM IV.....	79
5.4. Perfil clínico.....	81
5.5. Modelos de intervención sistémicos y constructivistas.....	86
5.6. Epidemiología.....	94
5.6.1. Prevalencia e incidencia en Argentina.....	101

Capítulo 6

6. INVESTIGACION EMPIRICA

6.1. Muestra.....	103
6.2. Diagnósticos.....	107
6.3. Método.....	112
6.3.1. Investigación cualitativa.....	113
6.3.2. Análisis estadístico.....	114

Capítulo 7

7. RESULTADOS

7.1. Resultados.....	116
7.2. Resultados por objetivos	131

Capítulo 8

8. DISCUSIÓN

8.1. Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Patologías Alimentarias.....	139
8.2. Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Bulimia Nerviosa.....	143
8.3. Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Anorexia Nerviosa.....	145
8.4. Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil y Trastornos de la Alimentación No Especificados	146
8.5. Prevalencia del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil en Sujetos con y sin Patología Alimentaria.....	147
8.6. Abuso Sexual Infantil y Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil en Sujetos con Patologías Alimentarias.....	148
8.7. Descripción de los estadios del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil en las Historias Clínicas	149
8.8. Abuso Sexual Intrafamiliar y Extrafamiliar en Pacientes con Patologías Alimentarias.....	151
8.9. Implicancias de los Hallazgos para la Práctica Clínica	153
8.10. Puntos Fuertes; Limitaciones y Futuras Líneas de Estudio	
8.10.1. Puntos Fuertes.....	155
8.10.2. Limitaciones.....	156
8.10.3. Futuras Líneas de Estudio	157

9. REFERENCIAS..... 158

Índice de cuadros y tablas

Cuadro Nro. 1 Clasificación del ASI dentro del maltrato infantil.	24
Cuadro Nro. 2 Dimensión de probabilidades y dimensión temporal (Cicchetti y Rizley, 1981).	45
Cuadro Nro. 3 Contextos familiares no convencionales y de riesgo en el Modelo Ecológico de los factores de riesgo (Belsky, 1980).....	47
Tabla Nro. 4 .Frecuencia y porcentajes de varones y mujeres.....	103
Tabla Nro. 5. Edad agrupada.....	104
Tabla Nro. 6. Edad al inicio del tratamiento por Sexo.....	105
Tabla Nro. 7. Distribución de las actividades y ocupaciones.....	105
Tabla Nro. 8. Diagnóstico.	108
Tabla Nro. 9. Sexo y Diagnóstico.....	110
Tabla Nro.10. Edad al inicio del tratamiento por Diagnóstico.....	110
Tabla Nro. 11. Trabajo o actividad y Diagnóstico.	111
Tabla Nro. 12. Trabajo o actividad y Diagnóstico.	111
Tabla Nro.13. Abuso sexual infantil y Patologías Alimentarias.	115
Tabla Nro. 14. Edad al inicio del tratamiento por abuso sexual infantil.....	116
Tabla Nro. 15. Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil.....	118
Tabla Nro. 16. Tabla de contingencia Abuso sexual infantil y Síndrome de acomodación.....	118
Tabla Nro. 17. Abuso sexual Infantil y Síndrome de Acomodación.....	118
Tabla Nro. 18. Abuso Sexual y Diagnósticos.....	119
Tabla Nro. 19. Diagnóstico y Síndrome de acomodación.....	120
Tabla Nro. 20. Tipo de abuso sexual infantil.....	120
Tabla Nro. 21. Sexo y Abuso sexual infantil.	121
Tabla Nro. 22. Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.	121
Tabla. Nro. 23. Diagnóstico y Tipo de abuso sexual infantil.....	124
Tabla Nro. 24. Trabajo o actividad y Abuso sexual infantil.....	125
Tabla Nro. 25. Tiene actividad y Abuso sexual infantil.....	126
Tabla Nro. 26. Trabajo o actividad y Tipo de abuso sexual infantil.....	127
Tabla Nro. 27. Tiene actividad y Tipo de abuso sexual infantil.....	128

Índice de gráficos

Grafico Nro. 1. Composición por sexo (Losada, 2010)	63
Grafico Nro. 2 Prevalencia del ASI en mujeres. (Losada, 2010).....	63
Grafico Nro. 3 Prevalencia del ASI en varones. (Losada, 2010).....	64
Grafico Nro. 4. Tipo de abuso sexual infantil. (Losada, 2010)	64
Grafico Nro. 5. ASI por género. (Shalom Bait y AMIA, 2008).....	65

Grafico Nro. 6. Muestra proporción por sexo. (Shalom Bait y AMIA, 2008).....	66
Grafico Nro. 7. Tipos de ASI. (Shalom Bait y AMIA 2008).....	66
Grafico Nro. 8. Frecuencia y porcentajes de varones y mujeres.	104
Grafico Nro. 9. Distribución de las actividades y ocupaciones.....	106
Grafico Nro. 10. Presencia y ausencia de actividades.....	107
Grafico Nro. 11 Diagnóstico.....	108
Grafico Nro. 12. Diagnóstico.....	109
Grafico Nro. 13. Abuso sexual infantil y Patologías Alimentarias.....	116
Grafico Nro. 14. Edad al inicio del tratamiento por abuso sexual infantil.....	117
Grafico Nro.15. Abuso Sexual y Diagnósticos.....	119
Grafico Nro. 16. Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.	122
Grafico Nro.17. Sexo y Tipo de abuso sexual infantil.....	123