

BECAS DE INVESTIGACIÓN

“Ramón Carrillo- Arturo Oñativia”

Nivel hospitalario

Año 2004 - 2005

INFORME FINAL

PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Área temática: Inequidad Social y de género en salud: cobertura, accesibilidad, calidad de servicios.

Investigadora principal: Dra. María de las Mercedes Dabat

Investigadora: Lic. Paula Alemán

Director del proyecto: Dr. Raúl Mejía

Lugar: Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, UBA.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVO

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño y Población

3.2 Instrumento de detección

3.3 Aplicación del instrumento

3.4 Resguardos éticos

3.5 Almacenamiento y procesamiento de datos

4. RESULTADOS

5. DISCUSIÓN

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

8. INFORME FINANCIERO

9. APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN

La experiencia clínica con pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria hace presumir una importante asociación entre estos y situaciones de maltrato vividas en la infancia y adolescencia dentro del marco familiar. Esta idea es acompañada por las declaraciones del Dr. J. García, director adjunto de la OPS¹, quien refiere que las personas que viven en un contexto violento, se encuentran en mayor riesgo de padecer desórdenes alimentarios, problemas de alcoholismo, adicción a las drogas. El avance en los conocimientos respecto de la Violencia Familiar y de sus consecuencias, permite introducir esta problemática como objeto de estudio en los trastornos alimentarios.

Se entiende por **Violencia Familiar (VF)**, “cualquier situación, dentro de una relación íntima, en la cual intencionalmente y mediante el uso de la fuerza se intenta causar daño o controlar la conducta de una persona”². Implica todas las formas de abuso que tienen lugar entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo, ya sea por acción u omisión³: la agresión física en sus diversas variantes, abuso emocional y psicológico, abuso sexual y violación^{4,5}.

La violencia se produce entre cónyuges, convivientes, de padres a hijos, entre hermanos, cohabitantes o familiares cercanos. En el ámbito del hogar, millones de personas padecen toda clase de sufrimientos a causa de la violencia ejercida sobre ellos en forma reiterada por parte de familiares o conocidos⁶. Según cifras oficiales, en la Argentina se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intra familiar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida, sin embargo solo 1 de cada 10 casos es denunciado⁷.

La **VF** constituye un fenómeno psicosocial y es posible cuando hay una desigual distribución de poder dentro de la familia y un sistema de creencias sociales y culturales que permite a quien abusa, justificar su conducta. Si bien los perpetradores pueden ser de sexo femenino o masculino, es este último quien lo ejerce con mayor frecuencia⁸ y las víctimas son, en su mayoría, las mujeres, los niños, los ancianos⁹ y los discapacitados.

La **VF** afecta a todos los miembros de la familia y genera una debilitación gradual en sus defensas físicas y psicológicas, promueve la aparición de enfermedades y produce efectos en la salud mental tales como depresión, mayor probabilidad de intentos de suicidio y de requerir tratamiento psiquiátrico¹⁰. Constituye una de las fuentes de riesgo más importantes para el desarrollo integral de niñas y niños, ya sean ellos víctimas directas o testigos de violencia:

El **Maltrato Infantil (MI)** dentro del contexto familiar, da cuenta de un modo crónico de comunicación basado en la violencia, y expresa una situación de abuso de poder, de un adulto hacia un niño, generando en todo el grupo familiar un profundo sufrimiento. Constituye un problema multicausal, determinado por factores individuales, familiares, sociales y culturales, que dificultan el desarrollo integral de la niña/o. No es un hecho privativo de algún grupo en particular, sino que ocurre en todas las clases sociales, nivel económico y cultural¹¹.

Al ser un hecho que ocurre dentro de un espacio íntimo, como lo es el ámbito del hogar, se cuenta con pocas estadísticas que muestren la verdadera magnitud del mismo. En el año 2000, 520.000 personas, murieron a consecuencia de la violencia familiar en todo el mundo, de los cuales, 57.000 fueron niños¹². Estudios internacionales realizados en población adulta, reportaron una prevalencia del 20 al 50% de maltrato en la infancia¹³.

M.P Diner¹⁴ define el **MI** como todo daño producido a un niño, en forma no accidental, por una persona mayor de edad, más fuerte o autoritaria, conocida o no por el niño. Se manifiesta de diferentes formas:

1. **Negligencia:** Descuido o abandono del niño. Puede abarcar desde un accidente, falta de provisión de lo imprescindible para satisfacer sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, hasta dejarlo expuesto a situaciones de abuso por parte de personas conocidas o no.
2. **Abuso emocional:** Comprende actos que atentan contra la autoestima del niño que impiden su natural tendencia a la interacción con los demás. Entre ellos se puede mencionar: privación de afecto y de seguridad, indiferencia, rechazo, aislamiento, intimidación, falta de comunicación, gritos, insultos, burlas, desvalorización o exigencias superiores a la edad o capacidad.
3. **Abuso físico:** Actos que producen lesiones físicas como golpes, lastimaduras, quemaduras, marcas, fracturas, accidentes, enfermedades o intoxicaciones.

4. **Abuso sexual:** Hacer participar al niño en actividades sexuales tales como tocar y hacer tocar cualquier parte del cuerpo del niño o del adulto, mirar o hacer mirar las partes íntimas del niño o del adulto, mostrar o tomar fotos específicamente sexuales, hacer observar al niño actividades sexuales, penetrar en la vagina, el ano o la boca el órgano sexual o algún objeto.

La **negligencia y el abandono** traen como consecuencia una baja autoestima y sentimiento de inferioridad e inadecuación, tristeza, ansiedad crónica y depresión en la niña/o que lo padece. Pueden presentar también trastornos del comportamiento: comportamientos regresivos, trastornos de la alimentación, robos, toxicomanías, sexualización de las relaciones interpersonales.

El **maltrato físico** produce no sólo daño físico, sino un profundo daño psicológico que afecta la identidad de la niña/o, generando una mala imagen de sí mismo, una baja autoestima, ansiedad, angustia, depresión, y comportamientos autodestructivos. El permanente estado de tensión en el que vive, en un contexto de terror y desprotección, promueve un clima de extrema inseguridad, indefensión e impotencia. Los niños golpeados deben implementar estrategias para sobrellevar la situación de violencia elaborando mecanismos de adaptación tales como la idealización de sus padres, asumiendo para sí la responsabilidad de los golpes que reciben.

Todo intento de producir algún cambio ante tal injusticia, ya sea a través de una denuncia o de la huída, es bloqueado por un intenso sentimiento de culpabilidad, dependencia hacia la familia y la indiferencia del medio acomodándose en muchos casos a esa realidad controlando su miedo, su angustia e impotencia. Es muy frecuente que las víctimas de este tipo de violencia no recuerden claramente el dolor generado por los golpes recibidos, sin embargo presentan una sensación de malestar general en su cuerpo con una alteración de la imagen corporal¹⁵.

A pesar de la escasa información estadística acerca de este tipo de abuso, UNICEF proporciona datos que demuestran que no menos de seis (6) millones de niñas, niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y unos ochenta (80) mil mueren cada año por la violencia desatada dentro del núcleo familiar¹⁶.

El **abuso sexual** es una de las formas más severas de maltrato infantil. En más del 80% de los casos los perpetradores son adultos conocidos o miembros de la familia. Las víctimas en su mayoría son niñas¹⁷. En nuestro país en un 20% de los casos denunciados, las víctimas son mujeres, y entre un 5 y 10 % son varones¹⁸. El

85 % de los menores de 14 años agredidos sexualmente, han sido sometidos por un familiar cercano, algún conviviente o alguien del entorno íntimo.

Las víctimas pueden presentar signos y síntomas físicos específicos como sangrado en los genitales o el ano, fisuras anales, hematomas en muslos o zona genital, enfermedades de transmisión sexual y embarazo. Los signos y síntomas inespecíficos más frecuentes son infecciones urinarias, problemas del sueño o alimentación, enuresis, encopresis, supuración uretral y dolor abdominal recurrente¹⁹. Se observan además trastornos de conducta asociados como aislamiento social, conductas sexuales impropias para la edad de la edad, delincuencia, uso de drogas, problemas escolares, estados de ansiedad, terrores nocturnos, depresión, miedo a los adultos, agresión, conflictos con la familia o amigos, dificultad para recordar los abusos ocurridos en la primera infancia¹⁹.

La víctima sufre el síndrome de acomodación descrito²⁰ por Roland Summit²⁰, mediante el cual se acomoda a las experiencias traumáticas a través de ciertos patrones de conducta que le permiten sobrevivir en lo inmediato como ocultar lo ocurrido, la revelación tardía o la retractación. El agresor ejerce acciones de coerción emocional o amenazas para que guarde el secreto con el fin mantener la relación abusiva. La niña debe enfrentarse también con sus propias vivencias: experiencias extremas como el goce sexual, sentimiento de culpabilidad y la obligación de silenciar tal situación ante un adulto que manipula el vínculo afectivo y emite un discurso culpabilizante²¹.

La respuesta del niño a la situación traumática de maltrato en todas sus formas, la percepción y comprensión de la misma así como la memoria del suceso, se ven influenciados por la edad y la etapa del desarrollo por la que está atravesando en el momento del hecho. Esto va a influir en el desarrollo de la personalidad, en la cognición, la atención, la autoestima, el control de los impulsos, promoviendo la aparición de diversos trastornos de personalidad, de la conducta alimentaria, disfunciones sexuales, abuso de sustancias, intentos de suicidio, promiscuidad, prostitución, depresión, repetición de abusos sufridos en otros²².

Entre las múltiples consecuencias que produce el maltrato en la infancia, se encontrarían los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**. Constituyen una fuente de interés para esta investigación por su alta prevalencia en nuestro país (1 de cada 4 adolescentes presentan algún tipo de desorden en sus hábitos alimentarios), por el mal pronóstico de estas patologías y por la falta de datos que incluyan la problemática del maltrato infantil en su abordaje.

Los **TCA** constituyen enfermedades de naturaleza multicausal –biológica, psicológica, cultural y social- caracterizadas por una excesiva preocupación por la imagen corporal, donde el cuerpo se convierte en el referente más importante de la identidad del individuo. Presentan una alta prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes afectando mayoritariamente al sexo femenino.

El Manual Diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV)²³ define a los TCA en base a los siguientes criterios diagnósticos:

1. Anorexia Nerviosa (AN): a) Rechazo a mantener un peso corporal adecuado a edad y talla, estando por debajo del nivel normal mínimo, b) miedo intenso a ganar peso o a ser obeso, el cual no desaparece aunque el individuo pierda peso. c) alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, d) amenorrea o retraso de la edad de aparición de la menarca en las niñas.

Presenta síntomas asociados como un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, pérdida de interés por el sexo, sentimiento de incompetencia, poca espontaneidad social.

Se divide en dos subtipos:

- **Restrictivo:** la pérdida de peso se logra haciendo dieta, ayunando y/o realizando ejercicio intenso.

- **Compulsivo-purgativo:** El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

2. Bulimia Nerviosa (BN): a) Episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como el vómito provocado, el abuso de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, b) la auto evaluación de estos individuos se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales, c) los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses, d) se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después de un período de régimen dietético.

Presenta como síntomas asociados trastornos del estado de ánimo (distímico, depresivo mayor), trastornos de ansiedad, baja autoestima, dependencia y abuso de sustancias, trastornos de personalidad, etc.

Se dividen también en dos subtipos:

- **Purgativo:** El individuo se provoca el vómito y hace un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- **No purgativo:** El individuo utiliza otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso.

3. TCA no Especificados: cumplen algunos de los criterios mencionados anteriormente.

A nivel mundial se estima que entre un 1 y un 4% de mujeres jóvenes presentan TCA, siendo más frecuente la bulimia (BN) que la anorexia (AN): AN 0,5-1%, BN 1-3%. Los TCA no Especificados tienen una prevalencia del 5-10% en la población general²⁵. Según la OMS 7 millones de mujeres y un millón de varones presentan algún tipo de TCA¹².

La Argentina, después de Japón, presenta la mayor incidencia mundial de Bulimia y Anorexia. Según datos reportados por la Red Interhospitalaria de Trastornos Alimentarios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, una de cada diez mujeres presentan TCA y entre los pacientes en tratamiento, 1 de cada 7 son varones²⁵.

El pronóstico de los TCA es variable, depende del tiempo de evolución de la enfermedad y de su coexistencia con otras patologías como desórdenes de personalidad, drogadicción, trastornos depresivos y antecedentes de abuso sexual²⁶. En el 20% de los casos la sintomatología se cronifica, el 30% mejora su situación inicial y el 40% se recupera completamente. En un 10-20% de los casos lleva a la muerte, siendo la principal causa el suicidio^{27, 28,29}.

Para detectar la asociación entre Maltrato Infantil y TCA se realizó en el año 2001 en la Universidad de Yale un estudio sobre 145 pacientes portadores de desórdenes alimentarios. El 83 % de los participantes refirió haber sufrido maltrato de algún tipo; un 30 % de abuso sexual, 69 % de negligencia emocional y 59 % de abuso emocional³⁰.

En el año 2002, se publicó un estudio poblacional del cual participaron 81.247 adolescentes, con el fin de medir estado de salud y situaciones de violencia actual y pasada. Se utilizó la versión 1998 del Minnesota Student Survey. La prevalencia de violencia en la infancia reportada fue de un 9% para mujeres y 6% para varones. Las víctimas de violencia presentaban mayor prevalencia de trastornos alimentarios y conductas suicidas, siendo mayor el riesgo para adolescentes mujeres abusadas sexualmente ³¹.

En nuestro país, no se han publicado, hasta el momento, investigaciones tendientes a establecer prevalencia de abuso infantil en población portadora de TCA.

Este trabajo intenta proporcionar más datos para la comprensión de la problemática de maltrato en la infancia y su asociación con los TCA, con la finalidad de colaborar con el diseño de políticas destinadas a mejorar el abordaje de estos trastornos y a disminuir sus consecuencias.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo de investigación fue estimar la prevalencia de maltrato infantil en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, procedentes de centros de salud ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Lomas de Zamora (Prov. de Buenos Aires) entre Septiembre de 2004 y Marzo de 2005.

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO y POBLACIÓN

El diseño utilizado fue descriptivo de corte transversal.

El mismo consistió en la administración de una encuesta, diseñada especialmente para la detección retrospectiva de situaciones de maltrato infantil.

La población debía reunir los siguientes criterios de inclusión:

1. Sexo femenino
2. Edad mayor de 16 años
3. Diagnóstico de TCA, según los criterios del DSM IV
4. Estar bajo tratamiento terapéutico al momento de la encuesta

Los criterios de exclusión utilizados fueron:

1. Sexo masculino
2. Edad menor de 16 años
3. No estar bajo tratamiento terapéutico al momento de la encuesta

Las pacientes procedieron del Servicio de Adolescencia y del Programa de TCA, División Nutrición y División Psiquiatría de enlace del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de IPRIBA (Instituto Privado de Tratamiento de Bulimia y Anorexia), Lomas de Zamora, Prov. de Buenos Aires. Fueron entrevistadas entre el 1 de Septiembre de 2004 y el 15 de Marzo de 2005.

La técnica de muestreo aplicada fue de tipo no probabilística conveniente. El tamaño muestral calculado para una prevalencia esperada de situaciones de maltrato en la infancia de 30%, con un error alfa = 0.05, fue de 84 pacientes. Se utilizó el programa VCCSTAT, versión 001, módulo para estimación de N muestral.

3.2 INSTRUMENTO DE DETECCIÓN

El instrumento utilizado fue el Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA Q)³², cuestionario en idioma inglés diseñado por la Dra. Antonia Bifulco, perteneciente al Departamento de Cuidados sociales y de la salud de Londres. Consiste en un cuestionario autoadministrado, diseñado para detectar maltrato en la infancia en pacientes mayores de 17 años con trastornos psiquiátricos. Los datos demográficos que registra son: edad, estado de pareja, estudios cursados, situación laboral y diagnóstico. Los dominios que explora son: hostilidad y negligencia parental (para la figura paterna y materna: 16 ítems en total), abuso físico (una pregunta de screening y cuatro adicionales) y abuso sexual (tres preguntas de screening y 9 exploratorias). Los resultados se expresan en una escala de Lickert o en forma dicotómica según el dominio (ver apéndice)

La herramienta fue diseñada originalmente para la cultura sajona, por lo cual debió someterse a un proceso de adaptación transcultural y validación psicométrica. Para ello se cumplieron con las siguientes etapas:

- a) Contacto con el autor: se solicitó la autorización para la utilización del cuestionario, la adaptación transcultural del mismo, el descenso del corte etéreo a 16 años y el cambio del modo de suministro, de autoadministrado a entrevista estructurada.
- b) Traducción de la versión en inglés al castellano: Se realizaron cuatro versiones traducidas del cuestionario.
- c) Discusión grupal de la primera versión y elaboración de una segunda versión consensuada.
- d) Traducción de la nueva versión al inglés.
- e) Elaboración de la nueva versión con el grupo de investigación del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas.

Una vez completada la fase de adaptación transcultural, se efectuó la validación lingüística, la cual consistió en el suministro del instrumento adaptado a 10 mujeres de entre 18 y 59 años de edad, con un nivel de instrucción de primario incompleto (50%), primario completo o más (50%), procedentes de Capital Federal y Conurbano, con buen estado de salud.

Como resultado de esta prueba piloto, en el dominio de Negligencia y desinterés parental, fue necesario reformular nueve preguntas y se desdobló una de ellas, sumando un total de 17.

Con estos resultados se elaboró la versión final. Se valoró la consistencia interna del instrumento con la aplicación del alfa de Cronbach, que arrojó un resultado global de 0.92.

3.3 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue suministrado por profesionales capacitados en TCA y entrenados por el equipo de Violencia basada en género en la detección y contención posterior de situaciones de violencia del Programa de Medicina General.

Se aplicó a través de entrevistas estructuradas con una duración promedio de 30 minutos.

3.4 RESGUARDOS ETICOS

Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado. (Ver apéndice)

Se resguardó la identidad de toda la población encuestada

El estudio fue aprobado por los comités de ética de las Instituciones participantes.

3.5 ALMACENAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron volcados en una planilla Excel mediante un sistema de codificación adaptado a nuestro instrumento.

El análisis estadístico efectuado calculó:

- Distribución de las variables demográficas

- Prevalencia global de maltrato infantil en la población encuestada.
- Prevalencia de maltrato infantil según los diversos dominios: negligencia, hostilidad, abuso físico y abuso sexual.

Se efectuaron tablas de contingencia en busca de asociación entre conductas purgativas y maltrato en sus diversas acepciones.

Se aplicó el método exacto de Fisher y asignó un valor de p significativo menor de 0.05, con sus respectivos intervalos de confianza

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 11.0 y Epidat 3

4. RESULTADOS

Se suministró el CECA Q a 85 pacientes, de los cuales se analizaron 84 entre el 1 de Septiembre de 2004 y el 15 de Marzo de 2005. La paciente excluida no reunía los criterios previamente mencionados.

El rango de edad de las entrevistadas se situó entre los 16 y 52 años, con una media de 25 años.

Los datos demográficos analizados fueron: edad, situación de pareja, situación laboral, nivel educativo alcanzado y diagnóstico. El 25 % correspondió a Anorexia Nerviosa (21 pacientes); el 45,2 % a Bulimia Nerviosa (38 pacientes) y el 29,8% a TANE (25 pacientes). (Tabla I)

Tabla I Características de la población

n:84	Distribución
EDAD (años)	
16-28	56 Pacientes (66.6%)
29-41	24 Pacientes (28.5%)
42-52	4 Pacientes (4.7%)
DIAGNÓSTICOS	
Anorexia Nerviosa	21 Pacientes (25%)
Bulimia Nerviosa	38 Pacientes (45.2%)
Trastornos Inespecíficos	25 Pacientes (29.8%)
SITUACIÓN DE PAREJA	
Con pareja conviviendo	17 Pacientes (20.2%)
Con pareja no conviviendo	24 Pacientes (28.6%)
Sin pareja	43 Pacientes (51.2%)
ESCOLARIDAD ALCANZADA	
Primario completo	0 Pacientes (0%)
Primario incompleto	2 Pacientes (2.3%)
Secundario completo	15 Pacientes (17.8%)
Secundario incompleto	14 Pacientes (16.6%)
Universitario completo	11 Pacientes (13%)
Universitario incompleto	26 Pacientes (31%)

Terciario completo	9 Pacientes (10.7%)
Terciario incompleto	7 Pacientes (8.3%)
SITUACIÓN LABORAL	
Sin trabajo	32 Pacientes (38.1%)
Trabajo tiempo parcial	15 Pacientes (17.8%)
Trabajo tiempo completo	30 Pacientes (35.7%)
Otros	7 Pacientes (8.3%)

La prevalencia de Maltrato Infantil en todos los dominios fue del 98,8 % (83 casos). El 95.2% de las encuestadas refirió Hostilidad materna, el 65,4% Negligencia materna. La Hostilidad y Negligencia Paterna presentaron una prevalencia menor (90-76 % respectivamente). (Tabla II)

Tabla II Distribución por dominios de Maltrato Infantil

Dominios	Prevalencia
HOSTILIDAD MATERNA	80 pacientes (95.2%)
NEGLIGENCIA MATERNA	55 pacientes (65.4%)
HOSTILIDAD PATERNA	76 pacientes (90%)
NEGLIGENCIA PATERNA	64 pacientes (76%)
ABUSO FÍSICO	32 pacientes (38%)
ABUSO SEXUAL	17 pacientes (20,2%)
PREVALENCIA GLOBAL	83 pacientes (98.8%)

El 38% de la población refirió abuso físico. El 50% de los casos correspondió a mujeres con al diagnóstico de Bulimia, el 34.3% a Trastornos no específicos de la alimentación y el 15,6 % a Anorexia Nerviosa. (Tabla III)

Tabla III Prevalencia de maltrato según diagnósticos

Dominios del Maltrato Infantil	Anorexia Nerviosa N:20	Bulimia Nerviosa N:38	Trastornos Inespecíficos N:25
HOSTILIDAD MATERNA n:80	19 pac. (23,7 %)	36 pac. (45%)	25 pac. (31.2%)
NEGLIGENCIA MATERNA n:55	13 pac. (23.6%)	25 pac. (45.4%)	19 pac. (34.5%)
HOSTILIDAD PATERNA n:76	18 pac. (23,6%)	33 pac. (43.4%)	25 pac. (32.8%)
NEGLIGENCIA PATERNA n:64	17 pac. (26.5%)	26 pac. (40.6%)	21 pac. (32.8%)
ABUSO FÍSICO n:32	5 pac. (15,6%)	16 pac. (50%)	11 pac. (34.3%)
ABUSO SEXUAL n:17	2 pac. (11,7%)	10 pac. (58.8%)	5 pac. (29.4%)

El agresor en los casos de abuso físico fue la madre en el 42.8%, en el 36.7% el padre y un conviviente en el 20.4%. En 10 de los eventos registrados, las pacientes fueron abusadas por más de una persona. (Tabla IV)

Tabla IV Distribución de los perpetradores de Abuso Físico

Perpetrador	Número de agresiones
MADRE	21 pacientes (42,8%)
PADRE	18 pacientes (36,7%)
CONVIVIENTE	10 pacientes (20.4%)
TOTAL	49 pacientes (99.9%)

El 20.2% (17 pacientes) de las encuestadas refirió haber padecido abuso sexual. El 58.8% de los casos correspondió a mujeres con diagnóstico de Bulimia y el 29,4 % a Trastornos Inespecíficos de la alimentación. En solo 7 casos se pudo recabar la edad de la agresión, la cual se ubicó entre los 4 y 12 años.

Con el propósito de buscar asociaciones entre los distintos diagnósticos y la presencia de conductas purgativas, se analizaron las 59 pacientes con diagnóstico de AN y BN. Se excluyeron los Trastornos inespecíficos de la alimentación, por carecer de información con respecto a la utilización de conductas compensatorias inadecuadas. Entre las 31 mujeres que referían conductas purgativas 15 tenían antecedentes de maltrato físico y entre las 28 sin conductas purgativas 6 habían sufrido maltrato físico. Estas diferencias fueron significativas: la razón de prevalencia para personas expuestas fue de 2.25 con un IC 95% de 1.01-5.01. Las mujeres que han sufrido maltrato tiene 3 veces más posibilidades de presentar conductas purgativas (OR 3,4 IC95%.1.1-10.5). La p fue de 0.05 bilateral. Los dominios restantes también fueron analizados sin encontrar en ellos diferencias estadísticamente significativas.

5. DISCUSIÓN

Estudios previamente publicados han reportado que los individuos con diagnóstico de trastornos alimentarios presentan frecuentemente antecedentes de maltrato infantil, negligencia u hostilidad y mala relación parental^{33, 34, 35,36}. En la presente investigación se ha observado una elevada prevalencia de situaciones de maltrato en la infancia en pacientes asistidas por trastornos de la conducta alimentaria. El maltrato infantil en todas sus manifestaciones se presentó con una frecuencia de 98.8% en la población estudiada.

Los datos observados en el dominio de hostilidad y negligencia parental reflejan valores similares en la figura materna (95.2-65.4%) y la figura paterna (90-76%), coincidentes con lo presentado en series internacionales publicadas³⁷ y muestran una importante diferencia respecto del Maltrato físico (38%) y el abuso sexual (20.2 %).

La Negligencia y la Hostilidad parental, constituyen las formas menos visibles del maltrato infantil. Desde la perspectiva de los padres que someten a sus hijos a situaciones de hostilidad y negligencia, el paradigma del niño que se comporta bien, es aquel que cumple con las íntimas expectativas de los adultos. De tal manera que el concepto de “poner límites” sirve como justificación para someter al niño a todo tipo de situaciones humillantes, bajo la convicción de estar educándolo con firmeza⁴⁰.

Intervienen aquí factores culturales que avalan una conducta autoritaria por parte de los padres, y de sumisión, dependencia y docilidad por parte de los hijos, naturalizando así esa modalidad de vínculo entre ellos, sostenido por las desigualdades de poder, afectando particularmente a las mujeres. La legitimación de este tipo de violencia desde la sociedad, invisibiliza el sufrimiento que genera en las personas que la padecen^{38, 39}.

Las cifras de abuso sexual reportadas en nuestra población fueron similares a las presentadas por la población femenina encuestada en el Programa de Medicina Interna General del Hospital De Clínicas José de San Martín (20%)⁴¹. Son inferiores a las publicadas previamente en estudios extranjeros, en donde se estimaba una prevalencia del 25 al 30 % de abuso sexual, asociado a conductas purgativas y a Bulimia nerviosa^{30, 33,34}. Tal diferencia puede deberse al tamaño muestral pequeño o al subdiagnóstico ante

el temor de la paciente a revelar un hecho que desencadenaría un conflicto familiar, poniendo en riesgo el pseudoequilibrio alcanzado, o vergüenza por parte de la encuestada a referir un hecho de tales características,⁴²

Las consecuencias del Abuso sexual dependen de distintas variables: edad del abuso, tiempo de duración del mismo, ubicación física del abusador, relación con el abusador. Entre las mismas debemos destacar aquellas que involucran el aspecto sexual de la paciente: dificultades asociadas a la iniciación sexual, fobia sexual, conductas hipersexualizadas. Tales situaciones son frecuentes y constituyen uno de los aspectos más importantes del tratamiento y seguimiento de las pacientes portadoras de TCA. En esta investigación, no fue factible contar con los datos de los perpetradores, ni con todas las edades a las que ocurrió el evento⁴²

Las cifras de abuso físico observadas en este trabajo (38%) revelan una elevada prevalencia de este tipo de maltrato y son semejantes a las publicadas en estudios internacionales como el de Grillo en la Universidad de Yale³⁰, el diseño de cohortes de 2002 de Nueva York³⁷ y lo reportado por el Dr. Garrote de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Elizalde de Buenos Aires¹⁸. Cuando los niños sufren este tipo de agresiones, una probable organización de estas experiencias, es la negación del daño, esto permitiría pensar también en un subregistro de las situaciones de maltrato físico vividas por las pacientes³⁷ lo cual elevaría las cifras reportadas. Se considera que por cada caso reportado hay siete casos que no acceden a la consulta⁴²

Las diferencias halladas según quién es el perpetrador (madre: 42.8% y padre: 36.7%), no se condicen con los estudios publicados donde la figura masculina es quien ejerce este tipo de violencia con mayor frecuencia. Si bien en la VF el agresor es habitualmente el varón, en el caso del MI, al sustentarse la violencia en una asimetría de poder, también la madre se convierte en agresora hacia sus hijos. Esta situación podría explicarse por el mayor tiempo de exposición de las mujeres al trabajo doméstico⁴³ y al cuidado de los niños, o bien por ser ellas mismas víctimas de violencia por parte de su pareja. Esta situación genera un estado de máximo estrés en la mujer, y en su intento por mantener la casa en orden y bajo control, con el fin de evitar la violencia ejercida por su pareja, puede llegar a ser violenta con sus hijos

Por último al analizar todos los dominios del Maltrato infantil, se observa en esta muestra que las pacientes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa y dentro

de este tipo, aquellas con conductas purgativas, refieren situaciones abusivas con mayor frecuencia que el grupo restante, tal como se ha reportado previamente^{27,28}. Las pacientes con este diagnóstico habitualmente presentan una mayor prevalencia de desórdenes obsesivos compulsivo, adicciones, tendencia a la promiscuidad, trastornos límite de la personalidad, desórdenes todos que reconocen entre sus antecedentes al MI.

Ante las numerosas publicaciones que muestran la asociación entre abuso sexual y conductas purgativas^{30, 33,34}, negligencia física y-conductas restrictivas³⁷; abuso físico-y conductas purgativas, se refuerza la hipótesis de una causalidad heterogénea y multifactorial para los TCA, por lo cual es necesario ampliar la búsqueda dentro de los distintos aspectos del maltrato infantil en forma más extensa e intensiva. Si bien diversas investigaciones hacen referencia a la presencia de maltrato en la infancia en las pacientes con TCA, su abordaje desde la perspectiva teórica planteada en esta investigación aún no se ha profundizado.

6.CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian una elevada prevalencia de maltrato infantil en su totalidad entre las pacientes con diagnóstico de TCA.

Si bien no es factible, por el tipo de diseño, demostrar algún tipo de relación causal, es significativa la asociación de abuso físico y conductas purgativas, lo cual permite considerar al maltrato infantil como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, entre otros antecedentes a valorar.

El conocimiento y abordaje de tales situaciones de violencia, permitiría realizar un mejor diagnóstico de patologías tan prevalentes en nuestro medio como los TCA y el MI.

Para profundizar los hallazgos obtenidos, sería necesario efectuar otros diseños de investigación, que involucren a diversas instituciones públicas y privadas de todo el país, que trabajen específicamente con pacientes portadoras de TCA, con un seguimiento a largo plazo.

Consideramos como conclusión final que, tanto el Maltrato infantil como los Trastornos de la conducta alimentaria, constituyen un problema de salud pública que requiere de una atención integral de las pacientes, y de una capacitación en la problemática de la Violencia Familiar desde una perspectiva de género dirigido a los distintos equipos de salud y del profesional en particular.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington DC. 27 de Agosto de 2003.
2. Mejía R, Alemán M, Fernández A, Perez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60:591-594.
3. Corsi J. *Violencia familiar, una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1994
4. Corsi J. *Violencia masculina en la pareja*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1995
5. Mejía R, Alemán M. *Violencia Doméstica: Rol del médico clínico*. *Medicina (Buenos Aires)*. 1999; 5: 487-490.
6. Ferreira G B. *La mujer maltratada*. Ed. Sudamericana. 1994
7. Perceval M. *Diario Clarín*, 26 de Octubre 2003.
8. Organización Panamericana de la salud (OPS). Programa Mujer, salud y desarrollo. ISBN: 92 75 32264 3
9. Corsi J. "Un modelo integrativo para la comprensión de la violencia familiar" del libro "Hombres Violentos, mujeres maltratadas" de Graciela Ferreira. Ed. Sudamericana. 1995
10. Bubinic M, Morrison A y Shifer M. *La violencia en las Américas: marco de acción*. En: Banco Interamericano de Desarrollo. *El costo del silencio violencia doméstica en las Américas*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
11. Protocolo para el estudio de maltrato físico interpersonal de los niños. OPS/OMS
12. World Health Organization (WHO). 2003. Geneva.
13. Finkelhor D. The International epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994; 18:409-17
14. Diner M.P. "Abuso infantil. Manual de detección y Prevención." Argentina, 1999.
15. Barudy J. "El dolor invisible de la infancia. Ed. Paidós. 1998
16. Datos UNICEF: Oficina regional para América Latina y el Caribe.
17. Intebi I B. "Abuso sexual infantil en las mejores familias". Ed. Granica. 1998

18. Garrote N. Crece el abuso sexual y el maltrato de los chicos. Diario Clarín. 26 de octubre de 2003.
19. Arch. Pediatr. Urug.2001;72 (S):S 45-S 54
20. Summit R.C. The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse and Neglect.. 1983
21. Del Campo Sanchez. Detección de abuso sexual a menores: Definición, prevalencia, indicadores y factores de riesgo. A. Rev. Pediatr. Aten. Primaria 2003;5:629-641
22. Moreno Vela, J.; Pedreira Massa, J.L.: Evaluación clínica y psicopatológica del síndrome de estrés postraumático en la infancia y adolescencia. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero-15 de marzo 2000. Conferencia 46-CI-A.
23. American Psychiatric Association, DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. Washington, DC, 1994
24. Aguinaga M, Fernandez L, Varo J Trastornos de la Conducta alimentaria.Revisión y actualización. An Sist Sanit Navar 2000 May;23(2):265-278
25. Martínez J.L.. La Capital On Line. Año CXXXVI N° 49953. Miércoles 3 de septiembre de 2003.
26. Marin B, Verónica. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. chil. nutr.*. [online]. ago. 2002, vol.29, no.2. ISSN 0717-7518.
27. Toro, J. y E. Vilardell 1988. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
28. Lofrano, V, Labanca R. Anorexias y bulimias: las cosas del comer. Ediciones Funtadip. Buenos Aires. Argentina. 1995
29. Bertera H, Fraise M.M., Saba G: Subtipos clínicos en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: evaluación de similitudes y diferencias en 250 pacientes con trastornos alimentarios. AAP año II número 3 Octubre 1995 ,31-44.
30. Grillo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorders: frequency, and association with gender, obesity, and eating-.related psychopathology *Obes Res* 2001 May; 9 (5): 320-5
31. Ackard DM, Neumark-Sztainer D.: Date violence and date rape among adolescents: associations disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl.* 2002 Mayo; 26(5): 455-73

32. Smith N, Lam N, Bifulco A, Checkley S. Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA Q). Validation of screening instrument for Childhood Adversity in clinical population. *Soc Psychiatric epidemiology*(2002)37:572-579.
33. Stephanie Léonard, Howard Steiger, Alina Kao: Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalence and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders* 33,4,2003: 397-405.
34. Bonnie Dansky, T. Brewerton, D. Kilpatrick, P. O'Neil: The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 21,3,1997: 213-228
35. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Roberts JA, Haseltine B, DG, Thompson KM: Relationship of childhood sexual and eating disturbance children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Oct; 39 (10): 1277-1283
36. Kristen W. Springer, MPH, MA, Jennifer Sheridan, PhD, Daphne Kuo, PhD, Molly Carnes, MDm MS: The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse. An Overview and a Call to Action. *J Gen Intern Med* 2003; 18:864-870
37. Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. *Am J Psychiatry* 2002;159:394-400
38. Grupo Mujer y Sociedad. *Mujer, amor y violencia. Nuevas interpretaciones de antiguas realidades*. Tercer Mundo Editores. 1990
39. Giberti Eva; Fernández. A M. *La mujer y la violencia invisible*. Ed. Sudamericana. 1988
40. Corsi, J *La Cuna de la Violencia* Revista La Docente www.cajadocente.com.ar/index.cgi-wid 2005
41. Pontecorvo C, Mejía R, Pérez Stable E, et al. *Violencia Doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria*. *Medicina (Buenos Aires)* 2004; 64: 492-496. ISSN 0025-7680
42. *Atención al Maltrato Infantil desde Salud Mental*. Diaz Huertas J. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Diciembre de 2000.
43. Ravazzola. María Cristina. *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. 1997

