

Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual

What the System Hides: A Case of Sexual Abuse

Nuria MARTÍNEZ MARTÍN

Unidad Funcional de Psiquiatría Infantojuvenil
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
nmartinez@salud.madrid.org

Soraya RUANO MALDONADO

Ministerio de Interior
soraya.ruano@hotmail.com

Recibido: 04/07/2013

Revisado: 01/08/2013

Aceptado: 25/10/2013

Disponible on line: 20/12/2013

Resumen

En este artículo se estudia, desde una perspectiva sistémica, un caso clínico real. María, una adolescente diagnosticada de bulimia nerviosa, que en un principio acude a la consulta para tratar este trastorno de su conducta alimentaria, acabará revelando haber sido víctima de un abuso intrafamiliar, cuando el profesional le pregunta por las relaciones entre los miembros de la familia. El caso servirá para examinar varias cuestiones: 1º La importancia del marco de referencia: la situación del paciente puede resultar incomprensible si el médico centra su atención exclusivamente en el cuadro clínico, sin tener en cuenta la ecología de su medio habitual. 2º La visión de la enfermedad de la paciente como síntoma de un sufrimiento interior cuyo origen se encuentra en una dificultad familiar. 3º La mejoría del paciente comienza por la revelación de un secreto traumático, pero no a nivel individual, como ocurre en el modelo psicodinámico clásico, sino a nivel familiar. 4º La superación del trauma, que ha comenzado por esa revelación, no se completa hasta que no se produce el reajuste del sistema familiar.

Palabras clave: bulimia, abuso sexual, incesto, terapia familiar sistémica.

Abstract

In this paper, a real clinical case is evaluated from a systemic point of view. María is an adolescent diagnosed with bulimia nervosa, who, initially, comes to the medical office to treat her eating disorder, but then she reveals that she has been a victim of intra-familial sexual abuse when the professional asks her about relationships between family members. This case will enable an examination of several matters: 1st. The importance of the frame of reference: the reality of the patient can be incomprehensible if the doctor only pays attention to the clinical situation, disregarding the ecology of her home environment. 2nd. The view of the disease as a symptom of inner suffering which has its origin in family difficulties. 3rd. The patient's improvement begins with the disclosure of a traumatic secret, but not on the individual level, as in the classic psychodynamic model, but on a family level. 4th. The overcoming of the trauma, which was started with the revelation, is not completed until the readjustment of the family system.

Keywords: Bulimia nervosa, sexual abuse, incest, systemic family therapy.

Referencia normalizada: Martínez Martín, N., y Ruano Maldonado, S. (2013): «Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual». *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2): 305-314.

Sumario: Introducción. 1. Exposición del caso. 2. Discusión. 3. Conclusiones. 4. Referencias bibliográficas.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes, llegando a tener una incidencia del 5 por ciento (López, 2011). La Organización Mundial de la Salud los ha ubicado entre las enfermedades de prioridad para niños y adolescentes por las graves consecuencias que pueden conllevar (WHO, 1992). A pesar del elevado interés clínico y científico que suscitan, los resultados de tratamiento son todavía bastante insatisfactorios, con una tasa de recuperación para la bulimia nerviosa que apenas llega al 50 por ciento (Treasure, 2010). Por lo general, la atención de los expertos en este campo ha adoptado un enfoque que podríamos denominar de «individualista», según el cual tanto el diagnóstico como el tratamiento se centran exclusivamente en la sintomatología del paciente: desde la relacionada más directamente con la alimentación, como puede ser el rechazo a mantener un peso mínimo normal, el miedo intenso a ganar peso o la alteración en la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (APA, 2002), hasta aquella más inespecífica, que incluiría diversas alteraciones del estado de ánimo, retraimiento social, irritabilidad, etc. Según esta perspectiva, la clave de la patología se encontraría en el mundo intrapsíquico del paciente y el tratamiento pasaría por una terapia individual cuyo objetivo sería la eliminación de todos esos síntomas.

El paradigma sistémico, uno de los modelos de intervención más extendidos en la práctica de los Servicios Sociales, nos proporciona un marco de análisis diferente y más adecuado para abordar la complejidad de esta patología. El trabajo presente pretende profundizar en el contexto familiar como codeterminante y facilitador de una expresión sintomática. A través del análisis del caso pretendemos poner de manifiesto la importancia de que se amplíe el marco de referencia para llegar a revelaciones claves que nos ayuden a abordar tal complejidad.

1. Exposición del caso

María¹ es una adolescente de 15 años que acude a la consulta de psiquiatría del Centro de Salud Mental acompañada de su madre, Ana.

Ha sido derivada por su médico de atención primaria con la sospecha diagnóstica de trastornos de la conducta alimentaria del tipo bulimia nerviosa. Es la propia paciente quien ha pedido la cita. María refiere que desde hace unos dos meses ha comenzado con ingestas alimentarias hipercalóricas nocturnas, seguidas de purgas voluntarias. Estas prácticas se han hecho casi diarias y son descritas como funcionales (para calmar mi ansiedad»). En la entrevista expresa una discreta disconformidad con su imagen corporal, aunque sin cumplir criterios claros de dismorfofobia. En cuanto a sus antecedentes, hace tres años fue diagnosticada de bulimia nerviosa por conductas similares. En aquella ocasión fue ingresada durante dos años en un centro de día especializado en problemas de alimentación, con remisión completa de los síntomas. Tras un año como asintomática, María comenta: «Ha aparecido otra vez el problema con la comida. Ya estaba curada, pero ahora ha vuelto a aparecer».

Con frecuencia el modelo médico dirige nuestra atención hacia la conducta problemática (psicopatológica), y se centra en el contexto individual, el mundo tal y como el paciente lo experimenta, la dinámica motivacional y los conflictos internos. La enfermedad está presente en el paciente y el objetivo es su curación mediante el control de los síntomas que la definen. Para ello es necesario la elaboración de una historia clínica detallada que recoja información de los hábitos de ingesta diarios, la periodicidad de las conductas purgativas y las circunstancias en que se producen.

Si nos limitáramos exclusivamente a la búsqueda de información sobre los síntomas, el fenómeno en sí nos parecería inexplicable, en tanto que el margen de observación no es lo suficientemente amplio como para incluir el contexto en que dicho fenómeno tiene lugar (Watzlawick, 2008). Para comprender el síntoma, la conducta perturbada, tenemos que evitar considerarlo como una variable aislada en el individuo e investigar qué nos comunica el paciente a través de ese síntoma, de esa conducta. Si los límites de la investigación se amplían para incluir los efectos de esa conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquéllas y el contexto en que to-

¹ Los datos de la paciente y la familia se han modificado para proteger su intimidad.

do ello tiene lugar, el foco se desplaza desde la mónada artificialmente aislada hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio (ídem).

1.1. Hipótesis de la familia sobre el problema

¿Qué explicación tiene el hecho de que la hija bulímica haya comenzado con atracones y conductas purgativas? Averiguar las causas implica la búsqueda de una explicación que nos tranquilice, sugiriendo o estableciendo vínculos o puntos en común significativos. Las explicaciones cumplen también la función de asignar culpas (o liberar de ellas). En última instancia establecemos causa-efecto puntualizando procesos circulares a modo de evaluación, declarando arbitrariamente que cualquier punto de ese círculo es el punto de partida del proceso (Stierling y Weber, 1997, p. 106).

Los padres tienden a ver las causas como exteriores a la familia o vinculadas con características de su hija. En nuestro caso, la madre cree que ha sido una recaída de su enfermedad: «Creo que todo empezó en el verano. María tuvo un esguince de tobillo que le obligó a hacer reposo durante casi un mes. En ese tiempo cogió un poco de peso y desde entonces volvió a obsesionarse con adelgazar». Los pacientes, por el contrario, suelen señalar las causas como internas (estar demasiado gorda, tener ansiedad, sentimiento de inferioridad, etc.) o relacionadas con sus padres. María responde a su madre: «no creo que sea eso, he empezado a estar peor poco antes de Navidad, pero no sé por qué». Tras una pausa continúa:

Creo que todo comenzó por las discusiones entre mis padres, el ambiente en casa era tenso y difícil de llevar; entre ellos no se hablaban y nosotros (refiriéndose a los hermanos) estábamos en medio [...], a veces discutían por cualquier cosa, mi padre tiene un carácter muy fuerte.

En cada caso, alguien es el culpable y debe modificar sus hábitos. Sólo si es posible creer en una enfermedad hay alguna esperanza de librarse de esos sentimientos de culpa (p.107).

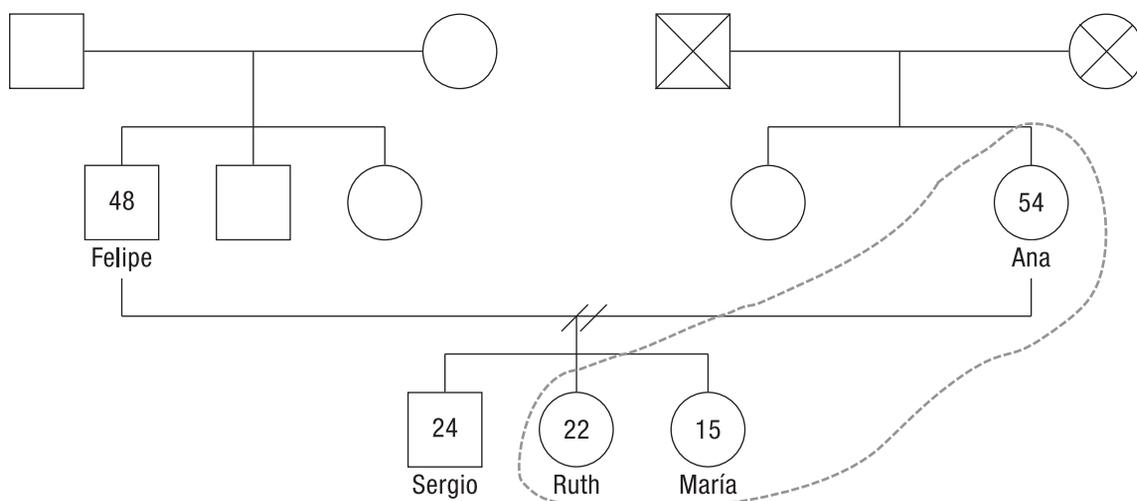
1.2. Marco de referencia

Para el profesional, la primera entrevista implica tres tareas fundamentales y estrechamente relacionadas: 1) Obtener información fiable sobre el sistema; 2) Introducir información en el sistema y 3) Establecer una relación sólida con el sistema (Stierling, 1980).

1.2.1. El genograma

La familia pertenece a la clase media y está formada por cinco miembros. El padre, Felipe, de 48 años de edad, es funcionario, aunque desde hace 10 años trabaja como cocinero en el restaurante de sus padres. La madre, Ana, de 54 años de edad, es funcionaria en Zaragoza. Llevan un año divorciados, y desde entonces Felipe vive en un pueblo de Cáceres con su familia de origen y Ana en Zaragoza con sus dos hijas.

Felipe es descrito como un hombre de carácter fuerte y autoritario con quien es difícil razonar. Muy unido a su familia de origen, tomó la decisión de mudarse a Cáceres sin contar con la aprobación de su esposa. Ana ha sido una mujer abnegada y resignada, encargada



de llevar adelante la casa, la educación de los hijos y su trabajo, dispuesta a servir a los demás y defender la cohesión familiar. Ana comenta que los problemas entre la pareja comenzaron cuando tuvieron los hijos, desde entonces no ha contado con el apoyo de su esposo. Siempre ha evitado entrar en conflicto con él, pero las disputas eran constantes y por cualquier cosa. El hijo mayor, Sergio, tiene 24 años y desde hace cinco está trabajando en Zamora. Es descrito como un chico rebelde y difícil de manejar en la adolescencia, que incluso estuvo un año en un internado por problemas de conducta y de fracaso escolar. Ana justifica su rebeldía diciendo que ha sido quien ha presenciado más enfrentamientos entre los padres. La segunda hija, Ruth, de 22 años, es estudiante de Farmacia. Es descrita como la más independiente. Tiene novio pero pocas amistades, aunque no se considera una joven solitaria. María, de 15 años, es la hija menor, estudiante de 4º ESO con brillantes resultados académicos. Es considerada como la más preocupada por la unidad familiar, siempre dispuesta a servir a los demás, responsable y, según ella misma refiere, preocupada por la estabilidad emocional de todos, pero especialmente de su madre.

1.2.2. Relaciones en la familia

En la primera entrevista, María está excesivamente preocupada por no herir a su madre, y sólo con mucho esfuerzo es capaz de describir la dinámica relacional.

— *Relaciones entre padres e hijos*: la madre es el centro de la familia. Los hijos son más locuaces con ella, que ha sido quien ha mediado en las negociaciones de los chicos con su padre. Al mismo tiempo, María tiene la imagen de una madre sufridora y abnegada, débil y frágil en algunas ocasiones, que no ha sabido enfrentarse a las imposiciones de su padre y ha sacrificado sus deseos por la unidad familiar. No pocas veces, María ha sido su soporte emocional y ha actuado como confidente de sus problemas conyugales. Ana refiere que María ha presenciado menos enfrentamientos conyugales que sus hermanos (Sergio incluso salió en defensa de su madre, en alguna ocasión). La relación de los hijos con el padre ha sido siempre de respeto y reconocimiento de la autori-

dad. Sólo el hermano mayor fue capaz de enfrentarse durante la adolescencia a las normas familiares; y lo hizo de forma agresiva, opositora y con gran rebeldía, por lo que ingresó en un internado.

— *Relación entre los padres*: Ana y Felipe se conocieron cuando tenían 30 y 23 años, respectivamente. Ana estuvo ingresada en el hospital militar por unas fiebres: «Allí estaba él haciendo el servicio militar. Nos conocimos y nos casamos a los tres meses. Mi madre murió al poco de nuestra boda, estaba ya muy enferma». Estuvieron viviendo en Zaragoza, como funcionarios en centros diferentes. Ana comenta:

La situación era buena en casa, Felipe tenía un carácter fuerte, pero me respetaba. Los problemas vinieron con los hijos: tenía que dedicarme al trabajo y a la casa y no todo estaba a su gusto, había muchas peleas. Él se enfadaba conmigo.

Tras el nacimiento de María, las cosas se calmaron.

Cuando María tenía 5 años, Felipe pidió el traslado a Cáceres sin decirme nada, yo me tuve que ir con él y dejar mi trabajo; no contó conmigo. Allí me sentía muy sola, él siempre ha estado muy apegado a sus padres [...]. Cuando me llegó el traslado empecé a trabajar en prisiones de nuevo y allí sufrí acoso laboral, estuve dos años de baja [...], empezaron de nuevo las peleas y los reproches. Me sentía muy sola, no podía contar con nadie de la familia.

Solamente podía contar con una amiga: «Fue ella la que me hizo ver que estaba sufriendo maltrato. Vino conmigo a poner la denuncia y me ayudó a separarme».

— *Relación entre los hermanos*: María comenta las relaciones con su hermana Ruth como «muy buenas, siempre nos hemos ayudado mucho la una a la otra». No es muy explícita contando situaciones de complicidad entre ellas y lo justifica por la diferencia de edad. Cuando le preguntamos por su hermano Sergio, entrecruza miradas con su madre y María responde: «de él prefiero no hablar, no me llevo muy bien». María se muestra incómoda y habla de su adaptación a la ciudad, vuelve a su preocupación por la alimentación en un intento evitativo de seguir hablando de la familia. Volvemos a explorar la relación con su herma-

no y María rompe a llorar y pide quedarse a solas con nosotros. Preguntamos si es algo que su madre desconoce y contesta: «No, lo sabe desde hace un par de semanas [...] No quiero que sufra oyéndolo otra vez». Durante la entrevista, los gestos de protección de María hacia su madre y la dificultad de ésta para reconfortar a su hija se hacen evidentes. María continúa:

Cuando yo tenía 9 años mi hermano abusó de mí en varias ocasiones. Él tenía 17. La primera vez yo no sabía lo que estaba haciendo. Habíamos terminado de comer, mi madre y mi hermana estaban en la cocina y mi padre en el salón viendo la tele. Me cogió del brazo y me llevó a su habitación. Allí me dijo que me tumbara en su cama y yo lo hice; a veces jugábamos en su cuarto. Se empezó a bajar los pantalones y de repente se tumbó encima de mí. Recuerdo que pesaba mucho y no me podía mover, me hacía que le tocara y también me tocaba a mí. Me hacía daño. No me gustaba, pero él se reía y sólo decía que me iba a enseñar una cosa. Yo empecé a llorar y él me tapaba la boca. Sólo sé que el corazón me latía fuerte y tenía miedo. No sé cómo me soltó y me dejó salir, pero recuerdo que me agarró fuerte del brazo y me dijo que si decía algo a papá o a mamá se iban a enfadar mucho conmigo y las cosas irían a peor.

Ocurrió en cuatro ocasiones más, la siguiente con una separación de unas dos semanas y las otras de varios meses. María no se atrevía a contárselo a nadie,

Porque eso sólo empeoraría las cosas en casa [...]. Odiaba a mi hermano y me daba asco [...] desde entonces no hablaba nunca con él y evitaba quedarme a solas cuando él estaba en casa o cuando venía los fines de semana del internado.

Durante el relato de María, Ana llora y esconde la cara entre las manos. María la mira intentando reconfortarla y continúa. Al terminar, Ana refiere: «Yo no me lo podía imaginar, veíamos que no se hablaban, que no se llevaban, pero pensamos que eran cosas de chicos, ¿cómo nos íbamos a imaginar algo así!». Al año siguiente, Sergio entró en un internado —Ana explica: «porque no le iban bien los estudios»— y después siempre ha vivido fuera, aunque volviera a casa los fines de semana.

María refiere que «esta experiencia siempre me ha estado torturando, al principio no me lo podía quitar de la cabeza». Cuando tenía 12

años (coincidiendo con el inicio de sus problemas de alimentación), se lo contó a su hermana Ruth:

Ella me aconsejó que no se lo contara a nadie, que Sergio ya no estaba en casa y que sólo iba a empeorar las cosas entre papá y mamá si se enteraban, que mejor me olvidara, y pienso que tenía razón».

Nunca, hasta ahora, se lo ha contado a nadie.

Ana comenta entre sollozos: «Nunca me habría imaginado algo así, pensaba que eran cosas de los chicos, pero no esto. Pero aun así es su hermano y tiene que estar con él, y si su padre se entera, le mata».

— *Cambios en la situación familiar precedentes a las conductas bulímicas de María.* Hay dos momentos descritos por María: uno a los doce años, que identifica como el inicio de la enfermedad y que relaciona con los cambios corporales de preadolescencia y pubertad; otro hace dos meses, lo cual nos lleva a cuestionarnos qué cambio ha ocurrido en la familia recientemente. María comenta que Sergio se ha quedado en paro hace unos tres meses y ha hablado con su madre para quedarse en Zaragoza. «Aquí tiene más posibilidades de encontrar algo que con el padre, y las relaciones entre ellos no son muy buenas», comenta Ana, «así que le dije que se quedara con nosotras». María continúa: «Yo no dije nada porque es mi hermano y le tengo que querer, tampoco le puedo prohibir que venga a casa con nosotras». Es en este contexto donde reaparecen los atracones y los vómitos, y María decide venir a consulta. Previamente a la entrevista, María decide contarle a su madre la razón del distanciamiento con su hermano: «No podía imaginarme encontrármelo de nuevo en casa, por el pasillo, como si nada hubiera ocurrido; no lo iba a soportar».

El relato de María nos permite formular las primeras hipótesis de trabajo. En este marco de referencia ampliado, su bulimia aparece como la externalización de un grave conflicto familiar, de un secreto mantenido desde hace años. Este secreto, más que una elección es una imposición. María se ve obligada a actuar sola, a ocuparse de sí misma e incluso a proteger a sus padres de los problemas que traería a la familia la revelación de los abusos por parte de su

hermano. En general, la revelación del secreto puede tener un efecto beneficioso y potencialmente reequilibrador pero, si no es gobernado adecuadamente, puede convertirse en reforzador del ordenamiento relacional del pasado y/o generador de nuevos sufrimientos (Malacrea, 2011).

2. Discusión

2.1. Dinámica relacional y abuso sexual.

La familia de María es una familia disfuncional con un periodo de crisis prolongado y con importantes problemas de comunicación entre los miembros de los distintos subsistemas. Existe una escasa cohesión en la familia, miedo al abandono y excesiva dependencia que no permite una apropiada regulación emocional familiar. Los conflictos de la pareja y su falta de control les impiden realizar una función parental adecuada. Además, la distancia emocional de los padres se traduce en el subsistema parental en falta de supervisión, ineficacia en la aplicación de normas y límites y ambivalencia en los roles de cada uno de los miembros de la familia. Por un lado, los límites rígidos entre el subsistema parental y filial impiden tener información de la grave situación de abuso, al tiempo que los hijos ven a sus padres como incapaces de gobernar la familia. Su padre es autoritario y distante, de quien solo reciben lo normativo, mientras que su madre es débil y frágil, a quien tienen que proteger, entrando en un fenómeno de inversión de roles o de *parentalización*. En un primer momento, Sergio protegerá y cuidará a su madre durante los enfrentamientos con su padre, y posteriormente será María quien la consuele y reconforte. Esta parentalización será determinante para el mantenimiento del secreto del abuso sobre la demanda de ayuda y protección permitiendo la estabilidad del sistema e impidiendo una nueva crisis familiar. Como consecuencia de esto se produce un apego inseguro en los hijos, se perpetúa la comunicación distorsionada, la resolución de problemas está basada en la negación, la evitación del conflicto y el enfrentamiento (todos los miembros de la familia saben que hay «algo» entre María y Sergio que desconocen y les distancia pero nadie se atreve a preguntar).

En este contexto familiar la capacidad de

diferenciación de los hijos está seriamente dificultada. Para Stierlin (1980) la individuación será la capacidad de autodeterminación, autodiferenciación y autorregulación, así como la disposición de aceptar la responsabilidad de la conducta propia. Esta individuación se realiza de forma continua a lo largo de la vida, camino en el que ha de haber dos bifurcaciones caminos posibles: la individuación «con», cuando se realiza con el acuerdo de la familia, que hace referencia a la adquisición de información y diferencias recogidas en el exterior, que supondrán conflictos intrafamiliares, pero que los propios padres aceptan. Y la individuación «contra», sin acuerdo del grupo intrafamiliar, que se expresa en forma de desobediencia, intolerancia a los límites, algo así como: «hay que desobedecer para ser». Como se ha puesto de manifiesto la individuación contra o la dificultad en la individuación son las opciones que esta familia permite a sus hijos.

En el subsistema filial se mantienen unos límites rígidos entre la fratría. La relación entre Sergio y María estará basada en la complementariedad y superioridad de Sergio hacia ella. Es una relación cargada de tensiones que no podrán ser expresadas en la familia por miedo a las catastróficas consecuencias de destrucción familiar. Los tres años de distancia entre los hechos y la revelación de los abusos a su hermana Ruth nos hablan de unos límites rígidos entre ellas y muy escasa complicidad, aunque, como consecuencia de la búsqueda de armonía y seguridad en la familia, María siempre la describirá como armoniosa, amistosa y nada problemática.

En la familia incestuosa hemos de responder a tres agentes básicos: La víctima, los adultos protectores y el victimario. Malacrea (2011) propone sesiones únicas para los tres protagonistas tipo para posteriormente determinar los objetivos y formatos de la intervención reparadora. Analizamos a continuación cada uno de los agentes.

2.2.1. La víctima

Un elemento central al definir los distintos tipos de agresiones sexuales es el vínculo previo que la víctima mantiene con el agresor. En el abuso cometido por alguien que no pertenece a la familia, el niño tiene la posibilidad de vivirse como víctima. Esta vivencia es más difícil

de experimentar cuando la distancia relacional entre víctima y victimario es menor, como ocurre en el caso de los abusos intrafamiliares, contribuyendo posteriormente a los sentimientos de vergüenza, culpabilidad y mayor daño emocional (Barudy, 1998). En el caso de María el trauma emerge con mucha intensidad, pero si bien lo habitual es que la agresividad esté dirigida a los adultos protectores con la acusación de no haberles protegido, en este caso la agresividad está dirigida al agresor. María se siente desprotegida ante la vuelta de Sergio al hogar y necesita la protección de su madre, pero ¿cómo hacerlo sin revelar el secreto?, ¿es el trastorno de conducta alimentaria una expresión de este sufrimiento?

Unos de los factores en común de las familias que presentan casos de anorexia y casos de bulimia son el autocontrol, la abnegación y la evitación de conflictos. María, siguiendo con la tradición de sacrificio y abnegación iniciada por su madre, se muestra a su vez preocupada por el bienestar psicológico de los demás miembros de la familia. Beavers (1985) encuadra a las familias de pacientes con trastornos de conducta alimentaria dentro del tipo de familias centrípetas fronterizas, es decir, familias en las que todas las tendencias caóticas, excéntricas y destructivas se mantienen a raya con mecanismos rígidos y restrictivos de control, pero en última instancia eficaces. No es de extrañar que el desorden alimentario sea la externalización del problema familiar y de abuso sufrido por María.

¿Cuáles son las fases por las que pasa María en el proceso desde el abuso hasta la revelación? En el primer periodo Barudy (1998), distingue tres fases: la de seducción, la de interacción sexual abusiva y la del secreto. En el caso de María no existe una fase de seducción, será Sergio el que imponga su superioridad en un proceso que Perrone (1997) denomina *violencia castigo*, propia de una relación complementaria entre ellos, seguida de la fase del secreto: Sergio impone la ley del silencio mediante amenazas, culpabilización, chantaje y manipulación psicológica. En el segundo periodo, Barudy distingue dos fases: la de divulgación, cuando se revela el abuso, y la fase de represión del discurso de la víctima. Tras la revelación de María, su hermana, Ruth, reprime el discurso e intenta neutralizar los efectos de

su divulgación para mantener el equilibrio familiar.

2.1.2. Los adultos protectores

La madre de la víctima, Ana, es la menor de una fratria de dos hermanas. Su hermana mayor tiene 56 años y vive en Madrid con su marido y dos hijos. Pocos detalles recuerda de su infancia, aunque la describe como

Una infancia muy difícil tras el fallecimiento de mi padre a los 18 años. Mi padre era una persona callada, no mostraba su cariño, pero yo sabía que nos quería muchísimo [...] con mi madre tenía más diferencias, era más distante y exigente. Siempre estábamos mi hermana y yo juntas hasta que mi hermana se casó y me quedé sola con mi madre».

No es fácil que concrete algún recuerdo de su infancia o del tiempo en que estuvo viviendo con su madre. Su soledad nos habla de una escasa red social, su vida parece centrada en el cuidado de su madre enferma y su trabajo. Probablemente las dificultades para enfrentarse a la autoridad de su madre, junto con la muerte temprana de su padre hayan dificultado su proceso de individuación. Será pocos meses antes del fallecimiento de su madre cuando conozca a Felipe y se case pasando a cuidar y depender de su esposo en la formación de su propia familia. Barudy, (1998), describe a la madre de la familia incestuosa en una posición de subordinación respecto al marido, con la necesidad de priorizar su pertenencia al sistema conyugal respecto a su función de madre.

El padre de la víctima, Felipe, es el mayor de una fratria de tres hermanos. Es descrito como autoritario, normativo y periférico en la familia. De la narrativa mantenida por la madre se deduce que la comunicación entre la pareja no es fluida y las decisiones no son consensuadas, sino más bien impuestas por el padre, prevaleciendo sus propias necesidades ante las de su esposa (un ejemplo es el traslado a la ciudad donde reside su propia familia de origen sin contar con la disponibilidad de su propia familia).

2.1.3. El victimario

Son muy pocos los estudios en los que el abusador es el hermano de la víctima. La información aportada en la entrevista sobre la vida de Sergio es muy escasa. Sabemos de su impli-

cación en la defensa de su madre en los conflictos de pareja, cuando era un niño, de su rebeldía y enfrentamiento verbal, y en ocasiones físico, con su padre como representante de la autoridad, en el proceso de diferenciación de la adolescencia. Podemos pensar que la sensación de desprotección de su madre, su imagen frágil y débil pudo contribuir a un menosprecio por la figura femenina *actuada* en el abuso a su hermana en una clara relación complementaria de superioridad. En entrevistas posteriores, María dice de la relación con su hermano:

Durante las vacaciones de verano [momento en el que reaparecen los síntomas alimentarios] hablé con él. Quería que supiera todo el daño que me había hecho y darle una oportunidad para pedirme perdón, [...] reaccionó riéndose y diciendo que éramos unos críos que él sólo tenía 17 años y que no sabía lo que hacía [...]. No sólo no le dio ninguna importancia, sino que se rio de mí; no quiero volver a verle nunca más, por eso se lo dije a mi madre, cuando me dijo que iba a volver a casa.

Esta reacción del agresor sexual adolescente no es de extrañar. Aragonés (1998) describe algunas de las características del agresor sexual adolescente: dificultad para el autocontrol de impulsos; bajo concepto de sí mismo y pobre autoestima; baja tolerancia a la frustración y escasa capacidad para soportar la demora; existencia de cogniciones que reflejan menosprecio de la figura femenina; carencias afectivas por parte del núcleo familiar; sus relaciones con los demás suelen estar caracterizadas por altos rasgos de agresividad física o verbal, presencia de carencias normativas y déficit en el desarrollo de los estadios morales del adolescente. En general hay una ausencia de toma de responsabilidad, una carencia de sentimiento de culpa, negación y ansiedad respecto al sistema judicial; en el ámbito escolar tiene dificultades para el aprendizaje; alto porcentaje de fracaso escolar; en un 40 por ciento de los casos se les ha detectado algún problema psicológico.

2.2. Fases del tratamiento

Una vez revelado el secreto es necesario que la verdad salga a la luz y se expanda hasta alcanzar concretamente a todos aquellos a los que afecta (Malacrea, 2011). Ante todo debemos tener en cuenta que la mayor parte de los agre-

sores y de los adultos potencialmente protectores no accede a la admisión explícita de los hechos. La negación y la culpa por no haber proporcionado una protección adecuada van a ser los principales focos de trabajo en los padres. Al mismo tiempo es necesario ayudar a la víctima a reparar el daño sufrido y ofrecer al agresor tratamiento psicológico para conectar con el abuso, romper la pauta familiar caracterizada por la incapacidad para conectar emocionalmente con el otro y evitar posibles reincidencias.

Madanes (1993) resume la intervención con la familia en 16 pasos de los que destacamos, como fundamentales para una adecuada reparación del sufrimiento de la víctima, por un lado, que el agresor reconozca y contacte con el trauma sufrido por la víctima y, para ello, se exige una muestra de arrepentimiento y disculpa real. Por otro lado será importante que la víctima también reciba esa disculpa por parte de los adultos que no la han protegido en el momento de la agresión, con frecuencia serán los padres. Malacrea (2011) pondrá énfasis en el abordaje de los padres o de los adultos protectores del trauma del abuso de su hija por parte de su hermano, trabajando con ellos la negación y la culpa que el conocimiento de este trauma ocasiona.

Esta línea marcada por las autoras citadas fue, en parte, la que se adoptó.

Realizamos cinco entrevistas que tuvieron como objetivo trabajar la situación emocional de María, ayudar a los adultos potencialmente protectores a contactar con el trauma, trabajando la negación y la culpa y ofreciendo hipótesis que les permitieran afrontar el trauma, y por último ayudar al agresor a afrontar los hechos en el proceso de reparación familiar.

En una de las entrevistas, María refiere que su madre le ha insistido para que hable con Sergio y éste pueda disculparse con ella. Para su madre es fundamental que Sergio sea aceptado por ella en la familia, dijo: «tienes que perdonarle, es tu hermano y tienes que quererle». Por ahora Sergio está viviendo en casa de un amigo, pero la madre le lleva a diario la comida a casa y se interesa por él (María no está de acuerdo con los cuidados que le presta su madre). Ante la insistencia de su madre, María mantiene una conversación con su hermano, éste acude culpabilizado, le pide perdón y se

lamenta del daño que le ha causado, piensa que son cosas de adolescente y que no sabe cómo pudo ocurrir. María acepta sus disculpas y acepta que vuelva a casa («por no hacer sufrir a mi madre»), reconoce el arrepentimiento de su hermano pero añade: «no siento ningún cariño por él, a veces lo veo y me da asco y otras sólo indiferencia, sé que es algo del pasado, pero me ha marcado mucho». Ana es incapaz de admitir los hechos, está en un proceso de negación que le impide contactar con el sufrimiento de María y disolver los lazos que le unen con su hijo para permitir una reconstrucción familiar.

En la siguiente entrevista será Ana quien acuda, aliviada por la reunificación de la familia. Con el perdón de María, Sergio ha podido venir a casa y «ahora estamos juntos de nuevo». Nos comenta que María ha empeorado de su enfermedad y que ahora ha comenzado con vómitos nocturnos y casi diarios, refiere: «seguramente todo esto le ha puesto muy nerviosa». Ninguno de los hermanos aceptará venir a consulta. Será María quien nos comunicará en la siguiente cita que ha hablado con su padre: «Le dije que tenía que decirle algo muy importante de Sergio y que no podía esperar». El padre acudió a Zaragoza y tras contarle la situación en casa refiere: «Me abrazó y se mostró

muy cariñoso conmigo y me dijo que imaginaba algo cuando me llamaste con tanta urgencia, pero no sabía que iba a ser esto», se enfadó con Sergio y tranquilizó a María diciéndole que Sergio estaría con él hasta que todo esto se aclarara. A las dos semanas recibimos una llamada telefónica de María. Nos comenta que ha decidido marcharse con su padre a Cáceres y continuar allí sus estudios. Está ilusionada porque allí se va a sentir mucho más protegida y más tranquila desde ha tomado esta decisión.

3. Conclusiones

A lo largo de este artículo hemos intentado compartir nuestra experiencia de abordaje de la patología clínica desde un abordaje sistémico. El clínico habitualmente se centra en el síntoma; trata de aliviarlo y en ocasiones llega a identificarlo con la propia enfermedad. Frente a esta tendencia, el modelo sistémico permite comprender y tratar estas patologías como la manifestación de un problema relacional. Nuestra finalidad no es solamente transmitir una experiencia profesional, sino sobre todo asociarnos con las reflexiones de quienes buscan facilitar las dinámicas sociales que permitan crear condiciones para prevenir y tratar las agresiones y abusos sexuales.

4. Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2002). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [Texto revisado]. Barcelona: Masson.
- Aragón de la Cruz, R.M. (1998). Los agresores sexuales adolescentes. *Anuario de Psicología Jurídica*, 101-139.
- Barudy J. (1993). Dictaduras Familiares, abusos sexuales, incesto, estrategias terapéuticas. En *Actas del II congreso estatal sobre infancia maltratada* (pp.159-187). Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Beavers W.R. (1985). *Successful marriage: A family systems approach to couples therapy*. Nueva York: WW Norton.
- López C y Treasure J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Medicina Clínica*, 22 (1), 85-95.
- Madanes C. (1993). *Sexo, amor y violencia: Estrategias de transformación*. Barcelona: Paidós.
- Malacrea M. (2011). *Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Perrone R. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Stierling H., Rücker-Emden I., Wetzel N. y Wirsching M. (1980). *The first interview with the family*. Nueva York: Brunner/Mazel
- Stierling H. y Weber G (1997). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa,

- Treasure J., Claudino A. y Zucker N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583-93.
- Watzlawick P., Bavelas J.B. y Jackson D.D. (2008). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- WHO. (1992). *ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra: World Health Organization.