

Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente

Rosalinda Guadarrama Guadarrama
Nubia Torres González
Compiladoras



Universidad Autónoma
del Estado de México

Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS
Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Rector

Dr. en A. José Edgar Miranda Ortiz
Secretario de Difusión Cultural

M. en A. Jorge E. Robles Álvarez
Director de Publicaciones Universitarias

SALUD MENTAL Y CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE

Rosalinda Guadarrama Guadarrama
Nubia Torres González
Compiladoras



Universidad Autónoma del Estado de México

“2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”

Primera edición, diciembre 2018

Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente

Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Nubia Torres González (Compiladoras)

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote.

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel: (52) 722 277 38 35 y 36

<http://www.uaemex.mx>



Esta obra está sujeta a una licencia *Creative Commons* Atribución 4.0 Internacional. Puede ser utilizada con fines educativos, informativos o culturales siempre que se cite la fuente. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

Citación:

Guadarrama Guadarrama, Rosalinda y Torres González, Nubia (2018), *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente*, México, Universidad Autónoma del Estado de México.

ISBN: 978-607-422-986-8

Hecho en México

Made in Mexico

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
I. HÁBITOS, ACTITUDES Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL VINCULADOS CON LA OBESIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES Erika Robles Estrada, Aída Mercado Maya, Hans Oudhof Van Barneveld, Norma Elena Martínez Martínez	15
II. DEPRESIÓN E INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES RURALES Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Giovanny Arzate Hernández, Marcela Veytia López, Octavio Márquez Mendoza	35
III. DIABETES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Rebeca Guzmán-Saldaña, Gloria Solano Solano, Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez-Peresmitré	45
IV. SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES Gabriela J. Saldívar Hernández	63
V. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Jesús Alfredo Whaley Sánchez, Margarita de la Cruz López, Beatriz Cerda De la O	85
VI. SUICIDIO Y MASCULINIDAD Catalina González-Forteza, Alberto Jiménez Tapia	109

INTRODUCCIÓN

Las actuales preocupaciones en torno a la salud de los adolescentes han originado diversos estudios que muestran evidencia científica dirigida a fortalecer los distintos programas preventivos y de intervención en materia de salud pública en este sector de la población. Por ello, es fundamental contar con un amplio marco de referencia en función del contexto sociocultural, que permita ampliar el conocimiento de la salud física y mental de los adolescentes, tanto para la identificación como para la explicación de los diversos factores de riesgo que intervienen en la manifestación de determinadas patologías, con el propósito de mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico del individuo desde edades más tempranas.

El presente libro es el resultado de una producción científica colectiva que comprende el trabajo de seis investigaciones relacionadas con la salud mental y conductas de riesgo en poblaciones mexicanas de adolescentes. La integración de los hallazgos de dichas investigaciones, en diversos contextos socioculturales, permite sin duda explicar los factores de riesgo presentes en las conductas anómalas durante el desarrollo de los adolescentes.

El primer capítulo, “Hábitos, actitudes y funcionamiento psicosocial vinculados con la obesidad en mujeres adolescentes”, escrito por Erika Robles, Aída Mercado, Hans Oudhof Van Barneveld y Norma Elena Martínez, presenta los aportes de una investigación cuyo propósito fue analizar los hábitos, actitudes y el funcionamiento psicosocial vinculado con la obesidad en una muestra de mujeres adolescentes de la cabecera municipal de Ixtapan de la Sal, Estado de México. Esta investigación hace énfasis en la diversidad de factores asociados a cada una de las personas que sufren obesidad, considerando incluso aquellos de índole individual, como historia de vida y personalidad. El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan la calidad de vida del individuo en el plano físico, emocional y social; algunas de sus consecuencias son las enfermedades crónico-degenerativas y problemas de salud mental; que conllevan, a su vez, a una estigmatización, ya que el individuo es considerado una persona perezosa, sin voluntad y poco productiva. Conocer las causas de la

obesidad permite sustentar políticas públicas nacionales con evidencia científica que contemplen un marco más amplio de actuación, resaltando la importancia de fomentar hábitos de alimentación saludable y estrategias para erradicar malas costumbres y conductas no saludables. Los hallazgos de esta investigación revelan la importancia de estudiar las prácticas y actitudes de los adolescentes respecto a sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial, por lo que es indispensable contar con más información acerca de este padecimiento multifactorial.

El capítulo II, “Depresión e insatisfacción corporal en adolescentes rurales”, es una investigación realizada por Rosalinda Guadarrama, Giovanni Arzate, Marcela Veytia y Octavio Márquez. La insatisfacción con la imagen corporal es una problemática frecuente en los adolescentes, que ocasiona conflictos a nivel social y desemboca generalmente en problemas en la salud mental, como la depresión. Los hallazgos obtenidos dan cuenta de que las mujeres de zonas rurales manifiestan mayor insatisfacción respecto a su cuerpo en comparación con los hombres, lo cual está relacionado con el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Esto se explica debido a que las presiones sociales y estrategias publicitarias hacia la mujer la colocan como un grupo de riesgo; no obstante, la población masculina también comienza a presentar conductas riesgosas. Ello enfatiza la importancia de proponer programas de prevención diseñados desde el aspecto valorativo del propio cuerpo, pero también desde la diferencia de actitudes y pensamientos que presentan hombres y mujeres; los autores sugieren evaluar los pensamientos y sentimientos de los sujetos como constructos sociales en relación con el género.

El capítulo III, “Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria”, de Rebeca Guzmán, José Asael Pineda, Silvia Platas y Gilda Gómez, muestra que los trastornos de la conducta alimentaria son padecimientos con mayor incidencia en mujeres adolescentes. Recientemente se encontró que su relación con otros problemas de salud como la diabetes conforma la atención terapéutica del padecimiento: establecer raciones de alimentos, control de sangre, control de peso corporal y la realización de ejercicio físico. La aparición de diabetes en adolescentes influye, en ocasiones, en el desarrollo de un trastorno alimentario, que se convierte en un factor predisponente para la presencia de una nueva patología llamada diabulimia y, en algunos casos, acompañada de otras comorbilidades psiquiátricas. El objetivo de este estudio fue describir la relación que puede darse entre un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y la diabetes en personas que la padecen, además de definir aspectos relevantes

como la prevalencia, la relación entre insulina y la ganancia de peso, la falta de regulación de la saciedad, entre otros factores asociados con la problemática. Los resultados de este estudio evidencian la falta de conocimiento acerca de la asociación y distinción entre TCA y diabetes, incluyendo la falta de control sobre el peso, la dosificación de insulina y la sobreinsulinización, la falla de los mecanismos de saciedad y los problemas con los mecanismos de regulación hormonal, así como prescripciones dietarias como causas potenciales de la percepción de falta de control sobre la ingesta alimentaria.

El capítulo IV, “Salud mental y violencia en el noviazgo en adolescentes”, escrito por Gabriela Saldívar, muestra la sintomatología depresiva y la asociación con un instrumento que identifica a los sujetos que han ejercido, que sólo han recibido y aquellos que han estado en una relación de violencia mutua o bidireccional en el noviazgo, en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. Presenta, además, una reflexión para promover un sano desarrollo del adolescente en todos los aspectos. Por ello es necesario ampliar la definición de salud mental, que incluya las alteraciones de tipo psicológico emocional y/o conductual como la violencia, el suicidio y el abuso de sustancias. Son temas de interés en el estudio de los trastornos de la salud mental iniciados en la adolescencia, que tienen consecuencias a futuro en términos de morbilidad. En este sentido, se manifiesta que las experiencias de noviazgo de los adolescentes en la actualidad suelen ser más espontáneas, cortas y numerosas que las de sus predecesores, que aún se rigen por patrones de género desiguales, entre los que se encuentran la permisividad para los hombres ante los noviazgos simultáneos, mientras las mujeres son consideradas como propiedad de los novios o esposos, presentándose de manera frecuente violencia masculina. Esto indica que la violencia en el noviazgo puede ser un antecedente de la violencia en pareja cuando se casan o viven juntos; por ello se considera un problema de salud pública que debe ser estudiado para trabajar en la detección y prevención oportuna, reducir su frecuencia y evitar sus manifestaciones más graves en el área de la salud. Los resultados evidencian que un porcentaje considerable en la población estudiada ha estado en una relación en la que han existido comportamientos violentos, ya sea como víctimas, como agresores o bidireccional; asimismo, tanto hombres como mujeres experimentan y perpetran violencia de manera distinta.

El capítulo V, “Trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia sexual”, de Jesús Whaley, Margarita de la Cruz y Beatriz Cerda de la O, consiste en

una revisión exhaustiva acerca de este padecimiento y resalta que la mayoría de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida; existen diferencias de exposición tanto para la mujer como para el hombre; para ella son más frecuentes la violación, el acoso y el abuso sexual y para él, los accidentes y robos. En el caso de las mujeres estos sucesos tienen mayores posibilidades de generar un trastorno por estrés postraumático. Las víctimas de violencia sexual, con o sin trastorno de este tipo, son más que un diagnóstico y representan a una población que requiere atención especializada, a fin de dar un sentido distinto a su vida y recuperar su identidad para vivir de forma más plena.

El último capítulo, “Suicidio y masculinidad” de Catalina González-Forteza y Alberto Jiménez, analiza el fenómeno del suicidio como un problema de salud pública que atañe a todos los sectores de la sociedad y que requiere una atención integral; además, constituye una de las primeras causas de muerte en la población juvenil. El suicidio es un proceso dinámico que involucra aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. Es un fenómeno multifactorial vinculado a niveles de desintegración social, violencia, desempleo, migración, consumo de alcohol y drogas, así como inestabilidad familiar, variables que influyen en el número de suicidios dentro de cualquier grupo cultural. Por lo tanto, existen factores precipitantes o predisponentes de índole social, cultural, económica, institucional, familiar, de pares, biológicos y genéticos enmarcados en condiciones estructurales que lo determinan. La importancia de estudiar este fenómeno radica en conocer las motivaciones y los factores que lo predisponen y que conducen a una persona a su ejecución, por lo que su estudio ha dado pauta a diversos planteamientos explicativos desde diferentes perspectivas teóricas.

Esta investigación destaca la importancia que las construcciones de género tienen sobre el fenómeno del suicidio, el cual está directamente relacionado con el aspecto cultural que moldea la conducta suicida en hombres y mujeres. La paradoja de género es un constructo que propone la explicación psicosocial para diferenciar las conductas suicidas, considerando la influencia que tienen las expectativas culturales alrededor del género. Esta perspectiva permite reconocer que la construcción de la masculinidad tiene una clara influencia como determinante en la conducta, por lo que es necesario incluirla y reconocerla en futuras investigaciones para ampliar los modelos explicativos que se tienen al respecto.

Esta obra reúne y aporta datos de carácter científico a nivel teórico y de evidencia empírica con respecto a problemáticas concretas en la salud física y mental en los adolescentes. Su valor potencial radica en que las investigaciones realizadas corresponden a un sector de la población mexicana; dichos aportes han generado datos que pueden ser empleados para el desarrollo de futuras investigaciones, tanto en la intervención como en la promoción de la salud; con ello se contribuye a entender y abordar cada una de las problemáticas expuestas.

I. HÁBITOS, ACTITUDES Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL VINCULADOS CON LA OBESIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES

*Erika Robles Estrada**

*Aída Mercado Maya**

*Hans Oudhof Van Barneveld**

*Norma Elena Martínez Martínez**

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha instaurado como una pandemia en Latinoamérica. Se constituye como un padecimiento debido al exceso de grasa corporal (tejido adiposo) que se manifiesta, la mayoría de las veces, por un peso superior considerado al normal (Guerra & Pablo, 2013); es una enfermedad metabólica, de curso crónico, multifactorial y de gran repercusión en la salud pública (Masud-Yunes, 2012).

México no ha quedado exento de esta situación, pues se manifiesta de manera generalizada en la población. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012), la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso se ha observado desde 1988. No obstante, los datos revelan que este padecimiento sigue vigente, como lo señala la Ensanut (2016); en adultos mayores de 20 años existe una prevalencia combinada (sobrepeso u obesidad) de 72.5% (siete de cada 10 adultos), en comparación con 2012 que fue de 71.2 por ciento.

En población menor, la gravedad de la problemática salió a la luz cuando Olaiz-Fernández et al. (2006) reportaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición que 26% de niños entre 5 y 11 años presentaron sobrepeso u obesidad, siendo mayor un tercio con respecto a la encuesta de 2009.

Datos actuales de la Ensanut (2016) reflejaron que el sobrepeso y la obesidad en niños de entre 5 y 11 años para 2012 fue de 34.4% y en 2016 de 33.2% (tres de

* Universidad Autónoma del Estado de México.

cada 10), con baja del sobrepeso en varones. En cuanto a los adolescentes de 12 a 19 años, en 2012 la prevalencia fue de 34.9% y en 2016, de 36.3% (casi 4 de cada 10); en mujeres aumentó 2.7 puntos porcentuales y en hombres hubo una reducción de 34.1 a 33.5 por ciento.

La alta incidencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes conlleva a que, a mediano y largo plazo, serán jóvenes y adultos con múltiples complicaciones derivadas de esta situación, ya que estos padecimientos repercuten gravemente en la vida de las personas, pues en muchas ocasiones los imposibilitan y afectan de manera directa en su calidad de vida (Braguinsky, 1996).

Esta problemática ha adquirido tal magnitud que los gobiernos han iniciado campañas para su prevención y manejo (Korbman, 2007); no obstante, Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo, y Murayama (2013) consideran que en México se requiere de una política nacional sustentada en evidencia científica, de carácter multisectorial, de aplicación por los distintos niveles de gobierno, que involucre a los poderes ejecutivo y legislativo, la industria de alimentos, los medios de comunicación masiva, las agrupaciones de consumidores y la academia. Que además actúe sobre los distintos entornos, espacios públicos en las ciudades, los ambientes escolar, comunitario, laboral y el hogar.

Conocer las causas de la obesidad puede ser una coadyuvante para generar medidas preventivas y correctivas. Barranco et al. (2012) señalan que es preciso enfatizar en su multifactorialidad: la reducción de la actividad física, el incremento del estilo de vida sedentario, el uso y abuso de la comida rápida y procesada, que también juega un papel preponderante en las sociedades occidentales.

Por su parte, González, Unikel, Cruz, y Caballero (2003) señalan factores potenciales, como las características de la personalidad, los trastornos perceptivo-conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control.

En cuanto a su impacto, Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman, y Vara (1988) enfatizan el papel que tiene el contexto sociocultural en personas obesas, como la presión en la mujer para tener una figura esbelta, una imagen idealizada de cuerpo perfecto que compensa la baja autoestima y el miedo a ser rechazada; estados emocionales negativos con presencia de ansiedad y depresión; estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; hábitos

deficientes de alimentación y control de peso; todos éstos potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física.

Para Bruch (1973), tomar en consideración el lado emocional de la obesidad es imprescindible y argumenta tres divisiones. La primera la constituyen las personas que no cuentan con funcionamiento psicológico anormal (las otras dos sí). La segunda tiene la llamada obesidad del desarrollo, es decir, está presente casi desde el momento del nacimiento y lo acompañan aspectos de problemas con la personalidad. La tercera es la obesidad reactiva como producto de la vivencia de un evento traumático.

De contar con múltiples causas de la obesidad, el primer nivel de afectación más evidente en quien lo padece es el físico, ya que al realizar algún tipo de movimiento motriz continuo se manifiestan algunas dificultades, como la respiración, problemas ortopédicos e incluso se pueden desarrollar dificultades relacionadas con el sueño y somnolencia, lo que provoca una inactividad secundaria, por tanto, una discapacidad (Korbman, 2007).

Las consecuencias en personas muy jóvenes son las mismas, aunque de manera procesual con la edad, se van agudizando y tornando en enfermedades complejas y crónicas. Tonietti (2010: 32) señala, respecto a la obesidad en niños y jóvenes, que:

[...] al igual que en la vida adulta, se asocia con complicaciones de salud, entre ellas, el desarrollo de la diabetes tipo 2 y del síndrome metabólico (directamente relacionados con la magnitud del incremento de la masa grasa y su ubicación ectópica) y alteraciones en la estructura y función cardiovascular predictores de riesgo futuro. La pubertad es un período de vulnerabilidad en el desarrollo de obesidad, y la adolescencia es una de las etapas de mayor riesgo para el desarrollo de morbilidad futura. Se estima que alrededor del 80% de los adolescentes obesos seguirán siéndolo en la adultez.

Es importante no dejar en un segundo plano las implicaciones psicológicas de un padecimiento como éste, ya que el niño o el adolescente que se encuentra en un estado de obesidad ve mermado su desarrollo de manera general, además de que interfiere con sus actividades, intereses y bienestar emocional. Raich et al. (2008) señalan que tiene que ver con el funcionamiento psicológico y el rechazo social que la obesidad genera en la sociedad actual. Estas implicaciones psicológicas son adversas

en la mayoría de las ocasiones, como es una imagen corporal desvalorizada es preciso prestarle atención, pues la adolescencia es una edad de construcción de identidad.

En este sentido, Martínez-Fornés (1995) encontró que 70% de las adolescentes están enojadas con su propio cuerpo, pues en este periodo la proporción de grasa alcanza normalmente niveles de 20 a 25%, así como formas onduladas en caderas y muslos, lo que ven como obesidad que las desmerece ante sus ojos y los de los demás; a diferencia de los varones adolescentes y adultos, para quienes la grasa representa sólo 15% del peso. Si bien la insatisfacción con la imagen corporal es común entre los adolescentes, se puede pensar entonces que quienes sufren obesidad son más propensos a esta insatisfacción con su imagen.

Asimismo, el estar insatisfecho se asocia con un valor simbólico de descuido, de pocas habilidades motrices, intelectuales y sociales, como lo señala el estudio de Guzmán, Del Castillo, y García (2010: 213):

[...] se han descrito dificultades en la maduración psicológica y en la adaptación social significativamente mayor en los niños obesos, sobre todo en niñas, como consecuencia de la discriminación precoz y sistemática que sufren por parte de sus compañeros, familiares y la sociedad en general, y que afecta a muchos aspectos de su vida. Este rechazo tiene su origen en factores culturales que identifican la delgadez como perfección mientras que la obesidad se valora como imperfecta, indicativa de debilidad, abandono y falta de voluntad.

Para Silvestri y Stavile (2005) el alimento juega un papel básico en la obesidad, pero, además de sus cualidades alimenticias, por sí mismo posee un valor simbólico y emocional que se asocia con la sobreingesta. Muchos de los alimentos están ligados a recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, etapas de la vida, etc. Posiblemente, detrás de este padecimiento se esconda la idea de “no ser”, con la finalidad de diferenciarse, o bien para llevar la contraria a alguien que ha sido muy importante en la vida de la persona, a la que no admiten y mucho menos se parecen a ella, pues se percibe que se ha recibido un daño. Cuando la persona de cuyo modelo se intenta apartar es delgada porque cuida su alimentación y está pendiente de su físico, lo que hacen estas personas es lo inverso, no cuidar su físico ni su alimentación y ser obesos, pues han acumulado grandes cantidades de rabia y reproches.

Indagar los factores que se asocian a cada una de las personas que sufren obesidad no es tarea fácil. Es preciso considerar al ser humano de manera holística, con toda

su complejidad, analizar su historia de vida, su contexto sociocultural inmediato, así como su personalidad; situación que implica cierta dificultad.

Para realizar esta investigación se utilizó el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007), puesto que sus escalas están consistentemente relacionadas con la satisfacción global en cuanto a la vida y las relaciones interpersonales, así como con problemas cognitivos y conductuales específicos, como los atracones, la distorsión de la imagen corporal, la falta de confianza y los sentimientos generales de aislamiento y humillación.

De tal manera que el objetivo de este trabajo fue analizar hábitos, actitudes y funcionamientos psicosociales vinculados con la obesidad en una muestra de mujeres adolescentes de la cabecera municipal de Ixtapan de la Sal, del Estado de México.

MÉTODO

Participantes

El total de las participantes fueron 80 mujeres adolescentes escolares de secundaria. Los criterios de inclusión fueron: su lugar de residencia en un municipio del sur del Estado de México, edades entre 12 y 14 años y que se encontraran estudiando la secundaria, con la finalidad de que comprendieran con claridad los reactivos del instrumento. De acuerdo con esto, 19 de ellas (23%) tenían 12 años y se encontraban cursando el primer grado de secundaria, 32 (40%) de 13 años, cursando segundo grado y 29 (36.25%) de 14 años, cursando tercer grado.

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007), que está constituido por dos partes; la primera comprende los datos generales de los participantes: edad, estatura, peso, problemas con la alimentación y qué tan precisa consideran la información que proporcionaron. La segunda es un inventario de autoinforme constituido por un total de 80 reactivos que conforman 12 escalas, las dos primeras se orientan al sesgo

de las respuestas (*Inconsistencia en las respuestas y Defensividad*), seis de *Hábitos y Actitudes del comportamiento alimentario relacionados con el comer* (Sobreingesta alimentaria, Subingesta alimentaria, Antojos alimentarios, Expectativas relacionadas con comer, Racionalizaciones, Motivación para bajar de peso) y cuatro escalas más que se relacionan con *Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial* (Hábitos de salud, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteraciones afectivas). Se utiliza en personas de 9 a 98 años y cuenta con opciones de respuesta de 0 a 4, en donde 0 = Para nada, 1 = Un poco, 2 = Moderadamente, 3 = Bastante y 4 = Muchísimo.

Asimismo, el *OQ* contempla una forma de calificación con plantilla a base de papel carbón; para ello, es preciso obtener las puntuaciones naturales para ubicarlas posteriormente de acuerdo con las normas del cuestionario (Puntuación *T*). De tal manera que las puntuaciones por debajo de *T*40 son bajas, aquellas de *T*60 o mayores son altas y por encima de *T*70 son muy elevados. Las puntuaciones entre *T*40 y *T*59 son el rango promedio.

El Cuestionario (*OQ*) presenta validez de constructo, pues los autores muestran asociaciones de moderadas a altas para las seis escalas que se enfocan en las actitudes relacionadas de manera específica con cuestiones de ingesta alimentaria y peso. Entre las escalas restantes que hacen referencia a un contexto más amplio, se examinan las cuestiones relacionadas con el comer y con el peso, las asociaciones son de bajas a moderadas.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, los autores refieren que éste cuenta con un Alfa de 0.79 a 0.88, y por test-retest se halla en un rango de 0.64 a 0.94; además, se encuentra estandarizado para muestras latinoamericanas de habla hispana.

Procedimiento

La aplicación del instrumento se llevó a cabo de forma colectiva en una escuela secundaria de la cabecera municipal de Ixtapan de la Sal, Estado de México, con previo permiso de las autoridades escolares. A cada uno de los participantes se les entregó una carta de consentimiento informado; por tratarse de menores de edad, se les explicó a sus padres la finalidad de la investigación y se les indicó la confidencialidad de los datos.

Procesamiento de la información

De manera general se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Cabe aclarar que la segunda parte se calificó con la plantilla, según los puntajes naturales, se interpretaron con las normas propias del *OQ*.

RESULTADOS

De acuerdo con la primera parte del *OQ*, se encontró que 72 (90%) adolescentes aseguraron no tener problemas con la alimentación, mientras que 8 (10%) lo negaron. Respecto a si se encuentran a dieta, 71 (88.75%) indicaron que no lo están y 9 (11.25%) que sí. El total (100%) de la muestra señala no haber tenido problemas con el alcohol y las drogas; mientras 74 (92.5%) dicen que no padecen problemas de salud y sólo 6 (7.5%) dijeron que sí.

Respecto a si consideran que en seis meses tendrán menos peso que actualmente, 43 (54.75%) dijeron que no y 37 (46.25%) que sí. En cuanto al peso que proporcionaron, 38 (47.5%) consideraron que fueron algo precisos, 30 (37%) no muy precisos, 7 (8.75%) bastante precisos y 5 (6.5) muy precisos.

En la evaluación que cada participante le da a su peso: 42 (52.5%) señalan que es normal, 18 (22.5%) que se encuentran por encima, 11 (13.75%) por debajo del normal, 5 (6.25%) muy por encima del normal y 4 (5%) muy debajo del normal.

En lo que se refiere a cómo evaluarían su peso con respecto al de la mayoría de las personas, 41(51.25%) adolescentes señalaron que normal, 16 (20%) por encima del normal, 10 (12.5%) por debajo del normal, 9 (11.25%) muy por encima del normal y 4 (5%) muy por debajo del normal.

Finalmente, en cuanto al tiempo máximo que los participantes consideran que han estado en su peso ideal, 23 (28.75%) mencionaron que de uno a tres meses, 22 (27.5%) menos de un mes, 13 (16.25%) de seis a doce, 11 (13.75%) de cuatro a seis y 11 (13.75%) más de 12 meses (véase tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias de los datos generales de los participantes

<i>Pregunta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Tiene problemas con su alimentación?	No	72	90
	Sí	8	10
	Total	80	100
¿En este momento, está usted a dieta?	No	71	88.75
	Sí	9	11.25
	Total	80	100
¿Ha tenido algún problema con alcohol o drogas?	No	80	100
	Sí	0	
	Total	80	100
¿Padece problemas graves de salud?	No	74	92.5
	Sí	6	7.5
	Total	80	100
¿Cree usted que en seis meses pese menos de lo que pesa ahora?	No	43	53.75
	Sí	37	46.25
	Total	80	100
¿Qué tan precisos fueron los cálculos de estatura y peso que indicó antes?	No muy precisos	30	37.5
	Algo preciso	38	47.5
	Bastante preciso	7	8.75
	Muy precisos	5	6.25
	Total	80	100
¿Cómo evaluaría usted su peso?	Peso muy por debajo de lo normal	4	5
	Peso por debajo de lo normal	11	12.5
	Peso normal	42	51.25
	Peso por encima de lo normal	18	20
	Peso muy por encima de lo normal	5	11.25
	Total	80	100

Continúa...

<i>Pregunta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Cómo evaluaría el peso de usted la mayoría de las personas?	Peso muy por debajo de lo normal	4	5
	Peso por debajo de lo normal	10	12.5
	Peso normal	41	51.25
	Peso por encima de lo normal	16	20
	Peso muy por encima de lo normal	9	11.25
	Total	80	100
¿Cuál es el máximo de tiempo que usted ha estado en su peso ideal?	Menos de un mes	22	27.5
	1-3 meses	23	28.75
	4-6 meses	11	13.75
	6-12 meses	13	16.25
	Más de 12 meses	11	13.75
	Total	80	100

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con los puntajes naturales de cada uno de los participantes en el *OQ*, se utilizaron las normas correspondientes en las Escalas de Índice de inconsistencia en las respuestas y defensividad, hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria y hábitos generales de salud funcional y psicosocial. Los hallazgos obtenidos son los siguientes:

Validez

Esta escala contempla el Índice de inconsistencia en las respuestas y Validez. En la primera no se encontró una variación trascendente que indicara que las participantes hubieran contestado sin la suficiente reflexión de manera aleatoria.

Respecto a Defensividad, se obtuvo que la mayoría de las participantes, que son 72 (90%), apuntaron a que no tienen expectativas idealizadas de sí mismas. Y sólo 8 (10%) manifestaron puntajes elevados, lo cual indica una exageración precisamente por la autoidealización (véase tabla 2).

Tabla 2. Distribución de frecuencias para la escala de validez

	Puntaje T \leq 40 Bajo	Puntaje T 60-69 Elevado	Total
Frecuencia	72	8	80
Porcentaje	90	10	100

Fuente: elaboración propia.

Hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria

Esta escala comprende seis subescalas y los hallazgos son los siguientes: en Sobreingesta alimentaria, la mayor frecuencia se obtuvo en el puntaje bajo con 66 participantes (82.5%), lo cual representa que las participantes no están conscientes de sus hábitos de sobreingesta alimentaria. Por el contrario, 14 (17.5%) obtuvieron un puntaje elevado, lo que indica que sí se encuentran conscientes de ello.

En Subingesta alimentaria, el puntaje *T* manifestó de alguna manera un equilibrio en las frecuencias; 45 (56.25%) puntuaron elevado, lo cual indica que existe una tendencia a las dietas en las que suben y bajan de manera constante, que abate el esfuerzo que se hace para mantener el peso corporal. Asimismo, 35 (43.75%) cayeron en puntaje bajo, lo cual señala que se cuenta con recursos conductuales para mantener su peso corporal.

En cuanto a los Antojos alimentarios, 49 (61.25%) tienen una *T* en el nivel bajo, es decir, se consideran que son de alguna manera invulnerables a algunos antojos que por ende llegan a sabotear el esfuerzo por conservar el peso corporal. Sin embargo, 31 (38.75%) son susceptibles de ser ayudados para ser conscientes de dónde y cuándo ocurren para que posteriormente puedan desarrollar estrategias de contención.

En lo que concierne a las Expectativas relacionadas con comer, 50 (62.5%) adolescentes obtuvieron un puntaje bajo, lo cual quiere decir que no utilizan la comida como estrategia de regulación emocional. Mientras que los de puntuación alta, 30 (37.5%) de ellos, sí son propensos a esto.

En las Racionalizaciones, 43 (53.75%) de las encuestadas puntuaron en elevado, es decir, tienden a la destructividad, mientras que 35 (43.75%) están dispuestas a tomar responsabilidad de su peso y sólo 2 (2.50%) consideran que tienen grandes obstáculos para perder peso.

En la Motivación para bajar de peso, 42 (52.50%) consideran que sus esfuerzos por bajar de peso no tienen mucho éxito, 33 (41.25%) dicen estar listas para hacerlo, pero con ayuda y recomendaciones y 5 (6.25%) se encuentran en un estado obsesivo por bajar de peso (véase tabla 3).

Tabla 3. Subescalas de hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria

Subescala	Puntaje Bajo $T \leq 40$		Puntaje Elevado $T = 60-69$		Puntaje Muy elevado $T \geq 70$	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sobreingesta alimentaria	66	82.5	14	17.5		
Subingesta alimentaria	35	43.75	45	56.25		
Antojos alimentarios	49	61.25	31	38.75		
Expectativas relacionadas con comer	50	62.5	30	37.5		
Racionalizaciones	35	43.75	43	53.75	2	2.50
Motivación para bajar de peso	42	52.50	33	41.25	5	6.25

Fuente: elaboración propia.

Hábitos generales de salud funcional y psicosocial

La Escala de hábitos generales de salud funcional y psicosocial está constituida por cuatro subescalas; a continuación se presentan los hallazgos. En hábitos de salud propiamente dicho, 50 (62.50%) participantes consideraron que es preciso indicarles la importancia de una dieta sana y del ejercicio; por el contrario, 27 (33.75%) tienen disposición de llevar a cabo un régimen alimenticio y 3 (3.75%) no son capaces de sujetarse a una dieta.

En la Imagen corporal, 41 (51.25%) adolescentes tratan constantemente de bajar de peso con la finalidad de lograr una apariencia más deseable y 39 (48.75) consideran que mantener una apariencia personal atractiva es importante.

Respecto al Aislamiento social, 55 (68.75%) de las encuestadas cuentan con recursos sociales a los que acuden para fortalecer su esfuerzo de bajar de peso, 25 (31.25%) se sienten cohibidas por su exceso de peso y la apariencia que proyectan.

En Alteración afectiva, 54 (67.5%) tienen ausencia relativa de perturbación emocional, mientras que en 26 (32.5%) sus recursos de afrontamiento están dirigidos hacia otras cosas que no tienen que ver con una preocupación por el peso o las tallas (véase tabla 4).

Tabla 4. Hábitos generales de salud funcional y psicosocial (Subescalas)

Subescala	Puntaje Bajo $T \leq 40$		Puntaje Elevado $T 60-69$		Puntaje Muy elevado $T \geq 70$	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hábitos de salud	50	62.50	27	33.75	3	3.75
Imagen corporal	41	51.25	39	48.75		
Aislamiento social	55	68.75	25	31.25		
Alteración afectiva	54	67.5	26	32.5		

Fuente: elaboración propia.

Discusión

La obesidad es una entidad clínica compleja y heterogénea, con contenido genético, pero también influida por factores ambientales, sociales, culturales, económicos (García-García et al., 2008). Impacta directamente a la persona que vive este padecimiento desde su interior y afecta no sólo sus relaciones con los demás, sino cómo se percibe; tal y como se muestra en esta investigación con mujeres adolescentes.

Si bien los hallazgos muestran ciertos datos paradójicos, es preciso aclarar en primer lugar que no existió inconsistencia en las respuestas de las adolescentes. No se observó la tendencia en falsear la información, como es común en las personas que sufren anorexia nerviosa (Raich, Sánchez-Carracedo, & Mora, 2003). No obstante, existen algunos datos que es preciso destacar y que se considera tienen su explicación en que la obesidad representa un problema físico, emocional y social para quien la padece.

Las participantes, a pesar de encontrarse en estado de obesidad, la niegan, al igual que los problemas con su alimentación y su salud. Consideran que no llevan una dieta

especial, que su peso es normal y que no fue muy preciso, además mantener por poco tiempo su peso ideal.

Según estos datos, se podría pensar en diferentes explicaciones. Se ha encontrado una estrecha relación entre la obesidad y la negación de este padecimiento, así como con la distorsión de la imagen corporal negativa, caracterizada por el hecho de que se autoperceben de modo diferente de como son en realidad, no se sienten a gusto consigo y con su aspecto (Raich, 2011). De acuerdo con Garner y Garfinkel (1981) los problemas que puede generar la imagen corporal se sitúan en tres niveles: alteraciones preceptuales como la incapacidad de estimar con exactitud el tamaño corporal, alteraciones cognitivo-afectivas relacionadas con las emociones y sentimientos negativos respecto a sí mismo y alteraciones conductuales manifestadas en la obsesión con evitación, camuflaje y rituales. Cabe señalar que los hallazgos en esta investigación concuerdan con los dos primeros niveles y se exponen a continuación de manera explícita.

En relación con los hábitos y actitudes en la conducta alimentaria, la mayoría de las participantes no están conscientes de sus hábitos de sobreingesta, lo que es posible relacionarlo directamente con su tendencia a subir y bajar constantemente de peso (subingesta alimentaria). Ambas características tienen que ver con la ingesta de los alimentos en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico, lo que puede dar, entre otros trastornos, la obesidad, frecuente en las mujeres, iniciándose generalmente durante la adolescencia o la juventud temprana como una enfermedad crónica (Méndez, Vázquez-Velázquez, & García-García, 2008). Por otro lado, el llamado fenómeno *yoyo* se asocia con la idea de Silvestri y Stavile (2005), quienes señalan que cuando una persona no come lo que se le antoja con intensidad o come algo “por última vez”, suele ser con frecuencia preludio de atracones y prescindir de los alimentos de gran valor afectivo-emocional, puede socavar los esfuerzos por cumplir un plan nutricional de adelgazamiento, ya que están satisfaciendo una necesidad psicológica más que nutricional.

Poco menos de la mitad de las adolescentes participantes considera que necesitan ayuda para afrontar los antojos alimentarios. Esto se asocia con las expectativas relacionadas con comer, ya que un número importante de ellas consideró que utiliza la comida para regular su estado emocional. Si bien la calidad de la dieta está asociada directamente con la obesidad (Arroyo, Ansostegui, Pasival, & Rebato, 2006) es preciso considerar que la comida se relaciona con el uso que una persona le da. Lebovici (1992) explica que la obesidad tiene que ver con el sistema económico-psíquico-individual

del sujeto, y es un elemento constitutivo de su yo que interviene en numerosos niveles y que participa en la salvaguardia de la coherencia y de la permanencia de éste. Señala que el estar obeso conlleva beneficios secundarios, como permanecer en un estatus de niño pequeño, necesitado de cuidados corporales, de relaciones cercanas, dependiente con la madre y con menor exigencia por parte del padre; es decir, un lugar privilegiado en el núcleo familiar.

Otros datos que refuerzan esta postura, en lo encontrado en las racionalizaciones, se refiere a lo que O'Donnell y Warren (2007) señalan como la tendencia de deslindarse de las responsabilidades para conservar un peso corporal sano; así se observó que la mayoría de las adolescentes tienden a la destructividad y a una necesidad de apoyo para bajar de peso. Sólo algunas están dispuestas a hacerse cargo de su peso, pero esto no es una constante.

También se detectó que las adolescentes de esta investigación están motivadas para bajar de peso, pero no tienen mucho éxito. Pareciera que esto obedece a que en muchos lugares del mundo aparecen cada vez más barreras para mantener un peso saludable; por ejemplo, padres y niños sin motivación, familias que consumen comida rápida, se asigna tiempo considerable para ver televisión y poca disposición para hacer ejercicio, además del escaso conocimiento sobre buenos hábitos alimenticios (Masud, 2012).

Respecto a los antojos, las expectativas para bajar de peso y las racionalizaciones, es preciso cuidar y detectar hábitos alimentarios inadecuados, como pudiera ser el "picar" alimentos con frecuencia, horarios irregulares para alimentarse, comer rápido y masticar poco, escasa atención entre hambre y saciedad, frecuente estimulación externa de los alimentos. Esta información permitirá introducir, en su caso, estrategias que fortalezcan el control de peso (Méndez et al., 2008). En el aspecto emocional, es necesario indagar sobre el valor simbólico emocional de los alimentos que desembocan y es prelude de atracones; prescindir de los alimentos de gran valor afectivo-emocional puede socavar los esfuerzos por cumplir un plan nutricional de adelgazamiento, ya que están satisfaciendo una necesidad psicológica más que nutricional (Silvestri & Stavile, 2005).

En lo que respecta a hábitos generales de salud funcional y disfuncional, la mayoría de las participantes consideraron que a pesar de las dificultades para bajar de peso o mantenerse, es necesario tener presente la importancia de alimentarse sanamente y llevar a cabo un régimen alimenticio. Pareciera entonces que en la adolescencia la deseabilidad social es una constante; es decir, conocen la importancia de

una sana alimentación como un ideal, pero de manera interna existe una gran dificultad para llevarla a cabo. Por otro lado, el aumento en su número de actividades puede obstaculizar sus intentos de optar por una dieta saludable y equilibrada. Tonietti (2010) enfatiza la importancia de saber cómo, dónde y con quién se come. Los jóvenes que comen fuera del hogar gran parte de las comidas del día consumen altos contenidos de azúcares y grasas, sumados a la escasa ingesta de frutas y verduras en la alimentación diaria, son fuertes determinantes del incremento de la obesidad. Probablemente las ideas de los buenos hábitos dietéticos están influenciadas por la presión social a los que se ven sometidos los jóvenes y en especial las mujeres (Hernández, Alves, Arroyo, & Besabe, 2012).

Como ya se mencionó, la imagen corporal tuvo gran relevancia para cada una de las participantes. Musitu y Cava (2001) refieren que durante la adolescencia media existe una mayor preocupación por la apariencia física, la imagen y la implicación de conductas de riesgo. Autores como Raich et al., (2003) señalan que los problemas de imagen corporal guardan estrecha relación con los trastornos de la conducta alimentaria, así como con la obesidad. Esto también tiene que ver en gran medida con los cánones de belleza que la cultura impone, como Raich (2000) refiere al hecho de que las personas internalizan el ideal de belleza que propone la sociedad y tratan de ajustar su cuerpo a éste. Al mismo tiempo, la sociedad refuerza y recompensa a quienes siguen estos cánones; por ejemplo, son valorados positivamente y reciben más refuerzos en su infancia; a su vez, castiga psicológicamente a aquellos individuos que no se ajustan a este ideal. Actualmente se estigmatiza la obesidad debido a que una persona obesa es considerada perezosa, sin voluntad y poco productiva (Raich, 2011).

Esto se constata en el estudio de Cruz y Maganto (2003), en donde las mujeres españolas, a diferencia de los hombres, muestran mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal. De igual manera Rodríguez y Cruz (2008), comparando la misma variable entre mujeres latinoamericanas y españolas, encontraron que era significativamente mayor en las latinoamericanas y que ello se debía a que los patrones socioculturales ejercen una mayor presión sobre ellas. Esto significa que la mujer latina pretende ajustarse al tipo de belleza impuesta de alguna manera por países europeos, lo cual no es tarea fácil, pues las características de la mujer de los países latinos no corresponden con esa belleza tan estereotipada.

Por otro lado, la mitad de la muestra estudiada consideró tener apoyo social que las anime a bajar de peso, es decir, no hay aislamiento social, aunque cabe destacar

que algunas participantes manifestaron sentirse apenadas por su exceso de peso. Para Bernal, Ponce, Sotomayor, y Carmona (2012) y Moreno y Galiano (2006), la familia constituye un factor de apoyo importante en menores de edad para el desarrollo de hábitos alimentarios y la modificación de aquellos relacionados con sobrepeso y obesidad por otros más saludables.

La cuestión de sentirse incómodo con el peso tiene que ver con la internalización de la idea de delgadez que promueve la insatisfacción con el cuerpo, aunque es claro que las presiones y la preocupación sobre la imagen corporal no impactan directamente en la dimensión social, más bien se relaciona con situaciones como incertidumbre, miedo e inseguridad (Hernández, Alves, Arrollo, & Besabe, 2012).

Para finalizar, es preciso acentuar que la obesidad es un problema de salud pública que se debe abordar de manera integral en cada una de las personas que lo padecen, ya que como indica Raich et al. (2003), en su inicio y desencadenamiento intervienen factores psicológicos, biológicos y sociales que deben tenerse en cuenta en una evaluación para evitar caídas y recaídas en quien decide tratarse.

Los datos mostrados en esta investigación dan cuenta de la gran problemática actual en las adolescentes respecto a sus hábitos y actitudes al comer, así como sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial. De manera general, se observa que existe un estado de ambigüedad entre lo que consideran que son y “deberían” ser, teniendo en contra, por un lado, la presión social, las imágenes que proliferan sobre ideales de belleza, y por otro, el abundante consumo de alimentos rápidos que lleva principalmente a la población menor a permanecer en constante contradicción. Por lo tanto, es necesario seguir indagando sobre la obesidad como padecimiento multifactorial que impacta directamente en la salud mental y física de las generaciones más jóvenes. Con los hallazgos encontrados se espera contribuir en el campo de la ingesta alimentaria. Cabe señalar que, al ser un estudio de tipo descriptivo, representa una limitante para analizar con mayor profundidad los hallazgos; no obstante, es una temática que queda abierta para investigaciones futuras.

REFERENCIAS

- Arroyo, M., Ansostegui, A. M., Pasival, E., & Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6),

- 673-679. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900007
- Barranco, P., Delgado, J., Gallego, L. T., Bobolea, I., Pedrosa, M., García de Lorenzo, A., & Quirce, S. (2012). Asma, obesidad y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 138-145. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000100016
- Bernal, M. L., Ponce, G., Sotomayor, S., & Carmona, B. (2012). Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 63-67. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122b.pdf>
- Braguinsky, J. (1996). *Obesidad*. Argentina: El Ateneo.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic books.
- Cruz, S., & Maganto, C. (2003). El test de las siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 8(1), 79-99.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (2012). Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (2016). Cifras de sobrepeso y obesidad en México-Ensanut MC 2016. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., & Barquera-Cervera, S. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública*, 50(6), 530-547.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body Image in Anorexia Nervosa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1-8.
- Guerra, A., & Pablo, J. (2013). Obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, (39)3, 424-425.
- Guzmán, R. M. E., Del Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinarios*, 201-218. Descargado de http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf

- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., & Besabe, N. (2012). Del miedo a la delgadez: actitudes y dieta. *Nutrición hospitalaria*, (27)4, 1148-1155.
- Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes*. México: Trillas.
- Lebovici, S. (1992). *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. Y., & Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Martínez-Fornés, S. (1995). *La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia*. Ciudad de México: Espasa Calpe.
- Masud-Yunes, J. L. (2012). Obesidad infantil. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(1), 1-2.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6). Descargado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462008000600014&script=sci_arttext
- Moreno, J. M., & Galiano, M. J. (2006). La comida en la familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátrica Española*, 64(11), 554-558. Recuperado de http://www.ponceleon.org/logopedia/images/stories/infantil/comida_en_familia.pdf
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- O'Donell, W. E. & Warren, W. L. (2007). *Cuestionario de sobreingesta alimentaria (OQ)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Olaiz-Fernández G., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Rojas R., Villalpando-Hernández S., Hernández-Ávila M., & Sepúlveda-Amor J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámides.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia y bulimia: trastornos alimenticios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., & Sánchez-Carracedo, D. & Mora, M. (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. En T. Gutiérrez, R. M. Raich, D. Sánchez-Carracedo & J. Deus (eds). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. (pp. 239-278). Madrid: Alianza Editorial.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M., Moncada, A., & Fauquet, J. (2008). A controlled assessment of a school-based preventive program for reducing eating disorders risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 16, 255-272.

- Rivera, J. A., Hernández M., Aguilar, C., Vadillo, F., & Murayama, C. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. Ciudad de México: UNAM.
- Rodríguez, S., & Cruz, M. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*. 20(1), 131-137.
- Silvestri, E., & Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad: importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tesis de Maestría, Universidad Favaloro. Recuperada de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>
- Tonietti, M. (2010). Abordaje de adolescentes con obesidad. En D. Pasqualini & A. Llorens (comps.), *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (pp. 318-325). Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>

II. DEPRESIÓN E INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES RURALES

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama**

*Giovanny Arzate Hernández**

*Marcela Veytia López**

*Octavio Márquez Mendoza**

INTRODUCCIÓN

El aspecto físico no lo es todo para sentirse satisfecho consigo mismo; no obstante, en la actualidad, el estereotipo de belleza se encuentra resaltado y exageradamente valorado, sobre todo en los adolescentes que se convierten en un blanco para la publicidad y las exigencias sociales. Esto puede ocasionar la incapacidad de interactuar de manera armónica, debido a que las actitudes relacionadas con la imagen corporal se manifiestan en sentimientos, emociones y percepciones con respecto a la propia imagen (González, 2008). Hoy, una de las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia es la relacionada con la depresión e insatisfacción corporal, la cual afecta a toda la sociedad, pero especialmente a la población adolescente, pues se ha encontrado que a menor edad mayor insatisfacción corporal (IC) (Gómez, Sánchez, & Mahedero, 2013). Ello hace que la adolescencia se convierta en una etapa vulnerable ante este tópico, ya que el incremento de la IC provoca problemas en la salud mental de los individuos, más aún en la adolescencia, donde se define el autoconcepto y la personalidad (Unicef, 2013).

Según Moreno, Moreno, y Cervelló (2007), el autoconcepto físico tiene una relación estrecha con la idea de ser atractivo, y esto a su vez presenta un impacto —que puede ser favorable o desfavorable— en la salud mental del individuo. Al respecto, DeMarree, Petty, y Briñol (2007), así como Briñol, DeMarree, y Petty (2010) (citados por Gasco, Briñol, & Horcajo, 2010) corroboran que aquellas personas con alta

* Universidad Autónoma del Estado de México.

percepción corporal tienden a comportarse de manera más coherente con su entorno; en tanto que quienes dudan de su forma corporal suelen desarrollar con facilidad síntomas depresivos, lo que las lleva a actuar de manera negativa en sus interrelaciones personales. Por ello, una imagen corporal negativa puede llevar a la insatisfacción corporal, la cual comúnmente se encuentra relacionada con la depresión, que es uno de los principales factores de riesgo en los adolescentes.

Por otra parte, Facchini (2006) indica que no sólo las mujeres buscan la delgadez, también los hombres. En el caso de ellos, señala García (2014), la figura anhelada es un cuerpo musculoso y sin grasa (modelo fitness), lo cual provoca que se sometan a conductas inadecuadas, como a una mayor actividad física y cambios en los hábitos alimenticios, poniendo dichas conductas como cimientos. El autoconcepto en la imagen corporal puede llevar a desarrollar no sólo actitudes negativas, sino incluso trastornos como la depresión, trastorno dismórfico muscular y dependencia al ejercicio.

En este sentido, Gómez-Maquet (2007) refiere que la forma de pensar está íntimamente relacionada con la depresión y confirma que las adolescentes tienden a pensar y a manifestarse de manera negativa, en contraste con los hombres, quienes desarrollan en mayor medida afectos y pensamientos positivos. Por lo tanto, ellas pueden presentar con mayor frecuencia estados depresivos aunados a insatisfacción corporal. Al respecto, Gómez, Pineda, y Oviedo (2008) han encontrado que la insatisfacción corporal influye directamente en la depresión, siendo más fuerte en las mujeres, lo que se convierte en un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. Igualmente, Mora (2008) señala que las mujeres muestran mayor insatisfacción corporal con respecto a los hombres. Esto se debe a que ellas dan mayor importancia a su aspecto físico, como parte de su autoconcepto. Moreno y Ortiz (2009) corroboran estos datos, pero también señalan que en los varones se observan factores de riesgo que hacen pensar en el desarrollo de programas de prevención.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una población total de 244 sujetos, con una edad media de 13.35 años ($\pm .989$), la muestra estuvo conformada por 115 (47.13%) hombres y 129 (52.86%)

mujeres, ambos estudiantes de una Secundaria Técnica ubicada en una población rural del sur del Estado de México: Sultepec.

Instrumentos

Body Shape Questionnaire (BSQ) representa una medida objetiva de la preocupación de peso y la imagen corporal. Dicho cuestionario fue diseñado por Cooper, Taylor, y Fairbun (1987) y validado por Vázquez et al. (2011) en población mexicana. Se trata de un instrumento autoadministrado de 34 ítems con una escala de frecuencia con seis opciones de respuesta que van desde nunca a siempre, cuenta con una Alfa de Cronbach de .98 en mujeres y de .97 en varones (Ochoa, Villarreal, Molina, & Bayle, 2009).

Inventario de Depresión de Beck (BDI), diseñado por Beck, Steer, y Garbin (1988) y estandarizado en población mexicana por Jurado et al. (1998). El instrumento mide la severidad de los síntomas depresivos tanto en muestras clínicas como no clínicas; consta de 21 reactivos con tres opciones de respuestas, el rango de las puntuaciones obtenidas va desde 0 a 63; los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes: Mínima: 0 a 9, Leve: 10 a 18, Moderada: 19 a 29, Severa: 30 a 63. Estos autores realizaron la validez concurrente en estudiantes de bachillerato obteniendo una correlación de $r = 0.65$, $p < .000$.

Procedimiento

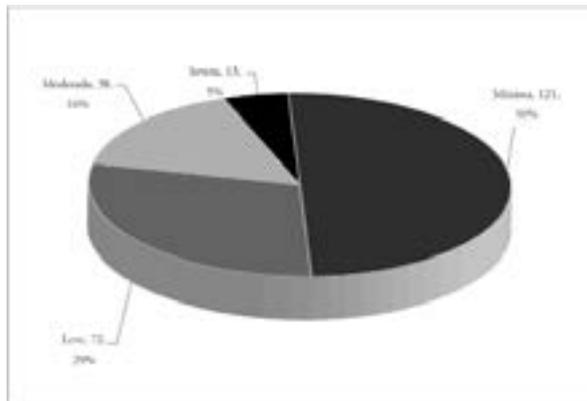
La aplicación de ambos instrumentos se realizó de manera grupal dentro de cada una de las aulas de clase; se pidió a los estudiantes su participación en esta investigación y se les explicó el objetivo de ésta; además, se les indicó que los datos obtenidos serían guardados de manera confidencial y sólo serían utilizados con fines estadísticos. A todos los alumnos que brindaron su participación se les otorgó un ejemplar del instrumento BSQ y del BDI. Junto con éstos se les dio a conocer las instrucciones para llevar a cabo la autoaplicación; de igual forma, se aclararon todas aquellas dudas que surgieron durante la aplicación. El tiempo promedio que tardaron en contestar los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos.

La captura de datos se realizó en el programa estadístico SPSS V.15 para posteriormente realizar los estadísticos descriptivos y de correlación entre las variables estudiadas (depresión e insatisfacción corporal).

RESULTADOS

Se puede observar en el gráfico 1 que de acuerdo con los niveles de síntomas depresivos en la muestra general (244 sujetos), se tiene que 121 (50%) estudiantes presentan “síntomas mínimos”, 72 (30%) tienen un “nivel leve”, 38 (16%) manifiestan “síntomas moderados” y sólo 13 (5%) estudiantes indican un nivel “severo”.

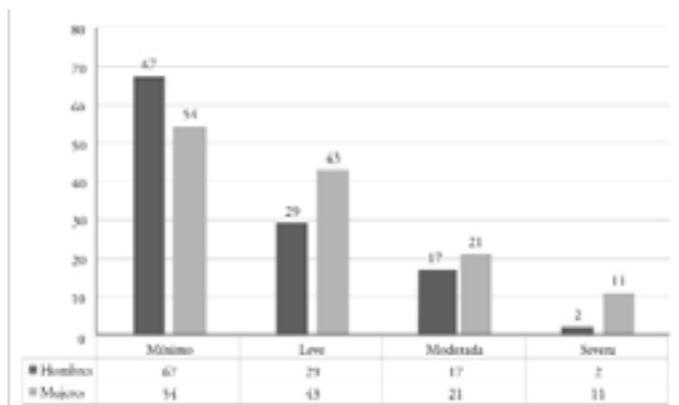
Gráfica 1. Niveles de depresión para la muestra en general



Fuente: elaboración propia.

Con respecto al análisis realizado por sexo, se puede observar en la gráfica 2 que los hombres son quienes presentan “síntomas mínimos depresivos”, a diferencia de las mujeres, y conforme aumenta la gravedad de dichos síntomas también lo hace el número de mujeres y disminuye el número de hombres.

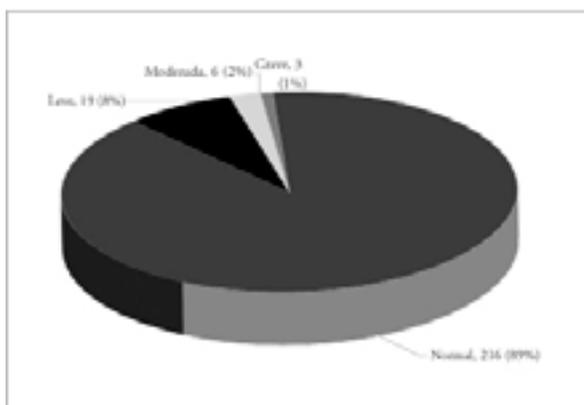
Gráfica 2. Niveles de depresión por sexo



Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 3 se puede observar que 89% de la muestra general reportó una “insatisfacción corporal normal”, 8% indicó tener una “insatisfacción leve”, y sólo 3% de la población estudiada presentó una insatisfacción corporal que va desde “moderada a grave”.

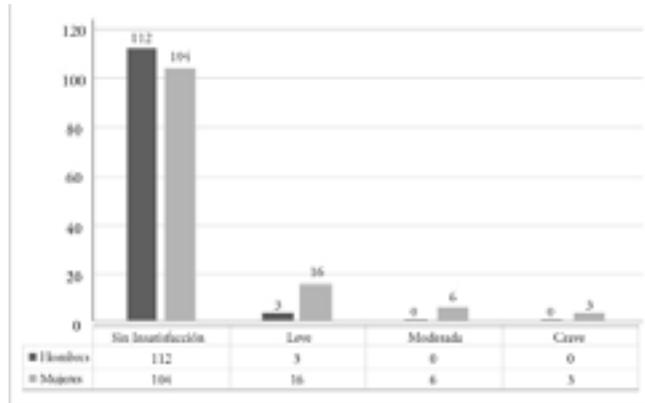
Gráfica 3. Niveles de insatisfacción corporal para la muestra en general



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la insatisfacción corporal de acuerdo con el sexo, se puede observar que las mujeres presentan mayor insatisfacción, ya que los hombres se ubican en un rango que va desde “sin insatisfacción” a una “insatisfacción leve”, y en el caso de las mujeres éstas se encuentran hasta en el rango considerado con “insatisfacción grave” (ver gráfico 4).

Gráfica 4. Niveles de insatisfacción corporal de acuerdo con el sexo



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la relación de depresión e insatisfacción corporal, para la muestra en general, se obtuvo un coeficiente de correlación positivo moderado (véase tabla 1). En el caso de los hombres se observa que existe una relación positiva baja, estableciendo así que se da una relación estadísticamente significativa. Y en las mujeres la relación fue positiva moderada, es decir, que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión e insatisfacción corporal.

Tabla 1. Relación entre depresión e insatisfacción corporal

Depresión	Insatisfacción corporal		
	Muestra general	Hombres	Mujeres
	n = 244	n = 115	n = 129
	r = .388**	r = .229*	r = .425**

* Correlación a nivel de significancia de 0.05

** Correlación a nivel de significancia de 0.001

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

La imagen corporal es la forma en que uno se percibe, pero ésta no siempre es satisfactoria. En esta investigación se puede observar que un porcentaje considerable de adolescentes de una zona rural se sienten insatisfechas con su cuerpo, lo que lleva a pensar en una sobrevaloración del cuerpo no como un valor intrínseco, sino como un valor instrumental (Gracia, 2011). Un gran número de adolescentes recurren a estrategias civilizadas para modificar su cuerpo y con ello aumentar su autoconcepto (DeMarree et al., 2007; Briñol et al., 2010, citados por Gasco, Briñol, & Horcajo, 2010), lo que a su vez les permite pensar de manera positiva sobre ellas mismas. Sin embargo, esto se convierte en una falacia, pues se observa que la apariencia física no es lo que determina al individuo, sino su moral.

En el mundo actual, el cuerpo se ha convertido en un valor determinante de las relaciones sociales y de la presencia del sujeto en el mundo. Se comprueba que la insatisfacción corporal no es privativa de una región geográfica. En este sentido, se puede argumentar que una persona que no cubre los estándares de belleza sufre los estragos de las exigencias sociales, pues un cuerpo con mayor grasa corporal de la deseada se convierte en imperfecto y en objeto de rechazo social, aspecto que ocurre en la zona rural y que lleva a coincidir con los estudios urbanos.

En otro sentido, esta investigación permite corroborar que las mujeres rurales manifiestan mayor insatisfacción corporal que los hombres rurales. Ellos sólo se ubican en el nivel leve, mientras que ellas van de leve a grave, lo que pone de manifiesto cómo la mujer continúa siendo un grupo de riesgo ante los bombardeos publicitarios y las exigencias sociales; no obstante, la población masculina comienza a presentar conductas de riesgo.

Además, se puede observar que 51% de los sujetos presentó depresión, aunque nuevamente las mujeres obtuvieron frecuencias mayores en los niveles con respecto a los hombres. Esto permite a su vez reforzar los resultados de correlación respecto a que las mujeres tienden a relacionar más la insatisfacción corporal con la depresión; esto no significa que los hombres no lo hagan, sino que lo hacen en menor intensidad y con menor probabilidad (Facchini, 2006).

Lo anterior permite corroborar los argumentos (Gómez-Maquet, 2007) de que las mujeres tienden a desarrollar pensamientos más negativos de manera automática, no sólo con respecto a su persona, sino a su entorno y al futuro. Esto mismo les hace crear una

concepción equivocada de su cuerpo, y a su vez otorgar mayor valor con respecto a los varones, quienes se inclinan más por una figura musculosa (Gómez et al., 2008; Mora, 2008; Moreno & Ortiz, 2009). Sin embargo, no puede perderse de vista que el hecho de que sean las mujeres quienes presentan mayor insatisfacción corporal, depresión y altos valores de correlación, no excluye que los hombres puedan representar un grupo de riesgo, al cual también se debe prestar atención; sobre todo considerando que el grupo estudiado pertenece a una zona rural, lo que permite tomarlo en cuenta cuando se generen programas de prevención que deben ser diseñados desde el aspecto valorativo del propio cuerpo, pero también desde la diferencia de actitudes y pensamientos que presentan hombres y mujeres. Por lo que se propone evaluar los pensamientos y sentimientos de los sujetos como constructos sociales con respecto al género y no sólo al sexo. Es decir, la biología no es determinante para el comportamiento como sí lo es el contexto en el que se desarrolla el sujeto, que le permite adquirir una cultura y una civilidad, las cuales se convierten a su vez en factores de equilibrio o desequilibrio de la salud mental de los adolescentes, quienes son sujetos vulnerables de su propio desarrollo físico y social, pero que son cuestionables en el ámbito de la bioética.

REFERENCIAS

- Beck, T. A., Steer, A. R., & Garbin G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychologic Review*, 8, 77-100.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbun, G. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Facchini, M. (2006). “La imagen corporal ¿es un tema de varones?”. *Pediatría Práctica*, 104(2), 177-184. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n2/v104n2a14.pdf>.
- García, A. D. (2014). Imagen corporal, dependencia al ejercicio y motivación por la musculatura en deportistas. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gasco, M., P. Briñol, & J. Horcajo (2010). *Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre las fuerzas de las actitudes*. *Psicothema*, 22(1), 71-76.

- Gómez, A., Sánchez, B. J., & Mahedero M. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años. *ÁGORA, para la educación física y el deporte*, 15(1), 54-63.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). "Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447.
- Gómez P. G., Pineda, G. G., & Oviedo, C. L. (2008). "Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios". *Psicología y Salud*, 18(1), 45-55.
- González, B. (2008). Las actitudes de los hombres y las mujeres con respecto a la imagen corporal y su relación con la insatisfacción corporal. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gracia, D. (2011). *Una reflexión sobre la crisis desde la ética*. Conferencia noviembre. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, España.
- Jurado, S., M. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena, & R. Varela (1998). *La estandarización de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Mora, S. Z. (2008). "Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez". *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Moreno, J., R. Moreno y E. Cervelló (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente atractivo. *Psicología y Salud*, 17(002), 261-267.
- Moreno, G. M., & V. G. Ortiz (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-189.
- Ochoa, S., Villarreal, L., Molina, N., & Bailey, J. (2009). Validación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, (4), 204-216.
- Raich, R. M. (2004). "Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal". *Avances de Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Unicef (2013). La Adolescencia. Recuperado de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100005

III. DIABETES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Rebeca Guzmán-Saldaña**

*Gloria Solano Solano**

*Silvia Platas Acevedo***

*Gilda Gómez-Peresmitré***

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son padecimientos particularmente observados en mujeres adolescentes jóvenes y que afectan con menor frecuencia a los hombres. Se presenta en personas que padecen diabetes tipo 1 (DT1); inclusive se ha establecido que el riesgo es doble de lo presentado en población que no padece esta enfermedad. Una de las causas principales de la relación TCA-diabetes está vinculada con los elementos que conforman la atención terapéutica del padecimiento, particularmente respecto a las raciones de alimentos, el control de la glucosa en sangre, el control del peso corporal y la realización de ejercicio (Afenitto & Adams, 2001; Affenito, Franko, Striegel-Moore, & Thompson, 2012).

Asimismo, en los TCA de larga evolución pueden aparecer alteraciones y patologías asociadas que agravan el problema, llevando en ocasiones a la muerte. En concreto, la diabetes y el TCA han dado lugar a una nueva patología llamada coloquialmente diabulimia, basada en la manipulación de las dosis de insulina para conseguir la pérdida de peso. En algunos casos, la aparición de diabetes en adolescentes influye en el desarrollo de un TCA, dado que la pérdida inicial de peso es característica de la DT1. El recuperarse con el tratamiento correcto hace que algunos adolescentes con predisposición a padecer un TCA cambien las dosis de insulina en función de la pérdida de peso deseada (Gagnon, Aimé, Bélanger, & Tuttmann Markowitz, 2012; National Eating Disorders [NEDA], 2012).

* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

** Universidad Nacional Autónoma de México.

Estudios relativamente recientes de TCA han abarcado la investigación en pacientes con diabetes tipo 2 (DT2) (incluyendo a hombres), particularmente al diagnosticar diabetes se han encontrado elevadas tasas de TCA (específicamente cuando se maneja insulina), además de bajo peso acompañado de otras comorbilidades psiquiátricas (Mannucci et al., 2002; Papelbaum et al., 2005).

Bajo este preámbulo el presente capítulo tiene como objetivo describir la relación que puede darse entre la presencia de un TCA y la diabetes en personas que la padecen, así como definir aspectos relevantes como la prevalencia, la relación entre la insulina y la ganancia de peso, la falta de regulación de la saciedad, entre otros factores asociados con la problemática.

DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para que exista un TCA debe generarse una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. En lo biológico se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores que controlan el hambre, el apetito y la digestión pueden estar desbalanceadas, además de que la genética puede tener contribuciones significativas (Marín, 2002). Lo psicológico se refiere, entre otros aspectos, a la baja autoestima, aunado a esto cuando la distorsión de la imagen corporal, la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción consigo mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, esto genera malestar e interfiere negativamente en la vida cotidiana de las personas (Rivarola, 2003); surgen sentimientos de insuficiencia o falta de control, depresión, ansiedad, enojo y soledad, además de ciertos factores como relaciones personales y problemáticas familiares, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido ridiculizado por el peso o talla y abuso físico o sexual (Trujillo, 2006).

En cuanto a lo social, Álvarez (2006) señala que la influencia de la publicidad conduce a la insatisfacción corporal, la cual es a la vez un factor de riesgo en la motivación para adelgazar que puede conducir a la restricción en la alimentación o a sentimientos negativos posteriores al atracón. Unikel, Aguilar, & Gómez (2005) confirman que la insatisfacción corporal es el factor más estrechamente relacionado con la patología alimentaria.

Garner (1993; 1997) señaló que la etiología de los TCA es multifactorial e incluye la combinación de diversos factores que difieren en especificidad y naturaleza. Algunos son generales (se encuentran presentes en otros trastornos mentales), como el abuso sexual infantil, tener padres con algún trastorno mental, ser mujer, ser adolescente, entre otros. Striegel-More y Steiner-Adair (1998) identificaron un efecto acumulativo de diversos factores de riesgo que incluyen componentes genéticos (vulnerabilidad genética), psicológicos (imagen corporal), familiares (comentarios negativos sobre el peso y la figura) y socioculturales (idealización de la delgadez).

Ahora bien, en el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) se definen los trastornos de la nutrición y la alimentación, en donde se incluyen: trastorno por atracón, pica, rumiación y los trastornos de la ingesta alimentaria de la infancia, además de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos del comportamiento alimentario no específicos (Tanes). Los específicos comprenden a la anorexia nerviosa (AN) y a la bulimia nerviosa (BN), y los Tanes incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico, por lo que pueden ser considerados como síndromes parciales. A continuación, se define cada uno de los trastornos de acuerdo con el DSM-5.

La AN se identifica por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Se han definido dos subtipos de AN: el restrictivo, en el que la pérdida de peso se logra al hacer dieta, ayunar o realizar ejercicio intenso, sin recurrir a los atracones o a las purgas, y el compulsivo/purgativo, en el que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, o bien a ambas conductas. La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Existen dos subtipos: el purgativo en el cual las personas recurren a la provocación de vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas, con el fin de evitar la ganancia de peso resultante del atracón, y el no purgativo, en el que se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con BN es alta. En muchas personas la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la BN o durante su curso, y los sujetos manifiestan a menudo que este trastorno se debe a este tipo de bulimia.

Asimismo, hay una incidencia elevada de trastornos de ansiedad y el consumo excesivo de ciertas sustancias. Las personas con BN, por los vómitos recurrentes que

presentan, muestran una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, sus dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos, las glándulas salivales aumentan de tamaño, pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, así como miopatía esquelética y cardíaca.

Una característica esencial de la AN y la BN es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar. En cuanto a su sintomatología, se observa que son síndromes diagnósticos concretos; sin embargo, no necesariamente implican una patogénesis simple. Una de las formas para comprender la complejidad de los TCA es adoptar un análisis multidimensional de los trastornos, puesto que éstos son considerados como el producto final de la combinación de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, desencadenantes y persistentes, analizando así las distintas dimensiones que se combinan para que un TCA se desarrolle (Marco, 2004).

Como ya se señaló, los Tanes se refieren a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico, como son:

- Se cumplen todos los criterios para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación de vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

También se integran las “alteraciones en la alimentación o la ingesta”, que se definen como un nuevo trastorno en el que la comida o la ingesta son evitadas hasta el punto de que los requerimientos nutricionales no se cubren con la consiguiente pérdida, importante, de peso. Se observa sobre todo en niños y se considera diferente de AN y BN; puede incluir (pero no se limitan a ello) la disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos,

preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer, entre otras manifestaciones.

El capítulo de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, denominados en el DSM-5 (APA, 2013) como *Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified*, plantea:

- Anorexia nerviosa atípica: aun con significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad.
- Bulimia nerviosa sub-umbral: de baja frecuencia o limitada duración, con episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a la semana o tres meses.
- Trastorno por atracón sub-umbral: episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a la semana o tres meses.
- Trastorno purgativo: conductas purgativas recurrentes para influir en el peso o en la forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones). El autoconcepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso, o hay un intenso temor a ganar peso o llegar a estar obeso.
- Síndrome de ingesta nocturna (*Night Eating Syndrome*): episodios recurrentes de ingesta tras despertarse de noche, o excesivo consumo de alimentos tras la cena; este síndrome se caracteriza porque existe conciencia y recuerdo de la ingesta. Es un trastorno mejor explicado por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales, que suele estar asociado a un malestar y afectación en el funcionamiento del paciente.

Por otro lado, la multicausalidad de los TCA, en la que los factores de riesgo están en constante interacción, ha llevado a diferentes investigadores a dividirlo de acuerdo con supuestos funcionales procesales en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner & Garfinkel, 1981; Polivy & Herman, 1993; Toro & Vilardell, 1987). A continuación, se describen éstos:

Factores predisponentes: son los antecedentes del comportamiento por cambiar y el sustento de su lógica o motivación. Incluyen las actitudes, creencias, valores, habilidades y necesidades sentidas que motivan las acciones del individuo o grupo. En los TCA se consideran como predisponentes a las características de personalidad, familiares y socioculturales, así como a la predisposición genética (Vargas & Casillas, 1999).

Factores precipitantes: dan origen a los trastornos y tienen que ver con los fracasos del individuo ante las exigencias que se le presentan, situaciones estresantes y aquellas que pueden provocar restricción dietética. Algunos autores los señalan como facilitadores, y corresponden a los antecedentes para motivar la realización del comportamiento buscado. Habitualmente son condiciones concretas del ambiente y permiten su adopción. Están asociados con la facilidad de acceso y la relación costo-beneficio de algo así, como las condiciones de vida que son afectadas, e incluyen la adopción de nuevos hábitos. Toro y Vilardell (1987) señalan que en estos factores se encierra el hecho de que una enfermedad determinada sea esa y no otra. Se incluyen factores relacionados con estrés, modificaciones biológicas y corporales propias de la pubertad, contactos sexuales, pérdidas y separaciones, enfermedades somáticas, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales, entre otros.

Factores mantenedores: son señalados como perpetuantes (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2001) o de refuerzo, y se refieren a acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o se repita. Se considera a la influencia social de personas semejantes o pares; sus consecuencias para la vida social son: autoestima, recompensas o castigos tangibles (ingresos económicos, premios, castigos), pérdida de peso corporal, realización de dietas, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal negativa, entre otros (Vargas & Casillas, 1999).

Para Ortiz (2007) entre los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes para la AN destacan:

Factores individuales, relacionados con lo genético en donde existen hermanos enfermos y madres con sobrepeso; en lo biológico figura la pubertad con un índice de masa corporal (IMC) alto o bajo. Los factores psicológicos relacionados con algunos traumas, baja autoestima, perfeccionismo, trastornos afectivos y bajo rendimiento escolar, también incluyen conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal.

Factores familiares: muestran la historia de TCA en familiares de primer orden de sexo femenino, trastornos afectivos, abuso de alcohol y otras drogas.

Factores socioculturales: algunos estudios señalan que las mujeres, al exponerse a los medios de comunicación que idealizan la delgadez, pueden desarrollar una preocupación excesiva por la apariencia física, insatisfacción corporal y restricción en la dieta (Álvarez, 2006). En el caso de los hombres, las investigaciones señalan menor prevalencia de obsesión por la delgadez, excepto en el caso de que necesitan ser ligeros

para propósitos específicos (e. g. nadadores, corredores y luchadores); sin embargo, socialmente es deseable que los varones sean corpulentos, con buen volumen físico, a lo que se le denomina figura mesomórfica (McCreary & Sasse, 2000).

La presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR), la utilización de métodos erróneos de control de peso y la alteración de la percepción de la imagen corporal tienen consecuencias tanto mediatas como a largo plazo y se puede asociar con el desarrollo de TCA (Hunot, Vizmanos, Vázquez, & Celis, 2008).

PREVALENCIA DE TCA Y DIABETES

En cuanto a la relación entre los TCA y la diabetes, como ya se ha señalado particularmente en las adolescentes que padecen DT1, los cambios puberales en la figura corporal y el peso las predisponen de cierta forma a desarrollar CAR. La insatisfacción con la imagen corporal y la consecuente dieta pueden favorecer la aparición de un TCA. La relevancia que cobra la dieta en las adolescentes que padecen DT1 es similar a la que adoptan las personas que padecen un TCA.

En 1998, Daneman y colaboradores señalaron que hay aspectos del tratamiento de la DT1 que ponen en riesgo a la persona de padecer un TCA, específicamente en cuanto a que:

- Hay un ciclo de pérdida de peso al inicio de la enfermedad y el subsecuente aumento cuando se inicia el tratamiento insulínico.
- La tendencia a incrementar el índice de masa corporal (IMC).
- El estricto control dietético para el control de la DT1.
- La habilidad deliberada de excluir dosis de insulina como estrategia de control de peso.

Particularmente en la DT1 el tratamiento insulínico se asocia a la ganancia de peso, además se inicia en el periodo en que las personas tienen mayor probabilidad de padecer un TCA: la adolescencia (Jadresic, Ojeda, & Pérez, 2000).

Rodríguez Roca et al. (2005) señalan que el riesgo de sobrepeso aumenta tanto en hombres como en mujeres cuando se acerca la llegada de la adolescencia, lo que conlleva la mayoría de las veces a la aparición de conductas alimentarias restrictivas

en las personas, sumado a la omisión o baja en la dosis de insulina como medida de control de peso, esto contribuye a un pobre control glucémico y, por lo tanto, a presentar complicaciones.

Estudios transeccionales relativamente recientes han demostrado una asociación positiva entre índices elevados de HbA1c y el diagnóstico de TCA. La restricción repetida de insulina aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas discapacitantes y potencialmente letales, sobre todo cetoacidosis diabética. Quienes desarrollan este comportamiento tienen resultados elevados de HbA1c, pues incrementa la posibilidad de desarrollar infecciones, de tener mayores ingresos hospitalarios de emergencia; es decir, de presentar complicaciones e incluso un mayor riesgo de mortalidad en comparación con las mujeres que no restringen intencionalmente la insulina (Mannucci et al., 2005; Neumark-Sztainer et al., 2002). Asimismo, la presencia de TCA ha sido asociada con retinopatía, neuropatía, hospitalizaciones por cetoacidosis y pobre control metabólico (Young-Hyman & Davis, 2010).

Ahora bien, entre las causas de la hipoglucemia (problema cotidiano en las personas con diabetes) se encuentra el ayuno prolongado, no realizar algunas de las ingestas necesarias o el exceso de ejercicio físico; todo esto puede darse en un paciente con DT1 y TCA (Rodenas, 2002). Lo mismo pasa con la cetoacidosis (causa más frecuente de hospitalización de un niño con diabetes).

Por otro lado, como ya se señaló, la BN es uno de los TCA más frecuentes; una de sus características es que posterior al atracón de comida, la persona realiza un comportamiento compensatorio por haber comido en exceso, al que se define como “purga”, que consiste en vómitos, ayuno, exceso de ejercicio o uso de medicamentos, como laxantes. Para el caso de las personas con diabetes, existen evidencias de que la persona realiza restricciones intermitentes de insulina (administrarse dosis reducidas de insulina u omitir dosis necesarias a un mismo tiempo a fin de perder peso) entre personas con DT1.

Se estima que adolescentes o mujeres jóvenes con DT1 en un rango que va de 3.8% hasta 27.5% suelen presentar BN o trastorno por atracón; y de 38 a 49% cuando la omisión de la insulina se vincula con la “purga”. Un estudio reveló que 31% de las mujeres con diabetes manifiesta haber restringido intencionalmente sus dosis de insulina; los índices de restricción alcanzan su pico al final de la adolescencia y al inicio de la edad adulta (Nielsen, 2002). Asimismo, la detección de TCA vinculado a diabetes usando el DSM IV TR (APA, 2000), particularmente con criterios como:

atracción, vómito autoinducido, omisión de insulina, restricción calórica excesiva, ejercicio intenso como control de peso, son frecuentemente reportados por mujeres con DT1 (Colton, Olmsted, Daneman, Rydall, & Rodin, 2007).

Ahora bien, cuando se establece la prevalencia de TCA en población con diabetes, algunos estudios han encontrado al peso corporal como un fuerte predictor de desórdenes de la alimentación, particularmente en mujeres con sobrepeso (Vamado et al., 1997).

Desde 1998, un estudio de cohortes ya señalaba que personas con diabetes (tipo 1 y 2, hombres y mujeres, de 18 a 65 años de edad), con estatus de peso de 3% de bajo a peso normal en mujeres presentan un TCA, y 7% de mujeres con sobrepeso y 10% de mujeres con obesidad también presentan desórdenes de la alimentación. Estas tasas eran similares a las encontradas en muestras no diabéticas con estatus de IMC parecidos (Herpertz et al., 1998).

INSULINA Y GANANCIA DE PESO

Al tratar de lograr el control glucémico, la ganancia de peso es común como efecto colateral del tratamiento con insulina (Larger, 2005). Esto puede requerir dosis mayores de insulina, lo que incrementa el hambre, la hipoglucemia y el consumo de alimentos (Rezek, 1976). Comparando a muestras de mujeres adolescentes con DT1 y mujeres saludables (controles), se encontró que quienes padecen DT1 son significativamente más pesadas (6.8 kg) y tienen alta prevalencia de TCA (Engström et al., 1999). Estos autores sugieren que la combinación de sobreinsulinización y episodios de hipoglucemia estimulan fuertemente la regulación del apetito en el hipotálamo.

Al comparar a personas que usan bomba de insulina y las que se la inyectan se encontró que con la primera pueden proveer fisiológicamente un mayor control reflejado en el uso de menores dosis de insulina (American Diabetes Association [ADA], 2009; Battaglia, Alemzadeh, Katte, Hall, & Perlmutter, 2006); sin embargo, no se han detectado diferencias en los puntajes obtenidos en escalas que miden insatisfacción corporal, dieta crónica restringida, acciones dirigidas a obtener la delgadez, entre otras relacionadas con los esfuerzos para controlar el peso (Mack et al., 2006); el IMC tampoco ha sido predictor de diferencias entre ellas (Battaglia et al., 2007).

FALTA DE REGULACIÓN DE LA SACIEDAD

La destrucción de células como resultado de la falta de secreción de insulina y amilina, contribuye a la carencia de regulación del apetito y la saciedad. La amilina es mediadora de algunos mecanismos de saciedad. Sus efectos agudos son de tipo anoréctico, e incluyen lentitud gástrica, reducción de secreción de glucagón y actividad hipotalámica lateral (Lutz, 2005; Mack et al., 2007). La amilina, la insulina, la leptina y el glucagón actúan sinérgicamente con la colesistoquinina para reducir el apetito (Lutz, 2005).

En un estudio sobre mecanismos de saciedad hormonal en hombres con obesidad y que no tienen diabetes, los niveles de insulina postprandial y polipéptidos insulino-trópicos glucosadependientes fueron considerados como determinantes clave a corto tiempo de la regulación del apetito (Verdich et al., 2001).

Por otro lado, la definición de los TCA de acuerdo con el DSM 5 no considera las alteraciones hormonales debidas a las patofisiologías de la diabetes o al tratamiento que puedan tener efecto en las conductas alimentarias. El DSM 5 define a los atracones como una baja en el control de la conducta y la omisión de la insulina como una estrategia desadaptativa de cualquiera de los dos eventos para prevenir la ganancia de peso o reducirlo por la vía de la glucosuria. El DSM IV TR señala que los individuos con diabetes y BN pueden omitir o reducir las dosis de insulina para disminuir el metabolismo del consumo de alimentos durante los atracones de alimento (APA, 2000).

Para refinar el criterio diagnóstico se han incluido los efectos del tratamiento, que fueron convenidos por un grupo de trabajo durante la International Conference on Eating Disorders and Diabetes Mellitus, realizado en Minneapolis, Minesota, en 2008 (Criego, Crow, Goebel-Fabbri, Kendall, & Parkin, 2009). Esta consideración de los mecanismos fisiológicos que afectan el apetito y la saciedad y que se vinculan con la presencia de TCA en pacientes con diabetes ha sido un hecho clínicamente muy relevante.

INCUMPLIMIENTO DE LA ADHERENCIA Y DISTRÉS

Las conductas consideradas disparadoras o como consecuencias de TCA son integradas al régimen de tratamiento de la diabetes (Criego et al., 2009). Conductas y actitudes

como la dieta restrictiva, la preocupación por la comida (monitoreo de los carbohidratos y control de las porciones de alimentos, restricción o control de la ingesta de azúcares a través de la selección de alimentos), y el ejercicio programado son parte de los componentes del cuidado de la diabetes (ADA, 2009; Bantle et al., 2006).

Algunas conductas, excepto el control de la glucosa en sangre, caracterizan a los tratamientos para perder peso (Delahanty & Nathan, 2008). Sin embargo, cuando estas conductas y actitudes se realizan de forma disfuncional e inapropiada para bajar rápidamente de peso, en las que la persona comete excesos, y que además interfiere con las actividades de la vida diaria, pone en riesgo la salud (APA, 2000). Pero en el contexto del cuidado de la diabetes, la adherencia estricta vinculada a la realización de estas conductas redundará en un adecuado control glucémico (ADA, 2009).

Por otro lado, los intentos para dar seguimiento al plan dietario prescrito han sido documentados en pacientes que experimentan poco control de la conducta alimentaria (Surgenor, Horn, & Hudson, 2002). El criterio esencial del trastorno por atracón es ingerir repetidamente gran cantidad de alimento en un periodo corto. La dificultad de las personas con diabetes en el automanejo de la ingesta de alimentos puede incluir el sobreconsumo de comida, sobreingesta calórica, que posteriormente tendrá como consecuencia incrementar la dosis de insulina (Davis & Alonso, 2004).

Como ya se ha señalado, el tratamiento de la diabetes puede exponer al paciente a padecer situaciones y emociones que pueden asociarse con la presencia de un TCA. Los sentimientos de falta de autonomía y control vinculados al necesario monitoreo y reporte de la ingesta de alimentos, actividad física y glucosa en sangre, genera a la vez una sensación de falta de autonomía porque requiere de la vigilancia parental/ de la pareja/ de algún familiar (Surgenor et al., 2002), lo que incrementa la tendencia al perfeccionismo, y sumado a esto están las prescripciones del equipo de salud, además de la generación de conductas de autocuidado para el control glucémico (Crow, Keel, & Kendall, 1998); en ocasiones, todo esto trae como consecuencia la baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal (Erkolahti, Ilonen, & Saarijärvi, 2003).

En otro rubro se han realizado estudios que examinan las características de personalidad y TCA (Grylli, Wagner, Hafferl-Gattermayer, Schober, & Karwautz, 2005; Helgeson, Escobar, Siminerio, & Becker, 2007; Stice, 2002). Las características incluyen estilos de afrontamiento (Grylli et al., 2005), falta de comunicación con otras personas, evitación de daño y baja autodirección, características que son

hipotetizadas como factores de riesgo para TCA. Se ha especulado que la dificultad en el ajuste para el régimen de autocuidado y la consecuente ganancia de peso puede predisponer a adoptar conductas desadaptativas que logran inclusive dificultar las relaciones familiares y con el equipo de salud (Colton, Rodin, Olmsted, & Daneman, 1999).

Por otro lado, se ha estudiado la sintomatología de TCA y comorbilidad psiquiátrica en personas con diabetes. Al entrevistar a pacientes con DT2 o con sobrepeso y obesidad se encontraron sintomatologías relacionadas con los TCA, además de desórdenes de ansiedad y tendencia a la depresión (Papellbaum et al., 2005). El distrés y la depresión pueden estar asociados a la ganancia de peso y consecuentemente a la dificultad para adherirse al tratamiento de control de la diabetes (Crow et al., 1998; Herpertz et al., 2000).

Ahora bien, ya es conocida la relación comórbida entre el distrés fisiológico y la diabetes (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001), así como la sintomatología de desadaptación psicológica y TCA (Stice, 2002), los hallazgos sugieren que la medición del ajuste psicológico y conformidad con el régimen pueden ser incluidos como síntomas de TCA a considerar (Pollock, Kovacs, & Charron-Prochownik, 1995).

CONCLUSIONES

Como se ha observado en este capítulo, existen lagunas para comprender la asociación entre TCA y diabetes que incluyen, entre otras: falta de control sobre el peso, evaluación de la dosificación de insulina y la sobreinsulinización, falla de los mecanismos de saciedad y problemas con los mecanismos de regulación hormonal, así como prescripciones dietarias como causas potenciales de la percepción de falta de control sobre la ingesta alimentaria; asimismo, realizar conductas desadaptativas como intentos de control o de prevención de la ganancia de peso secundario al tratamiento, falta de constructos psicológicos que expliquen la relación entre la pérdida de control, autonomía y autoeficacia sobre los niveles de glucosa en sangre y control de peso, la falta de diagnóstico de conductas y actitudes como reflejo de TCA (sobre todo cuando se confunden con habilidades y actitudes aprendidas en el régimen de autocuidado de la diabetes), además de la necesidad de desarrollar instrumentos y técnicas de medición

de actitudes y conductas relacionadas con la prescripción, y las conductas o actitudes desadaptativas vinculadas al régimen de cuidado de la diabetes, finalmente los escasos estudios que se han realizado hasta la fecha dirigidos a abordar estas distinciones.

Ahora bien, las personas con diabetes necesitan apoyo para afrontar los desafíos futuros que les plantea la enfermedad; uno de éstos consiste en enfrentar el aumento de peso asociado al tratamiento de la insulina. Las personas requieren aprender a identificar los cambios producidos por la inyección de la insulina, que podría hacerles sentirse obesos, hinchados e incómodos, como una retención temporal de líquidos, que es distinta al desarrollo de tejido adiposo. También podría resultar de ayuda indicar que el tratamiento de la hipoglucemia puede desencadenar el comer en exceso y la posibilidad de aumentar de peso. Con el fin de reducir el riesgo, las personas pueden aprender cuáles son los tamaños adecuados de las raciones de un tratamiento rápido para combatir la hipoglucemia. Es importante que el equipo de salud esté consciente de este reto y que esté preparado para enfrentar la adherencia al tratamiento, que puede darse a pasos lentos, especialmente cuando la persona con diabetes no se ajusta a las recomendaciones clínicas. Sin embargo, cuando se trabaja con esta población de riesgo, es fundamental adoptar una perspectiva a largo plazo. Cuanto más se sienta “empoderada” la persona en cuanto a controlar el ritmo de su tratamiento, más probabilidades tendrá de involucrarse permanentemente en él y de progresar hacia una mejora general de su salud y calidad de vida.

Es complejo y difícil tratar el ciclo de sentimientos negativos sobre la imagen, la figura y el peso corporal, la glucemia crónicamente alta, la depresión, la ansiedad y la culpa, el distrés y un autocuidado deficiente de la diabetes. Dadas las dimensiones del problema entre mujeres con diabetes y los graves riesgos médicos asociados al mismo, es fundamental que se siga investigando para encontrar tratamientos dirigidos que protejan su salud futura.

Finalmente, en un paciente con TCA y DT1 es necesario considerar ambas patologías para llevar a cabo un adecuado tratamiento. Por una parte, debe tener un control endocrinológico y, por otra, un tratamiento psicológico y nutricional para evitar manipulaciones de la insulina con el objeto de perder peso, así como para lograr un control de las actitudes que pueden elevar las posibilidades de desarrollar graves complicaciones y aumentar la mortalidad en estos pacientes.

Por último, es importante destacar la necesidad que tiene el equipo tratante de la diabetes en cuanto a la formación para reconocer y diagnosticar un TCA; para los

profesionales sanitarios que no estén familiarizados con la atención a personas con TCA puede resultar difícil comprender por qué alguien con diabetes podría llegar a restringir intencionadamente su insulina. Por esta razón, es necesario que los miembros del equipo sanitario diabético reciban formación en esta área.

REFERENCIAS

- Affenito, S. G., & Adams, C. H. (2001). Are eating disorders more prevalent in females with type 1 diabetes mellitus when the impact of insulin omission is considered? *Nutrition Review*, *59*(6), 179-182.
- Affenito, S. G., Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., & Thompson, D. (2012). Behavioral determinants of obesity: research findings and policy implications. *Journal of Obesity*, *12*, 150732. doi: 10.1155/2012/150732.
- Álvarez, G. (2006). *Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado Psicología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Diabetes Association (2009). *Intensive Diabetes Management*. (4th Ed.) Virginia: Wolfsdorf JI, Ed. Alexandria, American Diabetes Association, p. 174.
- American Psychiatric Association (2000). Eating disorders. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV TR* (4th Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, pp. 583-597.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. DSM 5* (Fifth Edition). Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, *24*, 1069-1078.
- Bantle, J. P., Wylie-Rosett, J., Albright, A. L., Apovian, C. M., Clark, N. G., Franz, M. J., et al. (2006). Nutrition recommendations and interventions for diabetes-2006: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, *29*, 2140-2157.
- Battaglia, M. R., Alemzadeh, R., Katte, H., Hall, P. L., & Perlmutter, L. C. (2006). Brief report: disordered eating and psychosocial factors in adolescent females with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*, 552-556.

- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., & Rodin, G. M. (2007). Five-year prevalence and persistence of disturbed eating behavior and eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, *30*, 2861-2862.
- Colton, P., Rodin, G. M., Olmsted, M. P., & Daneman, D. (1999). Eating disturbances in young women with type 1 diabetes mellitus: mechanisms and consequences. *Psychiatry Annual*, *29*, 213-218.
- Criego, A., Crow, S., Goebel-Fabbri, A., Kendall, D., & Parkin C. (2009). Eating disorders and diabetes screening and detection. *Diabetes Spectrum*, *22*, 143-146.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2001). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Crow, S. J., Keel, P. K., & Kendall, D. (1998). Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*, *39*, 233-243.
- Daneman D., Olmsted, M., Rydal, A., Maharaj, S., & Rodin, G. (1998). Eating disorders in young women with type 1 diabetes. Prevalence, problems and prevention. *Horm Research*, *50* (Suppl 1), 79-86.
- Davis, S., & Alonso, M. D. (2004). Hypoglycemia as a barrier to glycemic control. *Journal of Diabetes Complications*, *18*, 60-68.
- Delahanty, L. M., & Nathan, D. M. (2008). Implications of the Diabetes Prevention Program and Look AHEAD clinical trials for lifestyle interventions. *Journal of American Dietetic Association*, *108*, S66-S72.
- Engström, I., Kroon, M., Arvidsson, C. G., Segnestam, K., Snellman, K., & Aman, J. (1999). Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatric*, *88*(2), 175-180.
- Erkolahti, R. K., Ilonen, T., & Saarijärvi, S. (2003). Selfimage of adolescents with diabetes mellitus type-I and rheumatoid arthritis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *57*, 309-312.
- Gagnon, C., Aimé, A., Bélanger, C., & Tuttmann Markowitz, J. (2012). Comorbid Diabetes and Eating Disorders in Adult Patients. Assessment and Considerations for Treatment. *The Diabetes Educator*, *38*(4), 537-542.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, *11*, 263-284.
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, *341*, 1631-1635.
- Garner, D. M. (1997). *Eating disorder inventory –2. Professional Manual (FA): Psychological Assessment Resources*.

- Grylli, V., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E. & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 65-72.
- Helgeson, V. S., López, L. C., & Kamarck, T. (2009). Peer relationships and diabetes: Retrospective and ecological momentary assessment approaches. *Health Psychology*, 28 (3), 273-282. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013784>.
- Helgeson, V. S., Snyder, P. R., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 794-806.
- Herpertz S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 68-77.
- Herpertz, S., Wagener, R., Albus, C., Kocnar, M., Wagner, R., Best, F. et al. (1998). Diabetes mellitus and eating disorders: a multicenter study on the comorbidity of the two diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 503-515.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, G., & Celis, J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1). En <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/viewFile/208/190>.
- Jadresic, A., Ojeda, C. I., & Pérez, G. (2000). *Tratado de endocrinología básica y médica*. Madrid: Síntesis.
- Larger, E. (2005). Weight gain and insulin treatment. *Diabetes Metabolic*, 31, 4S51-4S56.
- Lutz, T. A. (2005). Pancreatic amylin as a centrally acting satiating hormone. *Current Drug Targets*, 6, 181-189.
- Mack, C., Wilson, J., Athanacio, J., Reynolds, J., Laugero, K., Guss, S., & Parkes, D. (2007). Pharmacological actions of the peptide hormone amylin in the long-term regulation of food intake, food preference, and body weight. *American Journal of Physiology Regulation Integrative Composition Physiology*, 293, 1855-1863.
- Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G. F., & Rotella, C. M. (2005). Eating disorders in n patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Endocrinology Investigation*, 28, 417-419.
- Mannucci, E., Tesi, F., Ricca, V., Pierzazuoli, E., Barciulli, E., Moretti, S. et al. (2002). Eating behavior in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Obesity Relation Metabolic Disorders*, 26, 848-853.

- Marco, J. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual*. (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Sociales, Universitat Jaume.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29(2), 86-91.
- Mc Creary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of Early Adolescent*, 22, 96-108. National Eating Disorders (2012). *Diabulimia-5*. Recuperado de: <http://www.nationaleatingdisorders.org/diabulimia-5>
- National Eating Disorders (2012). Eating Disorder Statistics. Disponible en <http://www.nationaleatingdisorders.org/toolkit/parent-toolkit/statistics>.
- Nielsen, S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 10, 241-254
- Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Mellin, A., Ackard, D. M., Utter, J., Story, M., & Sockalosky, J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type I diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes Care*, 25, 1289-1296.
- Ortiz, M. (2007). Alimentación y Nutrición. Recuperado de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf.
- Papelbaum, M., Appolinário, J. C., Moreira, R. O., Ellinger, V. C., Kupfer, R., & Coutinho, W. F. (2005). Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27, 135-138.
- Pollock, M., Kovacs, M., & Charron-Prochownik, D. E. (1995). Eating disorders and maladaptive dietary/insulin management among youths with childhood-onset Insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 34, 291-296.
- Polivy, J., & Herman, P. (1993). Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. En Fairbum, C. F. & Wilson, G.T. (Ed.). *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press. Wilson.
- Rezek, M. (1976). The role of insulin in the glucostatic control of food intake. *Canadian Journal of Physiology Pharmacological*, 54, 650-665.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, IV (7, 8), 149-161.

- Rodenas, G. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria y Diabetes Mellitus Tipo 1. Psicoendocrinología del Niño y del Adolescente*. Madrid: Pharmacia.
- Rodríguez Roca, G. C., Artigao Rodenas, L. M., Llisterri Caro, J. L., Alonso Moreno, F. J., Banegas, J. R., Lou Arnal, S. et al. (2005). Control de la hipertensión arterial en la población española ≥ 65 años asistida en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 359-366.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Striegel-Moore, R. H., & Steiner-Adair, C. (1998). Primary prevention of eating disorders: Further considerations from a feminist perspective. En W. Vandereycken & G. Noordenbos et al. (Eds.), *The prevention of eating disorders* (pp. 1-22). New York: New York University Press.
- Surgenor, L. J., Horn, J., & Hudson, S. M. (2002). Links between psychological sense of control and disturbed eating behavior in women with diabetes mellitus: implications for predictors of metabolic control. *Journal of Psychosomatic Reserach*, 52, 121-128.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Trujillo, E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? *National Eating Disorders Association*. En <https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastornoalimenticio>.
- Unikel, C., Aguilar, J., & Gómez, G. (2005). Predictors of eating behaviors in simple of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Vargas, L. & Casillas, L. (1999). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 34-46.
- Vamado, P. J., Williamson, D. A., Bentz, B. G., Ryan, D. H., Rhodes, S. K., O'Neil, P. M. et al. (1997). Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eating Weight Disorders*, 2, 117-124.
- Verdich, C., Toubro, S., Buemann, B., Lysgard, M., Juul, J., Holst, J. et al. (2001). The role of postprandial releases of insulin and incretin hormones in meal-induced satiety-effect of obesity and weight reduction. *International Journal of Obesity Relation Metabolic Disorders*, 25, 1206-1214.
- Young-Hyman, D., & Davis, C. (2010). *Diabetes Care*, 33(3), 683-689.

IV. SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES

*Gabriela J. Saldívar Hernández**

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la definición de salud mental ya no se limita a las enfermedades mentales discapacitantes, también incluye cualquier alteración psicológica, emocional y/o conductual, como la violencia, el suicidio y el abuso de sustancias (incluyendo las legales).

El interés por el tema de la salud mental se ha incrementado en los últimos años, debido al aumento de enfermedades no transmisibles como las depresiones y los problemas cardíacos, los cuales están reemplazando rápidamente a las enfermedades infecciosas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostica que en los próximos años existirán cambios en las necesidades de salud de la población mundial, pues las enfermedades no transmisibles podrían ser de las principales, entre ellas la salud mental (Alwan et al., 2011). En la actualidad es importante que la investigación en salud mental sea considerada cada vez más para detectar los trastornos mentales por tipos de población, además de que se reestructuren las políticas de salud a fin de evitar que se presente un aumento en las prevalencias, ya que no sólo causa daño individual, sino también a la sociedad. Para lograr este cometido, la OMS pretende fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad de las personas con trastornos mentales (Alwan et al., 2011). La estrategia sugerida por esta organización es trabajar con grupos vulnerables, como los adolescentes.

* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

Considerando que los adolescentes y jóvenes representan 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe (Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003) y que su salud es clave para el progreso social, económico y político de un país, es primordial estudiar y realizar programas de prevención e intervención de la salud mental (Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003).

Según estudios nacionales e internacionales, se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es de 15 a 30% de la población menor de 18 años (Campo-Arias & Miranda, 2008). En un trabajo realizado por Maddaleno et al. (2003) se observó que entre 11 y 33% de jóvenes refieren tener algún problema de salud mental. Los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes. Además, gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia tienen consecuencias futuras en términos de morbilidad. La OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en esta etapa (Alwan et al., 2011). Si bien, en comparación con los niños y los adultos mayores, los adolescentes y jóvenes presentan menor morbilidad y mortalidad, se debe tener en cuenta que también tienen afecciones de salud, por ejemplo, problemas de salud sexual y reproductiva, entre otras patologías, además de los ocasionados en el contexto social como la violencia, las adicciones, etc. Por ello, el desarrollo sano y la salud mental en los adolescentes deben ser metas prioritarias, sentidas y buscadas por los investigadores (Nuño, Alvarez-Nemegyei, Madrigal de León, & Rasmussen-Cruz, 2005).

Para reconocer la salud mental de los adolescentes es necesario identificar las características de su desarrollo (Nuño et al., 2005), y éste es el proceso continuo a través del cual satisfacen sus necesidades y fomentan competencias, habilidades y redes sociales. Para mejorar la salud mental y desarrollo de los adolescentes y jóvenes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) propone un marco conceptual basado en la inversión en factores protectores de los ámbitos individual, familiar y comunitario, con el fin de promover y proteger la buena salud mental en estos grupos de edades y prevenir los factores de riesgo. De igual manera, se recalca que para el desarrollo sano de los jóvenes es necesario que tengan acceso a la salud y al bienestar, participación social, educación, justicia y empleo, además de apoyar a sus familias y comunidades para que guíen su desarrollo (Maddaleno et al., 2003).

TRASTORNOS MENTALES EN LOS ADOLESCENTES

En la población abierta, hasta 20% de los adolescentes presentan por lo menos un trastorno psiquiátrico, entre los más comunes se encuentran: el trastorno de conducta (TC), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad (TA) y los trastornos depresivos, como el trastorno distímico (TD) y el trastorno depresivo mayor (TDM), este último puede convertirse en crónico o recurrente, lo cual afectaría el funcionamiento y las relaciones interpersonales del individuo o incluso anteceder al trastorno bipolar (TB). El TDM en la adolescencia es la principal categoría diagnóstica encontrada, se relaciona con una elevada comorbilidad con otros padecimientos como el TDAH, el TD y el TC, entre otros. El funcionamiento psicosocial y la mayor severidad del TDM parecen ser elementos relacionados directamente con la comorbilidad (De la Peña, Ulloa, & Paez, 1999).

Si bien existe gran cantidad de aflicciones (alteraciones) en la salud mental de los adolescentes, algunas con mayor repercusión social son: sintomatología depresiva, depresión, ideación suicida, acoso sexual, adicciones, violencia, etcétera.

ESTADÍSTICAS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

Mundialmente, la problemática de la salud mental en adolescentes va en aumento y arroja cifras muy alarmantes. Sin embargo, es un tema del cual no existen cifras exactas porque quienes sufren alguna afección en dicho rubro, muchas veces no lo aceptan y no solicitan ayuda debido al estigma social del tema. Paradójicamente, hay pocos investigadores que se dedican a estudiar esta problemática, en parte por el mito de que los adolescentes no se enferman. Con los años, la investigación ha ganado terreno en estudios referentes a la salud mental de la población adolescente, de ahí han surgido algunas cifras internacionales y nacionales que muestran la importancia de seguir profundizando en este tema que afecta a la población adolescente mundial.

ESTADÍSTICAS INTERNACIONALES

Los problemas en la salud mental en adolescentes son amplios y se presentan en cualquier parte del mundo. Se calcula que aproximadamente 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de éstos se manifiestan antes de los 14 años. En la mayoría de las culturas se observan tipos de trastornos similares, los neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos para tratar la salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. Los trastornos mentales y los ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad (Alwan et al., 2011).

Existen cifras que reflejan lo alarmante de la problemática, como las adicciones. Por ejemplo, en Estados Unidos, 92% de los fumadores habituales iniciaron el consumo de cigarrillos antes de los 18 años y 73% inició y se habituó desde la adolescencia; 9.3 millones de jóvenes norteamericanos entre 12 y 17 años consumen alcohol y 4 millones (20%) hacen uso de drogas ilegales (Caballero, Ramos, González, & Saltijeral, 2002).

En el Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo; 54% de adolescentes encuestados y 40% de las adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida. De acuerdo con la OMS, 3.2% de las muertes en el mundo y 4% de años de vida ajustados por la discapacidad son atribuibles al consumo de alcohol (Alwan et al., 2011).

ESTADÍSTICAS NACIONALES

Las afecciones en salud mental de los adolescentes en México son muchas; sin embargo, no existen suficientes investigaciones ni cifras exactas en parte debido a la diversidad de las medidas de evaluación utilizadas, así como a la heterogeneidad de las muestras en los diferentes estudios (Jatobá y Bastos, 2007). Sin embargo, las cifras que existen pueden llegar a ser alarmantes en algunos rubros.

En lo que se refiere a sintomatología depresiva, si bien no existe una cifra estadística, pero sí diversas estimaciones, Hammen y Rudolph (2003) reportan

que la prevalencia de este síndrome en gente joven es de entre 10 y 30%. De la Peña et al. (1999) mencionan una prevalencia del trastorno depresivo mayor de 0.4 a 8.3% en adolescentes, mientras que en poblaciones clínicas se encuentra entre 27 y 40%, donde las mujeres tienen mayor prevalencia.

González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez (2001) encontraron, en adolescentes de una secundaria del Distrito Federal, una frecuencia de 14% en el malestar depresivo y 15% en la ideación suicida en los hombres; mientras que en las mujeres fue de 18% en ambos indicadores.

Vázquez (2001) menciona que la prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre 2.3 a 3.2% para los hombres y 4.5 a 9.3% para las mujeres en naciones industrializadas.

La encuesta de salud mental en adolescentes del Distrito Federal (Benjet, Borges, Medina-Mora, 2009) menciona que uno de los trastornos más comunes en adolescentes de esta entidad son los trastornos afectivos con 7.8% de la muestra.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL

Los problemas de salud mental son multifactoriales, es decir, intervienen factores individuales, familiares, sociales y culturales. Variables como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia de sustancias) se han relacionado con el inicio de algunas de ellas (De la Peña et al., 1999).

Entre los factores individuales se encuentran los biológicos, psicológicos y emocionales, por ejemplo, la historia de vida, baja autoestima y el duelo (por cualquier tipo de pérdidas). Se ha encontrado que la ruptura de la relación romántica podría dar lugar a la aparición de la depresión en adolescentes (Monroe, Seeley, & Lewinsohn, 1999).

Los factores de riesgo predominantes son: falta de destrezas sociales y pertenencia a un grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004). Asimismo, ciertos conflictos, sociales, de comportamiento y académicos pueden estar implicados en problemas de salud mental como la depresión, demostrándose que existe relación entre

déficit en estas áreas y sintomatología depresiva, tanto en la infancia como en la adolescencia (Eley & Stevenson, 2000).

Otros factores importantes son los familiares, como historias de violencia intrafamiliar o la pérdida de un ser querido (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Cava (2003) reporta que existe una correlación directa entre la existencia de comunicación familiar y el intento suicida y la depresión.

La cultura también es un factor que influye directamente en la salud mental. La vida de la población depende de su cultura y condiciones socioeconómicas, y su salud mental, de las condiciones de la sociedad (estabilidad económica, empleo, educación, calidad de convivencia social), así como de otros factores como la habitación, nutrición, integración familiar, entre otros (Madrigal, Hidalgo, & Nuño, 2001).

En cuanto al género se ha encontrado que los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) tienden a predominar más entre las mujeres adolescentes (Costello et al., 2003).

FACTORES PROTECTORES

Una vez que se conocen los factores de riesgo, se presentan los factores protectores. Uno de ellos es pertenecer a una familia fuertemente cohesionada, con acceso a redes de apoyo donde los adolescentes se sientan seguros de desarrollarse plenamente y donde tengan la imagen clara de una autoridad que regule su comportamiento (Ramírez, 2010). Otro es la comunicación familiar abierta y fluida, es decir, donde haya intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos (Estévez, Musitu, & Herrero, 2005).

Las redes sociales son un importante factor de protección. Son muchos los estudios que han demostrado la efectividad del apoyo al momento de afrontar los problemas y conflictos de la vida cotidiana. Este apoyo social o las redes sociales han sido ampliamente reconocidos por el papel que juegan en la protección del estrés y el bienestar psicológico (Richards, Branch, & Ray, 2014). Recibir consejo, guía, compañía, ayuda, afecto, el sentirse escuchado y valorado, son algunas de las expresiones de apoyo que nos ofrecen los miembros de una red social. Son varias las dificultades que deben afrontar los niños y jóvenes a muy temprana edad y contar con una red eficaz de apoyo social puede ser clave para superar con éxito cada una de las etapas de su vida (Fernández & Bravo, 2001). Como se mencionó anteriormente, ciertos factores individuales y en especial

los emocionales pueden desencadenar cierta inestabilidad en la salud mental de los adolescentes, por ejemplo, vivir una relación de pareja o noviazgo con violencia.

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES

Considerando al noviazgo como una relación social explícitamente acordada entre dos personas para acompañarse en las actividades recreativas y sociales, y en la cual se expresan sentimientos amorosos y emocionales a través de la palabra y los contactos corporales (Rodríguez & De Keijzer, 2002), en la mayoría de las culturas se ve como una etapa de experimentación y de búsqueda para los adolescentes en donde el enamoramiento, el juego, el flirteo y la aventura de conocer a otra persona los hace sentir diferentes. De igual manera, brinda la oportunidad de vivir situaciones nuevas que les permiten crecer y, en ocasiones, puede llegar a ser un preámbulo para una relación de mayor duración. Sin embargo, existen experiencias como la violencia, que no siempre son funcionales para iniciar una pareja estable.

Connolly, Craig, Goldberg, y Peplar (2004) identifican el inicio de las relaciones de noviazgo en la adolescencia como un periodo en el que los jóvenes cambian de grupos de amigos del mismo sexo a grupos de pares mixtos, lo que les da la oportunidad de comenzar a relacionarse entre sexos. Por su parte, Rodríguez y De Keijzer (2002) reportan que actualmente en México las experiencias de noviazgo en los adolescentes suelen ser más espontáneas, cortas y numerosas que las de sus predecesores, aunque aún se rigen por patrones de género desiguales, entre los que se encuentran la permisividad para los hombres ante los noviazgos simultáneos, mientras que a las mujeres no se les acepta este tipo de conductas.

Se ha reconocido a nivel internacional que la violencia en el noviazgo puede ser un antecesor de la violencia en pareja, por lo que se considera un problema de salud pública en el cual se tiene que trabajar para prevenirla o detectarla de una manera temprana, además de reducir su frecuencia y evitar sus manifestaciones más graves en el área de salud (Hokoda et al., 2006; Saldívar, 2006).

Diversos estudios han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la sintomatología depresiva, depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar (Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-

Ortega, Chávez-Ayala, & Lazcano-Ponce, 2006). También se observó que factores como tener una imagen deteriorada de sí mismo o tener un rendimiento escolar bajo podría contribuir en la aparición de conductas violentas en el noviazgo (Raiford, 2007).

Recientemente se realizaron estudios sobre las asociaciones entre los adolescentes, las relaciones románticas y la depresión. Algunos sugieren que esta población, que posee un estilo de apego inseguro, tiende a ser pobre en las relaciones amorosas y a mostrar más síntomas depresivos (Collins & Feeney, 2000; Ramírez & Ríos, 2013). Otros se identifican con la ruptura de la relación romántica y esto podría dar lugar a la aparición de la depresión en adolescentes (Monroe, Seeley, & Lewinsohn, 1999).

Rivera-Rivera et al. (2006) realizó un estudio en una muestra de 4 587 alumnas, de 12 a 24 años, de escuelas públicas del estado de Morelos, en el que encontró que la prevalencia de violencia durante el noviazgo fue de 28% y los factores asociados fueron: depresión, consumo de tabaco, abuso de alcohol, bajo rendimiento escolar (promedio de calificaciones de 7 o menor) y antecedente de relaciones sexuales.

Ante el panorama anterior, el objetivo del presente trabajo consistió en conocer la sintomatología depresiva y la asociación entre las subescalas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) en sujetos que han ejercido, recibido o estado en una relación de violencia mutua o bidireccional en el noviazgo, en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México.

MÉTODO

Muestra

Estuvo conformada por un total de 870 estudiantes de una escuela secundaria, seleccionados en forma no aleatoria. Se encuestó a jóvenes de ambos sexos de primero, segundo y tercer grado. La edad de los participantes se situó en el rango de los 12 a los 16 años ($M = 13.7$, $SD = .99$).

Instrumentos

La información se recopiló a través de un cuestionario autoaplicable que contenía diferentes secciones. Para este trabajo se analizó únicamente lo siguiente:

- a) *Características sociodemográficas*: información personal de los entrevistados como sexo, edad, grado escolar, con quién vive, si tiene papá o mamá, etcétera.
- b) *Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI)*: se diseñó para detectar la presencia de cinco formas de violencia en la pareja. Tiene dos escalas: una mide la violencia perpetrada y otra mide las víctimas de violencia (Wolfe et al., 2001). La fiabilidad final de la escala para los que ejercen fue de = .82 y para los que reciben de = .86.
- c) *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)* (Radloff, 1977). Consta de 20 reactivos calificados de 0 a 4 (0 = no ha presentado el síntoma ningún día, 1 = ha presentado el síntoma de 1 a 2 días, 2 = ha presentado el síntoma de 3 a 4 días, 3 = ha presentado el síntoma de 5 a 7 días) y el punto de corte para un posible caso es con una puntuación de 16 o más (= 0.85 general). La escala cuenta con cuatro factores que se denominan: Factor I Relación interpersonal (ejemplos: “sentía que no le caía bien a los demás”, “sentía que la gente era poco amigable”, etc.). Factor II Afecto negativo (ejemplos: “me sentí deprimido/a”, “sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia y amigos”, “lloraba a ratos”, “tenía miedo” y “me sentía triste”. Factor III. Quejas psicósomáticas (ejemplos: “dormía sin poder descansar”, “no podía seguir adelante, etc.). Factor IV Afecto positivo (ejemplos: “estaba feliz”, “disfruté de la vida”, etc.) (Aguilera-Guzmán et al., 2004).

Procedimiento

Tres profesionales de las ciencias sociales, previamente capacitados, acudieron al plantel escolar para explicar a los profesores y a los padres el propósito del estudio y solicitarles su consentimiento. Se les informó también que se trataba de un estudio sin riesgo que contaba con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Posteriormente, se aplicó el instrumento en forma colectiva dentro de las aulas, en horario escolar y en los turnos matutino y vespertino. Antes de la aplicación, se hizo saber a los alumnos el carácter voluntario de su participación y la garantía de su anonimato. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 60 a 75 minutos.

Análisis de la información

Se realizaron análisis de estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes para detallar las características de la población de estudio. Se utilizaron pruebas de estadística inferencial (chi cuadrada) para identificar las diferencias significativas entre los grupos que ejercen, reciben violencia en el noviazgo y los que están en una relación de violencia mutua o bidireccional. Con el fin de conocer la relación existente entre las subescalas obtenidas, se calcularon las correlaciones producto momento de Pearson en los sujetos que ejercen o reciben violencia en el noviazgo y los que están en una relación de violencia mutua o bidireccional; para el análisis se tomaron en cuenta las correlaciones con una significancia de $p \leq .001$ y $p \leq .05$.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

De los 870 alumnos encuestados, 49% correspondía al sexo masculino y 51% al femenino; la edad promedio de los adolescentes fue de 13 años. La mayoría eran estudiantes del turno matutino (65.9%) y aproximadamente una tercera parte del turno vespertino. El 85.9% reportó no haber trabajado el año previo, mientras que 9.3% lo hizo medio tiempo y 4.7%, tiempo completo (8 horas diarias). La mayoría vive con sus padres (65.6%) y es el papá quien aporta más dinero para el gasto familiar.

Violencia en el noviazgo, diferencias por sexo

De la muestra total de 870 adolescentes, 89.5% mencionó haber tenido novio en su vida, en donde 45.1% de los sujetos duró aproximadamente un mes con su pareja. Del total de la muestra, 43.2% ($n = 376$) no ha ejercido ni recibido violencia en el noviazgo (49.2% son hombres y 50.8% son mujeres, no se encontraron diferencias significativas por sexo); 56.8% de los entrevistados menciona haber recibido o ejercido violencia en el noviazgo (48.8% son hombres y 51.2% son mujeres, no se encontraron diferencias significativas por sexo).

Para un manejo más específico de los sujetos que han vivido violencia, la muestra se dividió en tres grupos: los que sólo han recibido violencia, los que sólo han ejercido violencia y los sujetos bidireccionales, es decir, los de violencia mutua.

De la muestra total (n = 49), 5.6% sólo ha recibido violencia en el noviazgo (57.1% son hombres y 42.9% son mujeres); 7% (n = 61) sólo ha ejercido violencia en el noviazgo (41% son hombres y 59% son mujeres), no se encontraron diferencias significativas por sexo.

El 44.1% (n = 384) de la muestra menciona estar en un tipo de violencia bidireccional, es decir, ejercen y reciben violencia en el noviazgo (49% son hombres y 51% son mujeres, no se encontraron diferencias significativas por sexo).

Al realizar una X^2 entre los sujetos que ejercen y reciben violencia en el noviazgo (bidireccionales) y el resto de la población se encontró una diferencia significativa ($x^2 = 48.03$ (gl 870/1), $p = .000$), siendo significativa para los sujetos que ejercen y reciben violencia.

Correlaciones entre la Escala de Sintomatología depresiva y los sujetos que ejercen violencia, reciben violencia y tienen relaciones mutuas o bidireccionales de violencia en el noviazgo

Para detectar los posibles casos de sintomatología depresiva se utilizó un punto de corte a partir de la media grupal más una desviación estándar. La media grupal de sintomatología depresiva en esta población fue 36.9 más una desviación estándar de 11.5, obteniéndose un punto de corte de 48.4.

De la muestra total, 13.6% tuvo porcentajes superiores al punto de corte siendo un posible caso de sintomatología depresiva. La consistencia interna de la escala (α) fue de .85. De los sujetos entrevistados que tuvieron sintomatología depresiva, 31.9% son hombres y 68.1% son mujeres, encontrándose diferencias significativas por sexo ($x^2 = 19.19$ (gl 870/1), $p = .000$).

Tabla 1. Correlaciones en muestra general por factores de CESD

	Afecto negativo I	Relación interpersonal	Quejas psicósomáticas	Afecto positivo
Afecto negativo	1	.725** .000	.344* .000	.007 .83

Continúa...

	Afecto negativo l	Relación interpersonal	Quejas psicossomáticas	Afecto positivo
Relación interpersonal		1.	.32** .000	-.14** .000
Quejas psicossomáticas			1	.059 .08
Afecto positivo				1

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Fuente: elaboración propia.

En esta tabla se pueden observar las relaciones entre factores en los sujetos de la muestra general, en donde se encontró que quienes presentan sintomatología en el área de afecto negativo se relacionan con el área interpersonal (.75) y las quejas psicossomáticas (.34). Los que presentan sintomatología depresiva en el área relacional interpersonal se vinculan de manera negativa con el área de afecto positivo (-14).

A) Adolescentes que sólo han recibido violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva

Para detectar los posibles casos de sintomatología depresiva y los sujetos que sólo han recibido violencia en el noviazgo se utilizó un punto de corte a partir de la media grupal más una desviación estándar.

La media grupal (39.6), más una desviación estándar (17.7) obtuvo un punto de corte de 48.4, en donde 10.2% de la muestra total presentó porcentajes superiores al punto de corte siendo posibles casos de sintomatología depresiva.

Tabla 2. Correlaciones en sujetos que sólo han recibido violencia en el noviazgo por factores de CESD

	Afecto negativo	Relación interpersonal	Quejas psicossomáticas	Afecto positivo
Afecto negativo	1	.78** .000	.42* .77	-.21 .13
Relación interpersonal		1.	.08 .55	-.25 .08

Continúa...

	Afecto negativo	Relación interpersonal	Quejas psicossomáticas	Afecto positivo
Quejas psicossomáticas			1	.07 .62
Afecto positivo				1

** La correlación es significativa al nivel 0.01.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se observan las relaciones entre factores en los sujetos que sólo han recibido violencia en el noviazgo, en donde se encontró que quienes presentan sintomatología en el área de afecto negativo se relacionan con el área interpersonal (.78).

B) Adolescentes que sólo han ejercido violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva

Para los posibles casos de sintomatología depresiva y los sujetos que sólo han ejercido violencia en el noviazgo se utilizó un punto de corte a partir de la media grupal más una desviación estándar.

La media grupal (35.8), más una desviación estándar (7.7) obtuvo un punto de corte de 43.5, en donde 16.4% de la muestra total registró porcentajes superiores al punto de corte siendo posibles casos de sintomatología depresiva.

Tabla 3. Correlaciones en sujetos que sólo han ejercido violencia en el noviazgo por factores de CESD

	Afecto negativo I	Relación interpersonal	Quejas psicossomáticas	Afecto positivo
Afecto negativo	1	.65** .000	.51** .000	-.07 .58
Relación interpersonal		1.	.53* .000	-.22 .08
Quejas psicossomáticas			1	.01 .93
Afecto positivo				1

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se observan las relaciones entre factores en los sujetos que sólo han ejercido violencia en el noviazgo, en donde se encontró que los entrevistados que tienen sintomatología en el área de afecto negativo se vinculan con el área interpersonal (.65) y quejas psicósomáticas (.51). Los sujetos que muestran sintomatología depresiva en las relaciones interpersonales se relacionan con quejas psicósomáticas (.53).

C) Adolescentes que están en una relación de violencia mutua o bidireccional y sintomatología depresiva

Para los posibles casos de sintomatología depresiva y los sujetos que se encuentran en una relación de violencia mutua o bidireccional, se obtuvo un punto de corte a partir de la media grupal más una desviación estándar.

Con una media grupal (36.7), más una desviación estándar (11.9) se consiguió un punto de corte de 46.6, en donde 13.8% de la muestra total tuvo porcentajes superiores al punto de corte, por lo que es un posible caso de sintomatología depresiva.

Tabla 4. Correlaciones en sujetos que están en una relación de violencia mutua o bidireccional por factores de CESD

	Afecto negativo I	Relación interpersonal	Quejas psicósomáticas	Afecto positivo
Afecto negativo	1	.75** .000	.38** .000	.00 .86
Relación interpersonal		1.	.37* .000	-.11 .02
Quejas psicósomáticas			1	.06 .21
Afecto positivo				1

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se pueden observar las relaciones entre factores en los sujetos que están en una relación de violencia mutua o bidireccional, en donde los encuestados que presentan sintomatología en el área de afecto negativo se vinculan con el área interpersonal (.75)

y quejas psicosomáticas (.38). Quienes presentan sintomatología depresiva en las relaciones interpersonales se relacionan con quejas psicosomáticas (.37).

DISCUSIÓN

A pesar de que se espera que la adolescencia sea una etapa en la cual no exista la violencia en la pareja, 56.7% de la muestra de este estudio revela que ha estado en una relación en la que han existido comportamientos violentos, ya sea como víctimas, agresores o bidireccional. Dichos datos coinciden con los de la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007 (Envinov, 2007), la cual reportó que en jóvenes de 15 a 24 años se observa que 15% han sufrido violencia física, 76% violencia psicológica y 16.5% sexual.

Es importante recalcar que 44.1% de los sujetos de este estudio menciona estar en una relación de violencia mutua o bidireccional, lo cual es muy cercano al rango de porcentajes reportado en otros estudios (50 a 76.4%) (Weisz, Tolman, Callahan, Saunders, & Black, 2007).

Los estudios sobre la violencia mutua en el noviazgo indican que los hombres y mujeres experimentan y perpetran violencia de una manera diferente. Ellas suelen ejercer significativamente más violencia, pero ellos son más propensos a relacionarse de manera violenta si experimentaron con anterioridad violencia severa en casa (ej. maltrato infantil, violencia entre hermanos y observar violencia entre los padres). Acorde con lo anterior, en este estudio se encontró que las mujeres son las que ejercen la violencia hacia su pareja masculina.

Entre los motivos por los que las mujeres ejercen más violencia en la adolescencia podría deberse a que ellas adoptan una actitud defensiva ante la violencia ejercida por su pareja; otros estudios (O'Leary, Smith, Avery-Leaf, & Cascardi, 2008) indican un posible cambio en la tradicional estructura unidimensional de la misma en donde existe un agresor y una víctima, hacia un modelo simétrico en el que ambos actores pueden ser agresores. Algunas investigaciones han observado que las mujeres utilizan la violencia para obtener poder y control (Follingstad, Wright, Lloyd, & Sebastian, 1991), o porque no creen que la víctima masculina pueda ser lastimada (Fiebert & González, 1997).

En cuanto a los resultados de la Escala CES-D en la muestra general, el nivel de sintomatología depresiva que puede considerarse como posible caso de depresión

fue de 13.6%, donde las mujeres reportan una mayor frecuencia. Resultados que concuerdan con la literatura en la que se menciona que ser mujer es un factor de riesgo para padecer depresión (Matud, Guerrero, & Matías, 2006).

Estos resultados evidencian que independientemente del género, la sintomatología depresiva está presente en la etapa de la adolescencia, ya que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006).

Los resultados también muestran que 16.4% de los que ejercen violencia, los que sólo han recibido (10.2%) y los de violencia mutua o bidireccional (13.8%) son posibles casos de sintomatología depresiva asociada a la violencia en el noviazgo.

Se encontró que existe una correlación positiva entre la sintomatología depresiva y vivir violencia en el noviazgo que ya ha sido reportado en otros estudios (Borrajó & Gámez-Guadix, 2016). También se observó que la depresión en general se relaciona tanto con la vulnerabilidad hacia la violencia como con una respuesta de afrontamiento impulsivo y/o agresivo (Buela-Casal, Carretero-Dios, & De los Santos, 2001).

Al realizar el análisis correlacional por factores se encontró que 10.2% de los adolescentes que sólo reciben violencia en el noviazgo pueden ser un posible caso de sintomatología depresiva; en este grupo, las subescalas de afecto negativo e interpersonal son las que se asocian más. Esto concuerda con la literatura donde se reporta que los sujetos que sufren más violencia padecen trastornos depresivos, vulnerabilidad, quejas psicósomáticas y una disminución en la calidad de sus relaciones interpersonales (Cava, Buelga, Musitu, & Murgui, 2010).

Para los sujetos que sólo ejercen violencia y viven violencia mutua o bidireccional en su relación de noviazgo, las subescalas de relaciones interpersonales, afecto negativo y quejas psicósomáticas se asocian de manera significativa. Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Castellano, Lachica, Molina, y Villanueva (2004), quienes encontraron que los agresores tienen dificultades en sus relaciones interpersonales y presentan depresión. Cabe destacar que los sujetos que ejercen violencia (16.4% de la muestra) son un posible caso de sintomatología depresiva a diferencia de los sujetos que viven violencia mutua o bidireccional en donde 13.8% de la muestra son un posible caso de sintomatología depresiva. Esto

con cuerda con la literatura en donde los sujetos que ejercen la violencia pueden presentar más probablemente síntomas depresivos (Benjet et al., 2009).

CONCLUSIONES

El fenómeno de la violencia en el noviazgo y la sintomatología depresiva son problemas frecuentes en adolescentes y que se relacionan mutuamente. Ambos presentan factores de riesgo que necesitan ser estudiados de manera más amplia para disminuir su incidencia a través de programas que brinden herramientas a los jóvenes a fin de prevenir y enfrentar dichas problemáticas, debido a que éstas tienen un gran número de consecuencias en la vida actual y futura de quienes las presentan, afectando de manera significativa la salud, las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y, en general, la calidad de vida de los adolescentes.

Es importante mencionar que debido al tipo de estudio realizado en la presente investigación es imposible dilucidar con precisión los factores que explican el nexo entre la depresión y la violencia durante el noviazgo. Es decir, puesto que se midió la depresión y la violencia al mismo tiempo, no es posible saber cuál fue la causa y cuál el resultado o, en general, qué tipo de relación mantienen estos dos elementos. Pese a esta limitación, parece probable que las medidas de prevención enfocadas en el tratamiento de la depresión entre las adolescentes y jóvenes pueden ser útiles como parte de una intervención para prevenir o atenuar la violencia durante el noviazgo.

Los datos arrojados en este estudio nos orientan sobre la necesidad de llevar a cabo programas preventivos en los planteles escolares, tanto para brindar información a los adolescentes respecto a las relaciones violentas y su impacto en la salud física y mental, como también para fomentar el apoyo social como un recurso de protección contra la violencia en el noviazgo. Se ha descrito que los programas de prevención que utilizan este recurso pueden educar a los adolescentes y padres sobre cómo responder de manera diferente a los distintos tipos de problemas de violencia en el noviazgo, y pueden informar a los integrantes de la red que brindan el apoyo sobre los riesgos de minimizar algún evento violento dentro de la relación de pareja.

Agradecimientos. Esta investigación fue apoyada por los Fondos Sectoriales, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología-Secretaría de Salud, número 87708.

REFERENCIAS

- Aguilera-Guzmán, R. M., Carreño, S., & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud mental*, 27(6), 57-66.
- Alwan, A., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, F., Chisholm, D., Ezzati, M. & Wild, C. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., & Méndez, E. (2009). *La encuesta de salud mental en adolescentes de México. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 90-100.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 155-163.
- Borrajo, E., & Gámez-Guadix, M. (2016). Abuso “online” en el noviazgo: relación con depresión, ansiedad y ajuste diádico. *Psicología Conductual*, 24(2), 221.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & De Los Santos-Roig M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3), 17-23.
- Caballero Gutiérrez, M. Á., Ramos Lira, L., González Forteza, C., & Saltijeral Méndez, M. T. (2002). Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría*, 18(3), 131-139.
- Campo-Arias, A., & Miranda, C. A. C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.
- Castellano Arroyo, M., Lachica López, E., Molina Rodríguez, A., & Villanueva de la Torre, H. (2004). Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuadernos de Medicina Forense*, (35), 15-28.
- Cava, M. J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Encuentros de Psicología Social*, 1, 23-27.
- Cava, M. J., Buelga, S., Musitu, G. & Murgui, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de psico-didáctica*, 15(1), 21-34.

- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1053.
- Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A., & Peplar, D. J. (2004). Mixed-gender groups, dating, and romantic relationships in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 14(2), 185–207.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- De la Peña, F., Ulloa, R. E., & Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud mental*, 22(Esp), 88-92.
- Eley, T. C., & Stevenson, J. (2000). Specific life events and chronic experiences differentially associated with depression and anxiety in young twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(4), 383-394.
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., & Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-90.
- Fernández del Valle, J., & Bravo Arteaga, A. (2001). *Sistema de evaluación y programación para menores extranjeros no acompañados acogidos en centros de menores*. Tenerife: Unidad de Infancia, Familia y Mujer, Cabildo de Tenerife/IASS.
- Fiebert, M. S., & González, D. M. (1997). College women who initiate assaults on their male partners and the reasons offered for such behavior. *Psychological Reports*, 80(2), 583-590.
- Follingstad, D. R., Wright, S., Lloyd, S., & Sebastian, J. A. (1991). Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Family Relations*, 51-57.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L. E., & Ramírez-Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. *Child psychopathology*, 2, 233-278.
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425-433.
- Hokoda, A., Ramos-Lira L., Celaya P., Vilhauer K., Angeles M., Ruíz S., Malcarne V., & Duque Mora M. (2006). Reliability of Translated Measures. Assessing Dating Violence Among Mexican Adolescents. *Violence and victims*, 21(1) 117-127.

- Instituto Mexicano de la Juventud. (2008). *Encuesta Nacional de violencia en las relaciones de noviazgo 2007*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Jatobá, J. D. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, S132-S139.
- Madrigal de León E., Hidalgo-San Martín A., & Nuño Gutiérrez B. L. (2001). Student satisfaction with the student health service at Escuela Preparatoria No. 5 in Guadalajara, México. *The Journal of school health*, 71(6), 242-244.
- Matud, M. P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Monroe S., Rohde P., Seeley J., & Lewinsohn P. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 606-614.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Alvarez-Nemegyei, J., Madrigal de León, E., & Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28(5), 64-70.
- O'Leary, K. D., Smith Slep, A. M. S., Avery-Leaf, S., & Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42(5), 473-479.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. [Recuperado abril 2016: paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-losAdolescentes-y-Jovenes.pdf].
- Raiford, J. L. (2007). Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: a longitudinal study of African American female adolescents. *Journal of Women's Health*, 6(16), 822-832.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Ramírez Ornelas, P., & Ríos López, M. (2013). *Violencia en el noviazgo y sintomatología depresiva en adolescentes de una secundaria del Distrito Federal*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Autónoma de México.

- Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista peruana de epidemiología*, 14(1), 65-71.
- Richards, T. N., Branch, K. A., & Ray, K. (2014). The impact of parental and peer social support on dating violence perpetration and victimization among female adolescents: A longitudinal study. *Violence and victims*, 29(2), 317-331.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R., & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48, s288-s296.
- Rodríguez, G., & De Keijzer, B. (2002). *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas*. México: Edamex, Population Council.
- Saldívar, G. (2006). *Coerción sexual en citas en una población de estudiantes universitarios*. Tesis de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez Machado, A. (2001). Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 227-233.
- Weisz, A. N., Tolman, R. M., Callahan, M. R., Saunders, D. G., & Black, B. M. (2007). Informal helpers' responses when adolescents tell them about dating violence or romantic relationship problems. *Journal of Adolescence*, 30(5), 853-868.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., Wekerle, C., Grasley, C., & Straatman, A. L. (2001). Development and validation of the conflict in adolescent dating relationships inventory. *Psychological assessment*, 13(2), 277-293.

V. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

*Jesús Alfredo Whaley Sánchez**

*Margarita de la Cruz López**

*Beatriz Cerda De la O**

INTRODUCCIÓN

Si bien la gran mayoría de las descripciones clínicas y el diagnóstico formal de la entidad del trastorno por estrés posttraumático (TEPT) se han dado en el siglo XX, es indudable que éste ha existido desde el inicio de la humanidad. Hipócrates, por ejemplo, describió las pesadillas que perturbaban a los soldados después de ciertas batallas; Heródoto, por su parte, observó afectaciones similares en los soldados que participaron en las guerras de Maratón (Pignol & Hirschelmann, 2014). Oppenheim describió las neurosis traumáticas al hacer referencia a los síntomas presentados en sobrevivientes de accidentes ferroviarios, considerando que la patología específica era enteramente causada por el accidente. Charcot en sus trabajos clásicos consideró que el evento traumático sólo aparecía en aquellas personas con potencial patogénico preexistente (Pignol & Hirschelmann, 2014).

En 1880, varios psiquiatras de la Clínica Salpêtrière como Janet, Freud y Breuer a finales del siglo XIX, en sus estudios sobre el origen y la formación de los síntomas histéricos, describirían que los acontecimientos traumáticos jugaban un papel destacado, pues causaban aficciones mentales al considerar que dichas experiencias, debido a su carácter insoportable, no podían ser integradas en el mundo experiencial y en el recuerdo, lo que generaba afectaciones en la psique (Pierre, 1920). Entre las afectaciones descritas estaban la desregulación emocional, la disociación y la somatización con respuestas automáticas excesivas ante estímulos irrelevantes, considerándose unas de las primeras descripciones de lo que hoy se considera el

* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Trastorno por Estrés Postraumático (Van der Kolk et al., 1996); estos mismos autores hacían referencia a la cura de estas personas por medio de la palabra.

Cuando Freud, en 1896, publicó las observaciones de 18 pacientes histéricas encontró que el origen de los síntomas se asociaba con la historia de trauma de abuso sexual en la infancia (Van der Kolk et al., 1996).

A principios del siglo xx, con la Primera Guerra Mundial, se acuñó el término neurosis de guerra (*Shell Shock*), haciendo referencia a los síntomas que presentaban los soldados combatientes, tales como pesadillas, temblores, fatiga, entre otros; síntomas a los que no se les prestaba suficiente atención (Jones, 2010).

Fue hasta el término de la guerra de Vietnam (1959-1975) en 1980 que la psiquiatría incorporó el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Association (APA) en su tercera edición (DSM III), y posteriormente se describieron síntomas semejantes en las personas víctimas de violencia sexual (principalmente en mujeres violadas) (APA, 1980). En la actualidad, incluso el antecedente de violencia sexual forma parte del criterio A de dicho manual en su última versión (DSM-5) para el diagnóstico de TEPT (APA, 2013).

Las investigaciones sobre el impacto y las consecuencias en la salud mental que pueden generarse por la exposición directa o indirecta a la violencia han mostrado variaciones en su expresión vinculándose con trastornos severos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Medina-Mora et al., 2005). El presente documento estará enfocado en el trastorno por estrés postraumático asociado con la violencia sexual en personas adultas.

DEFINICIONES

El estrés es un concepto que se refiere a la respuesta inespecífica del organismo ante una demanda; por tanto, el organismo responderá al buscar la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y ocasionar esta respuesta (Higgins & George, 2007). Cuando éste sobrepasa la capacidad de adaptación del organismo, en algunos casos puede desencadenar un trauma.

La palabra trauma proviene del griego (τραῦμα) *traûma* que significa herida, “daño” o “conmoción (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2008). Un evento

traumático es una experiencia inesperada que desestabiliza a la persona que lo vive, alterando su cognición, sus emociones y su comportamiento. Es un hecho que se percibe como una amenaza para la integridad, la seguridad y la vida, pues causa daño o sufrimiento físico o emocional (Walker L. E., 2012). Para Briere y Scott (2015), “el trauma es un evento muy angustiante, el cual sobrepasa los recursos internos del individuo y produce síntomas psicológicos duraderos”. Asimismo, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* del APA, en su quinta edición DSM-5 es definido como “la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, real o amenaza” (APA, 2013).

Son múltiples los sucesos que pueden desencadenar un trauma, entre los principales se encuentran: el maltrato infantil (abuso físico, psicológico, sexual, negligencia), la violencia interpersonal de masas (ataques terroristas, desaparición forzada), desastres naturales, accidentes de transporte a gran escala, incendios y quemaduras, accidentes vehiculares, violación y abuso sexual, agresión física por parte de un extraño (asaltos), violencia de pareja, tráfico sexual, tortura, guerras, homicidio, suicidio, enfermedades que ponen en riesgo la vida, y el estar expuesto por profesión a situaciones relacionadas con la atención de emergencias o de actos violentos (Briere & Scott, 2015). En este capítulo nos centraremos en el trauma causado por la violencia sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el escrito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OMS, 2013).

Por otra parte, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (*Diario Oficial de la Federación*, 2007), en su artículo 6, fracción V, la define como: “Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”.

De acuerdo con el Modelo Integral de Atención a Víctimas (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, 2015), “Una víctima es una persona física que directa o indirectamente ha sufrido daño el menoscabo de sus derechos producto de una violación de derechos humanos o de la comisión de un delito”.

Así, aquellas personas que han sufrido algún tipo de violencia sexual podrían ser consideradas víctimas. La violencia sexual puede darse al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, sea o no que la persona que agrede comparta el mismo domicilio que la víctima; además, puede tener lugar en la comunidad y ser perpetrada por cualquier persona. Es importante considerar que la mayoría de las personas que agreden sexualmente son varones cercanos a la víctima (novio, familiares, amigos, compañeros, vecinos, maestros, esposo, entre otros), por lo que pueden acceder con mayor facilidad a agredir nuevamente a la víctima, mientras que cuando son desconocidos, regularmente cometen violaciones o agresiones únicas (Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez, & Martínez-Vélez, 2001). Sin embargo, es importante considerar que también existen varones que han vivido violencia sexual y mujeres que pueden ejercerla, aunque es menos frecuente.

Estas definiciones aluden a una de las características principales a tomar en cuenta en la violencia sexual: “el uso del poder”, ya que no se trata de una cuestión de atracción sexual, sino de sometimiento, de imposición de autoridad, donde el cuerpo sólo es el vehículo del delito.

La tabla 1 es una recopilación de los tipos de violencia sexual, basándonos en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007), la Ley General de Víctimas (2014), el Modelo de Atención Integral en Salud 2015 y del libro *Del ultraje a la esperanza* (Batres, 1997); todos estos tipos de violencia son más frecuentes en mujeres, niñas/niños y adolescentes (pero no exclusivas) y pueden vivirse en diversas etapas de la vida.

Tabla 1. Tipos de violencia sexual

Tipo	Definición
Hostigamiento sexual	Es el ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

Continúa...

Tipo	Definición
Acoso sexual	Es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realicen uno o varios eventos.
Violación	Se define como la penetración sexual oral, anal o vaginal no consentuada de un/a adolescente, adulta/o, niña/o con una parte del cuerpo u objeto, a través de amenazas o la fuerza física, o cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento (por ejemplo, cuando se encuentra bajo la influencia de las drogas o el alcohol, o cuando tiene alguna discapacidad cognitiva). La violación sexual puede ocurrir también en conflictos armados (como una estrategia de guerra) o durante desastres.
Violación múltiple	Violación cometida por dos o más personas.
Abuso sexual	Se define como cualquier contacto sexual forzado (contacto directo: tocamientos del agresor a la víctima o viceversa o indirecto: presenciar relaciones sexuales), puede incluir la violación.
Abuso sexual infantil	Actos en que una persona adulta usa a un/a niña/o para su gratificación sexual. Puede o no involucrar el contacto físico (tocamientos o manoseo) a través de la fuerza física, engaño o seducción para que éste/a toque de manera inapropiada al adulto, o el adulto pueda tocarla/lo. Cuando el abuso sexual es sin contacto físico puede incluir la seducción verbal y la exposición a material sexual explícito (exposición a pornografía, a órganos sexuales u observación de la masturbación o del acto sexual).
Incesto	Cualquier hecho de índole sexual, donde involucre lazos directos consanguíneos, en línea ascendente o descendente.
Estupro	Se considera a la actividad sexual cometida con una persona mayor de 12 años y menor de 18, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño.
Coerción sexual	Cualquier tipo de presión física o emocional ejercida por una persona para imponer a otros actos de orden sexual, en el contexto de un encuentro heterosexual, homosexual, de mutuo acuerdo para salir juntas, para conocerse o sostener una relación romántica o erótica, o en una relación más formal como el noviazgo.

Continúa...

Tipo	Definición
Denegación de los derechos a la salud reproductiva	Denegación a hacer uso de la anticoncepción, el aborto electivo (en los términos legales aceptados) o a adoptar medidas de protección contra infecciones de transmisión sexual. Puede incluir el aborto forzado (obligar a una mujer a abortar).
Matrimonio o cohabitación forzados	Contraer matrimonio o vivir con otra persona sin su consentimiento, incluyendo a personas de cualquier edad.
Actos de violencia que afectan la integridad sexual de niñas y mujeres	Mutilación genital, prostitución forzada (comprometer u ofrecer los servicios de una persona para realizar actos sexuales por dinero u otras consideraciones con esa u otras personas) y trata de personas con fines de explotación sexual.

Fuente: elaboración propia con base en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2014), Modelo de atención integral en salud (2015) y Batres (1997).

EPIDEMIOLOGÍA

En contextos internacionales encontramos que la prevalencia de violación de mujeres en Estados Unidos es de 14-20% (Briere & Scott, 2015). El departamento de defensa estadounidense estima que más de 19 000 hombres y mujeres en el ejército fueron atacados sexualmente por sus compañeros en 2010 mientras servían en las fuerzas armadas (Dick, *The Invisible War*, 2012).

Asimismo, el abuso sexual hacia mujeres adolescentes es muy común. Un estudio realizado en preparatorias geográfica y económicamente distintas reveló que entre 12-17% de mujeres estudiantes dijo haber sido forzada a participar en al menos un acto sexual contra sus deseos. De igual manera, se encontró que entre 12 y 13% de las adolescentes estadounidenses ha experimentado abuso sexual o violación. Se estima que en el caso de los hombres sea entre 2 y 5% (Briere & Scott, 2015).

Una investigación realizada por Echeburúa mostró que de 352 víctimas de sucesos traumáticos, 157 fueron diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático y más de 50% de las personas agredidas sexualmente presentaban afectaciones graves a la salud, siendo las víctimas recientes quienes presentaron mayores síntomas comparadas con las que lo vivieron en épocas pasadas (15.8%); sin embargo, 34.7% de estas

últimas aún siguen presentando afectaciones en su funcionalidad, incluso después de meses o años de ocurrido el suceso (Echeburúa, de Corral Gargallo, & Amor, 1998).

En México encontramos que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002), 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. Ser mujer y ser hombre marcó diferencias en la exposición, siendo la violación, el acoso y el abuso sexual los más frecuentes en mujeres; los accidentes y robos, entre los hombres. La edad también marcó diferencias, ya que las/los niñas/os, adolescentes, mujeres adultas jóvenes y personas de la tercera edad fueron más vulnerables a sucesos traumáticos; 5.4% de los encuestados dijo haber experimentado abuso sexual, 3.9% violación y 3.7% persecución o acoso. El 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres presentaron un trastorno de estrés postraumático. Este estudio mostró que la violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual son los sucesos traumáticos con mayor posibilidad de generar trastorno por estrés postraumático (Medina-Mora et al., 2003).

Esta encuesta también mostró que las niñas y adolescentes son más propensas a vivir violaciones sexuales entre los primeros 20 años de su vida, siendo la edad promedio de los primeros episodios de abuso sexual a los cinco años. Posterior a esta edad se vuelven a reportar índices de experimentación después de los 25 años. Si consideramos que la violencia sexual es un asunto de género (Ramos-Lira et al., 2001), son las mujeres quienes enlistan los datos de encuestas en esta edad subsecuente. Por otro lado, la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres 2006 (ENVIM) mostró una distribución de la violencia sexual a nivel nacional por la pareja, de 12.7% (Olaiz, Uribe, & del Río, 2009).

Algunas investigaciones han encontrado mayores probabilidades de desarrollar TEPT cuando se fue víctima de violación y violencia doméstica, además de la asociación entre el consumo de alcohol y sustancias en mujeres con historias de abuso sexual y traumas violentos en la infancia (Ramos-Lira et al., 2001).

A partir de estas cifras se concluye que la violencia sexual es un problema de salud mundial, no obstante los datos de incidencia y prevalencia son escasos debido a las dificultades que se tiene para registrarla y documentarla, en especial por la falta de denuncia de la mayoría de los casos; esto puede deberse a la normalización de la violencia sexual en la cultura, lo cual genera que muchas víctimas no se atrevan a denunciar por desconocimiento, vergüenza, miedo, por estigma, temor a la reacción de la familia o bien por desconfianza del sistema médico-legal de justicia. Esto provoca que sea vista como algo esporádico y de poca incidencia (Ramos-Lira et al., 2001).

IMPACTO DEL TRAUMA SEXUAL Y SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

El impacto de un trauma sexual puede durar segundos, horas, días, meses o años, esto dependerá de si se debe a un hecho único o repetido en la vida de la persona; puede originar las más diversas manifestaciones clínicas que van desde síntomas emocionales aislados hasta un cuadro parecido a la psicosis; estas respuestas estarán en función del significado del hecho, de la biografía de quien lo vive y del contexto. Así, hay factores que intensifican la respuesta al trauma, ya que las personas no responden de igual manera a sucesos parecidos; las variables que han intentado explicar dichas diferencias incluyen aspectos relacionados con la víctima, con el suceso traumático y el contexto (Echeburúa et al., 1998; Leserman, 2005).

Las variables relacionadas con la víctima son: antecedentes de sucesos traumáticos, el género (principalmente el femenino), pertenecer a grupos de diversidad sexual (lesbianas, bisexuales, homosexuales, transexuales) o a una minoría étnica o racial, situación socioeconómica baja o de pobreza, padecer un trastorno mental, una enfermedad médica o psicológica preexistente, contar con pobres estrategias de afrontamiento para superar los problemas, niveles bajos de autoestima, disfunción familiar y/o historial de psicopatología en la familia, predisposición genética del sistema nervioso a la respuesta de hiperreactividad o a la disociación (Briere & Scott, 2015; Echeburúa et al., 1998).

Entre las variables del evento, las situaciones que intensifican la respuesta emocional al trauma sexual incluyen: la frecuencia (cuando ocurre en múltiples ocasiones), el tipo de violencia sexual (mientras más invasiva sea, por ejemplo si incluyó la penetración o generó mayores problemas médicos, si hubo riesgo de muerte o heridas físicas durante el evento), la mayor duración y frecuencia de la violencia sexual (a mayor prolongación mayor impacto), la severidad (si incluyó otros tipos de violencia), y otros factores asociados como el número de perpetradores y la relación entre éste y la víctima (familiar, persona conocida o desconocida), el involucramiento de la víctima (cuando durante el evento a la víctima se le obliga a cometer un acto de violencia), el presenciar la muerte de otra persona o la pérdida de un amigo o ser querido durante el evento y lo imprevisible e incontrolable del mismo (Briere & Scott, 2015; Leserman, 2005).

Por último, las variables relacionadas con el contexto también tienen un impacto en la respuesta al trauma sexual. Si las personas alrededor de la víctima, como

familiares o personal encargado de la atención la juzgan, la culpan, consideran que el evento es producto de su imaginación, es una mentira y no le creen el impacto será más desfavorable, contrario a si se le cree, se le escucha y atiende las necesidades de salud física, mental y de seguridad que requiera. Sullivan y Everstine (2007) refieren que si el atacante es condenado, la mayoría de las víctimas de violación experimentan una profunda sensación de alivio y de conclusión siendo el juicio exitoso, un acontecimiento simbólico que beneficiará al proceso reconstructivo terapéutico de muchas maneras, pues demuestra que hay factores sociales que protegerán y resarcirán a las personas que han sufrido estos tipos de violencia.

Es fundamental que las víctimas de violencia sexual obtengan todo el apoyo y ayuda que necesiten, ya que los factores negativos del contexto hacen que muchas de ellas vivan los eventos en silencio, lo que puede contribuir a su repetición y a generar mayores secuelas en la salud.

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático se caracteriza por dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta al estrés de magnitud patológica, y por otra, el trauma. En el TEPT lo esencial es el trauma psíquico, es decir, el impacto emocional del suceso que desencadena una serie de manifestaciones físicas y psicológicas.

Es importante que el diagnóstico sea realizado por personal especializado (psiquiatras, personal médico); sin embargo, el personal paramédico (psicólogos u otros profesionales afines a la salud física o mental) encargado de la atención de casos de violencia sexual, deben tener en consideración los criterios diagnósticos para la referencia oportuna.

Hasta el DSM IV TR, se estimaba al TEPT como agudo cuando posterior al trauma tenía una duración de tres meses; entre los tres a seis meses era considerado como crónico (APA, 2000).

La respuesta inicial a un hecho traumático puede ser variable en intensidad y tiempo, desde síntomas aislados, con duración de tres días a un mes después de la exposición al trauma DSM5, lo cual es considerado como trastorno por estrés agudo (TEA). Si los síntomas duran más de un mes, se considera TEPT.

Entre los criterios diagnósticos aparecen tres áreas sintomáticas que en la literatura han sido características del TEPT: la reexperimentación del suceso, la evitación o

entumecimiento de éste y el estado de hiperalerta fisiológica (Echeburúa et al., 1998; Van Der Hart et al., 2008).

En la tabla 2 revisaremos una adaptación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático en la versión más actual del DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático (DSM5)

Criterios	Síntomas especificados
A.	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: directa, al ser testigo, al tener conocimiento de que le ocurrió a una persona querida y/o cercana y a la exposición repetida o extrema de detalles de la violencia (personal que trabaja con esta problemática).
B	Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos. 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. 3. Reacciones disociativas en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, se presentan de forma continua y puede conllevar a la pérdida completa de la conciencia del entorno presente. 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que se asocien con algún aspecto del suceso traumático. 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que se parezcan a un aspecto del suceso traumático.
C.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, tales como recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos. 2. Evitación persistente de estímulos externos asociados al suceso traumático, tales como evitar personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos.
D	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, tomando en cuenta dos (o más) de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (que se deba a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Continúa...

Criterios	Síntomas especificados
D	<ol style="list-style-type: none"> 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie”). 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
E	<p>Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, tomando en cuenta dos (o más) de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
F Duración	Duración de estos síntomas de más de un mes.
G Afectación	Provocan malestar o deterioro importante en el área social, laboral, ocupacional, familiar u otras áreas importantes del funcionamiento.
H Exclusión	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
Especificar si:	<p>Se presenta con síntomas disociativos, además de los síntomas descritos previamente, con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización: La persona se siente como un observador de su propia mente y cuerpo, se percibe como si estuviera soñando.

Continúa...

Criterios	Síntomas especificados
Especificar si:	<p>2. Desrealización: La persona percibe irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).</p> <p>Puede ocurrir con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).</p>

Fuente: elaboración propia con base en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2014), Modelo de atención integral en salud (2015) y Batres (1997).

Es importante considerar que a partir de la quinta edición del DSM se describen los criterios diagnósticos del TEPT para el caso de niñas/os y adolescentes a partir de los seis años de edad, con algunas variaciones en la presencia de los síntomas acordes a la etapa de desarrollo; se incluyeron también otros trastornos relacionados con los eventos traumáticos como el trastorno del apego reactivo, el de la relación social desinhibido, el de estrés agudo y el de adaptación, los cuales no serán revisados en este capítulo.

SECUELAS EN LA SALUD MENTAL EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Ante un hecho traumático como la violencia sexual se pueden producir las más variadas reacciones, evidentemente como respuesta para sobrevivir y protegerse del peligro inminente que se está experimentando. Se atraviesa por varios momentos, se intenta escapar, se presenta una sensación de insensibilidad a la que sobreviene la parálisis, produciéndose un estado de shock. Posteriormente se continúa con una reacción que intenta restablecer a la persona a la condición previa del suceso y finalmente se llevarán a cabo los mecanismos necesarios para elaborar el evento traumático (Hyde & DeLamater, 2006). Este recorrido esperado no se logra en todas las personas de la misma manera, en consecuencia de las variables personales, del evento y del contexto social a las que hicimos referencia previamente (Echeburúa et al., 1998).

Muchas de las víctimas de traumas sexuales pueden mantener el silencio, cargar la culpa y sus síntomas por mucho tiempo, también se privan del acompañamiento médico, legal, psiquiátrico y psicológico que requieren, lo que puede generar mayores estragos

en su salud. Asimismo, en los casos severos donde el trauma se ha fijado de manera permanente se dará una conducta disociada, que en palabras de Briere & Scott (2015) se definirá de la siguiente manera: “es una alteración y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, memoria, identidad, emoción, percepción, representación del cuerpo, control motor y conducta”, como una forma de evitar la angustia.

Para hacer referencia a las manifestaciones graves en la salud mental relacionadas con la violencia sexual, es indispensable citar a Herman (1992), quien a partir de diversos estudios factoriales, sobre trauma por abuso sexual en la infancia, determinó que sus principales consecuencias a largo plazo eran: depresión, ansiedad, odio hacia sí misma/o, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas, preocupaciones somáticas, desesperación y desesperanza.

En sus estudios hace referencia al diagnóstico de trauma complejo que, aunque no está incluido en el DSM como tal, puede considerarse en el apartado DESNOS (por sus cifras en inglés Disorders of Extreme not Otherwise Specified) o en los trastornos relacionados con el trauma no especificados. Las aportaciones que Herman ha hecho en la descripción de las secuelas graves en las personas con historia de violencia sexual deben considerarse siempre en las evaluaciones y en el tratamiento de los casos severos (Cook et al., 2005). La siguiente tabla resume los síntomas fundamentales del Trauma Complejo según Herman (1992) y Batres (1997).

Tabla 3. Síntomas fundamentales del trauma complejo

1.	Alteración en la regulación de impulsos afectivos, en especial la rabia, tristeza, conductas autolesivas que son a menudo paradójicamente usadas como salvavidas para la persona.
2.	Alteraciones en la atención y la conciencia, tales como embotamiento, lentitud de procesamiento, dificultades en la atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización. Se considera que la disociación tiende a ser un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo que ocurre desde la infancia.
3.	Alteraciones de la autopercepción, así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza, siendo frecuente que las víctimas interiorizan el abuso como una forma de autoevaluación.

Continúa...

4.	Alteraciones en la percepción del maltratador, que incluye la aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. Estas características originan relaciones complejas, donde el sistema de creencias posibilita los abusos premeditados que continúan de forma repetitiva en manos de los cuidadores primarios en el caso de las/os menores.
5.	Alteraciones en las relaciones con los otros. Dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas.
6.	Somatización y/o problemas médicos. Estas somatizaciones y condiciones médicas pueden explicar el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, suelen ser difusas.
7.	Alteraciones en el sistema de significados. Las víctimas crónicamente abusadas a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro; asimismo, creen que no encontrarán a alguien que les entienda o comprenda su sufrimiento. Mantienen un gran conflicto interno con niveles de angustia altos e intentan encontrar a alguien que les ayude a recuperarse.

Fuente: elaboración propia con base en Herman J. (1992).

Cuando las víctimas de violencia sexual presentan estas características, podemos considerar que están utilizando mecanismos adaptativos crónicos que serán estructuradores de su mundo y que le darán el significado al mismo y a sus relaciones en un proceso de aprendizaje patológico, que podrá ser legitimado por los demás, dada la incapacidad en sí misma para desarrollarse, confiar y generar vínculos seguros (Herman, 1992).

Los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que surge como una respuesta automática al estrés; en este sentido aparecen como reacciones disociativas primarias: olvido, fragmentación de recuerdos, embotamiento emocional, precediendo o acompañando a la despersonalización, desrealización y amnesia (Briere & Scott, 2015; Herman, 1992; Romero, 2004).

Se deben interrogar los antecedentes de violencia sexual en personas que buscan atención por otras causas; por ejemplo, en aquellas que presentan dolores crónicos, sin encontrar una explicación médica tradicional, o disfunciones sexuales, ya que puede ser que las secuelas del trauma sexual se manifiesten de forma somática y crónica a través de dichos síntomas (Batres, 1997; Leserman, 2005).

COMORBILIDAD

Hablamos de comorbilidad en psiquiatría cuando existe la ocurrencia simultánea de dos o más trastornos mentales en una sola persona. Hasta 80% de las personas con TEPT tiene una alta comorbilidad con trastornos afectivos (principalmente el depresivo mayor), trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno de pánico), insomnio, abuso de sustancias (principalmente de alcohol), dolor (somatizaciones), suicidio, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociativos (amnesia, trastorno de personalidad múltiple) (Cía, 2007; Stahl, 2013).

Hasta 43% de las personas que sufren un evento traumático presentan ideación suicida, la cual es más frecuente si el evento es la violación sexual. Medina-Mora et al. (2005) y Briere y Scott (2015) refieren que el TEPT es cuatro veces más común en personas con depresión con síntomas psicóticos que en pacientes deprimidos sin síntomas psicóticos.

Los síntomas somáticos son frecuentes en personas que han vivido experiencias traumáticas, que llegan a presentar trastorno somatomorfo y el trastorno de conversión. El trastorno límite de personalidad también ha sido fuertemente vinculado con la violencia sexual y el TEPT. Asimismo, los síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, entre otros, surgen como respuesta cuando el episodio ha sido muy traumatizante. Estudios recientes consideran que la combinación de trauma severo y predisposición genética para esquizofrenia, en algunas personas podría desencadenar el inicio de esta condición (Briere & Scott, 2015).

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Es importante mencionar que debido a la complejidad de los síntomas y de las múltiples áreas de afectación en la salud mental de las víctimas de violencia sexual con trastorno de estrés posttraumático y/o trauma complejo, los tratamientos farmacológicos y los abordajes terapéuticos son variados, tal como lo hablaremos en seguida.

Cualquier estudio terapéutico integral en estas personas deberá incluir intervenciones médicas, psicofarmacológicas, psicoeducativas y psicoterapéuticas (breves o a largo plazo) para la persona afectada y sus familiares (Cía, 2007; Sullivan & Everstine, 2007).

INTERVENCIÓN MÉDICA Y PSICOFARMACOLÓGICA

Si se sospecha que la/el paciente cuenta con el diagnóstico de TEPT, se debe solicitar siempre la valoración por el personal médico especialista en psiquiatría. El tratamiento deberá ajustarse a los síntomas específicos que dominan el cuadro, con la presencia de comorbilidad y los hallazgos relevantes observados en la realización de la historia clínica médico psiquiátrica completa, que incluirá necesariamente antecedentes sociodemográficos, heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos, perinatales, peritraumáticos, de la salud mental previa de la víctima, y su vida familiar, laboral y social, además de los requerimientos inmediatos de atención a su salud física (cualquier padecimiento médico que amerite tratamiento de urgencia o a largo plazo deberá ser atendido prioritariamente por el personal médico y paramédico especializado que corresponda). Respecto a las urgencias psicológicas o relacionadas con la salud mental es necesario identificar la presencia de conductas de riesgo que impliquen auto o heteroagresividad, relacionadas o no con episodios de disociación y en algunos casos graves, incluso valorar si existe la necesidad de hospitalización psiquiátrica (Álvarez-Gayou, 2011; Sullivan & Everstine, 2007).

Aunque existe una gama amplia de tratamientos psicofarmacológicos para el TEPT, en general pueden no ser tan efectivos como lo son para el manejo de otros trastornos de ansiedad, por lo que algunos son más eficaces cuando se centran en los estados comórbidos (Stahl, 2014).

Entre las intervenciones psicofarmacológicas los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (especialmente la sertralina) están los fármacos de primera elección para el tratamiento del TEPT, ya que han mostrado mayor eficacia en comparación con otros agentes para el control del padecimiento, seguidos por los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) (especialmente la venlafaxina); desafortunadamente muchas veces, a pesar del uso de estos fármacos, la persona afectada presenta síntomas residuales como problemas de sueño (Stahl, 2014) para los cuales puede usarse trazodona (Cia, 2007).

Por lo tanto, la mayoría de los pacientes con TEPT no se tratan con un solo fármaco (monoterapia), sino en combinación (dos o más). Si después de iniciar el tratamiento y transcurridos dos meses de éste una vez alcanzada las dosis máximas recomendables o si se presenta intolerancia a la administración de los ISRS, se deberá valorar un cambio al tratamiento, tomando en cuenta las diferencias de eficacia y tolerabilidad.

Un tratamiento único para el TEPT es la administración de un antagonista alfa 1 por la noche para prevenir las pesadillas (Stahl, 2014). Medicamentos como beta bloqueadores o alfa agonistas son útiles para disminuir los síntomas físicos del trauma, usados de forma aparentemente preventiva en las primeras 24 o 48 horas de haberlo sufrido (Cía, 2007; Stahl, 2013).

Si se requiere el uso de benzodiacepinas para el manejo de la ansiedad, en especial por su acción rápida, deben usarse con precaución no sólo porque existe evidencia limitada de su eficacia a largo plazo en ensayos clínicos del TEPT, sino también porque algunos pacientes abusan del alcohol u otras sustancias (Cía, 2007; Davidson, 2004).

Los neurolépticos o antipsicóticos a dosis bajas (como quetiapina, olanzapina, risperidona), en especial cuando hay presencia de síntomas disociativos parecidos a la psicosis, son de utilidad. Los reguladores del estado de ánimo son útiles en pacientes violentos, impulsivos, lábiles o muy agresivos (como valproato de magnesio).

La medicación tiene la finalidad de aliviar la agitación y disminuir la ansiedad. Los síntomas de la anestesia afectiva y la negación del suceso responden poco a la medicación. Las intervenciones tempranas psicofarmacológicas, psicosociales y psicoterapéuticas pueden reducir la cronicidad (Cía, 2007).

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PSICOTERAPIA BREVE

La violencia sexual es un crimen violento y complejo, por ello es necesario tomar en consideración diversos elementos para trazar el plan de tratamiento para la víctima. Es importante entender que la sensación de integridad de ésta quedó temporalmente destruida y que los sentimientos elementales de integridad física, fortaleza y autocontrol pueden desaparecer; por lo tanto, la persona pierde confianza, puede sentirse impotente, lo que afectará su sentimiento de interactuar con los demás y tener cierto control sobre su vida (Sullivan & Everstine, 2007).

Aun cuando la víctima no presente heridas físicas especialmente importantes, las lesiones más graves se encuentran en el plano psicológico, ya que puede estar en un profundo estado de choque o duelo agudo. El personal encargado de la atención en crisis debe tener una considerable sensibilidad; debe establecer algunos objetivos específicos y estrategias para desactivar las urgencias, así como incorporar la visión del mundo y la autopercepción de la persona en crisis en la interacción, pues puede

presentar una resistencia especial a la intervención clínica (Sullivan & Everstine, 2007; Volnovich, 2006).

Es fundamental que se busque trasladar a la víctima a un lugar seguro; garantizar la seguridad será un proceso indispensable para la recuperación. Se debe tratar de reducir la hiperactivación y el terror, brindando contención, apoyo y eventualmente realizando una exploración psicológica completa para facilitar el proceso cognitivo y afectivo. Se considera que después de psicoeducar a las víctimas y a sus allegados y evaluar los factores de riesgo y seguimiento, es recomendable implementar de cuatro a seis sesiones de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual breve y/o de apoyo. Si el diagnóstico de TEPT se ha corroborado deberá acompañarse de farmacoterapia y un tratamiento psicoterapéutico más prolongado (Cía, 2007).

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Es indispensable explicar de forma sencilla los efectos fisiológicos del trauma y las respuestas que el organismo puede presentar ante situaciones de peligro reales o imaginarias después del evento, tanto a la víctima como a sus familiares. Explicar que la posibilidad de paralizarse ante el trauma es una respuesta innata del organismo ante el escaneo de la situación peligrosa que permite la sobrevivencia puede ser de gran ayuda, en especial cuando los estereotipos sociales refuerzan la creencia de que las víctimas necesariamente debieron tratar de defenderse del ataque peleando ante el mismo (Batres, 1997; Higgins, 2007). La familia de la víctima puede ser de gran ayuda como fuente de apoyo, o por el contrario, crear problemas adicionales cuando no cuenta con la psicoeducación adecuada o cuando socialmente ha sido enseñada con estereotipos que responsabilizan a las víctimas de los ataques sexuales. Es indispensable que la familia comprenda que una víctima necesita hablar, pero sin que la obliguen a hacerlo, explicándole que incluso el personal de la salud mental, al menos al inicio de la terapia, no hará preguntas sobre los detalles de la violencia sexual, sino se le permitirá que lo hable gradualmente en el transcurso de las sesiones. Es importante programar al menos una sesión a solas con la familia para explicar estas situaciones (Batres, 1997; Durrant & White, 2002; Sullivan, 2007).

A menudo las intervenciones institucionales son a través de terapias grupales, lo cual para la mayoría de víctimas puede generar una red de apoyo, pues muchas

consideran que son las únicas personas que han experimentado tal situación; explicar que la violencia sexual es un problema internacional y muchas sociedades la permiten de una manera abierta o encubierta puede contribuir de manera favorable en la intervención (Batres, 1997).

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A LARGO PLAZO

Entre las formas de psicoterapia que han sido utilizadas en el abordaje del TEPT en víctimas de violencia sexual con síntomas agudos o crónicos se encuentran las de corte psicodinámico, las humanistas, las existenciales, las contextuales y las cognitivo conductuales. Cualquiera que sea la forma de intervención para poder superar y vivir con un trauma, además de su aceptación, es la verbalización, por más doloroso y difícil que esto parezca. La terapia de exposición ha sido considerada por algunos autores como la más efectiva para el TEPT (Stahl, 2013), la cual desde la experiencia clínica que se tiene en el INPRF, en la atención a víctimas de violencia sexual con TEPT, ha mostrado buenos resultados en la disminución de la sintomatología (Vargas & Reyes, 2015; Zayfert & Black Becker, 2008).

Este tipo de terapia incluye un plan individualizado y distribuido en fases. En la primera se realiza la exposición en vivo, donde la víctima enfoca situaciones seguras que por lo general evita debido a que le recuerdan el suceso traumático. En la segunda, la exposición se realiza a través de la imaginación, donde recuerda el evento traumático de manera segura, repetidas veces, en su mente; en la tercera fase se incluye la reestructuración cognitiva, donde la persona aprende a evaluar su forma de pensar de sí misma y del mundo de una manera más útil para su vida, cuestionando de forma consciente lo que piensa cuando se siente angustiada, buscando cambiar los pensamientos que no le funcionan y ayudarle a reconocer la realidad de una situación para poder recuperar el control de su vida (Vargas, Reyes, & Miranda, 2015; Zayfert & Black, 2008).

Las intervenciones, por lo tanto, incluirán necesariamente la reexperimentación como parte de la recuperación, pues justamente lo que la mayoría de las víctimas pretenden olvidar es el suceso y realizan acciones para evitar recordar las experiencias traumáticas; lo que muchas veces exacerba o complica el trastorno, lo cual se conoce como evitación experiencial. Como complemento de las intervenciones, la terapia

contextual de aceptación y compromiso puede ser útil para mejorar la calidad de vida de las víctimas, pues ayuda en la aceptación del dolor, de la experiencia traumática, así como a enfocarse en acciones centradas al acercamiento de sus valores y de la importancia de ellas en su propia vida a pesar del evento traumático, aprendiendo a vivir con dicha experiencia en vez de luchar contra ella (Zayfert & Black, 2008).

Algunas víctimas, especialmente aquellas con trauma complejo o con trastornos graves de personalidad comórbidos (sobre todo pacientes con trastorno límite de la personalidad), tal vez requerirán intervenciones más prolongadas con éstos u otros tipos de psicoterapias, donde se aborden aspectos relacionados con el género, el trastorno de la personalidad, la autoestima, sexualidad, historia de vida, confianza, seguridad, red de apoyo, expresión de las emociones hacia la persona agresora, el duelo, así como el autocuidado para apoyarlas a planificar sus metas (Batres, 1998; Cía, 2007; Ramos & López, 2010).

CONCLUSIONES

Las personas que han pasado por un evento de violencia sexual en algún momento de su existencia responderán de forma variada, lo cual, como se ha mencionado, estará relacionado con las múltiples variables individuales, del trauma y del contexto. Aquellas personas que desarrollen TEPT o en casos graves, trauma complejo, podrán verse afectadas en todas las áreas de su vida, lo que generará un impacto negativo en la manera de ver al mundo, a sí mismas y en su capacidad de vincularse con las personas que las rodean, en los ámbitos afectivos, sexuales, laborales, familiares y sociales, reforzados por el contexto social que tiende a normalizar la violencia.

Las personas que han sufrido traumas sexuales crónicos y prolongados suelen vivir muchos años en la oscuridad, quejándose de sus dolores y queriendo escapar de ellos; evitan recordar o sentir, mientras les sea posible, y utilizan al máximo sus recursos emocionales para permanecer con vida. Sin embargo, al agotarse éstos podrán cobrar en algunos casos la forma de un trastorno mental grave que amerite atención, por lo que buscarán apoyo en las instancias encargadas de la atención jurídica, social y/o de salud. El personal encargado de dicha atención deberá estar preparado y sensibilizado para la búsqueda propositiva de antecedentes y su posible relación con la sintomatología actual de la persona, ya que pueden ser una máscara oculta del problema principal.

Para finalizar, es fundamental tener presente que las víctimas de violencia sexual, con o sin trastorno por estrés postraumático, son, más que un diagnóstico, seres humanos que al igual que todos necesitan recuperar la fe en sí mismos y especialmente en el mundo que los rodea. Quizás necesiten a su lado a un profesional que brinde atención empática y sensible, que comprenda sus necesidades y el dolor por el que ha atravesado y el cual le ha impedido vivir de forma plena. Cuando logran darle un sentido distinto a su vivencia, las personas víctimas de estas experiencias pueden recuperar su identidad de vida.

REFERENCIAS

- Echeburúa, E., de Corral Gargallo, P., & Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta*, 24(96), 527-555.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2011). *Sexoterapia integral*. México: El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III*. 3rd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-V*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Batres Méndez, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto 2ed.* San José, Costa Rica: ILANUD.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2015). En *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. EUA: Sage Publications Inc.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. 2a. ed.* Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (29 de enero de 2015). Modelo integral de atención a víctimas. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127943/MIAVed.pdf>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatrics Annals*, 35(5), 390-398.

- Curry, J. F., Aubuchon-Endsley, N., Brancu, M., Runnals, J. J., & Fairbank, J. A. (2014). Lifetime major depression and comorbid disorders among current-era women veterans. Research report. *Journal of Affective Disorders*, 434-440.
- Davidson, J. R. (2004), 65(suppl 5). Use of Benzodiazepines in Social Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 29-33.
- Diario Oficial de la Federación* (01 de 02 de 2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007
- Dick, K. (Dirección). (2012). *The Invisible War* [Cinta cinematográfica]. E.U.: Chain Camera Pictures.
- Durrant, M., & White, C. (2002). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa, E., De Corral Gargallo, P., & Amor, P. (1998). *Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas*. <http://www.redined.mec.es/oai/indexg.php?registro=005200330420.24>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 377-391.
- Higgins, E. S., & George, M. S. (2007). *Neuroscience of Clinical Psychiatry: The Pathophysiology of Behavior and Mental Illness Second Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hyde, J. S., & DeLamater, J. D. (2006). *Sexualidad humana*. 9a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Jones, E. (2010). Shell Shock at Maghull and the Maudsley: Models of Psychological Medicine in the UK. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65, 368395.
- Jurgenson, J. L.-G. (2011). *Sexoterapia integral*. México: El Manual Moderno.
- Köhler, S., Cierpinsky, K., Kronenberg, G., & Adli, M. (2016). The serotonergic system in the neurobiology of depression: Relevance for novel antidepressants. *Journal of Psychopharmacology*, 13-22.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*. 67(6), 906-915.
- Medina-Mora I., M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22.

- Medina-Mora ME, B. G.-G. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Méndez, G. B. (1998). *Tratamiento grupal: adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas*. 2ª. ed. San José, Costa Rica: LANUD.
- Olaiz, G., Uribe, P., & del Río, A. (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=4E44B208E1EBEC02BA4302C3F123FCC6?sequence=1
- Pierre, J. (1920). *The major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the Medical School of Harvard University*. 2nd Ed. New York: The Macmillan Co.
- Pignol, P., & Hirschelmann, A. (2014). Prehistory of psychotraumatology (1884-1893) The quarrel of neuroses: H. Oppenheim's Traumatic neurosis versus J.-M. Charcot's Hystero-traumatism. *L'information Psychiatrique*, 90(6), 427-437.
- Ramos Lira, L., & López Estrada, I. B. (2010). *Guía clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (violencia)*. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/atencion_problemas.pdf
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., & Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública México*, 43(3), 189-191.
- Romero Mendoza, M. P. (2004). *Mujeres en prisión: una mirada a la salud mental*. Cuernavaca, Morelos: Liberaddictus AC.
- Secretaría de Salud (16 de abril de 2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Recuperado de: http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf
- Stahl, S. M. (2014). *Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. 4a. ed. Madrid, España: Aula Médica.
- Sullivan, D., & Everstine, L. (2007). *Personas en crisis: intervenciones, terapéuticas, estratégicas*. México: Pax México.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. 2a. ed. España: Desclee De Brouwer.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 83-93.
- Vargas, A., Reyes, M. A., & Miranda, E. M. (2015). Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del TEPT crónico mixto. Sesión del cartel en la reunión anual de investigación (RAI). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Volnovich, J. R. (2009). *Abuso sexual en la infancia 2: campo de análisis e intervención*. Argentina: Lumen Humanitas.
- Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. España: Desclee De Brouwer.
- Zayfert, C., & Black Becker, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Manual Moderno.

VI. SUICIDIO Y MASCULINIDAD

*Catalina González-Forteza**

*Alberto Jiménez Tapia**

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que expresa manifestaciones concretas de turbulencias y tensiones que pueden encontrarse ancladas en la estructura de los individuos e indudablemente asociadas a condiciones sociales adversas. Su existencia está determinada por la interacción de factores contextuales de índole social, económica, de salud, psicológica e individual cuyas especificidades se relacionan con los espacios y significados de las interacciones entre las personas. Asimismo, dado que este fenómeno es un proceso dinámico, se puede considerar como un engranaje complejo con características cuya aparición responde a diversas causas y situaciones que van más allá del ámbito meramente biomédico. Si consideramos que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1948) que implica que las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida son el resultado de circunstancias materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento de los sistemas de salud (Alcántara, 2008), el suicidio, además de ser un reto de salud pública es un problema que atañe a otros sectores de la sociedad, de modo que circunscribirlo únicamente al ámbito de la salud, estrangula las posibilidades de su prevención y atención integral.

SOBRE EL SUICIDIO

El concepto más comúnmente aceptado de suicidio es el que acuñó Durkheim en el siglo XIX, cuando se refirió a éste como un acto personal, con un propósito definido y que se realiza de manera consciente para terminar con la propia vida (Durkheim, 1974).

* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

La concepción durkheimiana significó una ampliación de la perspectiva imperante en aquella época; la sociología aportó un enfoque que trascendió al individualismo de la tradición médica al incluir en la reflexión factores que se encontraban más allá del sujeto, con lo que al hacerlos evidentes los agregó como elementos relacionados con la naturaleza del evento. Desde esta perspectiva, en el acto suicida actúan diferentes circunstancias que se generan en condiciones contextuales de turbulencia social, lo cual explicaría las variaciones en las tasas de suicidio en distintas culturas y épocas históricas. Varios investigadores dedicados a estudiar los factores interpersonales y sociológicos implicados en la conducta suicida han señalado su vinculación con los niveles de desintegración social, violencia, desempleo, migración, consumo de drogas e inestabilidad familiar, que influyen en el número de suicidios dentro de cualquier grupo o subgrupo cultural (Heacock, 1990).

El fenómeno del suicidio es complejo; su estudio, comprensión y atención involucran elementos dinámicos que dificultan su análisis. Es necesario incluir variables de distinto orden que tienen impacto sobre él; hay factores precipitantes o predisponentes de índole social, cultural, económica, institucional, del entorno familiar y de pares, biológicos y genéticos enmarcados en condiciones estructurales desfavorables que lo moldean (Bronfenbrenner, 1986).

A lo largo de la historia se han generado debates y múltiples opiniones acerca de la forma de concebir al suicidio como fenómeno de investigación para conocer sus motivaciones y los factores que lo predisponen y que en última instancia conducen a una persona a su ejecución. Su estudio ha generado planteamientos explicativos desde diferentes perspectivas teóricas: la sociología considera las variaciones en las tasas de suicidio a partir de diversas manifestaciones sociales; la psiquiatría adjudica su origen a factores relacionados con la enfermedad mental; el psicoanálisis lo explica como una suerte de pulsión de muerte autodirigida al encontrar cancelada la posibilidad de conducirlo hacia el exterior, y la perspectiva psicosocial pretende comprender y atender la problemática suicida inserta en sus contextos sociales cercanos y significativos (Gillin, 1974).

El suicidio no constituye un hecho aislado, se presenta a través de momentos específicos que lo conforman como un proceso: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado (Maris, 2002). Estas etapas se pueden suceder unas a otras o detenerse antes del evento letal, pero también se puede consumir sin la sucesión de

todas. Cada una es parte de la conducta suicida y conlleva su propio monto de riesgo, donde la ideación suicida y el haberse tratado de quitar la vida son factores potenciales para el suicidio consumado (Bridge, Goldstein, & Brent, 2007).

El suicidio es un proceso dinámico que involucra etapas emocionales, cognitivas y conductuales; un fenómeno multifactorial que tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis (Diekstra, 1993), e incluso objetivos distintos a la muerte como tal. Ahora existen datos que señalan que, en ocasiones, la meta es llamar la atención, acabar con el sufrimiento o tomar venganza de alguna figura de autoridad (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, & Medina-Mora, 2002), aunque en ello esté implícito el riesgo de perder la vida.

MUERTES POR SUICIDIO

La OMS reporta que cada año mueren 800 000 personas en el mundo a causa del suicidio y que ésta es la segunda causa de muerte en el grupo de 15-29 años de edad, además de que 75% de los suicidios ocurren en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2014). La mortalidad por suicidio en la población joven en México ha aumentado en los últimos 40 años (Borges, Orozco, & Medina-Mora, 2012); el incremento fue de 215% entre 1970 y 1998, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (Mondragón, Borges, & Gutiérrez, 2001). La tasa se duplicó entre 1990 y 2012 (2.2-4.7 por 100 000 habitantes); el último año fue de 7.8 por 100 000 hombres y 1.8 por 100 000 mujeres (INEGI, 2013).

El suicidio es una de las primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 29 años y se encuentra entre las cinco principales causas hasta los 34 años y la tercera entre los 15 y 24 (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010; Borges, Orozco & Medina-Mora, 2012). La tasa mundial en población general estimada es de 11.6 por 100 000 habitantes; la más elevada la tiene Lituania (34.1 por 100 000 habitantes). Por regiones, el mayor número de suicidios en hombres se presenta en los de 15-29 años de la región del sudeste asiático (64 548 en un año) y la tasa más elevada por país se reporta en Lituania (61.2) (Värnik, 2012).

El suicidio se ha convertido en un problema global y su impacto es cada vez mayor en la población joven. Asimismo, cada vez es más visible la importancia que las construcciones de género tienen sobre este fenómeno; las evidencias disponibles

muestran que existe un componente cultural que moldea la conducta suicida en hombres y mujeres. Las tasas de suicidio a nivel global muestran que los hombres contribuyen con 80% de las muertes por esta causa (OMS, 2011). El enfoque de género para el estudio de la conducta suicida puede ser una aproximación válida y abarcadora para analizar y reflexionar sobre el impacto que la masculinidad tiene sobre el suicidio de los hombres; es necesario este marco conceptual porque podría permitir el desarrollo de una comprensión menos homogénea del fenómeno, que incluya las variaciones propias de mujeres y hombres.

LA PARADOJA DE GÉNERO

En el estudio del fenómeno del suicidio se ha evidenciado que un trastorno mental aumenta casi cinco veces la probabilidad de presentar ideación suicida y cerca de diez veces la ocurrencia de un plan o de un intento. Las mujeres reportan prevalencias mayores de ideación, plan e intento de suicidio que los hombres (Borges et al., 2009); por otro lado, existen datos que muestran que cerca de 75% de los casos de intento reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico, como depresión (Borges et al., 2012), la cual produce niveles importantes de discapacidad.

Los intentos de suicidio y la depresión son de los predictores más consistentes de un suicidio consumado (INEGI, 2013), y siendo las tasas de intento y de depresión más altas en las mujeres, sería lógico que el suicidio consumado fuera más frecuente en la población femenina. Sin embargo, los datos epidemiológicos disponibles en la mayoría de los países dan cuenta de un escenario que contradice esta lógica. Por ejemplo, en 2011 se registraron en México 5 718 suicidios, de los cuales 80.8% los realizaron hombres, lo que significa que el suicidio es cuatro veces más frecuente en ellos que en las mujeres (INEGI, 2013). Se ha encontrado que los hombres usan métodos más contundentes (Puentes-Rosas, López-Nieto, & Martínez-Monroy, 2004) que hacen más certero el intento de quitarse la vida, como el uso de armas de fuego, el ahorcamiento y tirarse al vacío. En México, como en la mayoría de los países occidentales, las mujeres reportan mayor frecuencia de ideación e intento de suicidio (Borges et al., 2009; Cota, Robles, & Zamudio, 2010), pero los hombres mueren más por esta causa. La situación

plantea un escenario paradójico que podría entenderse mediante elementos vinculados con los aprendizajes diferenciados que emergen a partir de los roles de género (Puentes-Rosas et al., 2004).

Se ha propuesto un concepto que da cuenta de la configuración de estas cifras. La paradoja de género es un constructo que propone una explicación psicosocial para las diferencias en el comportamiento suicida. La paradoja considera que una influencia importante en la estructuración del fenómeno está relacionada con las expectativas culturales que se colocan alrededor del género y del suicidio; es decir, que las expectativas que existen en un contexto determinado y las relaciones simbólicas que se mueven dentro de éste, determinan lo que es socialmente esperable y aceptable de los hombres y de las mujeres (Kessler & McKenna, 1978). Es posible que estas expectativas diferenciadas afecten las elecciones y las decisiones femeninas y masculinas una vez que el suicidio aparece como una opción, de tal suerte que lo culturalmente esperado funciona como un guion al que las personas se remiten como modelo para actuar sus comportamientos suicidas y darle sentido a los de los otros (Canetto & Sakinofsky, 1998). Por tanto, estos guiones culturales proporcionan una explicación plausible a las diferencias reales que existen en la conducta suicida.

En las culturas occidentales el suicidio consumado es menos aceptado en las mujeres, pero al mismo tiempo los intentos de suicidio son considerados más legítimamente femeninos. Esto tiene un efecto doble; por un lado, el intento representa un buen predictor de un evento letal, pero puede significar también una llamada de ayuda (Schrijvers, Bollen, & Sabbe, 2012). Ésta se puede recibir para amortiguar las consecuencias mortales de la conducta suicida, ya que los métodos empleados por las mujeres son frecuentemente menos letales. La decisión del método a utilizar está permeada por la intencionalidad del acto y, a su vez, por el género. Es un hecho que los hombres emplean los más letales; por lo tanto, si el suicidio es un proceso la elección del método los coloca más cerca de su consumación, de la muerte. En el caso de las mujeres representa, en la mayoría de las ocasiones, un evento para atraer la atención sobre una percepción extrema de sufrimiento emocional y tienden a emplear métodos menos letales, es decir, en su proceso están más alejadas de la consumación (Spirito et al., 1993; Beautrais, 2002).

SUICIDIO Y MASCULINIDAD

Es posible plantear diversas explicaciones más o menos satisfactorias para el comportamiento diferencial de los datos epidemiológicos sobre muertes por suicidio; ya se ha dicho que es un fenómeno que puede involucrar una buena variedad de factores biológicos, culturales y psicosociales. También es cierto que esta variedad de elementos, así como las características propias de la conducta suicida, generan una complejidad tal que dificulta su análisis. Sin embargo, un enfoque que aporta elementos valiosos para comprender mejor este aspecto del suicidio es el propuesto por la perspectiva de género y que se concentra en los hombres, es decir, la masculinidad; la cual se ha dado por sentada o se ha marginado en la mayoría de las explicaciones.

A partir de la evidencia y los datos disponibles, se puede afirmar que la construcción específica de un esquema simbólico de masculinidad tradicional occidental es uno de los factores de influencia determinante de la forma en que se discute, se contempla y se actúa el suicidio en los hombres (Hawton, 2000; Hunt, Sweeting, Keoghan, & Ptatt, 2006).

En general se ha hablado del género y de la masculinidad como una característica o esquema que se construye relacionadamente, es decir, en la interacción constante con los otros o como estructuras contenedoras de ciertos roles que se van conociendo, aceptando y actuando (Kimmel, 1992). Desde esta perspectiva se asume que existen estereotipos de género femenino y masculino y que en las personas se crea la necesidad de acomodarse en uno u otro según su determinación biológica, es decir, su sexo. Pero esta conceptualización se ha visto un tanto superada, ya que se ha incorporado la noción de que hay diferentes formas de ser mujer u hombre de acuerdo con circunstancias temporales o geográficas específicas (Connell, 2003; Courtenay, 2000). De este modo, se puede hablar de que la construcción, asignación y aceptación de la masculinidad no es un evento lineal y estático, sino un proceso susceptible de movimientos y modificaciones de acuerdo con los lugares, los tiempos y las personas con quienes se establecen interacciones concretas y simbólicas.

En la mayoría de las culturas occidentales, por ejemplo, los hombres viven ciertas presiones para acomodarse y actuar de acuerdo con identidades masculinas tradicionales, predominantes o hegemónicas que implican el apego con esquemas de independencia, fortaleza, competitividad y negación de cualquier característica de ansiedad, inseguridad, dolor o feminidad (Connell, 2003). De este modo, se

puede pensar que el vínculo es evidente; si sus actuaciones son una expresión de esta masculinidad, entonces esta misma los coloca en mayor riesgo de mostrar más eventos suicidas mortales que las mujeres.

Un aspecto importante en la letalidad de los actos suicidas de los hombres tiene que ver con el método que eligen (Beautrais, 2000). Por lo regular, suelen inclinarse por aquellos que resultan más contundentemente mortales. En consecuencia, algunos autores sugieren que la diferencia en las tasas de mortalidad por sexo está estrechamente vinculada con la forma en que la identidad de género incide en el propósito de quitarse la vida y en la elección del método que se usa (Canetto, 1997); los hombres se inclinan por los más violentos y letales de acuerdo con los esquemas occidentales dominantes de masculinidad que especifican un imperativo de agresividad y fuerza, así como del logro del propósito subyacente en la conducta autodestructiva.

Esto devela otro elemento paradójico. En tanto que en la mayoría de las sociedades occidentales existe una carga importante de estigma hacia el suicidio, al mismo tiempo un evento suicida no letal se mira como algo inapropiado para los hombres, lo cual es consistente con la idea de que experimentan una mayor presión social para cumplir con los mandatos del estereotipo de fortaleza, contundencia y empuje (Swami, Stanistreet, & Payne, 2008). Así, la mayor letalidad de los intentos de suicidio en los hombres representa la demostración última de su masculinidad a partir de los mandatos occidentales dominantes y un esfuerzo por evitar la connotación negativa y la marginación que resultaría de sobrevivir a un intento de suicidio no letal.

CONCLUSIONES

Construirse como mujer o como hombre implica que el propio cuerpo y el espacio simbólico en que se vive con éste se convierten en el escenario sobre el que se actúa y al mismo tiempo se reciben los impactos de lo cotidiano. Hasta el momento aún falta comprender en su totalidad las causas por las que los hombres tienden a involucrarse en estilos de vida más riesgosos y menos saludables y por qué adoptan menos creencias y conductas encaminadas al mantenimiento de un buen estado de salud, pero se puede suponer que está relacionado con la demostración de masculinidad tradicional o hegemónica que impera en las sociedades occidentales (Kaufman, 1994; Connell, 2003; Kimmel, 1997; De Keijser, 2004; Courtenay, 2000a). El escenario que se ha

mostrado en este trabajo no representa una explicación totalmente exhaustiva de las diferentes formas en que esta construcción influye sobre la conducta suicida, ya que es posible suponer que existen otros aspectos de esta relación que no se apeguen a los patrones que se han descrito; por ejemplo, en la actualidad hay hombres cuya actuación de su masculinidad está inscrita en esquemas menos rígidos y destructivos. Sin embargo, es un hecho que la masculinidad predominante no se caracteriza por el establecimiento de este tipo de aprendizajes y comportamientos (Courtenay, 2000).

La relación entre masculinidad y suicidio seguramente no opera de la misma forma para todos los hombres. Si bien es cierto que en nuestra cultura predomina un tipo específico de masculinidad, hay hombres que optan por practicar otras masculinidades distintas al modelo hegemónico, en las que se promueven conductas más saludables y actitudes de mayor apertura y flexibilidad; aunque siguen siendo poco frecuentes, depende de las instituciones encargadas del cuidado y promoción de la salud incorporar estos esquemas en sus estrategias de intervención. Desde esta perspectiva, se puede asumir que el hecho de vivir como hombre, trabajar como hombre, divertirse como hombre o morir como hombre, no tiene que significar continuar actuando a partir de la idea rígida y estereotipada de masculinidad hegemónica, que en nuestro país corresponde a la imagen de un hombre dominante, que discrimina, subordina y que, en muchas ocasiones, termina destruyendo a otros (Torres, 2001) y a sí mismo.

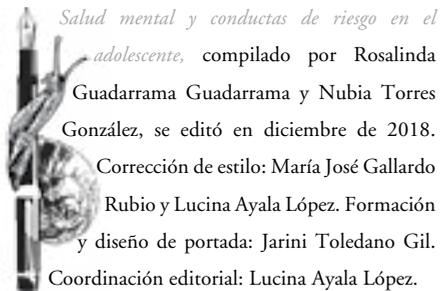
Es importante que en los trabajos de investigación e intervención que se enfocan en el fenómeno del suicidio se incorpore la perspectiva de las diferencias que el género implica en su manifestación y caracterización. La masculinidad tiene una clara influencia como determinante en la conducta suicida y es necesario incluirla y reconocerla para que los investigadores desarrollen modelos explicativos más completos y para que las estructuras y los profesionales de la salud implementen estrategias de atención más efectivas, que consideren a las mujeres y a los hombres como agentes articulados con experiencias y creencias que están moldeadas a partir de construcciones de género específicas (Swami, Stanistreet, & Payne, 2008). En esta propuesta está implícito un esfuerzo social para reflexionar sobre los estereotipos hegemónicos o tradicionales de género a fin de reducir el impacto negativo del fenómeno del suicidio sobre las personas y que redunde en un beneficio para el bienestar de las mujeres y los hombres, como lo propone la OMS en su concepto de salud.

REFERENCIAS

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Beautrais, A. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, 14(1), 35-42.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública México*, 52(4), 292-304.
- Borges G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2007). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Research Perspectives*, 22(6), 723-742.
- Canetto, S. S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Canetto, S. S. & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Connell, R. (2003). *Masculinidades*. México: UNAM-PUEG.
- Cota, M., Robles, R., & Zamudio, M. (2010). Factores de riesgo y protección de la conducta suicida: implicaciones para la prevención. En Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Ed.). *Una propuesta para la prevención del suicidio en México* (pp. 10-21). México: INPRFM.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Courtenay, W. (2000a). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1), 81-142.
- De Keijzer, B. (2004). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. Recuperado de: www.generosaludreproductiva.gob.mx/article.php3?id_article=601

- Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 371 (supl.), 9-20.
- Durkheim, E. (1897 en 1974). *El Suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gillin, J. (1974). *El Suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., & Medina-Mora, M. E. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485.
- Heacock, D. (1990). Suicidal behavior in black and Hispanic youth. *Psychiatric Annals*, 20(3), 134-142.
- Hunt, K., Sweeting, H., Keoghan, M., & Ptatt, S. (2006). Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations: A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41(8), 641-647.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2013). *Datos nacionales: estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>
- Kaufman, M. (1994). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. En Brod, H. & Kaufman, M. (Edit.). *Theorizing Masculinities* (142-163). California, EU: Sage Publications.
- Kessler, S. & McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. Nueva York, EU: John Wiley and Sons.
- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre masculinidad: nuevos aportes. En *Fin, de siglo: género y cambio civilizatorio* (129-139). Santiago, Chile: Isis Internacional.
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En Valdés y Olavaria (Eds.). *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 49-62). Santiago, Chile: ISIS-Flasco.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319-326.
- Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Official Records of the World Health Organization, No. 2, p. 100. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2011). *Suicide rates per 100,000 by country, year and sex*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/
- Organización Mundial de la Salud (2014). Fact Sheet 398, septiembre 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Puentes-Rosas, E., López-Nieto, L., & Martínez-Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), 102-109.
- Schrijvers, D., Bollen, J. & Sabbe, B. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 19-26.
- Spirito, A., Bond, A., Kurkjian, J., Devost, L., Bosworth, T. & Brown, L. K. (1993). Gender differences among adolescent suicide attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 14(4), 178-184.
- Swami, V., Stanistreet, D. & Payne, S. (2008). Masculinities and suicide. *The Psychologist*, 2(4). 308-311.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771.



Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente, compilado por Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Nubia Torres González, se editó en diciembre de 2018.

Corrección de estilo: María José Gallardo Rubio y Lucina Ayala López. Formación y diseño de portada: Jarini Toledano Gil. Coordinación editorial: Lucina Ayala López.

Editor responsable:

Heber Quijano Hernández

Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente

Mediante el trabajo científico de un grupo multidisciplinario de investigadores se muestran las problemáticas en torno a la salud mental en el adolescente, cuyo marco de referencia implica la comprensión profunda de las diversas realidades actuales a las que nos enfrentamos y sobre las cuales es imprescindible emprender acción, tanto en materia preventiva como de atención y rehabilitación. Además, los diferentes contextos de la población mexicana estudiada permiten situar con mayor precisión las necesidades en el campo de la salud mental, así como el relieve en los aspectos críticos prioritarios para continuar el análisis de los factores que repercuten en los procesos de salud-enfermedad del adolescente.

Rosalinda Guadarrama Guadarrama es doctora en Ciencias Sociales, profesora-investigadora del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la UAEM, perfil PRODEP, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel I. Ha publicado artículos científicos nacionales e internacionales, así como capítulos de libro respecto a bioética, salud mental y sociedad. Ha compilado dos libros, asistido y participado como ponente en congresos nacionales e internacionales y dirigido 90 tesis.

*Nubia Torres González es licenciada en Psicología por la UAEM en el CU Ecatepec, del cual es catedrática desde 2006, y maestra en Ciencias de la Salud por la Facultad de Medicina de la UAEM, obteniendo el grado con su proyecto de tesis titulado *Configuración de la imagen y satisfacción corporal en el adolescente.**

SDC