



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Abuso sexual en la infancia y desarrollo de un trastorno alimentario

Autor/a: Cristina Galdón Mayoral

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid

2023/24

Abuso sexual en la infancia y el posterior desarrollo de un trastorno alimentario

Introducción	3
Marco Teórico	5
<i>El abuso sexual en la infancia</i>	5
<i>Los trastornos alimentarios</i>	11
Resultados de la revisión bibliográfica ASI y TCA	16
<i>Estudios que relacionan ambas variables</i>	16
<i>Afectación en el desarrollo</i>	17
<i>Qué dice el cuerpo</i>	18
<i>Síntomas comunes</i>	19
<i>Perspectiva terapéutica</i>	20
Discusión	24
Anexos	26
Bibliografía	31

Introducción

Para sanar el trauma, debemos aprender a escuchar los mensajes que el cuerpo nos envía.

Van der Kolk (2014)

La infancia, un periodo en el que todo niño debería disponer de un espacio para desarrollarse como persona en un entorno de amor y comprensión, puede de repente convertirse en una etapa sombría, de la que muchos preferirían no acordarse. Siendo esto así, merece especial atención como profesionales de la Psicología dedicar tiempo y esfuerzo a profundizar en ciertos sucesos que pueden tristemente ocurrir y dejar una cicatriz durante toda la vida de la persona.

El presente trabajo busca analizar la perspectiva de la persona que ha sufrido abusos sexuales durante la infancia, y de qué manera esto puede haber influido o verse relacionado con el desarrollo de un trastorno alimentario. Resulta fundamental al investigar el tema comprender la complejidad de la que se conforman ambos sucesos en sí mismos, existiendo una amplia literatura al respecto que facilita la búsqueda, pero complejiza la asociación de ambos sucesos en la teoría científica.

Es preciso empezar hablando de cifras, siempre con la conciencia de que los números representan personas, y es imprescindible no perder el factor humano en temas tan delicados como los que aquí se tratan. En su último estudio en 2021, *Save the Children* estima que, a nivel de población española, la cifra de personas que podrían haber sufrido abusos sexuales en su infancia llega a 1,6 millones. Teniendo en cuenta que muchos de ellos no tuvieron la oportunidad de denunciar o apoyarse en sus familiares, hablamos de entre un 10-20% de menores españoles que habrían sufrido abuso sexual en su infancia. De aquí deriva el motivo e importancia de este estudio. *Save the Children* continúa aclarando datos, la gran mayoría de víctimas son niñas, casi un 79%, y los abusos más habituales se dan entre los 13 y 16 años, existiendo aun así casos de comienzo de los abusos mucho más precoces (2021). Se encuentra el abrumador dato de que el 80% de los abusos se producen por conocidos de estos menores, casi la mitad familiares (Arija-Val, et al., 2022). Es necesario desmontar la creencia de que estos abusos se dan en familias con determinados perfiles ya que, al

contrario de la idea popular, los abusos pueden ocurrir en cualquier tipo de sistema familiar (Save The Children, 2021).

Ante esta problemática tan inquietante se hace necesaria la pregunta: ¿qué se está haciendo como sociedad ante esta realidad? Las víctimas menores no sólo se ven perjudicadas durante el abuso, sino que pueden acarrear una multitud de problemáticas relacionales, psicológicas y físicas, lo que les dificultará encontrar un lugar en el mundo, en el conjunto de los seres humanos (Flores et al., 2018; Van der Kolk, p. 114). Entre estas problemáticas se encuentran los trastornos alimentarios.

En la actualidad, los trastornos alimentarios se han expandido a toda cultura y sociedad, no obstante en Europa la prevalencia es mayor, siendo entre el 1 y el 4% los casos de anorexia nerviosa y también de trastorno por atracón, y del 1 al 2% de bulimia nerviosa (Arija-Val et al., 2022). Específicamente en España en 2021, se encontraba que la población coincidía con Europa en los porcentajes de anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa subía hasta casi el 3% y los trastornos de la conducta no especificados oscilaban entre aproximadamente el 3% y el 5% (Pérez Martín et al., 2021).

No se trata sólo de ver cómo se desarrollan una serie de conductas disfuncionales a la hora de alimentarse, sino de entender cómo ha influido en una persona vulnerable el encontrarse ante una situación que posiblemente ha puesto en riesgo su vida. Asimismo, entender la importancia que sostiene la familia del menor, pues la reacción de este entorno determinará en qué medida el niño/a puede acoger el trauma junto a ellos y permita elaborar esa experiencia traumática sin secuelas tan dañinas como de las que se hablan (Summit, 1983).

El objetivo de este estudio es relacionar estos sucesos y el desarrollo de un trastorno alimentario. Sucesos que generan en el individuo una manera problemática de verse a sí mismo, a los otros y al mundo (Hernáiz, 2018). Por ello, se hablará de cómo una experiencia puede convertirse en traumática y cómo esto puede influir en la ruptura de la corporalidad, coincidiendo con lo que se vive en un trastorno alimentario, de ahora en adelante denominado con las siglas TA; no confundir con Trastorno por Atracón, también denominado con las mismas siglas.

De tal manera, una vez descrito el cómo se llega a esta situación, sabiendo que el TA está instaurado en la manera de funcionar de la persona, se tratará de proponer maneras de acercarse terapéuticamente. Finalmente, trataremos de contestar a una pregunta importante: ¿se podría haber evitado el desarrollo de un trastorno psicológico si el entorno hubiera reaccionado de manera diferente?

Marco Teórico

El abuso sexual en la infancia

El ASI o abuso sexual en la infancia, se define como la acción sexual de cualquier tipo, ejercida desde la autoridad y coerción de un adulto sobre un menor, víctima de sus actos, dirigidos a la satisfacción sexual del mayor (Losada y Saboya, 2013). Los estudios actuales, que analizan el impacto de un abuso sexual infantil concluyen que la situación que vive un niño ante un adulto que ejerce su autoridad con un fin sexual es estremecedora.

Ban dar Kolk (p. 86, 2014) en su libro, *El cuerpo lleva la cuenta*, explica cómo normalmente se activan tres formas de reaccionar ante un ataque. Explica que lo natural es reaccionar en busca de ayuda y apoyo en otros. El ser humano es un ser relacional que necesita del otro, lo que hace comprensible que el primer instinto del menor sea recurrir a su alrededor. Sin embargo, si no hay forma de pedir esta ayuda, el cerebro recurre a un sistema más primitivo, el límbico, buscando bien enfrentarse al peligro, o bien huir de él. De nuevo, si esto no es posible, como sucede durante un abuso sexual donde, aparte de que el adulto tenga mucho más poder físico, el niño puede no estar comprendiendo lo que sucede; Entonces se recurre a la parálisis y el cuerpo se bloquea con la intención de consumir el mínimo de energía. Es más, en el cerebro de un niño hay ciertas estructuras cerebrales que aún no están del todo desarrolladas, necesitan años para madurar, como es el hipocampo, unidad de procesamiento emocional, entre otras muchas funciones. Éste se relaciona con la amígdala, que ante esta situación propicia la respuesta de parálisis. En los casos de temprana edad (en edades inferiores a los 5 años) se encuentra que “los niños pequeños carecen prácticamente de mecanismos de superación para tramitar las experiencias traumáticas avasalladoras, más allá de la

reacción de congelamiento y/ de los cambios en las pautas alimentarias” (Vanderlinden & Vandereyken, 2000). Estos mismos autores proponen que con edades más avanzadas pueden enfrentarse al trauma con otra “orientación cognitiva” para poder recurrir a otro tipo de defensas.

Por consiguiente, el menor puede aprender que la única forma de sobrevivir a las amenazas del atacante es no hacer nada, es decir, defenderse de manera pasiva, evitando un riesgo aún mayor (Salvador, 2008). Lo problemático de todo esto no sólo es que aprenden que esta es la manera de evitar ese riesgo durante el propio abuso, sino que puede que esta situación sea mantenida en el tiempo, y la “invisibilidad” sea la forma de continuar viviendo. Las amenazas constantes del adulto hacen que vea que no hay nada que pueda hacer para escapar de la situación, generando así lo que se llama indefensión aprendida (Losada y Saboya, 2013).

Si se entiende que esa situación se vive de manera traumática, es preciso definir qué es un trauma. Pierre Janet (1919) lo definió hace más de cien años, entendiendo que se da cuando el propio organismo se encuentra ante un estresor “inevitable” sin tener los recursos suficientes como para manejar tal situación al sobrepasar los límites de la persona. En sus propias palabras *“cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras”* (Pierre Janet, 1919 en Salas, 2017). Distintos autores más contemporáneos usan la misma definición para hablar del trauma, ya que, pese a ser una referencia antigua, contiene los aspectos esenciales a mencionar (Salvador, 2009). El psiquiatra Pérez Sales (2004) también habla de que la literatura en común explica el trauma como una situación vivida que pone en riesgo la integridad de la persona.

En base a estos conocimientos se puede relacionar esta situación con lo que sucede en la mente de una persona que está en pleno desarrollo. Cuando ninguna figura relevante del niño es consciente de lo que está sucediendo en la vida de éste, o incluso conocen la situación, pero la niegan o parecen tener una ceguera parcial; Esto afectará al menor de diversas formas (Mosquera, 2018). El niño seguramente no podrá aprender mecanismos de autorregulación; los cuidadores del niño son los encargados de regular

externamente las emociones del menor para que así el pequeño pueda introyectarlas y poder adquirir esa capacidad de autorregulación. Es decir, lo natural es buscar el sosiego en otros, pero en las palabras de van der Kolk “se enfrentan a un dilema, anhelan desesperadamente el contacto, pero al mismo tiempo, el contacto físico les aterra” (p. 106, 2014). Si las figuras de cuidado no conocen las emociones tan intensas que está viviendo el menor o se ocultan, no se dará esta regulación emocional necesaria. Asimismo, el niño desactivará una serie de respuestas básicas relacionadas con el apego que le lleven a buscar protección, lo que afectará en la capacidad de regular sus propias emociones también cuando crezca (Mosquera, 2018).

La persona acabará aprendiendo que ser invisible es la mejor manera de sobrevivir. Cuanto menos sea visto en un entorno hostil, más probabilidad tendrá de sobrevivir, por lo tanto, pedir ayuda y ser visto podría ser una gran amenaza (Mosquera, 2018). Pero a largo plazo lo que genera en la persona es una sensación de aislamiento profundo, incluso de sentirse no relevante ante los demás, por eso buscará cualquier forma de vincularse, probablemente de manera conflictiva, incluso a través del desarrollo de enfermedades (Van der Kolk, p.118, 2014).

Es especialmente relevante atender a la reacción del entorno del niño/a o adolescente ante la revelación de estas agresiones. Summit, en 1983, explicó un modelo que refleja lo que sucede cuando la familia u otras instituciones implicadas (colegio o instituciones judiciales) no creen o no reaccionan de la manera apropiada ante las revelaciones del menor. Se trata del SAASI, Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Summit escribe esto en un tiempo donde se empiezan a desvelar cada vez más abusos sexuales hacia menores, donde muchos salen aún más perjudicados por no poseer la credibilidad suficiente; él plantea este modelo buscando una mirada más empática y efectiva para legitimar a esas víctimas que no tienen porque sufrir aún más por parte de familiares, clínicos o procesos judiciales. Se compone de cinco etapas, que acaban consiguiendo que el niño se retracte y no pueda asimilar de una manera regulada e integrada todo lo que ha sufrido (Summit, 1983).

1. **El secreto** ⇒ Normalmente el agresor suele amenazar al menor si cuenta lo que está pasando, entremezclando mensajes de recompensa si efectivamente no lo cuenta. Las amenazas se basan en perjuicios físicos y mensajes desoladores

sobre que nadie le creerá. Ningún niño está preparado para vivir esta realidad, por tanto no conoce nada acerca de ella, será el agresor el que le inculca sobre la “realidad” de la situación, es decir, que debe mantener el secreto. El mensaje que recibe el niño es “este es nuestro secreto, nadie te creerá” o “habrá consecuencias muy malas si lo cuentas”. El niño entiende que la revelación es algo que hay que evitar y es muy negativo, ya sean las amenazas más sutiles o agresivas, el mensaje queda claro.

Este secreto es al mismo tiempo un lugar seguro, ya que el niño evita las consecuencias más negativas, y un lugar aterrador, donde se está dando el peligro. Lo común sería pensar que la mayoría de víctimas buscarían ayuda, pero ese no es el caso, el miedo es mucho mayor. Además, una vez pase el tiempo se puede sentir que ha perdido la oportunidad, se enfrentará a mensajes como “¿por qué no lo has contado antes?”. A no ser que encuentre una ventana de confianza para contarlo y vincularse con otro adulto que no le castigue por lo sucedido, es muy poco probable que el niño pueda contarlo. De nuevo se refiere al aislamiento e incompreensión interior que le deja tremendamente sólo ante un mundo que continúa moviéndose a una velocidad abrumadora.

2. **Desamparo/ Impotencia** ⇒ El niño se encuentra totalmente confundido, no entiende como la vida puede continuar como si nada hubiera pasado. Losada y Saboya (2013) escriben algo muy adecuado para este tema: “*se nos enseña a protegernos de desconocidos, pero no se nos enseña a protegernos de aquellos que se supone que nos quieren* “. El hecho de que el agresor, en bastantes casos, sea alguien de confianza para la familia, o de la propia familia, hace que el poder y autoridad de éste sean mucho más altos, dejando al niño con una sensación de impotencia aún mayor ante lo que está viviendo.

Existe un problema claro, que no sólo se da en casos de menores, y es que el prejuicio adulto de alguna forma entiende que si no se ha puesto resistencia severa o se ha gritado en busca de ayuda, el problema de la agresión es en parte de la víctima. Sin tener en cuenta que un niño/a ante estas condiciones, a parte de la indefensión aprendida mencionada antes, va a tener más miedo a perder el

amor de su familia más que el peligro a su integridad física. El menor acabará condenándose a sí mismo, promoviendo la poca autoaceptación o el cariño a uno mismo.

3. **Acomodación** \Rightarrow los abusos pueden continuar, parece que la única forma de sobrevivir es esperar (indefensión aprendida) o aceptar que se haya sufrido el abuso.

Para el menor será psicológicamente más tolerable que él/ella haya hecho algo mal y merezca castigo, antes que, la que debería ser una figura de protección, sea una persona mala que le hace daño porque sí. Solo así podrá continuar luchando por sobrevivir, y crear un espacio para conciliar lo sucedido. Se pueden dar diferentes conductas disruptivas que sólo buscan adaptarse a un mundo en el que ya no encaja, ya sea la disociación o momentos de histeria y rabia, incluso autolesiones.

4. **Revelación tardía o no conveniente** \Rightarrow el niño recibe mensajes contradictorios al desvelar los hechos, la familia se siente culpable, y su ira y frustración pueden proyectarla hacia el menor (recordemos que hablamos de este sistema cuando el entorno tiene una mala reacción). Lo devastador que puede suceder es que la familia, el colegio, las instituciones desconfíen de las palabras del niño. Es este momento de desconfianza hacia el niño lo que hace incluso más daño que el propio abuso, anticipándonos, ante esta respuesta se puede observar el desarrollo posterior de trastornos alimentarios (Losada, 2011; Osorio Hernández, 2009 y Allegue, 2009). El rechazo por parte de los supuestos adultos responsables no genera más que desesperanza y soledad en el niño.

Cuando entran en la adolescencia habiendo sido víctimas de incesto, es más probable que hable de lo ocurrido, ya que la separación de las figuras paternas aumenta con la autonomía característica de esta etapa. En una época, que por las consecuencias de los abusos, estos adolescentes serán más “conflictivos”, por tanto darán excusas perfectas para ser castigados muy severamente. Es entonces cuando al revelar el secreto a estas edades, puede que las autoridades piensen que se debe a una rabieta por los castigos; incluso otros familiares que se enteren

de lo sucedido puede que se identifiquen más con la figura de unos padres que tienen que lidiar con la adolescencia conflictiva de su hijo/a. Todo esto deja al menor desprotegido, como si todo se lo hubiera inventado, *por qué no lo dijo antes*, se preguntan. La persona no sólo se enfrenta al hecho de que no le crean, sino que puede ser castigado por lo que está incriminando, incluso humillado.

5. **Retractación** ⇒ La mayoría de adultos necesitarán de una ayuda externa, ya que no están preparados para creer al niño frente a un adulto que firmemente niega los hechos, sobre todo si se suponía que era alguien de confianza. Se crea una “crisis de lealtad” en las figuras relevantes por lo que el niño con su acusación genera reacciones defensivas e incómodas para un adulto que pensaba tener las cosas en orden .

Ante todo el caos que genera la acusación y la incredulidad ante esta, la persona se siente culpable, rechazada, mentirosa. La persona se ve de nuevo en la vicisitud de tener el poder de reunir (decir que se lo ha inventado) o romper a la familia (contar la verdad). A menos que alguien le apoye, el menor dirá que efectivamente se lo inventó, lo que les parece más creíble a la mayoría, que el hecho de que se hayan dado los abusos.

La validación de una figura protectora es esencial para el buen desarrollo psicológico del niño, en palabras literales “la supervivencia psicológica de la víctima” (Summit, 1983). La desconfianza de los adultos, la incredulidad a que esos hechos realmente puedan o estén pasando deja al niño en una profunda sensación de soledad e impotencia, culpándose a sí mismo de lo terrible de su situación (Van der Kolk, p. 134, 2014).

Este modelo no tiene por qué darse, estudios demuestran que aquellas personas, víctimas del abuso, que son capaces de integrar lo sucedido pueden continuar con un desarrollo adecuado y esta integración viene regulada por las figuras de referencia (Morelato, 2011; García y Domínguez, 2013). Se buscará responder a esta cuestión más adelante, cómo el desarrollo se ve afectado y cómo algunas personas acaban desarrollando una patología mientras otros no. Entre un 20 y un 40% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas, ya sean emocionales, relacionales, conductuales o de

interacción, entre las que se incluyen los trastornos alimentarios (Losada y Saboya, 2013).

Los trastornos alimentarios

A continuación, es imprescindible enfocar bien lo que implican los trastornos alimentarios. Se conocen como una psicopatología grave que afecta profundamente la vida de la persona, incluyendo derivaciones médicas y también diversos problemas cognitivos, emocionales y sociales (Gismero, 2020). Que puede sufrir toda persona a cualquier edad. Aunque siguen siendo las mujeres adolescentes y jóvenes las que tienen más riesgo de desarrollarlo, la edad más peligrosa se da entre los 15 y los 25 años. Desgraciadamente se habla de un trastorno crónico en un 33% de los casos, afectando gravemente a aspectos fundamentales de la vida de la persona, ya sea de la vida laboral, relacional o económica, entre otros (Arija-Val, et al., 2022).

Se habla de una patología donde los factores desencadenantes son multideterminados y donde confluyen un gran número de variables que pueden desencadenar el problema de alimentación (Arija-Val et al., 2022). Donde una persona con determinado marco contextual, genético y de personalidad pueden hacerla más o menos vulnerable al desarrollo de la patología (Gismero, 2020). Es por ello interesante conocer diferentes factores de riesgo que nos van a permitir una mejor comprensión del fenómeno y entre los que se encuentra el haber sufrido ASI, aspecto en el que se centrará posteriormente el trabajo. En síntesis, tener un tipo de afrontamiento evitativo/escapatorio y la sensación de no poder contar con el entorno (familia, amigos, instituciones), se mostraron como factores de riesgo para el TA (Ghaderi y Scott, 2001 en Gismero 2020). También el propio hecho de estar insatisfecho con el cuerpo, la presión social con el ideal de delgadez que se vive constantemente por la exposición a los medios de comunicación, someterse a dietas desde una edad precoz, tener características depresivas, y comportamientos desadaptativos de las figuras de cuidado (Gismero, 2020).

Los trastornos alimentarios se dan de diversas formas, siendo los tres más nombrados la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón; si bien no se debe olvidar que se pueden presentar de otras muchas maneras (Arija-Val et al., 2022). Con la idea de

dejar a un lado concepciones inflexibles de la enfermedad, las conductas alimentarias se extienden en un continuo entre los polos de salud y enfermedad, y en medio encontraríamos lo que Nylander (1971) denominaba *conductas alimentarias de riesgo*. Se puede hablar de un “espectro psicopatológico” que, con sus diferentes intensidades, va desde conductas disfuncionales, o insatisfacción corporal, hasta preocupaciones excesivas por la comida (Hernández-Guzmán et al., 2020). Todo ello se traduce en que no se hable sólo de conducta, es decir, no es “sólo” un trastorno de *conducta* alimentaria.

En esta línea, en el afán por clasificar, parece que existe una necesidad de hablar de unos criterios rígidos. No obstante, no se puede olvidar el hecho de que se tiene a una persona delante. Muchas veces un diagnóstico puede quedarse corto para entender al individuo en su totalidad, por mucho que facilite ciertos procesos. Tal y como describe Van der Kolk (p. 139, 2014), existe un “abismo” entre lo que es un diagnóstico con todos sus criterios y lo que es la persona real. Además, parece que la comorbilidad entre psicopatologías alimentarias es lo más normal, más que presentar un único diagnóstico, por ello se busca dar un paso más y hablar desde un enfoque transdiagnóstico (Sandín, et al., 2012).

Si se entiende cómo surgió el DSM, en una sociedad centrada en una normalidad occidental con condiciones exclusivas, esto ha derivado al entendimiento de los trastornos alimentarios como categorías rígidas que conllevan tratamientos específicos (Hernández-Guzmán et al., 2020). Dentro de los TA, como se comentaba, es habitual encontrar un diagnóstico que luego derive en otro, por ejemplo, estudios demuestran que no es raro encontrar un primer diagnóstico de anorexia nerviosa que luego evolucione a bulimia nerviosa, o el caso contrario (Stice et al., 2013). Estos criterios estrictos conllevan que personas, que realmente presentan un problema con la alimentación, pero no cumplen los criterios diagnósticos, no sean tratadas, cuando en muchos casos se podría incluso hacer un planteamiento preventivo. Es así como gran cantidad de menores no llegan a alcanzar estos criterios, por eso estadísticamente parece que el problema casi no se da a estas edades (Campbell y Peebles, 2014). Aún así habrá lectores que lo vean más claro con dichos criterios específicos, por eso se facilitan los Criterios Diagnósticos del DSM-5-TR en el *Anexo I*.

Por consiguiente, se continuará con un *enfoque transdiagnóstico* de los trastornos alimentarios (Fairburn y Cooper, 2011). Los autores plantearon la posibilidad de la presencia de un único problema que va derivando con los años, es decir, prevalece una “migración de los diagnósticos”. No unas etiquetas rígidas que impliquen, por ejemplo, presentar 2 trastornos diferentes. La migración entre trastornos, la parecida base cognitiva que presentan los pacientes y la coincidencia en los factores de riesgo ya mencionados, defienden el enfoque que se plantea (Gómez del Barrio, 2018). Fairburn y Cooper (2011) desarrollan una serie de dimensiones psicopatológicas, siendo las centrales, la excesiva preocupación por el propio cuerpo, por el peso de éste y por el acto de comer, que se pueden observar en cada diagnóstico concreto de TA. Las dimensiones estarían mantenidas por “1) un perfeccionismo severo, 2) baja autoestima 3) dificultades en el afrontamiento de emociones o intolerancia a los estados de ánimo” (afecto negativo y desregulación emocional), y “4) dificultades interpersonales, principalmente en la familia” (Fairburn et al., 2003 en Hernández-Guzmán et al., 2020). Sería la acumulación y la intersección de estos factores lo que degeneraría en una psicopatología. No obstante, este enfoque transdiagnóstico tan interesante se pone en duda por algunos estudios que muestran resultados confusos en cuanto a la relación que tienen las diferentes variables entre sí, es por eso que ahora se incorporan más variables al enfoque transdiagnóstico que las mencionadas (Dakanalis, et al., 2014.).

Ante esta visión de la persona, más allá de la patología, es conveniente explicar en qué consisten alguno de los fenómenos que puede experimentar una persona que sufre de un TA. Es preciso comenzar hablando de la **autoestima**, reconocida por Maslow como una de las necesidades esenciales del desarrollo del ser humano. Se considera la autoestima como la evaluación del valor que tiene uno mismo tanto sentimental como cognitivamente, que se reafirma a lo largo de las experiencias vitales (Panesso & Arango, 2017; Mejía et al., 2011). El proceso de construcción de la autoestima comienza desde la infancia, se suele hablar de una “autoestima idealizada” que se da hasta los 6 años, en relación con el pensamiento egocéntrico y el supuesto continuo refuerzo de los padres a la imagen del niño. En cambio, durante los dos años siguientes comienzan a fijarse en otros, se hacen comparaciones, donde se deja de idealizar a uno mismo. Más tarde lo esperable es que se consiga una autoestima

equilibrada, siendo uno mismo consciente de sus límites, pero también de sus capacidades (Fuertes et al., 2019). En relación al tema que nos atañe, es relevante destacar que ante un abuso sexual durante estas edades, la visión ante uno mismo y por ello la autoestima se ven altamente comprometidas.

En relación a lo explicado, entra en juego la **imagen corporal** que el individuo tiene de sí mismo. Gardner (1996) habla de la visualización de su apariencia, junto a los sentimientos que ésta despiertan (en Espina et al. 2001): “El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física”. Es la representación que se construye sobre el cuerpo. Los juicios valorativos negativos se evidencian en los TA (Seijo, 2016). Un estudio realizado por Espina et al. (2001) muestra cómo esta percepción negativa del cuerpo está altamente presente en estas patologías, si bien no encuentra diferencias entre grupos de personas con anorexia y grupos de personas con bulimia. La imagen corporal es el núcleo de los TA, en el sentido de que es donde se ha depositado lo mal regulado y no gestionado emocionalmente de manera sana (Seijo, 2016).

A su vez, el concepto de **perfeccionismo** toma especial importancia en la imagen corporal de una persona que sufre de un TA. El perfeccionismo busca la perfección no realista de una forma física y un atractivo, se asocia más que a un síntoma, a un rasgo de personalidad que acaba manteniendo el problema, también siendo un factor de riesgo previo (Scappatura et al., 2011). Al final es la comparación con su representación mental de su cuerpo y con el ideal corporal lo que provoca la gran insatisfacción y desasosiego (Seijo, 2016).

“[...] la imagen que cada persona tiene de sí misma no es innata, sino que depende de la propia experiencia y de la imagen proyectada que es percibida por los demás. Todo lo que nos han dicho que somos y cómo nos han dicho que somos se vincula a nuestra imagen”.

(Seijo, 2016)

Otros de los aspectos relevantes en el análisis es la **función reguladora que cumple la alimentación** en sí. Diferentes estudios parecen poner en común que los problemas de regulación emocional son una constante en pacientes con trastornos alimentarios (Calvo

et al., 2014). Se habla de una forma de reducir emociones incontrolables, que no se saben regular. Y lo hacen mediante el control, como sería el control de la alimentación, por ejemplo la restricción alimentaria en la anorexia. Es decir, la manera en la que se busca regular emociones negativas de cualquier tipo estaría asociado con la experiencia de realizar conductas patológicas en relación a la comida (Calvo, et al., 2014). La comida puede promover una sensación de control ante la torrente de emociones internas descontroladas; una forma de evitación, una especie de fórmula para no pensar; también una forma de experimentar placer que de alguna forma no se consigue de otra manera; o incluso una estrategia para castigar al cuerpo que se percibe como culpable (Gómez del Barrio, 2018). Desde que nacemos buscamos la alimentación como fuente de satisfacción de necesidades, si no tenemos otros recursos, que hayamos podido desarrollar o que deberían habernos suministrado, es posible que se sienta que la forma de conseguir una regulación emocional es la comida (Losada & Saboya, 2013).

En base a este modo de funcionamiento, donde se percibe el propio yo como rechazado (Seijo, 2016), se puede observar el uso de unos **mecanismos de defensa** comunes, es decir, unas estrategias psicológicas dirigidas a la reducción de la ansiedad que se puede estar experimentando (Hernangómez, 2018). Los mecanismos más observados se basan en la imagen distorsionada y ese rechazo a uno mismo, y de ellos se derivan los siguientes (Seijo, 2016; Gómez del Barrio, 2018):

- La **negación**, incluyendo la negación o rechazo del propio cuerpo.
- El **control excesivo**, pero al mismo tiempo con un **locus de control externo** (por ejemplo, pensando que el tratamiento está fuera de su control o esperando a que una persona les pueda salvar).
- El **miedo a vivir**, la **vergüenza**, ocultarse ante el mundo.
- La **preocupación excesiva**, “no volver a ser aquello que fue en el pasado”.
- El **pensamiento rígido**.

Con todo ello, se concluye en este apartado que al hablar de un TA nos encontramos ante una patología que se puede desarrollar por múltiples factores que habrá que tener

en cuenta, si bien a partir de ahora nos centraremos en la relación específica con haber sufrido un abuso sexual en la infancia.

Resultados de la revisión bibliográfica ASI y TCA

Es hora de dar un paso más, el principal objetivo de este trabajo es exponer la posible relación que existe entre haber sufrido un abuso sexual en la infancia y el sufrimiento de una patología alimentaria. Hay diferentes asuntos a mencionar al respecto.

Estudios que relacionan ambas variables

Como se ha comentado, entre el 20 y el 40% de personas tras un abuso en la infancia experimentan consecuencias psicológicas en la vida adulta, incluyendo padecer un TA (Sauan, 2009; Losada y Saboya, 2013). En base a un estudio se observó que mujeres que habían sufrido abusos dentro de la familia, no únicamente de índole sexual, tenían mayores probabilidades que el grupo control de padecer un trastorno de la conducta, y que éste fuera grave (Behar y de la Barra, 2021). Es más, Van der Kolk, en su amplia experiencia con personas que habían sufrido un trauma, encontró que un gran número de ellas presentaban obesidad mórbida (2014, p.145). Pese a que la obesidad no esté incluida dentro de los trastornos alimentarios como tal, es una enfermedad adicional a tratar, y da muestra de la posible relación entre los problemas con la comida y haber sufrido abusos (Ciangura et al., 2017). En estas personas se encontraba la sensación de que si tenían un cuerpo más grande y pesado se verían más protegidas, el cuerpo servía como una especie de escudo (Van der Kolk, p.148, 2014).

Otros trabajos continuaron estudiando la relación entre ambas variables, en este caso con universitarios, siendo la muestra solo de hombres; se comprobó que el 4% había sufrido un abuso sexual de joven, y de ellos casi un 5% tenía un riesgo alto de sufrir un TA (Behar y de la Barra, 2021). Más datos confirman que los abusos sexuales se pueden ver relacionados con una mala imagen corporal, incluso distorsionada (Hernangómez, 2018). También encuentran esta misma relación entre el ASI y el aumento de riesgo para sufrir un TA, o tener dificultades con la comida y el peso, sobre todo durante la

adolescencia (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Un estudio longitudinal llevado a cabo por Johnson et al. en 2002 reafirma estas aportaciones, donde encontraron que el rol disfuncional de los padres era importante a la hora de ser un factor de riesgo (Gismero, 2020).

Afectación en el desarrollo

Volvamos a la situación que se planteaba al inicio, donde el sistema de Summit, el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SASSI) se ha cumplido, y el entorno no ha recogido al niño ante tal experiencia traumática. Por lo tanto, se añade un grave estrés a la situación del niño (Summit, 1983). Si se tiene en cuenta que no se ha recibido una regulación externa adecuada, es probable que el niño no sepa autorregularse, aquí entra la función del alimento (Summit, 1983). Desde el nacimiento, el alimento nos regula, nos acerca a nuestra madre, sino se desarrollan otras estrategias reguladoras, se podrá encontrar en la comida una forma de regulación ya mencionada: una sensación de control ante lo incontrolable del trauma, incluso una forma de castigar al cuerpo que sufrió esas barbaridades (Calvo et al., 2014).

Sufrir un abuso durante edades tempranas afecta a los procesos de desarrollo, tanto biológicos como cognitivo-emocionales, por lo que aumenta la probabilidad de sufrir una patología, es lo que se llama “vulnerabilidad latente” (Behar & de la Barra, 2021). Los estresores externos influyen en el eje HPA (hipotálamo-hipófisis-adrenal), encargado de regular, entre otras funciones, la hormona del estrés (cortisol) y otras respuestas emocionales (Behar y de la Barra, 2021). Parece haber una relación entre la edad del abuso y las consecuencias psicológicas que se desarrollen, cuanto menor sea la víctima las consecuencias son más graves y los niveles de cortisol no se regulan con normalidad (Echeburúa & de Corral, 2006). Los mecanismos de defensa que se tuvieron que activar eran más primitivos que los de un niño que pudo tener un desarrollo mental más progresivo. Entre estas conductas de defensa primitiva, se incluyen las conductas alimentarias (Vanderlinden & Vandereycken, 2000)

Qué dice el cuerpo

Una vez ese niño crece es probable que intente ocultar lo sucedido, que incluso haya una evitación a nivel de ni siquiera poder pensar o recordarlo (Pérez-Sales, 2004). La ruptura de la corporalidad y la expresión del síntoma a través del cuerpo hace que se puedan dar una serie de síntomas, donde el cuerpo habla por la víctima:

“Cuando el sujeto no logra hablar sobre las vivencias estresantes, el cuerpo se ocupará de hablar a partir del síntoma y de la patología alimentaria, antes habló del ASI y nadie le creyó ni lo escucho, por lo tanto el ASI se reactualiza en cuerpo y comida.”

(Losada, 2011)

Previamente se mencionaba la vivencia de invisibilidad, y es precisamente un aspecto al que se refieren muchas personas que sufren un TA (Mosquera, 2018). Es interesante la conexión que se ha encontrado entre la imposibilidad de hablar de la situación traumática y que posteriormente, según se vaya formando la personalidad del individuo, el cuerpo adquiriera el “poder” de expresión para poder hablar a partir del síntoma (Losada y Saboya, 2013; Sassoon y Micha, 2009). Al ser invisible, el tener un diagnóstico puede generar un ser visto finalmente por los familiares cercanos, un grito de ayuda (Mosquera, 2018).

Las víctimas presentan en su gran mayoría tres emociones o cogniciones comunes: la impotencia, la culpabilidad y la vergüenza; lo que casa con la teoría de que estas personas tendrán una autoestima mucho más devaluada en comparación con otras personas de su misma edad (Losada y Saboya, 2013). Esta imagen devaluada de uno mismo en palabras de Vanderlinden y Vandereycken (2000) “puede mediar entre la entrada (trauma) y la salida (síntomas disociativos y trastorno alimentario)”. El desarrollo de una patología es la forma de la persona de sobrevivir ante un suceso inexplicable (Losada y Saboya, 2013). Al final es desconectar de ese suceso; más aún, desconectar del propio cuerpo, que al final es donde se produjeron los abusos, con una mentalidad dualista de cuerpo y mente, yendo ésta última por otro camino, buscando algo de paz en tanto sufrimiento .

La ruptura con la corporalidad es tan grande que la disociación aparece tanto en la experiencia traumática como en el trastorno alimentario. Incluso algunos autores

plantean la anorexia nerviosa como un “intento de desaparecer”(Losada y Saboya, 2013). Por ello, es necesario hablar de la **disociación**. Cuando se vive una situación traumática, y ésta no se recoge y regula adecuadamente, sucede que la persona no integra esa situación, esa memoria (Losada & Saboya, 2013; Pérez-Sales, 2014). Es una situación que se rompe en cachos y así rompe en cachos a la persona. Esta fragmentación de la situación traumática se refleja en pensamientos, emociones, percepciones divididas, cada una con un camino, pero que no responden al mismo suceso, como podría ocurrir con otros recuerdos que no tienen un impacto en la persona tan grande (Pérez-Sales, 2004). Esta fragmentación del psiquismo sigue presente del mismo modo que se dio en el trauma, (Van der Kolk, p.72, 2014). Es una disociación de la experiencia, pero más aún, del yo, de la percepción de uno mismo.

Es entonces cuando la personalidad se puede ir conformando en base a los mecanismos de defensa que se utilizaron ante tal situación. Como se explicaba previamente, muchas veces se basan en hacerse invisible y la parálisis, estos mecanismos se pueden enquistar y rigidificar. Por lo que ya no defienden a la persona, sino que la hacen más daño (Salvador, 2010). Parece que el grado de disociación que se da en las personas con una patología alimentaria aumenta la gravedad de éste (Seijo, 2016). Y entendemos, que si a la vez la disociación se da como un mecanismo ante el ASI, esta combinación podría producir una patología aún más demoledora. Se ha observado en pacientes diagnosticadas con bulimia purgativa, que presentan mayores niveles de disociación (Muñoz, et al., 2011).

Síntomas comunes

Se han encontrado ciertos síntomas relacionados con el ASI que tienen que ver con una preocupación excesiva por el cuerpo relacionado con la ruptura de la corporalidad. También un deseo de “purificar” su cuerpo no respetado, una distorsión del juicio valorativo del cuerpo (Behar y de la Barra, 2021).

De este modo se puede observar que existe cierta similitud o relación entre síntomas que se dan en un trastorno alimentario y síntomas que se expresan al haber tenido una

vivencia traumática (Behar y de la Barra, 2021; Mosquera, 2018; Van der Kolk, 2014; Vanderlinden & Vandereyken, 2000):

- Mayor preocupación por el cuerpo.
- Una distorsión del juicio valorativo del cuerpo.
- Baja autoestima, lo más común es que personas que han sufrido abusos sexuales tengan una autoestima muy baja, incluso culpándose de lo sucedido.
- Baja calidad de relaciones interpersonales, que se perciben como peligrosas y por ello pueden ser de baja calidad. La falta de capacidad de conexión con uno mismo repercute en la relación con otros.
- Problemas con la sexualidad. Evitación de la intimidad.
- Mala regulación emocional. No se acaban desarrollando mecanismos de defensa básicos, pueden no aprender a regular sus emociones y cuidarse a sí mismos .
- Locus de control externo.
- Vergüenza, no sólo por lo sucedido, sino que el propio cuerpo provoca vergüenza, parte del yo rechazado (Seijo, 2016).

Estos síntomas buscan una manera de adaptarse a una realidad que se vive como amenazante, donde, aunque la situación traumática no esté presente, las sensaciones que se tuvieron y el terror siguen tan vívidos como entonces (Behar y de la Barra, 2021). Síntomas que distraen, piden ayuda, expulsan la rabia, liberan todo ese cocktail emocional que no se pudo gestionar (Behar y de la Barra, 2021). Las conductas alimentarias disfuncionales pueden mostrar un intento de tener el control ante una situación en la que uno fue totalmente vulnerable. En este sentido, podría ser una forma de evitar afrontar dicha experiencia, o bien un autocastigo que se infringe la persona pensando que fue la culpable de los abusos, las posibilidades son muchas (Behar y de la Barra, 2021).

Perspectiva terapéutica

*El cuerpo lleva la cuenta del pasado,
pero también guarda las llaves para nuestra libertad futura.*

Van der Kolk, 2014

Finalmente, la intención sería concluir con algunas pinceladas a pautas que la investigación y la práctica han demostrado como útiles en la intervención terapéutica, tanto para el trastorno alimentario, como para la integración del trauma. No obstante, se trata de una problemática muy compleja de abordar ya que desata varias preguntas: ¿Es el ASI un factor de riesgo directo para los TA?, ¿es una comorbilidad de un posible estrés postraumático y el TA? ¿La vivencia de trauma mantiene el TA? Hay varias posibilidades que habrá que estudiar detalladamente, al implicar perspectivas diferentes, y que por su amplitud y complejidad abarca un proyecto mucho mayor que este. Es por eso por lo que se van a mostrar una serie de procesos que se han visto útiles a la hora de atender a un mismo suceso compartido, la ruptura de la corporalidad, del yo.

Es visible que Van der Kolk ha sido una figura importante para realizar este trabajo y lo continúa siendo en esta última parte. Su amplia experiencia con víctimas de traumas en la infancia se puede aplicar en el trabajo con la ruptura de la corporalidad. El pasado del trauma se hace constantemente presente para el paciente, se vive en una dualidad, donde uno sabe que está suficientemente seguro ahora, pero tiene unas vivencias pasadas terribles que le han constituido (p. 191, 2014).

Para empezar, se necesita un tratamiento interdisciplinar, ya que en el caso de los TA se abarca una multitud de problemáticas, incluyendo la salud física. Se tiene que atender a los problemas físicos que se hayan dado por la presencia de la psicopatología (Gómez del Barrio, 2018). También es importante procurar que durante todo el proceso le sigan los mismos terapeutas con un plan individualizado que atienda a las características de la persona, su edad, sus complejidades, adaptar el programa y que no sea él/ella quien tenga que encajar a la fuerza en el planteamiento terapéutico.

Nos vamos a encontrar a una persona que “anhela” el contacto con otro (es la forma en la que los humanos nos regulamos unos a otros), pero que está aterrada de ellos. Van a tener que aprender de nuevo o desde cero que el cuerpo puede tener sensaciones físicas buenas, el cuerpo es un amigo, así podrán volver a conectar con ellos mismos (Van der Kolk, p. 106, 2014). Parece esencial brindarle visibilidad, dar atención a la persona que fue rechazada en ese entonces, y se sigue sintiendo rechazada. La relación terapéutica

es, por tanto, primordial, es necesario generar un espacio de seguridad, “ser capaz de sentirse seguro con otras personas es probablemente el aspecto más importante de la salud mental” (Van der Kolk, 2014). Pero, antes de nada, es esencial tener en mente que no es importante conocer los detalles del trauma, no necesitamos saber exactamente cómo sucedió (Losada y Saboya, 2011; Van der Kolk, p.128, 2014).

Los síntomas de un TA se pueden vivir como egosintónicos, es decir, no sentir que algo va mal en sí mismo, al final pueden estar ocultando o evitando las vivencias traumáticas. En terapia se tratará que vea esos síntomas como algo que no deberían ser, como egodistónicos (Gómez del Barrio, 2018). La persona deberá pensar en sí misma, en su “yo rechazado”, en la sensación de vergüenza que tiene sobre sí, puede que se describan con mucho desprecio, el cuerpo y ellos mismos son un lugar hostil (Seijo, 2016). Bajo esta mirada desfavorable es con la que se miran ante el espejo, ante las fotos, ante el mundo. De nuevo trabajaremos la validación, estamos ante una persona que se ha visto totalmente desprotegida y la relación en terapia busca curar esas heridas mal cerradas (Seijo, 2016). Se intenta “recorrer un camino inverso al silencio” en palabras de Losada y Saboya (2013).

Entonces hay varios aspectos con los que trabajar (Van der Kolk, 2014):

- Crear un clima de confianza, darle atención a un yo que se siente rechazado. Un lugar de seguridad y aprecio, lo que se relaciona positivamente con un factor de protección para la salud mental. El terror que sufre una persona ante el abuso puede ser disminuido gracias a la presencia de otros, incluso hay animales que ayudan aportando la sensación de seguridad, caballos, perros, que dan un apoyo sin complicaciones y permiten un desbloqueo de sensaciones (p.85, 2014).

- Se puede empezar identificando sensaciones físicas, sensaciones extracorpóreas que están asociadas al cuerpo (miedo, relajación...). Tomar conciencia de los movimientos, de la respiración, de los cambios que se den en el cuerpo. Si la persona sufre una gran disociación puede que notar estas sensaciones llegue a ser abrumador, recuerdos que estaban bloqueados pueden aparecer: “son representaciones somáticas de traumas no digeridos y, en la mayoría de las

ocasiones, representan las posturas que adoptaron cuando se produjo el trauma” (p.106, 2014). Como terapeutas debemos saber contener, no es nuestra misión la revictimización. Si entienden cómo se sienten, aunque no cambie el sentimiento. Permite entenderse mejor a uno mismo y al mismo tiempo seguir en la terapia pese a reacciones que generan resistencia (p. 198). Es necesario aceptar y normalizar esas sensaciones, vivir asustado es vivir en defensa, “la autoconcienciación física es el primer paso para liberarse de la tiranía del pasado” (p.105).

- Habrá que trabajar la sensación de control de uno mismo, volver a dirigir el propio cuerpo y la mente. Saber lo que hemos pasado, pero saber que seguimos adelante. Encontrar la manera de vivir en el presente. No ocultarse, ni ocultar lo que te ha permitido sobrevivir (p.196). Es necesario “reparar los sistemas de alarma defectuosos y restaurar el cerebro emocional” para que funcione ante las situaciones ordinarias como debe, para que así no esté en constante alerta (p.198). Las reacciones físicas que se tuvieron entonces viven en el presente de la persona, para recuperar el control, se debe enfrentar al trauma. Solo una vez se consiga la confianza suficiente y las bases para estar seguros de no re-traumatizar se podrá hablar de lo sucedido. Por eso una vez se han identificado esas sensaciones físicas y se pueden controlar podemos empezar este siguiente proceso, volver consciente el dolor.

Hay que tener en cuenta factores específicos, por ejemplo, el daño ocurrió en la infancia, cuando se está desarrollando el cerebro, no es de extrañar que no aprenda a valorarse y distinguir conductas en el otro que le producen malestar, se puede observar cómo acaban entrando en relaciones conflictivas (Salvador, 2010). Por eso, otro tipo de problemáticas habrá que tratarlas de manera particular.

Con esta base, se puede ser un poco más específico, Losada y Saboya (2013) consiguen establecer un plan sobre cómo plantear el tratamiento ante una persona con un TA que haya sufrido un ASI, el objetivo es que el cuerpo ya no tenga que ser el micrófono del sufrimiento interior.

1. Estabilizar a la persona y su cuerpo, es primordial que esté estable a nivel médico.
2. Generar un vínculo.
3. Psicoeducar tanto a la persona como a su círculo sobre conocimientos esenciales que suceden en el trauma. Lograr la colaboración de la familia.
4. Poder crear un entorno donde hablar de sus emociones
5. Hablar de la autorregulación, aprender qué significados le da a la comida.
6. Llegar a la reelaboración de la experiencia traumática
7. Trabajar con la autoimagen y autoconcepto
8. Trabajo relaciones interpersonales, y la generación de límites.

Es así, como en base a la literatura se han podido evidenciar algunas formas de ayudar a personas que llevan un niño herido y desprotegido en su interior.

Discusión

En el comienzo de este trabajo se hacía una pregunta muy importante ¿se podría haber evitado el desarrollo de un trastorno psicológico si el entorno hubiera reaccionado de manera diferente? En base a los conocimientos expuestos es cierto que sigue siendo una pregunta con una difícil respuesta. Al hablar del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SASSI) se hace evidente que el entorno es esencial y primordial (Summit, 1983). Que alguien crea y legitime las vivencias de un niño asustado puede ser fundamental para que las consecuencias no sean tan graves, que se consiga vivir una vida en la que el trauma haya estado, pero que no la domine.

De esta forma, el entorno tanto familiar como escolar, u otros sistemas en los que se relacione la persona, podrán funcionar como protección o como riesgo según su reacción. Otros aspectos del entorno también facilitan la integración de las vivencias traumáticas, el apego seguro es un claro factor de protección, también pertenecer a una comunidad que brinde apoyo, o la presencia de ambos padres en el hogar (Behar y de la

Barra, 2021). En definitiva, tener a un alguien con quien contar, algo que todos precisamos en nuestra vida, pero aún más cuando estamos perdidos y desolados.

Necesitamos que nos miren, y que nos miren con amor, que nos ayuden, si esto no pasa buscaremos maneras de sobrevivir y protegernos solos (Van der Kolk, 2014, p.94). En la búsqueda de información múltiples estudios efectivamente relacionaban ambos sucesos (ASI y TA), pero parece que pocos estudios se han centrado en ponerle una solución. Es necesario continuar investigando acerca del tema, y seguir investigando cómo ayudar a estas personas. Personas que pueden vivir un secreto tan grande que les esté consumiéndose por dentro, llevándolo al exterior. Y ya no sólo buscar cómo “curar” la herida, sino proteger a los niños de estos abusos. Las cifras expuestas sobre los abusos sexuales en España son abrumadoras, ¿cómo es posible que esto siga sucediendo? Debemos implementar campañas de prevención, debe existir alguna manera de prevenirlo, y si no es así, al menos prevenir las consecuencias más trágicas del suceso, que la persona pueda desarrollarse y vivir una vida plena.

Un suceso tan complejo como es un abuso en la infancia debería hablarse más, pero da miedo, es tan aterrador que se opta por el silencio. Pero ser conscientes de ese tremendo dolor y poder hablarlo, quita el poder al agresor y quita poder a la patología. Muchas veces hablar de una patología es menos vergonzoso que hablar de un trauma de estas características, como adultos debemos estar alerta, no imponer preconcepciones, pero siempre escuchar a los menores. Los más pequeños tienen muchas cosas que aprender por experiencias, pero no por eso tienen menos derecho a ser oídos, porque el no ser oídos puede traer consecuencias horribles.

Esto lleva a pensar que las campañas de concienciación puede que no sean suficientes. Como profesionales tenemos que seguir moviéndonos, muchos niños y familias necesitan información y un sostén para procesar todo lo vivido. Por ello, está en nuestro deber informarnos, estudiar, investigar, en conclusión, ayudar.

La realización de esta investigación bibliográfica abre una puerta que me ha permitido replantear el importante papel que podemos tener como adultos ante alguien que ha sufrido unas vivencias que, puede que no se puedan evitar, pero sí se pueden recoger. La Psicología tiene la virtud de ayudar a liberar a las personas de aquello que les pueda

estar atando. La gran capacidad del ser humano para sobrevivir y querer seguir con la vida es admirable. Por ello, al estar delante de una persona que ha sufrido tanto, no debemos verla como una mera víctima, sino como un/una superviviente y luchador/a. Sólo si alguien externo ve su potencial podrá verlo en sí mismo. Se merecen vivir la vida plena que no les han permitido vivir durante muchos años de su vida.

Anexos

Anexo 1: Criterios diagnósticos según el DSM 5-TR para los trastornos alimentarios más comunes (APA, 2018).

Anorexia nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar la gravedad actual:

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Trastorno de atracones

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar la gravedad actual:

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

En los tres casos:

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios

y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de

alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Además se incluyen: *pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación de la ingesta de alimentos.*

Bibliografía

- American Psychological Association [APA] (2018). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arija-Val, V., Santi-cano, M.J., Novalbos-Ruiz, J.P., Canals, J. & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 39(2) <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Behar, R. & Barra, F.. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 308-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308>
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco, A. & Gallego, L.T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70024-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70024-6)
- Campbell, K. & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134, 582-592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
- Cantón-Cortés, D. & Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

-
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S. & Oppert, J.M (2017).
Obesidad del adulto. *EMC-Tratado de Medicina*, 21(2), 1-10.
[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)84245-8](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)84245-8)
- Dakanalis, A., Timko, C.A., Clerici, M., Zanetti, M.A. & Riva, G. (2014).
Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral
model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15(1), 63-67.
[10.1016/j.eatbeh.2013.10.003](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.003)
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de
abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44),
75-82.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La
imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4),
532-538. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713401.pdf>
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical
reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Hernangómez Criado, L. (2018). Apego y Trastornos alimentarios:
Implicaciones para la intervención Psicoterapéutica. *Revista de
Psicoterapia*, 29(111), 69-92.
- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J.A. & Freyre, M.A. (2019).
¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la
psicopatología alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos*

Alimentarios, 10(2). DOI:
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.2.561>

Gismero, M.E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>

Gómez del Barrio, A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73-88.
<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34953/25941>

Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/507>

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>

Mosquera, D. (2018). Los efectos de sentirse invisible, entendiendo la conexión con las rupturas de apego tempranas y la negligencia. *ESTD Newsletter*, 7(1).

Muñoz, V., Beato, L. & Rodríguez, C. (2011). Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Ciencia y Sociedad*, 1(4), 43-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3836674>

- Panesso, K. & Arango, M.J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica Psyconex*, 9(14).
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
- Pérez-Martín, P.S., Martínez, J.A., Valecillos, A.J., Gainza, L., Galán, M. & Checa, P. (2021). Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia*, 47(4), 230-239. [10.1016/j.semerg.2021.01.007](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.007)
- Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia. *NORTE DE SALUD MENTAL*, 5(20), 29-36.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830193>
- Salvador, M.C. (2008). El guión de vida en el cuerpo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 59, 238-247
- Salvador, M.C. (2017). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Terapias Psiconeurológicas del Trauma*, 20(80),5-16.
<https://silo.tips/download/el-trauma-psicologico-un-proceso-neurofisiologico-con-consecuencias-psicologicas>
- Save the Children (Noviembre, 2021). Los abusos sexuales hacia la infancia en España: Principales características, incidencia, análisis de los fallos del sistema y propuestas para la especialización de los Juzgados y la Fiscalía. [savethechildren.es](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_EC).
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_EC
- Campbell, K. y Peebles, R. (2014). *Eating disorders in children and adolescents: State of the art review*. *Pediatrics*, 134, 582-592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194SP.pdf>

- Seijo, N. (2016). El yo rechazado: cómo trabajar con la distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *ESTD Newsletter*, 5(4).
https://nortosalud.com/wp-content/uploads/2019/11/TCA_III_MaterialComplementario_13_elyorechazado.pdf
- Scappatura, M.L., Arana, F., Elizathe, L. & Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de investigaciones*, 18, 81-88.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100009&script=sci_arttext
- Summit, R.C. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
<https://capc.sccgov.org/sites/g/files/exjcpb1061/files/document/Child%20Sexual%20Abuse%20Accommodation%20Syndrome%20copy.pdf>
- Stice, E., Marti, C.N. & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 122(2), 445-457.
10.1037/a0030679 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148784/>
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (2001). Relación entre trauma y la disociación en los trastornos alimentarios, *Trauma disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios* (pp. 41-57). GRANICA.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cvLF7Eo-V-8C&oi=fnd&pg=PA9&dq=disociacion+y+trastornos+alimenticios&ots=HcXKbC4xQO&sig=TO2wYNLRYV2R9sW_25lflUNK0zU#v=onepage&q=disociacion%20y%20trastornos%20alimenticios&f=false

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (Montserrat Foz Casals, Trans.). Editorial Eleftheria. (Trabajo original publicado en 2014).