Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios.

Child and adolescent sexual abuse and its relationship with eating disorders.

Rosa Behar¹ y Flora de la Barra²

Background: A history of childhood sexual abuse (SA) or adolescence in eating disorders (ED) is documented in clinical experience and in the literature. However, the complex relationships between both conditions have not been systematized. **Objective:** To describe the clinical and neurobiological relationship between SA and ED. **Method:** The specialized literature in texts and articles included in Medline/PubMed, SciELO was thoroughly analysed. Central concepts were outlined and information was written seeking didactic cohesion, including an illustrative clinical case. **Results:** Although SA is a nonspecific factor for the development of mental disorders, it constitutes a significant predisposing, triggering and perpetuating phenomenon for the emergence of ED, mainly bulimia nervosa. Risk, mediator, predictor, protective and resilience factors are described. Both specific conditions show analogous neurobiological and clinical correlates (core symptoms and adaptive functions). Similar dysfunctions exist in reward and emotional regulation circuits, with limited structural disturbances in prefrontal areas. **Conclusions:** There is strong evidence of the coexistence of SA in ED. However, it is necessary to develop research models that truly integrate genetic, hormonal, neurotransmitter, personality and sociocultural risk processes.

Key Words: Child Abuse, Adolescent, Sexual, Feeding and Eating Disorders
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (4): 308-320

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/03/04

Recibido: 2020/07/22

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

² Médico Psiquiatra Infanto Juvenil, Profesora Adjunta, Departamento de Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La investigación orientada a comprender la etiología y las comorbilidades de los trastornos alimentarios (TCA) identifica el trauma sexual como una vía potencial para la irrupción y mantenimiento de estas patologías⁽¹⁾. La evidencia sugiere que el trauma sexual precede y contribuye a su desarrollo⁽²⁾. La literatura indica que las características perceptuales pueden favorecer la aparición de un TCA a través de la insatisfacción corporal, la vergüenza, la disfunción sexual y el miedo a futuros traumas sexuales.

En niños y adolescentes se ha constatado que el antecedente de maltrato incrementaba 3,7 veces el riesgo de cualquier trastorno psiquiátrico y el de abuso sexual infantil (AS) en 2,54 veces⁽³⁾, siendo el AS la más potente adversidad asociada a psicopatología adulta compleja, especialmente en mujeres⁽⁴⁾.

Entre las víctimas adolescentes de AS⁽⁵⁾ se documentó que éste era muy reiterado, en todos los niveles socioeconómicos, siendo perpetrado principalmente por hombres adultos dentro de la familia de las víctimas, las que corren un alto riesgo de sufrir dramáticas consecuencias posteriores, entre otras: promiscuidad sexual, AS y físico, ansiedad, depresión, baja auto-estima, abuso o dependencia de alcohol y drogas, desórdenes del sueño, disociativos, TCA, embotamiento emocional, culpa, vergüenza, ideación suicida. Aunque superficialmente puede parecer que existe recuperabilidad del daño, los informes de seguimiento muestran que a menudo la discapacidad permanece mucho tiempo después de terminado el abuso.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo de carácter interpretativo e integrador de la evidencia sobre diversos aspectos de la relación entre el AS y el TCA, enfatizando los siguientes ejes de análisis: rol del AS como factor mediador y predictor de riesgo para TCA, similitudes clínicas y neurobiológicas.

MÉTODO

Entre los meses de enero y abril de 2020, para intentar definir la compleja relación entre AS y TCA, buscando fenómenos en común, se efectuó un análisis crítico y exhaustivo de artículos disponibles en la literatura especializada, tanto de investigación como de actualización de los tópicos (61 en total), y 3 textos de consulta, incluyéndose aquellos que relacionaban la presencia de AS infantil y adolescente, con los TCA y sus subtipos, mediante las bases de datos Medline/PubMed, SciELO, abarcando desde 1991 hasta la actualidad (2020), utilizando para la búsqueda palabras clave como eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, child sexual abuse, maltreatment, neurobiology, con los operadores booleanos and (y)/or (o). Se describe un caso ilustrativo (Tabla 1).

Factores de riesgo

El maltrato es estudiado como uno de los factores de riesgo para TCA, junto con influencias culturales, factores de personalidad, alteración de procesos neuro-cognitivos y cerebrales^(6,7).

Correlatos neurobiológicos en maltrato/AS y en desórdenes alimentarios

Se ha acuñado el concepto de “vulnerabilidad latente”, mediante el cual, los procesos cognitivos y biológicos son afectados por la exposición al maltrato/abuso antes de desarrollar psicopatología. La exposición temprana a estresores conduce a alteraciones en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, en el factor liberador de corticotrofina, monoaminas y sustancia P, de una serie de sistemas de neurotransmisores y un aumento de marcadores de inflamación (interleukinas-6, proteína C-reactiva)⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Por otra parte, la historia de abuso potencia el riesgo de TCA en mujeres con un alelo corto de 5-HTTLPR, interactuando también

Tabla 1. Caso clínico

(Adaptado de: Behar R. Abuso sexual y trastornos del hábito del comer. Folia Psiquiátrica 1998; 4: 69-76.)⁽⁶⁵⁾

Paciente anoréctica, subtipo con atracones y/o purgas, de 21 años, soltera, sin hijos, estudiante universitaria. Informa haber presentado un sobrepeso previo. Posteriormente, a raíz de un abandono sentimental, comienza un período restrictivo durante dos años con amenorrea, al cual posteriormente se agregan atracones y vómitos auto-inducidos hasta tres veces por semana, motivo de su actual consulta. Después de un año de controles regulares de la especialidad, confiesa haber sido víctima de abuso sexual por parte de la pareja de una tía paterna con cuya familia compartían la casa. Esta situación traumática es revivida claramente con ayuda de sesiones de hipnosis. Aparecen comportamientos auto-agresivos (cortes) e ideación suicida. Sin embargo, debido a la indicación de farmacoterapia (Fluoxetina hasta 80 mg/día y Clonazepam hasta 3 mg/día) y a la posibilidad de expresar catárticamente estas vivencias a través de una psicoterapia integral cognitivo-conductual y de apoyo orientada psicodinámicamente, experimenta una mejoría en sus síntomas ansiosos y depresivos y de sus hábitos alimentarios patológicos. Clama insistentemente justicia y demanda a sus padres denunciar a su victimario. El testimonio de la paciente sobre el episodio mencionado es el siguiente:

“Yo tenía sólo cuatro años. Siempre me invitaba a su pieza diciéndome que me tenía una sorpresa, un regalo o dulces. Yo nunca había aceptado y tampoco me daba cuenta, pero fue tanta su insistencia que un día fui a su cuarto y cerró la puerta con pestillo. Al principio confiaba en él, pero luego se sacó la ropa delante de mí, acostándose junto a él. Inicialmente eran solamente “toqueteos”, me tocaba todo el cuerpo, hasta mis zonas íntimas y esto con mucha fuerza. Era muy doloroso, me pedía que me sacara la ropa y posteriormente comenzó a introducirme los dedos por la vagina y el ano. Yo me oponía, pero su fuerza comparada con la mía era superior. Desde allí en adelante principió a intimidarme con un rifle y a amenazarme con contar todas las cosas malas que yo hacía. Toda esta situación transcurrió aproximadamente durante cinco meses. Y no conforme con todo lo anterior, en una oportunidad completamente desnudo y exhibiendo sus órganos genitales, me quitó mis cuadros y sentí algo en mi vagina que me dolió mucho. Al salir de la pieza horrorizada, mis cuadros estaban manchados con sangre. Lloré mucho porque no sabía lo que pasaba. A la semana siguiente, volvió a repetir lo mismo. En aquella ocasión no sangré mucho como la primera vez, pero también sentí ese dolor intenso que me hacía salir lágrimas. Esa fue la última vez que entré a su dormitorio. Recuerdo que sentía sus pasos y me escondía debajo de la mesa, en la cocina o algunas veces lloraba en un rincón del comedor o en el living, tapada con una toalla para que no me viera. Toda esta pesadilla se prolongó alrededor de seis meses. Pasaron los años y hoy puedo recordar perfectamente lo sucedido. Todavía en los últimos meses continuaba acosándome, se acercaba a saludarme de la siguiente manera: me abrazaba, intentaba acariciarme los senos, el trasero y las piernas, trataba de besarme en la boca y me decía mirándome de pies a cabeza que mi cuerpo estaba muy bien. Yo me siento culpable por no haber tenido la fortaleza y coraje de decirle que no siguiera comportándose de esa manera conmigo, pero aún tenía el recuerdo de las advertencias que me hacía cuando era pequeña. Sin embargo, me apena y lloro mucho porque no puedo olvidar nada. Cada vez recuerdo con más detalles lo que ocurrió y por ese motivo vivo permanentemente angustiada y aún más por lo que sufren mis padres, porque lo único que he hecho es traerles problemas en la vida. Todo me da “lata, flojera, aburrimiento, salgo a la calle y siento miedo de todo lo que me rodea, no puedo disfrutar de nada, a veces sonrío, pero otras finjo hacerlo”.

A través de todo el tiempo que se ha controlado, ha mantenido persistentemente una importante distorsión de la imagen corporal que ha sido prácticamente inmodificable. Sus comportamientos bulímicos han desaparecido de manera fluctuante, permaneciendo sin atracones ni purgas hasta por dos meses, situación que se ha consolidado hasta el presente. Pese a que la paciente ha presentado una evolución tórpida en cuanto a su conducta alimentaria, oscilando entre períodos restrictivos y bulímicos, junto a manifestaciones de la esfera depresiva y ansiosa, tales como fobia y obsesiones acompañadas de compulsiones; actualmente estos síntomas básicamente han entorpecido su productividad en el ámbito universitario (debió congelar su carrera), conservándose de modo aceptable su integridad desde las perspectivas orgánica y relacional social. Nunca ha mantenido relaciones sexuales por voluntad propia; no obstante, ha planificado casarse y tener hijos. Niega consumo de alcohol y sustancias ilícitas. La paciente se considera complaciente con los demás, tolerante y auto-exigente. Poco sociable, tímida y con escasa auto-valía. Llama la atención su actitud candorosa pero francamente manipuladora, quejumbrosa y auto-compasiva, con sentimientos permanentes de culpa con respecto a estar enferma, a no poder mejorarse con rapidez y por el sacrificio al que siente estar sometiendo constantemente a sus padres.

con el estilo parental. No se han identificado genes específicos para los TCA, siendo los candidatos más poderosos, los polimorfismos de receptores de serotonina para anorexia nervosa. Las alteraciones epi-genéticas en el gen receptor D2 de dopamina en mujeres con anorexia y bulimia han sido más significativas en el subgrupo con historia de abuso o un trastorno de personalidad⁽¹⁰⁾.

En sujetos abusados se observa reactividad aumentada bilateral de la amígdala ante rostros intimidantes, reflejando vigilancia exacerbada frente a las amenazas ambientales, relacionadas con alteraciones de los niveles de cortisol basal. Su persistencia en la adultez, refleja efectos moleculares del estrés en la composición bioquímica del ácido desoxiribonucleico y cambios epigenéticos que alteran la expresión de genes regulatorios. El maltrato ocurrido en edades más tempranas tendría efectos más deletéreos y acumulativos. A su vez, el antecedente de maltrato y la alta reactividad de la amígdala basal son predictores de mayor exposición posterior a eventos traumáticos y síntomas internalizantes. La sensibilización de la amígdala sería adaptativa a corto plazo, pero tendría un costo de maladaptación a largo plazo, interactuando con otros factores de riesgo, desde la condición resiliente hasta diagnósticos psiquiátricos, como los TCA. Algunos fenotipos resultantes del maltrato/abuso son: aumento de reactividad emocional e hiperactividad de la amígdala en ansiedad y estrés post traumático, desinhibición conductual y reactividad amigdalina plana ante el estrés en trastornos conductuales⁽¹¹⁾. Un estudio prospectivo de AS antes de los 10 años, mostró retardo en la maduración de la inhibición de respuesta, a lo largo de la adolescencia y adultez joven, aumento de impulsividad asociada a problemas emocionales/afectivos y abuso de alcohol. Se considera un indicador de retraso de la maduración cortical y de la poda neuronal que afecta el control top-down del procesamien-

to neural⁽¹²⁾.

Las alteraciones cerebrales estructurales encontradas en adolescentes que fueron abusadas, muestran menor grosor en corteza prefrontal ventro medial, corteza órbito-frontal derecha, giro frontal derecho inferior, giro parahipocámpico bilateral, polo temporal izquierdo, giro temporal bilateral inferior, mediano derecho y superior derecho⁽¹³⁾. En adolescentes anorécticas, se han documentado volúmenes aumentados de sustancia gris en la corteza órbito-frontal e insular, y menor integridad de la sustancia blanca del fórnix, hallazgos similares a los encontrados en adultas. Sugiere que factores del neuro-desarrollo, podrían contribuir a las alteraciones cerebrales⁽¹⁴⁾. En niñas abusadas sexualmente, se ha observado una reducción de la representación genital en la corteza somato-sensorial, lo que implicaría una función “adaptativa”. El AS en mujeres, se relaciona con disminución del cuerpo calloso⁽¹⁵⁾ y una relación inversa entre el volumen de la sustancia gris en el giro lingual y la corteza intracalcarina.

Las alteraciones anatómicas y funcionales en la corteza órbito-frontal representan una base biológica para déficits en el funcionamiento cognitivo y social. Se ha constatado que los eventos adversos tempranos predicen conectividad reducida del giro frontal inferior derecho e izquierdo, región que juega un rol importante en el control de impulsos y regulación emocional⁽¹⁶⁾.

El maltrato infantil está asociado a malfuncionamiento de varios sistemas neuro-cognitivos: procesamiento de amenazas, de recompensas, regulación emocional y control ejecutivo, cambios que predicen una vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos^(9, 17). La conectividad en estado de reposo en la corteza fusiforme temporal izquierda está inversamente correlacionada con síntomas intrusivos y disociación peri-traumática⁽¹⁸⁾. En adolescentes maltratados, se ha encontrado disminución significativa de pensamientos

positivos, aumento de los negativos, y conectividad reducida entre la corteza cingulada anterior sub-genua y la región fronto-parietal⁽¹⁹⁾.

En la anorexia nerviosa, la restricción severa de ingesta está relacionada con control inhibitorio hiperactivo en combinación con un circuito de recompensa disminuido. En contraste, la disregulación, tanto de motivaciones inhibitorias y de recompensa, explican alternancia de sobreconsumo y restricción, característica de la bulimia. Las adolescentes bulímicas han mostrado conectividad aumentada de las redes de atención ventral y por defecto, asociada a la gravedad de la bulimia y a las preocupaciones sobre la imagen corporal/peso⁽²⁰⁾. En bulimia nerviosa, además existe disminución del grosor del giro frontal inferior, persistente a pesar de la remisión de los síntomas, y correlacionada con la frecuencia de episodios, postulándose como marcadores específicos de síntomas bulímicos⁽²¹⁾. Asimismo, se ha demostrado disfunción del control auto-regulatorio en pacientes bulímicas, con reducción de la activación fronto-estriatal y cíngulo-opercular durante la respuesta a estímulos conflictivos incongruentes⁽²²⁾. Ante una tarea de conflicto cognitivo, los controles normales disminuyeron la activación a lo largo del tiempo, mientras que las pacientes con bulimia nerviosa remitida lo aumentaron. A medida que los síntomas disminuían, la activación aumentaba. Se postula que sería un mecanismo compensatorio de resiliencia que permite el aprendizaje de auto-regulación de las conductas de comer a lo largo del desarrollo⁽²³⁾. Se estima que la purga puede atenuar la intensidad de la asociación entre el historial de AS y físico y de las conductas de auto-daño no suicida⁽²⁴⁾.

El trastorno por atracones está asociado a sensibilidad alterada de las regiones ventrales de recompensa, ligadas a rasgos de temperamento, como ansiedad y evitación del daño⁽²⁵⁾.

Influencia de la familia en los síndromes alimentarios

Existen patrones de interacción familiar que distinguen a los subtipos de TCA y que permiten discriminar grupos de diagnóstico cuando se trata de definir el rol del AS⁽²⁶⁾. Además, particularmente el abuso incestuoso, no puede desvincularse del contexto en el que ocurre, en función de los valores socioculturales y los códigos éticos, por lo que su impacto en el desarrollo y la salud mental, sería sumamente relevante y distintivo. En una encuesta aplicada a estudiantes que informaron AS, éstos evidenciaban un mayor riesgo de sufrir un TCA, independientemente de las variables sociodemográficas, familiares y psicosociales⁽²⁷⁾. Las relaciones familiares permanentemente negativas, especialmente con experiencias físicamente abusivas, pueden aumentar el riesgo de TCA. En un estudio entre universitarios varones, 4% había sufrido AS, 3,6% había sido víctima de abuso físico, 26,2% reportó antecedentes familiares adversos y 4,6% tenía un riesgo mayor de desarrollar un TCA⁽²⁸⁾. Entre las adolescentes con AS, los factores protectores incluyeron un mayor apego emocional a la familia, ser religiosa o espiritual, la presencia de ambos padres en el hogar y la percepción de poseer un buen estado de salud integral⁽²⁹⁾. Entre los parámetros que aumentaban los correlatos adversos, se detectaron un ambiente escolar estresante por uso de sustancias, la conmoción por el AS, el consumo de alcohol materno y el abuso físico. Para los adolescentes varones, la educación materna y la dedicación de los padres parecían ser factores protectores. Las mujeres con antecedentes de agresiones intrafamiliares tenían más probabilidades de sufrir un TCA grave⁽³⁰⁾. Adicionalmente, el AS de las madres se ha asociado con TCA de por vida, uso de laxantes, vómitos y una marcada insatisfacción corporal durante el embarazo⁽³¹⁾.

Otros factores predisponentes

Etnia.

El 10% de participantes latinos que había sufrido AS, presentaba TCA (12,2% mujeres y 7,3% hombres)⁽³²⁾. Para las mujeres, tanto el abuso infantil físico como sexual contribuyeron al desarrollo de un TCA, pero en los hombres sólo el AS favoreció su ocurrencia. Las poblaciones de minorías étnicas presentan cifras relativamente altas de TCA y el antecedente de AS, es un factor de riesgo significativo para las patologías alimentarias. En estudiantes secundarios mexicanos, la probabilidad de un TCA fue 7 veces mayor cuando se informó la experiencia de AS y 36 veces cuando ocurrió antes de los 14 años⁽³³⁾.

Género/Sexualidad

Los hombres homosexuales y bisexuales con antecedentes de AS, son significativamente más propensos a tener bulimia nerviosa subclínica o cualquier tipo de TCA, por lo que se recomienda rutinariamente evaluar el desorden alimentario como un mecanismo potencial para hacer frente a las secuelas emocionales asociadas con el abuso⁽³⁴⁾. En adolescentes islandesas se detectó que las mujeres mostraban tres veces más probabilidades que los hombres de experimentar AS asociado con un estado de ánimo depresivo y ansiedad⁽³⁵⁾.

Psicopatología de los TCA y su relación con antecedentes biográficos de AS

En los TCA se han descrito clásicamente síntomas nucleares, análogos a las manifestaciones psicológicas característicamente consideradas como consecuencias del AS; éstas son: intensificación de la preocupación y el pudor en torno al cuerpo, creación de una motivación para la purificación, pobreza en las relaciones interpersonales (el contacto humano se siente como peligroso), en ambos casos la temática constituye un secreto vergonzoso, susceptibilidad, baja auto-estima, culpa, ansiedad, hostilidad, depresión,

conducta auto-destructiva, distorsión de la imagen corporal, desconfianza interpersonal, maladaptación sexual y sentimientos de soledad^(36, 37).

Se han descrito algunas funciones adaptativas de los síntomas de los TCA insertos en un contexto de AS, tales como: comodidad, nutrición, distracción, sedación, energizante, atención (ej. grito de ayuda), rebeldía, descarga de rabia, identidad y auto-estima, desamparo mantenido, control y poder, predictibilidad y estructuración, establecimiento de espacio psicológico, reactivación del abuso (repetición compulsiva), auto-castigo o castigo corporal, contención de la fragmentación, disociación de pensamientos, sentimientos e imágenes intrusivos, limpieza o purificación del self, intento de desaparecer (anorexia nerviosa), creación de un gran cuerpo para protección (sobrepeso u obesidad), evitación de la intimidad, liberación de la tensión acumulada por la hipervigilancia, síntomas que prueban “yo soy mala”, en lugar de culpar a los abusadores⁽³⁸⁾.

Algunos autores han propuesto que el AS podría provocar un estilo de afrontamiento principalmente disociativo, generando baja auto-estima, mala regulación de las emociones y sensación de pérdida de control, que se compensa través de conductas alimentarias patológicas, tales como la auto-inanición⁽³⁹⁾.

Factores protectores y resiliencia

La forma como el maltrato/abuso afecta el desarrollo de los niños y adolescentes muestra gran variación. Algunos sufren consecuencias devastadoras y persistentes por toda la vida, mientras otros están poco afectados. Algunos se recuperan adaptándose rápido, incluso surgen fortalecidos contra todos los pronósticos, transformando la adversidad en ventaja. Los estudios de resiliencia consideran varios factores y procesos promotores y protectores, tanto individuales del niño, como familiares y sociales, que sirven como base para desarrollar programas

con alto potencial preventivo⁽⁴⁰⁾. Ciertos factores protectores están en la familia y en el colegio⁽⁴¹⁾, en cualidades individuales como temperamento, personalidad y cogniciones. Ciertas dimensiones contextuales son protectoras: el uso estratégico de recursos disponibles, refuerzo positivo entregado por otros significativos, la capacidad adaptativa del ambiente mismo, y factores temporales y culturales⁽⁴⁰⁾. En adolescentes con adaptación positiva a la adversidad, se identificaron dos áreas con mayor sustancia gris en el giro frontal superior y medial⁽⁴²⁾. Otro análisis mostró que una capacidad cognitiva y función ejecutiva más elevadas del adolescente son protectoras⁽⁴³⁾. Se demostró que, en pacientes resilientes asintomáticos y controles normales, la amígdala derecha tenía eficiencia conectiva más baja⁽⁴⁴⁾, permitiendo aislar el impacto del daño en la red neuronal y proteger al individuo de psicopatología.

Factores mediadores y predictores

Los AS y físico habitualmente predicen una mayor preocupación alimentaria. En este sentido, el comportamiento auto-destructivo de pacientes anoréxicas y bulímicas, sería uno de los predictores más importantes de una historia de AS y/o físico. En la anorexia nerviosa restrictiva con antecedentes de bulimia nerviosa previa, se observa una mayor edad de inicio del TCA, más síntomas psiquiátricos, más morbilidad psiquiátrica familiar y una mayor tasa de AS⁽⁴⁵⁾. En bulimia nerviosa, el AS se ha asociado, tanto con la frecuencia de purga diaria como con el comportamiento auto-destructivo⁽⁴⁶⁾. Se ha verificado que 55,7% de las víctimas de AS informaron conductas auto-dañinas, versus 15,5% en adolescentes sanos⁽⁴⁷⁾. Las víctimas de AS con y sin trastorno por estrés postraumático tuvieron una correlación positiva entre la disregulación emocional y conductas alimentarias. Un estudio de predictores de auto-daño no suicida en mujeres con TCA mostró que el comienzo temprano

de los problemas de alimentación, Índice de Masa Corporal más bajo, sentirse gorda y el antecedente de AS o físico, aumentaban el riesgo de auto-daño, postulando que, tanto éste como la conducta purgativa pueden tener la función de regulación emocional en mujeres con TCA⁽⁴⁸⁾.

Los TCA, representarían una modalidad de hacer frente al fracaso del entorno esperado, a la presencia de síntomas psicológicos, a la necesidad de auto-control y a la regulación afectiva^(2, 49). Esto se efectúa por la vía de las percepciones corporales, mediante la insatisfacción corporal, la vergüenza, la disfunción sexual, las creencias disfuncionales, la autonomía deteriorada y el miedo a futuros traumas sexuales.

Tanto la disregulación de la emoción como la disociación, serían mediadores significativos entre AS y TCA⁽⁵⁰⁾. La disociación mental (ej. amnesia, alteraciones de identidad, desrealización y despersonalización), provocada por el AS, implica experiencias de pérdida de control, que parecen caracterizar a ciertos TCA, siendo más graves en aquellos que informaron AS o físico⁽⁵¹⁾.

Los pacientes con TCA muestran un aumento de la impulsividad e inestabilidad afectiva, principalmente aquellos que han padecido AS⁽⁵²⁾. Se ha demostrado que la impulsividad conductual proporcionó el efecto mediador más significativo entre un historial de AS y un comportamiento de purga y dieta restrictiva⁽⁵³⁾.

Anorexia nerviosa

Una revisión sistémica y un meta-análisis revelaron que la asociación entre TCA y AS fue de 1,92, 2,31 y 2,73 para la anorexia nerviosa, el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa, respectivamente, considerándose la estimación de AS y anorexia nerviosa como no significativa⁽⁵⁴⁾.

Bulimia nerviosa

Se ha postulado que tanto el AS como el

físico son factores de riesgo, aunque no específicos para el desarrollo de la bulimia nerviosa, especialmente cuando existe co-morbilidad psiquiátrica. El 35% de los casos reportó AS, incluyendo una categoría severa y reincidente⁽⁵⁵⁾. Un estudio con adolescentes, concluyó que la incidencia del síndrome bulímico fue 2,5 veces mayor entre los que informaron un episodio de AS y 4,9 entre los que informaron dos o más episodios de AS⁽⁵⁶⁾, apoyando la relación entre el comportamiento purgativo y la gravedad de la violencia sexual y también el vínculo entre la percepción inexacta del peso corporal y el bajo peso.

Comúnmente los sentimientos que provocan atracones son aquellos relacionados con el abuso o la violencia y conducen a un comportamiento anormal asociado con la culpa y la vergüenza. Una investigación confirmó que 30% de las pacientes bulímicas poseían antecedentes de AS⁽⁵⁷⁾. Se ha enfatizado que la asociación entre las adversidades del desarrollo (ej. AS y abuso físico) y los síndromes bulímicos puede atribuirse a una patología de la personalidad co-mórbida, que podría ser un mejor predictor de alteraciones en las relaciones objetales, defensas primitivas y hostilidad⁽⁵⁸⁾. Por otro lado, la disociación y la sumisión se han asociado con las formas más severas de abuso en bulímicas y en su ocurrencia en la edad adulta, ha estado siempre presente el AS.

Trastorno por atracones

Un total del 83% de los pacientes con trastornos por atracones informaron algún tipo de maltrato infantil: abuso emocional (59%), abuso físico (36%), AS (30%), negligencia emocional (69%) y negligencia física (49%), sin diferencias en el tipo de maltrato infantil por género o estado de obesidad⁽⁵⁹⁾. El abuso emocional se vinculó a mayor insatisfacción corporal y depresión y menor auto-estima en hombres y mujeres y el AS con una mayor insatisfacción corporal en los hombres.

Además, el 30% cumplía los criterios para al menos un trastorno de la personalidad. El abuso emocional se asociaba significativamente con trastorno de la personalidad del grupo C, en general, y específicamente con el subtipo evitador⁽⁶⁰⁾. Adicionalmente, las tasas de AS han sido significativamente más altas en las mujeres negras con trastorno por atracón que en los grupos de comparación psiquiátrica⁽⁶¹⁾.

DISCUSIÓN

Las evidencias obtenidas de los múltiples estudios a lo largo de esta revisión, señalan que las víctimas de AS tienen riesgo aumentado para desarrollar obesidad o TCA de variadas formas e intensidades⁽⁶²⁾. Las experiencias traumáticas infantiles y la disregulación emocional resultan significativamente mayores en personas con TCA versus controles sanos⁽⁶³⁾. Los individuos expuestos a los diversos tipos de maltrato infantil pueden estar particularmente en alto riesgo para un TCA⁽⁶⁴⁾.

Se ha verificado⁽⁵³⁾ que los niños maltratados presentan un mayor grado de insatisfacción con el peso, de compulsividad por la delgadez, purgas, dietas y comportamiento impulsivo-auto-destructivo, hallazgos similares a los observados en adultos con AS.

Tanto en los TCA como en los sobrevivientes de maltrato/abuso se observan alteraciones neurobiológicas en la respuesta al estrés, sistema inmune y en la estructura y funcionalidad cerebral. El riesgo es mayor durante la adolescencia, ya que se alteran los inmensos cambios normativos del desarrollo neurobiológico cerebral, propios de esta etapa vital. Las alteraciones funcionales cerebrales, tanto en secuelas de maltrato y AS como en el TCA, poseen en común, la afectación de las funciones de flexibilidad cognitiva, regulación emocional, procesamiento de recompensas, y están localizadas en los circuitos cerebrales involucrados en

esas funciones.

El maltrato infantil, el AS y factores parentales de crianza son considerados como moderadores ambientales. Se ha documentado la ocurrencia de abuso previa al TCA y su poder predictor prospectivo⁽⁶⁾.

La complejidad de los procesos de la psicopatología propia de los TCA, la influencia de los múltiples factores de riesgo, protectores y moderadores y la comorbilidad, hacen aún más difícil sacar conclusiones definitivas sobre la relación TCA y AS. Sumado a lo anterior, el AS parece ser un factor de riesgo para psicopatologías múltiples, sobre las cuales se podrían agregar elementos específicos para los TCA, lo que aún no se ha dilucidado completamente. Es necesario desarrollar modelos de investigación que

integren realmente los procesos genéticos, hormonales, neurotransmisores, de personalidad y socioculturales de riesgo.

Por otra parte, los profesionales de la salud deben ser especialmente conscientes de la magnitud del impacto del AS y reconocer la necesidad para estos pacientes de servicios psicológicos y médicos especializados⁽⁵⁾.

Ya que la gran mayoría de la (o) s niña (o) s abusada(o)s sexualmente no presentan evidencias físicas inmediatas y las consecuencias del abuso son mucho más prolongadas en el tiempo que el abuso mismo, se debe colocar especial atención a los síntomas silenciosos de advertencia, propios del AS, principalmente como cambios en la actitud hacia el propio cuerpo y hábitos alimentarios.

Resumen

Antecedentes: El antecedente de abuso sexual (AS) en la infancia o adolescencia en los trastornos alimentarios (TCA) está documentado en la experiencia clínica y en la literatura. Sin embargo, las complejas relaciones entre ambas condiciones no han sido sistematizadas. **Objetivo:** Describir la relación clínica y neurobiológica entre AS y TCA. **Método:** Se analizó exhaustivamente la literatura especializada en textos y artículos incluidos en Medline/PubMed, SciELO. Se perfilaron los conceptos centrales y se redactó la información buscando didáctica cohesión incluyendo un caso clínico ilustrativo. **Resultados:** Aunque el AS es un factor inespecífico para el desarrollo de trastornos mentales, constituye un fenómeno significativo predisponente, desencadenante y perpetuante para la emergencia de un TCA, principalmente bulimia nerviosa. Se describen los factores de riesgo, mediadores, predictores, protectores y de resiliencia. Ambas condiciones poseen correlatos neurobiológicos y clínicos análogos (síntomas nucleares y funciones adaptativas). Existen disfunciones similares en los circuitos de recompensa y regulación emocional, con alteraciones estructurales distintas en áreas prefrontales. **Conclusiones:** Existe contundente evidencia de la coexistencia de AS en los TCA. No obstante, es necesario continuar desarrollando modelos de investigación que integren realmente los procesos genéticos, hormonales, neurotransmisores, de personalidad y socioculturales de riesgo.

Palabras clave: Abuso Infantil, Adolescente, Sexual, Trastornos de la Alimentación y de la Ingesta Alimentaria

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Behar R, Arancibia M, Sepúlveda E, Muga A. Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. In: Morton N, editor. *Eating disorders in the 21st century. Eating disorders: Prevalence, risk factors and treatment options*. New York: Nova Science Publishers, 2016.p. 149–172.
2. Madowitz J, Matheson B, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 281-93.
3. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental health disorders in Chile: A community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 1026-1035.
4. Putnam K, Harris W, Putman F. Synergistic childhood adversities and complex psychopathology. *J Trauma Stress* 2013; 26: 435-442.
5. Jeffrey B, Jeffrey L. Psychologic aspects of sexual abuse in adolescence. *Curr Opin Obstet Gyn* 1991; 3: 825-31.
6. Culbert K, Racine S, Lump K. What we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological and biological research. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56:1141-1164.
7. Danese A, McCrory E. Child maltreatment. In: Thapar A, Pine D, Leckman J, Scott S, Snowling M, Taylor E, editors. *Rutter's Textbook of Child & Adolescent Psychiatry*. 6 Edition. London: Wiley-Blackwell, 2015.p. 364-375.
8. Nemeroff C, Binder E. The preeminent role of childhood abuse and neglect in vulnerability to major psychiatric disorders: towards elucidating the underlying neurobiological mechanisms. *J Am Acad Child Psy* 2014; 53: 395-397.
9. Mc Crory E, Gerin M, Viding E. Childhood maltreatment. Latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry-the contribution of functional brain imaging. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 338-357.
10. Steiger H, Gauvin L, Israel M, Kin N, Young S, Roussin J. Serotonin function, personality-trait variations and childhood abuse in women with bulimia spectrum eating disorders. *J Clin Psychiat* 2004;65: 80-837.
11. Gerin M, Viding E, Pingault JP, Puetz V, Knodt A, Radtke S, Bartholomew D, et al. Heightened amygdala reactivity and increased stress generation predict internalizing symptoms in adults following childhood maltreatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60:752-761.
12. Meyers J, McCutcheon V, Pandey A, Kamarajan C, Subbie S, Chorlian D, et al. Early sexual trauma exposure and neural response inhibition in adolescence and young adults: trajectories of frontal theta oscillations during go/no-go task. *J Am Acad Child Psy* 2019; 58:242-255.
13. Gold A, Sheridan M, Peverill M, Busso D, Lambert H, Alves S, et al. Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57: 1154-1164.
14. Frank G, Shott M, Hagman, Yang T. Localized brain volume and white matter integrity alterations in adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Psy* 2013; 52: 1066-1075.
15. Teicher M, Samson J. Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57: 241-266.
16. Barch D, Belden A, Tilman M, Whalen D, Luby J. Early childhood adverse experiences, inferior frontal gyrus connectivity and the trajectory of externalizing psychopathology. *J Am Acad Child Psy* 2018; 57: 183-190.

17. Hein T, Monk C. Neural response to threat in children, adolescents and adults after child maltreatment-a quantitative meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 222-230.
18. Berman Z, Assaf Y, Tarrasch R, Joel D. Assault-related self-blame and its association with PTSD in sexually assaulted women: An MRI inquiry. *Soc Cogn Affect Neur* 2018; 13: 775-784. doi:10.1093/scan/nsy044.
19. Hoffman F, Viding E, Puetz V, Gerin M, Sethi A, Rankin G, et al. Evidence for depressogenic spontaneous thoughts and altered resting state connectivity in adolescents with a maltreatment story. *J Am Acad Child Psy* 2019; 57: 687-695.
20. Domakonda M, He X, Lee S, Cyr M, March R. Increased functional connectivity between ventral attention and default mode networks in adolescents with bulimia nervosa. *J Am Acad Child Psy* 2019; 58: 232-241.
21. Cyr M, Kopala-Sybley D, Lee S, Chen C, Stefan M, Fontaine M. Reduced inferior and orbital frontal thickness in adolescent bulimia nervosa persists over two-year follow-up. *J Am Acad Child Psy* 2017; 56: 866-874.
22. Marsh R, Horga G, Wang Z, Wang P, Klahr K, Berner L, Peterson B. An fMRI study of self-regulatory control and conflict resolution in adolescents with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1210-1220.
23. Cyr M, Fontaine M, Stefan M, Terranova K, Kapala-Sibley DC, Attia E, et al. A longitudinal functional magnetic resonance imaging study of task control circuits and bulimic symptoms in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 59: 752-762. doi:10.1111/jcpp.12840.
24. Bulgin D, Frederick A. The relationship between sexual violence and disordered eating. *Issues Ment Health Nurs* 2016; 37: 493-500. doi: 10.3109/01612840.2016.1172685.
25. Ey A, Berner L, Wieranga C, Kaye W. Neurobiology of eating disorders: Clinical implications. *Special reports, Eating Disorders, Neuropsychiatry* 2016; 33:1-4.
26. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Brit J Psychiat* 1991; 159: 664-71.
27. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan P, Beuhring T, Resnick M. Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 249-58.
28. Kinzl J, Mangweth B, Traweger C, Biebl W. Eating-disordered behaviour in males: The impact of adverse childhood experiences. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 131-8.
29. Chandy J, Blum R, Resnick M. Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 1219-31.
30. Baldo T, Wallace S, O'Halloran M. Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviours. *Psychol Rep* 1996; 79: 531-6.
31. Senior R, Barnes J, Emberson R, Golding J. Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *Neuroscience* 2005; 187: 268-273.
32. Gentile K, Raghavan C, Rajah V, Gates K. It doesn't happen here: eating disorders in an ethnically diverse sample of economically disadvantaged, urban college students. *Eat Disord* 2007;15(5):405-25. doi: 10.1080/10640260701667904.
33. Unikel-Santoncini C, Ramos-Lira L, Juárez-García F. Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents. *Rev Invest Clin* 2011; 63: 475-83.
34. Feldman M, Meyer I. Childhood abuse

- and eating disorders in gay and bisexual men *Int J Eat Disord* 2007;40:418-423. doi.org/10.1002/eat.20378
35. Gault-Sherman M, Silver E, Sigfúsdóttir I. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science & Medicine* 2009; 69(10), 1515–1522. doi.org/10.1016/j.socsci-med.2009.08.037
 36. Wooley S. Uses of countertransference in the treatment of eating disorders: A gender perspective. In: Johnson C, editor. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press, 1991. p. 245-294.
 37. Woodside D. *Eating disorders and marriage*. Brunner/Mazel Eating Disorders New York: Monograph Series, 1993.
 38. Larkin J, Rice C, Russell V. Slipping through the cracks: Sexual harassment, eating problems, and the problem of embodiment. *Eat Disord* 1996; 4: 5-26.
 39. Smolak L, Murnen S. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31:136-150.
 40. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry* 2020;7(5):441-448. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30434-1.
 41. Sonuga-Barke E. “It’s a family affair”- the social drivers of child and adolescent resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60: 1-3.
 42. Burt K, Whelan R, Conrod P, Banaschewski T, Barker G, Bodke A, et al. Structural brain correlates of adolescent resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57: 1287-1296.
 43. Selazny J, Melhem N, Porta G, Bierneser C, Keilp J, Mann J, et al. Childhood maltreatment, neuropsychological function and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60: 1085-1093.
 44. Ohashi K, Anderson C, Bolger E, Khan A, Mc Greenery C, Teicher M, et al. Susceptibility or resiliency to maltreatment can be explained by specific differences in brain network architecture. *Biol Psychiatry* 2019; 8: 690-702.
 45. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behaviour in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 537-42.
 46. Wonderlich S, Rosenfeldt S, Crosby R, Mitchell J, Engel S, Smyth J, et al. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *J Trauma Stress* 2007; 20: 77-87.
 47. Demirci E. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *J Forensic Leg Med* 2018; 53: 17-21. doi: 10.1016/j.jflm.2017.10.012.
 48. Gonçalves S, Machado B, Silva C, Crosby RD, Lavender JM, Cao L, et al. the moderating role of purging behaviour in the relationship between sexual/physical abuse and nonsuicidal self-injury in eating disorder patients. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24:164-8.
 49. Estévez A, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D, Jauregui P. The mediator role of early maladaptive schemas between childhood sexual abuse and impulsive symptoms in female survivors of CSA. *J Interpers Violence* 2019; 34:763-784. doi: 10.1177/0886260516645815.
 50. Moulton S, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl* 2015; 39: 167-74.
 51. Santonastaso P, Favaro A, Olivotto M, Friederici S. Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample. *Psychopathology* 1997; 30: 170-6.

52. Steiger H, Richardson J, Schmitz N, Israel M, Bruce K, Gauvin L. Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 428-32.
53. Wonderlich S, Crosby R, Mitchell J, Thompson K, Redlin J, Demuth G, et al. Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 270-9.
54. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016; 78: 79-90.
55. Welch S, Fairburn C. Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 633-42.
56. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin J, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Arch Pediat Adol Med* 2008; 162: 261-7.
57. Juli M. Can violence cause eating disorders? *Psychiatria Danubina* 2015; 27: 336-338.
58. Steiger H, Jabalpurwala S, Champagne J. Axis II comorbidity and developmental adversity in bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 555-60.
59. Becker D, Grilo C. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord* 2011;16: 13-20.
60. Grilo C, Masheb R. 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; 9: 320-5.
61. Striegel-Moore R, Dohm F, Pike K, Wilfley D, Fairburn C. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1902-7.
62. Opydo-Szymaczek J, Jarząbek-Bielecka G, Kędzia W, Borysewicz-Lewicka M. Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders - considerations for primary health care providers. *Ginekol Pol* 2018; 89:48-54. doi: 10.5603/GP.a2018.0009.
63. Brustenghi F, Mezzetti F, Di Sarno C, Giulietti C, Moretti P, Tortorella A. Eating disorders: The role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina* 2019; 31: 509-511.
64. Hazzard V, Bauer K, Mukherjee B, Miller, A, Sonnevile K. Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse Negl* 2019; 98: 104171. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104171.
65. Behar R. Abuso sexual y trastornos del hábito del comer. *Folia Psiquiátrica* 1998; 4: 69-76.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Casilla 92-V, Valparaíso, Chile,

+56944968834,

rositabehara@gmail.com