

# Abusos sexuales y trastornos de la conducta alimentaria

M. Mateos Agut<sup>1</sup>, B. Sanz Cid<sup>2</sup>, A. Martínez Villares<sup>3</sup>, J.J. Muñoz García<sup>4</sup>, E. Martín Martín<sup>5</sup>, I. Muñoz Siscart<sup>6</sup>, J.J. De la Gándara Martín<sup>7</sup>

## Resumen

*El presente trabajo analiza las diferencias clínicas y de personalidad de un grupo de mujeres que presentaban un trastorno de la conducta alimentaria y que habían sufrido abusos sexuales, y otro grupo de mujeres con trastorno de la conducta alimentaria que no habían pasado por esta experiencia. Ambos grupos fueron seguidos en un Hospital de Día.*

*Al ingreso las pacientes que habían sufrido Abusos Sexuales presentaban más síntomas obsesivos, depresivos, fóbicos y psicóticos que las controles, y además tenían más sentimientos de inferioridad e insuficiencia personal; siendo en conjunto pacientes con clínica más grave, pues comunicaban más síntomas, con mayor frecuencia y mayor intensidad (SCL-90). Tenían una organización más ansiosa (STAI-R) y eran menos asertivas (Rathus), utilizando más frecuentemente que los controles, mecanismos de defensa neuróticos, como la Formación Reactiva, la Inhibición, Retirada y Afiliación, por lo que en conjunto eran mujeres con una organización más neurótica (DSQ). También puntuaron más bajo en RD3, RD y S5, del TCI y en Bulimia y Conciencia Interoceptiva del EDI.*

*Tras el tratamiento, solo persistían diferencias en las escalas de Ansiedad Fóbica y somatización del SCL-90 y en la de Retirada del DSQ.*

**Palabras clave:** Abusos Sexuales. Trastorno de la Conducta Alimentaria. Personalidad.

---

Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés

<sup>1</sup>Psiquiatra, coordinador del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés de Burgos.

<sup>2</sup>Psicóloga, Hospital de Día.

<sup>3</sup>Trabajadora Social, Hospital de Día.

<sup>4</sup>Psicólogo Residente, Hospital de Día.

<sup>5</sup>DUE, Hospital de Día.

<sup>6</sup>Médico Residente, Hospital de Día.

<sup>7</sup>Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Valles(Hospital General Yagüe.

**Correspondencia:** Dr. D. Jesús J. de la Gándara Martín

Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés

Avda. del Cid, 96

09005 BURGOS

---

## Summary

*The present work analyzes the clinical differences and personality traits of a group of women who displayed an eating disorder and which had undergone sexual abuses and another group of women which eating disorder that had not happened through this experience. Both were studied in a The day Psychiatric Hospital. To the entrance the patients who had undergone Sexual Abuses displayed more obsessive, depressive, phobic and psychotic symptoms that the controls, and in addition had more feelings of inferiority and personal insufficiency, being altogether patient with more serious disorders, because they communicated more symptoms, most frequently and greater intensity of them (SCL-90). They had one more a more anxious organization (STAI-R) and were less assertive (Rathus), using more frequently than the controls neurotic mechanisms of defense, as the Reactive Formation, Inhibition, Restrain and Affiliation, reason why altogether were women with more neurotic organization (DSQ). Also they scored lower in RD3, RD and S5, of the TCI and in Bulimia and Interoceptive conscience of the EDI. After the treatment, single differences in the scales of Phobic Anxiety and somatization of the SCL-90 persisted and in Retired of the DSQ.*

**Key words:** Sexual Abuses. Eating Disorder. Personality.

## INTRODUCCIÓN

Durante el pasado curso, el equipo que atendemos el programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Valles, comenzamos a tener la percepción del importante número de pacientes que relataban una historia de abusos sexuales, sobre todo comparado con las mujeres que asisten al programa de Psiquiatría general de nuestro dispositivo.

No obstante, este hecho no había sido de gran relevancia para nosotros, dado que en toda la literatura sobre TCA, se señala el hecho de que estas pacientes han sufrido con frecuencia abusos sexuales, si bien estas referencias aparecen poco documentadas y no aclaran cuál es su relación con la etiología o la patoplastia de la enfermedad. Sin embargo, al analizar con las pacientes los hechos y cotejarlos con sus familiares, encontramos, en aquel momento, que al menos el 21% de ellas habían pasado por esta experiencia, y que además había tenido consecuencias clínicas significativas. Todo ello nos llevó a tratar de conocer cómo influyen los abusos sexuales en el inicio, curso y pronóstico de la patología mental y de los TCA en particular.

Este trabajo no ha sido fácil, pues los datos encontrados en la literatura están dispersos, en

ocasiones no son muy consistentes (solo el 2% de los abusos sexuales se comunican en el momento en el que ocurren y son escasos los que llegan a ser denunciados formalmente) y no suelen ser muy concluyentes en cuanto a las preguntas que nos planteamos.

La primera dificultad surge al definir qué son Abusos Sexuales. Los distintos autores proponen distintos puntos de vista: jurídicos, sociales, etc... Sin embargo existe un consenso en que deben existir dos criterios básicos:

- La relación de desigualdad entre agresor y víctima.
- Utilización de la víctima como objeto sexual con distintas formas de contacto sexual (con y sin contacto físico, con contacto anal, genital, oral, caricias sexuales, pornografía y exhibicionismo) (Cueto 2001).

El abuso sexual está presente en todas las culturas y en todas las clases sociales, y en la sociedad occidental es una conducta ampliamente sufrida por los menores. Las tasas de prevalencia mediante estudios retrospectivos en España, entendido el abuso sexual en sentido amplio, nos indican que un 15% para los varones y un 23% para las mujeres los han sufrido en la infancia (López 1995), y un 4-8% lo habrían percibido como tal, teniendo un malestar significativo capaz

de interferir en su normal desarrollo evolutivo (Sanmartín 1999).

Cuando nos preguntamos cómo y dónde se produce el abuso, encontramos que la mayor parte de estos actos (1/3) ocurren en el hogar familiar, realizados por miembros de la familia o personas muy allegadas (Madansky 1996). La Consejería de Bienestar Social Valenciana (1998-1999) apunta que el agresor suele ser el padre (40%), un tío (19%), un hermano (12%) o un abuelo (11%). La mitad habrían cometido su primer abuso antes de los 16 años (El 20% de estos abusos son realizados por menores).

Estos abusos se producen con una frecuencia ocasional en el 40% de las denuncias, semanal en el 20% y diario en un 10% (Fundación ANAR 1999).

La Comisión Nacional del Día del Niño (1999) realiza un retrato robot del abusado. Se trataría de una niña de 12 años sometida a tocamientos o violaciones vaginales, por parte de un sujeto que hace las labores de padre.

Todos estos datos ponen de manifiesto de qué manera el incesto está presente en la sociedad actual, que parece vivir ciega ante unas conductas aparentemente más propias de la organización rural y las familias extensas, que de la cultura postindustrial.

Analizamos después cuáles son las consecuencias de los abusos sexuales en la clínica. Distintos autores han señalado las consecuencias desastrosas que tiene para el desarrollo emocional y físico de estas personas, pues pueden romper los procesos de desarrollo normal, afectando al desarrollo de un autoconcepto estable y una imagen corporal integrada en la adolescencia, expresándose en los propios pensamientos y conductas (Seligman 2002; Ackard 2002; Waller 2001).

En cualquier caso, los abusos sexuales van a seguirse, al menos en algunas de las víctimas, de distintas manifestaciones clínicas:

- Problemas de salud física a largo plazo (Romanos 2002).
- Síntomas de Estrés vital y disociación (Beato 1999; Díaz 2002; Paul 2002; Hartt 2002).
- Alta frecuencia de Distimia y Depresión Mayor, que será más grave y presentará un peor pronóstico en el grupo de mujeres con antecedentes de Abusos Sexuales. (Hayden 2001, Díaz 2002).

- Alta prevalencia en el consumo de alcohol y drogas, siendo más frecuente la patología dual (Becker 2001; Díaz 2002).

- Las víctimas también se distinguían por sus conductas autodestructivas (autoagresiones y suicidio) e impulsivas. (Wonderlich 2001; Russell 2001; Ackard 2002).

- Conductas delictivas más frecuentes que en la población general (MacCabe 2002).

- Comportamientos disfuncionales: alteraciones de la conducta sexual, embarazos precoces (García Martín 2003).

- Revictimización: riesgo 3 veces mayor de ser nuevamente víctima (García Martín 2003).

En la base de esta clínica diversos autores han tratado de encontrar diversas alteraciones de la personalidad:

- Grilo (2002) informa que el 30% de las mujeres que habían sufrido Abusos Sexuales en la infancia cumplían criterios de un Trastorno de la Personalidad, particularmente del Cluster C.

- Laporte (2001) relaciona el Trastorno límite con los abusos infantiles en el medio intrafamiliar, siendo los más graves, en su grupo de estudio, los que habían sufrido abusos repetidos.

- Sherwood (2002) en su estudio también encuentra una relación entre Abusos Sexuales y Trastorno Límite.

En cualquier caso, la relación entre Abusos Sexuales y la clínica parece estar mediada por las creencias (Waller 2001), y la mayor gravedad se asocia con los abusos múltiples e intrafamiliares (Laporte 2001).

En cuanto a la relación entre Abusos Sexuales y Trastornos de la Conducta Alimentaria es controvertida:

En general estos antecedentes se recogen en la práctica clínica con mucha más frecuencia en los TCA que en las otras patologías psiquiátricas, siendo numerosos los autores que han relacionado ambos hechos; sin embargo, la prevalencia encontrada no difiere de la que se encuentra en población general (19,7% Beato 1999), pero es de 2 a 3 veces mayor si tenemos sólo en cuenta el Abuso percibido y con consecuencias clínicas.

• Diversos autores sostienen que los Abusos Sexuales durante la infancia son un factor de riesgo para desarrollar Anorexia Nerviosa, para que las pacientes regulen su peso a través de los TCA y para las conductas purgativas (Paul 2002; Waller 2001; Gatti 2002; Thompson 2001; Smolak 2002; Murray 2002).

• Sin embargo otros consideran que es un factor inespecífico entre otros: como los genéticos, la disregulación serotoninérgica, el sufrir violencia, los problemas de identidad sexual (en los varones) y la pobre supervisión parental y monitorización, hacer dieta, internalización de un ideal delgado (Rickett 2002; Fonseca 2002; Patrick 2002; Sherwood 2002; Stice 2002).

Ackard (2002) por su parte encuentra que los atracones y conductas de purga se asociaban significativamente con el abuso sexual, siendo el porcentaje de atracones mayor en las mujeres que no hablaban del abuso con personas de confianza que entre las que hacían confidencias, que tenían un mejor pronóstico.

• Frente a ellos, Hartt (2002) no encuentra ninguna relación dimensional entre cualquier forma de abuso y la patología bulímica.

En conjunto las relaciones más consistentes que hemos encontrado son:

Que el subgrupo de pacientes con TCA que habían sufrido abusos sexuales en la infancia, presentaban más síntomas disociativos (Hart 2002).

Que los problemas psicosexuales son suficientes para el desarrollo de los TCA en los jóvenes (Fornari 2003).

Y en el terreno biológico, que cuando la BN se une a los antecedentes de abusos sexuales, aparecen alteraciones en los niveles de Serotonina central y los mecanismos del Cortisol. Steiger (2001) en un estudio en el que comparó 25 mujeres con BN que habían sufrido Abusos Sexuales, con otro de 25 mujeres no Bulímicas y otro de 25 mujeres controles, encontró:

Con respecto a las mujeres que No habían sufrido abusos

• Un bajo índice de marcadores de unión de la paroxetina.

Con respecto a las que habían sufrido abusos sexuales pero no eran bulímicas:

• Una respuesta aplanada de la Prolactina tras la administración de m-CPP.

• Niveles más bajos de Cortisol.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Todos estos datos nos animaron a estudiar retrospectivamente cómo influía este hecho en nuestras pacientes. Analizamos los datos procedentes de las mujeres que participaron en el Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés de Burgos, entre el mes de Noviembre de 1998 y el mes de Febrero de 2004. En total 152 pacientes diagnosticadas de Anorexia Nerviosa (N=61: 32 Purgativas y 29 Restrictivas), Bulimia Nerviosa (N=37: 10 No Purgativa y 27 Purgativa) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (N=31) con una edad media de 25,38 años.

Un grupo de ellas declaró a lo largo del tratamiento haber sufrido abusos sexuales en algún momento de su vida, y que éste había tenido una influencia significativa en su vida; ya sea en forma de conductas impulsivas, evitativas, de reexperimentación, dificultades para el desarrollo de su sexualidad, trastornos ansioso-afectivos u otros síntomas clínicos. Esta información fue analizada detalladamente con las pacientes y cotejada con sus familiares, determinándose que la información aportada por 23 de ellas era verosímil. 11 de ellas habían sido objeto de tocamientos o contacto sexual en la infancia por miembros de su familia (3 por hermanos o primos; 3 por el padre y 5 por otros familiares), y 2 por compañeros de juegos. Las otras 10 habían sido forzadas a prácticas sexuales a edad más tardía (6 por parejas ocasionales o esporádicas, tres por superiores en el medio laboral y 1 asaltada en la calle por un desconocido).

Inicialmente nos propusimos establecer un grupo apareado en cuanto a las distintas variables, sin embargo, consideramos más adecuado compararlas con la totalidad de los casos, ya que al ser pequeño el grupo experimental, podría ocurrir que las diferencias que encontráramos fueran más consecuencia de la casualidad que de diferencias intrínsecas. De manera que el grupo de estudio (AbsS) quedó configurado por 23

mujeres (15,1% de la muestra total), para ser comparado con un grupo control (GC) de 129 mujeres (84,9%) cuyas características se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1**

	<b>AbsS</b>	<b>GC</b>
<b>Edad</b>	26,70 (Dt: 7,33)	24,07 (Dt: 8,38)
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	69,6%	85,0%
Casada	30,4%	15,0%
<b>Estudios</b>		
Primarios	8,7	16,0%
Bachillerato	34,8	34,5%
Bachillerato Superior	34,8	31,9%
Diplomatura	13,0	8,8%
Licenciatura	8,7	8,8%
<b>Diagnóstico EJE I (Principal)</b>		
AN Restrictiva	8,7%	22,5%
AN Compulsivo/Purgativa	47,8%	24,8%
BN No Purgativa	0,0%	7,7%
BN Purgativa	21,7%	20,9%
TCA No Especificado No P	17,4%	10,1%
TCA No Especificado Purg	4,3%	13,9%
<b>PURGATIVAS</b>	<b>73,8%</b>	<b>59,6%</b>
<b>Patología Asociada al EJE I</b>		
Alcoholismo y Toxicomanías	21,7%	2,3%
T. Afectivos	17,4%	9,3%
T. Ansiedad	13,0%	5,4%
<b>Diagnóstico EJE II</b>		
Cluster A	4,3%	1,5%
T. Límite	30,4%	18,6%
Resto Cluster B	8,7%	4,6%
Cluster C	0,0%	6,2%
T. P. No Especificado	21,7%	8,4%
<b>TOTAL</b>	<b>65,1%</b>	<b>39,3%</b>
<b>Strés Psicosocial</b>	<b>45%</b>	<b>54%</b>

El grupo AbsS presentaba una edad ligeramente superior al grupo GC (2,63 años). Para descartar que este hecho pudiera influir en los

resultados, comprobamos que no existían diferencias estadísticamente significativas en la prueba de comparación de medias. No obstante, procedimos a excluir a los sujetos con edades extremas (que se alejaban de las del grupo control) y aunque la edad media se aproximó entre ambos grupos hasta una diferencia de menos de un año, no variaron ninguno de los resultados que luego expondremos, por lo que nos pareció que manteniendo todos los casos tendríamos un modelo más descriptivo de la clínica que veíamos. En cuanto al estado civil, había más casadas en el grupo AbsS.

Ambos grupos tenían un nivel de estudios similar, pero eran más numerosas las AN comp/purg entre el grupo AbsS (47,8% vs 24,8%) y el conjunto de las formas purgativas (73,8% vs 59,6%). Los Trastornos por uso de Sustancias y Alcohol también diferenciaron ambos grupos (21,7% vs 2,3%), así como la presencia de más Trastornos Afectivos y de Ansiedad.

En cuanto al Eje II, en el grupo AbsS encontramos más Trastornos de la Personalidad diagnosticados (65,1% vs 39,3%), sobre todo Trastornos Límites (30,4% vs 18,6%) y Trastornos de la Personalidad No Especificados (21,7 vs 8,4%).

En conjunto, podemos decir que eran pacientes más graves si valoramos su procedencia y su estancia media: procedían más de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (56,52% vs 34,1%) y permanecían más días en el programa (126,57 días vs 102,11 días).

## MATERIAL, MÉTODO Y RESULTADOS

Todas las pacientes completaron tanto al ingreso como al alta varios cuestionarios autoaplicados que miden clínica y personalidad:

- SCL-90 (Checklist Symptom. Derogatis. Versión española de González de Rivera y alt. 1988).
- STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Spielberger; Gorsuch; Lushene 1970).
- EDI (Inventario Trastornos de la conducta alimentaria. Garner 1998).
- Cuestionario de Asertividad (Rathus 1073).
- Locus de Control (Rotter 1966).

- DSQ Cuestionario de Estilos de Defensa (Bond 1984).

- TCI Inventario del Temperamento y el Carácter Cloninger (1998).

Posteriormente, procedimos a realizar la prueba de Comparación de Medias para muestras independientes, con los siguientes resultados expuestos en las tablas que siguen. En ellas exponemos sólo aquellas escalas de los diferentes test en las que las diferencias de medias han resultado estadísticamente significativas.

Cuando ingresaron en el programa, nuestras pacientes que habían sufrido Abusos Sexuales presentaban más síntomas obsesivos, depresivos, fóbicos y psicóticos que las controles, y además tenían más sentimientos de inferioridad e insufi-

ciencia personal, siendo en conjunto pacientes con clínica más grave, pues tenían más síntomas, con mayor frecuencia y mayor intensidad.

En cuanto a la personalidad tenían una organización más ansiosa y eran menos asertivas, con tendencia a utilizar más frecuentemente que los controles mecanismos de defensa neuróticos como la Formación Reactiva, la Inhibición, Retirada y Afiliación, siendo en conjunto mujeres con una organización más neurótica.

Esto describe a un grupo de mujeres que se inhiben y se alejan de los demás ante situaciones conflictivas, más obsesivas y que tienden a buscar la compañía de otras personas que tengan problemas similares.

El TCI confirmó la tendencia al repliegamiento, buscando una actitud fría y práctica, posiblemente

SCL-90			
Comparación de Medias grupo AbsS vs. GC			
Escala	Ingreso Sig (2-tailed)	Alta Sig (2-tailed)	
Obsesión Compulsión ↑	0.001 0.004		Pensamientos, impulsos y acciones experimentados como irremediables e irresistibles por el individuo, pero que son de naturaleza indeseable. También dificultad cognitiva más general (p. ej., tener que ir despacio, recordar el problema).
Sensibilidad Interpersonal ↑	0.002 0.006		Sentimientos de inferioridad e insuficiencia personal cuando se compara con otros
Depresión ↑	0.028 0.047		Disforia, y ↓(estado de ánimo, alejamiento y desinterés, ↓(motivación, ↓(energía vital. Sentimientos de desesperanza e inutilidad, aspectos cognitivos y somáticos de la depresión. Pensamientos de muerte e ideación suicida.
Somatización ↑		0.016 0.023	Angustia que proviene de la percepción de disfunciones corporales.
Ansiedad Fóbica ↑	0.001 0.002	0.031 0.028	Ansiedad fóbica, agorafobia y fobia social.
Psicosis ↑	0.013 0.011		Síntomas de 1 <sup>er</sup> rango Schneiderianos, comportamiento psicótico, y estilo de vida esquizoide.
GSI Índice Sintomático Positivo ↑	0.005 0.013		Mide el N° de Items evaluados positivamente.
PSDI Índice de Distrés Sintomático Positivo ↑	0.036 0.042		Mide la puntuación media obtenida en los ítems puntuados positivamente.

<b>Comparación de Medias grupo AbsS vs. GC</b>			
	Ingreso	Alta	
Escala	Sig (2-tailed)	Sig (2-tailed)	
ESTAI Rasgo ↑	0.002 0.006		Tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazadoras y ↑ su ansiedad.
LOCUS de Control Interno		0.016 0.002	Internalismo.
Asertividad (Rathus) ↓	0.028 0.036		Dificultad para expresar sentimientos y deseos positivos y negativos de una forma eficaz, sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.

<b>DSQ (Escala de Mecanismos de Defensa - Bond)</b>			
<b>Comparación de Medias grupo AbsS vs. GC</b>			
	Ingreso	Alta	
Escala	Sig (2-tailed)	Sig (2-tailed)	
Formación Reactiva ↑	0.002 0.002		Afecto y/o conducta consciente opuesta al impulso instintivo inaceptable (Neurosis Obsesivas).
Inhibición ↑	0.037 0.052		Se inhibe en situaciones conflictivas, mostrándose tímido, poco asertivo, evitando competir y actuando pasiva e inhibidamente con la gente y con el sexo.
Retirada ↑		0.020 0.010	Se aleja de la gente cuando se siente dolido, cuando se enfada, o cuando está triste.
Afiliación ↑	0.028 0.043		Ante situaciones difíciles o de distrés, busca compañía de alguien con los mismos problemas.
Formas Neuróticas ↑	0.003 0.001		Comunes en sanos de 3 a 90 años, en alt. neuróticas, y en el estrés agudo adulto. Alteran los sentimientos y la expresión instintiva. Parecen peculiares, neuróticos, obsesionados.

<b>TCI Ingreso</b>			
<b>Comparación de Medias grupo AbsS vs. GC</b>			
Escala		Sig (2-tailed)	
RD3 Desapego ↓		0.006 0.010	Tiende a estar solo y aislado, guarda sus problemas. Desinterés por las relaciones sociales. Indiferentes al rechazo.
RD Dependencia de la Recompensa ↓		0.014 0.029	Estabilidad emocional e independencia con escasa influencia de la presión social. Adopta una actitud práctica y disfruta de la soledad.
S5 Malos Hábitos ↓		0.038 0.020	Disgusto por las propias imperfecciones y escasa fuerza de voluntad.

EDI Ingreso		
Comparación de Medias grupo AbsS vs. GC		
Escala	Sig (2-tailed)	Sig (2-tailed)
Bulimia ↓	0.029 0.006	Tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.
Conciencia Interoceptiva ↑	0.044 0.047	Confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, e inseguridad para identificar sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

para evitar ser dañadas por el entorno, desde un autoconcepto negativo de sí mismas, de manera que percibían más sus propias imperfecciones y poca determinación. Todo ello se refleja en las bajas puntuaciones en RD3, RD y S5.

En el EDI puntuaron más bajo en Bulimia y más alto en Conciencia Interoceptiva, lo que habla de la desconfianza que tienen de sus propias percepciones, y el hecho de que mayoritariamente presentaban una Anorexia.

Tras el tratamiento, al alta, estas diferencias fueron desapareciendo respecto al grupo control, de manera que solo persistían en las escalas de Ansiedad Fóbica y somatización en el SCL-90 y en la de Retirada del DSQ. Curiosamente, se habían hecho más internalistas, lo que mejoraba su pronóstico.

## CONCLUSIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas que hace que el interés sea fundamentalmente descriptivo:

- Se trata de un grupo de pacientes muy específico, las que son derivadas a Hospital de Día.
- El grupo de estudio es aún pequeño N = 23.
- Las propias de un estudio retrospectivo, en un problema tan delicado con implicaciones morales, legales y sociales, que dificultan la obtención de una información objetiva y segura.
- Existencia de numerosas variables no controladas. (El maltrato es una variable influyente en la literatura revisada).
- Las diferentes formas de abuso no pueden ser controladas, dada la pequeña N.

En síntesis, el grupo de pacientes víctimas de

abusos sexuales estudiadas presenta algunas características peculiares, como presentar más patología comórbida y más grave, expresada en mayor frecuencia de Trastornos de Personalidad, más Trastornos Afectivos y Fóbicos y más Trastornos por Uso de Sustancias. El trastorno alimentario más frecuente es la Anorexia Nerviosa Compulsivo-Purgativa.

Son personalidades más neuróticas, inestables con pobre autoconcepto y tendencia a protegerse desde/con conductas obsesivas, evitativas y una actitud pragmática.

Tras el tratamiento su pronóstico se fue igualando al grupo control, pero seguían siendo más fóbicas y el control de las vivencias amenazantes se hacía a costa de una tendencia a la somatización.

Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes que permitan controlar las distintas variables que influyen en la clínica, para determinar mejor la participación de estas experiencias en la etiología, patoplastia y pronóstico de estas pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M.:** Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse Negl* 2001 Jun; 25(6): 771-85.
2. **Ackard DM, Neumark-Sztainer D.:** Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl* 2002 May; 26(5): 455-73.
3. **Beato L, Rodriguez T, Belmonte A.:** Experiencias disociativas en pacientes con trastornos alimentarios. *Anorexia & Bulimia* Vol 1 N° 4 Jun 1999: 2-3.

4. **Becker KL, Walton-Moss B.:** Detecting and addressing alcohol abuse in women. *Nurse Pract* 2001 Oct; 26(10): 13-6, 19-23; quiz 24-5Related.
5. **Cueto MA y Carbajo E.:** Model of expert psychological report on sexual abuse against minors, 1998.
6. **Diaz A, Simantov E, Rickert VI.:** Effect of abuse on health: results of a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Aug; 156(8): 811-7.
7. **Fonseca H, Ireland M, Resnick MD.:** Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *Int J Eat Disord* 2002 Dec; 32 (4): 441-8.
8. **Fornari V, Dancyger IE.:** Psychosexual development and eating disorders. *Adolesc Med* 2003 Feb; 14(1): 61-75.
9. **García Martín I.:** Comunicación a la 1ª Reunión Nacional sobre Mujer y Salud Mental (XIX Reunión Científica Anual de la Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría); 2003.
10. **Gati UN, Tenyi T, Tury F, Wildmann M.:** 18Int *J Eat Disord* 2002 May; 31(4): 474-7.
11. **Grilo CM, Masheb RM.:** Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes Res* 2001 May; 9(5): 320-5.
12. **Grilo CM, Masheb RM.:** Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002 Sep; 106(3): 183-8.
13. **Hartt J, Waller G.:** Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse Negl* 2002 Sep; 26(9): 923-38.
14. **Hayden EP, Klein DN.:** Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry* 2001 Nov; 158(11): 1864-70.
15. **Laporte L, Guttman H.:** Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *J Nerv Ment Dis* 2001 Aug; 189(8): 522-31.
16. **López, F.:** Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca. Amarú, 1995.
17. **McCabe KM, Lansing AE, Garland A, Hough R.:** Gender differences in psychopathology, functional impairment, and familial risk factors among adjudicated delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Jul; 41(7): 860-7.
18. **Molinari E.:** Eating disorders and sexual abuse. *Eat Weight Disord* 2001 Jun; 6(2): 68-80.
19. **Murray C, Waller G.:** 10 *Int J Eat Disord* 2002 Sep; 32(2): 186-91.
20. **Patrick L.:** Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Altern Med Rev* 2002 Jun; 7(3): 184-202.
21. **Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO.:** Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002 Mar; 159(3): 408-11.
22. **Rickert VI, Vaughan RD, Wiemann CM.:** Adolescent dating violence and date rape. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002 Oct; 14(5): 495-500.
23. **Romanos S, Belaise C, Martín J, Morris E, Raffi A.:** 16 *Psychother Psychosom* 2002 May-Jun; 71(3): 141-50.
24. **Russell GF.:** Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2001 Jun; 24(2): 337-49.
25. **Sanmartín J.:** (ed.) *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel, 1999.
26. **Seligman Z, Bleich A.:** A treatment unit within a medical center for adult survivors of childhood sexual abuse: an interdisciplinary approach. *Harefuah* 2002 Jan; 141(1): 34-8, 126.
27. **Sherwood NE, Neumark-Sztainer D, la Historia M, Beuhring T, Resnick MD.:** 12.
28. **Smolak L, Murnen SK.:** A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002 Mar; 31(2): 136-50.
29. **Stice E.:** Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002 Sep; 128(5): 825-48.
30. **Steiger H, Gauvin L, Israel M, Koerner N, Ng Ying Kin NM, Paris J, Young SN.:** Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Sep; 58(9): 837-43.
31. **Thompson KM, Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE.:** Sexual victimization and adolescent weight regulation practices: a test across three community based samples. *Child Abuse Negl* 2001 Feb; 25(2): 291-305.
32. **Waller G, Meyer C, Ohanian V, Elliott P, Dickson C, Sellings J.:** The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis* 2001 Oct; 189(10): 700-8.
33. **Waller G, Ohanian V, Meyer C, Everill J, Rouse H.:** The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2001 Nov; 40(Pt 4): 387-97.
34. **Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B.:** Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eat Disord* 2001 Dec; 30(4): 401-12.