

Nadie está de mi parte: El papel del abuso en los trastornos alimentarios

Natalia Seijo

La letalidad de los trastornos alimentarios es la más alta entre las detectadas por trastornos psiquiátricos. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TA no especificado en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años. Si consideramos la totalidad del espectro teniendo en cuenta las formas más leves, la estimación de la frecuencia es mucho mayor y se sitúa entre el 11-16%.

Estudios recientes relacionan el trastorno de estrés postraumático con los trastornos alimentarios. Se muestran resultados de aproximadamente un 75% de mujeres en tratamiento que admitían padecer algún tipo de trauma. El abuso sexual y el emocional son los que con más frecuencia aparecen en estas pacientes (Steiger, H. et al, 2009; Chou, K.L, et al J, 2012; Burns, E.E., 2012; Grillo y Masheb, 2001).

Motivo de consulta

La paciente solicita consulta para reforzar sus habilidades sociales siguiendo recomendaciones de la unidad de trastornos alimentarios en donde estaba siendo tratada desde hacia doce años por un diagnóstico de anorexia nerviosa grave que padecía desde la pubertad. Los problemas con la comida continuaban, aunque ya fuera de riesgo, y asociados a la sobre ingesta y fobias alimentarias como secuela de los años de restricción.

En la recogida de historia la paciente describe problemas con la comida y el cuerpo desde la infancia, cuenta como ya en los primeros años de colegio la insultaban haciendo referencia al peso. A los 13 años comienza a desarrollar una anorexia nerviosa restrictiva que dura toda la adolescencia y parte de la edad adulta. En su historia médica se describen tres intentos de suicidio por los que tiene que ser ingresada y nueve hospitalizaciones de riesgo en unidad especializada debido al infrapeso y en los que es alimentada por sonda por su negativa a comer. Aparecen abusos sexuales en la infancia, abuso emocional y abuso físico por parte de la familia y abuso de poder en los diferentes ingresos en donde la paciente describe como traumáticos los comportamientos y trato recibido por parte de cuidadores y profesionales.

El primer tratamiento se desarrolla en una unidad de trastornos alimentarios durante 12 años en los cuales se regulan las pautas y conductas alimentarias, medicación y se chequea con la familia que se cumplan las normas establecidas por los profesionales.

Durante la recogida de historia algo importante a mencionar, ya que es una de las claves del tratamiento, es la reacción de sorpresa de la paciente cuando se le pregunta si había sufrido abusos sexuales. Responde con sorpresa ya que dice ser la primera vez que alguien le pregunta y muestra interés en saber lo que le había ocurrido. Al hilo de este comentario se le pide que describa si es posible hasta donde pueda lo que le había ocurrido. Describe abusos sexuales en la infancia desde los 5 a los 10 años de edad por parte de un amigo de la familia. Dice que intenta contar los abusos a lo largo de los años. El primero a los 7 años a su madre, pero ésta disculpa al abusador asociando sus

comportamientos a su reciente viudez. Hace un segundo intento de contar sus abusos esta vez a su terapeuta en la unidad en la que es tratada y la respuesta que obtiene de ésta es que el pasado mejor no tocarlo ya que de hacerlo podría alterar su conducta con la comida y nada cambiaría porque el pasado, pasado está.

Desde la segunda o tercera sesión se hace clara la creencia “nadie está de mi parte” provocada por la acomodación al abuso como resultado de años de indefensión ante los intentos infructuosos de pedir ayuda. El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, (SAASI), (Summit, R. 1983) describe una secuencia característica de cinco fases; secreto, desamparo, acomodación, desvelamiento tardío, retractación que es común en aquellas víctimas de abuso sexual crónico cometido por personas allegadas.

La estructura de sumisión y subyugación ante la vida responde a la acomodación al abuso y dejan una gran huella en su experiencia interna alrededor de lo que se conforma el trastorno alimentario. Los diferentes abusos de los que es víctima se inician en los primeros años de vida con bullying en la escuela, el abuso sexual, el abuso emocional en casa a través de la culpabilización y chantaje emocional. Relata además en la familia episodios de agresiones físicas en la infancia en donde en una ocasión pide pan antes de comer y su madre mientras la hacía sentir responsable de lo demandante de su actitud le metía la miga de pan en la boca hasta que consigue hacerla vomitar.

En las últimas etapas del tratamiento, surge el abuso de poder asociado a los ingresos en la unidad. Relata episodios en los que se siente humillada y poco respetada. En otros como en una ocasión en la que es atada de pies y manos durante una semana en una cama privada de total movilidad con gran miedo y confusión sin saber qué había hecho para que hubiesen tomado esa medida tan agresiva. Una vez más nombra que a pesar de que se lo cuenta a su familia “nadie se puso de su parte” y nadie hizo nada.

Objetivos

- Fomentar una relación terapéutica de apego seguro para promover la confianza.
- Estabilizar y regular a nivel emocional como a nivel alimentario.
- Recursos cognitivos, emocionales y somáticos para el trabajo de regulación.
- Promover hábitos de vida saludables; comida, sueño, habilidades sociales actividades del día a día.
- Procesar las diferentes situaciones adversas y traumas como resultado de los abusos sufridos.
- Integrar de las circunstancias de vida en donde se pueda reparar el “nadie esta de mi parte” por la creencia con la que acabó en terapia “de mi parte estoy yo”

Intervención

Las hospitalizaciones son un motivo de trabajo en terapia debido a lo agresivo que resultan para la paciente las estancias en el hospital, por el trato que allí describe haber recibido y por lo complicado de la alimentación enteral por sonda debido a su absoluta negación a comer.

En un primer momento el tratamiento se focaliza en la relación terapéutica para promover a través del vínculo el que ya haya alguien de su parte. A través del vínculo se refuerza todo el trabajo con la confianza para comenzar a reparar el apego que está muy dañado por los traumas de traición, humillación y el miedo al abandono que describe a lo largo de la recogida de historia como resultado de las experiencias vividas.

En cuanto comienza el trabajo en terapia salen muy rápidamente los abusos, ya que la paciente llevaba años esperando hacerlo. En un primer momento se hace un trabajo de estabilización para calmar todo el dolor emocional que acompaña a las experiencias que describe y el tiempo que llevan acumuladas sin posibilidad de haber sido externalizadas. Surge además frustración y rabia por la desconexión del dolor, que la paciente anulaba a través del control de la comida y los diferentes intentos de suicidio para frenar los recurrentes flashback que sufría a lo largo del tiempo asociados a situaciones que le recordaban de una manera u otra lo vivido. La relación del trastorno alimentario con los abusos sexuales era obvia para la paciente, siempre lo había sabido, pero nunca lo había podido nombrar porque nunca le habían dado la posibilidad para hacerlo. Eso le conectaba con un sentimiento de injusticia y de tiempo perdido. Años de vida enferma que nadie le iba a devolver por no haberle dado la posibilidad de ser escuchada.

Se va liberando el trauma y el entorno familiar y los profesionales que continúan su seguimiento empiezan a tachar de no válida la terapia aludiendo nuevamente al hecho de que no es bueno para ella sacar todo lo que lleva dentro obviando que el trastorno alimentario, que aun se mantenía, su fobia a la comida y su estado de desconexión en la relación con los demás estaba directamente asociado a los traumas vividos.

Se consigue que pueda continuar en terapia y comienza el trabajo de estabilización y regulación a través de recursos. Aprende estrategias de autorregulación, psicoeducación para la identificación de los indicadores de desconexión que puedan surgir. Estrategias de recursos somáticos que le conecten con el presente y enraizamiento. Todas ellas destinadas a que aprenda a utilizar estrategias saludables, en lugar de recurrir a la comida o a la restricción de la misma como manera de regularse.

Cuando se consigue la estabilización, el trabajo continúa a través de la comida ya que todavía representa para ella un refugio seguro. Se elabora la desidentificación de la comida como refugio seguro. Se procesan los aspectos más fóbicos con la comida asociados a los alimentos que estuvo forzada a comer durante años debido al trastorno alimentario; las sensaciones, olores, las texturas y las situaciones asociadas a ellos, a los que reacciona, y que le hacen incapaz de comer y cocinar complicando sus hábitos alimentarios y repercutiendo a nivel físico, familiar y social.

Poder identificar que ella llevaba el control de las sesiones, es decir, hasta donde podíamos o no llegar, fue importante para ella. Localizar un lugar interno donde ella pudiera decir: “creo que está siendo demasiado” o no. Se expande su ventana de tolerancia en el trabajo con el trauma respetando su propio ritmo. De manera que se respeta en todo momento en terapia, hasta dónde se puede llegar y hasta dónde puede llegar a ser demasiado y abrumar a la paciente.

Una vez la paciente se siente preparada se empiezan a trabajar todos los hechos traumáticos en su vida.

Esta intervención de elaboración del trauma se hace en tres bloques:

- Abuso sexual: flashbacks, disparadores actuales presentes que la llevan al abuso. El vínculo terapéutico como refuerzo para sentir el apoyo de contar el trauma. Recursos de calma y presentificación.

Primero se empieza a trabajar el abuso sexual porque es el que más urge y constantemente empieza a surgir a través de flashbacks, a través de situaciones de vida actuales que disparan el trauma. Situaciones por ejemplo en las que ella siente que no están de su parte conectándole con las situaciones en las que ella quiso contar lo que le sucedió de pequeña y su madre no la escuchó y siguen sucediendo los abusos.

Un disparador del trauma también es que la terapeuta la escuche porque le conecta con lo injustamente tratada que había sido en su vida.

Una vez que se empieza a trabajar con este trauma se empiezan a trabajar todas las escenas que a ella le van surgiendo del abuso sexual. Esta parte del tratamiento es lenta ya que hay que ir muy despacio para no sobrepasar la ventana de tolerancia.

- Abuso emocional. Culpa, apego: madre culpabilizadora y negadora.

Madre ambivalente con dificultad para mostrar emociones que mantiene una relación fría con la paciente. Se procesan situaciones de vida en las que es culpabilizada y en las que la culpa se utiliza como estrategia de control. Se procesan también los intentos de suicidio graves y la culpa asociada a ellos. Se trabaja también la idea de que les había roto la vida a sus padres. Información que recibe frecuentemente y daña a la paciente. Lo más complicado era ver como todo el trauma complejo que ella sufre no es visto ni entendido de pequeña ni de mayor. Momentos en la mesa con experiencias disociativas durante horas delante del plato sin poder levantarse.

Esta parte de la terapia asociada con el trauma emocional fue súper importante para la paciente porque gran parte de todo el problema de habilidades sociales que se presentaba como motivo de consulta estaba relacionado con la culpa vivida, con todo la herida de apego: madre culpabilizadora y negadora que se dedica a no validarla nunca y a convertir todo lo que la paciente hacía en culpa no asumiendo responsabilidad de ningún tipo, ni cuando se equivoca, ni validando cuando las cosas estaban bien.

- Abuso de poder. Momentos de mucho miedo asociados a cuando la atan en la unidad, las situaciones con la sonda, las faltas de respeto, acusarla de mentirosa y manipuladora.

Se tuvo que trabajar todo lo que sufrió en la unidad cuando la atan de pies y manos con la justificación de que era una persona peligrosa. Describe como la tienen durante una semana con unos niveles de ansiedad muy altos mirando para el techo. Son situaciones dolorosas para la paciente porque describe que se le conectaban con los abusos sexuales en lo de que tampoco nadie estaba de su parte. Porque sus padres tampoco hicieron nada con la Unidad a pesar de ser conocedores de que este tipo de conductas estaba teniendo lugar al igual que cuando era pequeña y el abusador estaba abusando de ella en el salón, la madre estaba en la cocina y tampoco hacía nada para ayudarla en esta situación.

Cómo la culpa es utilizada como una estrategia de control. Cuando quieren tenerla, de alguna manera, controlada o ejercer algún tipo de autoridad la hacen sentir

culpable. Sobre todo, la culpa llega mucho más cuando se enferma porque la hacen responsable única y exclusiva de todo lo que le ocurre.

Conclusiones.

A través de este caso, se pone de manifiesto la importancia de los abusos (físico, emocional, sexual y de poder) en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios. Durante la entrevista clínica las preguntas han de ser concretas acerca de los diferentes tipos de abuso. Se han de incluir también preguntas sobre miradas o comportamientos que hayan podido ser molestas, agresivas o intimidantes para los y las pacientes. El abordaje, de los abusos sufridos resulta la piedra angular en el tratamiento de estos trastornos, sin obviar la ventana de tolerancia emocional de la persona que determina su capacidad para gestionar el trabajo que se ha de ir elaborando en terapia con los diferentes traumas asociados al abuso.

Del mismo modo, se ha de tener en cuenta la vinculación y la confianza con las personas que padecen estos trastornos, ya que en múltiples ocasiones se les tacha de mentirosos/as y manipuladores/as. Lo que resulta en una visión negativa hacia los/as pacientes y que impide ver la experiencia disociativa como una necesidad de el/la paciente para desconectarse de todo lo que llevan dentro que no han podido exteriorizar y lo han puesto en la comida en sus diferentes presentaciones diagnósticas que representan los trastornos alimentarios.

Referencias Bibliográficas

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Diagnostic, A. P. A. (2013). *statistical manual of mental disorders: DSM-5™*. Arlington, VA American Psychiatric Publishing.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*, 36(1), 32-39.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Berman, Openshaw, C., Waller, G., & Sperlinger, D. (2004). Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: Statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 363-375.
- R. M. (2001). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: A replication in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(1), 53-58.
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R., & Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 428-432.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193.

