

Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento

Analia Verónica Losada y Denise Saboya
Autor referente: analia_losada@yahoo.com.ar

Universidad Católica Argentina

Historia editorial

Recibido: 23/01/2013
Aceptado: 05/08/2013

RESUMEN

Este trabajo aborda las modalidades de tratamientos sistémicos y cognitivos en sujetos que padecieron Abuso Sexual Infantil (ASI) y posteriormente desarrollaron trastornos de la conducta alimentaria, específicamente anorexia y bulimia. Summit (1983) agrupa las acciones familiares y/o judiciales en relación al abuso bajo el nombre de Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI). Este incluye cinco etapas: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y por último la retracción. En aquellos casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la develación del abuso, se observa el desarrollo de los trastornos de la

alimentación (Losada, 2011). En los niños que presentan trastornos de la conducta alimentaria se observa que hicieron la tentativa de contar el ASI y no fueron escuchados, dando lugar al SAASI y pidiendo ayuda nuevamente pero con su cuerpo portando un trastorno de la conducta alimentaria. Se considera imprescindible el desarrollo de un programa de tratamiento para la comorbilidad entre el abuso sexual infantil y los trastornos de la alimentación, siguiendo el concepto de eclecticismo técnico, inspirado en Lazarus (1992). Se considera relevante que el profesional este abierto a la posibilidad de emplear lo mejor de cada enfoque y escuela para así atender mejor a las diversas necesidades de los pacientes.

Palabras clave: Abuso Sexual; Anorexia; Bulimia.

ABSTRACT

This work approaches the modalities of systemic and cognitive fastened treatments that suffered sexual infantile abuse and later they developed disorders of the food conduct, specifically anorexia and bulimia. Summit (1983) it groups these familiar or judicial actions under the name of Syndrome of Accommodation to the Sexual Infantile Abuse (SAASI). This one includes five

stages: the secret, the abandonment, the entrapamiento and the accommodation, the late and not convincing revelation and finally the retraction. In those cases of distrust and denial on the part of the mother figure or other significant members of the familiar group before the develación of the sexual infantile abuse, is observed the development of the disorders of the supply (Losada, 2011).

In the children who present disorders of the food conduct is observed that they did the attempt of the sexual infantile abuse counted and were not listened, giving place to the SAASI and asking helps again but with his body carrying a disorder of the food conduct. Is considered to be indispensable the development of a program of treatment for

the comorbilidad between the sexual infantile abuse and the disorders of the supply, following the concept of technical eclecticism, inspired by Lazarus (1992). It is considered relevant that the professional opened for the possibility of using the better of every approach and school this way to attend better to the diverse needs of the patients.

Key Words: Sexual Abuse; Anorexia; Bulimia.

Diversos estudios han analizado este fenómeno buscando comprender por qué el abuso sexual tiene incidencia en el desarrollo de las patologías alimentarias (Summit, 1983; Allegue, 2009; Birencwajg, 2009; D'Amato Miranda, 2009; Ferrante, 2009; Gómez Dupertuis, 2009; Guañabens, 2009; Mambrú Tavarez, 2009; Panzitta, 2009; Peciulewicz, 2009; Pérez, 2009; Quinn, 2009; Romero, 2009; Testa, 2009; Valiente, 2009, Losada, 2011). Summit (1983) agrupa las acciones que pueden implementar las familias y las instancias judiciales bajo el nombre de Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI). Este incluye cinco etapas: el secreto, el desamparo, el entrampamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y por último la retracción.

Los desórdenes alimentarios son una manera de adaptarse a las vivencias estresantes (Gómez Dupertuis, Gabrielli, Piccoli, Eberle y Romero, 2009). Los atracones funcionan a modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos (Quinn, 2009), dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción. Los trastornos alimentarios funcionan como una manera de protegerse de hechos estresantes, como el abuso sexual, cubriendo la situación estresante con la preocupación por la alimentación y el peso, su lucha por controlar la comida es una manera de ignorar los efectos nocivos del abuso (Mambrú Tavarez, 2009). Tanto anorexia

como bulimia nerviosa, son problemáticas complejas que afectan mayoritariamente al género femenino, que en muchos casos registran antecedentes de maltrato infantil, abuso físico o sexual (Allegue, 2009). El cuerpo es un objeto sobre el cual, cada vez más personas se concentran en forma obsesiva, no como fuente de placer sino como blanco de responsabilidad y esmero, a través del cuerpo se expresan en parte las sensibilidades, angustias y deseos (Valiente, 2009).

Al ser la ley del silencio lo que sostiene y perpetúa el abuso en el tiempo y que la lealtad invisible es lo que lo impulsa a repetirlo y transmitirlo trans-generacionalmente, si se quiere romper con este silencio, es necesario trabajar en la contención a las víctimas y en tratamientos rehabilitadores para los victimarios (Romero, 2009). Se requiere que el paciente pueda pasar de las conductas impulsivas a la expresión de sus emociones y sentimientos ya que esto favorece el surgimiento de un pensamiento más reflexivo (Sassoon y Micha, 2009), anulando los sentimientos de culpa y vergüenza producidos por el ASI (Losada, 2011). Los tratamientos del ASI están orientados al abordaje del abuso, ayudando a la víctima a afrontar las vivencias estresantes y de esta manera, descargar y afrontar los afectos, emociones y sentimientos negativos que desencadenaron (Sauan, 2009). Es necesario que el psicólogo se abstenga de actitudes morales o humanitarias, juicios condenatorios o actitudes compasivas que refuerzan la victimización del abusado (Guañabens, 2009).

Cuando se presenta en forma comórbida con las patologías de la alimentación, uno de los objetivos principales es lograr la interrupción de los episodios de atracón y de las conductas compensatorias inadecuadas, de esta manera se trabajaría en que el paciente logre conectarse con sus emociones reactivas y pueda expresarlas de manera más saludable. Conseguido esto, el paciente entra en un periodo de mayor estabilidad en el

que se puede intervenir más profundamente a través de técnicas que permitan la resolución de los conflictos subyacentes a la alteración de la conducta alimentaria, el abuso sexual infantil. Por lo tanto, se va retirando el foco de la cuestión del peso y de la vinculación con la comida, para centrarse en las situaciones, emociones y aspectos afectivos que originaron el trastorno (Quinn, 2009). Cuando un paciente puede comenzar a hablar sobre los hechos estresantes vividos, comienza a mejorar (D'amato Miranda, 2009), por lo tanto, el objetivo principal será poder dialogar sobre las vivencias estresantes (Birencwajg, 2009). Ocupa un lugar central la autorregulación y no los cumplimientos de pautas externas. No hay comidas permitidas ni prohibidas, cada persona deberá aprender a decodificar, elegir y seleccionar lo más deseado y necesitado en cada momento. Es importante que el paciente discrimine que tiene este sabor en su boca, pero que su vacío, dolor y sufrimiento nada tienen que ver con esto, ya que solo le produce una calma momentánea (Panzitta, 2009).

Los abusos sexuales constituyen aproximadamente el 9.6 % de los maltratos en la infancia (Losada, 2011). Aproximadamente en un 60 % de las veces, es el menor quien cuenta lo sucedido, el retraso que se produce en algunos casos hasta la develación del hecho, depende en muchas ocasiones de que el agresor sea conocido o que tenga relación de parentesco con la menor. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70 % de las veces, cuando las víctimas están en edad preescolar, en cambio en los escolares por encima de los seis años, el abuso sexual mayoritario es el extrafamiliar. Entre el 20 y el 40 % de los individuos abusados sufren consecuencias a largo plazo y la causa mayor se debe a la incredulidad de los adultos sobre lo que cuentan los menores respecto a cómo sucedieron los hechos (Sauan, 2009). En el estudio de Losada (2009) en una muestra de 2076 pacientes de trastornos de la conducta alimentaria el 72,6 % padecieron el

Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. En esa investigación se analizaron las relaciones dadas entre el SAASI y las patologías alimentarias, diferenciando los resultados según se tratase de anorexia, bulimia y trastornos alimentarios no especificados. Las víctimas de abuso sexual infantil pueden presentar consecuencias psicológicas a largo plazo. Estas dificultades se pueden dividir en cinco categorías: problemas emocionales, de relación, de conducta y de adaptación social, sexual y funcional, entre los que se incluyen los trastornos alimentarios, los que confirman la gravedad de los problemas que presentan las víctimas a lo largo del tiempo. Por ello resulta necesario la detección del problema y la intervención adecuada y eficaz por parte de los profesionales (Pereda Beltrán, 2010).

Objetivo

Este artículo postula el objetivo de analizar la relación existente entre el abuso sexual infantil y los trastornos de la conducta alimentaria, así como también los tratamientos cognitivo conductuales y sistémicos que se emplean en el abordaje de quienes padecen estas problemáticas.

Metodología

Esta investigación se halla enmarcada dentro de los estudios de revisión abordando mediante un meta análisis la problemática del abuso sexual infantil, su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y los tratamientos cognitivos y sistémicos (León y Montero, 2007). A la vez esta metodología posibilita el diseño de un modelo de tratamiento procedimental para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que

padecieron abusos sexuales en su infancia. Reviste de particular importancia la explicitación del modelo en psicoterapia que se emplea en el abordaje de estos pacientes.

Abuso Sexual Infantil

La palabra abuso, del latín *ab usus*, significa usar mal, de manera excesiva, injusta, impropia o indebida una cosa. El abuso sexual infantil (ASI) se define como la situación en la que el niño es víctima de un adulto o una persona de mayor edad, con el fin de la satisfacción sexual del agresor, implica cualquier clase de contacto sexual en un menor de 18 años por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Es un tipo de maltrato que incluye diversas formas, desde el incesto, la violación, toqueteos al niño o provocarlos del niño al adulto, exhibicionismo y mostrar al niño la realización del acto sexual, hasta la exposición a revistas o videos inadecuados (Ferrante, 2009, Testa, 2009). Ocurren periodos prolongados que pueden comenzar en una edad temprana y suele ir acompañado de la persuasión del niño, quien no cuenta con la madurez intelectual y emocional para dar consentimiento ante tal acto (Raygoza Díaz, 2009).

La escena del abuso generalmente tiene lugar después de una preparación destinada a paralizar a la víctima psicológicamente, el abusador se propone deliberadamente avasallar a su víctima indefensa. El abuso sexual intrafamiliar no constituye una cuestión ocasional, imprevisible o ajeno a los integrantes de la familia, en la mayoría de los casos la estructura parental ha adquirido el estilo de funcionamiento monoparental (Pérez, 2009). Las víctimas que han sufrido abusos consistentes en tocamientos y fundamentalmente penetración, y las víctimas de abusos continuados, son especialmente vulnerables a verse a sí mismas y a sus familias como culpables del abuso (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés, 2011). Lo que más difícil resulta es quebrar el silencio,

ya que supone que estas vivencias son comunicables, el abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto, le hace creer que su silencio protege al abusador, al mismo niño y a su familia. Hace que el niño crea que cualquier intento por cambiar el status quo de la situación perjudicará a él y a su familia, la víctima por lo tanto, presenta una modificación de su estado de conciencia, pierde la capacidad crítica y la focalización de la atención, se encuentra bajo el dominio abusivo de quien controla la relación. Esta situación lleva a la víctima a efectuar revelaciones parciales, exageradas o con retrocesos (Ferrante, 2009). Una de las explicaciones de este fenómeno es el desarrollo del síndrome de indefensión aprendida, inspirado en Seligman, en el cual los niños víctimas de violencia muchas veces sienten indefensión y se tornan vulnerables, les hacen creer que son incapaces de evitar o afrontar los avances sexuales del abusador (López Alonso, Kerman y Pavia, 2009). Es importante reconocer en el victimario la totalidad de la responsabilidad del hecho, los niños dependen de los adultos y tienen el derecho a vivir sus relaciones con estos con confianza, cuando se transgrede este derecho aparece el abuso. Los abusadores suelen decir a sus víctimas que lo que hacen es natural y que así debe ser, esto les permite actuar sin necesidad de amenazar a la víctima, por lo menos hasta que esta crece y descubre la falsedad de la premisa, momento en el cual aparecen las amenazas, las consecuencias son la aparición de efectos traumáticos y la alienación, lo cual muestra el proceso de adaptación del niño a la situación (Ferrante, 2009).

Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil

La víctima frecuentemente responde de maneras que no son las esperadas, ya que muchas veces no protesta, no se defiende, no denuncia y en ocasiones incluso no presenta manifestaciones conductuales evidentes ante el abuso. Cuando alguien agrede la integridad corporal de otra persona, la reacción inmediata consiste en alejarse o defenderse, pero en el abuso sexual, el infante asimila un esquema que no logra acomodar en su estructura mental, y cuando este abuso es por largos periodos y en ocasiones combinado con agresión, la estructura cognitiva del menor se mantiene confundida o por el contrario, la víctima se acomoda a las experiencias estresantes mediante comportamientos que le permiten sobrevivir (Raygoza Díaz, 2009). Con frecuencia los niños no son creídos en sus relatos y acusados de ser provocadores del abuso sexual, en respuesta a este trauma desarrollan sentimientos de vergüenza, desvalorización e inadecuación, percibiéndose causa del abuso. Entre las consecuencias que se evidencian en la pubertad y adolescencia a causa del ASI, se observan casos que desarrollan patologías alimentarias. Por otra parte, un porcentaje del 60% de los sujetos no recibe adecuado tratamiento judicial y/o familiar del abuso sexual infantil (Sauan, 2009).

Summit (1983) agrupa estas acciones familiares o judiciales bajo el nombre de síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI).

El SAASI incluye cinco etapas; el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y no convincente y por último la retracción a saber: a) El secreto: la estigmatización, el retraimiento y la auto-culpabilidad dependen de una realidad temible del abuso sexual infantil, este 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. El chico violentado por lo tanto, queda a merced del abusador, de todas las explicaciones inadecuadas, ilógicas y auto-protectoras suministradas por el adulto, la única impresión significativa lograda por el niño es el resultado atemorizante basado en el secreto, ello le deja claro al niño que lo que ocurre 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 sucede, cualquiera de los intentos del niño por esclarecer el secreto será contrarrestado por una conspiración de descrédito por parte del adulto. b) El desamparo: se enseña a los niños a ser obedientes con cualquier adulto de confianza, desde pequeños se les guía a obedecer a padres, maestros y otros mayores que se encuentren a cargo de él. Se les enseña asimismo, a cuidarse de los extraños, pero no de aquellos que deberían resguardarlos, por lo tanto el niño abusado ante esta vivencia estresante, se siente desamparado y descuidado. El niño atraviesa una 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 la acomodación: para el niño que está dentro de una relación de dependencia, el abuso suele repetirse a lo largo de los días, meses e incluso por años, tiende a desarrollarse un patrón compulsivo, el cual continúa hasta que el niño alcanza autonomía o hasta que el descubrimiento o la prohibición exigida se impone sobre el secreto. Si el niño no busca o 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 y subsistir. El niño saludable y emocionalmente fuerte aprenderá a acomodarse a la realidad del incesante abuso sexual. d) La revelación tardía y no convincente: la mayoría de los abusos sexuales en curso nunca se revelan, al menos no fuera del círculo familiar, la revelación es una consecuencia o de un conflicto familiar impetuoso, el descubrimiento incidental por un

tercero, el resultado de la educación de la comunidad, o por parte de profesionales que han indagado adecuadamente. e) La retracción: sea lo que fuere que un niño diga acerca del abuso sexual, factiblemente lo cambie enteramente. Por debajo de la furia, del develamiento impulsivo, permanece la ambivalencia de culpa y la obligación tortuosa de preservar la familia, el niño es inculcado por causar esta confusión y todos parecen tratarlo como a un monstruo, lo interrogan sobre los detalles y lo animan a incriminar a su padre, aunque éste permanece incuestionable dentro del hogar, en la seguridad de la familia. Lo que el abusador dijo al niño para mantener el secreto parecen cumplirse ahora, ya que no se le cree e incluso se le invita a callar nuevamente, es aquí donde comienza la retractación, vuelve la aparente calma familiar y el niño soporta la responsabilidad de preservar o destruir a su familia. A menos que haya un apoyo especial para él y una intervención inmediata para exigir la responsabilidad sobre el padre, el niño seguirá el curso y se retractará de sus dichos (Losada, 2011).

Indicadores físicos de Abuso Sexual Infantil

Ferrante (2009) contempla los siguientes indicadores de abuso sexual infantil: a) Dificultad para caminar y sentarse, b) Ropa interior cortada, manchada o ensangrentada, c) Picazón o dolor en zona genital, d) Enfermedades como el HIV, e) Escasas relaciones con sus compañeros, f) Conductas y comportamientos sexuales no conformes a su edad y estadio evolutivo, g) Conductas extrañas para su edad que impiden la adecuada adquisición de habilidades, dificultan el aprendizaje y las relaciones entre pares y con los adultos, h) Presencia de relatos exageradamente sexualizados y/o temerosos, i) Miedos, temores nocturnos, fobias no explicables, acciones delictivas y/o de fuga y j) Embarazo temprano. Asimismo, uno de los problemas que frecuentemente afecta las funciones físicas de las

víctimas de abuso, son los dolores físicos sin razón médica que los justifique, también se pueden observar cefaleas y trastornos gastrointestinales, lo que implica un importante gasto para los sistemas de salud, principalmente si no se diagnostican ni tratan de forma temprana y adecuada (Pereda Beltrán, 2010).

Indicadores psicológicos de Abuso Sexual Infantil

Perrone y Naninni (2010) contempla los siguientes indicadores: a) Alucinaciones, b) Amnesias, c) Ansiedad, d) Fenómenos de disociación, e) Desdibujamiento de los límites de identidad y tiempo, f) Depresión, g) Distress, h) Problemas emocionales, i) Desesperanza, desesperación, j) Comportamiento obsesivo-compulsivo, k) Ideación paranoide, l) Comportamientos psicóticos, m) Stress post-traumático, n) Problemas somáticos, ñ) Abuso de sustancias y o) Suicidio. Los autores señalan que algunas reacciones vinculadas con el traumatismo del abuso sexual infantil son, la erotización sin control, la promiscuidad, la provocación sexual agresiva, el desprecio por sus sucesivas parejas y una actividad sexual sin pudor ni reservas. Esta conducta es la consecuencia de los hechos sufridos, de la experiencia insostenible de haber sido un objeto sexual desechable, en estos casos hay que ocuparse de los aspectos traumáticos del abuso sexual que persistieron.

Los efectos traumáticos aparecen inmediatamente al abuso, en la víctima se cambia la imagen de sí misma, además hay un alto nivel de estrés psicológico y una disociación que acontece como destreza de supervivencia, en tanto permite al individuo soportar acontecimientos amenazantes y difíciles, preservando ciertas áreas de funcionamiento saludable (Ferrante, 2009). La sintomatología de los pacientes abusados no deja de ser una respuesta adaptativa a una identidad extremadamente comprometida que procura

conservar la estabilidad dando coherencia a la experiencia emocional vivida y la definición que el menor tiene de sí mismo y del entorno (Losada, 2011). El niño víctima se encuentra en una sensación de malestar y opone resistencia, aunque su sentido crítico se encuentra conservado, pero al comienzo del abuso esto se transforma en culpa y confusión, es un extranjero en su propio territorio. En consecuencia, la víctima pierde las fronteras de su propio cuerpo, siendo perturbada por los dichos del abusador (Perrone y Nannini, 2010).

Consecuencias del Abuso Sexual Infantil

Los abusos sexuales constituyen aproximadamente el 9.6 % de los maltratos en la infancia (Losada, 2011), aproximadamente en un 60 % de las veces es el menor quien cuenta lo sucedido, el retraso que se produce en algunos casos hasta la develación del hecho depende en muchas ocasiones de que el agresor sea conocido o que tenga relación de parentesco con la menor. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70 % de las veces, cuando las víctimas están en edad preescolar, en cambio en los escolares por encima de los seis años el abuso sexual mayoritario es el extrafamiliar. Entre el 20 y el 40 % de los individuos abusados sufren consecuencias a largo plazo, la causa mayor se debe a la incredulidad de los adultos sobre lo que cuentan los menores respecto a cómo sucedieron los hechos (Sauan, 2009). En aquellos casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la develación del ASI, se observa el desarrollo de los trastornos en la alimentación (Losada, 2011; Osorio Hernández, 2009 y Allegue, 2009). Tanto la anorexia como la bulimia nerviosas, son problemáticas complejas que afectan mayoritariamente al género femenino, son trastornos frecuentes y con tendencia a la cronicidad (Santellán, 2009). Su valoración como personas, su éxito social y cualquier objetivo o logro personal que se

propongan dependen de la delgadez como forma de vida (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997). La prevalencia estimada hombre: mujer se encuentra entre 1:6 y 1:10, los hombres bulímicos se purgan mediante el ejercicio extenuante para lograr perder el peso deseado y es el peso que regularmente lo lleva a tener un trastorno alimentario (Mambrú Tavarez, 2009).

Estas personas se ajustan a un modelo de funcionamiento adictivo, expresando una preocupación consiente por la comida, una sujeción al comer o a su negativa, son adictas a la comida, adicto significa *no dicho*, hay incapacidad para procesar emociones (Quinn, 2009), suelen padecer de alexitimia, una insuficiente organización representacional, un déficit en el proceso editor, dificultades en la expresión afectiva y también en percibir y discriminar los afectos de las señales corporales. El trastorno alimentario da la posibilidad de explicar lo que sienten tan terriblemente en su vida, ya que decir que tienen un trastorno alimentario es menos doloroso que hacer frente al dolor, la humillación y la rabia de reconocer que han sido despreciados y abandonados emocionalmente (Montilla Bravo, 2009), son sujetos sin conciencia de enfermedad que se aferran a sus síntomas ego sintónicamente viviéndolos como soluciones. Debemos conocer cuándo, cómo y porqué tuvo lugar esta crisis, que sucedió en la vida del paciente y en su mundo familiar y social en ese momento (Allegue, 2009), eso será posiblemente la explicación del trastorno en la alimentación. Las patologías alimentarias se alojan cuando no hay palabras o cuando no fueron escuchadas o creídas, de esta forma el cuerpo comienza a hablar. Se habla y se come por el mismo lugar, la boca, la cual en estos casos habló y no fue oída, por lo tanto debió callarse y marco la instalación del SAASI, ahora expresa sus deseos de tenerla cerrada, no comer, no contar, o abarrotarla de comida, después expulsarla y decir (Losada, 2011), la presencia de SAASI implica daño psíquico.

El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil puede ligarse a la anorexia, en esta se origina un rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla, miedo intenso a aumentar de peso, alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta, influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación y negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual, y amenorrea (DSM IV, 1993). La decima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud (1992) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno y propone como indicador un índice de masa corporal igual o menor a 17,5 para el diagnóstico de anorexia nerviosa (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997). La muerte aparece como promesa de liberación de sentimientos muy atormentadores causados por el o los abusos, hay un intento de excluir al mundo exterior que resulta demasiado amenazador a través del retraimiento y aislamiento (Birencwajg, 2009). La bulimia relacionada por el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil se presenta con atracones recurrentes, sensación de pérdida de control sobre la ingesta, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo, conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso, como la provocación del vomito, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben tener lugar al menos dos veces a la semana mínimo durante tres meses, la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal, existe además un mayor descontrol de impulsos. A través del cuerpo se expresan las sensibilidades, deseos y angustias (Valiente, 2009), aparece en estas personas una vergüenza bulímica, mienten y ocultan sus verdaderas dificultades (Birencwajg, 2009). Un chico abusado generalmente es coaccionado por su victimario a silenciar lo vivido (Peciulewicz y Albornoz, 2009), esto

provoca que se tolere la situación abusiva y no se hable acerca de los hechos. Cuando el sujeto no logra hablar sobre las vivencias estresantes, el cuerpo se ocupara de hablar a partir del síntoma y de la patología alimentaria (Sassoon y Micha, 2009), antes hablo del ASI y nadie le creyó ni lo escucho, por lo tanto el ASI se reactualiza en cuerpo y comida (Losada, 2011). Los desordenes alimentarios son una manera de adaptarse a las vivencias estresantes (Gómez Dupertuis, Gabrielli, Piccoli, Eberle y Romero, 2009 y Mambrú Tavarez, 2009), los atracones funcionan a modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos (Quinn, 2009), dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción. Controlar lo que se consume provoca el sentimiento de que se esta retomando el control de su vida, los desordenes alimentarios son un intento de aliviar un dolor inexplicable que le ha provocado cambios en su ánimo (Mambrú Tavarez, 2009).

Prevención del Abuso Sexual Infantil

El miedo de contar lo ocurrido, sobre todo si el abusador es una persona cercana al niño, y lo difícil y complejo de los procedimientos legales para validar el episodio muchas veces hace que los adultos desistan de hacer algún tipo de denuncia, con lo cual se sigue escondiendo una realidad que tiene a los menores como víctimas (Ferrante, 2009).

La psicoeducación es una técnica que capacita a los niños para que no se conviertan en víctimas de abuso sexual infantil y además, provee a la víctima estrategias que le permitan afrontar este tipo de situaciones. Consiste en informar al paciente sobre aspectos referidos a su problemática, les permite comprender su sintomatología y los elementos para superarla. La adecuada utilización de esta técnica en el tratamiento de niños abusados sexualmente ayuda además a modificar pensamientos pesimistas

(Guerra y Plaza, 2009), de esta forma tiene menos posibilidades de volver a ser víctima, debido a que ahora posee conocimientos que lo habilitan a diferenciar situaciones abusivas y ha adquirido las habilidades conductuales para reaccionar frente a esto. Poder expresar los sentimientos es un aspecto fundamental en el momento de prevenir situaciones de abuso sexual infantil (Ferrante, 2009), el objetivo principal de los programas de prevención del ASI es educar a los chicos a reconocer y evitar una posible situación de abuso, se busca el trabajo conjunto de los alumnos, la familia y la escuela (Peciulewicz y Albornoz, 2009).

Se deben proporcionar a los niños elementos que le permitan discernir prácticas de respeto o de abuso para con los adultos, es también prevenir que sean posibles abusadores con respecto a sus compañeros. Es importante que el niño sepa que tiene el derecho a decir que no a cualquier cosa que lo dañe, no le guste o lo haga sentir incomodo, y que pueda decidir cuándo tener o no una relación sexual, sin estar presionados por la otra persona. La escuela, al fomentar el respeto por el prójimo actúa como agente, no solo para prevenir el abuso sexual sino también de abusos de otro orden, asimismo es importante que provean los conocimientos necesarios para reconocer los indicadores psicológicos, físicos y de comportamiento de abuso sexual infantil ya que de esta manera se facilita la detección precoz. Se apunta a la reducción de casos mediante la evitación, la detección precoz y el tratamiento adecuado a la víctima infantil que haya transitado un abuso sexual (Peciulewicz y Albornoz, 2009).

Tratamiento del Abuso Sexual Infantil

Al ser la ley del silencio lo que sostiene y perpetúa el abuso, para romper con este silencio es necesario trabajar en la contención a las víctimas y en la rehabilitación de los victimarios (Romero, 2009). El deber del terapeuta que se especializa en el tratamiento del ASI es recorrer el camino inverso del silencio (Guañabens, 2009), hablarlo, denunciarlo, romper la complicidad del secreto. Comunicarlo a la gente significativa deshace el efecto de complicidad del silencio guardado, puede empezar a poner palabras, esta es la primera posibilidad de aliviar el hecho traumático, así es como se comienza a trabajar sobre el ASI. Todo hecho de este tipo deja secuelas que serán mayores si la víctima no recibe la adecuada atención, se prioriza escucharla atentamente ya que esto permite que pueda descargar la ansiedad y aliviar el malestar. Es imprescindible que el profesional tome iniciativas por el paciente y a favor de este, como modificar y ordenar conductas a quienes forman su grupo familiar para que contribuyan a superar junto con el paciente obstáculos como el miedo o la vergüenza, huellas inevitables de la agresión sexual (Sauan, 2009), el paciente coopera más si uno le remarca lo positivo.

Es importante que el paciente pueda pasar de las conductas impulsivas a la expresión de sus emociones y sentimientos ya que esto favorece el surgimiento de un pensamiento más reflexivo (Sassoon y Micha, 2009). Los programas de tratamiento del ASI están encauzados hacia su tratamiento, ayudando a la víctima a afrontar las vivencias estresantes, aliviar y afrontar los afectos, emociones y sentimientos negativos que tales vivencias desencadenaron (Sauan, 2009). Es necesario que el psicólogo se abstenga de actitudes morales, juicios condenatorios o actitudes compasivas que refuerzan la revictimización del abusado (Guañabens, 2009). Se debe acompañar una búsqueda para que quien consulta llegue a ser quien es, decidir desde su propia intimidad. Se intenta la

reeducación del sujeto en una atmosfera de comprensión y confianza en sí mismo para que pueda ir descubriendo los propios valores perdidos. El terapeuta intenta que surja en el paciente una nueva narrativa, una mejor expresión de los recursos con los que cuenta, intentando que pueda enfrentar la vida de manera más adecuada. Los relatos varían y van enriqueciéndose con nuevos datos poco a poco, este tipo de hechos vividos son muy pesados para cargarlos por si solos, por ello el paciente termina dejando que surja (Sauan, 2009).

Perrone y Nannini (2010) formularon un modelo sistémico para el tratamiento del ASI donde en la organización del proceso terapéutico se debe considerar la singularidad e historia personal del paciente sobre toda forma de protocolo, el trabajo debe adaptarse a la realidad de la víctima, su disponibilidad, madurez, necesidad de hablar, medios de expresión y a su capacidad de asimilar la experiencia de la terapia. Esta apunta a restaurar el espacio personal, la colaboración de la familia es un elemento significativo y reestructurante. Primera parte del tratamiento: Se realiza con la victima sola, quien recupera el sentimiento de igualdad gracias a que no está presente el abusador y se prepara a confrontarse con él. Esta etapa apunta a restablecer la frontera personal y marcar la intimidad y la pertenencia al grupo de pares. Se intenta que la victima encuentre nuevamente la voluntad de protegerse de las intrusiones y salir de la confusión y la indiscriminación, diferenciando lo que es personal de lo que no lo es, se reflexiona acerca de las responsabilidades de la víctima y del abusador en la situación abusiva. Segunda parte: Se apunta a que el paciente pueda reconocer las técnicas utilizadas por el abusador y de esta manera poner de manifiesto las artimañas de las cuales se valió para volver sumisa a su víctima. Los relatos son dolorosos, pero con el respaldo del terapeuta la victima descubre los gestos, las miradas y los comportamientos que emplea el

abusador, de esta manera se libera de la trampa en la que había quedado atrapada. El terapeuta intenta además, borrar los sentimientos de culpa y vergüenza que presenta el paciente, asimismo le explica cómo fueron transferidos del abusador a la víctima. La clave de la intervención radica en hacer que la víctima consiga reconocer la naturaleza extraña de ciertas vivencias que hasta entonces tomaba como normales. En el tratamiento del abuso sexual infantil se trabaja en contra de las normas éticas de la terapia, esto implica que se definen los comportamientos del victimario como intencionales y se lo responsabiliza completamente de sus actos abusivos. Tercera parte: Los relatos generalmente constituyen un obstáculo al trabajo terapéutico debido a que en la mayoría de los casos aparecen acompañados por un estado mental más cercano al trance que a la reflexión. El paciente se encierra en su relato, solo comparte una trama anecdótica, las víctimas suelen contar de manera espontánea lo que les ocurrió creyendo que contar hace bien, sin embargo muchas veces sucede lo contrario ya que el estado de trance así creado favorece la reactivación de las emociones y los sentimientos vividos por la víctima en el momento de los traumatismos. Esta compulsión a contar puede llevar a la víctima a sentirse sucia, confusa y angustiada, una víctima que revive las escenas de violación y de abuso sexual sin protegerse, tendrá grandes probabilidades de volver a traumatizarse. Las emociones asociadas a los traumas están fuera de tiempo, pues sus recuerdos no fueron integrados, redefinidos como pertenecientes al pasado, las emociones permanecen activas y la víctima está expuesta a revivirlas sin poder protegerse si no está en condiciones de utilizar sus propios recursos o si no los ha desarrollado, es importante por lo tanto frenar los relatos detallados, reflexionar sobre ellos y controlarlos, pues de lo contrario se corre el riesgo de reactivar los traumas. Cuarta parte: Las víctimas de abusos sexuales habitualmente se ven perturbadas por experiencias como el desfase entre las

emociones y el relato, no integración de las experiencias, bloqueo del pensamiento, flash back, pesadillas. Estos son tropiezos dentro de un trabajo de desensibilización que ha programado el inconsciente con objeto de proteger el espíritu de conservar su integridad. Al nombrar y definir estas disociaciones, el paciente puede desdramatizarlas en su aspecto emocional y evaluará su disipación como un índice trascendental de cambio. En este tipo de trabajo el objetivo es poner de relieve los recursos existentes, para ello es necesario desalojar las creencias que le hicieron tener a través de los mensajes repetidos y enviados que bloquean a la víctima. Cuando este edificio de creencias comienza a presentar fisuras, nace la esperanza de que las cosas puedan cambiar y llega el momento de hacer un inventario de recursos. Una vez que las víctimas están bien sostenidas, pudieron hacer uso de sus recursos y han comprendido suficientemente lo que les sucedió, el tratamiento se acelera perceptiblemente. Quinta parte: Es importante que la víctima sepa que hubo personas que recorrieron el mismo camino y pudieron salir, la palabra organiza y explica un conjunto caótico de síntomas, esto es un alivio ya que la víctima advierte que era imposible decir no a estos abusos. Se puede entonces definir de modo preciso el comienzo de la situación, hallar los primeros comportamientos desviados del abusador, como gestos y argumentos que han provocado incertidumbre y perplejidad en el niño y lo han inducido a quedar paralizado y encerrarse en el secreto, así como los comportamientos inadecuados para protegerlo por parte de los otros miembros de la familia. Se procura evocar el momento en el que la relación cambió convirtiéndose en una relación abusiva. Sexta y última parte: Una vez atravesados los pasos anteriores el paciente se encuentra preparado para vivir las últimas experiencias destinadas a salir del trance y recuperar su capacidad crítica, esto se da sobre todo cuando la víctima se da cuenta de que puede retirar el poder concedido al abusador y se sitúa en la posición de

observador, así abandona paulatinamente su lugar de objeto y de víctima. Sin embargo, le falta aun obtener el reconocimiento familiar y social por los daños que ha sufrido, y lo que es más importante, la reparación de parte de todos los que hirieron su integridad. Muchos abusadores nunca reconocen su crimen, pero las víctimas deben estar preparadas para enfrentarse con ellos y hacerles saber que por culpa de ellos perdieron su infancia, la confianza en los adultos, su autoestima y la libertad, se deben quitar de encima cuanto habían asumido equivocadamente, la vergüenza, la culpa, etc. La víctima precisa firmemente exigir una reparación, ya que recupera su dignidad cuando puede mirar de frente al abusador y exigirle reparación, de esta manera, lo más importante es el cambio que se ha dado en la persona que se encontraba en posición de víctima. El objetivo principal del tratamiento no es obtener la reparación, sino que esta sea exigida independientemente de lo que ocurra después, en el caso de que el abusador rechace el pedido de la víctima, esta puede comunicarle su frustración, su decepción y su enojo y de esta manera cambian los papeles y se restablece la igualdad. El perdón debe ser merecido y nunca se lo ha de acordar antes de que haya sido pedido y ganado, ya que si la víctima perdona gratuitamente antes de la demanda, conserva su sentimiento de indignidad y su depresión. El pedido de perdón constituye la única vía posible para la reparación y la restauración del vínculo, pero la víctima no tiene obligación de acordarlo si es que no lo desea. En este modelo la terapia se organiza en torno a que el abusador debe pedirle perdón a la víctima y que esta debe permitirse exigir una reparación, este proceso se utiliza también con los miembros de la familia que estaban al tanto de la situación abusiva, para señalarles que no supieron o no quisieron proteger a la víctima. El trabajo individual con la víctima no sustituye el trabajo con la familia, ya que no le corresponde al terapeuta sino a esta liberar a la víctima del estado de trance en el cual se

encuentra y confirmar que la víctima es víctima y que el abusador es el único responsable. Lo esencial sería que el abusador libere a la víctima del estado de trance, reconociendo que él es el único responsable del crimen, y reconociendo el dolor que ha provocado.

Tratamiento para el Abuso Sexual Infantil y Patologías de la Alimentación

Primera etapa del tratamiento: Ante un paciente que se presente con un trastorno de la conducta alimentaria y haya sufrido abuso sexual durante su infancia, el tratamiento que se requiere es interdisciplinario, de esta manera se lograra que el cuerpo deje de ser portavoz de sus padecimientos. En el caso de que el sujeto necesite una internación, sea por desnutrición en el caso de la anorexia, o por descompensación producida por una disminución importante del sodio y el potasio, originada por las purgas autoinducidas en la bulimia (Mateos Parra y Solano Pinto, 1997), el paciente presenta como urgente una necesidad de internación y una realización de tratamiento médico, ya que lo principal es que no corra riesgo su vida. Es imprescindible que la familia pesquise la enfermedad y no permita que el paciente con bulimia o anorexia tenga una descompensación. Segunda etapa: Una vez que el paciente fue compensado en las áreas médicas clínicas, pasa a ser fundamental el rol del psicólogo, es importante lograr que el paciente sienta confianza y este motivado para realizar el tratamiento, el psicólogo debe hacer psicoeducación ya que de este modo va a lograr que entienda mejor que le pasa y conozca las consecuencias a las que se expone en caso de no querer mejorar, punto importante para lograr que aumente su conciencia de enfermedad. Es primordial negociar objetivos con el paciente y hacerle saber que para curarse, es necesario que se produzca una liberación de los sentimientos que oprimen el cuerpo ya que los trastornos alimentarios pasan a ser el

ejército de protección de un mundo desordenado e inseguro (Mambrú Tavarez, 2009). Es fundamental asimismo, la psicoeducación dirigida a la familia, de esta forma se pretende lograr que ellos también se den cuenta de la enfermedad de su hijo. Tercera etapa: Es un objetivo a alcanzar que el paciente pueda hablar de lo que le preocupa, lo que siente y piensa, y que pueda lograr un pensamiento reflexivo sobre estas cuestiones. Este es un momento central del tratamiento, ya que el terapeuta que sospecha una situación de abuso sexual infantil debe estar atento a pesquisarlo. Se debe preguntar directamente si ha sufrido una situación de ese tipo, ya que en el caso de obtener una respuesta negativa el paciente no va a traumatizarse porque se le haya preguntado, pero en cambio si la respuesta es positiva, una vez pesquisado el abuso, el paciente necesita sentirse en confianza para poder contarlo. El psicólogo debe ser empático, comprensivo y no juzgarlo ya que el relato de confesión es doloroso y necesita ser escuchado atentamente y lo que es más importante, creído. Una intervención importante es ayudarlo a comprender que en los casos de abuso sexual, los trastornos de la alimentación resuelven la desesperación interna de haber sido manoseado y el vomitar o el comer les permite aflorar silenciosamente sus emociones, su lucha por controlar la comida es solo una excusa para ignorar los sentimientos dañados por una persona que solo buscaba su propio placer (Mambrú Tavarez, 2009). Cuarta etapa: Cuando el paciente puede comenzar a hablar sobre los hechos estresantes vividos, comienza poco a poco a mejorar ya que contar el hecho abusivo alivia el malestar y calma la ansiedad (D'amato Miranda, 2009), el objetivo principal en esta fase será poder dialogar sobre las vivencias estresantes (Birencwajg, 2009). La labor del terapeuta es escucharlo y creerle pero a pesar del efecto aliviador de contar lo ocurrido, el terapeuta no debe permitir relatos muy detallados sobre el abuso. Es importante que puedan expresar lo que sienten y reflexionen sobre ello, pero si se permite

esta modalidad impulsiva de contar lo sucedido detalladamente, se encuentra el riesgo de que se reactiven los traumas (Perrone y Nannini, 2010). Cuando la persona adquiere la fuerza y confianza necesaria para contar lo ocurrido se anima a explorar su pasado y cuenta la situación de abuso sexual, por esta razón la terapia debe ser individual, para en un segundo momento incluir a la familia. Quinta etapa: Luego de haber relatado el abuso, se logran llenar lagunas mnémicas y se torna imprescindible contarle a la familia, se trabajara en terapia para que el paciente logre relatar los hechos abusivos tolerados. Esto se torna primordial para que la familia proteja a la víctima y para que esta a su vez, exija aceptación, creencia y que se tome partido por ella. Pereda Beltrán (2010) promovió la puesta en práctica de tratamientos que aspiren a activar los factores de protección de las personas, por la importancia comprobada que tienen en la mejoría de las víctimas de abuso sexual infantil. Indicó que es fundamental que se obtenga 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 estipulado, sin extender su influencia al resto de la vida del sujeto. Es habitual que en este momento surjan en el paciente sentimientos negativos, es importante poder hablarlos y afrontarlos, contar este tipo de situaciones abusivas provoca ansiedad, malestar, debido a que se reactivan recuerdos dolorosos, este malestar y ansiedad puede ser origen muchas veces de atracones, con su consecuente culpa y conductas compensatorias inadecuadas. En estos momentos, el terapeuta puede realizar intervenciones del tipo cognitivo-conductual (Saldaña, Tomas y Bach-Juncadella, 1997). Una de las técnicas a utilizar que puede resultar de gran utilidad es el entrenamiento en relajación, en esta se le enseña al paciente que cuando siente malestar, puede probar haciendo relajación o yoga para intentar controlar su ansiedad. A medida que progresa el tratamiento del abuso sexual, van surgiendo sentimientos y

estados de malestar, angustia y ansiedad, es fundamental enseñar al paciente en estos casos a buscar diversas alternativas de respuesta para prevenir los episodios de atracón y consecuentes conductas compensatorias inadecuadas. Sexta etapa: Obtenido lo descrito hasta el momento, el paciente entra en un periodo de mayor estabilidad en el que se puede intervenir más profundamente a través de técnicas que permitan la resolución de los conflictos subyacentes a la alteración de la conducta alimentaria, como puede ser el abuso sexual infantil. Se va retirando el foco de la cuestión del peso y de la vinculación con la comida, para centrarse en las situaciones, emociones y aspectos afectivos que originaron el trastorno (Quinn, 2009). Otra de las técnicas de gran valor que se puede aplicar en este momento es la distracción conductual, en esta se explica al paciente que cuando siente ansiedad o malestar y piensa en darse un atracón, busque una conducta distinta, como por ejemplo salir a caminar. La tarea del terapeuta en estos casos se torna imprescindible, ya que el paciente necesita que se lo acompañe en sus estados emocionales y displacenteros de forma comprensiva y empática. Uno de los objetivos del tratamiento es la autorregulación y no los cumplimientos de pautas externas, el paciente deberá aprender a decodificar, elegir y seleccionar lo más deseado y necesitado en cada momento, cuando el paciente logra hacer conscientes sus emociones y sentimientos, logra un registro sensorial y descubre los significados que le otorga a la comida. Es necesario que diferencie una materialidad del alimento que ofrece placer y una búsqueda inconsciente errónea que consiste en atribuirle a la comida efectos que no podrá darle, es importante que se discrimine que tiene este sabor en su boca, pero que su vacío, dolor y sufrimiento nada tienen que ver con esto, ya que solo le produce una calma momentánea (Panzitta, 2009). Séptima y última etapa: Terapeuta y paciente trabajan en conjunto para lograr que el sujeto logre decidir sobre su propia intimidad, necesita

apropiarse de su cuerpo, empoderamiento que nunca debió perderse, es un cuerpo del que fue desapropiado por culpa del abusador, esto se logra en parte impidiendo el silenciamiento del abuso sexual infantil y su descalificación al no ser creídos (Perrone y Nannini, 2010), es una búsqueda de adueñarse de su propia vida (Losada, 2011). En la anorexia originada por un hecho traumático como lo es el abuso sexual infantil, los pacientes hacen un intento por desaparecer, esto implica ser invisibles a los ojos de sus abusadores, de esta manera parecieran creer que no van a volver a ocupar el papel de víctimas. Una de las intervenciones posibles de realizar en este momento del tratamiento es decirle al paciente que hay muchas personas que pasaron lo mismo por lo que pasó él y pudieron salir. Las patologías alimentarias traen dentro un síndrome de acomodación al abuso sexual y una enorme sensación de vacío existencial y falta de sentido de la vida (Losada, 2011). La recuperación del peso y la disminución de los atracones y conductas compensatorias inadecuadas conducen a la mejoría física y emocional del paciente, esta es una de las razones por las cuales es imprescindible que se trate el abuso sexual infantil y las patologías de la alimentación paralelamente. El objetivo fundamental de este plan de tratamiento es, además de tratar la problemática que se manifiesta a través de lo corporal, como lo es el trastorno de la alimentación, centrarse fundamentalmente en los hechos estresantes vividos y en los efectos traumáticos y dolorosos provocados. Es esencial que paciente y terapeuta trabajen en conjunto para lograr que el primero recupere su dignidad, esto se logra a partir del momento en el que la víctima de abuso sexual está segura de sí misma y convencida de afrontar a su abusador. Lo central parece ser la necesidad de una reparación, no importa cuál sea la respuesta del victimario, lo que se busca es que el sujeto abandone el lugar de víctima del cual estuvo

preso todo este tiempo y puedan cambiar los papeles (Perrone y Nannini, 2010), esta es la forma en la que el tratamiento progresa notoriamente.

Discusión

Si bien el tratamiento de Perrone y Nannini (2010) demuestra una alta eficacia en la mejora del paciente que ha sido víctima de abuso sexual infantil, se considera imprescindible el desarrollo de un programa de tratamiento para la comorbilidad entre el abuso sexual infantil y los trastornos de la alimentación, siguiendo el concepto de eclecticismo técnico, inspirado en Lazarus (1992). Tal eclecticismo se basa en el intento por reunir el conocimiento de varias ciencias y/o técnicas de diferentes campos para abordar mejor un determinado asunto (Tobón y Núñez, 2005). Se considera relevante que el profesional este abierto a la posibilidad de emplear lo mejor de cada enfoque y escuela para así atender mejor a las diversas necesidades de los pacientes.

La búsqueda de alternativas de tratamiento debe incluir un abordaje interdisciplinario de la patología alimentaria y brindar el espacio adecuado para escuchar el ASI. Se busca que las palabras vuelvan a tener sentido y el cuerpo pueda dejar de ser portavoz de sus padecimientos, los profesionales deben conocer el SAASI y trabajar anulando los sentimientos de culpa y vergüenza que la víctima pueda desarrollar a partir del ASI, se buscan además los recursos del sujeto, su empoderamiento y resiliencia. El modo en que la familia, la escuela, los vecinos, el juzgado, la comunidad y el equipo de profesionales tratante opere, va a dar cuenta del pronóstico. Si hubo patología alimentaria es porque no fue escuchado sobre el ASI, dando lugar al SAASI, o no se hizo nada, o se hizo poco. Ahora vuelve a pedir ayuda pero con su cuerpo portando una patología alimentaria (Losada, 2009). La asistencia no deberá centrarse solamente en la conducta alimentaria

ya que a ello se avocaran idóneamente los otros especialistas, la clínica estará focalizada en la escucha para posibilitar el pasaje de la impulsividad que ocurre en cada atracón, al develamiento en palabras del sufrimiento vivido. El sujeto se ha vuelto esclavo de su no decir, de la pura mudez, donde el pensamiento se ha sustituido por el hacer impulsivo y compulsivo. Se pone en evidencia lo que no se habla, lo que no se cuenta, en la negativa a alimentarse se rechaza el pensamiento, la palabra, prevalece el puro acto. El paciente puede no saber nada de sí, se ha conseguido con ello un determinado equilibrio, que aunque patológico, equilibrio al fin. El cuerpo es el lugar privilegiado para la expresión de los conflictos (Sassoon y Micha, 2009). Se propone evolucionar del hacer impulsivo y compulsivo con el que llegan estos pacientes a la posibilidad de hablar sobre sus conflictos y lograr un pensamiento más reflexivo. Es relevante la detección del problema y la intervención adecuada y eficaz por parte de los profesionales (Pereda Beltrán, 2010). Concluyendo es necesaria la implementación de un programa de tratamiento para la comorbilidad entre tales patologías y la complejidad que presentan ambas. El intento por reunir el conocimiento de varias técnicas para abordar mejor un problema es lo que se debe buscar a la hora de tratar al paciente, estar abierto a la posibilidad de emplear lo mejor de cada enfoque es de vital importancia para la eficacia del proceso terapéutico.

Referencias

- Allegue, E. O. (2009). Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Crisis, Urgencias y Emergencias. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Birencwajg, G. (2009). Trastornos de la alimentación. Reflexiones teórico-clínicas. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- 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.
- D'Amato Miranda, A. M. (2009). "En boca cerrada...". En *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Ferrante, C. S. (2009). Abuso Sexual Infantil. Un informativo para la Prevención Primaria. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Gómez Dupertuis, D., Gabrielli, A., Piccoli, J., Eberle, L. y Romero, L. (2009). Ortorexia ¿Un desorden o una forma de adaptación? En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.

- Guañabens, P. S. (2009). "Me tocó el hombre que me tenía que tocar". Neutralidad y abstinencia en la clínica y las intervenciones dentro del análisis de una paciente adulta abusada en la infancia. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1).
- Lazarus, A. A. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de psicoterapia*, 3(10), 129-144.
- León, I. y Montero, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- López Alonso, A. O., Kerman, B. y Pavía, J. P. (2009). *Un estudio panorámico sobre el riesgo y la prevención del abuso sexual infantil*. Recuperado de <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1022>
- Losada, A. V. (2009). De la lectura de los diarios o como pensar el abuso sexual infantil. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. (Tesis de Doctorado). Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina.
- Mambrú Tavarez, V. (2009). El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.

- Mateos-Parra, A. y Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Psicología* 1(1). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/608/>
- Montilla Bravo, D. (2009). Una perspectiva psicoanalítica de los trastornos alimentarios a la luz de la cultura y el género. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *ICD-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Osorio Hernández, J. E. (2009). Trastornos de alimentación desde el punto de vista nutricional: experiencia con adolescentes de escuelas públicas, privadas y consultorio. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Panzitta, M. T. (2009). Experiencia alimentaria y abordaje terapéutico. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Peciulewicz, S. y Albornoz, H. R. (2009). ASI Prevenimos. Abuso Sexual Infantil. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Pereda Beltran, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pérez, R. C. (2009). La relación abusiva, eje de una problemática y de una polémica. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.

- Perrone, R. y Nannini, M. (2010). *Violencia y abusos sexuales en la familia: una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Quinn, M. (2009). Cuando comer es una obsesión: diagnóstico y tratamiento del BED (Binge Eating Disorder) o trastorno por atracón. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Raygoza Díaz, S. J. (2009). *Características del infante que lo predispone a ser víctima de abuso sexual desde la perspectiva del abusador*. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Romero, M. B. (2009). Abuso Sexual Intrafamiliar. Una mirada más abarcativa. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Saldaña, C., Tomas, I. y Bach-Juncadella, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés* 2(3), 319-337.
- Santellán, M. L. (2009). Adolescencia femenina, y prevención primaria de los trastornos de la alimentación. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Sassoon, P. y Micha, K. (2009). Des-haciendo nudos. Un abordaje individual y vincular de una paciente con anorexia sintomática. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Sauan, D. (2009). El abuso sexual desde la Psicoterapia Breve. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.

Summit, R. C. (1983). Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-193.

Testa, S. (2009). Abuso Sexual Infantil. Una mirada desde el Derecho. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.

Tobón, S. y Núñez, A. (2005, Febrero). *Terapia multimodal de A. Lazarus: un análisis crítico*. Comunicación presentada en 6º Congreso Virtual de Psiquiatría "Interpsiquis 2005". Recuperado de

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3434/1/interpsiquis_2005_20552.pdf

Valiente, E. (2009). La cultura de la delgadez: cuerpos para el consumo y cuerpos consumidos. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.

Formato de citación

Losada, A., Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102-134 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
