



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“DETECCIÓN DE MALTRATO PSICOLÓGICO HACIA LA MUJER
Y FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

Gloria Elizabeth Gutiérrez González
Camelia Guadalupe Sánchez Rodríguez

Directora de Tesis: Dra. Gilda Gómez-Peresmitré

Revisora: Dra. Corina Cuevas Renaud



MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) así como a la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré por su muy valioso apoyo y dedicación brindados para la realización de este proyecto.

También agradecemos la importante colaboración del Mtro. Ernesto Monroy, la Dra. Rosa Ana Martínez y el Dr. Jorge Pérez por su participación e interés mostrado en la investigación y, finalmente, a las chicas del cubículo 11, Lic. Rosalía Rodríguez y Lic. Silvia Platas por su muy valiosa ayuda a lo largo de todo este proceso.



Dedicatoria

*Los que viertan sus lágrimas amantes
sobre las penas que no son sus penas;
los que olvidan el son de sus cadenas
para limar las de los otros antes;*

*Los que van por el mundo delirantes
repartiendo su amor a manos llenas,
caen, bajo el peso de sus obras buenas,
sucios, enfermos, trágicos, sobrantes.*

*¡Ah! Nunca quieras remediar entuertos;
nunca sigas impulsos compasivos;
ten los garfios del Odio siempre activos
y los ojos del juez siempre despiertos...*

*¡Y al hecharte en la caja de los muertos,
menosprecia los llantos de los vivos!*

ALMAFUERTE

*A mi familia, amig@s y a
quienes de alguna manera
participaron en este trabajo...*

¡¡¡Gracias!!!

Camelia y Gloria

Ψ

ÍNDICE

Páginas

RESÚMEN	I
----------------------	---

INTRODUCCIÓN	II
---------------------------	----

CAPITULO 1. EDAD ADULTA TEMPRANA

1.1.	Concepto.	2
1.2.	Desarrollo Físico.	2
1.2.1.	Conducta sexual en la edad adulta.	3
1.2.2.	Salud.	4
1.2.2.1	Influencias directas sobre la salud.	5
1.3.	Desarrollo Cognoscitivo.	5
1.3.1.	Etapa de las operaciones formales.	6
1.3.2.	Etapas del desarrollo cognoscitivo de Schaie.	8
1.3.3.	El razonamiento dialéctico.	9
1.3.4.	Desarrollo Moral del adulto.	9
1.3.5.	Sabiduría pragmática de Lavouvie-Vief.	11
1.3.6.	Educación e ingreso a la fuerza de trabajo.	11
1.4.	Desarrollo psicosocial.	12
1.4.1.	Teoría Psicosocial de Erickson.	13
1.5	El desarrollo y los acontecimientos de la vida.	14
1.4.3.	Relación de pareja.	15
1.4.4.	Matrimonio.	19
1.4.5.	Paternidad y maternidad.	20
1.4.6.	Divorcio.	21

CAPITULO 2. MALTRATO HACIA LA MUJER

2.1.	Concepto de Violencia Intrafamiliar.	24
2.2.	Antecedentes históricos.	25
2.3.	Incidencia.	29
2.4.	Clasificación de la violencia.	31
2.5.	Factores de riesgo de la violencia contra la mujer.	33
2.6.	Dinámica de la violencia conyugal.	35
2.7.	La mujer maltratada.	36
2.8.	Perfil del hombre agresor.	37
2.9.	El maltrato psicológico.	39
2.10.	Consecuencias de la violencia conyugal.	40
2.11.	El maltrato hacia la mujer y los T. C. A.	44

CAPITULO 3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1.	Concepto.	49
3.1.1.	Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	50
3.1.2.	Anorexia Nervosa.	51
3.1.2.1.	Criterios Diagnósticos de la Anorexia Nervosa según el DSM-IV-TR (2002).	53
3.1.3.	Bulimia Nervosa.	53
3.1.3.1.	Criterios para el Diagnóstico de la Bulimia Nervosa según el DSM-IV-TR (2002).	54
3.1.4.	Criterios para el Diagnóstico del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado según el DSM-IV-TR (2002).	55
3.1.5.	Criterios de Investigación para el Trastorno por Atracón según el DSM-IV-TR (2002).	56
3.1.6.	Obesidad.	56
3.1.6.1.	Valoración Antropométrica.	57
3.1.6.2.	Aspectos Psicológicos de la Obesidad.	58
3.2.	Factores de Riesgo Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	59
3.2.1.	Imagen corporal.	62
3.2.1.1.	Modelo conceptual de Imagen Corporal.	65
3.2.2.	Autoatribución.	68
3.2.2.1.	Atribución y Trastornos de la Conducta Alimentaria.	71
3.2.2.2.	Estudios sobre Autoatribución en México.	72
3.2.3.	Autoestima.	74
3.2.4.	Conducta Alimentaria de Riesgo.	76

CAPITULO 4. METODOLOGÍA

4.1.	Objetivo General.	79
4.2.	Problema General.	79
4.3.	Problemas Específicos.	79
4.4.	Definición de Variables.	79
4.5.	Definición Conceptual.	80
4.6.	Definición Operacional.	82
4.7.	Tipo de Investigación y Diseño.	84
4.8.	Muestra.	84
4.9.	Escenario.	84
4.10.	Instrumentos.	84
4.11.	Aparatos.	85
4.12.	Procedimiento.	85

CAPITULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1.	Descripción de la Muestra.	87
5.2.	Descripción de las Variables de Estudio.	93
5.2.1.	Índice de Masa Corporal.	93
5.2.2.	Autopercepción del Peso Corporal.	94
5.2.3.	Alteración de la Imagen Corporal.	96
5.2.4.	Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal.	97
5.2.5.	Autoatribución.	99
5.3.	Comparación entre grupos.	104

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1.	Discusión de Resultados.	113
6.2.	Conclusiones.	117
6.3.	Sugerencias y Limitaciones.	118

REFERENCIAS	119
--------------------------	-----

ANEXOS	129
---------------------	-----

RESÚMEN

El presente estudio formó parte de una investigación mayor* y tuvo como finalidad determinar si existe relación entre las variables: alteración de la imagen corporal, satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal y autoatribución en una muestra de mujeres con presencia y ausencia de maltrato psicológico en su relación de pareja. Se trabajó con una muestra no probabilística con tamaño N=82. La investigación fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. Se emplearon la “Escala de maltrato psicológico” y el “Cuestionario de alimentación y salud”. Entre los hallazgos de mayor relevancia debe señalarse que no se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones de maltrato y las variables de imagen corporal: alteración y satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, sin embargo, si se encontraron resultados importantes en la relación entre las dimensiones de maltrato y los factores de autoatribución: agresividad, inseguridad y habilidades sociales, mostrando las mujeres que reciben maltrato psicológico de su pareja mayores niveles de agresividad, más inseguridad y menos habilidades sociales que las mujeres que no reciben maltrato.

* PROYECTO CONACyT 40597-S MALTRATO INFANTIL COMO FACTOR DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, el publicitado mito del “hogar, dulce hogar” obscureció la conciencia colectiva acerca de un fenómeno que, en realidad, estuvo entre nosotros desde siempre: la violencia que se ejerce dentro del hogar y en especial, la dirigida contra niños y mujeres (Cidhal, 1998).

El presente trabajo aborda la violencia contra las mujeres que se da dentro de la relación de pareja, en específico, el maltrato psicológico del cual son víctimas y cuyas consecuencias son variables debido al amplio espectro de conductas empleadas para perpetrar el maltrato.

La violencia de género, en cualquiera de sus expresiones, es una abrumadora realidad que pesa en la vida de muchas mujeres, lastima y llega a reventar las hebras más finas del interior. A pesar de los esfuerzos que diversas organizaciones han implementado desde finales de los setentas con la finalidad de visibilizar el impacto de la violencia en la vida de quienes la padecen, todavía existen sectores de la población al margen de esta gran oleada de voces y clamores que se han levantado por doquier para denunciar cómo las diferencias entre los géneros sigue evidenciándose alrededor del mundo a través de formas coercitivas de control y de segregación, dando paso a una gama de expresiones violentas como el maltrato físico, sexual, psicológico, la violación, el abuso sexual, el acoso en el trabajo...

Gran parte de estas conductas se dan por aprendizaje social, estamos acostumbrados a ver que la imagen que al hombre le corresponde es la de ser activo y fuerte, a la mujer le toca ser pasiva y débil. En general, las niñas son más dóciles que los niños y, en cualquier caso, tienen más necesidad de estar sometidas a una autoridad y durante toda su vida estarán sometidas a las duras e incesantes restricciones impuestas por las buenas maneras. Indudablemente, dichos estereotipos femeninos y sus consecuencias en la vida de las mujeres nos conducen de manera directa al tema de la violencia doméstica en donde la relación está gobernada por la creencia de que las mujeres son inferiores a los hombres y, por tanto, están sujetas a obediencia (Bosch y Ferrer, 2002).

Para Medina (2002), es probable que ninguna relación de convivencia humana sea tan conflictiva y productora de violencia como la familia, y dentro de ella en especial la conyugal o de pareja, por lo que en los últimos años ésta ha recibido considerable atención, y numerosas propuestas políticas han sido sugeridas e implementadas para confrontar este grave problema social.

Sin embargo, cada vez se termina por confirmar el impacto que la violencia tiene en la calidad de vida de la mujer maltratada; afecta tanto su salud física como psicológica, por lo que en la actualidad dichos efectos han sido un tema de estudio. Para Corsi (1994) las

consecuencias de recibir maltrato conyugal abarcan cuatro aspectos importantes: aspectos emocionales, aspectos cognoscitivos, aspectos motivacionales y volitivos y aspectos conductuales.

Entre las consecuencias de tipo psicológico desde hace algunos años se han realizado diversas investigaciones que abordan el tema del maltrato y su relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo, la mayoría de ellas se han enfocado en la relación existente entre tener un historial de experiencias traumáticas desde la infancia y posteriormente, el desarrollo de un trastorno alimentario, en especial, la bulimia. Es por ello que el interés de la presente investigación se centró en las mujeres adultas inmersas en una relación de pareja con presencia de maltrato en la actualidad y su relación con la presencia de factores de riesgo de los TCA (imagen corporal y autoatribución).

El siguiente trabajo reúne conceptos y líneas de investigación sobre la violencia de carácter psicológico contra la mujer en la relación de pareja; teniendo como objetivo el análisis de las variables asociadas a los factores de riesgo de los TCA como: la alteración y la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la autoatribución; por lo que también se presentan conceptos e investigaciones realizadas en el ámbito de los trastornos de la alimentación.

La finalidad es conocer el impacto que la violencia conyugal o de pareja tiene sobre la conducta alimentaria de las mujeres violentadas, así como la posible asociación de ésta con los factores de riesgo de los TCA y, posteriormente, proponer una línea de investigación encaminada al tratamiento con un abordaje desde el interior de la familia.

El primer capítulo, Edad Adulta Temprana, proporciona elementos para comprender esta etapa de la vida en donde contrario a lo que generalmente se piensa, se presentan diversos cambios físicos, cognoscitivos y sociales cuyo impacto repercutirá el resto de la vida. Además se abordan importantes temáticas sobre las relaciones de pareja y el matrimonio en esta época de la vida.

El segundo capítulo, Maltrato hacia la Mujer, constituye una breve revisión sobre la violencia ejercida en contra de las mujeres, nos muestra el panorama de la violencia de género en México, los factores de riesgo y sus consecuencias así como construcciones teórico-conceptuales de la violencia conyugal.

El capítulo tres, Trastornos de la Conducta Alimentaria proporciona una breve reseña histórica de estos, así como las características para el diagnóstico de anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno de la conducta alimentaria no especificado, trastorno por atracón y obesidad. También proporciona información sobre resultados de investigaciones que confirman la importancia de los factores de riesgo asociados a los TCA.

En el capítulo cuatro, Metodología, se describen los objetivos de la presente investigación así como la forma en que esta fue realizada, las variables estudiadas y los instrumentos utilizados para la obtención de datos.

El capítulo cinco ofrece un análisis de los resultados encontrados en la investigación presentados en tres rubros: la descripción de la muestra, la descripción de las variables de estudio y la prueba de hipótesis.

Finalmente, en el capítulo seis se hace una discusión de los principales resultados encontrados en la investigación y se proporcionan las conclusiones finales así como las limitaciones que se enfrentaron y las sugerencias para futuras investigaciones.



CAPÍTULO

I

EDAD ADULTA TEMPRANA

"Comienza a manifestarse la madurez cuando sentimos que nuestra preocupación es mayor por los demás que por nosotros mismos".

A. Einstein

1.1. Concepto

Según Craig (2001) el desarrollo representa un continuo y se procede a lo largo de toda la vida. Si bien algunos teóricos sostienen que en la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, los procesos que ocurren en la vida adulta se distinguen de los de la niñez y la adolescencia. Los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales.

Pocos son los autores que han descrito la edad adulta, entre ellos Jung (1960; citado en Érikson, 1978) se dedicó a estudiar las etapas de la vida, más allá de la adolescencia. Sostiene que entre los 35 y los 40 años de edad empiezan a aparecer, poco a poco, cambios en la personalidad: pueden resurgir algunas características infantiles y se produce una nueva confusión o desorden de las motivaciones e intereses. Gradualmente esos cambios se estabilizan y las actitudes y convicciones empiezan a detenerse en su evolución, de modo que alrededor de los 50 años se establece una tendencia hacia la rigidez y la intolerancia.

Fernández (2006) sostiene que la mayoría de los estudiosos coinciden en considerar el rango de edad entre los 20 y 40 años como la edad adulta temprana. Menciona que durante este periodo, las personas cambian y crecen en muy diversos aspectos, se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida. La manera como comen los adultos, cuando beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro.

1.2. Desarrollo Físico

Debido a que los cambios de los adultos son menos radicales y más uniformes que en otras etapas de la vida existe la tendencia a pensar que la etapa adulta es una meseta, un estadio de reposo que sigue al desarrollo y precede al ocaso, sin embargo, los modelos contemporáneos del desarrollo vital aceptan que hay cambios durante toda la vida y es evidente que la etapa adulta no es una meseta, es sólo que los cambios no son tan predecibles ni drásticos como en años anteriores (Lefrancois, 2001).

Según Leme (2003) la etapa adulta inicial es, potencialmente, la cumbre del desarrollo físico en cuanto a velocidad, fuerza, coordinación y resistencia, así como en términos de salud general. Papalia y Wendkos (2001) también coinciden con que el adulto joven se encuentra en su plena capacidad física, pues en esta edad la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su punto máximo. Desde los 25 años –cuando el cuerpo se ha desarrollado casi por completo- hasta cerca de los 50, la capacidad física mengua de manera gradual, de modo que esto casi no se percibe (por lo menos hasta el final de esta etapa).

Stassen y Thompson (2001) denominan a la etapa comprendida entre los 20 y hasta aproximadamente los 40 años, *juventud*. Mencionan que en términos de desarrollo fisiológico, esta etapa puede considerarse como la flor de la vida. El cuerpo es más fuerte, más alto y sano que en cualquier otro periodo, sin embargo, el avance de los años en la juventud va acompañado de ciertos declives corporales, ya que, en algún momento entre los 15 y los 30 años, el crecimiento global se detiene y comienza la *senescencia*, definida como el declive gradual de las funciones físicas relacionado con la edad. Muchas de las marcas del envejecimiento empiezan a aparecer en esta época, por ejemplo: el tono muscular y la fuerza, que por lo general alcanzan la cima entre los 20 y los 30 años, empiezan a descender después de esta edad (Hoffman, Paris y Hall, 1996). La agudeza visual es máxima a los 20 años y sólo empieza a decaer alrededor de los 40, la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años y se acentúa después de esta edad. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor sólo empiezan a disminuir cerca de los 45 años o más tarde (Papalia y Wendkos, 2001).

Sin embargo, una de las señales más visibles del envejecimiento aparece en la piel. Hacia el final de los 20, la piel se vuelve más delgada y menos flexible, y las arrugas, principalmente alrededor de los ojos, se hacen más visibles y duraderas. A medida que la piel continua perdiendo elasticidad durante las décadas, y que se acumulan depósitos de grasa, algunas personas hacia los 40 años presentan párpados caídos, flaccidez de mejillas y doble mentón (Whitbourne, 1985; citado en Stassen y Thomson, 2001). Otro presagio del envejecimiento son las canas, que empiezan a aparecer a menudo alrededor de los 30 años. La aparición de las primeras arrugas en esta época tiene un gran significado emocional en la cultura occidental, por lo que, especialmente las mujeres pueden sentirse amenazadas por los signos manifiestos del envejecimiento debido al énfasis que se ha puesto tradicionalmente a la apariencia femenina (Arking, 1991; citado en Leme, 2003).

1.2.1. Conducta sexual en la edad adulta

Los 20 y los 30 años son las edades en las que los adultos tienen las probabilidades de iniciar una relación sexual duradera y de reproducirse (Stassen y Thompson, 2001). Los 20 y los 30-35 años son la mejor época para la capacidad reproductora de las mujeres, pues su sistema fisiológico se encuentra mejor desarrollado en este momento que lo que ha estado previamente o con posterioridad, ya que entraran en un claro declive (Clemente, 1996). Sin embargo, Michael (1994; citado en Lefrancois, 2001) luego de realizar una serie de entrevistas con 3432 adultos elegidos al azar de entre 18 y 59 años, encontró que la mayoría de las personas no tiene tanta actividad sexual como se creía y que la práctica es principalmente con su cónyuge o pareja con la que vive. Dos son las clases de problemas que pueden interferir con la respuesta sexual y la reproducción: las disfunciones sexuales y la infertilidad.

Entre ambos sexos, la capacidad de respuesta sexual, las preferencias sexuales y la orientación sexual varían por muchos motivos: predisposición innata, experiencias en la infancia, normas y tabúes culturales entre los dos sexos, así como las circunstancias cotidianas, las oportunidades sexuales, el estrés, la fatiga y demás. La edad también es un factor importante, ya que, entre las parejas casadas, el porcentaje de los que tienen relaciones sexuales al menos una vez al mes disminuye con la edad (Stassen y Thompson, 2001).

Si bien, en esta etapa la pareja desarrolla una especie de camaradería, pues ambos han logrado establecer una especie de equilibrio en lo que respecta a la distribución de las funciones en sus trabajos y familia y se ha logrado a través del tiempo de convivencia un espacio de mutuo apoyo, es también en esta etapa en donde se muestra el mayor número de divorcios. Un aspecto muy importante es cuando el hombre dedica mayor tiempo al trabajo y se olvida de dedicarle tiempo a su esposa, es indispensable un equilibrio entre la vida laboral y la vida en familia, se sabe que los hombres en estas edades quizás sientan mayor presión por tener una estabilidad laboral y económica. De tomar en cuenta esto, la pareja sólo será capaz de planear como formar una familia, cuidar de los hijos y darles lo mejor, sin embargo, poco se habla de ser menos socios y más amantes. El poder sacar tiempo para un mejor encuentro con la pareja no sólo es indispensable sino muy necesario y satisfactorio para poder desarrollar una identidad como pareja, el gusto por estar de nuevo juntos, retomar las lunas de miel y estar al tanto de las expectativas y sueños de cada uno (Murillo, 2006).

1.2.2. Salud

Los adultos jóvenes son la gente más sana de la población. Aproximadamente el 90% de los jóvenes opinan que su salud es excelente, muy buena o buena. La gente de este grupo de edad informa que tiene mucho menos resfriados e infecciones respiratorias que cuando niños; y que cuando tiene resfriados, generalmente se deshace de ellos fácilmente. Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados. Menos del 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro (Fernández, 2006).

El paso de los años no parece afectar substancialmente el estado de salud del individuo en esta etapa del ciclo vital. Un dato relevante es que la principal causa de mortalidad de personas cuya edad oscila entre los 25 y 34 años, son los accidentes. Luego se sitúa el cáncer, seguido por las enfermedades del corazón. La edad de 35 años representa el punto crítico: la primera vez, desde la infancia, que la enfermedad física es la causa principal de muerte (Papalia y Wendkos, 2001). Empiezan a parecer inesperadamente determinados problemas físicos de gran importancia como la enfermedad del cáncer de diversos tipos o enfermedades cardiovasculares (Clemente, 1996). Algunas de las enfermedades que aparecen en la madurez o en la vejez, pueden haber tenido su inicio en la juventud, determinadas en gran medida por el estilo de vida del individuo. Tres son los problemas más comunes: abuso de drogas, las dietas destructivas y la muerte por accidente, homicidio o suicidio (Stassen y Thompson, 2001).

1.2.2.1. Influencias indirectas sobre la salud

Según Papalia y Wendkos (2001) es evidente que lo que las personas hacen o dejan de hacer o cómo enfrentan los cambios y desafíos de la vida, afecta su salud de modo directo. Existen influencias indirectas sobre la salud o el comportamiento relacionado con esta.

- Factores socioeconómicos. La condición financiera es lo que más incide en la salud. Las personas más acomodadas se benefician tanto de mejores cuidados como de posibilidades de llevar un estilo de vida más saludable.
- La educación. A menor escolaridad de los adultos hay mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la hipertensión y las enfermedades cardíacas y que estas los afecten con más fuerza, e incluso lleguen a morir a consecuencia de ellas. Ello no indica que la educación formal sea causa de buena salud, más bien, sucede que la educación se asocia a factores que pueden contribuir a mantenerla, como la situación financiera y otros hábitos saludables (como la dieta) y la capacidad para resolver problemas (incluidos los de salud personal).
- Estado Civil. El matrimonio parece ser saludable para hombres y mujeres, sin embargo, es posible que las personas casadas sólo parezcan más saludables, puesto que las responsabilidades familiares les impiden tomar tiempo para acudir al médico (pp. 191-192).
- El sexo, estilo de vida y estereotipos. Las mujeres tienen los porcentajes más bajos de muerte durante toda la vida adulta. Sin embargo, informan estar enfermas más a menudo que los hombres y usan los servicios de salud más frecuentemente. Estas diferencias pueden deberse a diferentes causas; una de ellas es el factor biológico, la fortaleza de la mujer en cualquier etapa de la vida se ha atribuido a la protección genética proporcionada por la presencia de dos cromosomas X; en las mujeres maduras se habla de los efectos benéficos de las hormonas femeninas. Al mismo tiempo, la menstruación y el embarazo tienden a hacer que las mujeres estén conscientes del cuerpo y su funcionamiento, y las normas culturales estimulan el manejo o supervisión médica de estos procesos. El estereotipo del papel del sexo puede tener que ver en la salud: los hombres pueden creer que la enfermedad no es masculina y tienen menos probabilidad de admitir cuando no se sienten bien. Así, el hecho de que las mujeres digan más a menudo que los hombres que están enfermas, no significa que las mujeres tengan una salud general peor, no necesariamente significa que se estén imaginando males o que sientan preocupaciones patológicas por la enfermedad. Puede ser más bien que el mejor cuidado que las mujeres tienen de ellas mismas las ayuda a vivir más tiempo que los hombres (Fernández, 2006).

1.3. Desarrollo Cognoscitivo

El desarrollo cognoscitivo se refiere a los cambios que ocurren en las estructuras cognoscitivas, las capacidades y los procesos de un individuo. Driscoll (1994) define el desarrollo cognoscitivo como la transformación del niño indiferenciado y las capacidades cognoscitivas no especializadas en la capacidad conceptual del adulto y la habilidad en la solución de problemas.

En el transcurso de la edad adulta tienen lugar muchos cambios en el proceso de pensamiento. Según Stassen y Thompson (2001), mientras que los adolescentes a menudo tratan de extraer verdades universales de sus experiencias personales y tienen la tendencia a pensar en soluciones para los problemas del mundo, en términos de absolutos racionales, el pensamiento adulto es más personal, práctico e integrante. Los adultos se sienten menos inclinados hacia “el juego del pensamiento” ya que sus capacidades intelectuales están dedicadas a las demandas ocupacionales e interpersonales que conforman la vida adulta y de este modo se hacen más especializadas y experimentadas.

Los adultos pueden sostener diferentes clases de conversaciones, comprender material mucho más complicado y resolver problemas más allá de las capacidades de la mayoría de los niños o aún de muchos adolescentes. Ello se debe a que el funcionamiento intelectual está generalmente en un nivel alto en la vida del adulto joven. Por muchos años se creyó que la actividad intelectual en general llegaba a su punto máximo alrededor de los 20 años y luego declinaba. Esta conclusión estaba basada en los resultados de los estudios transversales, los cuales hacían pruebas a gente de varios grupos de edad y encontraban que los adultos jóvenes lo hacían mejor. Sin embargo, el desempeño intelectual superior de la gente joven puede no significar que la inteligencia disminuya con la edad, sino que la gente joven de hoy ha tenido experiencias diferentes y, por consiguiente, ha desarrollado sus habilidades intelectuales más que la gente nacida una generación antes. Los estudios longitudinales, que examinan a la misma gente periódicamente a través de los años, han mostrado un incremento de la inteligencia en general por lo menos hasta los 50 años (Fernández, 2006).

Según Papalia y Wendkos (2001), la experiencia juega un papel muy importante en el funcionamiento intelectual, las experiencias del adulto son diferentes de las de los niños y en general mucho más amplias que las de estos pues su mundo se reduce en gran parte al hogar y la escuela. Para Clemente (1996) la estructura del conocimiento en el área en que uno es experto no es la misma que en aquellas áreas en las que esa persona no se ha especializado. El conocimiento es: experto, intuitivo, automático y activo. El experto se diferencia del no experto en el modo en que representa, aplica y reflexiona sobre su propio sistema de conocimiento, utiliza reglas y procedimientos, más que procesos inductivos o combinaciones rápidas de habilidades, que son los procedimientos más frecuentes en los no expertos, sin embargo, no suele tener una conciencia clara sobre su propio procesamiento, sus estrategias le parecen transparentes como consecuencia de la automatización con que las aplica. Se trata de un nivel de automatización consecuencia de la práctica y del dominio de la tarea, que le supone un considerable ahorro de esfuerzo y energía atencional que puede orientarse a otros procesos. A continuación se presentan otros enfoques del desarrollo para explicar los cambios cognoscitivos que tienen lugar durante la edad adulta.

1.3.1. Etapa de las operaciones formales

Según la teoría piagetiana el desarrollo del pensamiento pasa por una serie de estadios, el último de los cuales, el de las operaciones formales, corresponde aproximadamente a la adolescencia. Se asume, implícitamente, que con la llegada del individuo a estas operaciones queda culminado el proceso evolutivo y que, por tanto,

durante la madurez no van a apreciarse cambios significativos (Moraleta, 1995). Las cuatro etapas básicas del desarrollo intelectual son: etapa sensorimotora, etapa preoperacional, etapa operacional concreta y etapa operacional formal.

ETAPAS DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO*		
Edad	Etapas	Características principales
Infancia (del nacimiento a los 2 años)	Sensorimotriz	Pensamiento confinado a esquemas de acción.
Preescolar (de los 2 a los 7 años)	Preoperacional	Pensamiento representativo, intuitivo, no lógico.
Niñez (de los 7 a los 11 años)	Operacional concreto	Pensamiento lógico y sistemático, pero sólo en relación a objetos concretos.
Adolescencia y madurez (de los 11 años en adelante)	Operacional formal	Pensamiento lógico y abstracto.
Las edades son aproximadas*		

Fuente: Hoffman, Paris y Hall (1995), p. 39

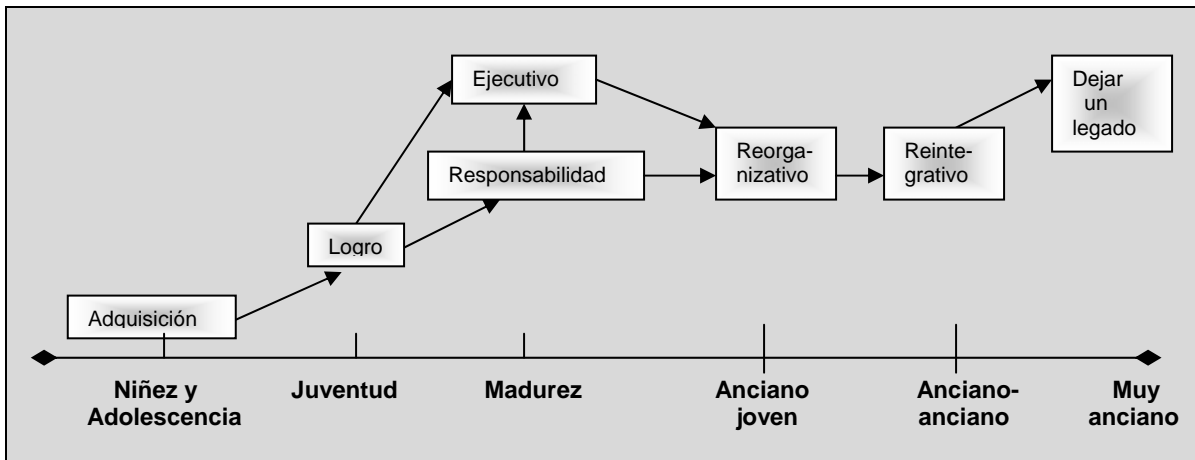
La cuarta etapa del desarrollo cognoscitivo corresponde a las operaciones formales y es característica de la edad adulta.

- a) **Lo real es concebido como un subconjunto de lo posible.** Mientras que en la etapa de las operaciones concretas la resolución de un problema se lleva a cabo a partir de los elementos que el niño observa, el adolescente y el adulto en esta etapa son capaces de evocar de modo sistemático todas las relaciones posibles entre sus elementos con objeto de determinar las relaciones causales existentes. Se opera no con base en la imaginación o en la fantasía sino con la aplicación de la lógica.
- b) **El carácter hipotético-deductivo.** Posibilita la construcción del pensamiento científico. Se aleja del ensayo y error y de la manipulación directa de los objetos y es capaz de formular hipótesis que luego verifica de modo sistemático, sometiendo los resultados a pruebas de análisis deductivo. No se limita a formular una hipótesis sino varias, rechaza las más simples, selecciona las de mayor valor explicativo y las acepta o rechaza tras un procedimiento sistemático en el que considera el control de las variables extrañas.
- c) **Carácter proposicional.** Al expresar sus hipótesis, al razonar sobre ellas y al expresar los resultados, adolescentes y adultos se expresan por medio de proposiciones, ya que someten sus afirmaciones a operaciones lógicas.
- d) **Los esquemas operacionales formales** son: 1) operaciones combinatorias, b) proposiciones, c) coordinación de dos sistemas de referencia y relatividad de los movimientos, noción de equilibrio mecánico, noción de correlación, compensaciones multiplicativas y formas de conversación que van más allá de la experiencia (Clemente, 1996, pp. 125-126).

1.3.2. Etapas del desarrollo cognoscitivo de Schaie

Schaie y Willis (2003) han usado los resultados de la investigación sobre desarrollo intelectual adulto para formular seis estadios adultos. Empieza con la observación de que los estadios de la niñez de Piaget describen una eficacia cada vez mayor en la adquisición de nueva información. Es dudoso que los adultos progresen más allá de los métodos poderosos de la ciencia (las operaciones formales) en su búsqueda del conocimiento. Por tanto, si hay que proponer estadios adultos, no debería tratarse de estadios de adquisición: en su lugar deberían reflejar usos diferentes del intelecto.

Los Estadios del Desarrollo Cognoscitivo Adulto según Schaie.



Fuente: Schaie y Willis (2003), p. 346.

En lo que corresponde a la edad adulta temprana o juventud, las personas normalmente cambian sus intereses desde la adquisición a la aplicación del conocimiento, al usar lo que saben para desarrollar sus carreras y sus familias, esto se llama el *estadio del logro*. Representa sobre todo la aplicación de la inteligencia en situaciones que tienen consecuencias importantes para lograr metas a largo plazo. Son problemas que los adultos deben resolver por sí mismos y las soluciones se deben integrar en un plan de vida que se extiende al futuro lejano. Los jóvenes que han logrado cierto grado de independencia personal pasarán a un nuevo estadio que requiere la aplicación de las habilidades cognoscitivas en situaciones que implican responsabilidad social. Normalmente el *estadio de responsabilidad* se alcanza cuando se establece una familia y se debe hacer frente a las necesidades del cónyuge y la descendencia. Se requieren extensiones similares de las habilidades cognoscitivas adultas al adquirir responsabilidades hacia los otros en el trabajo y la comunidad. Las responsabilidades de algunos individuos son cada vez más complejas y tales individuos –presidentes de empresas, decanos de instituciones académicas, miembros de la iglesia y otros puestos profesionales- necesitan conocer la estructura y las fuerzas dinámicas de la organización. Deben organizar las actividades no sólo en una dimensión temporal (pasado, presente y futuro) sino también en todos los niveles de la jerarquía que define la organización. El logro del *estadio ejecutivo*, a diferencia del estadio de responsabilidad, depende de la exposición a oportunidades, que permiten el desarrollo y la práctica de las habilidades pertinentes (Schaie y Willis, 2003).

1.3.3. El razonamiento dialéctico

Para Riegel (1973a; citado en Lefrancois, 2001) el razonamiento dialéctico es evidente en la creciente aceptación del adulto de los conflictos, las contradicciones y las incertidumbres. Nuestras ideas convencionales del desarrollo como una serie de etapas o mesetas caracterizadas por un estado de equilibrio son incorrectas ya que el desarrollo humano en el ciclo vital se entiende mejor como una secuencia de conflictos, crisis o contradicciones y su constante solución. El concepto de dialéctica está implícito en la noción de que los conflictos o crisis surgen de acciones y reacciones contradictorias. El razonamiento dialéctico se manifiesta en el reconocimiento, la aceptación y la solución de los conflictos por parte del sujeto. Por ejemplo, la madurez sexual del joven puede llevarlo a comportarse en formas problemáticas en su cultura. De esta falta de sincronización entre los deseos y las oportunidades surgen conflictos que son raíz de los procesos dialécticos. La solución de los conflictos puede llevar a nuevos avances, comportamientos y formas de pensar.

Por otro lado Riegel (1981) propone una quinta etapa piagetiana, *la etapa dialéctica* y menciona lo siguiente: según Piaget, las operaciones cuantitativamente diferentes se suceden unas a otras en el tiempo. Se supone que mientras más se desarrollan los niños es más difícil que regresen al estilo primitivo de las operaciones anteriores, por lo que el desarrollo de la organización cognoscitiva es un alejarse de las primeras formas de pensamiento. Sin embargo, esta separación no puede durar toda la vida, a nivel maduro de pensamiento, las personas tienen que retroceder a sus primeros modos de operación intelectual e integrarlos con sus formas de pensamiento más avanzadas. Cualquier desarrollo posterior del pensamiento implica volver a las primeras formas del mismo. Lo que Riegel propone es que los niveles del conocimiento más altos, maduros y creativos consisten en captar las contradicciones dialécticas. La persona puede avanzar directamente hacia este nivel de razonamiento a partir de cualquier etapa previa del desarrollo, por lo tanto, hay caminos alternativos para alcanzar la madurez: algunos podrán lograr la madurez dialéctica sin haber pasado por el nivel de operaciones formales o ni siquiera por los niveles de pensamiento preoperacional o concreto. Con ello, se le dan alternativas al sujeto, ya que, en diferentes circunstancias, las habilidades y actividades de un área –las de ciencias, por ejemplo- pueden ser de tipo dialéctico formal; en una segunda área -pongamos como ejemplo las transacciones comerciales cotidianas- pueden ser de tipo dialéctico concreto y en una tercer área –por ejemplo habilidades artísticas- puede ser de tipo dialéctico preoperacional.

1.3.4. Desarrollo Moral del adulto

Kohlberg (1992) desarrolló una teoría cognitivo-conductual de la moralización elaborada a través del estudio de los estadios morales elaborados por él mismo. En esta teoría (1969) menciona que los individuos pasan por un proceso de estadios morales, avanzando un paso a medida que ascienden desde un Estadio 1 básico hacia el Estadio 6 o más alto, pasando por otros estadios. Los seis estadios se agrupan dentro de tres grandes niveles: nivel pre-convencional (Estadios 1 y 2), nivel convencional (Estadios 3 y 4) y nivel post-convencional (Estadios 5 y 6). El término “convencional” significa conformidad y mantenimiento de las normas y expectativas y acuerdos de la sociedad o autoridad por el mero hecho de ser reglas, expectativas o acuerdos de la sociedad. El

nivel convencional es el nivel de la mayoría de adolescentes y adultos de nuestra sociedad y de otras sociedades. El nivel post-convencional se alcanza por una minoría de adultos y, normalmente, sólo después de los 20 años. Estos individuos entienden y aceptan, en general, las normas de la sociedad, pero basados en la formulación y aceptación de los principios morales generales que subyacen a estas reglas. En algunos casos estos principios entran en conflicto con las normas de la sociedad, en cuyo caso, el individuo post-convencional juzga por principio más que por acuerdo. En el nivel pre-convencional, el individuo no ha llegado todavía a entender y mantener las normas sociales convencionales.

LOS SEIS ESTADIOS MORALES			
Nivel y estadio	Lo que esta bien	Razones para actuar correctamente	Perspectiva social del estadio
Nivel I: Pre-convencional. <i>Estadio 1: Moralidad heterónoma.</i>	Evitar romper las normas sólo por el castigo, obedecer por obedecer y evitar causar daño físico a personas y a la propiedad.	Evitar el castigo, y el poder superior de las autoridades.	<i>Punto de vista egocéntrico.</i> No considera los intereses de otros ni reconoce que sean diferentes de los propios.
<i>Estadio 2. Individualismo, finalidad instrumental, e intercambio.</i>	Seguir las normas sólo cuando es en inmediato interés de alguien; actuar para conseguir los propios intereses y necesidades y dejar que los demás hagan lo mismo. Es correcto lo que es justo.	Servir las necesidades e intereses propios en un mundo en el que hay que reconocer que otra gente también tiene sus intereses.	<i>Perspectiva individualista concreta.</i> Conciencia de que todo el mundo tiene sus intereses a perseguir y esto lleva a un conflicto, de forma que lo correcto es relativo (en el sentido individualista concreto).
Nivel II: Convencional. <i>Estadio 3. Mutuas expectativas interpersonales, relaciones, y conformidad interpersonal.</i>	Vivir en la forma en que la gente de alrededor espera de uno o lo que la gente en general espera de su papel de hijo, hermano, amigo, etc. "Ser bueno" significa tener buenas intenciones y preocuparse por los demás.	La necesidad de ser una buena persona ante uno mismo y ante los demás. Cuidar de otros y deseo de mantener las normas y la autoridad que mantengan los estereotipos de buena conducta.	<i>Perspectiva del individuo en relación con otros individuos.</i> Conciencia de sentimientos compartidos que tienen preferencia sobre los intereses individuales.
<i>Estadio 4. Sistema social y conciencia.</i>	Cumplir las obligaciones acordadas. Se deben de mantener las leyes en casos extremos en donde entran en conflicto con otros deberes sociales establecidos.	Mantener la institución en funcionamiento como un todo, evitar el colapso del sistema "si todo el mundo lo hiciera", o el imperativo de conciencia para llevar a cabo las obligaciones marcadas por uno mismo.	Hace distinción entre el punto de vista de la sociedad y los motivos o acuerdos interpersonales. Considera las relaciones individuales según el lugar que ocupan en el sistema.

continúa...

LOS SEIS ESTADIOS MORALES			
Nivel y estadio	Lo que esta bien	Razones para actuar correctamente	Perspectiva social del estadio
<p>Nivel III: Post-convencional o de principios.</p> <p><i>Estadio 5. Contrato social o utilidad y derechos individuales.</i></p>	<p>Ser consiente de que la gente mantiene una variedad de valores y opiniones y que la mayoría de estos son relativos al grupo y deberían mantenerse en interés de la imparcialidad. Algunos valores y derechos no relativos como la vida y la libertad, deben mantenerse en cualquier sociedad independientemente de la opinión de la mayoría.</p>	<p>Sentido de la obligación hacia la ley por el contrato social que uno tiene de hacer y ser fiel a las leyes para el bienestar de todos y la protección de los derechos de todos. Interés porque las leyes y obligaciones se basen en un calculo racional de utilidad total "lo mejor posible para el mayor numero de gente".</p>	<p><i>Perspectiva anterior a la sociedad.</i> Perspectiva de una conciencia individual racional de los valores y derechos anteriores a los contratos y compromisos sociales. Considera los puntos de vista legal y moral; reconoce que a veces entran en conflicto y encuentra difícil integrarlos.</p>
<p><i>Estadio 6. Principios éticos universales.</i></p>	<p>Seguir principios éticos auto-escogidos. Son principios universales de la justicia: la igualdad de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de los seres humanos como personas individuales.</p>	<p>La creencia como persona racional en la validez de principios morales universales, y un sentido de compromiso social hacia ellos.</p>	<p><i>Perspectiva de un punto de vista moral,</i> del cual se derivan los acuerdos sociales. La perspectiva es la de cualquier individuo racional que reconoce la naturaleza de la moralidad o el hecho de que las personas son afines en si mismas y deben ser tratadas como tales.</p>

Fuente: Kohlberg (1992), pp. 188-189.

1.3.5. Sabiduría pragmática de Labouvie-Vief

Según Labouvie-Vief (1980; citado en Lefrancois, 2001) muchas de las reflexiones del adulto tienen lugar en contextos muy diferentes de los que rodean a niños y adolescentes. Por las realidades de las responsabilidades adultas, de las exigencias prácticas de ciertos contextos o de restricciones éticas, el razonamiento que evoluciona en el periodo adulto es muy diferente del pre-adulto. En el pensamiento adulto suele haber una negociación entre las más científicas y lógicas de las alternativas correctas, y el deseo de la estabilidad social (o de una alternativa más ética). Es como si la edad y la experiencia concedieran a los adultos un tipo de sabiduría dialéctica que los faculta para contabilizar más variables en sus actividades de resolución de problemas de lo que permiten las operaciones formales. En resumen, el razonamiento adulto esta más atento a las restricciones de las realidades sociales, la ética y la viabilidad.

1.3.6. Educación e ingreso a la fuerza de trabajo

Antes de ingresar a la fuerza de trabajo, el individuo adquiere varias destrezas, valores y actitudes nuevas tanto de modo formal como informal. La preparación formal incluye la

enseñanza estructurada que se imparte en la escuela, los programas de formación vocacional, la universidad y también la instrucción en el trabajo. La preparación informal adopta formas más sutiles: es el proceso de asimilar actitudes, normas, expectativas de roles apropiadas para determinado trabajo, así, aprendemos observando a los demás y por experiencias diarias en una clase social particular (Craig, 1998).

Según Papalia y Wendkos (2001) la mayoría de las personas obtienen su primer trabajo de tiempo completo cuando apenas entran en la edad adulta; con ello reafirman un aspecto importante de la identidad, logran independencia económica y demuestran capacidad para asumir las responsabilidades de los adultos. El trabajo está ligado a todos los aspectos del desarrollo e influye en otros campos de la vida de las personas.

Berryman (1994) menciona que el empleo remunerado significa mucho más para el empleado que simplemente una manera de ganarse la vida ya que para muchos trabajadores, provee nuevas experiencias y variedad de actividad. Puede ofrecer la oportunidad de desarrollar la creatividad y la utilización de habilidades individuales; puede proveer una fuente de autorespeto, estatus y prestigio y es también un medio para hacer y mantener el contacto con amigos. Sin embargo, en los últimos años, según Moraleda (1995) se ha producido en casi todos los países occidentales una disminución de la satisfacción de los individuos ante el trabajo. Se ha observado que existen diferencias debidas a la edad y al estatus profesional, en general, al aumentar el nivel profesional, el nivel de satisfacción suele ser mayor. Los adultos ya instalados definitivamente en un trabajo, suelen estar también más satisfechos que los jóvenes que están realizando sus primeros ensayos en el trabajo.

Por último, en la actualidad, cada vez son más las mujeres que se integran a la fuerza de trabajo y cada vez es más común que ellas tengan un trabajo remunerado antes de que se casen e incluso continúen en él hasta que se espere el primer hijo; el número de madres que trabajan se ha incrementado de manera notable en los últimos años, aunque muchas de ellas se encuentran en empleos de medio tiempo. En parte, se debe al incremento del costo de la vida que ha obligado a algunas mujeres a convertirse en proveedores para el mantenimiento de la familia. Sin embargo, las ganancias de las mujeres son consistentemente menores que las de los varones. Los trabajos dominados tradicionalmente por las mujeres son peor pagados que los dominados por los varones, y la mujer que trabaja en empleos dominados por hombres tiende a no avanzar tan rápido, o siquiera avanzar, a niveles de un mayor salario (Berryman, 1994).

1.4. Desarrollo Psicosocial

La edad adulta no es sólo ese periodo de la vida comprendido entre dos momentos cronológicos, sino el conjunto de actividades y eventos que se suceden a lo largo de una serie de años, que varían de una sociedad a otra y según los momentos de la historia. No es por tanto la edad o el tiempo cronológico, lo que marca este tipo de actividades, sino la época y la sociedad en que nos toca vivir y nuestra propia peripecia histórica y vital (Moraleda, 1995). Hoy en día, poca gente cree que las personalidades dejan de desarrollarse cuando los cuerpos están completamente desarrollados. La mayoría de los seguidores de la teoría del desarrollo están convencidos ahora de que los seres humanos son capaces de cambio y crecimiento, siempre y cuando vivan (Fernández, 2006).

A medida que las personas llegan a la edad adulta sus energías y motivaciones se enfocan en diferentes tareas, las principales de ellas son la de terminar sus estudios, entrar en el mundo laboral, casarse o ser padres (Hoffman et al. 1996). La opción de la elección de pareja, el posible matrimonio y la constitución de una nueva familia es muy importante ya que la vida adulta gira en torno a responsabilidades y deberes con los hijos; además, si se cuenta con un trabajo estable se garantiza el sustento económico de la familia (Craig, 1998).

Rappaport (1978) considera que aproximadamente a los 26 años es cuando, más o menos la mayor parte de las personas han logrado ciertas adaptaciones fundamentales a los factores críticos de la transición a la adultez. Aproximadamente entre los 28 y 50 años las personas han establecido sus carreras y familias y han gozado de la parte más productiva de sus vidas.

1.4.1. Teoría psicosocial de Erikson

Para Érikson la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades y las demandas sociales. Señala 8 etapas del ciclo de la vida durante las cuales la energía se consume con el trabajo, la familia y las relaciones sociales. Las fases pueden ser tranquilas o críticas y en cada una han de resolverse los conflictos característicos de cada etapa para poder progresar hacia el siguiente grupo de problemas (citado en Hoffman, Paris y Hall, 1995).

TEORÍA PSICOSOCIAL DE ÉRIKSON*				
Edad	Etapas psicosociales	Conflicto psicosocial	Resultado favorable	Resultado desfavorable
Nacimiento a los 18 meses	Etapas de la tierna infancia	Confianza básica vs. Desconfianza	Esperanza. Capacidad para tolerar la frustración.	Susceptibilidad; apartarse.
18 meses a 3 años	La primera infancia	Autonomía vs. Vergüenza, duda.	Voluntad. Autocontrol; autoestima.	Compulsión; impulsividad.
3 a 6 años	Edad de juego	Iniciativa vs. Culpabilidad.	Propósito. Disfrute de los logros.	Inhibición.
6 a 11 años	Edad escolar	Diligencia vs. inferioridad.	Competencia.	Inadecuación; inferioridad.
Pubertad a principio de los 20.	Adolescencia	Identidad vs. Confusión de roles.	Fidelidad.	Falta de seguridad, desafiante; identidad socialmente inaceptable.
Principio de los 20 a los 40.	Adulto joven	Intimidad vs. Aislamiento	Amor.	Exclusividad; eludir el compromiso.
40 a los 60 años	Edad Adulta Tardía	Generatividad vs. Estancamiento.	Cuidado. Preocupación por las generaciones futuras y la sociedad.	Rechazo de los demás; autoindulgencia.
60 años en adelante	Vejez	Integridad vs. Desesperación.	Sabiduría.	Desdeño; rechazo.

Fuente: Hoffman, Scott y Hall (1995), p. 32

Según Érikson (1985) con cada nuevo poder surge gradualmente un nuevo sentido del tiempo junto con un sentimiento de irrevocable identidad: al llegar a ser paulatinamente lo que uno ha causado que sea, finalmente se será lo que uno ha sido. La tarea de los adultos es el incremento de la intimidad ya que cuando lo logran son capaces de comprometerse en una relación que exija sacrificio y compromiso. Posteriormente pasarán a la siguiente etapa en la que la generatividad abarca la procreatividad, la productividad y la creatividad y por tanto la generación de nuevos seres, productos e ideas incluido un tipo de autogeneración que tiene que ver con un mayor desarrollo de la identidad. La virtud que surge aquí es el compromiso ampliado de cuidar a las personas, los productos y las ideas por los que uno ha aprendido a preocuparse.

La edad adulta abarca tres etapas psicosociales: una en la edad adulta temprana; una en la edad adulta intermedia y una en la última etapa de la edad adulta. La *Crisis de la intimidad vs aislamiento* es la sexta de las 8 crisis psicosociales y lo que se considera que es el problema principal de la edad adulta temprana. Según Érikson (1974) sólo cuando la formación de la identidad –característica de la adolescencia- está bien encaminada, puede darse la verdadera intimidad, que es en realidad tanto una contraposición como una fusión de identidades. La intimidad sexual es sólo una parte de ello, puesto que es evidente que las intimidades sexuales con frecuencia preceden a la capacidad para desarrollar una verdadera y mutua intimidad psicosocial con otra persona, sea en la amistad, en los encuentros eróticos o en la experiencia de la inspiración conjunta. El joven que no está seguro de su identidad se aleja de la intimidad interpersonal y no logra organizar relaciones íntimas con otros, puede establecer relaciones interpersonales sumamente estereotipadas y llegar a desarrollar un profundo *sentimiento de aislamiento*.

La contraparte de la intimidad es el *distanciamiento*, la disposición a repudiar, aislar y, si es necesario, destruir esas fuerzas y esas personas cuya esencia parece peligrosa para la propia. De esta manera la consecuencia perdurable de la necesidad de distanciarse es la inclinación a fortificar nuestro territorio de intimidad y solidaridad a ver a todos los extraños con la fanática “sobreevaluación de las pequeñas diferencias” entre lo conocido y lo desconocido.

Por su parte, Levinson, Darrow, Klein, Levinson y McKee (1978; citado en Craig, 1998) consideran al adulto como una persona que ha logrado independizarse psicológicamente de sus padres al mismo tiempo que ha aprendido a relacionarse con otros hombres y mujeres y ha logrado formar una familia, desarrollando una intimidad en términos de Érikson. Los adultos pueden evaluar los puntos débiles en sus vidas y tomar nuevas decisiones. Menciona que es hasta los 33 años cuando ya están preparados para sentar la cabeza y se concentran en desarrollar sus habilidades y profundizar las bases de la experiencia y se esfuerzan por conseguir metas más altas.

1.5. El desarrollo y los acontecimientos de la vida

Stassen y Thompson (2001) mencionan que muchos acontecimientos de la vida, o sucesos específicos importantes, pueden desencadenar nuevos modelos de pensamiento y así impulsar el desarrollo cognoscitivo y social. La paternidad es un buen ejemplo, ya que desde el nacimiento del primogénito, suele suceder que los padres se sienten más “adultos”, que piensen de modo distinto sobre sí mismos y sobre sus responsabilidades. De modo similar, otros acontecimientos de la vida pueden hacer que la gente piense más

en profundidad sobre la naturaleza y significado de sus vidas y de sus relaciones con los demás. Una nueva relación íntima o el fin de la anterior, una promoción en el trabajo o el despido, ser la víctima de un ataque violento o, de modo inesperado, salvar a alguien, una intensa experiencia religiosa o psicoterapia profunda, o vivir la grave enfermedad o la muerte de un ser querido, cualquiera de esas experiencias pueden resultar en una nueva visión de uno mismo, del significado de la propia vida y la consecuente interacción con el exterior.

1.4.3. Relación de pareja

La formación y desarrollo de la pareja es un fenómeno común en la etapa adulta. Los individuos consiguen parte de su identidad personal en la convivencia relativamente estable con otra persona (Craig, 1998). Lamentablemente, como menciona Rage (1999), la formación de la pareja es uno de los aspectos más complejos y difíciles del ciclo de la vida familiar por la enorme trascendencia que tiene esta decisión. Esta elección de pareja está determinada no sólo por aspectos personales sino también por factores sociales. Antes de que dos personas se casen han de conocerse, por lo que el lugar donde viva una persona o donde vaya a la escuela limitará el cupo de posibles compañeros. Según Rice (1997) la selección de pareja es una secuencia por medio de la cual se filtran y eliminan a las personas inconvenientes e incompatibles hasta que una es seleccionada; además, diversos procesos influyen en esta selección de pareja:

- *Proximidad*: es evidente que resulta más probable que una persona se case con alguien que vive cerca y con la que está en contacto.
- *Atracción*: la gente se acerca a las personas que encuentra atractivas, en esta categoría se incluye la atracción física y la atracción por rasgos de personalidad.
- *Homogamia o heterogamia*: se denomina homogamia a la tendencia a elegir un compañero similar a uno mismo en cuanto a características sociales y personales. Elegir a un compañero diferente se denomina heterogamia.
- *Compatibilidad*: es la capacidad para vivir juntos en armonía, y puede evaluarse por medio de los sistemas de hábitos, concepciones de roles y normas, las necesidades, actitudes, valores y temperamento (pp. 608-609).

La pareja, generalmente conlleva un proceso de vida en el cual se va desarrollando cierta dependencia basada en el tiempo, las vivencias y evoluciones compartidas, lo que conforma el ciclo por el cual la pareja nace y se desarrolla. En este proceso se intercalan una serie de etapas complejas, en ocasiones progresivas, en otras regresivas, estáticas, dinámicas; estables y cambiantes, con oscilación entre periodos de cercanía y de distancia caracterizado por estadios de continuidad y discontinuidad (Sánchez, 1995).

Solomon (1973; citado en Díaz-Loving y Sánchez, 1999) establece que el ciclo de la pareja se divide en cinco etapas:

- **Matrimonio**: es la separación de la familia de origen. La pareja ha de aprender a satisfacer las necesidades mutuas.

▪ **Nacimiento:** la pareja ha de desarrollar nuevos roles, sin descuidar su relación de pareja.

▪ **Individuación** (primer hijo va a la escuela): la pareja debe aceptar la creciente independencia de los hijos y favorecer y estimular su socialización fuera de casa.

▪ **Partida de los hijos:** los hijos adultos se alejan de los padres y forman relaciones fuera del núcleo familiar, los padres deberán aprender a dejar ir a los hijos.

▪ **Integración de pérdidas:** finalmente, la pareja habrá de afrontar pérdidas de tipo económico, social y biológico (p. 39).

Díaz-Loving (1996) contextualiza el establecimiento, desarrollo, mantenimiento y disolución de una relación interpersonal en términos de un ciclo de acercamiento-alejamiento. Para este autor, una relación involucra una serie de interacciones (reales o imaginadas) a través del tiempo, de manera que cada episodio es afectado por eventos anteriores, en conjunto con las expectativas del futuro. La relación implicará sentimientos, emociones, atribuciones, deseos, esperanzas, desilusiones, etc; durante y entre interacciones, los participantes reflejan lo que les ha acontecido y lo comparan con lo que les gustaría sucediera, o imaginan lo que podría suceder. Díaz Loving (1999) propone las etapas que se presentan a continuación:

Etapas extraño / desconocido. Uno de los sujetos percibe al otro como un extraño. Se percibe y reconoce al otro, pero no se realizan conductas o cogniciones dirigidas al establecimiento de algún tipo de relación o acercamiento.

Etapas de conocido. Ya que se percibió al otro, el sujeto evalúa el estímulo y categoriza a esa persona como alguien que podría convertirse en un conocido o mantenerse como extraño. Aquí se decide si se quiere hacer la relación más cercana, alejarse de ella o simplemente mantenerla como conocidos.

Etapas de amistad. La persona se adentra más en la relación, hay interés de acercarse a la otra persona e implica una motivación afectiva común a la amistad con lo que se da una constante reevaluación que lleva al mantenimiento o incremento de la amistad.

Etapas de atracción. Aparece la unión como motivo y la locomoción de acercamiento afectivo hacia el otro. Se acentúa el interés de conocer al otro, de hacerse más interdependientes.

Etapas de pasión. Existe una respuesta fisiológica que implica deseo, entrega, desesperación y comúnmente es efímero.

Etapas de romance. Carga de afecto e ilusión, está vinculada al romanticismo y la devoción y se conjunta con la etapa de pasión.

Etapa de compromiso. Los sujetos están de acuerdo en continuar dentro de su relación a largo plazo. La pareja decide si es adecuado comprometerse en una relación más íntima y a más largo plazo, generalmente en forma de matrimonio.

Etapa de mantenimiento. Cuando el compromiso se consolida y con el diario convivir de la pareja a largo plazo, puede decirse que el mantenimiento es la base de la estabilidad y evaluación de la familia. Implica enfrentar y resolver problemas que se presentan por la rutina.

Etapa de conflicto. Dadas las presiones y obligaciones de la vida diaria, surgen tensiones que las personas no pueden manejar y que conllevan sentimientos de frustración, enojo, irritación y temor. Al no resolverse a corto plazo el mantenimiento se tiñe de conflicto y cuando los conflictos son recurrentes y el mantenimiento ya no resulta funcional, se desarrolla la etapa de conflicto.

Etapa del alejamiento. Dado que las personas se lastiman durante la relación, se tiende a evitar el cotidiano contacto de pareja. Desaparece el gusto por interactuar y conocer al otro. Sentimientos de frustración y temor al interactuar.

Etapa del desamor. La interacción se presenta con aspectos negativos y los miembros consideran que su relación esta teñida por el desamor y se busca evitar y evadir al otro miembro de la pareja.

Etapa de separación. La relación se ha tornado insoportable y se vuelve atractiva la opción de dejar la relación o tener otra pareja. En una relación donde se decide no continuar más se produce el rompimiento que legalmente conduce al divorcio.

Etapa del olvido. Después de la separación es algo común los intentos por reintegrar la pareja, sobre todo al comparar la situación de soledad, o de la nueva relación con una reevaluación positiva de la antigua vida de pareja, sin embargo, con la absorción en las actividades de la nueva selección se pasa al olvido (pp. 17-23).

Campbell (1991) por su parte, plantea otra serie de etapas por las que ha de atravesar la pareja, en cada una se presentan obstáculos a vencer para seguir avanzando a la etapa consecutiva. Campbell las llama "etapas del viaje de la pareja" y son las siguientes:

- **El idilio.** Es la etapa en la que la pareja está inspirada por su visión de cómo se "supone que debería ser", por la promesa de que esta persona tiene algo muy especial que se ha estado buscando. Existe la ilusión de la unidad, fantasías de un futuro armonioso, una difusa e indiferenciada sensación del "nosotros". Se crean diversas formas de dependencia entre ambos miembros de la pareja, al estilo de "no puedo vivir sin ti". El obstáculo que se ha de superar en este punto es la ilusión del idilio: que los sueños se hacen realidad, que los deseos se cumplen, que la vida es de color de rosa y que la gente se relaciona armoniosamente sin pararse a pensar en los intereses propios y las diferencias individuales. Esta etapa finaliza cuando el camino se pone difícil y los integrantes de la pareja ven que sus visiones y sueños no van a realizarse tan fácilmente como ellos habían supuesto. Cuando ello ocurre algunas parejas terminan la relación pero las que deciden enfrentarse a la pérdida de su visión pasarán a la siguiente etapa.

• **La lucha por el poder.** Comienza cuando se reconoce “tú no eres como yo creía que eras” o “no somos como creíamos ser”. La ilusión de la unidad se ve reemplazada por la desilusión de la falta de unidad, de la desunión. En lugar de una visión se experimenta una división: diferencias y dificultades. La relación mantenía una promesa y se ha roto, nos sentimos desilusionados, tristes e iracundos, sin embargo, sólo luchando se logrará conseguir lo que uno desea y así la lucha por el poder es un intento por conseguir que el compañero sea del modo como se supuso debía ser. Sin embargo, a otros la lucha por el poder los lleva a herir inconscientemente a su compañero en venganza por la desilusión que uno se ha llevado. El obstáculo a vencer es la ilusión del poder, la creencia de que las amenazas, la fuerza, la manipulación o la dominación, sea sutil o no, puede hacernos alcanzar lo que tanto deseamos. La etapa finaliza cuando uno reconoce cómo es, renuncia a su apego, a las fantasías de armonía sin lucha, logros sin esfuerzos, placer sin dolor. Si la relación sobrevive se pasa a la siguiente etapa más pacífica.

• **La estabilidad.** Comienza con el perdón; los miembros de la pareja renuncian a su tenaz obstinación en “hacer que funcione” la relación y se permiten errar y fallar. Llegan a aceptarse el uno al otro como personas individuales y aprenden de sus conflictos. Elaboran una serie estable de reglas con que negociar y expectativas del papel de cada uno. El obstáculo aquí es la ilusión de la paz, el apego a la estabilidad a costa de la novedad y el cambio olvidándose de que el progreso entraña riesgo, dolor e incertidumbre y que todo esto se ha de padecer si se continúa el viaje.

• **El compromiso.** La pareja se rinde verdaderamente a lo que es, y acepta la realidad y los fallos humanos de la relación. Abandonan la intención de “remodelar” al compañero (a) y tratan de ser agradables a toda costa. Aprender a manejar la tensión, los conflictos inherentes al dilema de amar a la persona y detestar algo que esta hace. Saben amarse sin necesidad de estar de acuerdo en todas y en cada una de las ocasiones. Sin embargo, hay una trampa en la que pueden caer, la ilusión del aislamiento: “hemos hecho lo que era necesario para armonizar nuestras diferencias como pareja... nuestro trabajo ya esta completo... no necesitamos preocuparnos por el mundo al margen de nosotros”. Las parejas que continúan su evolución llegan a la quinta etapa.

• **La creación conjunta.** La pareja aplica al mundo que está más allá de su asociación todo lo que ha aprendido en las 4 etapas previas. Expresan el sentimiento de unidad humana que experimentan en su relación y ofrecen a los demás los frutos de su relación conjunta. Se ocupan de trabajos creativos compartidos como una forma de hacer una contribución al mundo. El fallo aquí, puede darse por la tendencia a ponerle demasiada atención a su relación con el “mundo” y poca energía en la relación de pareja (pp. 21-23).

Shostrom (1970; citado por Rage, 1999) plantea que la relación de pareja tiene cuatro grandes dimensiones o componentes: eros, empatía, amistad y ágape.

• **Dimensión del eros.** Es la forma romántica del amor e incluye curiosidad, celos, exclusividad, deseos sexuales y carnales, dicha etapa esta muy presente en los primeros años del matrimonio y el sexo juega un papel muy importante.

- **Dimensión de la empatía.** Ésta etapa comprende una mayor madurez, comprende la habilidad de sentir profundamente la separatividad, así como la naturaleza masculina y femenina de la pareja. Comprende compasión, aprecio y tolerancia por la personalidad del otro.

- **Dimensión de la amistad.** Ésta dimensión se da entre los 13 y 20 años de casados, supone haber vivido las dos anteriores y busca incrementar los intereses comunes, con más tiempo para realizar actividades juntos.

- **Dimensión del ágape.** Es el amor que no requiere motivación, no busca para sí mismo sino que es sanamente altruista. Busca llenar el vacío del otro más que el de uno mismo y es un amor propio de la madurez, que generalmente comienza después de los 20 años de casados y se incrementa en la madurez a lo largo de la vida (pp. 107-110).

1.4.4. Matrimonio

El matrimonio y paternidad aún siguen siendo la norma en la sociedad occidental, pero pueden tomar muchas formas y su naturaleza es cambiante. El punto de vista tradicional indica que la familia consiste en un sólo proveedor, masculino, una esposa dependiente e hijos; pero este patrón sólo se aplica a una pequeña minoría de las familias occidentales, la mayoría de las parejas ahora es de doble proveedor y la mayoría de las madres, incluso las que tienen hijos en edad preescolar, también trabajan (Berryman, 1994). En muchas culturas, por ejemplo, admiten la intimidad sexual sólo en el matrimonio. El vínculo está simbolizado por un rito nupcial; más tarde los nuevos roles de esposo y esposa, en relación con el otro cónyuge y con la sociedad. La comunidad sanciona la unión, que debe brindar apoyo emocional, placer sexual y seguridad económica a los dos jóvenes y a su familia (Craig, 1998).

Rage (1999) define el matrimonio como la manifestación libre de voluntades entre el hombre y la mujer para constituir un estado de vida de mutua ayuda, en función de conservar la especie y que puede ser permanente. Este tipo de matrimonio es el que suele ser la base del actual, aún y cuando en los países más desarrollados se han empezado a manifestar nuevos estilos de matrimonios. Para Moraleda (1995) el matrimonio no sólo conduce a una reorganización de la personalidad de ambos cónyuges, sino que la requiere. El matrimonio exige, en efecto, una unión en la que el elemento directivo de la persona, el yo, se amplía para considerar al consorte como otro yo, cuyos deseos, necesidades y bienestar son tenidos en cuenta en paridad con los propios y cuyas opiniones e ideas son valoradas en la adopción de decisiones de interés común. Los esposos no se dan cuenta de que en muchos aspectos han pasado a ser interdependientes y que la dicha de uno esta ligada al bienestar del otro.

Según Rice (1997) al inicio del matrimonio todas las parejas de enfrentan con las tareas del ajuste matrimonial, ello se debe a que tarde o temprano las parejas descubren que su matrimonio no cumple todas sus expectativas, por lo que deben realizar una serie de ajustes que les permita modificar su conducta y la relación de modo que logren obtener el mayor grado de satisfacción con un grado mínimo de frustración. En diversos estudios se ha mostrado una disminución en la satisfacción de la pareja durante los primeros años del matrimonio, particularmente después del nacimiento del primer hijo. Sin embargo,

posteriormente se observa un incremento global en la satisfacción marital después de que los hijos han alcanzado la edad escolar o han pasado la adolescencia. La medida en que las parejas necesiten hacer ajustes al matrimonio dependerá parcialmente del grado en que algunas de esas tareas hayan sido enfrentadas durante el cortejo.

Berlfein, Brengio y Moscona (1993; citados en Rage, 1999) consideran que una pareja sana es aquella capaz de convivir con el desequilibrio de las vicisitudes que la vida genera que por un lado implican conflictos, desajustes, faltas y, por el otro, acceder al placer, la creatividad, la unión y la productividad. Este interjuego dará a la pareja la posibilidad de pensarse a sí misma habiendo establecido un espacio vincular compartido y un espacio individual propio que, a su vez, dará cuenta de un nivel de discriminación enriquecedora. La patología está dada por un movimiento circular repetitivo y estéril que no conduce a la creatividad. La dificultad de discriminación entre los dos “yo” impedirá la evolución del vínculo mediante la incorporación y desarrollo de nuevas posibilidades de intercambio. Para Rage (1999) los miembros de las parejas sanas se adaptan y cada uno copia las técnicas del otro para resolver los conflictos y encarar el estrés que genera la vida familiar. Cuando se ven frente a las tensiones, estas parejas tienen la capacidad de modificar sus actitudes para superarlas.

Caratozzolo (2002) menciona que es difícil definir salud o enfermedad en una pareja, sin embargo, la salud y bienestar de ésta dependen de la “plasticidad” para establecer vínculos asimétricos cuando la necesidad lo requiere, dichas conformaciones asimétricas pueden ser intercambiables entre sus miembros y se desarrollan en un marco general de simetría. Dicho autor entiende como asimetría aquella relación cuyos polos se encuentran en distintos niveles de maduración psíquica, por ejemplo, la vinculación parental planteado desde la inmadurez e indefensión del bebé que lo pone en desventaja frente a las capacidades del adulto.

Willi (1978) considera que el matrimonio saludable entre sí debe observar el siguiente trazado de límites:

1. La relación de los cónyuges entre sí debe diferenciarse claramente de toda otra relación de amistad. Los cónyuges deben sentirse como pareja, deben exigirse mutuamente espacio y tiempo propios y hacer vida conyugal.
2. Pero dentro de la pareja deben continuar distinguiéndose entre sí, respetando los límites claros entre ellos (p. 23).

1.4.5. Paternidad y Maternidad

Flaquer (1998) define la familia como un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos. Así pues, la llegada del primer hijo es de suma trascendencia en el desarrollo de la persona. La llegada del nuevo hijo supone una reorientación de la vida de los cónyuges, en algunos casos más profunda que la que se efectúa en el matrimonio. La necesidad de adaptarse al hijo, el interés común por su educación, las exigencias de una dedicación al mismo a costa del tiempo libre propio, la rutina diaria, etc., son factores que influyen en esta reorientación. La armonía en la relación matrimonial dependerá esencialmente de que los cónyuges encuentren roles

recíprocamente complementarios en la crianza del hijo, de que se dividan las responsabilidades y cada uno respete y apoye la función del otro (Craig, 1998).

Para muchos la llegada del primer hijo puede definirse como un periodo de estrés y transición. La cantidad de estrés varía de una pareja a otra, entre más estresante haya sido el matrimonio de la pareja antes de la paternidad, más probable es que tengan dificultades para ajustarse a la llegada de su primer hijo. En ocasiones el estrés puede presentarse si el embarazo no se había planeado, si la transición a la paternidad fue muy abrupta o puede estar generado por el cuidado de los hijos dependiendo del temperamento de cada uno y de lo sencillo que sea su cuidado (Rice, 1997).

En la familia conyugal se dan las bases para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes. Las relaciones que tienen los padres con los hijos son fundamentales en el proceso educativo influyendo directamente sobre el desarrollo de sus competencias tanto en el ámbito socio-cognitivo, emocional como comportamental. En el proceso de la interacción los padres tienen que utilizar estrategias de resolución de los conflictos y las tensiones que aparecen en la convivencia y emplear prácticas apropiadas de educación, para garantizar un desarrollo óptimo del niño (Pons, 1997).

1.4.6. Divorcio

Las investigaciones sobre el divorcio han optado por dos líneas diferentes: el efecto del divorcio en los hijos y el efecto de éste en los propios adultos en los cuales nos vamos a centrar. Entre los factores asociados al divorcio se encuentran los de tipo socioeconómico, la edad de los cónyuges, la ocupación y la transmisión intergeneracional. También se ha encontrado que generalmente son las mujeres las que toman la iniciativa en este proceso, sin embargo, la etapa del predivorcio suele ser la más dura para ellas, mientras que entre los varones, al no haber tomado parte en la decisión, esta primera etapa suele ser relativamente tranquila (Moraleda, 1995).

Sin embargo, en la fase del divorcio suelen presentarse en ambos esposos un incremento en la ira y el dolor, empiezan a sopesar si desear permanecer o abandonar el matrimonio, los intentos de agradar al compañero se hacen menos frecuentes, pero aumentan los intentos por resolver los problemas. Por último, la fase final se caracteriza por sentimientos de desamparo, apatía, poca esperanza y confianza (Rice, 1997). Además un fenómeno frecuentemente observado en esta etapa es la dificultad para establecer nuevas relaciones sociales (Moraleda, 1995).

No obstante, la mayoría de la gente divorciada no permanece soltera, aproximadamente las tres cuartas partes de las mujeres divorciadas se casan de nuevo, y los hombres son aún más propensos a volverse a casar que las mujeres de la misma edad. Cuando más elevado sea el nivel socio cultural de una mujer, es menos probable que se case nuevamente, no importa cuántos niños tenga - posiblemente debido a que tiene una mejor oportunidad de mantenerse a sí misma y a su familia (Fernández, 2006).



CAPÍTULO

II

MALTRATO HACIA LA MUJER

"Ámame cuando menos lo merezca, ya que es
cuando más lo necesito"

Proverbio chino

“La violencia no es normal, aún cuando nos enseñen a verla como si lo fuera. La violencia es un mal que afecta a toda la familia, y sólo con ayuda psicológica y jurídica es posible contrarrestarla” (Berumen, 2003).

En México, al igual que en otros países del mundo, la violencia doméstica es un problema social de gran impacto que afecta a un gran número de mujeres, menores, discapacitados, ancianas (os) y, en general, a la sociedad en su conjunto. En nuestro país este fenómeno se empezó a reconocer como fenómeno significativo a partir de finales de los años setentas cuando el movimiento feminista visibilizó al maltrato a mujeres como un problema de gran impacto social, es entonces cuando a principios de los años ochentas se organizan grupos de mujeres que empezaron a proveer servicios y apoyo a mujeres maltratadas (Cidhal, 1998).

Se sabe que la violencia contra las mujeres y los niños es una violación a sus derechos humanos; que sus causas están cimentadas en complejos mecanismos culturales y que legitiman el uso de la fuerza contra los más débiles del grupo social de que se trate. En la familia se establecen relaciones de poder y cuando este adquiere la figura de poder autoritario, las relaciones se ejercen de manera asimétrica tal, que implican el control y la administración de los recursos disponibles; el poder establece un discurso de verdad y con él legitima sus prácticas; el poder premia y sanciona, protege y destruye, sabe cuándo comportarse como humano y cuándo como bestia, –como dijera Maquiavelo (citado en Berumen, 2003) “el poder ama, odia y procura que se le ame en el temor. Finalmente, el poder hiere con mil mecanismos e incluso en un día culminante decide la muerte de los súbditos”. No existe argumento que justifique el comportamiento violento; la mujer maltratada, el niño golpeado, el anciano abandonado o el homosexual ultrajado, son víctimas del delito y el daño sufrido lastima una parte importante del tejido social. La violencia no es atraída por la víctima ni ésta la necesita, sino que llega de pronto a su vida rompiendo la frontera de su inviolabilidad personal y se instala en ella con su oscura fachada de lesiones psicológicas, físicas y sexuales, mismas que son causa de conmoción, incredulidad, angustia, depresión, sentimientos de culpa, ideas suicidas, miedo, etc., y el miedo quebranta la condición humana y las personas que viven en él por causa de la violencia son víctimas y necesitan ayuda (Berumen, 2003).

Gran parte de este problema social se debe a que la violencia contra las mujeres, y especialmente la que se da dentro del hogar, ha sido legitimada por siglos. A pesar de su extensión y gravedad, la sociedad no la percibe como un fenómeno social y eso hace que permanezca oculta y silenciada; la complicidad entre víctimas y victimarios impide que la sociedad conozca la real magnitud e impacto de los actos de violencia que se dan en el espacio familiar (Traverso, 2000). Sólo cuando la violencia provoca graves daños físicos o psíquicos, el fenómeno se vuelve visible para los demás (Corsi, 1994).

La mujer maltratada puede ser una jovencita recién casada, una mujer de treinta y tantos con hijos pequeños o una señora de 40 o 50 años. Puede vivir en un jacal de cartón en una ciudad perdida, en una rancharía en el campo, en un departamento de interés social, en un condominio de clase media en la colonia Del Valle o en una residencia en Bosques o en el Pedregal. Puede ser ejecutiva de una empresa, un ama de casa tradicional, secretaria, estudiante, estrella de las telenovelas o actriz ganadora del Oscar. Su compañero puede trabajar como plomero, empleado de banco, empresario, chofer,

médico, político; la violencia intrafamiliar es una práctica universal que no distingue edad, estrato socioeconómico o cultural, nacionalidad, religión, raza, orientación sexual, antecedentes personales, años de convivencia o número de hijos (Berumen, 2003).

2.1. Concepto de Violencia Intrafamiliar

El concepto de violencia intrafamiliar involucra la expresión sistemática de abuso físico, sexual, emocional o económico que ocurre dentro del marco familiar. Dichos actos son perpetrados con el propósito de intimidar, controlar o disciplinar a los miembros más vulnerables de la familia como los niños, las mujeres, los ancianos o personas discapacitadas. Las categorías más usuales de violencia intrafamiliar incluyen maltrato a ancianos y discapacitados, el maltrato infantil y la violencia en la pareja, tema de esta investigación (Fischman, 2000).

La violencia intrafamiliar se presenta cuando uno de los integrantes de la familia abusa de su fuerza, autoridad o de cualquier otro tipo de poder que tenga y violenta la tranquilidad de uno o varios integrantes de la familia, ya sea mediante agresiones físicas como golpes, cortadas, tocamientos lascivos o actos sexuales forzados, como de agresiones verbales: insultos, ofensas, descalificaciones, humillaciones o amenazas y cualquier otra conducta que cause un daño físico o emocional. Considerándose violencia el daño o sufrimiento físico o emocional de una persona perpetrado por otra; en nuestros hogares nos hemos acostumbrado a ver normal un asunto que no lo es: la violencia merma y estanca el desarrollo psicosocial de las personas (Berumen, 2003).

Heise (1994; citado en Velásquez, 2004) define la violencia contra la mujer como todo acto de fuerza física o verbal o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico y psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina. Según la Declaración de la Asamblea General de las Naciones sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer elaborada el 20 de diciembre de 1993, la violencia de género se define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (Jiménez, 2003).

Parecido a lo anterior, entre los acuerdos de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer realizada en Brasil en 1994 (citado en Fischman, 2000) esta se define como cualquier acción o conducta, basada en género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado. Por su parte el Sistema de Atención y Prevención de la Violencia Familiar considera que la violencia es un acto de abuso de poder centrado en el aprendizaje social de que ser hombre significa ser superior a las mujeres y eso les da derecho a dominarlas o controlarlas (Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social y Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, 2001).

Corsi (1992) define la violencia conyugal como toda conducta abusiva que se da en el marco de una relación heterosexual adulta, que habitualmente incluye la convivencia (aunque no en todos los casos) entendiéndose por conducta abusiva todo lo que, por acción u omisión, provoque daño físico y/o psicológico a la otra persona. Dicha relación abusiva puede darse en el marco de un noviazgo, un matrimonio o de una unión de hecho y puede adoptar y tener distintos grados de gravedad. Generalmente, son formas de demostrar control y dominación sobre el otro. El mismo Corsi (1994) define a la mujer maltratada como toda persona del sexo femenino que padece maltrato físico, emocional y/o abuso sexual, por acción u omisión, de parte de la pareja con quien mantiene un vínculo de intimidad. La victimización incluye el obligar a la mujer o ejecutar acciones que no desea y/o prohibirle la concreción de aquellas que sí quiere efectuar.

Sin embargo, es necesario señalar que, aunque en ocasiones empleamos los términos agresividad y violencia como sinónimos, existen ciertas diferencias entre ambas. La agresividad implica confrontación mientras que la violencia es un atentado contra la voluntad de otra persona o de un colectivo. La agresividad es la primera respuesta ante un conflicto como procedimiento de imposición de una perspectiva sobre otras ante la ausencia de habilidades para la negociación o ante la imposibilidad de la misma. La violencia surge cuando se emplea la intimidación, el lenguaje agresivo o discriminatorio o la fuerza física. La violencia atenta directamente contra la integridad personal, física o sexual de una persona o un colectivo (Barragán, De la Cruz, Doblás, Padrón, Navarro y Álvarez, 2001). Para Velásquez (2004) la palabra “violencia” indica una manera de proceder que ofende y perjudica a alguien mediante el uso exclusivo o excesivo de la fuerza.

2.2. Antecedentes históricos

La relación de pareja a través de la historia ha tomado diversas modalidades, es así como en los pueblos nómadas lo que prevalecía era la promiscuidad. Se trataba de hombres y mujeres que convivían sin ningún límite entre ellos, por lo que la paternidad no era fácil de identificar, quizá este sea el antecedente de la prohibición del incesto (Delgadillo y Gurrola, 2000).

Rage (1996) refiere que una vez que se superó lo anterior como la única manera de relacionarse entre los pueblos primitivos, el hombre podría elegir a la mujer que deseaba para madre de sus hijos y pagaba un precio por ella, por lo que la relación conyugal se tornaba en propietario y objeto poseído, acción que la mujer aceptaba sin replicar. Posteriormente se instituyó el raptó como medio para el matrimonio, comenzó como botín de guerra, sin embargo se siguió practicando aún en tiempo de paz; es así como posteriormente surgió el matrimonio de estrategia familiar, en donde los padres del hijo varón negociaban el matrimonio con los padres de la mujer como si se tratase de una transacción comercial, de hecho, se manejaban consideraciones económicas, sociales, laborales y políticas para la realización de la misma.

Las anteriores formas de relación muestran un común denominador que es la devaluación de la mujer y no así la vida amorosa y mucho menos el crecimiento personal y/o la felicidad, el único fin era la procreación; bajo este marco de sociedad de este tiempo se protegió a la pareja y a la familia como base de la vida civil y como símbolo de la

continuidad de la raza y de la cultura respectiva (Delgadillo y Gurrola, 2000). El entorno vivido por la mujer a través de las épocas y en los pueblos ha sido diverso, es importante revisar los rasgos más sobresalientes de la relación de pareja en las principales culturas antiguas, para entender la influencia que tuvieron en la cultura occidental (Rage, 1996; Rodríguez, 1992).

Velásquez (2004) hace una pequeña recapitulación de sucesos históricos que muestran el lugar que se le ha dado por años a la mujer en las relaciones de pareja. Constantino el Grande, considerado el primer emperador cristiano de Roma, asesinó a su esposa Fausta, con quien contrajo matrimonio por poderes en el año 298, siendo ella una niña, para asegurar su imperio, torturó y escaldó a su joven esposa en una caldera de agua hirviendo lentamente sobre fuego de leña, cuando ya no le servía para apoyarlo. En Arabia Saudita y los Emiratos Árabes sigue vigente un rito muy antiguo que contempla la lapidación de las mujeres adúlteras en una plaza destinada a tal efecto. En el Deuteronomio (25: II, 12) entre diversas leyes y ordenanzas, una de ellas castiga a la mujer con la mutilación si, viniendo a rescatar a su esposo en la lucha con otro hombre, toca los genitales del oponente.

Del otro lado, en la Grecia antigua el matrimonio solía ser monogámico, gozaba de bastante libertad sexual y no había tabúes ni grandes represiones. El divorcio era fácil para ambas partes. Había dos clases de mujeres: la esposa y la cortesana o *hetaira*, que solía ser una amiga de refinada educación y cultura. La mujer se vio favorecida por el culto de los griegos a la belleza corporal; tal vez fue este el primer pueblo en que la mujer llegó a ser para el varón una genuina compañera. Por otra parte, la filosofía platónica y neoplatónica que enaltecía en exceso el espíritu en tanto que devaluaba el cuerpo, fomentó los movimientos ascéticos que más tarde, en la era cristiana, desembocaron en una devaluación del matrimonio y en el concepto de la mujer como peligro y seducción del hombre (Rage, 1996).

La cultura romana tiene una importancia en muchas de las legislaciones contemporáneas, especialmente las de tradición latina, como la nuestra ya que en esta cultura el matrimonio era monógamo y se exigía la fidelidad de la mujer, sin embargo, el hombre soltero o casado, tenía libertad sexual mientras no se relacionara con mujeres ajenas. Lo anterior deja claro que la mujer era valorada en el seno del hogar, pero devaluada en la calle a merced de la prostitución. Es interesante notar que después de 500 años de la fundación de Roma no había instancias de divorcio ni proceso legal para obtenerlo, no obstante la prostitución estaba muy difundida y la sociedad romana la aceptaba (Delgadillo y Gurrola, 2000).

También el pueblo judío de la Biblia ha ejercido una gran influencia en las culturas modernas a través del Génesis, ya que en él se describe cómo la mujer surgió del costado del hombre para ser su compañera a fin de que éste no viviera en soledad: “fue llamada varona porque del varón fue tomada. Por eso el hombre deja a su padre y a su madre y se une a su mujer y se hacen una sola carne “ (2:23,24). En el diálogo de amor pareciera ser que ambos, varón y varona, vivirían una situación de igualdad, sin embargo, judíos y cristianos otorgaban todos los privilegios a los varones. Por otra parte, en el Éxodo (20: 17), la mujer formaba parte de las propiedades del hombre dentro de los Diez Mandamientos de la Ley de Dios: “No desearás la casa de tu prójimo, ni su mujer, ni su

sierva, ni su buey, ni su asno, ni nada que sea de tu prójimo”; es así como el adulterio aludía a la mujer casada con el hombre, pero no así cuando el hombre casado mantenía relaciones con una mujer soltera (Renfrew, 2001).

Por lo anterior y muchas ideas más plasmadas en las páginas de la Biblia, se llega a la conclusión de que paradójicamente, la historia del cristianismo no fue la historia de la mujer liberada, primeramente porque se tenía la idea de que el espíritu era lo bueno y por lo tanto el cuerpo era malo y la mujer era la encarnación de las tentaciones de la carne. Un segundo aspecto era la creencia del dominio de la voluntad sobre las pasiones; el espíritu debía reprimir al cuerpo, y la parte más rebelde del cuerpo era el sexo. La tercera situación la constituía la doctrina agustiniana respecto al pecado original, que se afirmaba era transmitido por el acto sexual. Tales circunstancias dejaban ver la relación de pareja como un acto deshonesto, ya que el sexo era el llamado de los placeres de la carne y sólo se justificaba cuando el propósito era la procreación. Es así, como por más de 1,500 años, los teólogos enseñaron que el fin primario del matrimonio era sólo la procreación y minimizaron todo lo referente a la psicología de la pareja; el matrimonio era un contrato por el cual un varón y una mujer se daban y aceptaban el derecho perpetuo y exclusivo sobre sus cuerpos, disponiendo de los actos que son aptos para la generación de la prole (Delgadillo y Gurrola, 2000).

En épocas posteriores, fuentes históricas aseguran que el 80% de las personas torturadas y muertas en la hoguera fueron mujeres ya que entre los años 1450 y 1800 murieron quemadas en Europa entre dos y cuatro millones de mujeres; el *Malleus Maleficarum* (“el martillo de las brujas”) era un manual para que los inquisidores detectaran el demonio en las mujeres a través de su comportamiento sexual, pretendido o real (Velásquez, 2004).

Para los chinos la organización de la familia era monogámica, aunque practicaban la poligamia, la mitad de los chinos tenían al menos dos mujeres, esta actitud se vio hasta antes de la revolución china. Existía un gran respeto por los ancianos, especialmente de parte de las mujeres, las cuales estaban muy devaluadas, los padres vendían a sus hijas, quienes tenían que actuar en su condición de compradas, es decir, como esclavas del cónyuge y de los suegros; esta venta se realizaba por medio de los intermediarios y en muchos casos cinco o seis años antes del matrimonio. Era obligación que la mujer fuera a vivir con los suegros, la suegra era despiadada con la nuera, quien tenía que trabajar fuertemente a la par del marido y les debía absoluta sumisión a los suegros, si se revelaba era castigada severamente, y en ocasiones condenada a muerte. Cuando una hija no se casaba, con frecuencia era dedicada a la prostitución y para esto los padres se ponían de acuerdo con los reclutadores. Además, el infanticidio femenino mediante el ahogamiento de las bebés fue un método utilizado en las zonas rurales para desembarazarse del exceso de bocas que alimentar; sin embargo, posterior a la revolución china se dio un cambio profundo en las costumbres familiares; se implantó la igualdad entre el hombre y la mujer y se rechazó la noción de mujer – objeto; de hecho, muchas de las costumbres inhumanas, como matrimonio precoz, sumisión absoluta a la familia y otras más han sido derogadas y actualmente se busca que los jóvenes de ambos sexos sean productivos y se ha estipulado la edad de 30 años para casarse. Estas reformas han sido estipuladas para garantizar la igualdad de derechos, la seriedad del compromiso y la solidez en los vínculos del matrimonio (Velásquez, 2004).

Japón, muchos siglos vivió aislado y conservó sus tradiciones ancestrales hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Actualmente se conjuga la tradición con la modernidad; en la relación hombre – mujer los derechos son idénticos en teoría, pero en la práctica predominan las costumbres antiguas. El matrimonio es monógamo, pero la mujer está sometida al jefe de la familia que en muchos de los casos no es el esposo; en la relación conyugal, guarda silencio cuando su marido habla y camina detrás de él en señal de sumisión; si se permite el divorcio, pero como quien lo pide es el marido, de hecho la separación se da en forma de repudio, poniendo a la mujer en un lugar nada favorable. Por otra parte este país presenta el índice más alto de control de la natalidad poniendo a la mujer en una misión distinta a la tradicional de ser madre prolífica (Rage, 1996).

Delgadillo y Gurrola (2000) refiere que para los hindúes el matrimonio ha tendido hacia dos direcciones: la poligamia y la monogamia. Esto debido a las diferentes tribus que convergen en este país; los padres deciden sobre el matrimonio de los hijos y con frecuencia casan a un niño con una niña. El Dharma – Sutra, que es el libro sagrado de los hindúes, dice que una niña debe ser dada en matrimonio antes de ser púber; esta costumbre es más bien propia de la clase baja ya que en la clase alta, el matrimonio es monógamo, sólo en el caso de que la mujer sea estéril o no haya podido tener hijos, es permitido tener otra mujer. Además, existe un elevado sentido religioso de la sexualidad; la procreación es para ellos un deber sagrado ya que creen que las almas están esperando un cuerpo para reencarnarse, por lo que las mujeres son meras fabricantes de hijos, devaluando con ello su humanidad.

Para los países árabes o islámicos, el Corán permite a los hombres cuatro mujeres legítimas y todas las concubinas que el hombre pueda tener y mantener; dictamina además que por voluntad de Alá, la mujer es inferior al hombre, además, en algunos países árabes todavía se considera a la mujer como objeto de placer y la que trae a los hijos al mundo por lo que su virginidad es muy importante y por eso es encerrada desde su infancia, además, la mujer siempre permanecerá bajo el dominio del hombre, llámese padre o esposo. El matrimonio es decidido por los padres de los contrayentes y prácticamente la joven conoce al que va a ser su marido hasta el momento de la boda, después de haber pagado una dote por ella; el marido puede repudiarla, pero ella no puede pedir el divorcio. La mujer es dueña absoluta dentro de sus paredes, pero no fuera de ellas; los hijos no le pertenecen y casi no posee ningún derecho legal, y aunque ha habido algunos intentos de liberación de la mujer, en la realidad se ha logrado poco, especialmente dentro del islamismo. En cuanto a los indígenas precortesianos, el destino de la mujer era decidido por los padres, no por ellas mismas; el marido era el jefe indiscutible y monárquico de la familia y podía tener varias mancebas, pero dentro del hogar la mujer era considerada y respetada, quizás de ahí el dicho: “siendo la catedral que importan las capillas” (Rage, 1996).

Las culturas mencionadas muestran el papel inferior que vivió y que sigue viviendo la mujer en algunas de ellas. El valor de la mujer ha radicado en el hecho de ser madre, es decir, ser la procreadora y la encargada de las labores hogareñas, recluida así en el seno de la familia como si su único desarrollo dependiera de la capacidad de tener hijos y de cuidar el bienestar de todos los integrantes de ella y de las disposiciones del hombre, anteponiendo esta actividad aún arriesgando su propio bienestar físico, psicológico y social. Por eso y por muchas razones más, es que la mujer estéril ha sido repudiada, ya que no cumple con su misión (Rage, 1996).

En el siglo XX se ha dado mayor realce a la mujer dentro de la entidad pareja en los planos de la salud, el social y el jurídico. Lo anterior ha abierto nuevas posibilidades y perspectivas de desarrollo pero sobre todo una garantía a su salud psíquica. Sin embargo, se siguen enfrentando problemas que devalúan a la mujer como lo es el hecho del acoso sexual en el trabajo, violencia en la familia y violencia con la pareja. Nuestra actitud frente al abuso conyugal en el pasado ha sido aceptarlo como una aberración o como parte de un proceso de castigo legítimo dirigido por un hombre hacia su esposa (Gelles, 1982). La violencia se desencadena como una demoníaca necesidad de hacer contacto, como un impulso demente para conmovir por la fuerza del modo más directo posible (May, 1990).

Según Bueno (1996), en México a pesar de que la mujer se ha incorporado a la vida económica del país, persiste aun la idea absoluta de que solamente en el matrimonio la mujer alcanza su satisfacción más plena, su posición social y estatus, de esta manera, el matrimonio parece ser la única forma de ser independiente de los padres. Desde la sociedad azteca, esta se regía bajo clases perfectamente diferenciadas y en cada una de ellas, la mujer estaba relegada a un segundo plano. Posteriormente el Derecho Castellano que rigió durante la Colonia sustentaba la supremacía del hombre sobre la mujer, ya que esta necesitaba ser protegida por considerarla incapaz de valerse por si misma. En la segunda mitad del siglo XIX el papel subordinado de la mujer se reduce e incluso se censura el maltrato a las mujeres, como resultado de la incorporación de ésta a la vida productiva económica por causas de la lucha de la Independencia de México; así, las mujeres se integran al comercio, a la industria textil y tabacalera, a la administración de tiendas y hasta la enseñanza. Finalmente la participación de la mujer en la lucha de la Revolución mexicana trae como consecuencia la lucha por un lugar propio en la sociedad y la búsqueda de sus derechos. Sólo hasta 1953, entra en vigor la reforma de la Constitución Política de México que le otorga a la mujer el derecho al voto, así como la igualdad en sus derechos políticos.

Actualmente la mujer mexicana lucha por establecer patrones de identidad fuera de casa pero esta siempre atrapada en una dualidad de roles conflictivos que se arrastran desde épocas prehispánicas. Los mensajes de los padres son: cástate y sé mamá como tu madre y, por otro lado, estudia para que así puedas ser independiente y hacer lo que quieras como tu padre. En consecuencia, las mujeres tienen un profundo sentimiento de culpa ya que identificarse con uno es rechazar el otro (Bueno, 1996).

2.3. Incidencia

El problema de la violencia contra la mujer no es fácil de documentar. Aún perdura una “cultura del silencio”, y más cuando se trata de abuso sexual en el seno de la familia. Existen múltiples razones por las cuales las mujeres no reportan los hechos, y que incluyen la vergüenza, el miedo a las consecuencias y el conocimiento de que no habrá una respuesta institucional que valide su experiencia. Aunque es difícil conocer la magnitud real del problema, en los últimos años se ha realizado un número creciente de estudios serios sobre la prevalencia de la violencia contra la mujer por su pareja. Una revisión reciente de más de 1.000 artículos científicos sobre violencia contra la mujer (Heise, Ellsberg y Gottenmuller, 1999; citados en García, 2005) indica que a nivel mundial:

- Entre el 10 y el 50% de las mujeres reportan que han sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de su vida.
- Entre el 3 y el 20% de las mujeres reportan haber recibido golpes durante su embarazo.
- Estudios internacionales indican también que entre el 10 y el 25% de las mujeres han sufrido abuso sexual durante su niñez (p. 3).

En nuestro país, del total de la población, un 51.2% son mujeres. Algunos de los datos más alarmantes en relación con las mujeres se dan respecto de la violencia, es decir, las principales víctimas de violencia intrafamiliar son en un 60% niñas y niños, y en un 30-35% las mujeres. El 80% de delitos sexuales son cometidos contra mujeres que sufren violencia intrafamiliar (Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación, 2005).

Según la Encuesta Nacional sobre Violencia, una de cada cinco mujeres que acuden a los servicios públicos de salud viven o han sufrido algún tipo de maltrato como son las humillaciones, los insultos, las heridas con armas punzocortantes o de fuego, además de violaciones y sustracción de bienes. Por su parte, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal calcula que durante el 2003 recibió alrededor de 35 mil denuncias por violencia intrafamiliar, es decir, un promedio de 95 casos por día, lo cual significa que cada 15 minutos se denuncia un delito de este tipo (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2003).

Jiménez (2003; citado en CDHDF, 2003) afirma que en la Ciudad de México, uno de cada tres hogares sufre de violencia intrafamiliar y en un 85% de los casos esta se presenta psicológicamente. Por otro lado, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2003; citado por Salazar, 2005) en México, 9.3 de cada 100 mujeres de más de 15 años padecen agresiones físicas de parte de sus parejas y 7.8% sufren ataques sexuales, factores que sin duda explican por qué cada día seis mujeres son asesinadas o se suicidan. Estos datos sociodemográficos se derivan de dos estudios amplios que se aplicaron en 2003: la Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres (ENVIM) y la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).

La ENVIM reveló que cuatro de cada diez usuarias de los servicios públicos de salud padecieron en su vida alguna agresión, hecho empeorado por que la agresión fue infligida por personas cercanas. La ENDIREH reportó que un gran total de 46.6% de las mujeres de 15 años o más que tienen pareja, sufren algún tipo de violencia: emocional (38.4%), económica (29.3%), física (9.3%) o sexual (7.8%). Las estadísticas del INEGI dicen que cada día mueren violentamente en el país, 30 mujeres; de ellas, 23 fallecen en accidentes, y seis por homicidios y suicidios. Pero una de cada cinco muertes violentas ocurre en el interior del hogar. Si bien, la violencia doméstica no siempre tiene un desenlace fatal, el INEGI recuerda que todo acto de violencia lesiona la identidad, autoestima y autodeterminación personal de la víctima. Por su parte la ENDIREH reveló que 55 de cada 100 mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja viven más de un tipo de violencia. El drama extremo ocurre para seis de cada 100 mujeres, que en su propio hogar son atacadas emocional, económica, física y sexualmente por su cónyuge (INEGI, 2003; citado por Salazar, 2005).

El INEGI consideró que había violencia física si la pareja de la mujer la había empujado, jalado del cabello, amarrado, pateado, lanzado algún objeto, golpeado con las manos o con un objeto, ahorcado, asfixiado, agredido con arma blanca o de fuego. Del mismo modo, consideraron que había violencia sexual si la pareja le había exigido tener relaciones sexuales, la había obligado a tener actos sexuales no deseados, o había usado la fuerza física para forzarla a tener relaciones (INEGI, 2003; citado por Salazar, 2005).

Otros datos interesantes obtenidos de este mismo estudio es que el INEGI señala que entre las mujeres maltratadas, 55% ya habían padecido violencia en su familia de origen. En el caso de las mujeres no maltratadas, habían sufrido violencia el 34%. En otras palabras, lo que se aprende en el hogar tiende a replicarse más adelante. Además, la violencia tiene consecuencias: agresión recibida, agresión transmitida. El 45 de cada cien mujeres maltratadas por su pareja agreden a sus hijos; hacen lo mismo 27% de las mujeres que no padecen violencia de pareja. Sin embargo, las agresiones son peores para el caso de las mujeres que sufren violencia física o sexual: 65% de ellas se cobran el maltrato dañando a sus hijos (INEGI, 2003; citado por Salazar, 2005).

Según el Banco Mundial, por violencia intrafamiliar se pierde uno de cada cinco días de vida saludable de toda la población; de cada 10 casos de violencia en adultos, ocho ocurren en mujeres. Cerca de 50% de mujeres con antecedentes de parto prematuro y alrededor del 15% con antecedentes de aborto refieren violencia, considerados elevados ambos porcentajes. Además de cada diez casos de violencia en adultos, uno ocurre en discapacitados y dos en adultos mayores (CIMAC, 2001; citado en Berumen, 2003).

2.4. Clasificación de la violencia

La violencia intrafamiliar puede clasificarse en: maltrato físico o daño corporal; maltrato psicológico o lesión de sentimientos que causa miedo y humillación; maltrato sexual que obliga a la víctima a realizar prácticas no deseadas, y el abandono cuando no se cumplen las obligaciones de cuidado (CIMAC, 2001; citado en Berumen, 2003).

Se entiende como maltrato psicológico a las diversas acciones encaminadas a dañar la estabilidad emocional o alterar la escala de valores de quien recibe el maltrato. Se manifiesta en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos y humillaciones, devaluaciones, marginación, desamor, indiferencia, rechazo, comparaciones destructivas e infidelidad, entre otros (Olamendi, 2001).

Tomando en cuenta la naturaleza del daño ocasionado y los medios empleados, la violencia puede clasificarse de la siguiente manera:

Violencia física. La agresión física es la forma más evidente ya que se manifiesta de manera patente porque el daño producido se marca en el cuerpo de la víctima, en ella están incluidos los golpes de cualquier tipo, heridas y mutilaciones y aún homicidios. La violencia física aunque no siempre sea visible, a veces produce lesiones internas sólo identificadas tras un periodo más o menos prolongado que incluso puede ocasionar la muerte. Otros ejemplos de violencia física son los jalones de cabello, los cinturazos, la inmovilización de la víctima y el encierro; algunos casos de violencia física por omisión consisten en privar a alguien de alimentos, bebidas o medicinas e impedirle salir de su casa (Torres, 2001).

Violencia sexual. Este tipo de violencia incluye obligar a la mujer a la realización de conductas sexuales no deseadas, hostigarla sexualmente, denigrarla sexualmente, criticar su forma de tener relaciones sexuales, compararla con otras mujeres o tratarla como un objeto sexual (Cidhal, 1998).

Violencia psicológica. La violencia psicológica tiene como objetivo causar daño en la esfera emocional y vulnerar el derecho de integridad psíquica. La víctima puede referir sus sensaciones y malestares: confusión, incertidumbre, humillación, burla, ofensa y duda sobre las propias capacidades. Así mismo las personas cercanas pueden advertir insultos, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación y desprecio (Torres, 2001). Este tipo de violencia se abordará con más detalle más adelante, por ser el tema de la investigación.

Violencia económica / financiera. Se refiere a la restricción de recursos financieros, lo que en muchos de los casos ocasiona en la mujer una dependencia económica que le es difícil romper y que muchas veces es la razón por la cual no se separa de aquel que la hace presa del maltrato. La dificultad en las prácticas con el dinero y los comportamientos dependientes contribuyen a perpetuar la subordinación de la mujer (Burín, 1987). La violencia financiera significa apropiarse o destruir el patrimonio de la pareja, puede manifestarse en el control de los ingresos de la familia, apoderarse de los bienes muebles e inmuebles propiedad de ambos o despojar de los mismos, así como utilizar, menoscabar, destruir o desaparecer los objetos personales del otro (Olamendi, 2001).

El abandono. Es otra forma de violencia que consiste en no dar los cuidados y el afecto que requiere cada miembro de la familia por su condición. Niños(as), ancianos(as) o personas con discapacidad son también golpeados, insultados, amenazados y humillados. Las agresiones, abandono u otra serie de conductas que dañen pueden ser graves y, por lo tanto, fáciles de identificar. Pero también las hay tan sutiles que no es posible ver a simple vista el daño que causan, sin embargo, son constantes y por eso, infalibles para destruir a las personas (Berumen, 2003).

Sin embargo para Torresano (1999) el maltrato también puede clasificarse según criterios de frecuencia y causalidad.

Por el criterio de frecuencia se clasifican en:

- La agresión esporádica o única, como consecuencia de un progresivo deterioro de la convivencia familiar. En estos casos el maltrato determina generalmente el final de la relación.
- La agresión como explosión inesperada de un desequilibrio familiar. En estos casos el término medio de duración del maltrato suele ser de dos a cinco años.
- La agresión múltiple como forma habitual de relación. El número de años que pueden pasar hasta que la mujer se decide a denunciar su situación es muy amplio, aunque las víctimas suelen tardar una media de 10 años en poner fin a sus problemas (p. 97)

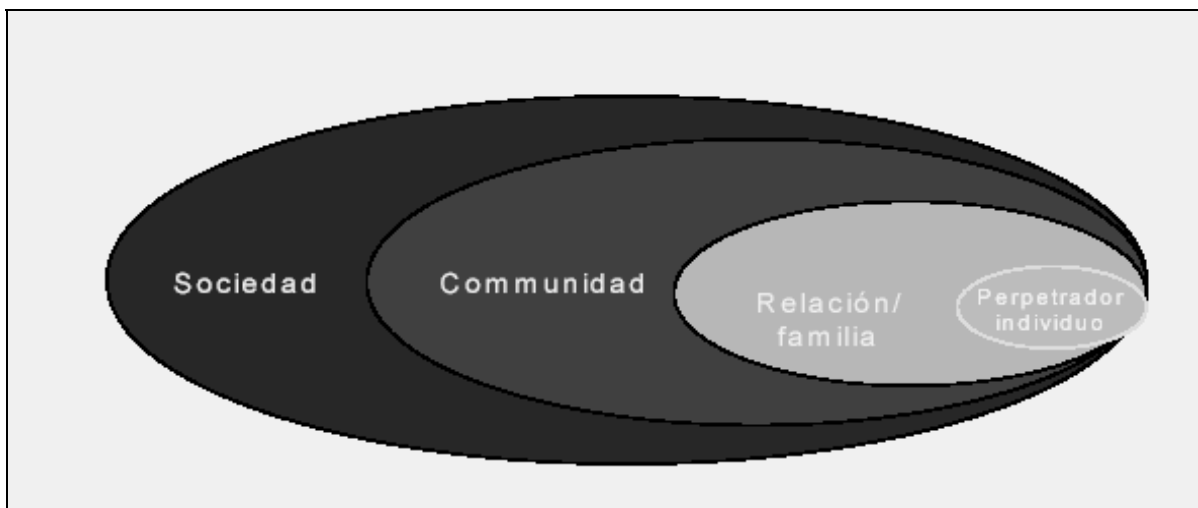
En cuanto al criterio de causalidad se clasifican en:

- La agresión por alcoholismo crónico. En este tipo de agresiones suele ponerse de manifiesto el carácter celotípico del agresor.
- La agresión como consecuencia de un trastorno mental. También en este tipo de agresión se pone de manifiesto la incidencia del alcohol.
- Las agresiones entre separados. Entre ellas aparece como iniciador de la violencia el intercambio de los hijos. En estos casos se producen frecuentemente las agresiones sexuales y el allanamiento de morada (p. 98-99).

2.5. Factores de riesgo de la violencia contra la mujer

La violencia es un problema que afecta a las mujeres de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos. Al mismo tiempo, las tasas con las que el problema ocurre son variables a través de estos factores. Es claro que se trata de un problema complejo y multidimensional y que no existe un sólo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos (individuo, relación o familia, comunidad y sociedad) que pueden poner a la mujer en riesgo de la violencia o por el contrario, la protegen contra ese riesgo. El modelo ecológico de violencia contra la mujer propuesto por Heise (1998; citado en García, 2005) estudia los factores a diferentes niveles que contribuyen a la presencia o no de la violencia.

Modelo ecológico de los factores relacionados con la violencia por parte del compañero.



Fuente: García (2005), p. 3.

A nivel individual, los estudios efectuados no pudieron identificar una característica concreta personal o de actitud alguna por la que determinadas mujeres pudieran ser más vulnerables a la violencia, excepto una asociación con haber sido testigos, cuando eran niñas, de la violencia paterna (National Research Council, 1996; citado en García, 2005). Parece que el factor principal de riesgo es, precisamente, el hecho de ser mujer. En términos de los factores individuales de hombres que abusan a sus mujeres, el uso de

alcohol y haber sido testigo o víctima de violencia durante la infancia o juventud aparecen como factores de riesgo. A nivel de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto, muchos de los factores identificados como causales de la violencia contra la mujer guardan una estrecha relación con las normas y valores en torno a la igualdad social y la falta de equidad entre los géneros. La violencia por la pareja o violencia conyugal en particular, es el epítome de las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. Estudios comparativos indican que la violencia contra las mujeres es más común en sociedades que tienen mayor desigualdad entre hombres y mujeres y patrones rígidos de comportamiento para hombres y mujeres. Las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres y que perdonan e incluso favorecen la discriminación contra la mujer, la colocan en una posición subordinada respecto al hombre, e inclusive permitiendo el castigo por parte de los hombres y otras personas, manteniendo y reforzando la violencia contra ella. Por ejemplo, en el nivel familiar, el dominio y control masculino sobre la riqueza parecen importantes, mientras que en el ámbito macrosocial tendrían un rol significativo los conceptos de titularidad / propiedad del hombre sobre la mujer, de masculinidad vinculada a la agresión y al dominio, de las atribuciones rígidas de género (el machismo) y la aceptación de la violencia interpersonal como forma de resolver los conflictos (Heise, 1998; citado en García, 2005).

Al igual que Heise, Traverso (2000) menciona que entre los factores de riesgo más significativos se han identificado algunos que se manifiestan en el individuo y otros que son de origen social y cultural. Entre los de tipo individual más frecuentes están el alcoholismo, el bajo nivel educacional del agresor (en el caso de la violencia física), la ausencia de vínculo matrimonial formal y el hecho de haber estado expuesto a la violencia durante la niñez, ya sea como víctima o como testigo. Entre los de tipo sociocultural figuran la pobreza del hogar, el alto nivel de poder y control que ejerce el hombre agresor dentro de la familia y el elevado número de hijos. Larraín (1994), Ferreira (1989) y Minuchín (1991); citados en Traverso (2000) encontraron otras variables asociadas como el estrés, el nivel de aislamiento social de la pareja, las dificultades de comunicación, la duración del matrimonio, el alto nivel jerárquico de la organización familiar y la violencia conyugal de los padres y de los suegros de la víctima.

Otras explicaciones sobre la génesis de la violencia en la relación de pareja plantean la presencia de conflictos conyugales, divergencias sobre dinero, diferentes expectativas sexuales en la pareja, celos, miedo al engaño, desacuerdos sobre el cuidado de los hijos o la distribución de responsabilidades en la familia. En ellas resalta el malestar del hombre frente al desafío de su autoridad o ante la renuencia de su pareja a acatar los roles rígidos de madre, esposa y proveedora exclusiva de servicios domésticos. Otros aspectos relacionados con la violencia tales como las confrontaciones en relación al abuso de alcohol o drogas; la frustración que producen la falta de satisfacción laboral, los conflictos en el trabajo, y las dificultades económicas, la disminución de la autovaloración del hombre como proveedor y la inadecuación del perpetrador al percibir que no logra satisfacer las expectativas de su pareja. Aunado a todo ello, la movilidad de la sociedad contemporánea separa a las parejas del apoyo de familiares y amigos, originando así su aislamiento emocional. Esta falta de apoyo emocional y las dificultades de comunicación que impiden a la pareja conversar sobre sus conflictos contribuyen a que el hombre descargue sus frustraciones en forma abusiva (Fischman, 2000).

La violencia es una forma de control que se apodera de la libertad y dignidad de quien la padece. El maltrato intrafamiliar es una de las manifestaciones que refleja la dominación masculina y la subordinación femenina. Las mujeres que padecen la violencia doméstica generalmente soportan maltrato emocional, además del físico, no percibiendo siquiera el deterioro del que se han apropiado, al recibirlo en forma permanente. Son insultadas humilladas, desautorizadas, descalificadas y desvalorizadas por su marido / compañero, como formas de maltrato psíquico (Corsi, 1994).

2.6. Dinámica de la violencia conyugal

Corsi (1994) describe el “ciclo de la violencia” constituido por 3 fases:

- Primera fase, denominada “fase de la acumulación de tensión”, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad.
- Segunda fase denominada “episodio agudo”, en la cual toda la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.
- Tercera fase denominada “luna de miel”, en la que se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviniendo un periodo de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo (p. 44).

Para Pendzik (1992) existen algunos aspectos importantes sobre el Ciclo de la Violencia.

- 1) A pesar de la buena voluntad de ambos y de la necesidad de creer que no habrá más violencia, lo más probable es que el ciclo vuelva a repetirse, y en general, cada vez la violencia es mayor.
- 2) En la mayoría de los casos, es al finalizar la fase dos, cuando la mujer está más decidida a dejarlo, es aquí donde hacen contacto con consejeras, buscan refugios y piden ayuda.
- 3) Una vez iniciada la fase tres, es difícil que la mujer abandone a su pareja. La conducta de él durante esta fase, funciona como estímulo para continuar. En esta etapa muchas veces interviene la familia o los amigos para convencerla de que no lo abandone. Ella siente que él la necesita y quiere darle una oportunidad.
- 4) Identificar el mecanismo de ciclo, puede llevar a la mujer a recapacitar (p. 6).

Johnson (1995; citado en Medina, 2002) distingue entre dos fenómenos diferentes de violencia en la pareja: la *violencia común en la pareja* y el *terrorismo patriarcal*. La primera forma es relativamente equilibrada entre los géneros, engloba explosiones ocasionales de violencia relativamente normales, al menos desde el punto de vista estadístico; la segunda forma engloba los ataques “terroristas” de los hombres contra sus parejas, significa el uso de violencia severa por parte del hombre contra la mujer de una manera sistemática y

continuada. Según Jiménez (2003) las principales características que inciden en la violencia familiar son su rasgo repetitivo o cíclico y el incremento tanto en la magnitud como en frecuencia de repeticiones y que se presentan no obstante el deseo de la pareja de no repetir el evento violento.

Sin embargo, Walker (1978; citado en Rodríguez, 2003) considera que la imagen que hasta ahora se tenía de que la mujer es una “pobre víctima a la cual golpean y sufre”, dista de ser verdadera, ya que la relación de pareja en donde hay violencia no hace más que evidenciar una unión patológica entre el hombre y la mujer y en la que ambos caen en el fenómeno denominado *simbiosis*, requiriendo y hasta cierto grado amándose, a pesar de victimizarse mutuamente.

Según Kentesz e Induni (1977) la simbiosis se da entre dos personas, cuando las mismas se comportan como si fueran una sola persona completa. Es una relación de dependencia, determinado porque quienes la integran no consideran la opción de ser personas completas en si mismas. Entre las parejas en que la mujer es golpeada se da el círculo vicioso en torno a la idea de quien esta en lo correcto y quien es el culpable. A la vez que existen fenómenos de descalificación y grandiosidad. En el primero, las personas minimizan o ignoran ciertos aspectos de la realidad y el segundo implica la exageración de aspectos de la realidad referidos al sí mismo a otros o a la situación.

2.7. La mujer maltratada

El perfil psicológico de la mujer maltratada es, por lo general, con baja autoestima, inmadura, insegura de si misma, que busca en la pareja una autoridad a veces semipaterna. Son personas con actitud infantil y tolerante, que rápidamente perdonan e inician un nuevo juego en su relación, son torpes para enfrentar sus problemas y fricciones personales cargando con todas las culpas de cualquier discusión conyugal; se comportan como víctimas “natas” poniéndose en el blanco del agresor para después vivir explotando su papel de víctimas (Rodríguez, 2003). Sin embargo, para Torresano (1999) los malos tratos que recibe la mujer de su pareja no son el resultado de una determinada personalidad, sino que son, precisamente estos malos tratos los que dan lugar a importantes cambios en la personalidad de la mujer víctima. Dichos cambios la inhabilitan para defenderse, para escapar, para funcionar de manera eficaz dentro o fuera del hogar.

Según Jiménez (2003) en la búsqueda de repuestas del porque la mujer se queda con el agresor se han intentado elaborar perfiles o factores comunes que hacen factible su exposición a recibir violencia. Se ha mencionado la posibilidad de que la mujer haya recibido malos tratos en la infancia, desarrollado una baja autoestima y una alta tolerancia a la violencia, es decir, que se trata de un modelo aprendido anteriormente. Además, el maltrato continuado genera en la mujer un proceso patológico de adaptación denominado Síndrome de la Mujer Maltratada, caracterizado por cuatro aspectos:

- Indefensión aprendida: los intentos fallidos de contener la agresión en conjunción con su baja autoestima que se refuerza por su incapacidad de terminar con la situación derivan en su aceptación de las agresiones como un castigo merecido. La mujer es invadida por un completo sentimiento de culpa, ya sea reparadora o persecutoria.

- Pérdida de control: la mujer se torna pasiva, la solución a las agresiones le es ajena y espera la dirección de terceras personas. La única posibilidad de ser exitosa es que el agresor cambie.
- Baja respuesta conductual: la mujer ya no decide buscar más estrategias de solución, reacciona pasivamente a la estimulación externa. Aparenta indiferencia para no autoexigirse o culpabilizarse lo cual limita su capacidad para oponerse a las agresiones. La fase depresiva esta instaurada.
- Identificación con el agresor: la mujer cree merecer las agresiones e incluso las justifica ante señalamientos externos. El paso continuado de la agresión al afecto, refuerza la relación de dependencia emocional por parte de la mujer al agresor y es aún mayor si existe dependencia económica (p. 201).

Walker (1981; citado por Renfrew, 2001) indica que, en caso de abuso grave, la mujer puede sufrir debilidad innata, este concepto es tomado del trabajo original de Seligman (1968), el cual mostró que, si se administraban descargas eléctricas fuertes a perros sin permitirles escapar, más tarde no aprendían una respuesta de escape incluso si éste era posible; en lugar de esto permanecían en el área de castigo y recibían las descargas. La interpretación de estos resultados fue que los animales habían aprendido, en la primera parte del experimento, que nada de lo que hicieran podía ayudarlos y que esta debilidad innata anulaba el aprendizaje adaptativo subsiguiente; sin embargo, debe mencionarse que ésta interpretación ha sido cuestionada, aunque el concepto de debilidad ha sido aplicado a varias situaciones en un intento por explicar el por qué la gente no hace un esfuerzo para escapar de situaciones adversas; así, las mujeres que siguen viviendo en un hogar donde han sido golpeadas con regularidad o regresan a él, parecen haber abandonado toda idea de salir de la situación. Sin embargo, no se descarta que otros factores afecten tales decisiones; por ejemplo, la falta de un hogar opcional y de sustento económico, así como la pasividad, además de sentimientos y emociones en conflicto, a causa de la separación del esposo o de otros miembros de la familia.

2.8. Perfil del hombre agresor

Corsi (1994) señala que se consideran hombres golpeadores a aquellos que ejercen alguna forma de abuso físico, emocional o sexual contra su esposa o compañera. Entre sus principales características se menciona que:

- Mantienen un sistema de creencias basado en los mitos culturales acerca de la masculinidad y de la inferioridad de la mujer;
- Tienen dificultades para expresar sus sentimientos por considerarlo signo de debilidad, lo cual lleva a que los conflictos sean resueltos violentamente por no saber hacerlo de otra manera;
- Se encuentran emocionalmente aislados, ya que no cuentan con quien hablar de sus problemas o de sus sentimientos;

- Recurren frecuentemente al uso de racionalizaciones para explicar su conducta violenta, sosteniendo que es la mujer quien los “provoca”, que no pueden controlarse o que no saben lo que hacen;
- Perciben que su autoestima y su poder se encuentran permanentemente amenazados y, ante la sospecha de la pérdida de control, intentan retomarlo a través de la fuerza;
- Muestran una actitud externa autoritaria que oculta su debilidad interior;
- Al no reconocer la responsabilidad por sus actos, difícilmente piden ayuda para resolver sus problemas (p. 142).

Según Hirigoyen (1999) es común que el hombre violento pueda llegar a engrandecerse a costa de rebajar a la mujer víctima, y evitar cualquier conflicto interior o cualquier estado de ánimo al descargar sobre el otro la responsabilidad de lo que no funciona en él y así, si no hay culpa, no hay sufrimiento. Según esta autora estos individuos tienden a rechazar la comunicación directa para establecer su dominio sobre la víctima, eluden la comunicación e imponen una imagen de grandeza o de sabiduría; para ellos rechazar el diálogo es una forma hábil de agravar el conflicto haciéndolo recaer completamente en el otro y así a la víctima se le niega el derecho a ser oída y no importa su versión de los hechos. En ocasiones el desprecio y la burla dominan la relación de pareja con un hombre violento, y el desprecio afecta a la mujer, a lo que esta piensa y hace y también a su círculo de relaciones, y sin embargo, la mujer tolera los sarcasmos y las observaciones mordaces como si fueran el precio que hay que pagar por mantener una relación con un compañero atractivo pero difícil.

Un procedimiento muy común para dominar a la pareja consiste en ponerle un mote que lo ridiculice y que, por tanto, se base en alguno de sus defectos o dificultades; estos apodos, aunque sean hirientes, consiguen a menudo la aceptación del grupo, que se convierte en cómplice y resulta incapaz de sustraerse a la risa. Además, otro aspecto bastante frecuente es el hecho de que las críticas y humillaciones ocurran frente a terceros y que describan asuntos íntimos pero con exageración, y a veces, con el apoyo de algún aliado o aliados del grupo. En suma, para desestabilizar al otro basta con:

- Burlarse de sus convicciones, de sus ideas políticas y de sus gustos
- Dejar de dirigirle la palabra
- Ridiculizarlo en público
- Ofenderlo delante de los demás
- Privarlo de cualquier posibilidad de expresarse
- Hacer guasa con sus puntos débiles
- Hacer alusiones desagradables, sin llegar a aclararlas nunca
- Poner en entredicho sus capacidades de juicio y de decisión (p. 93).

Por otra parte, Pendzik (1992) ofrece una manera de cotejar ambos perfiles, tanto de la mujer maltratada como el del abusador.

Perfil de la mujer maltratada	Perfil del abusador
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Se siente responsable de los actos de su pareja. Cree que ella puede cambiarlo. • Cree en la superioridad e invulnerabilidad del agresor a pesar de estar convencida de su fragilidad y de que él la necesita. • Dificultad para quererse a sí misma y, a la vez una gran capacidad para dar. • Generalmente acepta los roles genéricos convencionales. • Extraordinaria habilidad para manipular el medio dirigida a evitar más violencia. Excelente mediadora. • Utiliza el sexo para establecer intimidad. • Vive en un estado de alteración constante. • No necesariamente proviene de un hogar violento, pero posiblemente si de padres que la han tratado como una “muñeca frágil”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Culpa a los demás por sus actos. • Presenta una personalidad dual (muchas veces el mundo externo sólo conoce su lado más positivo). • Es patológicamente celoso y emocionalmente dependiente. • Cree en los mitos sobre el abuso, en la superioridad masculina y en los roles genéricos convencionales. • Utiliza el alcohol y/o la violencia para hacer frente a situaciones de estrés. • Utiliza el sexo para ejercer control e incrementar su autoestima. • No cree que su conducta violenta traiga necesariamente consecuencias negativas. • En general, ha estado expuesto a situaciones de violencia doméstica en su familia de origen.

Fuente: Pendzik, (1992), p. 9.

2.9. El Maltrato Psicológico

El maltrato psicológico se basa en comportamientos intencionados, ejecutados desde una posición de poder y encaminados a desvalorizar, producir daño psíquico, destruir la autoestima y reducir la confianza personal. Su padecimiento lleva a la despersonalización, al mismo tiempo que genera dependencia de la persona que los inflige. El maltratador se vale para ello de insultos, acusaciones, amenazas, críticas destructivas, gritos, manipulaciones, silencios, indiferencias y desprecios. En la esfera de lo privado, aunque los hombres también lo sufren, las mujeres son las víctimas mayoritarias (Consumer, 2004).

El maltrato emocional o psicológico incluye una extensa gama de conductas que tienen la característica común de provocar daño psicológico: insultos, gritos, críticas, amenazas, acusaciones, etc. entre la formas más comunes de este tipo de maltrato se incluyen conductas como criticarle permanentemente su cuerpo o sus ideas a la víctima, rebajarla comparándola con otras personas, cuestionarle todo lo que hace o como lo hace, reírse de ella, ignorarla, hacerle falsas acusaciones, tratarla como a una niña, burlarse de ella, resaltar sus defectos, no tener en cuenta sus necesidades afectivas, mostrarse indiferente frente a sus estados afectivos, ponerle sobrenombres despectivos, llamarla “loca”, etc. (Corsi, 1991; citado en Cidhal, 1998).

Rickert, Wiemann, Harrykisson, Berenson y Kolb (2002) mencionan que desafortunadamente, al maltrato psicológico en la pareja se le ha proporcionado menos atención en la literatura de investigación comparado con la agresión física. La agresión psicológica se refiere a las respuestas verbales por parte de la pareja que pueden ser usadas para, forzar, criticar, humillar y ridiculizar. Además en un estudio realizado por ellos encontraron que las mujeres físicamente maltratadas consideran que los episodios de abuso verbal tienen un efecto adverso más grande sobre ellas que el mismo acto de maltrato físico. También encontraron que es común que el abuso verbal co-exista con la agresión física y en algunos casos, podría preceder a la agresión física.

Follingstad, Rutledge, Berg, House y Pollock (1990) ha establecido seis tipos principales de maltrato emocional o psicológico: a) ridiculización, humillación, amenazas verbales e insultos; b) aislamiento tanto social como económico; c) celos, posesividad; d) amenaza verbal de maltrato, daños o tortura dirigidas tanto a la cónyuge como a los hijos(as) otros familiares o amigos (as); e) amenazas repetidas de divorcio, abandono o de tener una aventura con otra mujer; f) destrucción o daño de las propiedades personales a las que se les tiene afecto.

Según Corsi (1994), la agresión psicológica consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones o iniciativas, la compara con otras personas, la corrige en publico, etcétera. Dichas conductas que en primera instancia no parecerían violentas ejercen un efecto devastador en la victima, provocando un progresivo debilitamiento de sus defensas psicológicas. Comienza a tener miedo de hablar o de hacer algo por temor a las críticas, a sentirse deprimida y débil. Aunado a ello, la violencia verbal refuerza la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la victima, la ofende criticándole su cuerpo, le pone sobre nombres descalificantes, la amenaza con agresión física, le grita y la culpa de todo. Ante esto la mujer llega a un estado de debilidad o desequilibrio emocional y depresión.

2.10. Consecuencias de la violencia conyugal

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas: su autonomía, su productividad y su salud y la de sus hijos y se extienden, además, al conjunto de la sociedad. Por otra parte, existen muchas formas de autoperpetuación de la violencia, ya que ésta depende de la desigualdad y, a su vez, perpetúa esa desigualdad. Por ejemplo, la violencia doméstica se asocia a la pobreza, pero también perpetúa la pobreza a través de la reducción de las oportunidades que puede tener la mujer de trabajar fuera de casa, de su movilidad y de acceso a la información. Este impacto va aún más allá y afecta por ejemplo, la capacidad de la mujer para el cuidado y la escolarización de sus hijos. A más largo plazo, se asocia también a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas y alcohol. Además, la violencia influye de forma determinante en la autoestima, la autonomía y la capacidad para sentir y actuar con independencia (García, 2005).

En el extremo de la violencia, las mujeres cometen asesinatos conyugales como los hombres, sin embargo, la agresión conyugal más común es la dirigida por los hombres en contra de las mujeres, y tiene generalmente consecuencias más graves. Las feministas ven las causas del abuso conyugal como resultante de la desigualdad de poder producida por el papel dominante que la sociedad asigna a los hombres y el más pasivo que destina a las mujeres. De manera alterna, varias causas de índole biológica, psicológica y social inciden en dicho abuso (Renfrew, 2001).

Analizando el impacto de la violencia en la calidad de vida de la mujer maltratada, se ha observado que esta muestra un estado físico de deterioro, con síntomas como: baja autoestima, temor permanente a ser agredida, depresión, alteraciones emocionales y debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento generalizado de sus problemas de salud. Otros síntomas frecuentes en la mujer maltratada son los dolores corporales y de cabeza, problemas respiratorios y asma, fatiga, colón irritable, úlceras, ansiedad, síndrome de estrés postraumático e infecciones vaginales particularmente en las que fueron sometidas a violencia sexual (Traverso, 2000).

Lorente (1999) considera que debido a que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión, en respuesta, algunas mujeres desarrollan extrema ansiedad que incluso puede llegar al pánico. Otras mujeres presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida del control y depresión. Romero (1985; citado en Lorente, 1999) ha comparado las reacciones de las mujeres maltratadas con las de prisioneros de guerra y ha encontrado puntos en común:

- a) El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce al temor y debilitamiento de las víctimas.
- b) El aislamiento de la víctima respecto a anteriores fuentes de apoyo (ej. amigos o familia) y las actividades fuera del ambiente hogareño llevan a una dependencia del agresor y la aceptación de las acciones del agresor y de sus puntos de vista.
- c) Existe un refuerzo positivo de forma intermitente ocasionado por el temor a la pérdida personal que refuerza la dependencia emocional de la víctima a su agresor (p. 60).

El resultado de la situación descrita y la consecuente reacción psicológica a largo plazo es el Síndrome de la Mujer Maltratada (SIMUM) descrito con anterioridad y que hace referencia a las alteraciones psíquicas y sus consecuencias por la situación de maltrato permanente. Según la Organización Mundial de la Salud (1998, citado en Bosch y Ferrer, 2002) considera que las principales consecuencias de la violencia de género sobre la salud de las mujeres pueden agruparse del modo siguiente:

- a) *Resultados fatales: suicidio, homicidio, mortalidad materna y SIDA.*

b) Resultados no fatales:

- Sobre la salud física: lesiones, heridas, daño funcional, síntomas físicos diversos, salud subjetiva deficiente, discapacidad, obesidad grave, malnutrición, deshidratación, y, en general, vulnerabilidad a enfermedades o problemas de salud graves.
- Sobre la salud mental: síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias, miedos, ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del apetito, disfunción sexual, trastorno de la autoestima, abuso de sustancias, alteraciones del sueño e insomnio, autolesiones, intentos de suicidio y trastornos múltiples de personalidad (p. 50,51).

Corsi (1994) menciona que al solicitar ayuda, gran número de mujeres maltratadas presenta signos depresivos, sin llegar al cuadro de la depresión e influye:

- Aspectos emocionales: desgana, apatía y abatimiento.
- Aspectos cognoscitivos: autoevaluación negativa, perspectivas futuras aterrantas y/o inmovilizadoras.
- Aspectos motivacionales y volitivos: inhabilidad para la acción, ausencia o baja motivación.
- Aspectos Conductuales: astenia, alteraciones del sueño, rechazo a la sexualidad, pérdida del apetito (p. 81).

Villavicencio y Sebastián (1999a; citado en Bosch y Ferrer, 2002) consideran que los malos tratos son una experiencia traumática que produce gran variedad de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales en la víctima. Dutton (1992c) clasifica dichas respuestas de la siguiente manera: a) indicadores de trastorno psicológico o malestar incluyendo miedo, síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, rabia, depresión, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, etc.; b) cambios en el esquema cognitivo, incluyendo negación, sentimientos de culpa, etc.; c) trastornos relacionales incluyendo unión traumática, dificultades para las nuevas relaciones, etc.

En cuanto al abuso sexual Ramsay, Feder, Rivas, Carter, Davidson, Hegarty, Taft y Warburton (2006) consideran que las mujeres maltratadas sexualmente experimentan muchos problemas de salud crónicos. La diferencia de salud física más constante y más numerosa entre mujeres maltratadas y no maltratadas es la presencia de problemas ginecológicos (ej. enfermedades de transmisión sexual, hemorragias vaginales, infecciones genitales, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias). Pero además, otras condiciones incluyen el dolor crónico (ej. dolor crónico de cabeza) y los síntomas del sistema nervioso principales (ej. desmayos), sobre los síntomas gastrointestinales (ej. pérdida del apetito, trastornos alimentarios) y los trastornos gastrointestinales funcionales diagnosticados (ej. síndrome del intestino irritable) y los síntomas cardíacos (ej. hipertensión, dolor de pecho).

En cuanto a trastornos psicopatológicos propiamente dichos, los cuadros clínicos que padecen con mayor frecuencia las mujeres víctimas de maltrato son la depresión y los trastornos por estrés post-traumático, sin embargo, otros trastornos mentales frecuentes son: los trastornos de ansiedad, las adicciones, los trastornos de la alimentación (Bosch y Ferrer, 2002) y déficit en el autoestima (Medina, 2002).

Encontramos también, que las agresiones continuadas, tanto verbales como no verbales (el silencio, la indiferencia, los gestos...), crean una relación siniestra de dependencia entre el maltratador y la víctima. Ambos terminan necesitándose. La víctima porque sola siente que no es nadie y el miedo y la angustia la paralizan, y el maltratador porque se siente que es alguien a través de la dominación que ejerce. La situación de dependencia es tal que la víctima termina protegiendo y disculpando al maltratador. Recorre hasta ahí un proceso destructivo en el que va perdiendo la confianza en sí misma y la capacidad de respuesta, se va anulando y va interiorizando que de allí no se sale y abandona toda esperanza (Consumer, 2004).

Berumen (2003) indica que las manifestaciones más frecuentes de violencia en la familia se producen cuando las mujeres son golpeadas, violadas, insultadas, amenazadas, ignoradas y menospreciadas por su compañero, o cuando en la pareja se golpean e insultan mutuamente. Estas conductas hacen que la autoestima (valía por sí mismo / a) disminuya, así como la capacidad para relacionarse con los demás y la creatividad personal. La mujer maltratada se siente tonta, gorda, fea, indefensa e inútil, tal y como el agresor se lo repite en la mayoría de los casos y, ante las agresiones recibidas, ella siempre encuentra disculpas para justificarlo: las presiones, al alcohol, los niños que no paran de llorar y son muy traviesos, ella no lo satisface sexualmente porque no tiene experiencia, etc. Además, en nuestro país las mujeres maltratadas durante el embarazo enfrentan tres veces más las complicaciones durante el parto y posparto inmediato, además de cuatro veces más probabilidades de tener productos de bajo peso. En otros países, los efectos de este tipo de violencia se acentúan por exceso de trabajo, falta de servicios adecuados y desnutrición; y en la mayoría de los casos, los golpes que se propinan a las mujeres son infligidos por su pareja, quien se supone que tendrían la responsabilidad de contribuir al cuidado de la salud en esta etapa. Y, aunque resulte increíble, es en el abdomen donde el agresor descarga comúnmente la violencia, lo que según el Comité por una Maternidad sin Riesgos, indica el deseo de provocar más daño a sabiendas del peligro en que se pone al producto.

Actualmente la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Violencia Familiar incluye un formato estadístico con variables sobre los pacientes involucrados en situación de violencia familiar, el cual además establece que cuando una mujer este embarazada, en la historia del maltrato se incluyan los factores desencadenantes de la violencia y una valoración del riesgo en que vive, para determinar en que medida los signos y síntomas son consecuencia de tales actos. Incluso debe establecer si el propio embarazo no es producto de violencia sexual porque, según una investigación sobre muertes maternas que realizó el CIMAC (2001; citado en Berumen, 2003) con personas cercanas a mujeres fallecidas en Guerrero, San Luis Potosí y Querétaro, alrededor del 16% de los casos estaba vinculado con la violencia doméstica.

En cuanto a la sexualidad y reproducción, cada año alrededor de 380,000 mujeres adolescentes resultan embarazadas, el 53% de estas (entre los 13 y los 19 años de edad) no tienen escolaridad o sólo tienen primaria incompleta, el 7.5% de estas adolescentes cuenta con secundaria y cerca de 500,000 mujeres se ven en peligro de muerte por tener que realizar un aborto de manera clandestina y se calcula que en México se practican 533,100 abortos anuales (CONAPRED, 2005).

2.11. El maltrato hacia la mujer y los T.C.A.

Hasta el momento, pocas han sido las investigaciones que abordan el tema del maltrato y su relación con los trastornos de la alimentación. En los años ochentas, algunos estudios avivaron el interés sobre la posible relación existente entre tener un historial de experiencias traumáticas, especialmente de maltrato físico y abuso sexual, y el desarrollo posterior de un trastorno de la alimentación (Goldfard, 1987; McFarlane, McFarlane y Gilchrist, 1988; Schechter, Schwartz y Greenfield, 1987; Sloan y Leighner, 1986; Torem, 1986a, b; Kearney-Cooke, 1988; citados en Rojo, 2003).

En un estudio de Barnes, Emberson y Golding (2005) con el objetivo de encontrar evidencia de que el abuso sexual temprano es un factor etiológico de desorden en la alimentación, trabajó con una $n = 10641$ mujeres embarazadas con una media de edad de 28.2 años y un rango de 18 a 45 años de edad. Se les aplicaron tres cuestionarios durante el embarazo: "Having a Baby" a las 18 semanas de gestación, dicho cuestionario contiene *preguntas acerca del vómito autoinducido y uso de laxantes para perder peso*. El cuestionario "Your pregnancy" se aplicó a las 32 semanas de gestación e incluye cuestiones acerca del uso de laxantes, el vómito para reducir la talla durante el embarazo además de una pregunta sobre abuso sexual en la infancia (si ocurrió o no) y preguntas acerca de experiencias sexuales tempranas (si ocurrieron antes de los 16 años). Finalmente el cuestionario "About yourself" pudo ser completado en cualquier momento durante el embarazo y contiene ítems sociodemográficos y relacionados con problemas de salud mental (esquizofrenia, depresión, uso de alcohol) además de antecedentes de anorexia nervosa o bulimia. Estos autores concluyen que la crueldad física y emocional, el abuso sexual y los recuerdos de una infancia infeliz son predictores de la aparición de síntomas de desorden alimentario, uso de laxantes y vomito durante el embarazo. En las mujeres embarazadas con historia de síntomas de desorden en la alimentación es más probable encontrar una historia de experiencias sexuales no deseadas. Las mujeres con una marcada preocupación durante el embarazo por la talla o quienes reportaron el uso de laxantes o vómito autoinducido para controlar su peso también es más probablemente que tengan una historia de experiencias sexuales no deseadas.

En la investigación de Root y Fallon (1988) un grupo de 172 mujeres con bulimia completaron un cuestionario y una entrevista para averiguar la incidencia de 4 categorías de abuso físico (violación, acoso sexual, abuso físico en la infancia y maltrato en sus relaciones actuales). El 66% fueron físicamente victimizadas, el 23% reportaron haber sido violadas, el 29% fueron acosadas sexualmente, el 29% fueron abusadas físicamente en la infancia y el 23% eran maltratadas en sus relaciones actuales.

Folsom, Krahn, Nairn, Gold, Demitrack y Silk (1993) compararon la tasa de abuso físico y sexual en 102 mujeres con desórdenes de la alimentación y 49 mujeres con trastornos psiquiátricos de tipo general. La relación entre abuso sexual y la severidad del desorden alimentario o el síntoma psiquiátrico también fue examinada. Las tasas de abuso físico y sexual fueron de 51% y 69%, respectivamente. Altos niveles de abuso sexual fueron encontrados en la muestra con desorden alimentario, sin embargo, dichas tasas no fueron significativamente más altas que las encontradas en el otro grupo. Tampoco se encontró relación entre la historia de abuso sexual y la severidad de los síntomas de desorden alimentario. Sin embargo, en el grupo con desórdenes alimentarios y sexualmente abusadas reportaron disturbios psiquiátricos más severos que las no abusadas. Estos autores consideran, a partir de sus resultados, que las experiencias de abuso sexual pueden estar relacionadas con un aumento de la tensión psicológica, pero no aumentan la sintomatología de los trastornos de la alimentación.

Por su parte, Kaner, Bulik y Sullivan (1993) examinaron la presencia de maltrato físico repetido en las relaciones adultas de 20 mujeres bulímicas y 17 mujeres del grupo control (con un rango de edad entre 19 a 53 años). Las mujeres bulímicas (40%) en comparación con el grupo control (5.9%) reportaron un porcentaje más alto de relaciones con presencia repetida de maltrato físico. En ambos grupos de maltrato y no maltrato, las bulímicas puntuaron significativamente más alto que el grupo control en cuanto a la medición de la comida y autoestima patológica. Las bulímicas con presencia de maltrato fueron significativamente más depresivas que el grupo control. El maltrato también resultó asociado con sentimientos de culpa.

Arellano (2005) realizó una investigación con el objetivo de conocer si existían diferencias en la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes (hombres y mujeres) con y sin maltrato. Las muestras seleccionadas quedaron conformadas por 60 preadolescentes con maltrato y 60 preadolescentes sin maltrato. Además, se realizaron entrevistas tanto a las madres de los preadolescentes con maltrato como a los mismos preadolescentes. Se les aplicó a los preadolescentes la EFRATA (Escala de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Alimentación, Gómez Pérez-Mitré, 1998) y a las madres la Escala de Maltrato (Pérez, 2000). Entre los principales resultados se encontró que las mujeres con maltrato manifestaron encontrarse más insatisfechas con su imagen corporal que el resto de la muestra, además pudo observarse analizando las diferencias en cuanto al sexo, que las mujeres de ambas muestras se encontraban más insatisfechas que los hombres. En cuanto a la variable conducta alimentaria de riesgo los preadolescentes maltratados y en especial los hombres expresaron mayor conducta alimentaria de riesgo.

Como puede verse, mientras la mayoría de los estudios se centran principalmente en la incidencia de abuso sexual, es necesario evaluar una variedad más completa de experiencias de abusos entre las mujeres con un trastorno de la alimentación. Rorty, Yager y Rossotto (1994a, b; citados en Rojo, 2003) compararon a 80 mujeres con un historial de bulimia nervosa con 40 mujeres que nunca habían sufrido un trastorno de la alimentación o problemas relacionados con este tipo de trastorno. Las pacientes bulímicas habían sufrido durante su infancia más maltrato físico, psicológico y abusos múltiples. Los autores concluyeron que sus resultados subrayan la necesidad de tener en cuenta otros tipos de experiencias de abuso y/o maltrato en pacientes con un trastorno de la alimentación, y advirtieron el peligro de limitarse a estudiar los abusos de tipo sexual exclusivamente.

Para Rojo (2003) es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- Un porcentaje sustancial de mujeres con trastornos de la alimentación afirman haber sido víctimas de abusos sexuales, además, la tasa de abusos sexuales parece ser más alta en pacientes con síntomas bulímicos que en las anorexias de tipo restrictivo.
- Es importante examinar la totalidad de posibles experiencias de abuso en los pacientes con trastornos de la alimentación, y no concentrarse exclusivamente en el abuso de tipo sexual.
- Las consecuencias negativas del maltrato emocional parecen tener más importancia que el abuso sexual infantil en los pacientes con trastornos de la alimentación.
- El abuso sexual y maltrato emocional se asocian con mayor frecuencia a comorbilidad especialmente con el trastorno límite de la personalidad, con los impulsos suicidas, con los problemas de descontrol de los impulsos y con síntomas disociativos.
- Los pacientes que han sido víctimas de abuso sexual tienen peor diagnóstico que los que no lo han sufrido.
- Los datos de los estudios con poblaciones no clínicas subrayan la importancia del entorno familiar y la presencia / ausencia de apoyo y comunicación en la relación entre abusos y trastornos de la alimentación (p. 182-183).

El ajuste psicosocial de la víctima de un trauma se entiende como un *continuum*, en el que se establece en un extremo la integración constructiva de la experiencia traumática dentro del funcionamiento cognitivo y emocional del sujeto y, en el otro, una integración inadaptada o disociación, que genera todo tipo de síntomas psicopatológicos relacionados. De esta manera, el trastorno de la alimentación, puede ser contemplado de maneras diferentes, el comportamiento bulímico se puede considerar como un modo de hacer frente a sentimientos, recuerdos, sensaciones y cogniciones que están íntimamente relacionados con el trauma. El trastorno de la alimentación puede ser contemplado como una estrategia de supervivencia para escapar de las emociones negativas, ya que provoca una forma de “anestesia emocional”. Puede también entenderse como un modo de hacer frente a una autoimagen negativa, y más específicamente, a una experiencia corporal negativa, consecuencia del abuso sexual y/o del maltrato físico (Rojo, 2003).

Raich (2000) menciona que el ser criticado o sufrir burlas a causa de la apariencia corporal en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta, de hecho se ha encontrado relación entre las burlas y la aparición de trastornos de la imagen corporal. Al respecto, en la investigación realizada por Raich con estudiantes universitarias no se observó una clara relación entre burlas a causa de la apariencia y trastornos de la conducta alimentaria, pero sí se pudo ver que las personas que habían sufrido esas burlas tenían una mayor preocupación por su imagen corporal.

Las investigaciones mencionadas anteriormente, en su mayoría han abordado la relación entre el maltrato físico y/o emocional y los TCA, las implicaciones de las burlas y críticas en la apariencia física durante la infancia y adolescencia y su relación con la imagen corporal, sin embargo, cabe la pena preguntarse cuales son las implicaciones del maltrato emocional, las burlas y críticas en la edad adulta, específicamente en mujeres que reciben maltrato psicológico de parte de sus parejas.



CAPÍTULO

III

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

"Le gustaría ser sólo niebla
para que nadie pudiera encontrarlo".

E. Canetti

3.1. Concepto

Los trastornos alimentarios son alteraciones graves de la conducta alimentaria. Son enfermedades multifactoriales, lo cual indica que son muchas las causas que pueden poner a una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Estos desórdenes complejos comprenden dos tipos de alteraciones de la conducta: unos directamente relacionados con la comida y el peso, y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás (obesidad.net, 2002). Para Gómez (2003) un trastorno de la alimentación comprende cualquier relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimentarios cuyas repercusiones afecten la salud tanto física, como psíquica de la persona.

Servín (2005) define los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios que pueden clasificarse de acuerdo a las conductas y consecuencias que producen en el contexto emocional y social con un resultado final de adaptación o muerte. Así pues, los TCA se caracterizan por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de la comida (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Se inician por una pérdida de peso que produce gran admiración y aprobación social. Esto brinda a las personas vulnerables una enorme gratificación y un deseo de continuar a dieta para seguir bajando de peso. En la medida que se pierde más peso, la mente se focaliza más y más en la comida y el peso, lo que brinda una gran oportunidad de escapar de la problemática existencial (Farreras, 2000).

Los trastornos de alimentación considerados según la clasificación del DSM-IV-TR (2002) son: la Anorexia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) y los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANES). También se menciona el Trastorno por Atracón que sería incluido en el DSM-IV, sin embargo, aún se encuentra en revisión ya que no se cuenta con suficiente información sobre el mismo. No obstante, en el siguiente trabajo consideramos importante incluir lo que hasta ahora se ha encontrado al respecto. Por su parte la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, CIE-10, 1993) clasifica los TCA en: Anorexia Nervosa, Anorexia Nervosa Atípica, Bulimia Nervosa, Bulimia Nervosa Atípica, Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos, vómitos asociados a otros trastornos psicológicos y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Aunque la obesidad simple también se incluye en la CIE-10 como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, el hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico (DSM-IV-TR, 2002).

3.1.1. Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Se conocen trastornos de alimentación desde la antigüedad: Avicena, médico, filósofo y místico árabe-islámico, en su Canon de la Medicina precisaría la primer descripción relativa a la AN en un contexto depresivo en el siglo XI (citado en Guillemot y Laxenaire, 1994).

Sin embargo, dos siglos antes de Avicena, en el año 895, el monje Wofhard de Baviera describe el caso de una joven llamada Friderada von Treuchtlingen quien presentó una paraparesia y ceguera junto a diversos desórdenes alimentarios entre los que destacó un periodo de rechazó prácticamente total a la alimentación, vomitando tras las comidas, siendo observada por el obispo tras seis meses y desapareciendo después de una visita al monasterio de Santa Walpurgis (Tinahones, 2003).

En la edad media figuraron algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como una santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina (Poblano y Trigueros, 2000). Recordamos también el caso de santa Catalina de Siena en 1347; Catalina era una gemela nacida prematuramente, su madre decidió alimentarla personalmente mientras que a su hermana la alimentó una nodriza y murió. Catalina fue educada en la religión católica y hacia los 6 años tuvo una visión de Jesús. En la pubertad se negó a casarse y se impuso penitencias de todo tipo: ayunos, flagelaciones, etc. A partir de los 16 años hasta su muerte sólo comió pan, hierbas crudas y agua por lo que perdió la mitad de su peso. Posteriormente ingresó en la orden de las dominicanas y llegó a ser la consejera de Gregorio XI, Papa de Aviñón. Luego apoyó a Urbano VI en su sucesión sin embargo, no logró impedir el cisma de Occidente y la elección de un antipapa por lo que se sintió responsable y decidió sacrificar su vida por la Iglesia. Dejó de alimentarse por completo hasta su muerte al cabo de tres meses (Raimbault y Eliacheff, 1989 citado en Guillemot y Laxenaire, 1994).

En 1689, Morton hace la primera descripción científica de este tipo de trastornos comunicando la existencia de una “consunción nerviosa” en una paciente suya en la que no encontró causa de enfermedad para su negativa a comer y su deterioro nutricional. A partir de este momento van apareciendo continuas referencias más o menos estructuradas parecidas a cuadros de anorexia (Tinahones, 2003). En 1893 Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis; un año más tarde describe esta enfermedad como psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía (Poblano y Trigueros, 2000).

En cuanto a la BN, esta se trata de una entidad nosológica nueva que, sin embargo, para algunos autores como Blachez (1869) era considerado como un problema accesorio de otra patología psiquiátrica. En 1932, Wulff describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de períodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia (citados en Guillemot y Laxenaire, 1994). Es hasta la década de los 60 cuando otros psiquiatras reconocen explícitamente dicha relación, dejando de considerar la bulimia como un epifenómeno de la AN.

Pierre Janet (1903) publica en su obra sobre obsesiones y psicastenia varios ejemplos de bulimia surgidos a finales del siglo XIX. Janet describe particularmente sus observaciones clínicas realizadas en tres mujeres y un hombre, todos con características del síndrome bulímico. El caso más documentado es el de Nadia, hija de una familia francesa influyente. Desde los 4 años, Nadia manifiesta extrañas obsesiones especialmente en lo que respecta a su cuerpo. La pubertad la horroriza y desarrolla un amplio repertorio de rituales obsesivos destinados a impedirle crecer. Paralelamente cursa unos brillantes estudios, habla cuatro idiomas correctamente y es una consumada pianista. Parecía tener un brillante porvenir si a la edad de 15 o 16 años, no hubiera decidido dejar de comer para detener su crecimiento. Entró en un periodo anoréxico que la mandó al hospital durante 6 meses al cabo de los cuales empezó a presentar accesos bulímicos, pero de los cuales Janet no precisa si se seguían o no de vómitos (Guillemot y Laxenaire, 1994).

En el pasado siglo XX la preocupación por esta enfermedad es creciente, estudiando fundamentalmente los casos de anorexia, quizás por el hecho de ser "visibles", mientras que otro tipo de trastornos son difíciles de descubrir si no son dichos por los pacientes. A partir de los años 50 el conocimiento es mayor, en primer lugar porque se estudian los factores biológicos y psicológicos, a la vez que emerge la importancia que los hábitos sociales y educativos tienen en el desarrollo de esta enfermedad. De hecho, los modelos de belleza femenina cambian a partir de esta fecha: las curvas deseables de los años anteriores desaparecen para dejar pasar un modelo delgado, andrógino. El cambio del papel de la mujer en la sociedad, el abandono del hábito de comida en familia son factores que se acumulan para el "aumento" de casos de trastornos de alimentación (Sánchez, 2001).

3.1.2. Anorexia Nervosa

El término anorexia proviene del latín "an", prefijo restrictivo y "orexis", apetito, el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico. En términos generales la AN se caracteriza por una pérdida de peso relevante (malnutrición) decidida voluntariamente. El temor a engordar y las alteraciones de la imagen corporal son los fenómenos centrales (Farreras, 2000). Para Álvarez (2000) es necesario distinguir dos tipos de anorexia: la anorexia primaria, anorexia mental o también anorexia nervosa entendida como un síndrome es aquella en la cual destaca la negativa consciente a comer resultado de la búsqueda deliberada de la delgadez. En cambio, la anorexia secundaria es aquella que se presenta como síntoma de alguna otra enfermedad.

Servín (2005) explica que la AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para la edad y talla y la disminución en el consumo de alimentos, dicho padecimiento no coexiste con ninguna otra enfermedad más que con el miedo intenso a subir de peso. En cambio, la anorexia secundaria es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como esquizofrenia o depresión y en estos casos se debe a la interpretación falsa de la alimentación y no a la búsqueda de una disminución del peso.

Las personas que padecen AN dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que este relacionado con ello; la preocupación por la comida y el temor a ganar peso caracterizan el trastorno, además, niegan la enfermedad y se perciben gordas o gordos en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético. Una característica de su comportamiento es que oscilan entre la hiperactividad y la depresión (Becerril, 2002).

Diversos modelos teóricos han intentado explicar la AN. Abraham y Llewellyn-Jones (1994) señalan que algunas mujeres que la padecen temen “crecer” y hacerse física y sexualmente maduras. Al evitar comer los contornos corporales de la mujer se hacen como los de una niña prepúber, sus periodos menstruales no empiezan o desaparecen, puede retirarse de los acontecimientos sociales que le son incómodos y que le causan ansiedad y puede negar su sexualidad. Esta explicación puede aplicarse sólo a unas pocas pacientes con AN.

El modelo de Williamson, Davis, Duchman, Mckenzie y Watkins (1990, citados en Saldaña, 1994) describe que los efectos inmediatos de la restricción alimentaria son la privación biológica de energía, la experimentación de hambre, la presencia de frecuentes rumiaciones sobre la comida y la urgencia de comer. En el caso de la anorexia bulímica, el proceso natural del mantenimiento de la restricción alimentaria es la violación de la dieta, pudiéndose producir un ataque de BN que incrementará el temor a engordar el cual se intensificará y los ataques bulímicos pueden presentarse por lo que comenzará a utilizar métodos purgativos que reducirán su ansiedad. Por el contrario, la anorexia restrictiva reduce su ansiedad y preocupaciones sobre la gordura e incremento de peso evitando totalmente el consumo de alimentos. El efecto a corto plazo del ayuno prolongado es la reducción del apetito, por ello, la anoréxica puede ingerir cantidades muy pequeñas de alimento, manteniendo el tono vital alto, lo cual refuerza sus sentimientos de autocontrol total sobre su comportamiento alimentario y reduce el miedo a ganar peso.

La continua restricción de alimentos y la pérdida de peso generan varios cambios psicológicos. El hambre deteriora la capacidad de razonar. Dicho daño es progresivo pero reversible ya que desaparece cuando el peso vuelve a la normalidad, sin embargo, mientras más malnutrida está una persona más se altera su pensamiento. Se va reduciendo poco a poco la capacidad de pensamiento complejo y a medida que avanza la malnutrición y se pierde peso, las ideas se vuelven simples y polarizadas, no existen etapas intermedias y todo lo que se percibe es negro o blanco, bueno o malo, aceptable o inaceptable y estas personas se ven a sí mismas con base en ésta manera de pensar de “todo o nada”. Incluso se vuelve difícil la interacción con otras personas y se sienten confundidas y abrumadas ya que les es imposible hallar coherencia a lo que está sucediendo, por ello, sienten la necesidad de que todos los aspectos de su vida sean totalmente previsibles y organizados de antemano. Debido a ello la anorexia se caracteriza por cierto aislamiento y las rutinas bien definidas (Duker y Slade, 1995).

Los lineamientos para el diagnóstico de estos trastornos se basan en el Manual Diagnóstico de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR, 2002).

3.1.2.1. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nervosa según el DSM-IV-TR (2002)

Para la formulación de un diagnóstico de AN se sugiere en el DSM-IV-TR que deben cubrirse los siguientes cuatro criterios:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla;
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal;
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal;
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos) (p. 659, 660).

Además se debe especificar el subtipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (p. 660).

3.1.3. Bulimia Nervosa

En el siglo XIX el New Dictionary of Medical Science da la siguiente definición de bulimia: “de buey” y “hambre” (hambre de buey). Un apetito atroz. Se observa en algunas ocasiones en la histeria y a lo largo del embarazo, pero raramente en otras circunstancias (Guillemot y Laxenaire, 1994).

La BN es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga (Sherman y Thompson, 1999). Lleva a que las personas que la padecen primero coman de manera compulsiva y luego eliminen la comida, ya sea por vómitos inducidos, laxantes, ayunos o ejercicio excesivo ([medicinaneews](#), 2003). Se considera que la BN ocurre en aquellas personas que tienen episodios recurrentes de "atracones" de comida (rápido consumo de una gran cantidad de comida en muy poco tiempo), una pérdida de control durante los atracones, que les imposibilita para dejar de comer, seguidos de vómitos autoinducidos, el uso de laxantes o diuréticos, y alternando con episodios de dietas estrictas o ayunos, además de tener una preocupación excesiva por el peso corporal (Sánchez, 2001). Dichos atracones suprimen la sensación de hambre y ansiedad que les precede (Farreras, 2000).

Al respecto, Sherman y Thompson (1999) mencionan que el propósito de la purga es “corregir” la ingesta excesiva en la comida, un intento por aliviar la culpa de haber comido tanto y reducir el aumento de peso. Williamson et al. (1990, citados por Saldaña, 1994) proponen un modelo conceptual explicativo de la BN nervosa. Postulan que la violación de una dieta altamente restrictiva conduce a comer alimentos “prohibidos” e iniciar una comilona, este patrón de comportamiento activa los temores sobre el incremento de peso y los problemas con la imagen corporal al extremo que generan gran preocupación y ansiedad. Los hábitos purgativos actúan como reductores de ansiedad y, de esa manera, son reforzados negativamente. Dichos hábitos purgativos eliminan los nutrientes y energía ingeridos a través de los alimentos, produciendo una privación biológica y despertando en el sujeto sensaciones de hambre, lo cual conducirá a que se repitan los ciclos de ataque de glotonería –conducta purgativa.

Así pues, el alimento se utiliza como herramienta para hacer frente al estado de ánimo, sin embargo, ello revela un estado de tensión seguido por culpa, vergüenza, repugnancia, detestándose uno mismo y depresión. Para los sobrevivientes de algún trauma o algún conflicto emocional más profundo, el comer excesivamente se convierte en una manera de hacer frente o de consolidarse con su dolor (Ochberg, 1988; Wonderlich, 2001 citados en NationalEatingDisorders.org, 2002).

En cuanto a sus características de personalidad, se ha encontrado que estos pacientes suelen ser *impulsivos*, susceptibles socialmente y con baja autoestima, pero no es seguro que lo sean antes del trastorno. Suelen manifestar un escaso control de impulsos: robos, mentiras, promiscuidad sexual, consumo de tóxicos, suicidio. Los pacientes con BN y sus padres suelen percibir sus familias como desentendidas, hostiles, desorganizadas y conflictivas. Pero no es posible asegurar que esto sea así antes del trastorno. Una parte de tal “desorganización” familiar sería consecuencia de la personalidad bulímica (Farreras, 2000). Según Sherman y Thompson (1999) la BN es un fenómeno multicausal relacionado con factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que predisponen para el desarrollo de la BN, sin embargo, son las características psicológicas o de personalidad la causa determinante una vez que se ha preparado el terreno.

3.1.3.1. Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nervosa según el DSM-IV-TR (2002)

Para la formulación de un diagnóstico de BN se sugiere en el DSM-IV-TR que deben cubrirse los siguientes criterios:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por Ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo);
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo;

- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses;
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales;
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa (p. 665).

Además se debe especificar el subtipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (p. 665).

3.1.4. Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la conducta alimentaria no especificado según el DSM-IV-TR (2002)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN (p. 665, 666).

3.1.5. Criterios de investigación para el Trastorno por atracón según el DSM-IV-TR (2002)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- (1) ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. Ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares
- (2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. Ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
- (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
- (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
- (4) comer a solas para esconder su voracidad
- (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. Ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN (877-878).

3.1.6. Obesidad

La obesidad es un problema de salud pública debido a que afecta a un gran porcentaje de la población y, a la vez, condiciona un aumento de la morbilidad y la mortalidad de los individuos que la padecen. Su etiología es multifactorial, sus manifestaciones clínicas muy heterogéneas y su tratamiento, al igual que el de sus complicaciones, debe realizarse de forma muy individualizada (Farreras, 2000). La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa corporal que implica un peso superior a lo normal establecido, ocasionando alteraciones clínicas objetivas y subjetivas (Casas, 1984). Se considera que una persona es obesa cuando excede el 20% de su peso ideal, en función de su talla, complexión, sexo y edad (Saldaña, 1994).

Es una enfermedad crónica ocasionada por la ingestión aumentada de calorías con relación a la requerida por el organismo y resultado del menor gasto de la energía obtenida de los alimentos (Becerril, 2002). Es también el resultado de una mala alimentación, convirtiéndose en un gran problema dietético, psicológico y social muy frecuente en los países civilizados. La obesidad se produce, descartando las enfermedades endocrino-metabólicas, como resultado de una ingesta en cantidad o calidad superior a las necesidades del individuo. El resultado es que la persona ingiere más calorías de las que quema y por tanto se almacenan en el cuerpo en forma de grasa (fonendo, 2002).

Se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un exceso de peso. Esto significa que no todo aumento de peso es obesidad, sino sólo si es debido a un exceso de la masa grasa (García, 2002). La obesidad por sobrealimentación es la más frecuente y es en algunos casos la falta de ejercicio el factor causal y en otras situaciones la actividad provoca un aumento de peso por acompañarse de la ansiedad del sobretrabajo y la impresión de necesitar mayor ingestión de alimentos y bebidas (Casas, 1984). Sin embargo, se debe de considerar que en el desarrollo de la obesidad influyen diversos factores genéticos, ambientales y psicológicos. Por otro lado, los hábitos alimentarios familiares y sociales también tienen importancia y muchas veces se recurre a una ingesta excesiva de comida en situaciones de estrés y ansiedad.

3.1.6.1. Valoración antropométrica

La valoración antropométrica significa hacer mediciones físicas del peso y las distintas dimensiones corporales para estimar la composición corporal. Permite la valoración del estado nutricional y se puede usar para detectar mala nutrición u obesidad en adultos y en niños permite conocer si su crecimiento es satisfactorio. En adultos el peso bajo en relación con la estatura puede indicar una nutrición inadecuada, mientras que el peso alto en relación con la estatura puede indicar sobrepeso u obesidad. Anteriormente se utilizaban tablas de peso en relación con la estatura que incluían los rangos aceptables de peso para determinadas estaturas, sin embargo, en los últimos años se suele utilizar el IMC (Índice de Masa Corporal) dado que es el indicador antropométrico de composición corporal y del estado nutricional más simple (Webb, 1999).

El IMC es un método que determina el peso y estado de salud de las personas y se calcula al dividir el peso corporal medido en kilogramos entre la estatura en metros cuadrados. El IMC determina si una persona padece sobrepeso u obesidad, si está en un peso satisfactorio o si por el contrario, se encuentra bajo de peso. Según la Organización Mundial de la Salud (citada en fonendo, 2002) considera que el IMC "normal" va de 18.5 a 24.9 kg/m². A mayor IMC, mayor es el riesgo de tener las enfermedades asociadas al Sobrepeso y la Obesidad (fonendo, 2002).

Teniendo en cuenta esta relación, se considera sobrepeso una cifra del IMC por encima de los 25 kg/m² y se hablaría de obesidad cuando el IMC estuviera por encima de los 30 kg/m². El IMC, es decir la relación entre el peso y la talla, es una buena referencia aunque no determina con total exactitud el peso ideal de una persona ya que, como muchos especialistas reconocen, también hay que tener en cuenta otra serie de factores. Así, por ejemplo, un atleta puede tener un IMC elevado debido a que presenta una gran masa muscular, lo que a su vez se traduce en un peso elevado, sin que eso signifique que esté obeso (fonendo, 2002).

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS*	IMC
Bajo Peso	< 18.5
Peso Normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obesidad Tipo I	30 - 34.9
Obesidad Tipo II	35 - 39.9
Obesidad Tipo III	> 40

Fuente: fonendo, 2002.

En México, Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997; citado en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001) determinaron la validez diagnóstica del IMC en adolescentes mexicanos y proponen que puede ser utilizado en dicha población considerando los puntos de corte siguientes:

Puntos de corte del IMC*	
IMC	CLASIFICACIÓN
< 15	Emaciación (peso muy por abajo del normal)
15 - 18.9	Peso por abajo del normal
19 - 22.9	Peso medio o normal
23 - 27	Sobrepeso
>27	Obesidad I
>31	Obesidad II o mórbido
*Valores y puntos de corte de IMC validados en muestras mexicanas (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1997; Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997)	

Fuente: Calleja y Gómez Peresmitré (2001), p. 273.

3.1.6.2. Aspectos psicológicos de la obesidad

De acuerdo con Abraham y Llewellyn-Jones (1994) algunas mujeres obesas utilizan el comer como sustituto del amor. Una persona que se siente sola, vacía y no amada, a no ser que tenga compañía constante, puede comer para compensarlo. El vacío de su vida se alivia si toma alimentos para llenar su estómago vacío. Cuanto más come, más llena o realizada se siente. Al hacerse cada vez más obesa, desarrolla una necesidad de permanecer obesa y así evitar que resurja de la sensación de insuficiencia.

Hamburger (1951; citado en Saldaña y Rosell, 1988) señala diversos factores psicológicos que intervienen en la obesidad: 1) ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas; 2) sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables; 3) ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente y 4) adicción a la comida. Bruch (1980) menciona que en muchas ocasiones se ha mencionado que en comparación con las personas delgadas, los obesos son más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja autoestima y concepto distorsionado de su imagen corporal, incluso se ha llegado a decir que tienen un desarrollo de la personalidad inadecuado o manifestaciones de enfermedades psíquicas.

Ramírez (1981) considera que en la historia familiar del obeso se encuentra una madre sobreprotectora en cuanto a las necesidades alimenticias del niño y frustradora respecto a su conducta motora. La figura paterna es débil. Una madre que por sus propias ansiedades experimenta alivio cuando el niño come, no sólo para satisfacer sus necesidades sino para calmarle su ansiedad. De esta forma, le da sobreprotección y sobreestimulación en una determinada necesidad, la madre se sentirá satisfecha con el apetito del niño y con su aspecto bien nutrido. Cuando el niño comienza a moverse, sentarse, caminar, la madre por su ansiedad trata de limitarlo ofreciéndole comida para que este quieto. Pronto el niño aprende que cuando come encuentra el amor de la madre y cuando se mueve ocasiona su desaprobación. En la adultez esta pauta habrá sido incorporada y ante cualquier tensión, come, ya que en su infancia esto le permitió derivar su tensión y ansiedad.

3.2. Factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total (wikipedia.org, 2004).

Según Crispo, Figueroa y Guelar (1998) existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Para explicarlo mejor presentan un cuadro que es una adaptación del que diseñaron Garner y Garfinkel (1980).

1. Factores predisponentes	2. Factores precipitantes	3. Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> • Socioculturales • Familiares • Individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores • Actitudes anormales con el peso y figura • Dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Atracones y purgas • Secuelas fisiológicas y psicológicas

Fuente: Crispo, Figueroa y Guelar (1998), p.51.

1. Los Factores predisponentes: hablamos de elementos en el contexto sociocultural, individual o familiar que preparan a la persona de una manera que puede llegar a desarrollar algún TCA o al menos dedicarse al control del peso corporal.
2. Factores precipitantes: cualquier evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (como la adolescencia) puede actuar como “semilla” para que empiece a desarrollarse algún TCA o se presenten actitudes extremas respecto al peso y figura.
3. Factores perpetuantes: están estrechamente relacionados con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo. El control de peso y las dietas lejos de ser la solución al problema son lo que lo mantiene (p. 52, 53).

De acuerdo a Gómez Pérez-Mitré (1997) entre las variables catalogadas como factores de riesgo para el desarrollo de TCA y que cuentan con mayor documentación en la literatura internacional están: la distorsión de la imagen corporal -sobrestimación y subestimación- y la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal -nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal-. Son el resultado de la interacción de: a) la presión social que ejercen los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y además, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; b) variables individuales más o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-: c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social y d) variables psicosociales subjetivas como auto percepción y percepciones de los otros del peso o tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima entre otras.

Gómez Peresmitré (2001) divide los factores de riesgo de los TCA en 4 grandes grupos según la naturaleza de las variables que empíricamente se han agrupado en función de resultados, entre ellos de sus correlaciones y/o de sus contenidos: **1) Factores de riesgo asociados con imagen corporal** (satisfacción / insatisfacción; alteración sobrestimación / subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad / delgadez; autoatribución positiva / negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; y atraktividad ligada a delgadez, entre otras; **2) Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria**, siendo el más importante el seguimiento de dietas restrictivas; atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida, cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”); y consumo de productos “light”; **3) Factores de riesgo relacionados con el cuerpo biológico**: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/ tardía y/o amenorrea y **4) Prácticas compensatorias** tales como: ejercicio excesivo (10 Hrs. o más / semana); y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua (>litros / día) y de fibra.

Para Toro (1996), el ayuno, la abstinencia, las dietas restrictivas, el vómito inducido y otras conductas que practican quienes padecen algún TCA se llevan a cabo en función de la belleza corporal, por la silueta. Las restricciones en el comer están asociadas a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Es una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Sólo mediante un cuerpo delgado parece lograrse la aceptación social y la aceptación de uno mismo. Sólo mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente. La cultura de la delgadez aboga por un ideal para la mujer de cuerpo andrógino, anguloso, sin formas redondeadas, donde las características sexuales aparecen desdibujadas. El deseo de imitar y asemejarse a este modelo, parece favorecer el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal y los trastornos de alimentación (Cruz y Maganto, 2002).

Abraham y Llewellyn-Jones (1994) consideran que la cultura occidental ofrece dos mensajes contrastantes relacionados con la comida y la alimentación. Por un lado enfatiza que la mujer delgada es atractiva, sana, feliz, popular y exitosa. El segundo mensaje es que el comer es una actividad placentera que satisface muchas necesidades, además de

aliviar el hambre, y que las mujeres tienen derecho a satisfacer dichas necesidades. La presión social y familiar es contradictoria: *tienes que comer todo lo que los demás te dan pero no tienes que engordar*, por lo que enfrentadas al bombardeo psicológico de dos mensajes contradictorios, la mayoría de las jóvenes siguen un régimen. Algunas se hacen “comilonas” y desarrollan la BN, otras empiezan a preocuparse por evitar ganar peso con dietas drásticas desarrollando la anorexia y algunas más deciden que el seguir un régimen trastorna demasiado su estilo de vida y vuelven a comer más de lo que necesitan, llegando a ser obesas.

Sin embargo, algunos autores como Rojo (2003) consideran que hay gran cantidad de factores de riesgo implicados en los T.C.A., entre los más sugeridos están:

- **SEXO.** Los T.C.A. se dan en mujeres con una frecuencia entre 10 a 20 veces superior a los varones. Se piensa que los factores biológicos pueden ser importantes en la regulación del peso corporal y en la capacidad de hombres y mujeres para mantener un peso bajo. Sin embargo, en los últimos años parece que los hombres también se van "contagiando" de la enfermedad, y aunque es mucho menor el número de varones con trastornos de alimentación, vemos poco a poco crecer esta enfermedad en varones, en especial la BN (Sánchez, 2001).
- **EDAD.** Estudios revelan que la incidencia más elevada de AN es entre los 10 y 19 años en tanto que la BN es más tardía, entre los 20 y 39 años.
- **CLASE SOCIAL Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.** Se ha publicado en diversas ocasiones que la AN es más frecuente en estratos socioculturales medio-altos y altos y en raza blanca, sin embargo, los estudios más recientes han encontrado representación en todas las clases sociales. Ello, se piensa es a causa de la homogenización de la educación y acceso a los medios que hace que la población joven, de diferentes estratos sociales adopte los mismos estereotipos culturales del culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva (García, 2002).
- **NIVEL EDUCATIVO.** En la mayoría de los estudios se ha comprobado que las pacientes anoréxicas (no tanto las bulímicas) muestran muy buen rendimiento intelectual y tienen éxito en sus estudios, lo cual suele ir ligado a actitudes de auto exigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás (García, 2002).
- **ESTRÉS:** Se estima que en alrededor del 75% de pacientes con AN o BN se detecta un acontecimiento severo o un estrés crónico de larga duración en el año que precede al comienzo del trastorno. Sin embargo, otros estudios no han observado diferencias entre casos con o sin estrés desencadenante (Rojo, 2003).

Becerril (2002) menciona que las personas que padecen algún trastorno del comer tienen mayor posibilidad de descender de padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias. Parece que existe, entre las mujeres con trastornos del comer, una mayor incidencia de abuso sexual de hasta un 35%. También menciona que el hecho de tener baja autoestima, ser demasiado perfeccionista, preocuparse en exceso por lo que los demás piensan de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida o ser poco habilidoso en las relaciones sociales, son factores que pueden detonar la aparición del padecimiento.

3.2.1. Imagen Corporal

Raich (2000) define la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Una concepción más dinámica define la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por otro lado, para Rosen (1992; citado por Raich, 2000) la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, o sea, que se contemplan aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción, insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Para Gómez Pérez-Mitré (1995) la imagen corporal corresponde a una categoría subjetiva: se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica, en movimiento, es producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen. Bruchon-Schweitzer (1992) concibe la imagen del cuerpo como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Según Gómez Pérez-Mitré (1997) entre estas experiencias se encuentran la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo, los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Así mismo, el cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa.

Por otro lado, Thompson (1990; citado por Raich, 2000) menciona que la Imagen Corporal esta constituida por tres componentes:

- a) Componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- b) Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): son las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. Al respecto, Gómez Pérez-Mitré (1993) menciona que se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo.
- c) Componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. Conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.) (p. 24-25).

Gómez Pérez-Mitré (1995) menciona que el mayor o menor alejamiento, específico, concreto, del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y el peso imaginario, se le conoce como *distorsión de la imagen corporal*. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal se conecta con la distorsión de la imagen corporal y genera insatisfacción corporal (Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt, 1993; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1995). La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha visto abocado por la presión cultural) genera una enorme insatisfacción que no se reduce al aspecto personal, sino que se generaliza a otras áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal (Raich, 2000).

Al respecto mencionaremos la diferencia entre peso real y peso imaginario según Gómez Pérez-Mitré (1995); por *peso corporal real* se entiende el resultado de la medición realizada con una balanza y/o el valor del Índice de Masa Corporal (peso / talla²). En cambio el *peso imaginario* se define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de una sobreestimación del tamaño del cuerpo lo que conduce a una sobreestimación del peso corporal, acompañada de respuestas de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal, con un incremento en las respuestas de miedo o temor a subir de peso, de rechazo hacia la gordura y de preocupación por la comida, entre otras variables. La respuesta de sobreestimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real. La distorsión de la imagen corporal provoca que se desarrollen prácticas riesgosas que pueden conducir a los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré y Unikel; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1995), esto es, la sobreestimación o subestimación y la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal -nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal-.

Por otro lado, el nivel o grado de *satisfacción-insatisfacción* es otra de las dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y se refiere al grado con el que a una persona le gusta o disgusta, y, en consecuencia, acepta o rechaza el tamaño y la forma de su propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1993b). Se ha encontrado que las mujeres con desórdenes más graves tienen mayor probabilidad de poseer una imagen corporal negativa, así como aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como las relacionadas con la valoración y deseabilidad de la delgadez.

Gómez Pérez-Mitré (1993) en un estudio realizado con la finalidad de conocer las distribuciones y las relaciones entre variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y variables que exploraban problemas y prácticas relacionadas con el peso corporal, se encontró que en una muestra por cuota, no probabilística con N= 197 estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado de diferentes planteles de la UNAM (49% mujeres y 51% hombres) los sujetos con IMC- peso normal se percibieron así mismos, en promedio, con peso por abajo del normal ($x=2.7$) mientras que los estudiantes con IMC-sobrepeso se autopercebieron con peso normal ($X=3.3$). Por otra parte, los sujetos del primer grupo deseaban pesar lo mismo ($x=2.5$) mientras que los del grupo con IMC-sobrepeso querían pesar menos ($X=3.1$).

Faubel (1989) encontró que las mujeres obesas están relativamente satisfechas con su cuerpo y muestran un ajuste psicológico que no difiere de otras mujeres y que la obesidad de inicio temprano no necesariamente tiene consecuencias psicológicas más serias que la obesidad de inicio tardío. Las mujeres obesas no necesariamente tienen una peor imagen corporal que las mujeres con peso normal. Además, las mujeres obesas evaluadas aquí se veían a sí mismas menos gruesas que las mujeres con peso normal y tampoco se veían a sí mismas como menos saludables o atractivas.

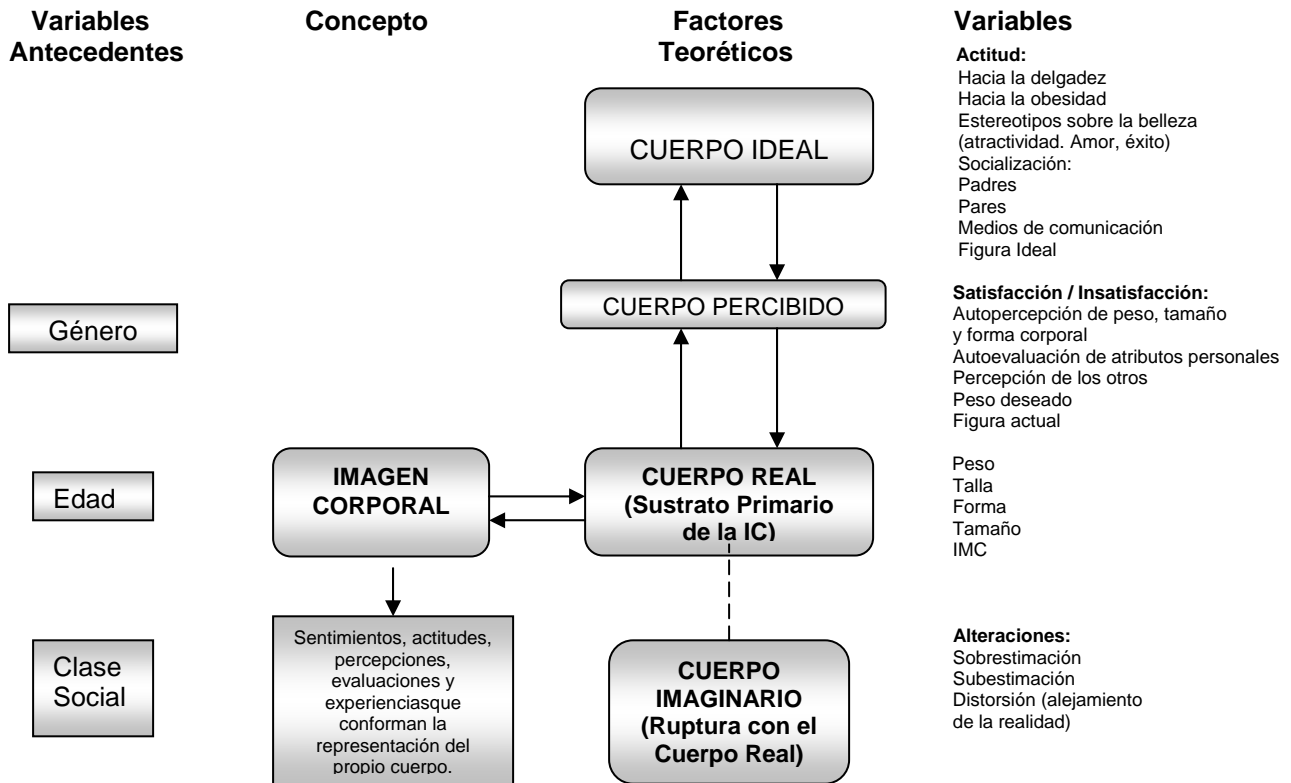
Gómez Peresmitré (1999) encontró en una muestra no probabilística de N=962 niñas preadolescentes de donde se extrajo una submuestra con selección simple al azar del 14% (n=133) para la obtención de medidas tales como peso y talla necesarias para el cómputo del Índice Nutricional (IN) y del Índice de Masa Corporal (IMC), que las medias de la variable alteración (sobreestimación / subestimación) de las niñas con sobrepeso y obesidad fueron negativas ($x=-0.71$, D.E.= 0.54; $x=-0.84$, D.E.=1.08), lo que significa que subestiman su imagen corporal, mientras que las de las niñas clasificadas como delgadas y muy delgadas, resultaron positivas ($x=2.26$, D.E.=0.79; $x=0.92$, D.E.=0.93) esto es, estas niñas mostraron el efecto de sobreestimación. También se encontró que las niñas delgadas y las obesas son las más insatisfechas ($x=1.48$, D.E.= 2.0; $X=-1.48$, d.e.=1.41) mientras que las que menos insatisfacción presentaron fueron las niñas que cayeron en la categoría de peso normal ($x=0.21$, D.E.=1.3).

Unikel y Gómez Peresmitré (1999) en un estudio exploratorio con 6 muestras tomando en cuenta la edad (adolescentes y adultas) y la elección vocacional (ballet vs. no ballet) y su comparación con un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria clínicamente diagnosticadas, mostró que los grupos cuya autopercepción estaba más distorsionada en dirección de la sobreestimación son los estudiantes de ballet, bailarinas profesionales y pacientes (33.3%, 39.5% y 66.7% respectivamente). En tanto la autopercepción del peso de las estudiantes de escuela pública, privada y profesionales no bailarinas se adecua bastante bien a su peso real, o sea, que en estos se registró menor porcentaje de distorsión de la imagen corporal. En los grupos de mayor peso corporal promedio (estudiantes de escuela pública, privada y profesionales no bailarinas) se registraron los mayores porcentajes de subestimación del mismo (14.9%, 15% y 20% respectivamente). El grupo de pacientes diagnosticadas fue el que mostró el mayor porcentaje de insatisfacción con la figura (90%) seguido por estudiantes de escuela privada (77.5%) y estudiantes de ballet (75%).

3.2.1.1. Modelo conceptual de Imagen Corporal

Gómez Pérez-Mitré (1997) desarrolló un modelo en torno a dos de los factores de riesgo asociados con imagen corporal (satisfacción / insatisfacción y alteración).

ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA HIPOTÉTICA DEL CONCEPTO: IMAGEN CORPORAL.



Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1997), p. 36.

Como puede verse, los rubros que aparecen bajo el nombre de variables antecedentes sociodemográficos se refieren a aquellas que han mostrado ser relevantes, sin embargo, ni son todas las variables sociodemográficas ni tampoco son las únicas antecedentes, ya que por ejemplo, la presencia en casa de una madre altamente preocupada por su peso o bien con una actitud negativa hacia la obesidad, entre otras posibles modalidades, puede constituir, ya sea una variable antecedente (no sociodemográfica) de alto riesgo para el aprendizaje de conductas alimentarias anómalas, o bien, una variable que intervenga en la cadena relacional explicativa (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Respecto a los conceptos del rubro Factores Teoréticos, el de cuerpo imaginario es el que más problemas teóricos y prácticos presentó en esta investigación. Los resultados permitieron distinguir entre distorsión de la imagen corporal y alteración de la misma. El primero asume un significado patológico (v.gr., la sobrestimación que caracteriza a la paciente anoréctica que se encuentra en estado de grave emaciación, IMC<15), mientras

que el segundo se refiere al efecto de sobre o subestimación característico de poblaciones abiertas y que pueden discriminar más bien la presencia de un factor de riesgo. La línea punteada que liga el concepto Cuerpo Real con Cuerpo Imaginario representa una ruptura con la realidad en el caso patológico más esto no es así cuando nos referimos al efecto de alteración como factor de riesgo. Es importante hacer la distinción dentro de las variables que aparecen con el Factor Cuerpo Real, entre IMC calificándolo como propio de la adolescencia y agregar otro que podría ser el Índice Nutricional para los preadolescentes. Las variables que aparecen con los Factores Cuerpo Ideal, Cuerpo Percibido, representan otros factores de riesgo asociados con Imagen Corporal. Por último, del papel mediador de satisfacción / insatisfacción pareciera ser que la ubicación de ésta en el esquema (Cuerpo Percibido) no es la adecuada. En cambio la variable autopercepción del peso corporal confirma su pertenencia a Cuerpo Percibido (Gómez Peresmitré, 2001).

Bruch (1962; citado por Rojo, 2003) es la primera en sugerir la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con AN y BN, así describió tres elementos básicos del trastorno: 1) el trastorno en la imagen corporal traducido en la negación de la desnutrición y la falta de preocupación por el deterioro físico; 2) el trastorno del reconocimiento de los estímulos procedentes del cuerpo, que lleva a la negación del hambre y a la hiperactividad, y 3) el fuerte sentimiento de ineficacia, que se suele ocultar tras el negativismo y la actitud de desafío.

Tanto la AN como la BN exhiben una distorsión de la imagen corporal, sin embargo, esta es por lo general más seria en la anorexia. La persona con TCA distorsiona de tal manera su imagen corporal que desfigura el tamaño y forma de algunas partes o de todo su cuerpo (Sherman y Thompson, 1999). La víctima de anorexia tiene un miedo intenso de cualquier aumento de peso. Tienen distorsiones de la imagen del cuerpo y creen que son gordas, mientras que la gente las percibe como demasiado finas, su objetivo es perder más peso (NationalEatingDisorders.org, 2002), por su parte, la meta de la bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

Según Romá, Montesinos, Ballester, Sevilla, Romero, Catalá y García (2001) los componentes de la imagen corporal pueden funcionar de la siguiente manera en una mujer que padece un trastorno de alimentación como la anorexia nervosa. A nivel perceptivo, la precisión de las dimensiones corporales está sobreestimada, sobre todo determinadas partes del cuerpo como el estómago, nalgas, muslos y caderas. Esta sobreestimación de las dimensiones del cuerpo viene acompañada de la comparación que posteriormente se lleva a cabo con el cuerpo de las / de los demás y que generalmente va en detrimento de su propia imagen corporal. Así, se interpreta (nivel cognitivo) que no se cumple con el modelo socialmente aceptado, es decir, actualmente la extrema delgadez. Ello genera sensaciones de ansiedad y miedo (componente emocional o afectivo) ya que tiene un cuerpo que no se ajusta a los cánones establecidos. A estas emociones negativas le siguen conductas determinadas, que tratan de mitigarlas como la restricción alimentaria, total o parcial, la evitación de situaciones sociales por temor a ser criticadas en su imagen corporal y pesarse todos los días, lo cual, mantiene el trastorno. No obstante para Cruz y Maganto (2002) es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma, aunque en cualquier caso, ambos aspectos están implicados en la presencia del trastorno de alimentación.

Respecto a la obesidad, Brantley y Clifford (1976; citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) por medio de un procedimiento de discriminación multivalente revela que los sujetos "muy pesados" objetiva y subjetivamente parecen diferir de los otros sujetos ya que revelan una desvalorización generalizada en cuanto a su cuerpo y en cuanto a su yo.

Gómez Pérez-Mitré (1995) encontró que estudiantes de danza con un IMC<17, se autoperciben con mayor peso (sobreestimación) del que realmente tenían y en consecuencia deseaban pesar menos. En cambio en un grupo de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas encontró que a mayor peso menor distorsión (subestimación) También se observó la existencia de un continuo de peso corporal en términos de IMC, en el que el extremo izquierdo, ocupado por las estudiantes de danza el problema físico de 86% es falta de peso (IMC<17.6 e IMC<19) pero paradójicamente el psicológico es de sobreestimación. En el otro extremo se ubicó la muestra de la población clínica (mujeres que acudían a tratamiento para bajar de peso) en la que sólo un 6% tenía peso normal y el resto presentaban sobrepeso, obesidad y obesidad masiva (IMC>31) y se encontró una tendencia de la respuesta de autopercepción a la subestimación; sólo el 5% con un IMC normal presentaban el problema de sobreestimación. Menciona que probablemente tal distorsión se ve favorecida por las prácticas alimentarias, las formas de comer y sentimientos, que son típicos y que se asocian con obesidad, aunque todavía no puedan considerarse como necesariamente anómalas o patológicas.

Bruch (1980) menciona que es muy común la perturbación de la imagen corporal en pacientes obesos. En estos pacientes, desde su punto de vista no concuerda con relación al cuerpo, la estructura, la imagen y la aceptación social. Esto puede dar por resultado una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada. De hecho, la ayuda psicológica debe consistir en que el paciente adquiera una concientización más realista de su yo corporal. Un aspecto también importante a considerar es la edad en la que inició la obesidad. La gente que hace su obesidad en la edad adulta tiene una percepción más realista de sí misma, en cambio, cuando la obesidad se inicia en la infancia, la percepción de sí mismo en tan vaga y confusa e incluso después de una reducción considerable de peso, no se percibirán más delgados, sino que conservarán consigo la imagen de su talla anterior.

Actualmente se cuenta con abundantes datos de investigación según los cuales el aspecto es un determinante esencial de la autoestimación en hombres y mujeres. Si las proporciones físicas llegan a aproximarse lo suficientemente a las dimensiones y a la apariencia de la imagen del cuerpo ideal, uno estará propenso a tener una mejor opinión del yo físico. En cambio si se apartan demasiado de ese ideal, lo más seguro es que se tenga una autoestimación inferior. Por lo general el ideal corporal del individuo se ajusta más o menos a las normas culturales que dictan lo que socialmente constituye un aspecto agradable y lo que no lo es (Johnson, 1988; citado por Galindo, 1993).

3.2.2. Autoatribución

La atribución se define como el proceso mediante el cual tratamos de comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás y, en algunas ocasiones, también las subyacentes a nuestra conducta (Myers, 2001). La teoría de la atribución analiza la manera como explicamos el comportamiento de las personas: por ejemplo, atribuyéndolo ya sea a disposiciones internas (rasgos duraderos, motivos y actitudes) o a situaciones externas (Byrne, 1998).

Heider (1958; citado en Rodríguez, Assmar y Jablonski, 2002) afirma que tenemos la necesidad de atribuir causas a los fenómenos que observamos, ya que al hacerlo, satisfacemos nuestra necesidad de vivir en un mundo relativamente estable y previsible. Si por el contrario, buscamos explicaciones y no las encontramos, nos sentimos inseguros. Menciona que para explicar las conductas de los demás, además de las fuerzas personales (las que provienen de la propia persona y lo impulsan a la acción) las fuerzas del ambiente también desempeñan un papel importante, dejando claro que nuestras acciones pueden derivar de causalidad personal o impersonal. La primera es cuando percibimos una acción como derivada en gran parte de las fuerzas personales, en el segundo caso atribuimos que la acción proviene de fuerzas externas, es decir, que percibimos la acción como derivada de fuerzas ambientales o, cuando están localizadas en la persona pero producidas por algo sobre lo cual esta no tiene control alguno.

Por otra parte, la teoría de las “inferencias correspondientes” de Jones y Davis (1965; citados en Myers, 2001) explica como inferimos basándonos en las acciones observables de los demás sus tendencias o disposiciones específicas, que extrapolan de una situación a otra. Mencionan que la conducta de los demás es una importante fuente de información con la cual somos capaces de aprender mucho de ellos. Jones y Davis (1965; citados en Byrne, 1998) especifican las condiciones bajo las cuales las atribuciones son más probables. Por ejemplo, el comportamiento normal o esperado nos dice menos de una persona de lo que lo hace su comportamiento inusual, ya que, prestamos una mayor atención a las acciones de los demás que comportan una baja deseabilidad social, que a aquellas que son elevadas en esta dimensión. Según Myers (2001) cuando inferimos rasgos de alguien a partir de su conducta, llevamos a cabo tres tareas distintas, en primer lugar *categorizamos* una conducta individual. Después *caracterizamos* la conducta, la utilizamos para inferir rasgos específicos, y finalmente, *corregimos* nuestra inferencia a la luz de la información sobre la situación en la cual esta ha tenido lugar.

Kelley (1973; citado en Rodríguez et al. 2002) presenta otros principios importantes en la atribución de causalidad. Destaca tres aspectos importantes en el análisis de un comportamiento; el primero de ellos es la *distintividad* del comportamiento que surge de la respuesta a la pregunta: ¿la persona emite este comportamiento frente a cualquier estímulo o tan solo cuando un estímulo específico esta presente?, si la respuesta es que emite tal comportamiento solo ante un estímulo específico, se dice que tal comportamiento tiene alta distintividad, en caso contrario, tendrá baja distintividad. Otro aspecto a considerar es la *consistencia del comportamiento*, si la persona exhibe el mismo comportamiento en diferentes ocasiones, decimos que tiene alta consistencia, en el caso contrario, tendrá baja consistencia. Finalmente, si otras personas reaccionan de la misma manera ante el estímulo en cuestión, tal comportamiento tiene alto consenso, en caso contrario, tendrá bajo consenso.

Sin embargo, nuestras inferencias sobre los demás no siempre son acertadas, el *error fundamental de la atribución* consiste en la tendencia que tenemos de hacer atribuciones internas cuando observamos el comportamiento de otros. Así, al observar a dos personas discutiendo tendemos a atribuirles rasgos de agresividad, sin tomar en cuenta posibles variables situacionales que pueden ser las responsables (Rodríguez et al. 2002). Cometemos el error fundamental de atribución al explicar el comportamiento de otras personas. Frecuentemente damos una explicación a nuestro comportamiento en términos de la situación, mientras que hacemos a los demás responsables de su propio comportamiento. Esto se debe a que cuando actuamos el medio exige nuestra atención, sin embargo, cuando observamos actuar a otra persona, esta se convierte en el centro de nuestra atención y la situación se hace relativamente invisible. Los procesos de atribución vistos anteriormente también juegan un importante papel al momento de conocernos y percibirnos a nosotros mismos. La idea principal de las teorías de autoatribución es que hacemos atribuciones acerca de nuestra propia conducta de la misma manera en que lo hacemos con los demás (Byrne, 1998).

La Autoatribución puede entenderse como un proceso psicosocial a través del cuál se construye la propia imagen; son los adjetivos que nos atribuimos como producto de la interacción social y describe como nos vemos (Gómez Pérez-Mitré, 1996; citado en Gómez Peresmitré, García, Acosta, Pineda, Llopis, García, y Archilla, 2002). La autoatribución constituye la autopercepción de un individuo que con frecuencia refleja la manera en que otras personas significativas en su medio ambiente se han comportado hacia él. Si los otros consistentemente lo han tratado de una manera especial y le muestran que tienen una cierta actitud hacia él, especialmente en sus años jóvenes de formación, él aceptará sus apreciaciones hacia él y tratará de actuar de acuerdo a ellas. Por ejemplo, sabemos si somos atractivos o feos escuchando comentarios sobre nosotros, sabemos si somos inteligentes o tontos comparando nuestras habilidades con las de otros, etc. (Johnston, 1998).

Para Jiménez y Oviedo (2003) la autoatribución es la percepción de los propios atributos del individuo. Los adjetivos, características, rasgos o cualidades con los cuales el individuo se describe a si mismo. Percepción evaluativa de si mismo que puede ser favorable (autoatribución positiva) o desfavorable (autoatribución negativa).

Por medio de la autoatribución se constituye la propia imagen, son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe como nos vemos, como nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto. En la conformación de este constructo son importantes las creencias culturales, las experiencias que se viven a través y con los otros, así como los papeles y comportamientos premiados y castigados (González, Lizano y Gómez Péresmitré, 1999).

Para Byrne (1998) las ideas y los sentimientos acerca de uno mismo afectan la manera como se interpretan los eventos, como se recuerdan y como se responde a los demás. Los demás a su vez, ayudan a moldear la percepción de si mismo. Cuando los demás tienen una buena opinión de nosotros, esto nos ayuda a tener una buena opinión de nosotros mismos. Los niños a quienes los demás catalogan como bien dotados, juiciosos y serviciales tienden a incorporar tales ideas en su autoconcepto y en su comportamiento. Por lo tanto, tener una buena o una mala imagen de nosotros mismos influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y más aún, no solo en las propias, sino en la manera en como nos responden los demás (Raich, 2000).

Sin embargo, en la actualidad la valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la acción de la gente tiene frente a un individuo. Los jóvenes cuyo aspecto físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente más positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan una autoatribución negativa. Es importante mencionar que los atributos físicos que uno se pone a sí mismo no solamente afectan su autoconcepto, sino también su conducta, por ello, si los atributos que un individuo se impone, determinan su estado, como se siente y como actúa, resulta evidente que tiene una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida del individuo. El incorporar a su ser atributos y características como producto de la interacción social tiene como consecuencia que en lugar de fijarse en sus particulares aptitudes, las personas tienden a compararse con otros, lo cual le hace sentir disminuidos. Piensan que si otros tienen mejor aspecto entonces indudablemente deben ser mejores y ello es suficiente para hacerlos sentir menos. Al perder la confianza, piensan que la solución radica en crear una apariencia que la inspire y entonces, el objetivo de lucir bien, que en sí mismo puede considerarse positivo, se transforma en algo negativo, porque el individuo se olvida de sí mismo y de sus necesidades internas, este olvido provoca un aumento de sufrimiento y cuando este proceso se va haciendo crónico, su frustración crece y se va volviendo contra sí mismo. A partir de ahí se abre una posibilidad franca para el desarrollo de algún trastorno alimentario o de otro tipo (Jiménez y Oviedo, 2003).

La teoría de la autopercepción de Bem (1972; citado en Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002) contempla la forma en que percibimos nuestras actitudes y preferencias. Es un caso especial de cognición social en la que nosotros, en mayor grado que los demás, somos los objetos de la percepción, es decir, que nos percibimos exactamente como percibimos a los demás, en otras palabras, actor y receptor son la misma persona. Para conocer nuestras actitudes, preferencias y sentimientos consideramos dos factores: nuestra conducta y la situación en que tiene lugar. Sin embargo, para otros autores como Jones y Nisbett (1971; citados en Worchel et al. 2002) actores y observadores ven el mundo de manera muy distinta, ellos lo llaman el *sesgo del actor y el observador*, o sea, que los actores exhiben una tendencia generalizada a atribuir sus actos a las exigencias de la situación, mientras que los observadores los atribuyen a disposiciones internas. Ello se debe a que el actor y el observador contemplan los actos desde puntos de vista diferentes, el actor tiene acceso a mayor gama de conductas que el observador, sabe que hoy se comportó de un modo, ayer de otro y busca en el ambiente una explicación. El observador solo tiene una instancia de comportamiento para juzgar al actor y por eso tiende a generalizar y suponer que esa conducta es congruente en diversas situaciones y lo atribuye a disposiciones internas del actor.

Byrne (1998) sugiere que con la intención de dar una imagen positiva, no solo gastamos dinero en cosméticos y programas de dieta, sino que también monitoreamos el comportamiento y expectativas de los demás y de acuerdo con ello acomodamos nuestro comportamiento. Para Worchel et al. (2002) nuestro bienestar psicológico está muy ligado a la percepción que tenemos de nosotros mismos, ejerce un efecto directo ya sea que nos evaluemos positiva o negativamente y si nos sentimos a gusto o no con la persona que somos, pero más allá de las repercusiones en la autoestima, los procesos de autoatribución cumplen una función importante como causas de depresión, ansiedad y de sentimientos de desamparo. Al mismo tiempo, estos procesos sirven para combatir dichos problemas.

3.2.2.1. Atribución y trastornos de la conducta alimentaria

Kirszman y Salgueiro (2002) consideran que los factores cognoscitivos son de relevancia nuclear en la caracterización de los trastornos alimentarios. Están presentes en todos los momentos de la evolución del cuadro clínico: en la génesis, en la constitución, en el mantenimiento y la perpetuación del trastorno en el tiempo. Configuran un conjunto de ideas, creencias, mitos, pensamientos, etc. acerca del cuerpo, el control del peso, los alimentos, los cuales se cristalizan en pensamientos y actitudes características. Cash (1987; citado en Raich, 1998) describe algunos de estos pensamientos automáticos más frecuentes:

- *La bella o la bestia* es un pensamiento dicotómico “o soy atractiva o soy fea”, “o peso lo que quiero o soy gorda”, no se aceptan aspectos parciales positivos y como ser perfecto es muy difícil, uno decide considerarse un desastre e imponerse regímenes drásticos para intentar aproximarse al ideal.
- El *ideal irreal*, es el uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable, los sentimientos de fealdad aparecen al compararse con los ideales que la cultura y la sociedad imponen en ese momento.
- La *comparación injusta*, se asemeja al anterior solo que uno se compara con gente a la que encuentra en situaciones diarias, “desearía ser tan atractiva como aquella persona” o “esta persona ¡me hace sentir tan fea!”.
- *La lupa* se refiere a que se observa únicamente y de manera muy detallada sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia, por ejemplo: “mis caderas son tan horriblemente anchas que destruyen todo mi aspecto”.
- *La fealdad radiante* consiste en empezar a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra y otra hasta conseguir hacer una gran bola de nieve en la que uno ha conseguido destruir cualquier aspecto de su figura.
- *El juego de la culpa* hace posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño, aunque al principio no este relacionado en absoluto con ella.
- *La mente que lee mal*, son otra serie de pensamientos que hacen posible interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal: “la gente no es simpática conmigo por mi peso” o “no tengo novio porque soy gorda”.
- *Sentirse fea*, es otro error cognoscitivo que consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal. Que una persona se sienta fea no quiere decir que lo sea, ni que los demás lo piensen, ni que en otras ocasiones ella misma pueda sentirse bien consigo misma (p. 36-40).

Esta serie de pensamientos, expectativas, atribuciones y creencias irracionales no son exclusivas de los trastornos de la alimentación, sin embargo, juegan un papel muy importante en la génesis y mantenimiento de estos. El querer obtener el aprecio de los demás puede mover a realizar dietas drásticas. Las atribuciones de valor sobre sí misma van en función del peso y la figura y las creencias irracionales se mantienen sin llevar a cabo ninguna verificación (Raich, 1998).

3.2.2.2. Estudios sobre Autoatribución en México

El estudio realizado por Guzmán (2002) tuvo como objetivo describir si difiere la satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución, además de describir si existe relación entre autoestima y autoatribución. Para ello se manejó un diseño de dos grupos de observaciones independientes, con una muestra intencional no probabilística de preadolescentes con un n=200 (n=100 preadolescentes de escuelas públicas y n=100 preadolescentes de escuelas privadas) extraídas de una población de mujeres preadolescentes que estudiaban la primaria en el D.F. Se aplicó un instrumento de formato mixto que exploró: datos sociodemográficos, imagen corporal, autoatribución y autoestima. Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las preadolescentes de escuelas públicas y privadas respecto a la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal. En ambos grupos se consideró como figura ideal una delgada o muy delgada. Se encontró relación entre la escala de Autoatribución y el Test de Autoestima, en las áreas que miden aspectos escolares y sociales. Un alto porcentaje de las preadolescentes de ambos grupos (66% escuela pública y 74% escuela privada) consideraron que su inteligencia es promedio, aunque se atribuyeron gran felicidad (44% escuela pública y 50% escuela privada), sin embargo, las preadolescentes de escuelas privadas se sintieron un poco menos atractivas que las de escuelas públicas y lo mismo ocurrió en cuanto a que tan buenas se consideraban.

Correa (2002) buscó determinar si existían diferencias entre la autoatribución de las preadolescentes con obesidad-sobrepeso y emaciación, con preadolescentes con peso normal. La muestra fue de estudiantes varones de nivel primaria y secundaria del D.F. y área metropolitana igualados en nivel socioeconómico. Se trabajó con una n= 213 preadolescentes del sexo masculino que se subdividió en n= 13 preadolescentes masculinos emaciados y delgados, n= 138 con peso normal y n= 62 con sobrepeso y obesidad. Se aplicó un instrumento que exploró la variable sociodemográfica, así como el cuestionario de Alimentación y Salud con la finalidad de conocer si existía relación entre la autoatribución y el peso corporal. Entre los principales resultados se encontró que la autopercepción de los atributos negativos propios y el seguimiento de dietas con propósitos de control de peso dependen del peso corporal. Se aplicó un ANOVA One Way con la finalidad de averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución de los preadolescentes varones tomando en cuenta el peso corporal. Se agruparon las variables que miden autoatribución en dos: positiva y negativa y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución positiva, sin embargo, en la autoatribución negativa si se presentaron diferencias estadísticamente significativas según el rango de peso, los chicos delgados poseían mayor autoatribución negativa en comparación con los de sobrepeso, obesidad y normopeso.

En otra investigación, Gómez Peresmitré et al. (2002) comparó la percepción de la relación materna y de los propios atributos, teniendo como variables el sexo y la nacionalidad (mexicana y española). Trabajó con una N= 370 preadolescentes mexicanos y españoles de ambos sexos, de estos n1=223 fueron estudiantes mexicanos (125 hombres, 98 mujeres), y n2=147 estudiantes españoles (89 hombres, 58 mujeres). Se aplicaron dos escalas tipo Likert que miden Percepción de la Relación Materna (PRM) y Percepción de los Propios Atributos o Autoatribución. Entre los hallazgos más importantes se encontró que los preadolescentes mexicanos hombres y mujeres mostraron tener una percepción más negativa que la de los preadolescentes hombres y mujeres españoles y que los hombres de ambas culturas, como género, tenían una percepción más negativa que la de las mujeres españolas y mexicanas. En cuanto a la variable autoatribución positiva se encontró que los españoles, como grupo cultural, tienen una autoatribución más positiva que el de los mexicanos, en tanto que por género, tanto los hombres mexicanos como los españoles, se perciben menos positivamente que las mujeres mexicanas y españolas. Para la autoatribución negativa el preadolescente hombre mexicano tiene una autopercepción más negativa que su contraparte femenina (mujer mexicana), mientras que los españoles tienen la misma autopercepción negativa sin importar si son hombres o mujeres. Por género, las mujeres españolas tienen una autopercepción más negativa que las mexicanas, mientras que la autoatribución negativa de los hombres mexicanos es más alta que la de los españoles.

Jiménez y Oviedo (2003) realizaron una investigación que tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución en mujeres preadolescentes de nivel primaria tanto de escuelas públicas como privadas. Trabajaron con una muestra no probabilística de N= 200 mujeres adolescentes entre 9 y 11 años de edad y se formaron 2 grupos: uno con estudiantes satisfechas con su imagen corporal (Grupo 1, n=14) y el otro grupo con estudiantes insatisfechas con la imagen corporal (Grupo 2, n= 140 que querían bajar de peso y Grupo 3, n=46 que querían subir de peso). Utilizaron un instrumento de formato mixto en su versión femenina, con el cual exploraron: área sociodemográfica, imagen corporal y autoatribución y una escala de autoestima. Entre los resultados obtenidos se observó que solo el 7% se encontraban satisfechas con su imagen corporal y el 73% estaban insatisfechas. No se encontraron diferencias significativas entre las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal y autoestima en comparación con las preadolescentes insatisfechas. En cuanto a la variable autoatribución, las preadolescentes que presentaron mayor problema en la escala social fueron las preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal. Se encontró que hay más preadolescentes satisfechas que se consideran muy inteligentes (14%) en comparación con el 9% de las insatisfechas, de manera inversa, hay más de estas (21%) que se consideran poco y nada inteligentes en comparación con el 7% de las satisfechas. Respecto a que tan sociables se consideraban, fueron más las preadolescentes satisfechas (43%) que se autoatribuyeron mucha y demasiada sociabilidad que las preadolescentes insatisfechas (25%). No se encontró relación directa entre la variable satisfacción / insatisfacción con autoestima y autoatribución de las preadolescentes de la muestra estudiada.

3.2.3. Autoestima

Martínez y Montané (1981; citados en Oñate, 1989), definen la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que siente hacia si mismo. Oñate (1989) considera que el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de si mismo según cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se autovalora según las cualidades que provienen de su experiencia y son vistas como positivas o negativas.

Para Rodríguez (1980; citado en Galindo, 1993) las personas tienen diversos niveles de conciencia del Yo y por ende diversos sentimientos ante su personalidad. La autoestimación constituye la dimensión afectiva del Yo, es decir, no sólo alberga ideas sobre lo que somos, sino también determinados sentimientos. Branden (1993) define la autoestima como la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos, consiste en la confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida así como en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano, es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia.

Según Byrne (1998) la autoestima es un componente del autoconcepto. Es una dimensión autoevaluativa general de una persona o la sensación de su propia valía. Lo explica de la siguiente manera: el autoconcepto son las respuestas que una persona da a la pregunta ¿quién soy yo?, dichas características específicas por las cuales cada quien define quien es, son los esquemas de si mismo, dichos esquemas organizan la forma como nos percibimos, atléticos, con sobrepeso, inteligentes, etc. e influye en la forma como evaluamos tanto a los demás como a nosotros mismos. Ahora bien, el autoconcepto no sólo se conforma por esquemas de lo que actualmente somos, sino también de lo que podemos llegar a ser, es decir, posibles yo. La autoestima vendría siendo la sumatoria de todos nuestros esquemas de sí mismos y posibles yo.

La autoestima parece estar relacionada con la salud mental positiva y el bienestar psicológico. Se ha demostrado en repetidas veces que la autoestima y la salud psicológica se relacionan con consecuencias psicológicas favorables en diversas situaciones psicológicas. Tal vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre la autoestima y el alto funcionamiento del ego, el ajuste personal, el control interno, la posibilidad de resultados terapéuticos favorables, el ajuste positivo a la edad y la vejez, la autonomía y la tendencia androgénica (Mruk, 1998).

El nivel de autoestima varía mucho de individuo a individuo, hay personas con mayor o menor autoestima, o lo que es lo mismo, mayor o menor aprecio, aceptación y amor a sí mismas (Cruz, 1997). Para Branden (1993) el no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las vicisitudes que un sentido más positivo del uno mismo podría vencer.

Según Cruz (1997) en la medida en que la autoestima decrece debido a las circunstancias de la vida, las personas van perdiendo confianza y fe en ellas mismas, esta pérdida las hace menos atrevidas, calladas, introvertidas y tímidas por el temor al rechazo. Al depender de la opinión de otros, no creen en si mismas, o se sienten incapaces de tener éxito. Este mismo autor plantea que la autoestima esta muy ligada a los niveles de aceptación o rechazo dentro de la comunidad, así el aceptado es sobrestimado y el rechazado, subestimado, el resultado es que a uno se le percibe como exitoso y al otro como fracasado por lo que, este último, ve caer su autoestima.

En cuanto a su estructura, Mruk (1998) considera que la autoestima implica como mínimo tres componentes esenciales: la competencia, el merecimiento y la interacción entre ambos. La competencia es la acción o el componente conductual de la autoestima, es el más inmediatamente observable de la vida cotidiana. El merecimiento se basa en valores y no sólo a lo bien o mal que hacemos las cosas, sino al valor, calidad o significado de lo que es eso que hacemos bien o mal. Aquí la autoestima se considera como integrada por patrones y percepciones en relación a lo que es meritorio, merecedor o "bueno". A continuación debemos considerar la relación entre ambos componentes. La competencia sin merecimiento no necesariamente produce autoestima (p. ej., personalidades antisociales alabadas por todo lo que hicieron en la infancia, tanto si satisfacían un patrón razonable como si no) y viceversa, el merecimiento sin competencia tampoco resulta necesariamente en autoestima (p. ej., el padre que dice a su hijo que merece ser querido y es querido, lo cual no garantiza que el niño vaya bien en la escuela, ya que el éxito implica una ejecución y un grado de competencia). La cuestión es que la autoestima se produce cuando se combinan competencia y merecimiento (p. ej. Cuando uno es competente en algo que merece la pena o es de valor positivo para uno mismo y los otros).

Siguiendo la misma línea, Branden (2001) sostiene que la autoestima tiene dos aspectos interrelacionados: implica un sentimiento de eficacia personal y otro de valor propio, en resumen, es la suma integrada de la confianza y el respeto en uno mismo, la convicción de que uno es competente para vivir y digno de ello. Subraya la importancia de sentirse competente para pensar, juzgar, saber (y corregir los errores propios), sin embargo, esta confianza no es igual a la convicción de que uno no puede equivocarse nunca. También, es indispensable el respeto por si mismo, porque el hombre tiene que actuar con miras a obtener ciertos valores y valorar al beneficiario de estos actos. Para buscar valores el hombre debe considerarse digno de disfrutarlos (p. ej., Para poder luchar por la felicidad, debe considerarse digno de ella). Ambos componentes no pueden ir aislados uno del otro, el hombre se vuelve digno de vivir haciéndose competente para ello, dedicando su mente a la labor de descubrir lo verdadero y justo, y controlando en consecuencia sus actos. La persona que no acepta su responsabilidad de pensar y razonar, limita su competencia para vivir y no retendrá su sensación de valor personal.

En lo que se refiere a su relación con los TCA, la autoestima juega un papel muy importante. Según Beato y Rodríguez (2000) la baja autoestima es característica de los pacientes con trastornos de la alimentación. Les lleva a depender excesivamente de la aprobación del entorno y a adoptar una actitud de superación y de reto personal continuo que mitigue los sentimientos crónicos de inferioridad. En un estudio realizado por Beato y Rodríguez (2000) en la provincia española de Ciudad Real, de un total de 1762 alumnos

de 2° de ESO, se confirma que la baja autoestima, determinada con la escala de autoestima de Rosenberg es un factor inespecífico que se relaciona con la mayor frecuencia de otros trastornos mentales (puntuaciones elevadas en el General Health Questionnaire), con el consumo de tóxicos y con problemas de relación tanto sociales como familiares. Sin embargo el rechazo a la figura corporal –determinado con el Body Shape Questionnaire- si tiene una correlación más específica con las alteraciones de la conducta alimentaria determinadas con el Eating Attitudes Test (EAT-40) y el Bulimic Inventory Test Edimburg (BITE) y con la baja autoestima.

Connors (1996; citado por Rojo 2003) encontró que la baja autoestima parece estar presente en la mayoría de los sujetos que desarrollarán con el tiempo alguno de estos trastornos. Según Raich (2000) la imagen corporal negativa esta asociada a una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia. Las mujeres con TCA tienen una extremadamente baja autoestima, sentimientos de ser una persona poco valorable y mucho miedo a ser despreciadas o rechazadas. Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román (1999) realizaron un estudio con 524 mujeres mexicanas universitarias donde la baja autoestima fue de las medidas más altas del grupo con trastorno alimentario en comparación con el grupo sin trastorno.

Raich (1998) menciona que las mujeres con TCA suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo. O sea: “si no me considero atractiva es que no sirvo para nada”. Este tipo de pensamiento se debe a que el grado de satisfacción corporal o autoestima física esta asociado con la autoestima en general. Estas mujeres tienen una autoestima extremadamente baja, sentimientos de ser malas personas, descuidada y un intenso miedo al rechazo y abandono.

3.2.4. Conducta alimentaria de riesgo

En nuestra sociedad existe una suma preocupación por la comida, las dietas, la imagen y la figura, por lo que las preferencias sociales por la delgadez, y sus no claras ventajas sobre el estado de salud han afectado la conducta alimentaria y actividades que giran alrededor de la comida (Toro, 1996). Las alteraciones en la alimentación se dan cuando los individuos interfieren el proceso normal de ingesta y regulación del peso corporal, generalmente tras una fase de ayuno extremo o dieta restrictiva (Slade, 1996; citado por Álvarez, 2000). Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo como el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, realización de ejercicio excesivo y están directamente relacionadas con el estado de salud-enfermedad de un sujeto individual o colectivo. Incluso se pueden ir desarrollando conductas cada vez más riesgosas como el uso de laxantes, ayuno o vómito inducido y purgas, que pueden llegar a ocasionar la muerte (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Pueden comenzar a presentarse algunas actitudes que parecen ser muy sanas como empezar a cuidar su alimentación, hacer ejercicio, tomar más líquidos, sin embargo, dichas conductas se vuelven cada día más y más exageradas y si el trastorno avanza pueden llegar hasta el deterioro físico y mental. Se empiezan a eliminar alimentos “engordadores” como frituras, refrescos, postres, dulces y se inicia un programa de actividad física. Se empieza a tomar más agua y acompañado de un interés excesivo por conocer el valor nutricional y energético de los alimentos y bebidas. Se pueden eliminar

de la dieta productos como huevo, carne, pollo, pescado y tal vez hay quienes hasta deciden volverse vegetarianos. También se puede empezar a hacer uso de diuréticos y/o laxantes y/o ejercicio excesivo con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos (Sánchez, 2001).

En el caso de la anorexia puede observarse que la persona esconde, manipula, desmenuza y olisquea la comida, rechaza alimentos, incrementa su actividad física y/o académica, su estado de ánimo está irritable, susceptible, opositorista o lábil y la preocupación por el cuerpo, el peso y la comida son prioritarias y obsesivas. La constipación puede servir de excusa para el consumo de laxantes o diuréticos (Farreras, 2000).

Por otro lado, en el caso de la BN encontramos la ingestión rápida de una gran cantidad de alimento en un periodo corto de tiempo, seguida de la provocación del vómito, y/o del uso en forma indiscriminada de diuréticos y/o laxantes y/o ejercicio excesivo con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos. Estos atracones generalmente aparecen a solas y compran gran cantidad de alimentos que sean fáciles de tragar y de alto contenido calórico hasta llegar hasta 6,000 calorías; el atracón termina ya sea por malestar estomacal o por que aparezca alguna persona en ese momento (obesidad.net, 2004).

La preocupación excesiva por el peso y la figura y la continua medición del peso son algunos síntomas primarios de la AN y BN, sin embargo, muchos pacientes muestran una mezcla de ambos comportamientos, anoréxicos y bulímicos. Más del 50% de pacientes con AN presentan síntomas bulímicos y algunas pacientes que eran inicialmente bulímicas pueden desarrollar síntomas anoréxicos. A continuación Tinahones (2003) presenta una serie de alteraciones indicativas de un TCA no descubierto: entre las alteraciones somáticas encontramos a) retraso en el crecimiento; b) marcados cambios o frecuentes fluctuaciones de peso; c) incapacidad de ganar peso; d) fatiga; e) estreñimiento o diarrea; f) susceptibilidad a fracturas óseas, y g) retraso en menarquía. Entre las alteraciones comportamentales se encuentran: a) Cambios en los hábitos de ingesta; b) Dificultad para comer en eventos sociales c) Evasión a ser pesada d) Depresión e) Retracción social f) Ausentismo escolar o del trabajo g) Comportamiento reservado h) Robo (p. ej.: para obtener comida) i) Abuso de sustancias j) Ejercicio excesivo (p. 53).

Para concluir, los trastornos de la alimentación son enfermedades graves, que de no combatirse a tiempo pueden tener un desenlace fatal por lo que es necesaria su oportuna detección y sobre todo llevar a cabo políticas de prevención. Para ello es muy importante descubrir cuales son los factores que pueden ayudar a que las personas eviten seguir prácticas alimentarias riesgosas poco saludables, que les puedan hacer caer en un trastorno alimentario con sus múltiples consecuencias. Según Rojo (2003) entre algunos de los factores de protección que evitan la aparición de estos trastornos se encuentran el deporte, tener una autoestima alta y una alta sensación de eficacia así como la habilidad personal para la resolución de problemas.



CAPÍTULO

IV

METODOLOGÍA

4.1. Objetivo General

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existen diferencias significativas en las variables: satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal y autoatribución, en mujeres con presencia o ausencia de maltrato psicológico en la relación de pareja.

4.2. Problema General

¿Se encuentra relación estadísticamente significativa entre la variable maltrato / no maltrato psicológico y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria?

4.3. Problemas Específicos

¿Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las variables maltrato / no maltrato psicológico y:

- Alteración de la imagen corporal,
- Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal y
- Autoatribución (positiva / negativa)?

4.4. Definición de Variables

Independientes

- Mujer maltratada/ mujer no maltratada en la relación de pareja.

Dependientes

- Alteración de la imagen corporal
- Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal
- Autoatribución (positiva/negativa).

Control de varianza externa

- Nivel socioeconómico.
- Edad.
- Ausencia de problemas físicos notorios, que no tuvieran discapacidad alguna.
- Que no asistieran a tratamiento médico alguno.
- Que la relación de pareja de las mujeres evaluadas tuviera como duración al menos 1 año.

4.5. Definición Conceptual

Variable independiente

Maltrato psicológico a la mujer. Se entiende como aquellos actos o conductas intencionadas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres (Bosch y Ferrer, 2002). Esta forma de maltrato se basa en comportamientos intencionados y ejecutados desde una posición de poder, encaminados a: desvalorizar, producir daño psíquico, destruir la autoestima y reducir la confianza personal. Su padecimiento lleva a la despersonalización, al mismo tiempo que genera dependencia de la persona que los inflige. El maltratador se vale para ello de insultos, acusaciones, amenazas, críticas destructivas, gritos, manipulaciones, silencios, indiferencias y desprecio (consumer, 2004). Para fines de la presente investigación, el maltrato psicológico en la relación de pareja se detectó con la Escala de Maltrato Psicológico (Rojas, 1999) que agrupa las siguientes dimensiones:

- ✓ Dimensión Verbal: se refiere al daño o agresión que se externa en forma de palabras como: insultos, ofensas, calumnias, maledicencias, gritos, malas palabras, etc.
- ✓ Dimensión Autoestima: se refiere al daño que va dirigido a menoscabar la autoestima de la mujer, devaluándola como persona y disminuyendo sus capacidades como esposa, madre, amiga y compañera. Se expresa con acciones que lastiman la dignidad propia o actitudes y conductas que la hacen sentir un ser inferior o sin valor o importancia para otros.
- ✓ Dimensión Culpa: se refiere a acciones, actitudes y conductas que tienen el propósito de culpar a la mujer de cualquier situación negativa o vergonzosa que involucra a ambos miembros de la pareja o que no necesariamente se requiere de algún culpable, como por ejemplo: la educación de los hijos, el bienestar del hogar, un accidente, etc.
- ✓ Dimensión abandono: se refiere a actitudes de descuido y negligencia que la mujer recibe de su pareja en cuestiones básicas de la vida, como el acercamiento afectivo. La pareja pone demasiado interés e invierte demasiado tiempo en cuestiones personales como el trabajo, amigos, pasatiempos, etc. descuidando la relación y las necesidades de sus hijos.
- ✓ Dimensión aislamiento: se refiere a la actitud y conducta de impedir que la mujer se relacione socialmente con otros, sean estos familiares, amigos u otros con los que ella pueda tener una relación de amistad, apoyo o compañía.
- ✓ Dimensión reconocimiento: se refiere a la actitud indiferente de la pareja hacia los logros, éxitos, cualidades, habilidades, virtudes, etc. de la mujer. Cuando no se toma en cuenta la dedicación, aptitudes y aspectos positivos que ella invierte en la relación.

- ✓ Dimensión Economía: se refiere al maltrato que reciben las mujeres en cuanto al manejo del dinero y los bienes materiales. El chantaje o manipulación por obtener o no de su pareja lo necesario económicamente para la supervivencia, sobre todo de los hijos.
- ✓ Dimensión Sexual: se refiere al maltrato que recibe la mujer al no tomarse en cuenta sus necesidades afectivo-sexuales, así como el forzarla a tener relaciones sexuales no deseadas o de una manera incómoda o vergonzosa.
- ✓ Dimensión Celos-Infidelidad: se refiere a conductas o actitudes de la pareja que insinúan el engaño de su mujer con otros(s) hombre(s), así como aquellas de parte de él para engañarla o compararla con otra(s) mujer(es).
- ✓ Dimensión perfil del agresor: son algunas características de personalidad o hábitos que se encontraron comunes en la pareja que maltrata a la mujer como: ser inestable, impredecible, atento con otros y con la familia no, ausente, egoísta, etc.

Variables dependientes

Imagen corporal. La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, o sea, que se contemplan aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción, insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales (Rosen, 1992; citado por Raich, 2000).

Alteración de la imagen corporal. Gómez Pérez-Mitré (1995) nos habla del mayor o menor alejamiento, específico, concreto, del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y el peso imaginario. La discrepancia entre peso ideal y peso real se conecta con la distorsión de la imagen corporal, que, junto con la preferencia extrema por la delgadez, se consideran los determinantes de la variable insatisfacción con la figura o imagen corporal (Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt, 1993; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1995), que se refiere al grado de satisfacción / insatisfacción con el propio cuerpo.

Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal. Es el grado con el que una persona le gusta o disgusta, y, en consecuencia, acepta o rechaza el tamaño y la forma de su propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1993b). La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal, así, la discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido genera una enorme insatisfacción que no se reduce al aspecto personal, sino que se generaliza a otras áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar cualquier otra área de sus capacidades o, incluso, de su aspecto corporal (Raich, 2000).

Autoatribución. Constituye la propia imagen, los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto. En la conformación de este constructo son importantes las creencias culturales, las experiencias que se viven a través y con los otros, así como los papeles y comportamientos premiados y castigados (González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré, 1999).

4.6. Definición Operacional

Variables independientes

Maltrato psicológico. Son los puntajes obtenidos en la “Escala de maltrato psicológico” y que pueden clasificarse en tres niveles: nivel bajo, medio y alto de maltrato psicológico. El perfil se obtiene observando en qué percentil o sten caen los puntajes totales y medios de cada uno de los factores (ver anexo).

Debido a que el instrumento utilizado para la detección del maltrato psicológico no permite obtener un perfil general de maltrato, sino que este se divide en 10 categorías, se procedió a analizar cada factor por separado y compararlo con la muestra de no maltrato para la misma categoría, así, de cada factor de maltrato existe una muestra de mujeres no maltratadas y una muestra de mujeres maltratadas entre las cuales se hizo la comparación. En la presente investigación los factores analizados fueron 6 en donde se obtuvieron los puntajes más elevados de maltrato, que fueron: economía, reconocimiento, perfil del agresor, abandono, verbal y aislamiento. Rojas (1999) propone los siguientes rangos para determinar el nivel de maltrato psicológico que la mujer está recibiendo de su pareja para cada factor.

- ✓ Dimensión economía. Se consideró maltrato bajo el rango en percentiles que va de 10 a 40, como maltrato medio el rango de 50 a 70 y maltrato alto el rango en percentiles que va de 80 a 100.
- ✓ Dimensión reconocimiento. Se clasificó como maltrato bajo el rango en percentiles que va de 10 a 30, maltrato medio el rango de 40 a 50 y maltrato alto, el rango percentilar de 70 a 100.
- ✓ Dimensión perfil del agresor. Se consideró maltrato bajo el rango en percentiles que va de 10 a 30, como maltrato medio el rango entre 40 y el percentil 60 y como maltrato alto, el rango entre 70 y 100.
- ✓ Dimensión abandono. Se estimó el maltrato bajo como el rango en percentiles que va de 10 a 30, el maltrato medio como el rango entre el percentil 40 y el 60 y, el maltrato alto como el comprendido entre el percentil 70 y 100.
- ✓ Dimensión verbal. Se clasificó como maltrato bajo el rango percentilar entre 10 y 40, el maltrato medio como el rango en percentiles que va de 50 a 70 y el maltrato alto, el rango percentil de 80 a 100.
- ✓ Dimensión aislamiento. Se consideró el maltrato bajo como el rango comprendido entre el percentil 10 y 40, el maltrato medio entre el rango 50 y 70 y el maltrato alto entre el percentil 80 y 100.

Sin embargo, para efectos de esta investigación, se dividieron las muestras en “maltrato” y “no maltrato” para la comparación entre ambas. Los puntajes de maltrato bajo se consideraron como “no maltrato” y los puntajes de maltrato medio y alto se consideraron como “maltrato”.

- ✓ Dimensión economía: se consideró sin presencia de maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 40 y como maltrato económico el que va de 50 a 100.
- ✓ Dimensión reconocimiento: se consideró sin presencia de maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 30 y como maltrato el que va de 40 a 100.
- ✓ Dimensión perfil del agresor: se consideró sin presencia de maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 30 y como perfil de maltratador el que va de 40 a 100.
- ✓ Dimensión abandono: se consideró sin maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 30 y como maltrato por abandono el que va de 40 a 100.
- ✓ Dimensión verbal: se consideró sin presencia de maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 40 y como maltrato el que va de 50 a 100.
- ✓ Dimensión aislamiento: se consideró sin presencia de maltrato el rango en percentiles que va de 10 a 40 y como maltrato el que va de 50 a 100.

Variables dependientes

Alteración de la imagen corporal. Se estimó como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el Índice de Masa Corporal Real (IMC). Si la diferencia es igual a cero no hay alteración de la imagen corporal; sin embargo, si la diferencia es positiva hay sobreestimación, y si es negativa hay subestimación de la imagen corporal.

Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal. Se definió como la diferencia entre figura actual y la figura ideal, o bien, como una razón (figura actual / figura ideal x 100). Una diferencia igual a cero en el primer caso, o una razón de 100 en el segundo, se interpreta como satisfacción, diferencias positivas o > 100 y negativas o < 100, respectivamente se interpretan como insatisfacción. Cuanto más grande sea la diferencia, mayor será el grado de insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Autoatribución. Se consideró como el conjunto de características positivas o negativas que la examinada respondía en los reactivos de la escala de autoatribución (Johnston, 1998). Dicha escala ha mostrado ser una forma práctica de medir autoestima; contiene 33 atributos con 5 opciones de respuesta: “nada”, “poco”, “regular”, “bien” y “exactamente” a los que la examinada respondió qué tanto la describía cada uno; los adjetivos calificativos negativos se calificaron de 1= nada a 5= exactamente y los adjetivos positivos de 1= exactamente a 5= nada. La escala mide cinco factores. El factor 1- Eficacia Escolar (autoestima positiva ligada con una autopercepción de éxito) con ocho variables (p. Ej. “estudiosa”, “responsable”, “productiva”, “triunfadora”); el factor 2- Agresividad

(autoestima negativa asociada con una autopercepción agresiva) con cinco variables (p. Ej. “dominante”, “rígido”, “desconfiada”, “ansiosa”); factor 3- Inseguridad (autoestima negativa asociada con una autopercepción de fracaso) con seis variables (entre ellas “torpe”, “incompetente”, “inestable”, “pesimista”); factor 4 – Atractividad (autoestima positiva asociada con la autopercepción del cuerpo) con 4 variables (p. Ej. “atractiva”, “fuerte”, “ágil”) y el factor 5- Habilidades Sociales (auto-percepción positiva asociada con habilidades sociales) con cuatro variables (p. Ej. “comprensiva”, “sociable”, “agradable”) (Gómez-Peresmitré, Acosta, 2002; citado en Gómez-Peresmitré, 2006); obteniéndose un índice promedio de cada factor.

4.7. Tipo de Investigación y Diseño

La investigación fue de carácter exploratorio, de campo y transversal. Se trabajó con un diseño de dos muestras: mujeres maltratadas y mujeres no maltratadas.

4.8. Muestra

La muestra fue no probabilística con un tamaño de N=82 mujeres.

Características de la muestra (criterios de inclusión)

Las características de las participantes de este estudio fueron las siguientes:

- Mujeres entre 20 y 40 años de edad
- Casadas o en unión libre con al menos un año de relación con su pareja
- Que tuvieran cuando menos un hijo
- Ausencia de problemas físicos notorios, que no tuvieran discapacidad alguna.

4.9. Escenario

La investigación se llevó a cabo en el área de pediatría de las instalaciones de un hospital del D.F. Se tuvo acceso a las habitaciones donde se encontraban las madres con sus hijos y ahí se efectuaron las aplicaciones de ambos instrumentos.

4.10. Instrumentos

Para el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Escala de maltrato psicológico (Rojas, 1999). Es un instrumento diseñado para medir el maltrato psicológico a partir de 10 dimensiones: verbal, autoestima, culpa, abandono, aislamiento, reconocimiento, economía, celos-infidelidad y perfil del agresor. Su forma de respuesta es de opción múltiple tipo Likert con 4 opciones para responder: siempre, casi siempre, a veces y nunca. La escala cuenta tanto con reactivos positivos (aquellos que hablan de la presencia de maltrato psicológico) como con reactivos negativos (los que hablan de la ausencia de maltrato psicológico) combinados en todas las dimensiones e intercalando positivos y negativos. La escala cuenta con validez y confiabilidad aceptable (alpha 0.95), así como buen nivel de consistencia interna para cada uno de los diez factores rescatados, cuyos valores son mayores a 0.80.

En cuanto a las normas de calificación de dicho instrumento, éste se puede realizar por medio de tres procedimientos: a) Percentiles según los puntajes totales por cada factor, b) Percentiles según los puntajes medios por cada factor y c) Stenes según la media y desviación estándar de cada factor. En este estudio, se utilizaron los percentiles totales por cada factor y con base en ello se obtuvo un perfil de maltrato psicológico que se clasificó en tres niveles: nivel bajo, medio y alto de maltrato psicológico; sin embargo, como se vio con anterioridad, estos rangos percentilares son variables y dependen del factor de maltrato que se esté evaluando (ver anexo).

Cuestionario de alimentación y salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998). El instrumento utilizado se compuso por escalas que exploran las siguientes áreas:

- Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal
- Alteración de la imagen corporal
- Autoatribución

4.11. Aparatos

- Báscula: Peso – Persona. Marca Torino de 140 Kg.
- Estadímetro: De madera (de 2m) para medir la talla de los sujetos.

4.12. Procedimiento

- Se invitó a las madres de niños que permanecían internados en un hospital a participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación, se hizo una presentación explicando el motivo de ésta y la importancia de su participación respondiendo los cuestionarios, haciendo énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información que proporcionarán por lo que se pedía respondieran con sinceridad.

- Posteriormente, se iniciaba la aplicación de los instrumentos en aquellas mujeres que cubrían los criterios de inclusión. Se contrabalanceó la muestra; en la mitad de los casos se aplicó primero el instrumento de maltrato y en la otra mitad se aplicó primero el cuestionario de alimentación y salud. Se les leían las instrucciones en voz alta y luego se les aclaraba cualquier duda que pudieran tener las examinadas, nuevamente se les enfatizaba que la información proporcionada era **estrictamente confidencial y anónima** y, finalmente, se les agradecía su participación.

- Las aplicaciones fueron individuales y por cuestiones de tiempo y para evitar pérdida de datos se aplicaron de manera oral.



CAPÍTULO

V

ANÁLISIS

DE

RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre las variables satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal y autoatribución con presencia o ausencia de maltrato psicológico en la relación de pareja. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 11); utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio, mientras que las segundas, se utilizaron para la prueba de hipótesis.

Para facilitar la exposición de los resultados se hizo de acuerdo con el siguiente orden:

- Descripción de la muestra.
- Descripción de las variables de estudio.
- Prueba de hipótesis.

5.1. Descripción de la muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística, de N Total = 82 participantes, formada por mujeres adultas que tuvieran una relación de pareja (casadas o en unión libre) de por lo menos un año y con al menos un hijo. La muestra total se subdividió en grupos de maltrato (presencia/ ausencia) dependiendo de la dimensión evaluada (Tabla 1). Cabe destacar que en una misma persona se podía presentar más de un tipo de maltrato. La edad promedio de las participantes fue de 29.3 años y D.E.= 4.94. Las dimensiones con mayor porcentaje de maltrato fueron: reconocimiento, perfil del agresor y abandono (30% respectivamente).

TABLA 1. Distribución porcentual de la muestra total según el tipo de maltrato recibido.

FACTOR	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECONOCIMIENTO	No maltrato	57	69.5 %
	Maltrato	25	30.5 %
	Total	82	100 %
PERFIL AGRESOR	No maltrato	57	69.5 %
	Maltrato	25	30.5 %
	Total	82	100 %
ABANDONO	No maltrato	57	69.5 %
	Maltrato	25	30.5 %
	Total	82	100 %
VERBAL	No maltrato	60	73.2 %
	Maltrato	22	26.8 %
	Total	82	100 %
AISLAMIENTO	No maltrato	60	73.2 %
	Maltrato	22	26.8 %
	Total	82	100 %
ECONOMÍA	No maltrato	67	81.7 %
	Maltrato	15	18.3 %
	Total	82	100 %

Los ingresos familiares mensuales de la muestra total se aprecian en la Tabla 2 y como puede verse el 50% de la muestra total perciben \$4000 o menos mensualmente y en un 35% de los casos su ingreso mensual va de entre \$4001 a \$8000.

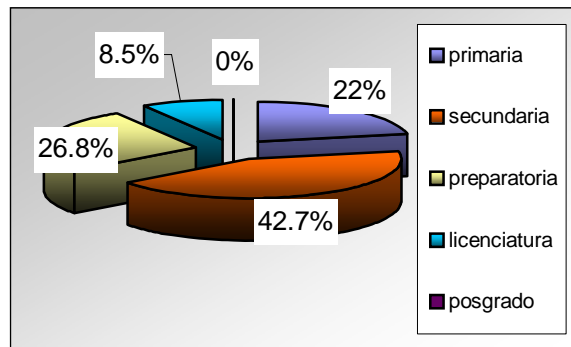
TABLA 2. Distribución porcentual de la variable ingresos mensuales.

Ingreso Mensual	Porcentaje
\$4000 o menos	50%
4001 a 8000	35.4 %
8001 a 12000	9.8 %
12001 a 16000	4.9 %

En la comparación de ingresos socioeconómicos por grupos de maltrato no existe patrón alguno, sin embargo, en algunos factores de maltrato (reconocimiento, perfil del agresor, abandono y aislamiento) hay porcentajes más altos en el grupo con maltrato con menor ingreso socioeconómico (\$4000 o menos) que en el grupo sin maltrato y porcentajes más altos en la categoría de ingresos socioeconómicos de \$8001 a \$12000 en el grupo sin maltrato para todos los factores en comparación con el grupo de maltrato.

En cuanto a la escolaridad de las participantes, del total de la muestra, un porcentaje importante de ellas estudió hasta el nivel de secundaria (43%). Como se puede observar también en la Figura 1 nadie reportó tener un nivel de estudios de posgrado.

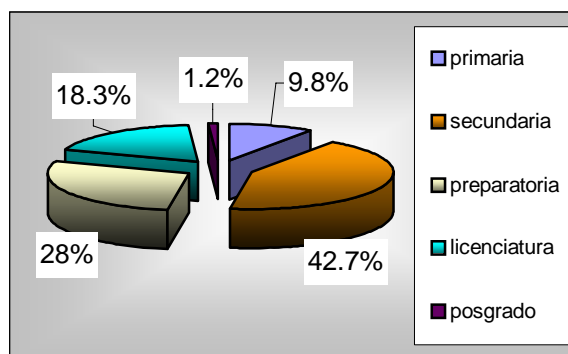
FIGURA 1. Distribución porcentual de la variable escolaridad en la muestra total.



En el análisis por grupos de maltrato de la variable escolaridad son similares ambas muestras independientemente de la categoría de maltrato o no maltrato. Se encontraron porcentajes más altos de mujeres que estudiaron hasta nivel preparatoria en el grupo sin maltrato que en el grupo con maltrato para todos los factores. Asimismo, son más las mujeres que estudiaron solamente hasta la primaria en el grupo con maltrato que en el grupo sin maltrato para todos los factores.

En cuanto a la escolaridad de la pareja, en la muestra total vemos que el 43% de las parejas estudiaron la secundaria; sin embargo, es mayor el porcentaje de aquellos que cuentan con estudios de preparatoria, licenciatura, e incluso estudios de posgrado, en comparación con las participantes (Figura 2).

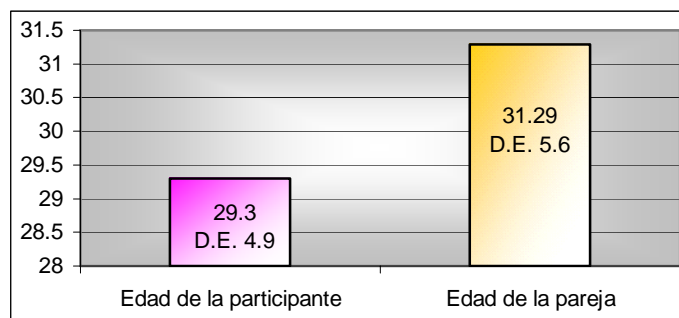
FIGURA 2. Distribución porcentual de la variable escolaridad de la pareja en la muestra total.



En cuanto al nivel de escolaridad de la pareja por grupos de maltrato, en general, ambas muestras son similares independientemente de la categoría de presencia o ausencia de maltrato, no obstante, se encontró que de los hombres del grupo de no maltrato, en todos los factores, algunos cuentan con estudios de posgrado en tanto que del grupo con maltrato ninguno cuenta con este nivel de estudios.

En comparación con las mujeres, los esposos o parejas resultaron tener una edad promedio mayor a la de ellas de 31.29 años y D.E.=5.58. La Figura 3 nos muestra las diferencias de edad entre ambos cónyuges.

FIGURA 3. Comparación del promedio de edad de las evaluadas y sus parejas.



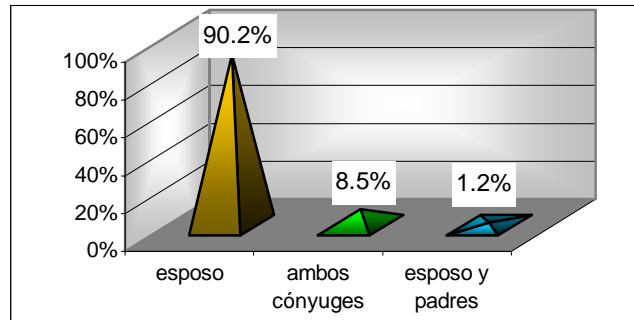
De las mujeres participantes la mayoría (91%) no trabajan actualmente y del 9% restante: el 4% trabaja tiempo completo, el 5% trabaja medio tiempo y ninguna de ellas trabaja más de tiempo completo (Ver Tabla 3).

TABLA 3. Distribución porcentual de la variable horas de trabajo de las participantes.

Horas de trabajo	Porcentaje
Medio tiempo	4.9 %
Tiempo completo	3.7 %
Más de tiempo completo	0 %

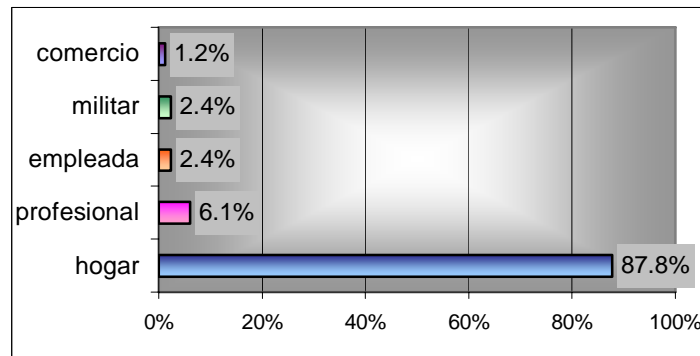
En un 90% de los casos, el esposo es el principal sostén económico de la familia. Sólo en un 9% los dos aportan ingresos económicos para los gastos familiares y en un 1% aportan ingresos tanto el esposo como los padres (Figura 4).

FIGURA 4. Distribución porcentual de la variable sostén económico de la familia.



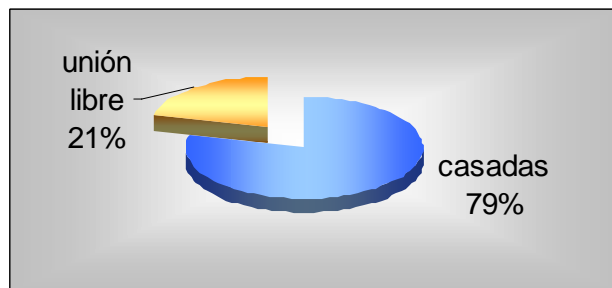
A diferencia de ellas, sus esposos o parejas, el 100% de ellos trabajan fuera de casa, tiempo completo o más. La Figura 5 nos presenta las principales ocupaciones de las participantes y como podemos ver el 88% se dedica al hogar.

Figura 5. Distribución porcentual de la variable ocupación de las participantes.



En cuanto al estado civil de la muestra total, la Figura 6 muestra que la mayoría de las participantes son mujeres casadas (79%) y sólo un 21% de la muestra total vive con su pareja en unión libre.

FIGURA 6. Distribución porcentual de la variable estado civil de la muestra total.



En cuanto a la distribución por grupos de maltrato y la variable estado civil se encontró lo siguiente: en general en ambos grupos (maltrato y no maltrato) predominan las parejas casadas; sin embargo, en los grupos con presencia de maltrato el porcentaje de unión libre es mayor que en los grupos sin maltrato. También se observa que el factor de maltrato verbal es el que reporta el mayor porcentaje de mujeres casadas (77%) del grupo con maltrato y el factor reconocimiento es el que presenta mayor porcentaje de unión libre en el grupo con maltrato (Tabla 4).

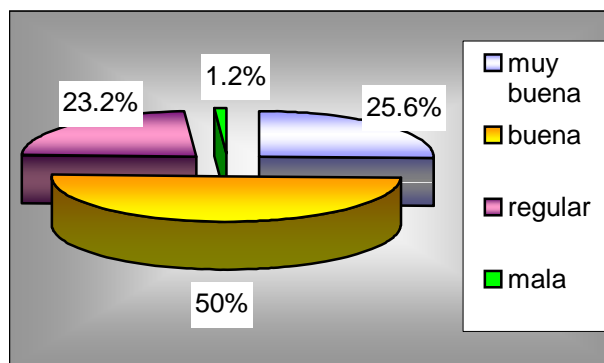
TABLA 4. Distribución porcentual de la variable estado civil y factores de maltrato en el grupo de no maltrato

FACTOR DE MALTRATO	GRUPO DE NO MALTRATO		GRUPO DE MALTRATO	
	Casada	Unión Libre	Casada	Unión Libre
Reconocimiento	84.2%	15.8%	68%	32%
Perfil del agresor	80.7%	19.3%	76%	24%
Abandono	80.7%	19.3%	76%	24%
Verbal	80%	20%	77.3%	22.7%
Aislamiento	81.7%	18.3%	72.2%	27.3%
Economía	80.6%	19.4%	73.3%	26.7%

El promedio de años viviendo con la pareja es de 9 años (D.E. = 0.93). La mayoría de las parejas tienen 2 hijos y la edad del hijo mayor es en promedio de 8.3 años (D.E.=5.3). Es decir, en general ellas viven con su pareja desde los 20 años y tuvieron su primer hijo aproximadamente a los 21 años.

En cuanto a la calidad de la relación de pareja, se encontró que del total de participantes la mitad considera que su relación es buena y el 26% muy buena, sólo un 1% piensa que su relación de pareja es mala (Figura 7).

Figura 7. Distribución porcentual de la variable calidad de la relación de pareja en la muestra total.



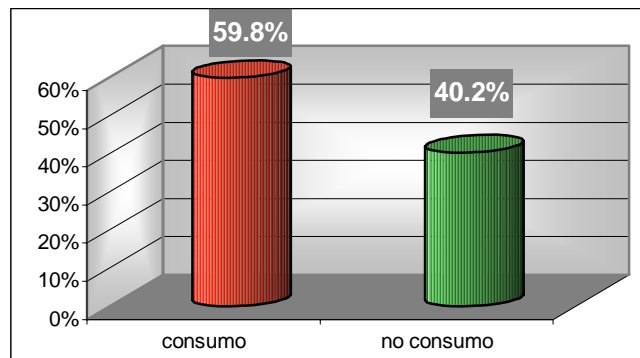
Existe un patrón en donde es mayor el porcentaje de mujeres no maltratadas que consideran que su relación de pareja es muy buena o buena en comparación con el grupo de maltrato donde el porcentaje más alto se ubica en la categoría regular. Cabe señalar que en el grupo de no maltrato casi nadie menciona que su relación de pareja sea mala a diferencia del grupo de maltrato (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de la variable calidad de la relación de pareja por grupos de maltrato.

FACTOR DE MALTRATO	Grupo de no maltrato				Grupo de maltrato			
	CALIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA							
	Muy buena	buena	regular	mala	Muy buena	buena	regular	mala
Reconocimiento	29.8%	56.1%	14%	0%	16%	36%	44%	4%
Perfil del agresor	35.1%	56.1%	8.8%	0%	4%	36%	56%	4%
Abandono	33.3%	59.6%	7%	0%	8%	28%	60%	4%
Verbal	33.3%	56.7%	10%	0%	4.5%	31.8%	59.1%	4.5%
Aislamiento	33.3%	50%	16.7%	0%	4.5%	50%	40.9%	4.5%
Economía	29.9%	52.2%	16.4%	1.5%	6.7%	40%	53.3%	0%

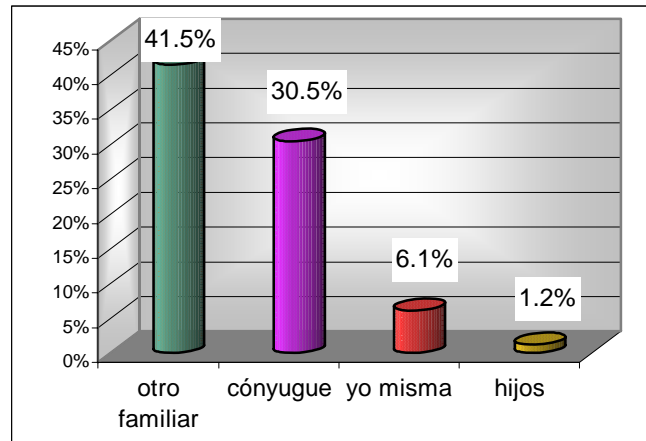
Del total de la muestra, la mayoría (60%) de las mujeres encuestadas reportan que en su familia por lo menos algún miembro acostumbra consumir alcohol con cierta frecuencia (Ver Figura 8).

Figura 8. Distribución porcentual de la variable consumo de alcohol en la muestra total.



Como se aprecia en la Figura 9 en un 41% son otros miembros de la familia quienes mayoritariamente consumen alcohol, seguidos con el 30% por el cónyuge y en un 6% son las mismas participantes las consumidoras de alcohol.

FIGURA 9. Distribución porcentual de la variable consumo de alcohol en los miembros de la familia en la muestra total.



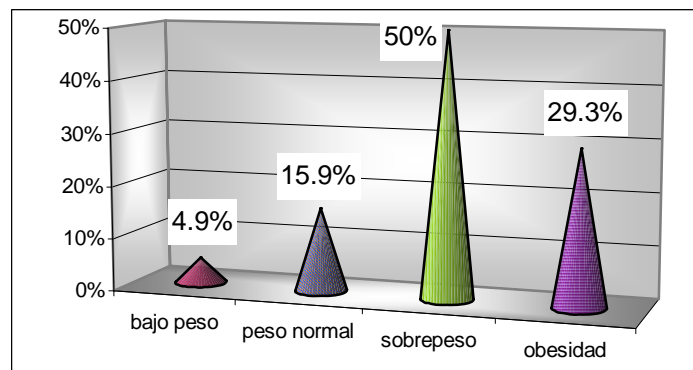
Sin embargo, en el análisis por grupos de maltrato se encontró que los porcentajes de consumo de alcohol son similares en ambas muestras, independientemente de la ausencia o presencia de maltrato.

5.2. Descripción de las variables de estudio.

5.2.1. Índice de Masa Corporal.

Se obtuvo el Índice de Masa Corporal ($\text{peso} / \text{estatura}^2$) para cada participante encontrándose lo siguiente: el 50% de la muestra presenta sobrepeso, el 29% obesidad en tanto que el 16% de la muestra total tienen un peso normal (Figura 10).

FIGURA 10. Distribución porcentual del IMC en la muestra total.

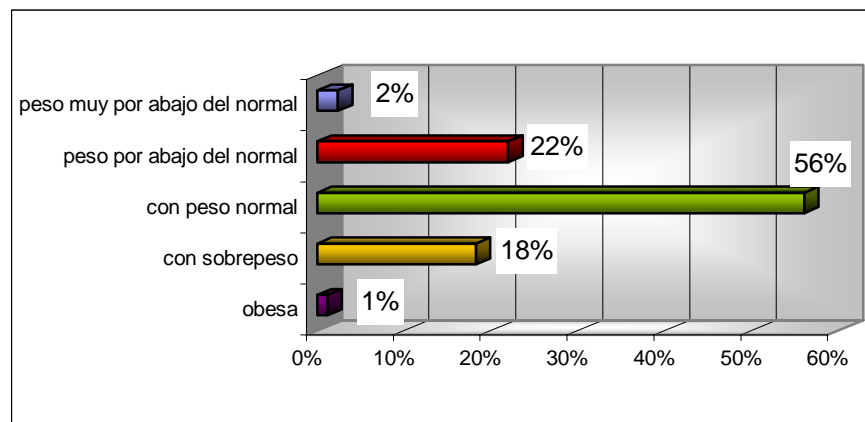


En cuanto a la distribución del IMC por grupos de maltrato no se encontró un patrón específico; sin embargo, es mayor el porcentaje de mujeres con obesidad en el grupo de maltrato que en el grupo sin maltrato, exceptuando el factor economía donde se encontró que es mayor el porcentaje de mujeres con obesidad en el grupo de no maltrato.

5.2.2. Autopercepción del peso corporal

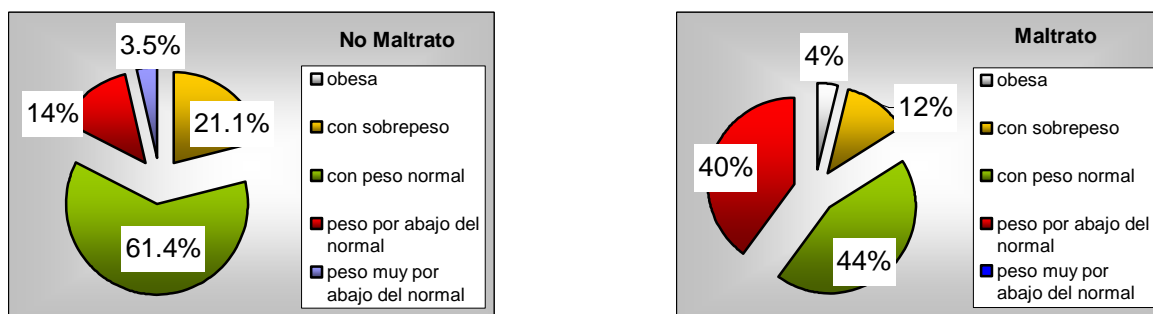
La percepción del peso que tienen las mujeres de sí mismas se puede apreciar en la Figura 11. A pesar de que la distribución del IMC indica que la mitad de la muestra presenta sobrepeso y un buen porcentaje obesidad, la percepción del peso muestra que el 56% de las participantes se autoperciben con un peso normal, el 22% piensan que están por abajo del peso normal, sólo el 18% se considera con sobrepeso y en los extremos se encuentran los que se autoperciben con el 2% muy por abajo del peso normal y con el 1% obesa.

FIGURA 11. Distribución porcentual de la variable autopercepción de la figura corporal en la muestra total.



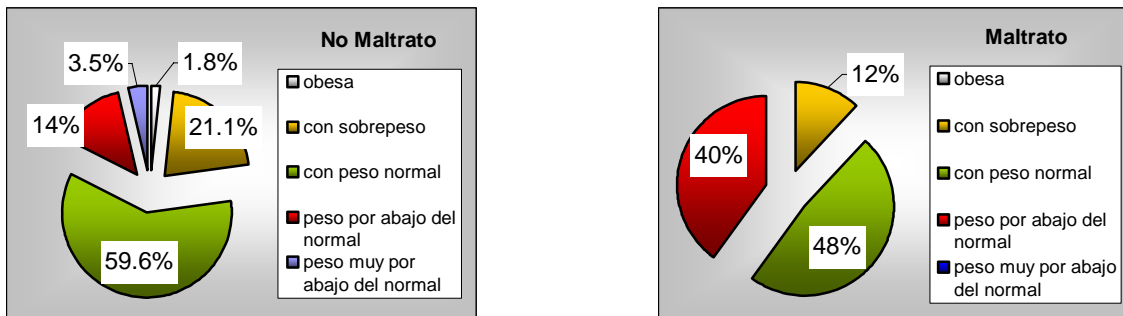
En el análisis por grupos de maltrato y no maltrato se encontró que es mayor el porcentaje de mujeres que se autoperciben con peso normal en los grupos de no maltrato que en los de maltrato. Para la dimensión de maltrato por reconocimiento del grupo sin maltrato el 61% considera tener un peso normal en tanto que de la muestra con maltrato sólo lo consideran así el 44%, sin embargo, de este mismo grupo el 40% considera tener un peso por abajo del normal en comparación con el 14% del grupo sin maltrato (Ver Figura 11.1).

FIGURA 11.1. Distribución porcentual de la variable autopercepción y la dimensión reconocimiento por grupo.



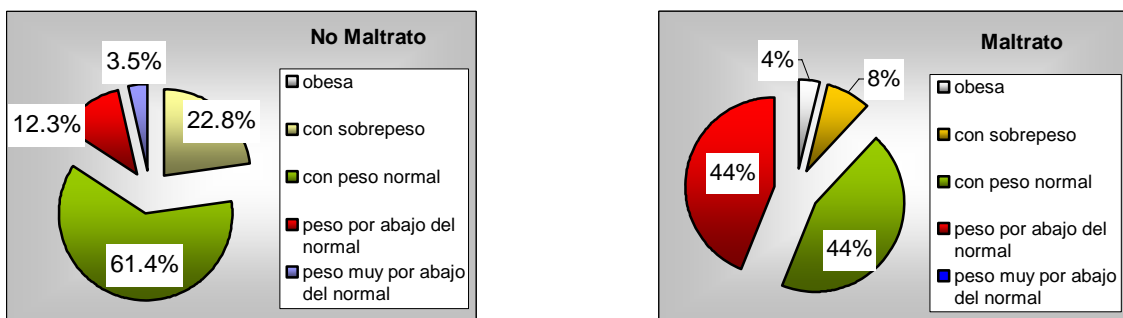
En la dimensión perfil del agresor se observa que del grupo sin maltrato el 60% se consideran con peso normal y del grupo con maltrato son menos las que se consideran así (48%) debido a que el 40% considera tener un peso por debajo del normal y un 12% se considera con sobrepeso. Del otro grupo, un 21% se considera en sobrepeso y 14% con peso inferior al normal (Ver Figura 11.2).

FIGURA 11.2. Distribución porcentual de la variable autopercepción y la dimensión perfil del agresor por grupo.



En el caso de la dimensión abandono se encontró que de las mujeres maltratadas, el 44% se perciben con peso normal y el mismo porcentaje se percibe con peso abajo del normal, en tanto, en las mujeres sin maltrato el 61% se percibe con peso normal y el 23% con sobrepeso, el 12% se percibe con un peso por abajo del normal (Figura 11.3).

FIGURA 11.3. Distribución porcentual de la variable autopercepción y la dimensión abandono por grupo.

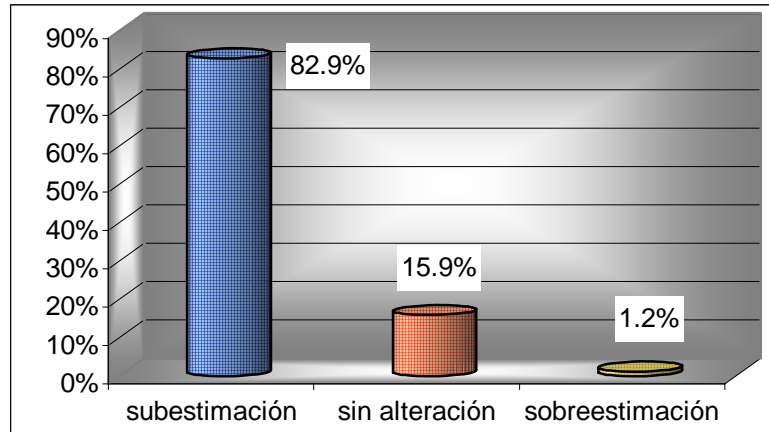


En general, se encontró que en los grupos sin maltrato es mayor la cantidad de mujeres que se perciben con peso normal que en los grupos con maltrato ya que en estos, es mayor el porcentaje de mujeres que se perciben con un peso inferior al normal.

5.2.3. Alteración de la imagen corporal.

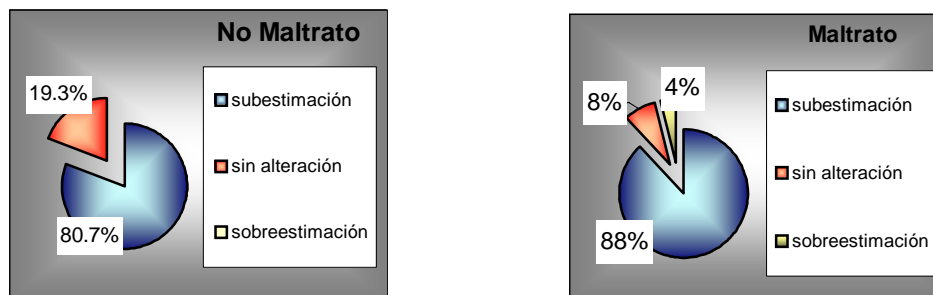
Como se puede apreciar en la Figura 12, del total de participantes, el 83% de los casos se subestiman, es decir, perciben su cuerpo de un tamaño inferior al que realmente corresponde, el 1% se sobreestiman o perciben su cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales y el 16% se percibe tal y como es.

FIGURA 12. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal en la muestra total.



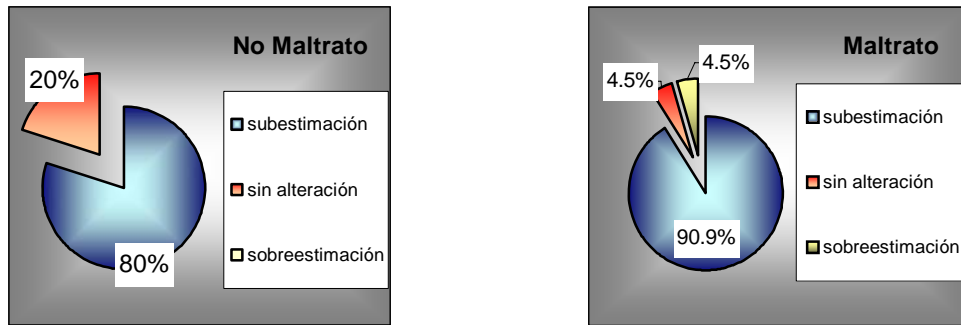
En los grupos de maltrato no se observa algún patrón ya que las muestras son muy similares independientemente de si presente o no maltrato, sin embargo, para algunos factores como reconocimiento, se encontró que muestra un mayor índice de alteración el grupo con maltrato. De las mujeres maltratadas el 88% se subestima a comparación del 81% de las mujeres no maltratadas. Del grupo sin maltrato el 19% no presentó alteración frente al 8% del grupo con maltrato (Figura 12.1).

FIGURA 12.1. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal y la dimensión de maltrato reconocimiento por grupo.



En la dimensión aislamiento se encontró que es menor el porcentaje de mujeres sin alteración de la imagen corporal en el grupo con maltrato (4%) que en el grupo sin maltrato (20%), ello se debe a que el 91% de las mujeres maltratadas subestiman el tamaño de su cuerpo y el 4% lo sobreestiman, en cambio, en el grupo sin maltrato el 80% lo subestima y no hay ningún caso de sobreestimación (Figura 12.2).

FIGURA 12.2. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal y la dimensión aislamiento por grupo.

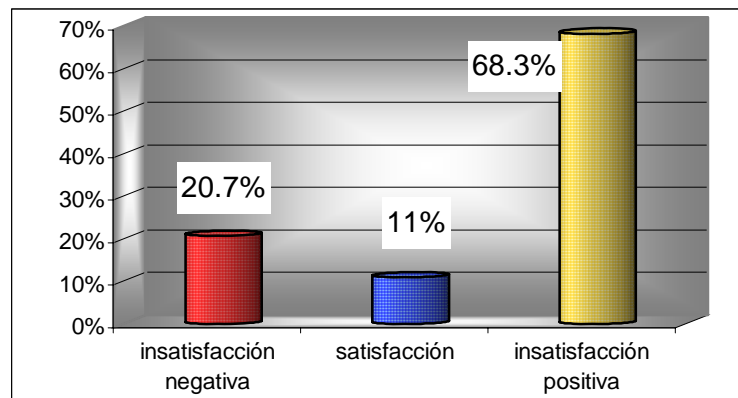


En resumen, el grupo de maltrato por aislamiento fue en el que mayor porcentaje de alteración de la imagen corporal (subestimación) se encontró (91%), seguido muy de cerca por el factor reconocimiento (88%). En el grupo de maltrato economía se encontró el porcentaje más alto en cuanto a sobre-estimación de la imagen corporal (7%). Sin embargo, de los grupos sin maltrato se encontraron porcentajes más altos en la categoría “sin alteración” de la imagen corporal en las dimensiones aislamiento, verbal, reconocimiento y perfil del agresor.

5.2.4. Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

Se encontró que del total de la muestra, el 68% presenta insatisfacción positiva, es decir, quisieran ser más delgadas, el 21% presenta insatisfacción negativa o que quisieran ser más gruesas y sólo el 11% se encuentran satisfechas con su cuerpo (Figura 13).

FIGURA 13. Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en la muestra total.



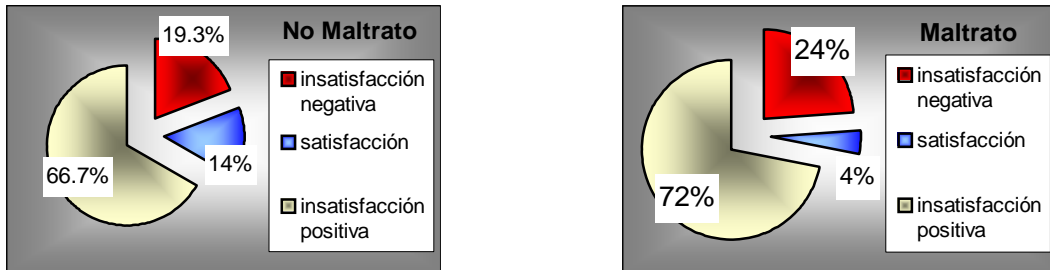
En el análisis por grupos de maltrato aunque las muestras (maltrato y no maltrato) son muy similares, se observan algunas diferencias en la dimensión reconocimiento (Figura 13.1). El 16% de las mujeres que no reciben este tipo de maltrato están satisfechas con su cuerpo, en tanto que del grupo con maltrato no se reportó ningún caso de satisfacción. El 84% de las mujeres maltratadas mostraron insatisfacción positiva en comparación con el 61% del grupo sin maltrato, en tanto que en el rubro que corresponde a la insatisfacción negativa (querer ser más gruesas) del grupo sin maltrato el 23% presentan dicha característica frente al 16% del grupo de maltrato.

FIGURA 13.1. Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la dimensión de maltrato reconocimiento por grupo.



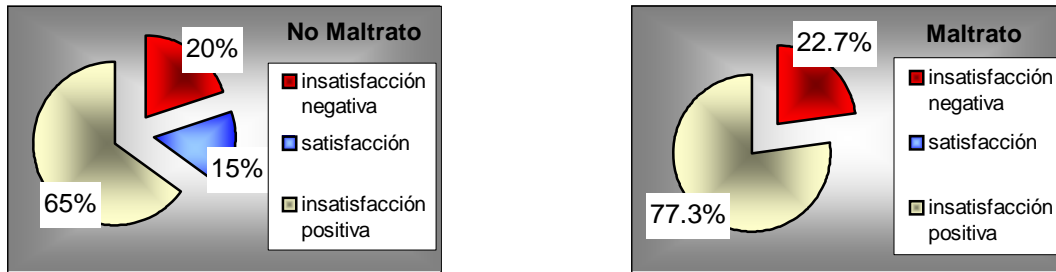
En la dimensión perfil del agresor el porcentaje de mujeres satisfechas con su cuerpo es del 14% para el grupo de no maltrato en tanto que para las maltratadas es del 4%. Del grupo de maltrato el 72% muestra insatisfacción positiva (quieren ser más delgadas) en tanto que del grupo sin maltrato entran en el mismo rubro el 67% (Figura 13.2).

FIGURA 13.2. Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la dimensión de maltrato perfil del agresor.



En la dimensión verbal se sigue observando que son más las mujeres satisfechas con su imagen corporal en el grupo sin maltrato (15%) que en el de maltrato (0%). El 73% de las mujeres maltratadas quisieran ser más delgadas en comparación con el 65% del grupo sin maltrato (Ver Figura 13.3).

FIGURA 13.3. Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la dimensión de maltrato verbal por grupo.



De acuerdo con lo anterior, se encontró que es mayor el porcentaje de mujeres con insatisfacción positiva (querer ser más delgada) en los grupos con maltrato que en los grupos sin maltrato y por tanto, también es mayor el porcentaje de mujeres satisfechas con su imagen corporal en los grupos sin presencia de maltrato que en las mujeres que reciben maltrato.

5.2.5. Autoatribución.

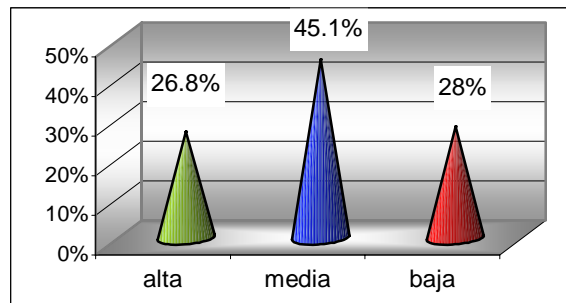
En la Tabla 6 se presentan los puntos de corte en cuartiles considerados para clasificar el nivel (alto, medio o bajo) de cada uno de los componentes de la escala de autoatribución evaluados en las participantes.

TABLA 6. Puntos de corte de la escala de autoatribución y sus componentes correspondientes.

RANGO (cuartiles)	Eficacia Escolar	Agresividad	Inseguridad	Atractividad	Habilidad Social
< 25 Baja	2.125	1.8	1.4286	2.25	2
26-74 Media	2.75	2.2	1.7143	2.75	2.5
> 75 Alta	3.125	3	2.4286	3.25	3

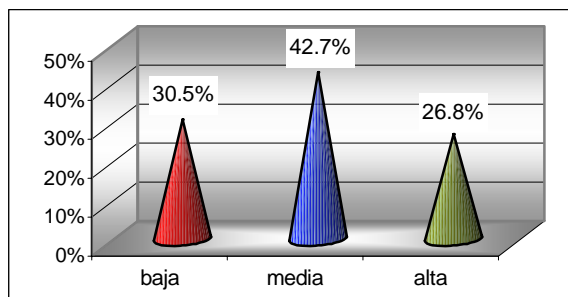
En la muestra total se encontró lo siguiente: para el factor de autoatribución eficacia escolar el 45% se consideró medianamente eficaz en contraste con el 27% que se consideraron altamente eficaces (Figura 14).

FIGURA 14. Distribución porcentual de la variable eficacia escolar en la muestra total.



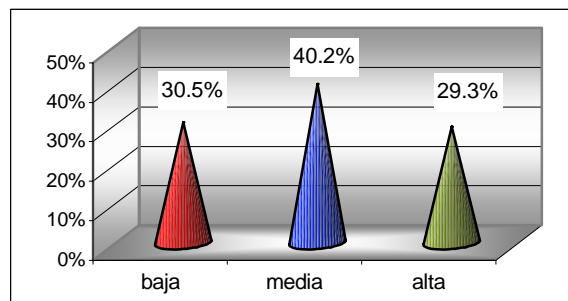
En cuanto al factor agresividad en la muestra general se observó que el 30% se percibieron con un nivel de agresividad bajo en comparación con el 27% que consideró tener un nivel de agresividad alto (Figura 15).

FIGURA 15. Distribución porcentual de la variable agresividad en la muestra total.



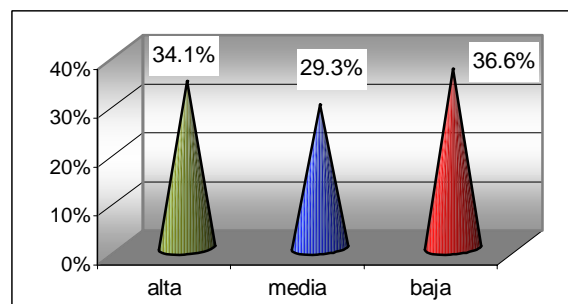
Para la variable inseguridad, se encontró que del total de la muestra el 30% se consideraron poco inseguras en contraste con el 29% que se consideraron muy inseguras (Ver Figura 16).

FIGURA 16. Distribución porcentual de la variable inseguridad en la muestra total.



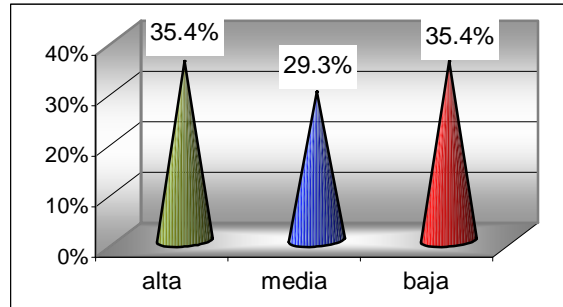
Respecto al factor atractividad, el 36% consideró en un nivel bajo, poseer estas características, mientras que el 34% consideró en un nivel alto tener dichas características (Ver Figura 17).

FIGURA 17. Distribución porcentual de la variable atractividad en la muestra total.



Para la variable habilidad social, el 35% se consideraron muy hábiles socialmente; sin embargo, el mismo porcentaje (35%) se consideró con escasas habilidades sociales. El 29% piensa que sus habilidades sociales son regulares (Figura 18).

FIGURA 18. Distribución porcentual de la variable Habilidad Social en la muestra total.



En el análisis de la distribución por grupos de maltrato se observó que para el factor de maltrato reconocimiento, las mujeres no maltratadas muestran mayores niveles de eficacia escolar (30%) que las maltratadas (20%). El 20% de las mujeres maltratadas muestran un nivel de atractividad alto, en cambio, de las no maltratadas el 40% muestran esta característica. Algo parecido sucede en cuanto a las habilidades sociales, el 20% de las mujeres maltratadas muestran una habilidad social alta frente al 40% de las mujeres que no son maltratadas. Para más detalle puede observarse la tabla 7.

Tabla 7. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor reconocimiento por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Eficacia escolar	
	alta	baja
No maltrato	29.8 %	24.6 %
maltrato	20 %	36 %
Atractividad		
	Alta	Baja
No maltrato	40.4 %	29.8 %
maltrato	20 %	52 %
Habilidad social		
	Alta	baja
No maltrato	42.1 %	26.3 %
maltrato	20 %	56 %

El factor de maltrato denominado perfil del agresor arrojó lo siguiente: el 48% de las mujeres que viven con una pareja con este tipo de perfil, consideran que su eficacia escolar es baja, en cambio, de las mujeres cuya pareja no cumple con estas características solamente el 19% consideran su eficacia escolar baja. Un hecho muy interesante es que el 52% de las mujeres con presencia de maltrato muestran características de agresividad en comparación con el 16 % de las mujeres no maltratadas.

Además, un 60 % de las participantes del grupo de maltrato muestran un bajo nivel en habilidades sociales (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor perfil del agresor por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Eficacia escolar	
	alta	baja
No maltrato	29.8 %	19.3 %
maltrato	20 %	48 %
Agresividad		
	alta	Baja
No maltrato	15.8 %	36.8 %
maltrato	52 %	16 %
Inseguridad		
	Alta	baja
No maltrato	19.3 %	40.4 %
maltrato	8 %	52 %
Habilidad social		
	Alta	baja
No maltrato	47.4 %	24.6 %
maltrato	8 %	60 %

En el factor de maltrato referente al abandono se observa que en el 48% de los casos de maltrato el nivel de agresividad de las mujeres es alto en comparación con el 17% de las mujeres que no son maltratadas. En cuanto a las habilidades sociales, las mujeres maltratadas resultaron tener en el 60% un nivel de habilidad social bajo en comparación con el 25% de las mujeres no maltratadas. El 46% de las mujeres que no reciben maltrato reportaron un nivel de habilidad social alto (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor abandono por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Agresividad	
	Alta	baja
No maltrato	17.5 %	36.8 %
maltrato	48 %	16 %
Habilidad social		
	Alta	Baja
No maltrato	45.6 %	24.6 %
maltrato	12 %	60 %

Se puede observar en la tabla 10 el análisis del factor verbal. El factor agresividad es más elevado en el grupo con maltrato (54%) que el de ausencia de maltrato (17%), al igual que el factor inseguridad: el 45% de las mujeres maltratadas son altamente inseguras y sólo el 23% de las no maltratadas lo son. En el grupo sin maltrato el 43% se consideran altas en habilidad social comparadas con el 14% del grupo con maltrato. De hecho, el 54% de las mujeres maltratadas muestran un nivel de habilidad social bajo.

Tabla 10. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor verbal por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Agresividad	
	Alta	baja
No maltrato	16.7 %	38.3 %
maltrato	54.5 %	9.1 %
Inseguridad		
	alta	Baja
No maltrato	23.3 %	36.7 %
maltrato	45.5 %	13.6 %
Habilidad social		
	Alta	baja
No maltrato	43.3 %	28.3 %
maltrato	13.6 %	54.5 %

Para la dimensión de maltrato por aislamiento, la mitad de las mujeres que reciben maltrato se reportaron con altos niveles de inseguridad en comparación con el 22% de las no maltratadas. En cuanto a las habilidades sociales se observa que ésta es más baja en el grupo con maltrato y aquí se vuelve a corroborar, en el 50% de las mujeres con maltrato su habilidad social es baja en comparación con el 30% de las mujeres sin maltrato como lo muestra la Tabla 11.

Tabla 11. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor aislamiento por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Inseguridad	
	alta	baja
No maltrato	21.7 %	35 %
maltrato	50 %	18.2 %
Habilidad social		
	Alta	Baja
No maltrato	41.7 %	30 %
maltrato	18.2 %	50 %

En el factor economía el 60% de las mujeres se reportan con altos niveles de agresividad frente a un 19% de las mujeres no maltratadas y el 47 % de las mujeres maltratadas son más inseguras en comparación con el 25% de las no maltratadas (ver Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual de los componentes de autoatribución y el factor maltrato económico por grupo.

Categoría	Factores de autoatribución	
	Agresividad	
	alta	baja
No maltrato	19.4 %	34.3 %
maltrato	60 %	13.3 %
Inseguridad		
	Alta	Baja
No maltrato	25.4 %	35.8 %
maltrato	46.7 %	6.7 %

En resumen, para los factores de autoatribución se pudo observar que las mujeres maltratadas presentaron una menor eficacia escolar, mayores niveles de agresividad, inseguridad y escasas habilidades sociales en comparación a las mujeres no maltratadas. Sin embargo, también se observó que en las dimensiones economía, verbal y perfil de agresor se encuentran los porcentajes más altos en cuanto a agresividad alta en los grupos con maltrato. En inseguridad alta se encontraron los porcentajes más elevados en aislamiento, economía, verbal y reconocimiento. Mientras que en habilidades sociales bajas se encontraron porcentajes elevados en todas las categorías de mujeres que reciben maltrato.

5.3. Comparación entre grupos

Para observar las relaciones existentes entre las variables de estudio y los factores de riesgo, se aplicó una correlación de Pearson y se encontró una correlación débil (.219) entre la dimensión de maltrato económico y la variable alteración de la imagen corporal (Tabla 13).

Tabla 13. Correlación de Pearson. Factores de riesgo asociados con imagen corporal y dimensiones de maltrato.

Dimensión de maltrato		Satisfacción / insatisfacción	Alteración de la imagen corporal
Economía	Correlación de Pearson	.103	.219
	Nivel de significancia	.359	.048
	N	82	82

En cuanto a la correlación entre los factores de maltrato y los componentes de la escala de autoatribución se encontraron en general correlaciones bajas ($R < 0.47$). Como puede observarse en la Tabla 14 todas las dimensiones de maltrato correlacionan significativamente con el factor habilidad social. Para la dimensión abandono también correlaciona el atributo agresividad; en la dimensión verbal correlaciona también agresividad; para la dimensión aislamiento correlaciona el factor inseguridad. En la dimensión perfil del agresor correlacionan los factores agresividad e inseguridad y, en las dimensiones reconocimiento y aislamiento se puede observar una tendencia con el atributo agresividad.

Tabla 14. Correlación de Pearson. Autoatribución y dimensiones de maltrato.

Dimensión		Agresividad	Inseguridad	Atractividad	Habilidad Social	Eficacia Escolar
Reconocimiento	Correlación de Pearson	.212	.274	.244	.442	.271
	Nivel de significancia	.056*	.013	.027	.000	.041
	N	82	82	82	82	82
Perfil del agresor	Correlación de Pearson	.470	.353	.120	.379	.179
	Nivel de significancia	.000	.001	.281	.000	.108
	N	82	82	82	82	82
Abandono	Correlación de Pearson	.300	.260	.248	.441	.244
	Nivel de significancia	.006	.019	.025	.000	.027
	N	82	82	82	82	82
Verbal	Correlación de Pearson	.300	.260	.248	.441	.244
	Nivel de significancia	.006	.019	.025	.000	.027
	N	82	82	82	82	82
Aislamiento	Correlación de Pearson	.212	.312	.192	.336	.166
	Nivel de significancia	.056*	.004	.084	.002	.136
	N	82	82	82	82	82
Economía	Correlación de Pearson	.240	.202	.113	.301	.083
	Nivel de significancia	.030	.068	.313	.006	.459
	N	82	82	82	82	82

También se utilizó una prueba t de student para muestras independientes teniendo como variable independiente las dimensiones de maltrato para observar las diferencias entre grupos. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de maltrato y las variables asociadas con imagen corporal (satisfacción / insatisfacción y alteración de la imagen corporal).

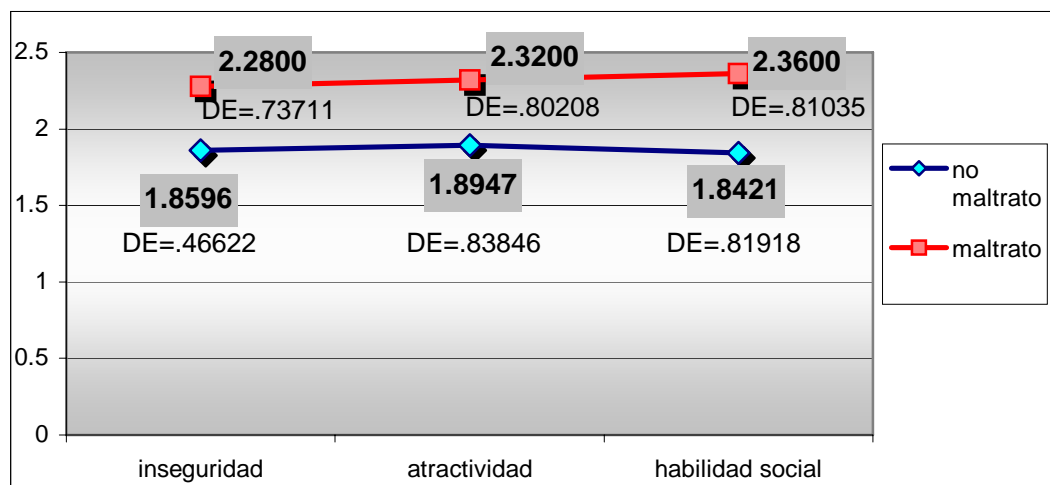
En cuanto a los factores de autoatribución se encontraron algunas diferencias significativas entre las dimensiones de maltrato y los factores de autoatribución, principalmente en: inseguridad, habilidad social y agresividad. Es necesario aclarar que en el análisis de las medias por grupo de maltrato y no maltrato, algunos factores de autoatribución van de menor a mayor rasgo como: agresividad e inseguridad y otros van de mayor a menor rasgo como: eficacia escolar, atractividad y habilidad social.

Como lo muestra la Tabla 15 para la dimensión de maltrato por reconocimiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los siguientes factores de autoatribución: inseguridad $t(48) = -2.349$, $p = .023$, atractividad $t(48) = -2.180$, $p = .034$ y habilidad social $t(80) = -2.644$, $p = .010$. Los factores eficacia escolar $t(46) = -1.190$, $p = .240$ y agresividad $t(47) = -1.573$, $p = .123$ no fueron significativas. Como puede apreciarse en la Tabla 15.1 la media en el factor inseguridad es más alta en las mujeres maltratadas que en las no maltratadas, lo cual indica que las mujeres que reciben maltrato son más inseguras que las que no lo reciben. Además, respecto al factor atractividad, que se refiere a cualidades como: atractiva, independiente, fuerte y ágil las mujeres maltratadas presentan una media más alta, es decir, que consideran tener menos de estos rasgos positivos que las mujeres sin maltrato. En cuanto a habilidades sociales, la media de las mujeres maltratadas es más alta y ello indica que se perciben con un nivel de habilidad social en general más bajo que las mujeres del grupo sin maltrato.

Tabla 15. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución en el grupo de maltrato por reconocimiento.

	t	gl	Significancia
Inseguridad	-2.349	47.561	.023
Atractividad	-2.180	47.812	.034
Habilidad Social	-2.644	80	.010

Figura 15.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (reconocimiento).

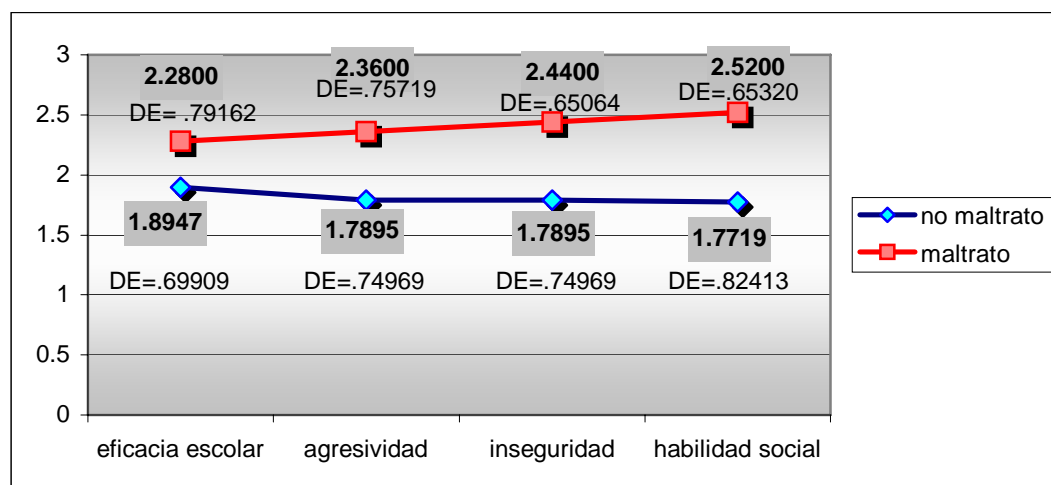


En la tabla 16 puede observarse que para la dimensión perfil del agresor se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de autoatribución eficacia escolar $t(41) = -2.101$, $p = .042$, agresividad $t(43) = -3.212$, $p = .003$, inseguridad $t(52) = -3.974$, $p = .000$ y habilidad social $t(57) = -4.394$, $p = .000$. En el factor atractividad $t(44) = -1.230$, $p = .225$ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En la tabla 16.1 se observa que para el factor eficacia escolar son más las mujeres no maltratadas que se consideran altamente eficaces académicamente que las maltratadas. En cuanto al atributo agresividad se encontró que la media de las mujeres del grupo con maltrato es mayor a las del grupo sin maltrato, es decir, que se perciben más agresivas que las otras. Para el factor inseguridad las mujeres maltratadas resultan ser más inseguras que las mujeres que no reciben maltrato. Las habilidades sociales de las mujeres maltratadas muestran un nivel inferior en comparación con las de las mujeres no maltratadas.

Tabla 16. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (perfil del agresor).

	t	gl	Significancia
Eficacia Escolar	-2.101	41.162	.042
Agresividad	-3.212	42.811	.003
Inseguridad	-3.974	52.464	.000
Habilidad Social	-4.394	57.252	.000

Figura 16.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (perfil del agresor).

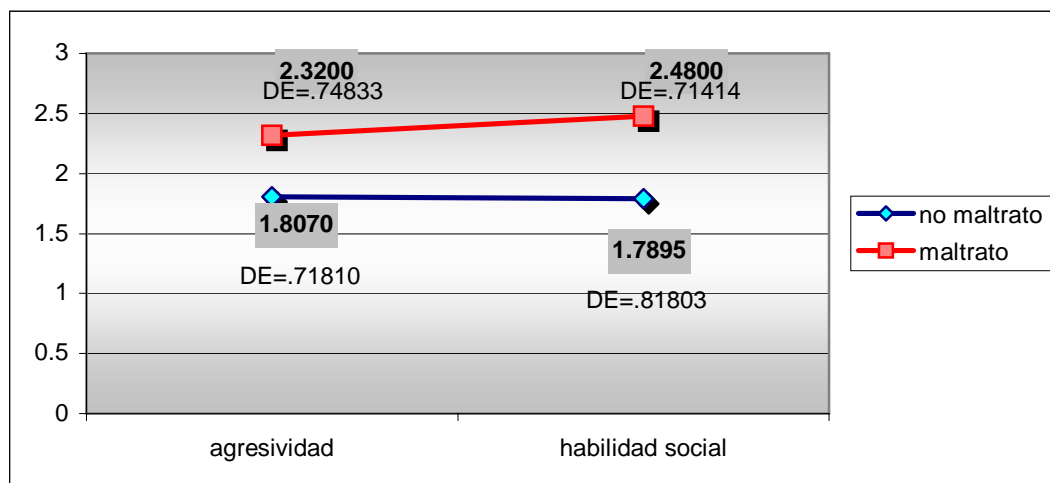


La Tabla 17 muestra los resultados obtenidos en la dimensión de maltrato por abandono; como puede verse, las diferencias estadísticamente significativas se ubicaron en los factores de autoatribución agresividad $t(44) = -2.893$, $p = .006$ y habilidad social $t(52) = -3.852$, $p = .000$. Para los factores de autoatribución eficacia escolar $t(42) = -1.143$, $p = .260$, inseguridad $t(46) = -1.661$, $p = .104$ y atractividad $t(47) = -.111$, $p = .912$ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados de la Tabla 17.1 muestran que en cuanto a agresividad es mayor la media en el grupo con maltrato que en el grupo sin maltrato. Además, las mujeres maltratadas al igual en casos anteriores se presentan con menos habilidades sociales que las mujeres que no reciben maltrato de sus parejas.

Tabla 17. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (abandono).

	t	gl	Significancia
Agresividad	-2.893	44.210	.006
Habilidad Social	-3.852	52.167	.000

Figura 17.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (abandono).

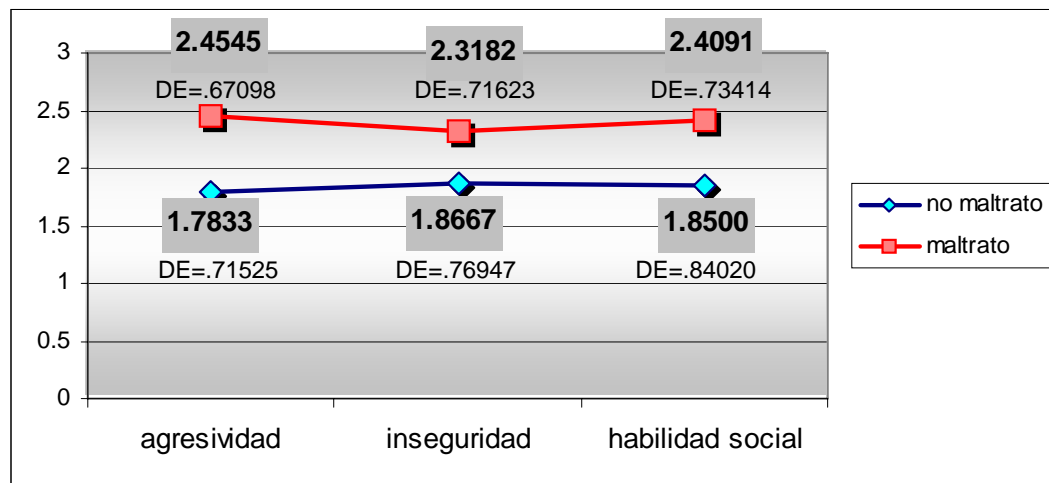


Para la dimensión de maltrato verbal, la Tabla 18 muestra que los factores de autoatribución con diferencias estadísticamente significativas fueron: agresividad $t(40) = -3.942$, $p = .000$, inseguridad $t(40) = -2.479$, $p = .018$ y habilidad social $t(43) = -2.936$, $p = .005$. no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores eficacia escolar $t(35) = -1.198$, $p = .239$ y atractividad $t(37) = -.423$, $p = .674$. La media en agresividad es mayor en el grupo con maltrato al igual que para el factor inseguridad, es decir, que las mujeres maltratadas se perciben más inseguras y agresivas que las no maltratadas. En cuanto a las habilidades sociales, las mujeres maltratadas se consideran menos habilidosas en el área social que las mujeres del grupo sin maltrato (Tabla 18.1).

Tabla 18. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (verbal).

	t	gl	Significancia
Agresividad	-3.942	39.692	.000
Inseguridad	-2.479	39.987	.018
Habilidad Social	-2.936	42.524	.005

Figura 18.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (verbal).

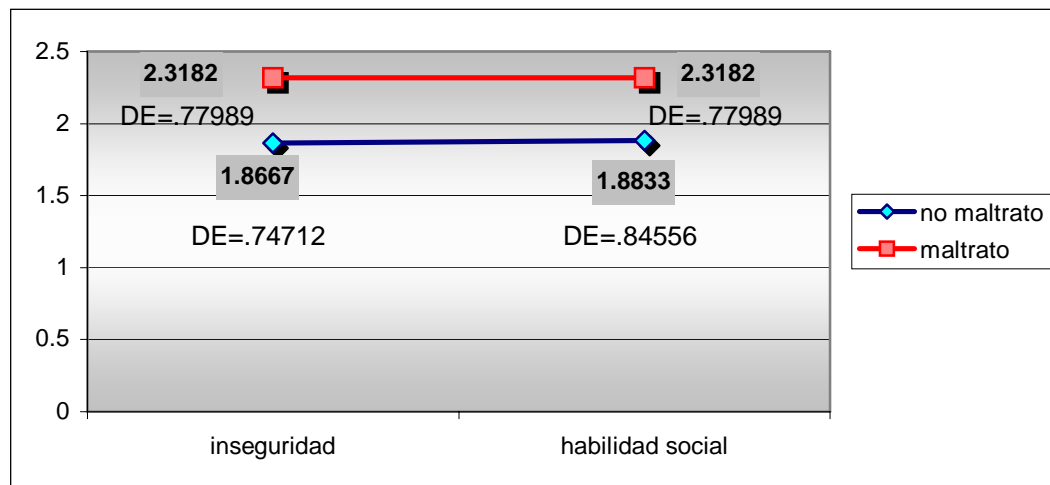


En cuanto a la dimensión de maltrato por aislamiento (Tabla 19) se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los factores de autoatribución inseguridad $t(36) = -2.349$, $p = .024$ y habilidad social $t(40) = -2.186$, $p = .035$. en los factores eficacia escolar $t(38) = -1.263$, $p = .241$, agresividad $t(37) = -1.928$, $p = .062$ y atractividad $t(37) = -.423$, $p = .674$, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La Tabla 19.1 muestra que es mayor la media en que las mujeres maltratadas reportan inseguridad y que también reportan un nivel menor de habilidades sociales respecto al grupo de mujeres que no son maltratadas por su pareja.

Tabla 19. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (aislamiento).

	t	gl	Significancia
Inseguridad	-2.349	36.058	.024
Habilidad Social	-2.186	40.337	.035

Figura 19.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (aislamiento).

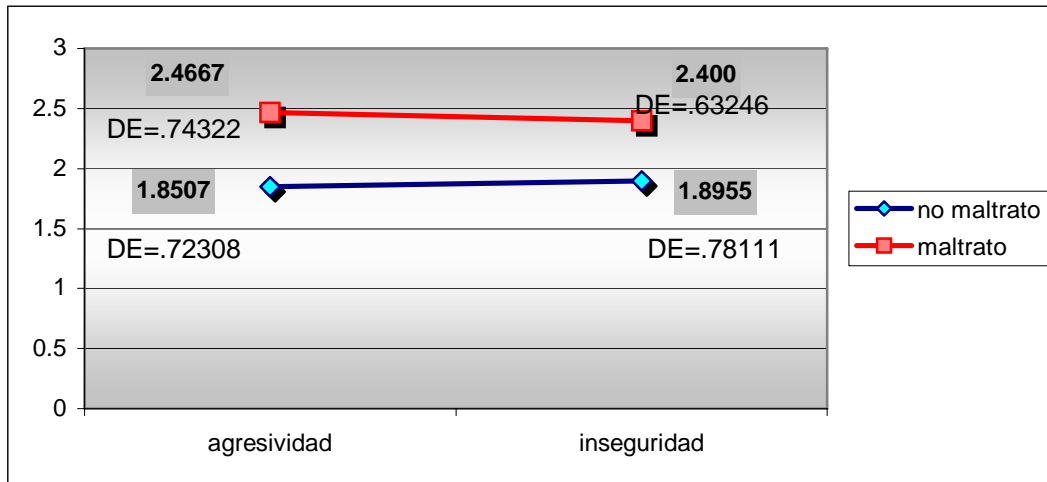


Finalmente, la tabla 20 muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de autoatribución agresividad $t(20) = -2.916$, $p = .008$ e inseguridad $t(25) = -2.667$, $p = .013$, respecto al maltrato de tipo económico. Los factores eficacia escolar $t(20) = -1.387$, $p = .181$, atractividad $t(20) = -.518$, $p = .610$ y habilidades sociales $t(22) = -1.413$, $p = .172$ no resultaron estadísticamente significativos. Las medias de los factores de autoatribución agresividad e inseguridad son mayores en las mujeres del grupo de maltrato, es decir, que ellas se perciben más agresivas y más inseguras que las mujeres que no reciben maltrato de su pareja (Tabla 20.1).

Tabla 20. Prueba t para muestras independientes. Factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (económico).

	t	gl	Significancia
Agresividad	-2.916	20.368	.008
Inseguridad	-2.667	24.586	.013

Tabla 20.1. Media y D.E. de los factores de riesgo asociados con autoatribución por grupo de maltrato (económico).





CAPÍTULO

VI

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

6.1. Discusión

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre las variables satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal y autoatribución con presencia o ausencia de maltrato psicológico en la relación de pareja.

La muestra estuvo formada por mujeres con una edad promedio de 29 años y con una relación de pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre con promedio de 9 años. La mayoría de ellas con dos hijos. De estas mujeres, se encontró que la mayoría se dedican al hogar, por lo que el principal proveedor de los recursos económicos de este es el esposo. En el 50% de la muestra estudiada, las familias subsisten con ingresos económicos mensuales de \$4000 o menos.

En cuanto a los esposos, la edad promedio es mayor a la de ellas (31 años) y en la escolaridad, a pesar de que también predomina el nivel de secundaria, se observó que en general ellos presentaron un mayor porcentaje en otros niveles de estudios superiores como preparatoria, licenciatura, e incluso un mínimo porcentaje cuenta con posgrado.

Respecto a la presencia de maltrato psicológico en la relación de pareja, en la muestra predominaron los siguientes: falta de *reconocimiento* del esposo hacia los logros, los éxitos, las cualidades, las habilidades y las virtudes de la mujer; *abandono*, caracterizado por las actitudes de desinterés y negligencia evidentes por el escaso o nulo acercamiento afectivo y el descuido de la relación por parte del esposo hacia la pareja; y, finalmente, se encontraron altos puntajes en la dimensión *perfil del agresor*, el cual se refiere a las características de personalidad o hábitos comunes en la pareja que maltrata a la mujer al tener como rasgos comunes ser: inestable, impredecible, atento con otros y con la familia no, ausente y egoísta (Berumen, 2003).

Algunas de las observaciones más interesantes encontradas respecto a las diferencias entre los grupos de maltrato y los de no maltrato fueron el hecho de que las parejas que maltrataban psicológicamente a sus esposas presentaron una escolaridad ligeramente inferior a la de los esposos que no maltrataban psicológicamente. Respecto al estado civil, en las mujeres que presentaron maltrato psicológico de parte de su pareja fue más común la unión libre que en las mujeres no maltratadas donde predominó el matrimonio. Estos hallazgos coinciden en cierta manera con los referidos por Traverso (2000) quien menciona que entre los factores de riesgo individuales más significativos para la presencia de maltrato se han identificado precisamente, el bajo nivel educacional del agresor, aunque ella lo especifica de manera particular en el caso de la violencia física; y por otro lado, también habla de la ausencia de vínculo matrimonial formal, como en este caso, la unión libre. Entre los factores de tipo sociocultural figuran la pobreza del hogar y el alto nivel de poder y control que ejerce el hombre agresor dentro de la familia.

A pesar de la presencia de maltrato (particularmente los factores economía y aislamiento) encontrado en la muestra de estudio, las mujeres tienden a considerar su relación de pareja como “regular”, “buena” e incluso algunas “muy buena”. Este hecho que pudiera llegar a parecer paradójico, puede explicarse en gran medida con el llamado

Síndrome de la Mujer Maltratada. Jiménez (2003) explica que el hecho de que una mujer sea maltratada y aún así se quede al lado del agresor puede deberse en gran parte a este síndrome que finalmente resulta ser un proceso de adaptación a la violencia dados los intentos fallidos por detener la agresión aunado a su baja autoestima y que derivan en su aceptación de las agresiones como castigo merecido y es entonces cuando la mujer se vuelve pasiva y sólo espera que el agresor cambie, en este estado, la mujer deja de responder a las agresiones, se vuelve indiferente a ellas y termina por creer que merece tales agresiones e incluso justifica a su agresor, se refuerza la dependencia emocional hacia este y es mayor aún si existe dependencia económica.

En 2005, Arellano realizó una investigación con el objetivo de conocer si existían diferencias en la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes (hombres y mujeres) con y sin maltrato encontrando que las mujeres con maltrato manifestaban encontrarse más insatisfechas con su imagen corporal que el resto de la muestra. No obstante, en la presente investigación y difiriendo con los hallazgos encontrados por Arellano, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de imagen corporal (alteración y satisfacción / insatisfacción); aunque, si pudieron encontrarse diferencias descriptivas, por ejemplo: un mayor porcentaje de mujeres maltratadas presentaron alto Índice de Masa Corporal (excepto en la dimensión economía) en comparación con las mujeres no maltratadas.

Además, se observaron coincidencias interesantes con algunas investigaciones previas; por ejemplo: un hecho preocupante es el elevado porcentaje de sobrepeso y obesidad encontrado en la muestra, lo cual, confirma la gravedad del problema de salud pública en que se han convertido. De acuerdo con la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENURBAL, 1995) entre los 18 y los 29 años la obesidad afecta a una de cada ocho mujeres; entre los 30 y los 39 años a una de cada cuatro, y a las mujeres de la siguiente década de edad, a una de cada tres. Según esta misma encuesta, en la época en que se realizó, entre la población de estrato socioeconómico alto se extendía un patrón de consumo caracterizado por la ingestión abundante de alimentos de origen animal, ricos en grasas, fibra dietética y con exceso de calorías. Dicho patrón no era prevaleciente entre las clases populares, atribuido en parte por la incapacidad económica de las mismas para solventarlo; sin embargo, se mencionaban indicios de una incipiente permeabilidad hacia estas capas. En esta investigación, al margen del estrato socioeconómico el 80% de la muestra presentó sobrepeso y el 29% obesidad.

En cuanto a la imagen corporal, estos resultados concuerdan con los encontrados por Gómez-Peresmitré (1993, 1999) y Unikel y Gómez-Peresmitré (1999) en donde se encontró que las mujeres con pesos corporales mayores (sobrepeso y obesidad) mostraban la tendencia a la subestimación, es decir, se percibían menos gruesas de lo que en realidad eran. Dado que esta muestra presentó mayoritariamente sobrepeso y un buen porcentaje obesidad, esto concuerda con la teoría y explica por qué un gran porcentaje de las mujeres estudiadas se autopercebe con un peso corporal inferior y en consecuencia, se subestiman.

Para la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se observaron porcentajes muy elevados de insatisfacción al igual que en la investigación realizada por Gómez-Peresmitré (1999) en donde las niñas con obesidad eran las que más insatisfacción demostraban. Esta investigación mostró que fue mayor el porcentaje de mujeres con insatisfacción positiva (es decir, querer ser más delgadas) en los grupos con maltrato que en los grupos sin maltrato, y por tanto, también es mayor el porcentaje de mujeres satisfechas con su imagen corporal en los grupos sin presencia de maltrato que en las mujeres que reciben maltrato.

Sin embargo, los hallazgos más significativos en esta investigación se encontraron en la variable autoatribución, medida a través de cinco factores: agresividad, inseguridad, atractividad, habilidad social y eficacia escolar.

Torresano (1999) sugiere que los malos tratos que recibe la mujer de su pareja no son el resultado de una determinada personalidad, sino que son, precisamente estos malos tratos los que dan lugar a importantes cambios en la personalidad de la mujer víctima. Dichos cambios la inhabilitan para defenderse, para escapar, para funcionar de manera eficaz dentro o fuera del hogar y este hecho volvería a explicar el porque la mujer se queda y justifica a su agresor a pesar del maltrato recibido e incluso el porqué llega a negarlo.

Al respecto, esta investigación encontró que las mujeres en cuya relación de pareja existía maltrato psicológico, se mostraban más inseguras, más agresivas, con menos habilidades sociales y bajos niveles de autoestima positiva ligada a la autopercepción del cuerpo (atractividad). Este hallazgo es bastante explicable si se considera que la autoatribución se construye por los adjetivos que nos atribuimos como producto de la interacción social y que describe como nos vemos (Gómez-Peresmitré, 1996; citado en Gómez-Peresmitré, García, Acosta, Pineda, Llopis, García y Archilla, 2002). Según Johnston (1998) refleja la manera en que otras personas significativas en el medio ambiente se han comportado hacia nosotros; por tanto, si estas mujeres llevan relaciones de pareja donde son víctimas constantes de agresión psicológica por parte de su pareja, es probable que presenten una autoatribución más negativa respecto de las mujeres cuya relación de pareja no está tan contaminada por el maltrato psicológico.

Se encontró que muchos de los efectos del maltrato psicológico en la autoatribución de los individuos dependen en gran medida del tipo de maltrato que se reciba. Un hallazgo importante fue el hecho de que las habilidades sociales vienen a menos cuando la presencia de maltrato ya sea, por falta de reconocimiento hacia los logros de la mujer, por el hecho de convivir diariamente con un hombre con características de personalidad típicas de maltratador, por el abandono y el aislamiento al que se ven expuestas o por el maltrato de tipo verbal que reciben.

Particularmente se encontró que la falta de reconocimientos hacia los logros y aciertos de la mujer por parte de su pareja afectan tres áreas básicas: la mujer no se siente exitosa y puede, hipotetizando, que lo mismo suceda con otras esferas (como madre, como esposa, como compañera, etc.), estas mujeres no se sienten atractivas y mucho menos con habilidades sociales y es que, la falta de reforzamiento de la pareja puede ser un factor que afecte esta área.

Un aspecto importante de los hallazgos se refiere a los niveles de agresividad en las propias participantes y que forma parte de la autoatribución. En varias dimensiones de maltrato, la agresividad en ellas mismas resultó ser más alta para las maltratadas que para las no maltratadas y ello fue particularmente en situaciones donde las características de personalidad del agresor eran la inestabilidad, el egoísmo, el ser atento con otros y con la familia no; que además se presentaran actitudes de descuido y negligencia hacia la mujer; actitudes de impedirle la interacción social; el daño o la agresión verbal y el maltrato en cuanto al manejo y restricción del dinero y los bienes materiales.

La inseguridad, caracterizada por la autopercepción de fracaso, situaciones de nerviosismo, ansiedad, el mostrarse como uno no es por miedo a dar una mala impresión, fueron características de mujeres con presencia de maltrato verbal en donde está presente la agresión en forma de palabras como insultos, ofensas, calumnias, gritos, etc. y que van teniendo su efecto en la seguridad personal de la mujer. Otros factores influyentes en la inseguridad fueron el hecho de que a la mujer se le aisle e impida el contacto social con familiares o amigos con quien ella pueda tener apoyo o compañía y además, que exista una total dependencia económica hacia el hombre, debido a la restricción, chantaje y manipulación del manejo del dinero y bienes materiales en la relación de pareja.

Sin embargo, a pesar de que parecería que los malos tratos llevan al detrimento de la autoatribución en la mujer maltratada, existe una teoría que parte de la contraparte. Rodríguez (2003) describe el perfil psicológico de la mujer maltratada caracterizado por la baja autoestima, la inmadurez, la inseguridad en sí misma y la búsqueda en la pareja de una autoridad a veces semipaterna. Menciona que con frecuencia son personas con una actitud infantil y tolerante, rápidamente perdonan e inician un nuevo juego en su relación, son torpes para enfrentar sus problemas y fricciones personales cargando con todas las culpas de cualquier discusión conyugal; se comportan como víctimas "natas" poniéndose en el blanco del agresor para después vivir explotando su papel de víctimas.

6.2. Conclusiones

Debido a lo anterior se concluye que:

1. Aun cuando no se encontró un patrón directo y claro que señale la relación entre el maltrato psicológico en la relación de pareja y los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria asociados con imagen corporal, como lo son la satisfacción / insatisfacción y alteración de la imagen corporal, si lo hubo con el factor de riesgo de autoatribución.
2. El maltrato psicológico abarca una amplia esfera de conductas y su campo de efecto puede ser muy diverso, lo que hace posible, que no afecte de manera directa el constructo de imagen corporales en lo que respecta a las variables satisfacción / insatisfacción y alteración de la imagen corporal, siempre y cuando éste no sea dirigido de manera específica hacia esta área en forma de burlas y/u ofensas hacia el cuerpo del individuo maltratado y que, de esta manera, constituya un factor de riesgo para desarrollar algún trastorno de imagen corporal.
3. El maltrato podría llegar a influir en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria pero no lo determina, es decir, no es lo único que lo puede producir ya que influyen varias cuestiones, como: los medios de comunicación, la cultura y, sobre todo, la historia personal de cada individuo.
4. La mitad de la muestra presenta sobrepeso y poco más de un cuarto de la muestra obesidad, lo que confirma el problema de salud pública.
5. A pesar de la presencia de maltrato la mitad de la muestra considera que su relación es buena o muy buena.
6. En los grupos con presencia de maltrato psicológico, el porcentaje de unión libre es mayor que en los grupos sin maltrato.
7. A pesar de que la mayoría de las muestras presentan sobrepeso u obesidad se autoperciben con un peso normal o incluso abajo del peso normal, subestimando su peso real. Además se encontró que las mujeres de esta muestra, en su mayoría, están insatisfechas con su cuerpo y quisieran ser más delgadas.
8. Las mujeres que reciben maltrato por reconocimiento o verbal se encuentran más insatisfechas que las que no lo reciben.
9. En cuanto a los componentes de autoatribución, se concluye que en general, independientemente del factor de maltrato del que la muestra es víctima, se presentó un común denominador, en la mujer maltratada predominan los rasgos de mayor agresividad e inseguridad y menor habilidad social.

6.3. Sugerencias y Limitaciones

Se sugiere que para investigaciones posteriores se cuente con una muestra cuyos niveles de maltrato sean más contrastantes y se cuente con un instrumento de evaluación que permita diferenciar con mayor exactitud a las mujeres maltratadas de las no maltratadas.

Por otra parte, se propone que para futuras investigaciones las preguntas se encaminen a indagar hacia qué área específica se dirige el maltrato, porque el instrumento empleado en esta investigación permitió abordar diez aspectos diferentes que engloban el maltrato psicológico; sin embargo, ninguna de ellos iba directamente enfocado al maltrato psicológico orientando a la conducta alimentaria de la víctima. De igual manera, sería recomendable averiguar en una investigación de carácter más clínico hacia qué área se dirige predominantemente el maltrato y si este se dirige particularmente a la imagen corporal.

Otro aspecto importante, es la deseabilidad social observada en la muestra, ya que es difícil que las mujeres hablen con libertad del maltrato psicológico al que son sometidas dentro de su relación de pareja debido, quizás, al temor o a todos aquellos tabúes sociales que por décadas han prevalecido en las diferentes culturas y que promueven el silencio de la mujer ante esta situación, por lo que se sugiere dar especial importancia a elementos como rapport, empatía y confianza transmitida en el momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Se sugiere el diseño de programas de prevención de la violencia intrafamiliar a través de talleres dirigidos a mujeres y hombres, enfatizando los aspectos positivos del desarrollo personal del individuo como la autoestima, la asertividad, las habilidades sociales y la adecuada comunicación en pareja para que éstos funjan como factores de protección contra la violencia intrafamiliar y los aspectos relacionados con la autoatribución negativa y sus consecuencias.



REFERENCIAS

Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1994). *Anorexia y Bulimia. Desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza Editora.

Álvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Arellano, C. L. (2005). Insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes víctimas de maltrato infantil. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades mentales (DSM-IV-TR)*. España: Masson.

Barnes, J., Emberson, J. R. & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 187(3), 268–273.

Barragán, F., De la Cruz, J. M., Doblaz, J. J., Padrón, M. M., Navarro, A. y Álvarez, F. (2001). *Violencia de género y currículo. Un programa para la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos*. Málaga: Aljibe.

Beato F. L. y Rodríguez C. T. (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Psiquis*, 21(6), 317-325.

Becerril, G. I. (2002). ¿Qué hay detrás de la anorexia, bulimia y obesidad?. *Revista Fem*, 234(9), 30-31.

Berryman, J. C. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.

Berumen, P. (2003). *Violencia intrafamiliar: un drama cotidiano*. México: Aldía Autoayuda.

Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles*. Madrid: Cátedra.

Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima*. México: Paidós.

Branden, N. (2001). *La Psicología de la autoestima*. México: Paidós.

Bruch, H. (1980). *Eating disorders*. USA: Basic Books.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Bueno, O. R. (1996). Género, violencia y violación. Mujer y violencia en México. *Psicología Iberoamericana*, 4(3), 37-41.

Burín, M. (1987). *Estudio sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. México: Grupo Editores Latinoamericano.

- Byrne, B. (1998). *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Campbell, S. M. (1991). *La intimidad de la pareja. Idilio, lucha por el poder, estabilidad, compromiso y creación conjunta*. México: Deusto.
- Caratozzolo, D. (2002). *Parejas en crisis*. Rosario: Homo Sapiens.
- Casas, S. M. (1984). Perfil de autoconcepto de mujeres obesas: estudio exploratorio. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Cidhal Centro para Mujeres. (1998). *Violencia Doméstica*. México: PRODEC.
- Clemente, A. (1996). *Psicología del desarrollo adulto*. Madrid: Narcea.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2003). Comunicado de la CDHDF sobre el Día Internacional contra la violencia hacia las mujeres. *Revista DFensor*, 12(12), 8-24.
- Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (2005, abril). Discriminación a la Mujer. **Recuperado el 19 Febrero 2006, de <http://www.CONAPRED.org.mx>**
- Correa, G. V. (2002). Autoatribución asociada con obesidad, sobrepeso y peso normal en una muestra de estudiantes preadolescentes de sexo masculino. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Corsi, J. (1992). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En A. M. Fernández. (Comp). *Las mujeres en la imaginación colectiva* (pp. 84-102). Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México: Paidós.
- Craig, G. J. (1998). *Desarrollo psicológico*. (6ª Ed). México: Prentice Hall.
- Craig, G. J. (2001). *El desarrollo psicológico*. (8ª Ed). México: Pearson Educación.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Cruz, R. J. (1997). *Autoestima y gestión de la calidad*. México: Ibeoroamérica.
- Cruz, S. S. y Maganto M. C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Revista Psiquis*, 23(1), 65-72.
- Delgadillo, G. L. y Gurrola, P. G. (2000). *Entre la violencia y el amor. Reflexiones desde la Psicología*. México: Universidad del Estado de México.

- Díaz-Loving, R. (1996). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. *Revista de Psicología Contemporánea*, 5(2), 19-24.
- Díaz-Loving, R. (1999). Una teoría Bio-Psico-Socio-Cultural de la relación de pareja. En R. Díaz-Loving. (Comp). *Antología psicosocial de la pareja*. (pp. 13-33). México: Porrúa.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, A. R. (1999). Evaluación del ciclo de Acercamiento-Alejamiento. En R. Díaz-Loving. (Comp). *Antología psicosocial de la pareja*. (pp. 37-87). México: Porrúa.
- Driscoll, M. P. (1994). *Psychology of learning for instruction*. Mobile: Needham Heights.
- Duker, M. y Slade, R. (1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. México: Limusa.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: a model of assessment and intervention*. Nueva York: Springer.
- Érikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Érikson, E. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Érikson, E. H. (1978). *La Adulthood*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Farreras, R. C. (2000). *Medicina Interna*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Faubel, M. (1989). Body image and depression in women with early and late onset obesity. *The Journal of Psychology*, 123(4), 385-395.
- Fernández, N. (2006). El Adulto. **Recuperado el 3 de marzo de 2006 de <http://www.cfp.upv.es/recla/Vilencuentro/CursoUNAM/adulthood.htm>**.
- Fischman, Y. (2000). *Mujer, sexualidad y trauma*. Buenos Aires: Lugar.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B., House, E. S. & Polck, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5(2), 107-120.
- Folsom, V., Krahn, D. D., Nairn, K., Gold, L., Demitrack, D. & Silk, K. (1993). The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: A comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 249-257.
- Galindo, R. M. (1993). Autoconcepto en el trastorno de bulimia. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.

García, C. E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Barcelona: Masson.

García, M. C. (2005). La violencia contra la mujer: un problema de equidad de género. **Recuperado el 8 de diciembre de 2005 de http://www.forumcivil.org.br/htmlGarcía_Moreno.pdf**.

Gelles, R. J. (1982). *Domestic criminal violence*. California: Sage Publication.

Gómez, S. P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Valencia: Tilde.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. *Revista de Investigación Psicológica*, 3(1), 95 -112.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1),17-27.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 185-197.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.

Gómez, Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 1(16) 153-166.

Gómez-Peresmitré, G. (2001, septiembre). Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Ponencia de los 450 años de la Universidad. México.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M., T. y Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la Psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja y G. Gómez Peresmitré. (Comp). *La Psicología social: Investigación y aplicaciones en México* (pp.267-315). México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez-Peresmitré, G., García, C., Acosta, M.V., Pineda, G., Llopis, J., García, J. y Archilla, I. (2002). Percepción de la relación materna y autoatribución como factores de riesgo en trastornos alimentarios, un estudio transcultural México / España. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, (V. Especial) 232-237.

Gómez-Peresmitré, G. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitré. (Comps). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123 – 171). México: Manual Moderno.

González, L., Lizano, M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* (16)1, 117-126.

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia Nerviosa y Bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.

Guzmán, U. L. (2002). Factores de riesgo asociados con la imagen corporal: autoestima y autoatribución en preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. México: Paidós.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. (6ª Ed). Madrid: McGraw-Hill.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. (6ª Ed). Madrid: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. (1995). *Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la ciudad de México (ENURBAL)*. México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Subdirección General de Nutrición de Comunidad.

Jiménez, M. (2003). *Violencia Familiar en el Distrito Federal*. México: Universidad de la Ciudad de México y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.

Jiménez, Y. V. y Oviedo, M. V. (2003). Relación entre satisfacción con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres preadolescentes. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Johnston, T. Y. (1998). Autoatribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Kaner, A., Bulik, C. M. & Sullivan, P. F. (1993). Abuse in adult relationships of bulimic women. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(1), 52-63.

Kentesz, R. e Induni, G. (1977). *Manual de análisis Transaccional*. Argentina: Canantal.

Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lefrancois, G. R. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thompson.

Leme, H. B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México: Manual Moderno.

Lorente, A. M. (1999). Síndrome de agresión a la mujer: síndrome de maltrato a la mujer. En *Tratamiento Penal de la Violencia doméstica contra la mujer. V Seminario de estudios jurídicos y criminológicos* (pp. 58-70). Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz y Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera.

Mancilla, D. J. M., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G. L., López, A. X. y Román, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología* (16)1, 37-46.

May, R. (1990). *Amor y voluntad*. México: Gedisa.

Medina, J. J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tiran lo Blanch.

Moraleda, M. (1995). *Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud*. Barcelona: Boixareu universitaria.

Mruk, C. (1998). *Autoestima: investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Murillo, G. M. (2006). *El sexo en la edad adulta, ¿Cómo va cambiando?. I parte De 31 a 43 años. Recuperado el 3 de marzo de 2006 de <http://www.sexoamoryvida.com/articulos/art4.doc>*

Myers, D. G. (2001). *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.

Olamendi, P. (2001). *El cuerpo del delito: los derechos humanos en la justicia penal*. México: UNIFEM-PGR- Comisión Nacional de la Mujer.

Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (2001). *Fundamentos de Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.

Pendzik, S. (1992). *Violencia doméstica: un fantasma visible*. México: Colectivo Feminista de Xalapa.

Poblano, A. C. y Trigueros, V. P. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la alimentación en muestra de población adolescente masculina. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Pons, S. (1997). La Familia. **Recuperado el 10 de diciembre de 2005 de <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct108.htm>**.

Rage, E. A. (1996). *La pareja*. México: Plaza y Valdés.

- Rage, E. A. (1999). *La pareja. Elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdez.
- Raich, R. (1998). *Anorexia y Bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Ramírez, S. (1981). *Infancia es destino*. México: Siglo veintiuno.
- Ramsay, J., Feder, G., Rivas, C., Carter, Y. H., Davidson, L. L., Hegarty, K., Taft, A. & Warburton, A. (2006). *Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse*. London: The Cochrane Library.
- Rappaport, L. (1978). *La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad*. México: Psicología Evolutiva.
- Renfrew, J. W. (2001). *La agresión y sus causas*. México: Trillas.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Rickert, V. I., Wiemann, C. M., Harrykisson, S. D., Berenson, A. B. & Kolb, E. (2002). The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(4), 1002-1007.
- Riegel, K. F. (1981). *Psicología Mon Amour*. México: Interamericana
- Rodríguez, A., Assmar, E. y Jablonski, B. (2002). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. L. (1992). *La creatividad en la pareja*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. L. (2003). *Victimología. Estudio de la víctima*. México: Porrúa.
- Rojas, K. (1999). Elaboración de un instrumento para la medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rojo, M. L. (2003). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Roma, F. M., Montesinos, S. N., Ballester, A. R., Sevilla, M. J., Romero, L. M., Catalá, P.M. y García, M. T. (2001). *Derecho de las mujeres a su imagen corporal. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*. Murcia: Universidad de Alicante.
- Root, M. P. & Fallon, P. (1998). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(2), 161-173.
- Salazar, H. (2005, 25 de noviembre). Mexicanos golpean a 9% de sus parejas. *Diario Milenio*, pp. 44-45.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud serie SALUD 2000.

Saldaña, G. C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Sánchez, A. R. (1995). El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Sánchez, A. (2001). Trastornos de la alimentación ¿una verdadera epidemia?. **Recuperado el 10 de diciembre de 2004, de http://www.mifarmacia.es/Producto/contenido/articulos_trastornos_alimentacion.**

Schaie, K. W. y Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Prentice Hall.

Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social y Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar. (2001). *Modelo de Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAVIF)*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social y Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar.

Servín, R. M. (2005). Trastornos de la alimentación. *Revista Acontecer Académico*, 6(1), 19-21.

Sherman, T. R. y Thompson, A. R. (1999). *Bulimia*. México: Trillas.

Stassen, B. K. y Thompson, R. A. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Panamericana.

Tinahones, M. F. (2003). *Anorexia y Bulimia. Una experiencia clínica*. Madrid: Díaz de Santos.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

Torres, F. M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.

Torresano, G. G. (1999). Tipología de los malos tratos. En *Tratamiento Penal de la Violencia doméstica contra la mujer. V Seminario de estudios jurídicos y criminológicos*. Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz y Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera.

Traverso, M. (2000). *Violencia en la pareja. La cara oculta de la relación*. New York: BID.

Unikel, S. C. y Gómez Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7(3), 417-129.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.

Velásquez, S. (2004). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.

Webb, G. P. (1999). *Nutrición. Una alternativa para promover la salud*. Zaragoza: Acribia.

Willi, J. (1978). *La pareja humana: relación y conflicto*. Madrid: Morata.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. y Olson, J. (2002). *Psicología Social*. México: International Thompson.

Páginas WEB:

Anorexia y Bulimia son de las enfermedades mentales más mortales. (2003, Octubre). **Recuperado el 10 de diciembre de 2004, de <http://medicinanews.terra.com.mx>, 2003.**

Eating Disorders. (2002). **Recuperado el 5 de enero de 2005, de <http://www.NationalEatingDisorders.org>**

El maltrato psicológico hacia las mujeres. (2004, 22 de febrero). **Recuperado el 3 de abril de 2005, de <http://consumer.es.mx>**

La obesidad y los trastornos de la alimentación. (2002). **Recuperado el 17 de diciembre de 2004, de <http://www.obesidad.net/spanish>**

La obesidad, enfermedad del siglo. (2002, 15 de abril). **Recuperado el 17 de diciembre de 2004, de <http://www.fonendo.com>**

Trastornos alimentarios. (2004, 5 de octubre). **Recuperado el 10 de diciembre de 2004, de http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo**



ANEXOS

ENCUESTA DE DATOS PERSONALES

Lea con atención el siguiente cuestionario en cual se presentan una serie de preguntas las cuales se le pide respuesta de la manera mas sincera posible. La información que usted proporcione es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**. Esperamos contar con su participación, si tiene alguna duda pregunte al examinador.

DATOS GENERALES:

Edad de usted: _____ Edad de su pareja: _____

Escolaridad (hasta el último grado cursado): _____

De Usted

De su pareja

A continuación marque con una X su respuesta o responda en el renglón según corresponda:

1. Estado Civil: Casada() Unión Libre() Separada() Divorciada() Soltera() Viuda ()

2. Ocupación: Hogar() Ejerce una profesión() Comercio() taxista() obrera()
empleada() desempleada() militar() Otro (especifique): _____

3. Vive en: Casa Propia () Casa Rentada () Con algún Familiar ()
En casa de algún amigo () Otro (especifique): _____

4. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa? _____ Tipo de construcción de la casa: _____

5. ¿Con que servicios cuenta? Agua () Luz () Drenaje ()

6. En su casa cuentan con: () televisión por cable () Calentador de Gas

7. Los ingresos familiares mensuales corresponden a:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| () \$2000 o menos | () de \$8001 a \$10000 |
| () de \$2001 a \$4000 | () de \$10001 a \$12000 |
| () de \$4001 a \$6000 | () de \$12001 a \$14000 |
| () de \$6001 a \$8000 | () \$14001 o más |

8. ¿Quién es el principal sostén económico de su familia? _____

AREA LABORAL:

9. ¿Usted trabaja actualmente?: No () Sí, medio tiempo () Si, tiempo completo ()
Si, mas de tiempo completo ()

10. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año?: _____

11. ¿Cuál es su ocupación actual? _____

12. Si está desempleada ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?: _____

13. ¿Cuál es la ocupación de su pareja?: Hogar() Ejerce una profesión() Comercio()
taxista() obrera() empleada() desempleada() militar() Otro (especifique): _____

AREA FAMILIAR:

14. ¿Cuántas veces se ha casado? _____
15. ¿Actualmente vive con su pareja?: Si () No ()
En caso negativo ¿porqué no vive con su pareja? _____
16. ¿Cuántos años tiene viviendo con su pareja? _____
17. ¿Tiene hijos? Si () No ()
18. ¿Cuántos hijos tiene? _____ Edades de sus hijos _____

19. ¿Cómo es la relación con su pareja?: Muy Buena () Buena () Regular () Mala ()
20. ¿Cuáles son los principales problemas dentro de su familia?: _____

21. ¿Qué es lo que más le agrada de su familia? _____

22. ¿Qué es lo que más le desagrada de su familia? _____

23. ¿En su familia hay algún miembro que consuma alcohol?: SI () No ()
¿Quién?: Cónyuge () Yo misma () Hijos () Otro familiar ()
24. ¿En su familia hay algún miembro que fume?: SI () No ()
¿Quién?: Cónyuge () Yo misma () Hijos () Otro familiar ()
25. ¿Algún miembro de su familia ha tenido o tiene problemas de obesidad? Si () No ()

ALIMENTACIÓN:

26. ¿Cuanto pesa usted?: _____ kgs. Si no lo sabe ¿cuánto cree que pesa?: _____ kgs.
27. ¿Cuanto mide usted?: _____ m. Si no lo sabe ¿cuánto cree que mide?: _____ m.
28. ¿Cuando fue la ultima vez que se pesó?: Un mes o menos() Más o menos 6 meses()
Un año o más() Nunca() No me acuerdo()
29. ¿Que tan satisfecha se siente con su forma de comer? Mucho () Regular () Poco ()
30. ¿Tiene buen apetito en la actualidad? Si () No ()
31. ¿Qué tan satisfecha se siente usted con su apariencia física?
Mucho () Más o menos () Poco () Nada ()
32. ¿Le preocupa su apariencia física? Si () No ()
33. ¿Ha intentado bajar de peso en los últimos seis meses? Si () No ()
Si su respuesta es SI, ¿qué método(s) ha empleado para bajar de peso?
- () Dietas () Ayunos
() Comiendo mucha fibra () Saltarse comidas
() Ejercicio físico () Uso de medicamentos para bajar de peso
() Vómito autoinducido (provocado) () Uso de laxantes
() Uso de diuréticos Otros (especificar): _____

34. En el último año: () subió de peso () bajó de peso () subió y bajó de peso () no hubo cambios en su peso corporal

35. ¿Tiene o ha tenido en los últimos 6 meses problemas con su forma de comer? Si () No ()

De ser afirmativa su respuesta el problema consiste en que:

- () Come muy poco, menos que la mayoría de las personas de su misma edad
- () Come tan poco que a veces se siente cansada y débil
- () Come tanto que le duele el estómago
- () Come y sigue comiendo hasta que siente náuseas
- () Come y sigue comiendo hasta que vomita

36. ¿Su pareja se burla o se ha burlado de su peso? Si () No ()

37. ¿Su pareja se burla de la cantidad de comida que usted consume? Si () No ()

38. ¿Su pareja la hace o ha hecho sentir mal por su apariencia física? Si () No ()

39. ¿Su pareja se burla de su apariencia física? Si () No ()

40. ¿Su pareja la llama por algún sobrenombre? Si () No ()

41. ¿Su pareja le ha pedido que baje de peso? Si () No ()

42. ¿Cree que a su pareja le agrada la apariencia física de usted? Si () No ()

¿Por qué?: _____

FECHA

EMP – 01

Como todos sabemos, los problemas de pareja son frecuentes en nuestra sociedad mexicana. Se sabe que el primer paso para su solución es reconocer que el problema existe. El siguiente cuestionario pretende obtener información sobre la manera como la mujer está viviendo en su relación de pareja, por lo que le pedimos responda de manera sincera y verídica. Así mismo le garantizamos **absoluta discreción** en la información que nos proporcione.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las afirmaciones que se presentan a continuación y ponga una cruz (**X**) en el paréntesis según la opción que mejor refleje su caso particular.

Ejemplo:

Mi pareja permite que yo tenga amigas	Siempre ()	Casi siempre (X)	A veces ()	Nunca ()
---------------------------------------	----------------	------------------------------	----------------	--------------

En este caso su respuesta significará que **Casi siempre** su pareja le permite tener amigas.

CONTINÚE DE LA MISMA MANERA CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, CONTESTANDO EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE DENTRO DE SU **HOJA DE RESPUESTAS**.

SI TIENE ALGUNA DUDA PREGUNTE AL EXAMINADOR.

POR FAVOR NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN EN ESTE CUADERNILLO

EMP – 01

1.-	Sólo con los extraños es amable, cortés y cálido
2.-	Mi pareja se queja de que no me alcanza el dinero que me da
3.-	Él hace bromas que me hacen sentir mal
4.-	Él es egoísta
5.-	Mi pareja me permite tener amistades
6.-	Él me critica negativamente
7.-	Él hace cosas que me hacen sentir mal
8.-	Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta
9.-	Cuando a él le sucede algo desagradable dice que es mi culpa
10.-	Mi pareja cumple con sus obligaciones económicas
11.-	Se compara y compite conmigo de manera que me hace sentir mal
12.-	Mi pareja me hace escándalos en lugares públicos
13.-	Él me ridiculiza ante los demás
14.-	Él me culpa de los problemas de nuestros hijos
15.-	Haga lo que haga, aunque sea muy bueno o grandioso es poco para él.
16.-	A mi pareja le agrada que mi familia nos visite
17.-	Utiliza a nuestros hijos para lograr sus propósitos
18.-	Mi pareja me permite cumplir con mis compromisos
19.-	Le disgusta acompañarme a cuestiones que competen a ambos
20.-	Demuestra su interés por otra(s) mujer(es)
21.-	Él es impredecible no se sabe como reaccionara
22.-	Mi pareja reconoce mis éxitos académicos
23.-	Él me pide hacer cosas que me incomodan
24.-	Cuando necesito a mi pareja, él está presente
25.-	Mi pareja me insulta
26.-	Él es cariñoso conmigo
27.-	Mi pareja obstaculiza el que yo participe en actividades recreativas
28.-	Él dice que yo lo engaño con otro (s)
29.-	Mi pareja me ignora
30.-	Él me hace sentir que soy menos que él
31.-	Él me chantajea con su dinero
32.-	Mi pareja me desanima a asistir a alguna cita
33.-	Él dedica demasiado tiempo a sus cosas personales
34.-	Él me ridiculiza cuando estamos solos
35.-	Mi pareja reconoce mis éxitos laborales
36.-	Él me dice tonta o estúpida
37.-	Él dice que otros me mal aconsejan
38.-	Él utiliza su dinero para tener control sobre mí
39.-	Él habla mal de mi madre
40.-	Él reconoce mis atenciones hacia él
41.-	A mi pareja le soy indiferente
42.-	A él le gusta divertirse en familia
43.-	Él se muestra frío conmigo
44.-	Mi pareja comparte las tareas del hogar

45.-	Él se burla de mí
46.-	Él me hace sentir abandonada
47.-	Halaga mi forma de hacer el quehacer del hogar
48.-	Recibo calumnias de mi pareja
49.-	Él me culpa del mal funcionamiento del hogar
50.-	Él me hace sentir poca cosa
51.-	Mi pareja reconoce que soy una madre responsable
52.-	Él habla mal de mis hermanos y otros familiares
53.-	Él es inestable emocionalmente (cambia de repente)
54.-	Mi pareja me humilla enfrente de otros
55.-	Él me hace sentir sin valor
56.-	Lo siento cercano a mí
57.-	Mi pareja es consciente al tener relaciones sexuales
58.-	Él reconoce mis logros
59.-	Mi vida esta manipulada por sus deseos
60.-	Soy físicamente atractiva para mi pareja
61.-	Él acostumbra mentirme
62.-	Mi pareja dice que soy culpable de lo que les suceda a nuestros hijos
63.-	Sólo quiere que este encerrada en la casa
64.-	Él me deja visitar a otros familiares
65.-	Sus celos me impiden ir a donde yo quiero
66.-	Mi pareja me grita sin motivo
67.-	Él reconoce mis lados positivos
68.-	Él me desprecia
69.-	Él degrada o devalúa todo lo que digo
70.-	Él prefiere que no salga de casa
71.-	Él me hace sentir culpable
72.-	Contradice lo que digo o hago sólo para molestarme
73.-	Él dice cosas para fastidiarme
74.-	Él toma en cuenta mis necesidades sexuales
75.-	Mi pareja me avergüenza en público
76.-	Él degrada o devalúa todo lo que hago
77.-	Él se preocupa por mi persona
78.-	Él me deja visitar a mis amigas (os)
79.-	Él me hace sentir como su "objeto"
80.-	Él me deja divertirme
81.-	Mi pareja es sarcástico al dirigirse a mí
82.-	Él parece ausente, solo piensa en lo suyo
83.-	Él me rechaza
84.-	Él dice que administro bien el dinero
85.-	Si ocurre algún suceso desagradable él me hace sentir culpable
86.-	Él hace que me sienta como si yo fuera una mala persona
87.-	Él comparte diversiones o pasatiempos conmigo
88.-	Cuando no tenemos dinero él me tranquiliza
89.-	Él se enoja si converso con alguien que a él le disgusta
90.-	Él dice maldiciones contra mí

91.-	A él le gusta divertirse con mi familia
92.-	Él hace que me sienta como si yo fuera lo peor
93.-	Él comparte sus decisiones conmigo
94.-	Mi pareja se enoja si cumplo con mis compromisos
95.-	Desprecia mi arreglo personal
96.-	Él comparte con alegría mis premios
97.-	Él me hace sentir deseada
98.-	Él me hace llorar con sus palabras
99.-	Él es sexualmente complaciente conmigo
100.-	Él desea que yo tenga oportunidades de contacto social
101.-	Mi pareja administra sus bienes sin tomarme en cuenta
102.-	Él solo hace críticas negativas sobre mi persona
103.-	Él me comparte sus experiencias diarias
104.-	Recibo amenazas de su parte
105.-	Mi pareja comprende mis sentimientos
106.-	Le importa lo que me suceda
107.-	Le molesta que yo gaste mi propio dinero
108.-	Mi pareja me dice que le gusta(n) otra(s) mujer(es)
109.-	Soy sexualmente atractiva para mi pareja
110.-	Él respeta mi cuerpo

iiii MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN !!!

EMP- 01. HOJA DE RESPUESTAS

	<i>Siempre</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>
1.	()	()	()	()
2.	()	()	()	()
3.	()	()	()	()
4.	()	()	()	()
5.	()	()	()	()
6.	()	()	()	()
7.	()	()	()	()
8.	()	()	()	()
9.	()	()	()	()
10.	()	()	()	()
11.	()	()	()	()
12.	()	()	()	()
13.	()	()	()	()
14.	()	()	()	()
15.	()	()	()	()
16.	()	()	()	()
17.	()	()	()	()
18.	()	()	()	()
19.	()	()	()	()
20.	()	()	()	()
21.	()	()	()	()
22.	()	()	()	()
23.	()	()	()	()
24.	()	()	()	()
25.	()	()	()	()
26.	()	()	()	()
27.	()	()	()	()
28.	()	()	()	()
29.	()	()	()	()
30.	()	()	()	()
31.	()	()	()	()
32.	()	()	()	()
33.	()	()	()	()
34.	()	()	()	()
35.	()	()	()	()
36.	()	()	()	()
37.	()	()	()	()
38.	()	()	()	()
39.	()	()	()	()
40.	()	()	()	()
41.	()	()	()	()
42.	()	()	()	()
43.	()	()	()	()
44.	()	()	()	()
45.	()	()	()	()
46.	()	()	()	()
47.	()	()	()	()
48.	()	()	()	()
49.	()	()	()	()
50.	()	()	()	()
51.	()	()	()	()
52.	()	()	()	()
53.	()	()	()	()
54.	()	()	()	()
55.	()	()	()	()

	<i>Siempre</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Nunca</i>
56.	()	()	()	()
57.	()	()	()	()
58.	()	()	()	()
59.	()	()	()	()
60.	()	()	()	()
61.	()	()	()	()
62.	()	()	()	()
63.	()	()	()	()
64.	()	()	()	()
65.	()	()	()	()
66.	()	()	()	()
67.	()	()	()	()
68.	()	()	()	()
69.	()	()	()	()
70.	()	()	()	()
71.	()	()	()	()
72.	()	()	()	()
73.	()	()	()	()
74.	()	()	()	()
75.	()	()	()	()
76.	()	()	()	()
77.	()	()	()	()
78.	()	()	()	()
79.	()	()	()	()
80.	()	()	()	()
81.	()	()	()	()
82.	()	()	()	()
83.	()	()	()	()
84.	()	()	()	()
85.	()	()	()	()
86.	()	()	()	()
87.	()	()	()	()
88.	()	()	()	()
89.	()	()	()	()
90.	()	()	()	()
91.	()	()	()	()
92.	()	()	()	()
93.	()	()	()	()
94.	()	()	()	()
95.	()	()	()	()
96.	()	()	()	()
97.	()	()	()	()
98.	()	()	()	()
99.	()	()	()	()
100.	()	()	()	()
101.	()	()	()	()
102.	()	()	()	()
103.	()	()	()	()
104.	()	()	()	()
105.	()	()	()	()
106.	()	()	()	()
107.	()	()	()	()
108.	()	()	()	()
109.	()	()	()	()
110.	()	()	()	()

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD FORMA XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

SECCION B

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde sí en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave

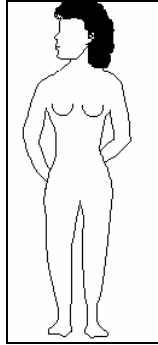
A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

En los últimos quince días :

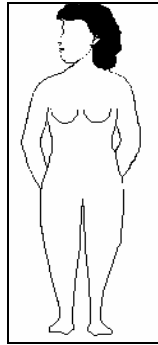
	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

- | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| 12.Sufriste de dolor de cabeza | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13.Tuviste dificultad para iniciar el sueño. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14.Sentiste temor a subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15.Tuviste problemas con tu respiración. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16.Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17.Te sentiste sin hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18.Te sentiste preocupada por tu salud. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19.Te sentiste triste, deprimida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20.Te sentiste preocupada por tu peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21.Te sentiste tensa con molestias de cuello y/o espalda. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22.Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23.Te provocaste vómito porque comías de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24.Sentiste que sudabas en exceso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

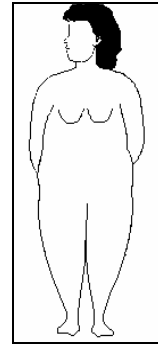
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



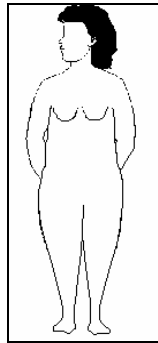
(A)



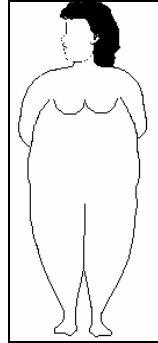
(B)



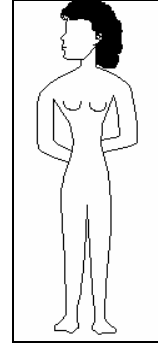
(C)



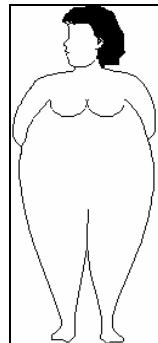
(D)



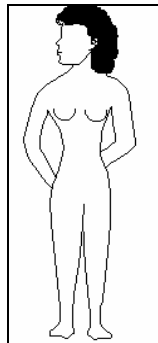
(E)



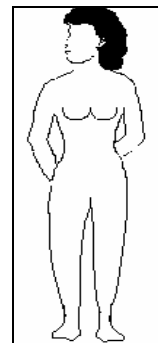
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCION D

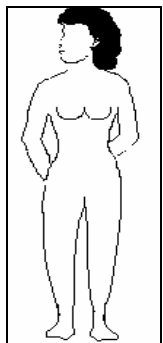
En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A = No me describe nada**
B = Me describe un poco
C = Me describe regular
D = Me describe bien
E = Me describe exactamente

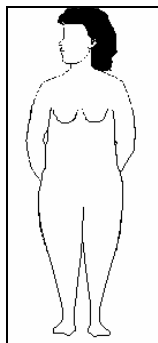
Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansiosa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Atractiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Insegura	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Inteligente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Fuerte	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Exitosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Sociable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pesimista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Responsable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.Independiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.Torpe	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.Productiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.Dominante	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.Estudiosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.Pasiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.Comprendiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.Eficiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.Falsa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.Fracasada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.Rígida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21.Sana	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22.Trabajadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.Incompetente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24.Inestable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25.Desconfiada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26.Triunfadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27.Agil	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28.Triste	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29.Solidaria	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30.Controlada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31.Optimista.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32.Agradable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33.Agresiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

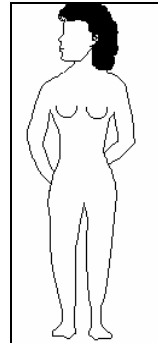
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



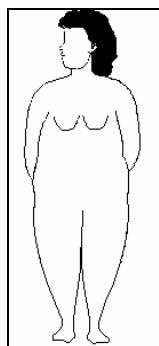
(A)



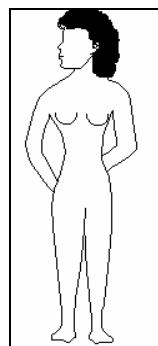
(B)



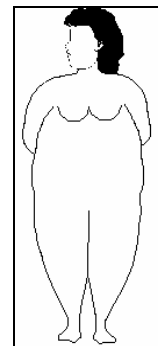
(C)



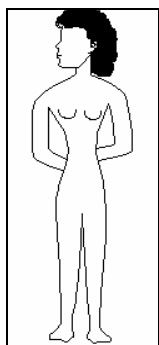
(D)



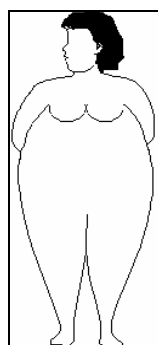
(E)



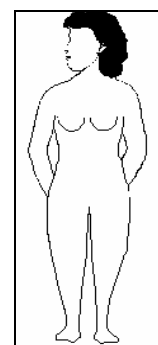
(F)



(G)



(H)



(I)

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

2. Llegar a estar gorda:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

3. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____Años

HOJA DE RESPUESTA (XX) ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

EDAD: _____ A _____ M TALLA _____ m. PESO _____ Kg.

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

B					
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E
16.	A	B	C	D	E
17.	A	B	C	D	E
18.	A	B	C	D	E
19.	A	B	C	D	E
20.	A	B	C	D	E
21.	A	B	C	D	E
22.	A	B	C	D	E
23.	A	B	C	D	E
24.	A	B	C	D	E

C									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	

D					
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E

8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E
16.	A	B	C	D	E
17.	A	B	C	D	E
18.	A	B	C	D	E
19.	A	B	C	D	E
20.	A	B	C	D	E
21.	A	B	C	D	E
22.	A	B	C	D	E
23.	A	B	C	D	E
24.	A	B	C	D	E
25.	A	B	C	D	E
26.	A	B	C	D	E
27.	A	B	C	D	E
28.	A	B	C	D	E
29.	A	B	C	D	E
30.	A	B	C	D	E
31.	A	B	C	D	E
32.	A	B	C	D	E
33.	A	B	C	D	E

G									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	

K					
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	Años.				

HOJA DE CODIFICACIÓN (EMP-01)

Número	Escolaridad	Estado civil	Número de hijos
Edad	Ocupación	Años de vivir en pareja	Edades de sus hijos

Factor Autoestima

Reactivos	3	7	11	12	13	23	30	34	45	50	54	55	59	68	69	72	75	76	79	83	86	92	95	total	R	x	
Puntaje crudo																										/23	

Factor Abandono

Reactivos	19	24	29	41	42	43	46	56	77	87	91	93	103	106	TOTAL	R	X
Puntaje crudo																/14	
Puntaje recode																	

Factor Verbal

Reactivos	6	25	36	48	52	37	39	61	66	73	81	90	98	102	104	TOTAL	R	X
Puntaje crudo																	/15	

Factor Aislamiento

Reactivos	5	16	18	27	32	63	64	70	78	80	89	94	100	TOTAL	R	X
Puntaje crudo															/13	
Puntaje recode																

Factor Economía

Reactivos	2	8	10	31	38	84	88	101	107	TOTAL	R	X
Puntaje crudo											/9	
Puntaje recode												

Factor Reconocimiento

Reactivos	15	22	35	40	47	51	58	67	96	105	TOTAL	R	X
Puntaje crudo												/10	
Puntaje recode													

Factor Sexual

Reactivos	26	57	60	74	97	99	109	110	TOTAL	R	X
Puntaje crudo										/8	
Puntaje recode											

Factor Perfil del agresor

Reactivos	1	4	17	21	33	44	53	82	TOTAL	R	X
Puntaje crudo										/8	

Factor Culpa

Reactivos	9	14	49	62	71	85	TOTAL	R	X
Puntaje crudo								/6	

Factor Celos-infidelidad

Reactivos	20	28	65	108	TOTAL	R	X
Puntaje crudo						/4	

Clave de recodificación	
PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE RECODE
4	1
3	2
2	3
1	4

Codificación de los puntajes para el perfil de maltrato psicológico		
Factor	Puntaje total	X
Autoestima		
Verbal		
Aislamiento		
Abandono		
Reconocimiento		
culpa		
Economía		
Celos-infidelidad		
Sexual		
Perfil del agresor		

PERFIL DE MALTRATO PSICOLOGICO

FACTORES	PERCENTILES									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
AUTOESTIMA										
VERBAL										
AISLAMIENTO										
ABANDONO										
RECONOMIENTO										
CULPA										
ECONOMIA										
CELOS- INFIDELIDAD										
SEXUAL										
PERFIL DEL AGRESOR										
	Maltrato Bajo			Maltrato Medio			Maltrato Alto			

**NORMAS DE CALIFICACIÓN EN PERCENTILES BASADAS EN LOS PUNTAJES
TOTALES DE CADA FACTOR**

FACTORES	PERCENTILES									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
AUTOESTIMA	24	25-27	28-32	33-41	42-49	50-58	59-66	67-79	80-95	96
VERBAL	15-16	17-18	19-24	25-29	30-34	35-40	41-46	47-53	54-59	60
AISLAMIENTO	13-16	17-20	21-24	25-29	30-33	34-37	38-42	43-46	47-51	52
ABANDONO	15-17	18-22	23-27	29-33	34-36	37-38	39-42	43-46	47-59	60
RECONOCIMIENTO	10	14-18	19-24	25-28	29-30	31-33	34-35	36-37	38-39	40
CULPA	6	7	8-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22	23	24
ECONOMÍA	9	10-11	12-13	14-17	18-20	21-23	24-26	27-30	31-35	36
CELOS-INFIDELIDAD	4	4	5	5	6-7	8-9	10	11-12	13-15	16
SEXUAL	8-9	10-12	13-25	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-31	32
PERFIL DEL AGRESOR	8-11	12-13	14-15	16-17	18-21	22-23	24-25	26-27	28-31	32

NORMAS DE CALIFICACIÓN BASADAS EN EL PROMEDIO DE LOS PUNTAJES DE CADA FACTOR

FACTORES	PERCENTILES									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
AUTOESTIMA	1.000- 1.041	1.042- 1.166	1.167- 1.374	1.375- 1.749	1.75- 2.082	2.083- 2.455	2.458- 2.781	2.792- 3.349	3.950- 3.999	4
VERBAL	1.000- 1.332	1.133- 1.266	1.267- 1.666	1.667- 1.999	2.000- 2.332	2.333- 2.732	2.733- 3.132	3.133- 3.599	3.600- 3.999	4
AISLAMIENTO	1.000- 1.307	1.308- 1.614	1.615- 1.922	1.923- 2.307	2.308- 2.614	2.615- 2.822	2.823- 3.307	3.308- 3.614	3.819- 3.999	4
ABANDONO	1.000- 1.374	1.375- 1.718	1.719- 2.187	2.188- 2.624	2.625- 2.812	2.813- 1.999	3.000- 3.312	3.313- 3.624	3.625- 3.999	4
RECONOMIENTO	1.000- 1.419	1.420- 1.899	1.900- 2.499	2.500- 2.799	2.900- 3	3.100- 3.399	3.400- 3.599	3.600- 3.799	3.800- 3.999	4
CULPA	1.000	1.000- 1.249	1.250- 1.499	1.500- 1.874	1.875- 2.374	2.375- 2.749	2.750- 3.249	3.250- 3.687	3.688- 3.999	4
ECONOMIA	1.000 -1.272	1.273- 1.363	1.364- 1.635	1.636- 1.999	2- 2.363	2.364- 2.726	2.727- 2.999	3.000- 3.363	3.364- 3.999	4
CELOS- INFIDELIDAD	1.000	1.000- 1.249	1.250	1.250- 1.499	1.500- 1.999	2.000- 2.499	2.500- 2.749	2.750- 3.249	3.250- 3.990	4
SEXUAL	1.000- 1.249	1.250- 1.624	1.625- 1.999	2.000- 2.499	2.500- 2.749	2.750- 2.999	3.000- 2.249	3.250- 3.649	3.650- 3.999	4
PERFIL DEL AGRESOR	1.000- 1.599	1.600- 1.799	1.800- 2.099	2.100- 2.399	2.400- 2.759	2.760- 2.999	3.000- 3.299	3.300- 3.499	3.500- 3.999	4

