

En esta obra se abordan varias perspectivas y conceptos básicos en psicología, lo cual permitirá al lector adquirir conocimientos teórico-prácticos para el ejercicio profesional a partir de investigaciones actuales sobre problemáticas psicosociales, como los trastornos alimenticios, la violencia en el noviazgo, obesidad, suicidio en adolescentes y actitudes ante el proceso terapéutico, abordando sobre todo el quehacer del psicólogo de una manera ética.

Estas aportaciones a la psicología son de suma importancia en la formación y práctica del profesional de la salud mental, para lograr un avance científico-social y descubrir nuevas posibilidades para comprender los comportamientos humanos y procesos mentales.

Guadarrama, Márquez, López-Flores,
López, Serrano, Huitrón
(Compiladores)

Formación, investigación, práctica clínica y aportaciones teóricas de la psicología en México

Psicología: aspectos fundamentales de la formación y la profesión

Rosalinda Guadarrama Guadarrama
Octavio Márquez Mendoza
José de Jesús López-Flores
Marcela Veytia López
Javier M. Serrano García
G. Gerardo Huitrón Bravo
(Compiladores)



Psicología: aspectos fundamentales de la formación y la profesión

Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Octavio Márquez Mendoza

José de Jesús López-Flores

Marcela Veytia López

Javier M. Serrano García

G. Gerardo Huitrón Bravo

(compiladores)



Dr. en D. Jorge Olvera García
Rector
Dr. en E. Alfredo Barrera Baca
Secretario de Docencia
Dra. en E. L. Ángeles Ma. del Rosario
Pérez Bernal
*Secretaria de Investigación y Estudios
Avanzados*
M. en D. José Benjamín Bernal Suárez
Secretario de Rectoría
M. en E. P. y D. Ivett Tinoco García
Secretaria de Difusión Cultural
M. en C. I. Ricardo Joya Cepeda
Secretario de Extensión y Vinculación
M. en E. Javier González Martínez
Secretario de Administración
Dr. en C. P. Manuel Hernández Luna
*Secretario de Planeación y Desarrollo
Institucional*
M. en A. E. D. Yolanda E. Ballesteros
Senties
*Secretaria de Cooperación Interna-
cional*

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien
Abogado General
Lic. Juan Portilla Estrada
*Director General de Comunicación
Universitaria*
M. en A. Ignacio Gutiérrez Padilla
Contralor Universitario
Profr. Inocente Peñaloza García
Cronista
M. en ED. J. Amado López Arriaga
*Coordinador del Centro de Investiga-
ción en Ciencias Médicas*
M. en H. Blanca Aurora Mondragón
Espinoza
*Directora de Difusión y Promoción
de la Investigación y los Estudios
Avanzados*

Primera edición: 2013

© Universidad Autónoma del Estado de México

© Editorial Torres Asociados

Av. Instituto Literario núm. 100, Col. Centro, Toluca, Estado de México. C.P. 50000

Coras, manzana 110, lote 4, int. 3, Col. Ajusco
Delegación Coyoacán, 04300, México, D.F.
Tel/Fax 56107129 y tel. 56187198
editorialtorres@prodigy.net.mx

Esta publicación no puede reproducirse toda o en partes, para fines comerciales, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

ISBN 978-607-7945-48-2

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo I. Algunas actividades que el psicólogo no realiza (y debiera realizar)	11
Capítulo II. Retos para los psicólogos ante las nuevas demandas sociales	31
Capítulo III. La perfilación criminal de los delincuentes sexuales	41
Capítulo IV. ¿Conductas parasuicidas en adolescentes estudiantes? Detección y reflexiones metodológicas	79
Capítulo V. Violencia en el noviazgo: consecuencias e implicaciones	97
Capítulo VI. Panorama de la validación y construcción de instrumentos para la medición de los trastornos alimentarios en México	119
Capítulo VII. Importancia de los factores psicosociales en la obesidad	139
Capítulo VIII. Importancia de la atención e intervención psicológica en el servicio de urología	171

Capítulo IX. Análisis del adolescente en terapia de grupo	181
Capítulo X. La teoría de la paz o equilibrio	199

INTRODUCCIÓN

Este libro es una compilación de aportaciones que permiten observar el estado actual de la psicología en México, permitiendo vislumbrar los retos reales que no solamente tienen los alumnos que asumir en su formación profesional, sino todos aquellos que se encuentran laborando en esta basta disciplina. En este sentido, el mundo globalizado y el empleo exagerado de la tecnología se convierten en nuevas exigencias que propician a su vez nuevas formas, no sólo de atención, sino de estudio e investigación que le permitan la comprensión del comportamiento humano.

La Psicología mexicana en los últimos años ha dejado de ser dogmática para convertirse en una ciencia amplia y de visión, lo que le ha permitido incursionar en nuevos campos de conocimiento como el de la psicología de la salud o de la psicología criminal. Es decir ha dejado de ser una psicología de diagnóstico y clínica para convertirse en una ciencia que asume al individuo como un ser social, complejo o bien como algunos ya lo han señalado como un ente psicosociobiológico.

Lo anterior permite asumir cada uno de los campos de estudio de la psicología como aspectos que se interconectan y que no pueden ser separados de tajo. Derivado de ello se puede observar cómo los psicólogos mexicanos están dejando la perspectiva dualista para entrar a una perspectiva de individualidad donde la simplicidad para estudiar el comportamiento humano ya no cabe.

Por ello, los aportes de cada uno de los profesionales de este libro permiten vislumbrar a la psicología como una ciencia de acciones múltiples pero también con grandes retos ante las necesidades y las circunstancias actuales. Es a partir de ello que se decide dividir este escrito en cuatro puntos que para la psicología son indispensables: 1) Formación, 2) investigación, 3) práctica clínica y 4) aportaciones teóricas.

Para el punto de formación se contemplan dos capítulos que difícilmente se encontrarán en otros espacios por quienes fueron escritos y mucho menos los argumentos que en ellos se plasman. El primer capítulo titulado “Algunas actividades que el psicólogo no realiza (y debiera realizar)”, a cargo del doctor Rafael Bullé-Goyri Minter se abordan las actividades que los psicólogos en ocasiones dejan de realizar y que de alguna manera nunca deberían de perder de vista como parte de su quehacer cotidiano.

El segundo capítulo es obra de la doctora María Emily Ito, quien también desde la perspectiva de la formación reflexiona sobre los diversos retos que tienen los psicólogos a partir de las nuevas demandas sociales vinculadas a la globalización, el uso de la tecnología que es precisamente lo que implica cambios pero también asumir nuevas responsabilidades en la profesión.

Con respecto al campo de la investigación se tienen contempladas algunas aportaciones tanto a nivel empírico como a nivel teórico, permitiendo así vislumbrar nuevos tópicos de investigación como es el caso de la perfilación criminal de los delincuentes sexuales, donde el maestro Rodrigo Cano Guzmán se introduce en el mundo de la criminología, con el en-

foque de la psicología forense, enfatizando el trabajo multiprofesional y multidisciplinar que precisamente permite compartir los conocimientos de la formación profesional. Aspecto que, habría que señalar, es poco estudiado en México.

La contribución de los doctores González-For-teza, Mondragón, Jiménez, Ramos y Wagner permite observar una investigación de tipo cuantitativo que reporta las conductas para suicidas de los adolescentes específicamente de secundaria, ya que es un problema de salud pública, que debe ser atendido y que a su vez les permite realizar algunas reflexiones metodológicas en el estudio de este problema que cada día afecta a más jóvenes.

Con respecto a la “Violencia en el noviazgo” la doctora Saldívar hace una reflexión sobre las implicaciones que tiene este tipo de problemas en el sujeto y señala que si bien hay que prevenir, habrá que generar estrategias de prevención, ya que se ha observado que los adolescentes que acuden a programas que previenen la violencia disminuyen este tipo de comportamientos.

Con respecto a la validación y construcción de instrumentos de medición de trastornos de la conducta alimentaria Guadarrama, López-Flores, Márquez, López y Serrano realizan una exhaustiva revisión tanto a nivel internacional como nacional para reportar los avances que se han realizado en este tema, que han resultado tan polémicos dentro de la investigación. Se observa que si bien los instrumentos internacionales cuentan con propiedades psicométricas, los instrumentos elaborados por investigadores nacionales para la detección de TCA, también son válidos y confiables

lo que tendría que generar un mayor uso y reconocimiento de ellos.

Gómez Perezmitré y Guzmán enfocan su trabajo en uno de los temas de preocupación para la sociedad mexicana, la obesidad. Problema que si bien es médico, tiene implicaciones psicológicas, que se conjuntan con aspectos socio-ambientales lo que lleva a pensar en intervenciones interdisciplinarias. La revisión de este fenómeno hace pensar no en patologías propias del obeso, pero sí en aspectos afectivos y de creencias.

El aspecto de la práctica clínica ha sido abordado primeramente por la doctora Córdoba Basulto, desde la experiencia, y de manera muy breve profunda en el ámbito de la Psicología de la salud, rescata y enfatiza el aspecto de la atención e intervención al paciente de urología, colocándolo en la parte de sujeto y no de enfermedad. Nuevamente señalando el trabajo multidisciplinario donde cada agente contribuye con la atención.

Desde una perspectiva meramente clínica y específicamente con la experiencia del psicoanálisis, Márquez, Guadarrama, López y Huitrón nos permiten observar la postura de la adolescencia en el proceso terapéutico, indicando que la mejor forma de tratar a un adolescente no es lo individual, ni lo familiar, sino lo grupal.

En el último apartado sobre aportaciones teóricas se encuentra la teoría de la Paz y el equilibrio, del doctor Valdez-Medina y en la cual centra la explicación para tener una vida estable o bien como él lo denomina equilibrada. Basado en binomios como aceptación-rechazo, tolerancia-control y desde una

perspectiva social señala que todos buscamos precisamente la aceptación y para ello desarrollamos formas de comportamiento que permiten lograr el equilibrio o la paz.

Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Octavio Márquez Mendoza

José de Jesús López-Flores

Marcela Veytia López

Javier M. Serrano García

G. Gerardo Huitrón Bravo

CAPÍTULO I

ALGUNAS ACTIVIDADES QUE EL PSICÓLOGO NO REALIZA (Y DEBIERA REALIZAR)

Rafael Bullé-Goyri Minter
Universidad Veracruzana

Deseo hacer dos confesiones que me parecen necesarias. Por una parte, el título de este capítulo me parece, a poco de haberlo puesto en el papel, un tanto peregrino. De hecho, debió haberse denominado “Algunas actividades que *no todos* los psicólogos hacen y debieran hacer”, pues las generalizaciones, al decir de Bonfierre, casi nunca alcanzan a los más y siempre exceden a los menos.

La segunda es más grave. Desde hace ya muchos años no ejerzo la psicología como profesión. Esto, que puede ser un impedimento mayúsculo para hablar de ella, es al mismo tiempo el burladero que a veces me permite ver mejor los toros. De hecho, me he dedicado en los últimos lustros a la edición de dos revistas consagradas a la psicología, y esta labor me mantiene más o menos actualizado sobre lo que se hace y no se hace. O no se hace, al menos, con la frecuencia y profundidad que debiera, según mi humilde opinión.

En los últimos decenios, el campo de la psicología se ha extendido de manera considerable en todo el orbe. De hecho, desde sus vacilantes inicios como

actividad profesional en las postrimerías del siglo XIX hasta su pretendida consolidación como ciencia, ha llegado a cubrir prácticamente todos los campos del quehacer humano: del diseño aeroespacial a la prevención del sida, de la atención de personas incapacitadas al diseño de nuevos procedimientos educacionales, de la publicidad y propaganda a la conservación del ambiente; de los métodos paliativos en las enfermedades terminales al diseño arquitectónico. No hay, pues, prácticamente, límite alguno ante el cual el psicólogo haya visto detenida su labor.

Si se tomara como un indicador de la misma el número y variedad de las publicaciones relativas a los distintos campos de la psicología, podría verse este extenso abordaje: considerando el escaso número de revistas que se editaba hasta hace treinta años, las que daban cuenta de los resultados de las tareas profesionales y que muy pocos atendían, hoy tales formas de difundir el conocimiento psicológico alcanza proporciones ingentes. Pocas disciplinas observan en la actualidad un crecimiento semejante.

Si éste es el panorama en lo que toca a las publicaciones, la formación universitaria también refleja este incremento, si bien un tanto caótico, pues, tal como afirma Godeleva Ortiz, “Uno de los motivos de preocupación en la formación de psicólogos en la actualidad es la considerable demanda que ha habido de este tipo de profesionistas, lo que ha dado lugar a un incremento considerable en el número de programas de licenciatura de psicología que carecen de la regulación adecuada para su funcionamiento y de la calidad necesaria”.

No obstante tan desmesurado crecimiento, la actividad profesional y científica del psicólogo en México no ha salido de márgenes que podrían considerarse sumamente estrechos y estereotipados si se comparan con la ampliación real que dicha actividad profesional y científica ha experimentado en otras partes del mundo. En efecto, pareciera que dichos quehaceres se siguen concentrando en las áreas tradicionales de la clínica, la educación y el trabajo, lo que no es negativo de suyo, pero sí el escaso impacto que las mismas han tenido.

En el espacio clínico, por ejemplo, las acciones siguen llevándose a cabo, en su gran mayoría, a partir de los marcos teóricos importados y a despecho de los problemas que nos son característicos. Aunque sin negar la universalidad del sufrimiento moral humano, es verdad que la “realidad mexicana” no forma parte de la ecuación al momento de comprender los motivos, las creencias y las emociones idiosincrásicas de los mexiquenses, los veracruzanos o los yucatecos. Los procedimientos propios de la intervención clínica están cargados de una visión del ser humano tan ajena a lo que somos que quizás por ello los fracasos en el trabajo de gabinete son frecuentes. No me refiero aquí, por supuesto, a los modelos teóricos o desarrollos que pretenden explicar el cómo somos, donde se han hecho aportaciones muy considerables y provechosas.

En el campo educativo, los progresos alcanzados no han repercutido favorablemente en los criterios de eficacia de la educación, razón por la cual nuestro país se halla en los límites inferiores cuando se le compara con el avance que ha experimentado en otros; esto se debe en gran medida a que se presta más importancia a los procedimientos didácticos que al estudio de los

procesos de desarrollo psicológico y su repercusión en el aprendizaje escolar. El trabajo del psicólogo en esta área se sigue caracterizando preponderantemente por el diseño de métodos eficientes de enseñanza, más que por la atención a los propósitos y destinatarios; esto es, se atiende más al *cómo* se enseña que a *quién* se enseña y *para qué* se enseña.

En el terreno de la psicología del trabajo, los objetivos últimos de la actividad no han variado grandemente, ni tampoco se observan desarrollos imaginativos y originales en el área que tengan como resultado el aumento de la productividad sin que ello presuponga contradicción alguna con el bienestar y sano desarrollo de grandes masas de trabajadores. Pero la visión de Frederick W. Taylor sobre el particular aún sigue vigente: el *homo faber* sigue siendo el objeto de control, cuyo trabajo satisface con creces objetivos ajenos a sus propios intereses, pero poco contribuye a su desarrollo personal.

No pueden negarse las considerables contribuciones provenientes de muchísimos profesionales interesados y preocupados verdaderamente en extender y profundizar el campo profesional, pero el grueso continúa enraizado en lo ya conocido y probado hasta la extenuación con una dinámica casi metronómica. Las necesidades sociales e individuales a las que el psicólogo está llamado a dar respuesta, reclaman, pues, una nueva y más fructífera visión del papel que el psicólogo puede desempeñar en nuestro entorno y un renovado compromiso de las instituciones que los forman. Pero no sólo tales necesidades determinan la actividad de este profesional, sino también los aspectos teóricos, con la reflexión “pura” que sustenta su

actividad y con la mística que le sirve de apoyo y fundamento. Por ello, proporciono un somero listado de lo que el psicólogo *no* hace, o lo hace de manera débil e insuficiente. Y si lo hace con suficiencia, la difusión de tal actividad no ha encontrado el eco suficiente en la comunidad profesional, por lo que debiera impulsarse y difundirse aún más para que ese propósito se alcance.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es sabido que diversos comportamientos de riesgo conllevan la aparición de enfermedades que podrían muy bien ser prevenidas si los psicólogos se involucraran más en este importante terreno. Se observa que, en su gran mayoría, las campañas preventivas de todo tipo relativas a la salud de la población están en manos de profesionales dedicados a tareas administrativas, publicitarias e incluso artísticas; recaen en un personal técnico que poco conoce las razones últimas de dichos comportamientos de riesgo, o descansan en los hombros de voluntarios ignorantes de sus motivaciones, por lo que en muchas ocasiones esas campañas no tienen el efecto requerido en cuanto a la modificación de tales patrones.

Las actividades preventivas, sin embargo, no sólo se restringen a campañas diseñadas *ex profeso*, pues implican un enorme esfuerzo educativo que debe dirigirse a las comunidades. Entrañan también la investigación a fondo de los indicadores y factores de riesgo, la evaluación de los diferentes procedimientos empleados o la elaboración de las políticas generales de salud, cuya realización recae hoy en médicos y ad-

ministradores. El psicólogo es, a lo sumo, asesor o técnico, pero casi siempre es ignorado por las instancias gubernamentales en cuanto a sus conocimientos para estructurar e impulsar dichas políticas.

En cuanto a la educación para la salud como una actividad que debiera ser permanente y con una penetración innegable en todos los estratos poblacionales, es frecuente observar que su carencia resulta en repetidos fracasos en todos los intentos preventivos y genera costos excesivos que, canalizados de otra forma, aliviarían más la condición de numerosas comunidades.

Por ende, el psicólogo debiera tomar una parte sumamente activa en la prevención de la enfermedad —y particularmente de la salud mental, entiéndase por tal lo que se entienda— y la promoción de la salud consecuente, papel que hasta hoy se observa bastante restringido. Aquí son, de nueva cuenta, otros profesionistas los que dictan lo que se hace o no se hace, no los psicólogos, cuyas habilidades y conocimientos, de ponerse en práctica, podrían procurar grandes logros.

EDUCACIÓN ECOLÓGICA

El creciente deterioro del medio ambiente producto de la actividad humana ha alcanzado proporciones verdaderamente inquietantes. Para contrarrestarlo, los comunicadores sociales apelan a la reflexión individual, a la creación de culpas, al chantaje emotivo. Las medidas que toman los responsables de la preservación ecológica se fundamentan en el remedio de los males y, muy débilmente, en acciones educativas de amplio alcance.

No hay, hasta donde sé, psicólogos que tengan una participación determinante –ni siquiera tentativa– en la solución de esta clase de problemas, y mucho menos la responsabilidad de encararlos desde los niveles altos o medios de la administración gubernamental. Antes bien, se delegan las tareas mencionadas a biólogos, abogados o administradores de empresas, pues al parecer no se considera que el psicólogo tenga cosas importantes que decir al respecto. Si los problemas ecológicos tienen su base en el comportamiento, en la manera como nos relacionamos con nuestro entorno, bien podrían los psicólogos, en tanto que especialistas en tal campo, prevenirlos, resolverlos o atenuarlos con un mayor conocimiento de causa.

PROGRAMACIÓN EDUCATIVA

Ciertamente, la pedagogía ha hecho grandes aportaciones a la solución de muchos de los problemas educativos de la población, pero también la misma psicología, y concretamente la psicología educativa. A pesar de ello, las responsabilidades de la política educativa –entendiendo como tal la especificación de la misión, los objetivos, el diseño de programas y la instrumentación y evaluación de la tarea en su conjunto– rara vez se consideran de la incumbencia de los psicólogos. A estos ni siquiera se les asignan posiciones relevantes en la toma de decisiones para determinar las políticas públicas que en este ámbito requiere el país.

Al igual que en el caso de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, el psicólogo no participa con la atingencia que debiera en el dise-

ño de tales políticas educativas. Al igual que ocurre en aquel otro campo, su presencia se restringe a los espacios puramente técnicos y, a lo más, al asesoramiento de aquellos que toman las decisiones. Así, los psicólogos debieran luchar más empeñosamente para acceder como gremio a estas responsabilidades para las que, de un modo u otro, han sido supuestamente preparados.

La intervención de estos profesionistas en el campo educativo, por el contrario, se ha hecho de una manera irresponsable en muchos casos. Se han lanzado hipótesis descabelladas sobre los pretendidos efectos adversos de numerosas técnicas educacionales probadas a lo largo de muchos años, con el consiguiente abatimiento de las capacidades que pretendidamente se tratan de fomentar. Hoy, la creciente indisciplina escolar, el inadmisibles decremento en la capacidad lectora, la cada vez mayor agresividad en las escuelas, el aislamiento o el analfabetismo funcional en los estudiantes son algunos de los resultados de suposiciones que carecen de todo sustento, pero que han alcanzado proporciones enormes y una gran difusión entre los legos. La noción de “trauma”, vista como un efecto inevitable de la disciplina o de la exigencia académica, ha resultado ser una patente de corso para las peores desviaciones educativas. Pese a ello, no hay estudios que analicen a fondo, con el debido rigor, tales suposiciones, de modo que han bastado y sobrado para alterar prácticas educacionales probadas a lo largo de decenios, en aras de otras que solo alientan la irresponsabilidad de estudiantes, padres y profesores.

INVESTIGACIÓN Y TEORIZACIÓN

La psicología vive en México, en gran medida, de glorias ajenas. La investigación psicológica es extremadamente restringida, comparada con la que se hace en otros países, y poco aporta, en general, a producir conocimientos respecto de nuestro problemático entorno inmediato. La actividad investigadora se aprecia más como un trabajo que permite vivir que como una actividad de suyo apasionante y que requiere de toda una vida de esmerada dedicación. Así, la investigación es aislada, difusa, limitada y emprendida sin grandes afanes. El psicólogo que lleva a cabo esta actividad se concreta en muchos casos a reproducir otros estudios a los que solamente asigna un carácter local, pero sin lograr la creación de nuevos conocimientos de valor generalizable y universal. En muchos casos, el objeto de estudio parece ser el mismo procedimiento experimental que el proceso psicológico que se pretende analizar. Así, los modelos de investigación no se corresponden con la realidad empírica que se aspira a entender, sino que se elaboran atendiendo a los criterios de la lógica formal y no a los fenómenos tal como ocurren en la vida cotidiana; de ahí que los resultados obtenidos en las investigaciones no sean extrapolables a los problemas concretos de la gente concreta.

Tampoco se enseña a investigar con la perseverancia y el tesón que esa actividad debiera merecer. Los estudiantes egresan de la carrera profesional sin tener una idea muy clara de lo que la investigación representa y de la importancia crucial que tiene, y la que llevan a cabo está, en muchos casos, limitada a las tareas o trabajos que se llevan a cabo en las asignatu-

ras. Incluso en algunas instituciones se ha eliminado la tesis profesional de las licenciaturas, que es, hasta donde puedo ver, la única opción clara y evidente para hacer investigación en ese nivel; en cambio, se privilegian otras opciones de titulación que están por completo alejadas de este quehacer. Quienes egresan de las dichas instituciones podrán dedicarse a numerosas actividades, pero no a la investigación de los fenómenos psicológicos en ninguna de sus innumerables manifestaciones.

No se diga de la teorización. No estamos teorizando sobre nuestra práctica, y mucho menos hemos siquiera pretendido construir teorías generales que den cuenta de los fenómenos que atendemos todo el tiempo. Por el contrario, nos han bastado las teorías importadas de todo tipo, los paradigmas resobados y añejos a los que recurrimos con una facilidad sorprendente y con un dogmatismo tal que nos impide cuestionarlos, a diferencia de lo que todo científico debiera hacer obligadamente. En otras palabras, no las ponemos a prueba: las aceptamos sin más, sin la menor reflexión crítica sobre su efecto en nuestra práctica cotidiana y las singularidades de la misma, perdiendo así especificidad como profesionales y generando, al decir de Ramón Bayés, una práctica “fáctica”.

CONSTRUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA PSICOLOGÍA

No hay por ahora intentos serios por llevar a la psicología al terreno de las ciencias llamadas “duras”. Al parecer, hemos olvidado la pretensión de los primeros psicólogos de hacer de ella un terreno verdaderamente

científico, comulgando así con los principios de aquellas ciencias, como la física, la química o la biología. Nos encontramos actualmente en un breñal en el que nos falta hasta una definición consensuada de lo que es la psicología misma, y consecuentemente un objeto de estudio común, por lo cual es posible hablar no de una psicología, sino de múltiples psicologías que ni se oyen ni se miran entre sí. Basta revisar las páginas de cualquier revista para encontrar una miscelánea de problemas, métodos, enfoques, aproximaciones teóricas, objetivos, procedimientos y demás, que han desembocado en una auténtica torre de Babel epistemológica donde cada quien entiende lo que quiere entender y hace lo que quiere hacer considerándolo conveniente. En este extraño mundo de múltiples psicologías nos ha faltado el ímpetu para unificarlas o para diferenciarlas tajantemente entre sí, de modo que pueda haber un avance de conjunto o dentro de cada enfoque en particular. Peor aún, los límites están tan poco diferenciados con el campo de otras disciplinas vecinas que es muy fácil resbalar por reduccionismos de toda clase. Algunos psicólogos penetran con frecuencia en los terrenos de la biología, en tanto que otros se posan sin mucho pensarlo en los de la sociología.

Siendo así, ¿qué enseñamos? Incluso en una misma entidad académica ocurre esa diversificación irreflexiva del objeto de estudio, pues cada profesor lleva al aula su propia visión de la disciplina. El resultado, hasta hoy, no puede ser más desalentador, por lo que sería necesaria una perspectiva unificada, al menos en lo esencial, para poder apellidarnos de la misma manera.

VINCULACIÓN CON EL ENTORNO

Al parecer, los problemas que el psicólogo busca resolver no surgen de un análisis verdadero y profundo del entorno sino de la propia ideación fraguada al amparo del escritorio, como ya dije antes. En efecto, es la intuición y no la observación, es el interés personal y no la real ocurrencia de los supuestos problemas, lo que determina en una proporción alarmante el quehacer del psicólogo. Esta característica de nuestra actividad “científica” es producto de confundir ciencia con experimento, sobre todo cuando el experimento es inspirado implícitamente por el modelo de la física del siglo XVII. No hay, por ejemplo, muchas investigaciones sobre el desarrollo, pues no hay una concepción teórica del proceso sino del procedimiento, además de que este tipo de estudios son de largo plazo, algo que va a contramano de la exigencia de publicar, so pena de perecer profesionalmente.

Así, tratamos de resolver problemas inexistentes o que carecen de importancia verdadera a costa de aquellos que reclaman, esos sí, acciones urgentes. Esto no significa –al igual que en todos los casos anteriores– que no se ataquen tales cuestiones, pero tal empeño no ha sido la norma. El psicólogo no está buscando los dilemas que le plantea la realidad, sino que se deja encontrar por ellos cuando su gravedad es extrema y difícilmente resoluble, o bien los inventa y les atribuye una importancia de la que definitivamente carecen.

Consecuentemente, se requiere que el psicólogo profundice decisivamente en ese entorno y extraiga de él, con una aguda percepción, los auténticos temas que interesan a la comunidad a la que sirve.

CULTURA

Hoy por hoy, los psicólogos no escriben ni leen. O lo hacen poco, o solamente escriben lo que quieren y con otros propósitos que no son los que debieran, esto es, comunicar y difundir los conocimientos logrados, que es algo de lo que hablaré después. Pero hoy, aunque puede existir el interés en dar a conocer el trabajo que se realiza, no se sabe cómo hacerlo. Entre muchas otras razones, tal incapacidad puede deberse a que el psicólogo promedio carece de la cultura, de la ilustración necesaria que le permita expresar correctamente lo que quiere expresar. Se concreta a empaparse, poco o mucho, de los temas propios de su disciplina que, por buenos que sean, no le enseñarán a manifestar sus propias ideas en un escrito. Porque es sorprendente la incultura de que hace gala una buena parte de los psicólogos. Palabras más, palabras menos, ya el doctor Rafael Velasco decía en alguna ocasión que la profundización en una disciplina no exonera de la responsabilidad de abordar todas las posibles a fin de tener un cuadro general del mundo que, a la postre, contribuirá a que comprenda mejor su propio campo de estudio. Si no se cuenta con esa perspectiva global del ámbito en que se vive, no se aprende a pensar y, por ende, no se aprende a escribir.

Wittgenstein, en el *Tractatus*, incluye un aforismo que bien puede ser aplicado al terreno que nos ocupa: “Los límites de mi mundo son los límites de mi lenguaje”. Si este es pobre, ese mundo al que trata de expresar es igualmente exiguo.

Cada experiencia profesional alimenta al campo en su conjunto; si esas experiencias no se transmiten

porque no se puede, ese campo jamás tendrá el vigor requerido para dar cuenta de los problemas que pretendidamente debe prevenir, analizar y, a la postre, resolver.

Y es que la psicología no ha nacido por generación espontánea, sino que se ha desarrollado a lo largo de los siglos, quizá con otros nombres y otras motivaciones, pero psicología al fin. Es inadmisibles, por ejemplo, que se desconozcan las aportaciones de los filósofos griegos, de los autores medievales, de los pensadores renacentistas o de los intelectuales modernos, aportaciones que en conjunto pavimentaron el camino de lo que hoy conocemos como psicología. Es inaceptable igualmente que los psicólogos, en su mayoría, carezcan de eso que se llama *cultura*, es decir, que no estén “cultivados”. En un curso que no hace mucho impartí a estudiantes de posgrado, pude comprobar que su preparación es colosalmente precaria o inexistente en otras esferas que no sea la propia psicología, y aun en ésta es en extremo deficiente. Es lamentable que, “inspirados” por la llamada educación por competencias, los psicólogos diseñen planes de estudio en los que no hay un solo curso de historia de la psicología, o que consideren innecesaria toda discusión sobre la naturaleza humana.

Escriben muchos, sí, pero —como decía antes— no con el afán de dar a conocer sus aportaciones en primera instancia, sino más bien para “hacer currículum” y beneficiarse con los programas que conceden un punto aquí, un punto allá por artículo publicado, aunque ese artículo consista en llover sobre lo ya mojado por otras contribuciones más sólidas. No demerito el trabajo, por ejemplo, de normalizar pruebas psicológi-

cas en poblaciones diversas a la original, pero cuando tal normalización se lleva a cabo en Jalacingo de los Ocotes o en San José el Alto, no puedo pensar que se trate de una aportación digna de llamarse tal porque poco o nada auxilia al mejor entendimiento del fenómeno que se quiere medir. Intuyo aquí que el interés es otro: recibir beneficios monetarios en los programas que muchas instituciones tienen establecidos.

Lo anterior tiene que ver con la trascendencia. Al parecer, somos poco críticos en cuanto a lo que publicamos, y perdemos de vista ese sentido de trascender a través de nuestro trabajo. Por supuesto que hay a diario aportes de consideración en el terreno de la psicología; son muchos y muy importantes, pero desafortunadamente no constituyen la pauta.

No sería tan grave lo anterior si tales deficiencias no tuvieran que ver con nuestras capacidades y nuestra misma vocación para formar a los otros psicólogos que vendrán después. Nuestra actividad, tal como se percibe hoy, no es garantía ni ejemplo de que las cosas se hagan mejor en el futuro.

SEGURIDAD

México vive en la actualidad una situación de excepción. Pese a los esfuerzos del Estado y de muchos ciudadanos, la inseguridad es un fenómeno omnipresente en nuestra sociedad y, según lo revelan las encuestas, uno de los motivos de mayor preocupación de la ciudadanía. Pese a ello, pocos esfuerzos se hacen para comprender las características, génesis y desarrollo del fenómeno de la violencia, que son campos los cua-

les los psicólogos debieran atender prioritariamente para prevenirla o atenuarla. No son frecuentes en las publicaciones especializadas los trabajos orientados a esta meta, y los que hay sólo la persiguen sobre bases muy endeble y muy particulares. Desconocemos en su mayor parte, como psicólogos, las causas reales del comportamiento delincencial, y no se digan los procedimientos y métodos efectivos de la rehabilitación, que en nuestro país es definitivamente inexistente.

Hoy por hoy, ya no hay espacios seguros, y la vida y el bienestar de todos nosotros se hallan en un peligro constante, y no obstante la actividad de los psicólogos está por completo divorciada de esta realidad inmediata, pero no se aprecia una voluntad concreta y visible por abrir los ojos a este crispante fenómeno mediante la conformación de equipos de especialistas que indaguen las razones últimas de la violencia, las características que asume aquí y ahora, su efecto en las víctimas y las múltiples ramificaciones que se desprenden de ella. Así, la atención de tales problemas queda en manos únicamente de las fuerzas policíacas o del ejército, lo que está muy bien en cuanto a la ocasional persecución y ulterior castigo de los responsables de ese estado de cosas, pero hay muy poco en cuanto a estudiar, entender y prevenir incorporación, por ejemplo, de los jóvenes en esas asociaciones delictivas y su afianzamiento en ellas. Son terroríficos los datos que indican que los jóvenes prefieren participar en tales bandas antes que dedicar sus afanes al trabajo, al estudio o a la sana diversión.

Sería necesario constituir cuerpos de investigadores especializados en este problema que, a partir de su trabajo, aportaran realmente esa comprensión que

hoy nos falta. Si se ha dicho repetidamente que se prepara a los psicólogos para atender los problemas de la sociedad, éste es uno que está requiriendo los más serios y empeñosos esfuerzos de los especialistas en nuestra profesión. Nuevamente, esta carencia tiene en su base la ausencia de estudios sólidos sobre el desarrollo psicológico. Nunca ha sido más cierta la afirmación de Jean Piaget: “Lo psicológico sólo puede ser entendido en su génesis”.

DESASTRES Y FENÓMENOS NATURALES

En un país que por su condición geográfica acumula como pocos los efectos de fenómenos naturales devastadores, los psicólogos debieran adquirir las destrezas que ayudaran a la gente a sobrellevarlos. Hasta hoy, ha sido la sociedad civil, es decir, personas sin la preparación necesaria, movidas más por impulsos humanistas que por conocimientos probados, las que auxilian a las víctimas de tales desastres. Es verdad que en algunas instituciones se lleva a cabo la capacitación necesaria para atender tales casos, pero su proporción es ridícula cuando se observa la magnitud de las desgracias. Si los psicólogos deben atender las necesidades sociales, es éste otro campo prácticamente virgen de acción e investigación. En los planes de estudio de las instituciones que ofrecen la carrera no existen las asignaturas que preparen a los estudiantes en esta área, a diferencia de lo que ocurre en otros países con un grado de riesgo semejante, donde no solamente se atiende a las víctimas en el plano psicológico, sino que se les enseña a enfren-

tar el infortunio de maneras más positivas y sin estar atenuadas a la ayuda gubernamental para superarlo.

OPONER RESISTENCIAS

Hoy por hoy, una horda de embaucadores lenguaraces ocupa buena parte de los intereses del público, así como los espacios de las librerías, periódicos y programas televisivos ante la mirada complaciente del gremio de los psicólogos. Ahí, en esos espacios, predicen el futuro; proporcionan remedios milagrosos, panaceas, talismanes y sortilegios; leen el Tarot, el agua o los posos del café; asignan destinos irrecusables a los oyentes o lectores mediante los horóscopos; ofrecen cursos de superación personal de imposible cumplimiento; devuelven amores perdidos y curan el empacho, hacen limpiezas y practican embrujos. Y los psicólogos, como gremio, poco o nada hacen para impedirlo, en detrimento de la propia profesión, y también de la salud, llamémosla “mental”, de las víctimas. No está lejano el día que, de continuar esta avanzada de charlatanes, se equiparen sus abstrusas artes con nuestro ejercicio profesional. Podrá decirse que tal afirmación es excesiva, pero hay lugares en el país en que esto es una realidad innegable.

Y los psicólogos no conseguimos hacer un frente común contra tales embates; rendimos el campo y lo dejamos libre para que aquellos hagan fortuna, en lugar de oponer una sólida resistencia profesional y plantarnos ante quien haya que plantarse para exigir un hasta aquí. Porque un valor que debemos proteger es el interés de todas aquellas personas que, hundidas

ya en sus problemas, son adicionalmente engañadas, robadas y burladas de este modo.

UNA PROPUESTA FINAL

Ante el panorama descrito, cabría hacer numerosas propuestas; no obstante, me limitaré por hoy a dos que me parecen importantes.

En primer lugar, se hace perentorio convocar a actos académicos con el propósito de reflexionar críticamente sobre nuestra profesión. Afirmar Leticia Cufre: “Es tiempo de recordar, reflexionar y socializar, de generar espacios de discusión en los que podamos hacer conscientes nuestros problemas y en los que se produzcan colectivamente nuevas lecturas de la realidad y propuestas transformadoras”. En efecto, debemos terminar ya con un aislamiento lesivo que sólo conduce a la individualización de los esfuerzos e impide que estos sean difundidos del mejor modo posible. Tales encuentros deberán abordar temas específicos para conocer el estado de lo que se hace y de lo que no se hace en nuestro entorno, para que, colectivamente, puedan aflorar las mejores ideas, las reflexiones más lúcidas, y surjan de ahí los más provechosos proyectos. Hagámoslos como gremio, ambiciosa pero modestamente, y no haciendo recaer su ejecución en las entidades académicas de siempre, sin cuyo concurso parecería ser una tarea imposible, pero que cada vez más se revisten de un boato tal que impide su organización más frecuente.

En segundo lugar, abordemos de un modo más decisivo la dimensión política; exijamos los espacios que por derecho nos corresponden y ataquemos de ese

modo los problemas que evidentemente nos competen, sin dejar de lado aquellos otros que, como la crisis de valores, el tránsito a la democracia, la convivencia social y tantos más, nos tocan como simples ciudadanos, no ya como profesionales, y que requieren de nuestra participación informada, cabal, comprometida. En efecto, mientras los psicólogos no actuemos de manera gremial, unificada, no accederemos a los espacios de decisión para establecer las políticas públicas que nos competen, los que seguirán en manos de políticos que no entienden ni les importa resolver los problemas para los que los psicólogos están, o debieran estar, sólidamente preparados.

Por último, no he venido a ofrecer respuestas sino a plantear preguntas. Carezco de las primeras, y las segundas, en esta ocasión, son insuficientes porque hay todavía muchas más que necesariamente deben quedar en el tintero. He esbozado aquí y allá algunas propuestas, pero sé bien que tal vez no resistan un análisis acucioso. No obstante, aquí están. Conjuntadas con muchas más que expresen ustedes mismos, será como la psicología que se practique y reflexione en nuestro país alcance el papel que está llamada a desempeñar en el concierto nacional.

Recuperemos, pues, el objeto de estudio de la psicología, ese que se perdió cuando nos olvidamos de la realidad cotidiana y nos refugiamos solamente en los laboratorios experimentales, en las aulas, en los cubículos académicos, como si en esos espacios autistas se hallaran todas las preguntas y todas las respuestas al sufrimiento humano.

CAPÍTULO II

RETOS PARA LOS PSICÓLOGOS ANTE LAS NUEVAS DEMANDAS SOCIALES

Ma. Emily Ito
Universidad Nacional Autónoma de México

En la actualidad, el mundo parece moverse a velocidades vertiginosas, lo que dificulta alcanzar una cabal comprensión de los fenómenos y acontecimientos que vamos presenciando o de los que incluso, vamos formando parte. Independientemente de que nos percatemos de ello o no, las repercusiones de estos sucesos se hacen patentes en nuestra cotidianidad, en nuestros proyectos y en la manera en que convivimos e interactuamos con los demás.

Para caracterizar al mundo actual, he elegido sólo algunos aspectos que servirán de ejemplo para estar en posibilidad de inferir aspectos, problemas y temas que demandan la pronta y expedita intervención de los psicólogos. Cabe mencionar que el orden de presentación no implica una jerarquía, sólo una forma de organizar las ideas.

En primer lugar, las nuevas formas de ejercer la administración, tanto pública como en los consorcios privados, han dado lugar a una serie de transformaciones. “El gran impacto de la revolución cibernética y los procesos simultáneos de individualización y globalización han debilitado las estructuras pirami-

dales características de las organizaciones modernas [por lo que] las condiciones sugieren que el siglo XXI apunta hacia la ‘desburocratización del mundo’.” (Zabludovsky Kuper, 2009:89). El modelo de la gran maquinaria burocrática está siendo desplazado por el nuevo formato de subcontratación en el que se emplea a pequeños grupos constituidos *ad hoc* para realizar labores específicas. Ello demanda la disponibilidad de trabajadores *autoprogramables* capaces de responder a las más variadas exigencias al tiempo que conlleva una pérdida de estabilidad en el empleo. Como resultado de estas prácticas, observamos un proceso de polarización social en donde sólo crecen los niveles altos y bajos de la estructura ocupacional (Castells, 1999), en tanto que el sector intermedio tiende a desaparecer.

Un segundo aspecto, asociado con el antes mencionado, consiste en una excesiva acumulación de la riqueza, fruto de las prácticas económicas neoliberales. En ninguna época ha habido tanta riqueza ni tampoco ésta ha estado tan mal distribuida. La desigualdad en el acceso a los bienes y servicios ha llegado a tal grado que, a pesar de la supuesta crisis económica internacional, los grandes tenedores de capital no han dejado de obtener ganancias. El panorama no es tan halagador para las grandes mayorías ya que día con día, más personas caen bajo la denominada *línea de la pobreza*. “El desempleo mundial se convierte en ‘una palanca’ de la acumulación global de capital que ‘regula’ el costo de la mano de obra en cada una de las economías nacionales [mientras que] la pobreza masiva regula el costo internacional de la mano de obra” (Chossudovsky, 2002:89). En lo social, esto se traduce en una forma de violencia, la *estructural*, que atenta

contra la dignidad de las personas y contra su bienestar; y se manifiesta en la dificultad para gozar entre otras, de salud, educación y oportunidades de empleo. La migración hacia países con mejores niveles económicos representa la posibilidad de trabajar para sobrevivir, pero no resuelve la situación de injusticia social sino que la incrementa, pues tener un estatus de inmigrante implica la imposibilidad de ejercer los derechos ciudadanos y más algo grave aún: el no reconocimiento de los derechos humanos (Ito, Reguero & Domínguez, 2009).

La multiculturalidad –multiplicidad de culturas que se da en el mundo y en los países– y el pluralismo (Olivé, 1999:121-125) caracterizan ahora a todas las naciones. Junto con los grupos mayoritarios, pueden encontrarse tanto aquéllos de indígenas como de migrantes. Los primeros, *dueños originales* de tierras y recursos, han levantado su voz para reclamar el reconocimiento y el respeto a sus prácticas y principios de organización y gobierno. Los segundos –los *recién llegados*– han comenzado a organizarse para demandar su reconocimiento como personas y por ende, de sus derechos; no como una dádiva sino como un intercambio justo por su participación en el fortalecimiento de las economías para las que trabajan.

Propiciar la convivencia pacífica y respetuosa entre personas provenientes de diversas culturas y latitudes en un mismo espacio, es la tarea que se ha propuesto el modelo de *interculturalidad* que en la actualidad, más que una realidad constituye un *desiderátum* (Beuchot, 2005:13).

En el campo de los avances científicos, la decodificación del genoma humano, que permitirá, por una

parte, el tratamiento y prevención de diversos padecimientos; por la otra puede dar lugar también nuevas formas de discriminación, dirigidas principalmente a los grupos denominados *minoritarios*, y entre ellos a los inmigrantes y a los indígenas.

Ahora bien, trasladando nuestra atención hacia el entorno físico, nos encontramos con el *cambio climático*, resultado de la actividad industrial y del uso de los dispositivos tecnológicos ideados por los seres humanos. La basura, los contaminantes suspendidos en la atmósfera, la calidad del agua, la ruptura de los ciclos naturales y del equilibrio entre las especies, la depredación y consecuente extinción de especies, la alteración del paisaje, las altas concentraciones de población en los centros urbanos y otros aspectos harto conocidos por todos, han dado lugar a la exacerbación del grado de manifestación de los *fenómenos naturales*, que se traduce en *desastres humanos*: inundaciones, sequías prolongadas, deslaves, agrietamientos, por mencionar sólo algunos.

En el plano de la organización social, nos estamos enfrentando a una crisis de gobernabilidad (Ackerman, 2007) a partir de la polarización en las posiciones políticas y en los proyectos de nación que se proponen. La cultura visual ha orillado a que, en respuesta, en lugar de reflexionar acerca del sistema democrático y los principios o plataforma de cada partido político, nos concentremos en la apariencia del líder o candidato depositando en él grandes expectativas que difícilmente podrá cubrir. La forma de dirimir los conflictos no se queda atrás: se observa una tendencia hacia el legalismo y a las soluciones inmediatas, en

detrimento de la administración de la justicia y de la eficacia en el mediano plazo.

Esta forma de operar confluye en un discurso *hegemónico* de un *modelo civilizatorio* (Lander, 2000) que funciona como el *sentido común de la sociedad moderna* y que se caracteriza por una naturalización de las relaciones sociales y por un pretendido universalismo que no hace sino producir exclusiones.

A nivel de la vida cotidiana, podemos observar dos reacciones -no necesariamente *opuestas*- ante este panorama mundial: una presión a la homogeneidad, promovida por los grandes consorcios a través de sus campañas publicitarias, y mediante la distribución de productos y mercancías alrededor del mundo. Por ejemplo, la moda en la vestimenta y en la música, el consumo de nuevas tecnologías, el mercado de la salud y de lo saludable, y en general, *el estilo de vida deseable*. Estos productos culturales que se intercambian, adquieren y consumen dan lugar, en el ámbito político, a un incremento en la dependencia económica y a una erosión de los Estados; y en lo social, a la segregación generando estatus o exclusión (Coronil, 2000).

La segunda, los movimientos reactivos de diversa índole, que van desde un énfasis excesivo en la *diferenciación*, mediante el uso de servicios *personalizados* y el consumo de objetos *exclusivos*, pasando por la demanda de reconocimiento a la diversidad -cultural, sexual- hasta el *regreso al origen* a través de movimientos fundamentalistas. Todo ello, encaminado a proponer nuevas formas de identificación y a generar identidades personales y de grupo.

La posibilidad de traslados y desplazamientos masivos, está generando un efecto paradójico en don-

de los movimientos de mercancías, ideas y modas darían lugar a una *localización de lo global*; mientras que los movimientos migratorios y la difusión de los diversos productos culturales estarían propiciando una *globalización de lo local*.

Ahora bien, ante este panorama, podemos preguntarnos acerca de la valía de la intervención del psicólogo. Mi respuesta es que, dado que se trata de fenómenos sociales o producto de la actividad humana, la posibilidad de incidir para cambiar el rumbo de los acontecimientos es prometedora, aunque no de fácil acceso.

El primer punto a considerar sería la formación del psicólogo. Hacia el interior de las universidades, continúa el debate acerca de la profesionalización de la enseñanza superior. ¿Qué formación debe privilegiarse, la disciplinar o la profesional? Esto es, ¿qué resulta más pertinente, conocer la disciplina, sus métodos y principios éticos; o aprender técnicas y hacer énfasis en su aplicabilidad?

En el primer caso, el entrenamiento se haría en la reflexión, el pensamiento crítico y las posibilidades de innovación y generación de nuevas propuestas. En el segundo, se corre el riesgo de caer en “modas” y de que la capacitación recibida se torne obsoleta en poco tiempo.

También surge la inquietud acerca de si los psicólogos estamos preparados para actuar adecuadamente en este contexto tan cambiante y tan plural. Es decir, qué validez tienen los conocimientos disciplinares que poseemos, cuál es su pertinencia y su adecuación. Si bien la respuesta puede ser favorable en estos momentos, no debemos perder de vista que resulta inadecuado mantenerlo como inamovible en un entorno en donde los vínculos entre la acción individual y los proyec-

tos colectivos se ha visto trastocados modificando la condición humana, en cuanto al tiempo / espacio, el trabajo, la comunidad, pero también con respecto a la individualidad y a las posibilidades de emancipación (Bauman, 2002: 12 y 14).

A raíz de la identificación de nuevos fenómenos psicosociales, han surgido perspectivas o escuelas, entre ellas las propuestas posmodernas; formas distintas de intervención (p. e. la educación a distancia y el uso de la internet como herramienta educativa), así como otros campos dentro de la disciplina, como la ciberpsicología y el estudio de la imagen o cultura visual.

Hacia afuera de la psicología, nos topamos con planteamientos multidisciplinarios, interdisciplinarios, transdisciplinarios e incluso extra-disciplinarios. ¿Será necesario pensar en nuevas disciplinas? ¿Incorporar conocimientos procedentes de otros campos? ¿Adoptar otros paradigmas? Aquí resulta pertinente hacer mención de las ciencias de la complejidad mismas que ofrecen una forma distinta de explicar fenómenos de toda índole (Braun, 2009), basados entre otros, en el principio de incertidumbre.

La incorporación de o la crítica hacia estos nuevos planteamientos, requiere de un conocimiento disciplinar sólido, una formación metodológica fundamentada en la filosofía de la ciencia, ambos acompañados de una actuación ética profesional, de un compromiso político así como de un amplio conocimiento del entorno y de la capacidad de problematizarlo para poder actuar en consecuencia (v. gr. Kemmis y McTaggart, 2005). Debemos estar preparados no sólo para los problemas que se nos presentan en el presente sino sobre todo, para aquéllos que vendrán en un futuro. De ahí

la importancia de mantenernos actualizados y de reflexionar a partir de un pensamiento crítico en todo momento.

Para lograr abrir un espacio a nuestra actividad y el reconocimiento social, debemos trabajar en la incorporación y difusión de la identidad profesional: prepararnos y sentirnos psicólogos, conocer los campos de desarrollo y aplicación de la disciplina, ubicarnos en las distintas esferas de la actividad social, así como entablar un diálogo abierto y crítico con expertos de otras disciplinas.

Antes de continuar con nuestros quehaceres como psicólogos en formación o como profesionales, investigadores o docentes, valdría la pena hacer un alto en el camino para percatarnos de hacia dónde nos dirigimos con nuestra forma de actuar, asumir la responsabilidad que conlleva y tratar de visualizar qué consecuencias traería a nivel personal, grupal y social. La pregunta que debe guiar nuestra reflexión es la de qué país y qué mundo buscamos heredar a las siguientes generaciones.

REFERENCIAS

- Ackerman, B. (2007). *la nueva división de poderes*. México: FCE.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: FCE.
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y Derechos Humanos*. México: Siglo XXI / UNAM: DGAPA.
- Braun, E. (2009). *Caos, fractales y cosas raras*. México. FCE.

- Castells, M. (1999). *La Era de la Información*. México: Siglo XXI.
- Coronil, f. (2000). “Naturaleza del poscolonialismo: del eurocentrismo al globocentrismo”, en: E. Lander (comp.). *La Colonialidad del Saber: eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latinoamericanas*, pp. 11-40. Buenos Aires: CLACSO, URCSHALC-UNESCO.
- Chossudovsky, M. (2002). *Globalización de la Pobreza y Nuevo Orden Mundial*. México: Siglo XXI / UNAM: CEIICH.
- Haidar, J. (1999). “Análisis del discurso”, en: J. Galindo Cáceres (coord.). *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*, pp. 117-164. México: Addison, Wesley Longman.
- Ito, M. E., Reguero, B. E. & Domínguez, T. F. (2009). “Identidad, ciudadanía y movimientos sociales en la era global”, en: F. Cintrón Bou, E. Acosta Pérez & L. Díaz Meléndez (eds.). *Psicología Comunitaria: Trabajando con comunidades en las Américas*, pp. 255-268. Hato Rey: SIP / CEDIS / UNE / CIES.
- kemmis, S. & McTaggart, R. (2005). “Participatory action research. Communicative action and the public sphere”, en: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.): *The Sage Handbook of Qualitative Research*, pp. 559-603. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lander, E. (2000). “Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos”, en E. Lander (comp.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas latinoamericanas*, pp. 87-111. Buenos Aires: CLACSO, URCSHALC-UNESCO
- Olivé, L. (1999). *Multiculturalismo y pluralismo*. México: Paidós / UNAM: FFL

Zabludovsky Kuper, G. (2009). *Intelectuales y burocracia. Vigencia de Max Weber*. Barcelona: Anthropos / UNAM: FCPS

CAPÍTULO III

LA PERFILACIÓN CRIMINAL DE LOS DELINCUENTES SEXUALES

Rodrigo Cano Guzmán
Universidad de Guadalajara

Resumen: 1) Criminología; 2) Teorías psicológicas del comportamiento; 3) Relatos emocionales individuales; 4) El delito de violación; 5) Trastorno por estrés postraumático; 6) Personalidad criminal; 7) Personalidad del violador; 8) Mecanismos inhibidores de la violencia.

INTRODUCCIÓN

Hablar de la perfilación criminal dentro del ámbito de las ciencias forenses es un terreno no solamente polémico, sino y sobre todo, interesante. En el presente capítulo, se hará una descripción de las características de los delincuentes sexuales, abordado desde la perspectiva de la psicología, pero haciendo énfasis en el trabajo multiprofesional y con el enfoque multidisciplinar.

CRIMINOLOGÍA

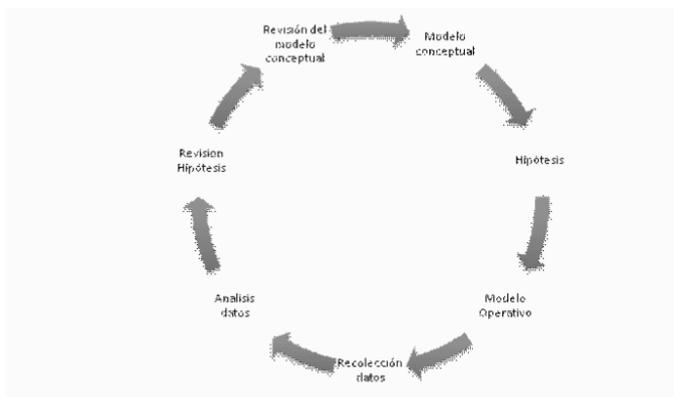
El ser humano, para la comprensión de su entorno y comportamiento, ha utilizado explicaciones que van desde la

magia, la religión, la filosofía y la ciencia. El estudio del comportamiento desviado—antisocial no se ha sido ajeno a estas concepciones: el delincuente fue entendido como un individuo que estaba poseído de malos espíritus, que se requerían estrategias para que estos espíritus, entendidos como influencias malignas en el alma humana, alejan a éste de los comportamientos aceptados, los individuos poseídos por estas fuerzas malignas deberán de someterse a tratamientos que van desde la mortificación del cuerpo, hasta la muerte del poseído.

Estas creencias van dejando paso a la sistematización que, desde la perspectiva científica, va abriendo camino a partir del renacimiento. El espacio sería insuficiente para hacer la historia de la ciencia, baste a manera de ejemplo para el caso a dos autores clásicos: Karl Popper y Alan Chalmers. Karl Popper en 1967 afirmaba que la teoría científica se basa en enunciados observacionales publicados que pueden ser comprobados o falsados (encontrar evidencia contraria a una determinada teoría o hipótesis) por distintos profesionales de la disciplinas que se trate, logrando con este principio hacer compatibles los postulados positivistas, neopositivistas y hermenéuticos. Por su parte, Chalmers (1984) sostenía que la finalidad de la ciencia es mejorar la suerte del hombre en la tierra. El asunto científico no es una empresa ni particular, mucho menos individual, sino un asunto del estado democrático. Afirmaba: “La existencia de una estructura estatal que mantenga y financie los estudios parece ser imprescindible para el establecimiento de una ciencia. No se puede llegar a una definición de ciencia que no sea parcialmente política y la consideración social que tiene una profesión resulta esencial para el desarro-

llo de la ciencia”. Sin embargo, no todo el peso del carácter científico puede recaer únicamente sobre su valoración social, sino también su consistencia teórico-conceptual.

Como referencia se presenta el siguiente esquema.



El círculo de la investigación empírica

El desarrollo de la ciencia y el programa de investigación que desarrolla no siguen una línea recta, ni sus construcciones (descubrimientos, explicaciones, demostraciones) están exentas de cuestionamientos. Thomas Kuhn (1966) distingue dos tipos de programas de investigación científica: la *ciencia normal* y la “*revolución científica*”. Cuando el programa de investigación obedece a criterios de la comunidad científica es denominado este programa como *ciencia normal* y consiste en seguir las teorías y métodos establecidos en una determinada disciplina (paradigmas). A medida que se acumulan más datos empíricos en una ciencia, se puede llegar a la conclusión de que la teoría no se ajusta a la realidad, es inconsistente con el dato. Entonces se produce una revolución científica, que cues-

tiona tanto los programas de investigación desarrollados por el paradigma, como los resultados obtenidos desde estos mismos paradigmas. Khun afirma que la ciencia se construye a partir de:

- a) Un conjunto de métodos e instrumentos compartidos por los especialistas.
- b) Con el objetivo de conseguir conocimientos fiables y verificables.
- c) Sobre un tema considerado importante por la sociedad.

Una de estas ciencias que aborda la explicación del delincuente es la criminología. Esta disciplina comparte los principios mencionados anteriormente: cuenta con métodos e instrumentos compartidos (investigación empírica, análisis científicos, discusiones entre expertos, etc.), aborda temáticas particulares (el crimen, el delincuente, la reacción social y la víctima) para generar conocimientos fiables y verificables, abordando una temática de relevancia social: el fenómeno criminal.

Este fenómeno es abordado considerando diversos aspectos, siendo éstos:

1. El comportamiento delictivo, tipificado como tal en los ordenamientos jurídicos vigentes (Ley penal). Estos pueden ser faltas u omisiones, dolosas o culposas, pero siempre penadas por la ley. El código penal depende de la fuerzas, pesos y contrapesos de los actores sociales, de tal manera que podemos distinguir tres tipos de comportamientos:

- 1.1 Penalizados y castigados en casi cualquier sociedad (delitos contra las personas, contra la libertad o contra la propiedad, por mencionar sólo algunos).
2. Penalizados pero que se aplican con escasa frecuencia (conducción de vehículos en estado alcohólico o de manera temeraria, calumnias, injurias, “delitos sin víctimas” –ecológicos–, por mencionar algunos) y
 - 1.2 Comportamientos en vía de penalización o despenalización.
3. La reacción que diversos actores y sectores sociales manifiestan frente al comportamiento delincinencial.
4. Delincuencia, conceptualizada en su sentido más amplio, que considera la estadística criminal (tipos de delito, frecuencias, sitios donde se presentan, forma de operar de los delincuentes, por mencionar algunos), como la forma de operar de los delincuentes, en los ámbitos del fuero común y del fuero federal.
5. Delincuente, que comprende tanto el comportamiento como las características personales de los delincuentes.
6. Víctimas, que comprende tanto las características como las situaciones de las personas que sufren las consecuencias del acto delictivo. El precio que las sociedades tienen que pagar por la delincuencia consiste en los daños que sufren las víctimas, los gastos y molestias vinculados a la prevención del crimen y los gastos públicos para su control.

7. El control social, entendido como las estrategias que, tanto desde el poder ejecutivo (policial, judicial y Reinserción Social), como de la sociedad (control informal, seguridad ciudadana, protección civil) que se establecen para prevenir, anticipar, atender, delimitar, sancionar y rehabilitar a los delincuentes.

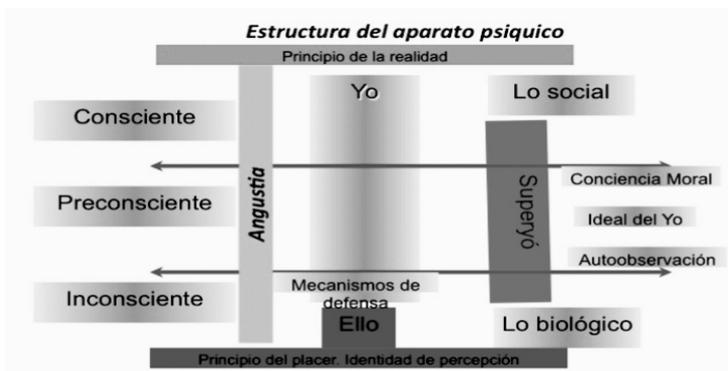
La criminología parte de que un hecho aislado sólo puede ser adecuadamente comprendido si lo relacionamos con otros factores y comportamientos previos del mismo individuo y del entorno. Como toda ciencia empírica, busca comprender, explicar y predecir su objeto de estudio: la delincuencia. Intenta responder, a través de la investigación empírica, preguntas acerca de qué factores sociales o individuales influyen sobre el comportamiento delictivo, qué personas se hallan en mayor riesgo de delinquir o de ser víctimas del delito, cómo evolucionan las carreras delictivas juveniles, qué papel juegan los medios de comunicación en la amplificación / disminución artificial del fenómeno delictivo, cómo influyen los sistemas de control en la perpetuación de la conducta delictiva o cómo puede prevenirse eficazmente la delincuencia. Aporta información válida, contrastada y fiable, sobre la génesis, la dinámica y las variables del crimen, como fenómeno: individual y problema social, comunitario; así como sobre la prevención eficaz, las formas y estrategias de reacción al mismo y las técnicas de intervención positiva en el infractor (García Pablos, 2003)

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL COMPORTAMIENTO

El fenómeno criminal también puede ser explicado desde otros modelos teóricos. Tal es el caso de la psicología. Tomaremos, a manera de ejemplo, las bases de las teorías de la personalidad, en psicología:

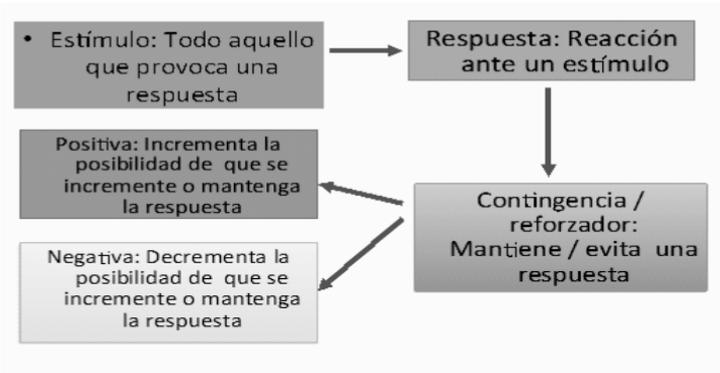
- **Teoría psicoanalítica:** El comportamiento de los sujetos está determinado de manera inconsciente y pulsional. Una metáfora para representar este comportamiento es el ejemplo del iceberg, en donde sólo una pequeña parte (1/7) del mismo se puede observar, haciendo la analogía de lo no observable como lo inconsciente y lo observable como lo consciente.

La dinámica del comportamiento se rige por el aparato psíquico, siendo representado de la siguiente manera:



El acto delincinual puede ubicarse como resultado de la incapacidad del Yo para actuar de acuerdo a la realidad y según las normas sociales introyectadas en el superyó (conciencia moral e ideal del yo).

Un segundo esquema es el denominado **modelo conductual** o condicionamiento operante, que tiene su origen en los trabajos de Watson y Skinner. El modelo puede representarse de la siguiente manera:



De tal manera que la delincuencia es definida como resultado del aprendizaje que mantiene la conducta antisocial debido a que las contingencias operan en el sentido positivo, es decir, de mantener ese comportamiento.

De manera más reciente y desde la psicología relacionándose con otras ciencias, se establecen otros modelos que se podrían definir de la siguiente manera:

1. La delincuencia se aprende (teoría del aprendizaje social).
2. La delincuencia tiene sus bases en la personalidad (rasgos característicos) del sujeto.
3. El delito es una reacción del individuo como respuesta a situaciones de estrés / tensión.
4. El delito es el resultado de la ruptura de los vínculos sociales.

5. La delincuencia es producto de un estilo de vida, constituyéndose en carreras delictivas.

El modelo que sostiene el aprendizaje social de la delincuencia, parte de los trabajos de Bandura (1987) quien afirma que los comportamientos se adquieren a partir de la imitación de modelos considerados como exitosos, cuya adquisición y mantenimiento, corresponden a las expectativas del comportamiento de los grupos y modelos a imitar. Por su parte, Akers y Sellers (2004) afirman que dentro del aprendizaje intervienen la asociación diferencial con personas delictivas, esta asociación se debe a que los sujetos comparten la idea de que el comportamiento delictivo es un comportamiento aceptado, que es reforzado por otros integrantes del mismo grupo social con el que se desarrollan y que los modelos a imitar, son los modelos pro delictivos.

El modelo que afirma que la delincuencia se basa en características personales de los sujetos, se sustenta en buena medida en estudios neuropsicológicos, afirmando que el comportamiento delincencial es debido a uno o varios de los siguientes factores: lesiones craneales, baja actividad del lóbulo frontal (encargado de las funciones superiores), el sujeto presenta una alta impulsividad, tiene propensión a la búsqueda de sensaciones y tendencia a actividades de riesgo, presenta baja empatía, una alta extraversión y el locus de control lo ubica fuera de él mismo. Son clásicos los trabajos de Eysneck y Gudjonsson (1989), en el que definían las dimensiones temperamentales: *a)* Contexto extraversión, que es el resultado de la activación disminuida del sistema reticular, manifestándose en

rasgos búsqueda de sensaciones, impulsividad e irritabilidad; *b*) Neuroticismo manifestado baja afectividad negativa ante estrés, ansiedad, depresión y hostilidad; y, *c*) Psicoticismo, resultado de procesos neuroquímicos de dopamina y serotonina, manifestándose como insensibilidad social, crueldad y agresividad. A partir de estos contextos afirmaban que: aprendemos la conciencia emocional que inhibe las conductas antisociales, mediante el condicionamiento clásico a partir de estímulos aversivos, generalmente castigos; los individuos con elevada extraversión, bajo neuroticismo y alto psicoticismo, tendrán mayores dificultades para la adquisición de la conciencia moral, inhibidora del comportamiento antisocial.

El tercer modelo, que establece al delito como reacción a vivencias individuales de estrés y tensión, tienen su base en los estudios de asesinatos perpetrados por sujetos que, cuando cometieron dicho delito, experimentaban fuertes sentimientos de ira, venganza, apetito sexual, ansia de dinero y propiedades, manifestando un desprecio hacia las otras personas y sus derechos. El delito es resultado de la frustración social que genera una agresión para con los individuos, sostenían Andrewz y Bonta (2006). Por su parte, Garrido, Stangeland y Redondo (2001) afirman que el delito se presenta por la tensión percibida por el sujeto debido a la imposibilidad de lograr objetivos sociales positivos y sufrir situaciones aversivas ineludibles, lo que genera en ellos emociones negativas (enojo, envidia, celos), para disminuir la atención, se comenten delitos, generando un alivio momentáneo. Esta supresión de la fuente alivia la tensión, consolidándose como mecanismo para aliviar la tensión.

El cuarto modelo, que da cuenta de la delincuencia como resultado de la ruptura de vínculos sociales, sostiene que a menores lazos emocionales con personas socialmente integradas, mayor es la implicación del sujeto en actividades delictivas. El control primario deberá de ser mantenido en grupos tales como la familia, la escuela, los grupos barriales, los amigos y otras instituciones que fomentan las pautas de acción convencionalmente aceptadas. A mayor número de compromisos con objetivos socialmente compartidos, menor es el riesgo delincencial, puesto que su comportamiento está en función de ser aceptado en más de un grupo social, lo que le permite desarrollar habilidades sociales, manejar mejor sus emociones, sobre todo negativas y desarrollar capacidades para la solución no violenta de los conflictos. La participación en actividades convencionales, muy relacionado con el factor anterior, el sujeto que participa en un mayor número de actividades socialmente aceptadas, menor es el factor de riesgo criminológico, debido a que las actividades desarrolladas, son aceptadas de manera cotidiana por las personas con quienes se relaciona. Creencias favorables a los valores establecidos. Finalmente, el apego emocional adecuado, el asumir compromisos con objetivos sociales y el participar en actividades convencionales, se deben a que las creencias de los individuos son coincidentes con las de los grupos con que se relaciona, fortaleciendo de esa manera sus propias creencias. Al considerar ciertos comportamientos como adecuados por los grupos sociales con los que se relaciona, los vínculos con los mismos grupos sociales se fortalecen. Por otro lado, la relación con grupos

sociales son considerados así, en función de las creencias de los individuos.

Para cerrar este apartado, se esbozará el concepto de carreras delictivas, entendidas como las conductas delincuenciales que evolucionan en conexión con las etapas vitales. Farrington (2003) afirmaba que los jóvenes realizan actividades antisociales de manera transitoria, como es el caso de la adolescencia, abandonándolas de manera natural. La carrera delictiva se asocia con la secuencia, frecuencia y tipos de delitos, vinculados al inicio, mantenimiento y finalización de la carrera delictiva. Desde esta perspectiva, se habla de factores de riesgo estáticos, tales como la precocidad delictiva del sujeto, la impulsividad y la psicopatía. Estos factores son de difícil modificación. En tanto que existen otros factores de riesgo, denominados dinámicos, tales como las cogniciones, amistades y consumo de drogas, estos pueden modificarse. Como factores de tenencia antisocial y que están asociados a las carreras delictivas, Farrington (1995) establece: a) Procesos energetizantes: deseo de bienes, estimulación y prestigio social, frustración, estrés y posible abuso del alcohol y sustancias adictivas; b) Direccionalidad antisocial, carencia de habilidades prosociales; y c) La posesión o no de inhibiciones, resultado del proceso de crianza paterno, no gravemente entorpecido por factores como alta impulsividad, baja inteligencia y contacto con modelos delictivos. Desde esta perspectiva, se afirma que el sujeto decide cometer un delito y éste se produce en la interacción del individuo con la situación concreta de las tendencias antisociales la oportunidad de la comisión del delito y la valoración de tal comportamiento en términos de

costo beneficio. La carrera delictiva distingue tres momentos: a) Inicio, influencia de amigos durante la adolescencia, la maduración aumenta la motivación hacia una mayor estimulación (atención, dinero, bienes materiales y prestigio social), incrementando la probabilidad de imitación, multiplicación de oportunidades para el delito; b) Persistencia, depende de la estabilidad de las tendencias antisociales; y c) Desistimiento o abandono, dependen de mejorar habilidades para la satisfacción de objetivos por medios legales, aumento de vínculos afectivos con parejas no antisociales, ocurriendo al final de la adolescencia.

RELATOS EMOCIONALES INDIVIDUALES

Uno de los aspectos que ha sido poco abordado en la explicación del comportamiento delincuencia, es el manejo de las emociones. Las investigaciones buscan establecer relaciones entre violencia, ira y delito, particularmente los delitos de tipo pasional. Sin intentar dar cuenta de la totalidad de los modelos y sin la pretensión de que sea el más acabado, se puede citar el modelo de Richard Lazarus (2000) en el que clasifica las emociones en cinco grupos, según la percepción del sujeto:

1. Emociones desagradables.
2. Emociones existenciales.
3. Emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables.
4. Emociones provocadas por condiciones de vida favorables.

5. Emociones empáticas.

1. Emociones desagradables: Son entendidas como aquellas que se perciben como no gratas o deseables al individuo, siendo éstas:

- Enojo
- Envidia
- Celos

2. Emociones existenciales: Son aquellas que sentimos por el solo hecho de convivir en sociedad. Se ubican dentro de esta clasificación las siguientes:

- Ansiedad-miedo
- Culpa
- Vergüenza

3. Emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables: Son aquellas que sentimos porque padecemos de condiciones y factores escasos, o bien porque hemos superado una situación difícil. Éstas son:

- Alivio
- Esperanza
- Tristeza
- Depresión

4. Emociones provocadas por condiciones de vida favorables: Se definen en oposición a las anteriores, es decir, son las que percibimos por contar con condiciones satisfactorias abundantes, o porque percibimos que hemos alcanzado metas trazadas.

- Felicidad
- Orgullo
- Amor

- 5. Emociones empáticas:** El quinto y último grupo de emociones son aquellas que tienen como fundamento la relación con nuestros semejantes: porque sentimos agradecimiento por alguien que nos ayudó en un período de necesidad o bien porque sentimos la necesidad de colaborar con alguien que se encuentra en una situación desventajosa. Estas emociones son:
- Gratitud
 - Compasión

EL DELITO DE VIOLACIÓN

La tipificación de este delito, para el Estado de Jalisco, queda contenida en el Código Penal, dentro del Capítulo II. En el artículo 176 del citado ordenamiento, siendo definido como “Se considera como violación todo caso en que la cópula o introducción por vía vaginal o anal de cualquier objeto o instrumento con fines eróticos sexuales se realice con menor de doce años, o persona privada de razón o de sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa no pudiere oponer resistencia. Si la persona ofendida fuere menor de diez años, la sanción será de doce a dieciocho años de prisión”. Las penalidades para tal conducta delictiva, son establecidas en el artículo 175 del citado ordenamiento, “Se impondrán de ocho a quince años de prisión al que, por medio de la violencia física o moral tenga cópula con persona, cualquiera que sea su sexo. Para los efectos de este capítulo, se entiende por cópula, la introducción, total o parcial con o sin eyaculación del miembro viril en el cuerpo de la víctima de cualquier

sexo, sea por vía vaginal, oral o anal. Cuando el autor del delito tuviere derechos de tutela, patria potestad o a heredar bienes por sucesión legítima respecto de la víctima, además de la sanción señalada en el primer párrafo, perderá estos derechos. La violación del padraastro al hijastro y la ejecutada por éste a su padraastro, la del amasio al hijo de su amasia, la del tutor a su pupilo, la efectuada entre ascendientes o descendientes naturales o adoptivos o entre hermanos o persona con cualquier relación de parentesco, será sancionada de nueve a dieciocho años. En estos supuestos, se perderán los derechos de la patria potestad o tutela cuando la ejerciere sobre la víctima. Se equipara a la violación, la introducción por vía vaginal o anal con fines eróticos sexuales de cualquier objeto o instrumento distinto del miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido, al responsable de este delito se le impondrá la pena señalada en el primer párrafo de este artículo”.

Un rasgo característico de este delito es el uso de la violencia, es decir, el comportamiento intencional caracterizado por el uso de la fuerza física, emocional, psicológica, económica y/o moral, que provoca o puede provocar daños físicos, patrimoniales, psicológicos y morales. Podemos diferenciar la violencia que es social con la agresión cuya finalidad es la sobrevivencia y está determinado biológicamente. Condición necesaria es la relación inequitativa entre personas y la intención de obtener un beneficio a través de uso o amenaza del daño. Una categoría importante es la definida como grupo vulnerable.

Se puede clasificar según el sitio en donde se presenta, tipo de afectación o caracterización de la vícti-

ma quien la sufre: escolar, familiar, laboral, infantil, juvenil, ancianos, mujeres, física, moral, psicológica, económica, por sólo mencionar algunas.

En México, debido al daño que este tipo de comportamiento ocasiona en la familia, fue aprobada la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, y revisada en 2009, que regula la Prestación de servicios de salud y establece los criterios para la atención médica de la violencia familiar. La violencia es tipificada en mujeres y familias, de la siguiente manera:

1. Violencia contra las mujeres, cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;
 - a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.
 - b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.
2. Violencia familiar, el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende:
 - a) Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que deri-

- van de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- b) Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.
 - c) Maltrato psicológico, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
 - d) Maltrato sexual, a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
 - e) Maltrato económico, al acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.
3. Violencia sexual, a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Para el caso de la explicación en los delincuentes sexuales, se puede clasificar la violencia en dos tipos:

1. **Violencia expresiva:** que da rienda suelta a los sentimientos de ira, el sujeto quien la padece tie-

ne dificultades en el control de sus impulsos o la expresión de afectos. Una vez pasado el acto, el sujeto puede experimentar sentimientos de culpa y vergüenza.

- 2. Violencia instrumental:** ésta es caracterizada por ser una conducta planeada, en la que se expresa insatisfacción personal y el deseo de causar daño. Generalmente el sujeto no experimenta sentimientos de culpa ni de vergüenza.

En la caracterización del perfil del delincuente sexual, se observa una violencia sexual en la que el sujeto impone, exige y obliga realización de prácticas sexuales dolorosas, desagradables o no deseables. Este tipo de comportamiento daña la salud emocional en las víctimas. El daño se incrementa a medida que aumenta la severidad, la cercanía afectiva con el victimario y la frecuencia de tal comportamiento, disminuyendo en quien la sufre un deterioro en la autoestima y se incrementa el sentimiento de indefensión en la víctima.

Respecto del victimario, podemos afirmar que el acto violento en el terreno sexual, se produce como:

- Un medio de venganza y castigo.
- Como añadido al delito de robo o asalto.
- Como una actividad reforzadora de vínculos de un grupo.
- Como compensación de fantasías previas.
- Como medio de explotación: Agresiva e impulsiva.
- Como expresión de cólera desplazada: rabia o furia.

- Como expresión sádica: La más violenta y agresiva.

En quien sufre la agresión sexual y durante tal acto, puede presentar reacciones inmediatas, caracterizadas por:

- Angustia, terror y confusión.
- Ansiedad extrema, hiperactividad inadecuada o carente de propósito.
- Bloqueo mental. Shock emocional grave que paraliza la capacidad de reaccionar hábilmente, incapacidad de gritar o correr, luchar o pensar.
- Desorientación, aumenta por el desconocimiento de toda la información (qué pretende el agresor, cuánto tiempo va a durar la agresión, cuál va a ser su desenlace, miedo a ser asesinada o a sufrir lesiones físicas).
- Sensación de sorpresa absoluta.
- Sentimientos de indefensión total y carencia de derechos.
- Sintomatología psicofisiológica diversa (taquicardias, temblores, aceleración respiratoria, tensión y entumecimiento muscular).
- Tras la agresión puede persistir el aturdimiento o negación de los hechos.
- Vergüenza, ira, impotencia, humillación, desesperanza, o desesperación

La severidad, cercanía, frecuencia, personalidad de quien sufre tal acto, puede presentar signos clínicos definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión IV revisada (DSM IV-

TR) como Trastorno por estrés postraumático, que se definirá en la siguiente sección.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El DSM IV-TR, establece como característica esencial del trastorno por estrés postraumático: *“la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos (o creencias de los mismos) que representan (o son percibidos como) un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”* (El entrecomillado es del autor).

En el mismo documento se establecen las especificaciones para concretar el inicio y la duración de los síntomas, siendo éstas:

- Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses.
- Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Algunas de las características que describen, así como los trastornos mentales más frecuentes, son establecidos en el mismo Manual de la siguiente manera: los individuos que sufren del trastorno, pueden

sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido a una situación en la cual otros perdieron la vida. Una manera de afrontar dicha culpabilidad, son los comportamientos que simulan o simbolizan el trauma original. Generalmente, este comportamiento interfiere acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. En el mismo manual, se afirma “Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (por ejemplo abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas. En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias”.

Son criterios para el diagnóstico, que comparte en lo fundamental el DSM IV-TR y la Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 10 (CIE -10), los siguientes:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la re-actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. restricción de la vida afectiva (por ejemplo incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. sensación de un futuro desolador (por ejemplo no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. irritabilidad o ataques de ira.
3. dificultades para concentrarse.
4. hipervigilancia.
5. respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico-significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

PERSONALIDAD CRIMINAL

Las preguntas que se plantean desde la psicología criminal son las siguientes: ¿Existe una personalidad delincinencial? ¿Existen rasgos comunes en los sujetos que han cometido delitos? ¿Los rasgos son particulares de los delincuentes o los comparten quienes no han cometido delitos?

Para intentar dar una respuesta, se han utilizado criterios para diferenciar un comportamiento antisocial frente a otro que puede definirse como socialmente correcto.

En este apartado se definirán los criterios clínicos:

- La Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 10 (CIE -10), define los trastornos disociales (F90) como el *patrón permanente en el comportamiento anormalmente agresivo o desafiante en el que existen:*
 - Peleas
 - Abusos
 - Intimidaciones
 - Crueldad
 - Hurtos
 - Mentiras
 - Vandalismo

Según los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión revisada (DSM-IV-TR) este comportamiento es denominado Trastorno Antisocial de la Personalidad (DSM-IV-TR, 2003:784 y sgts.), cuyo comportamiento se define como: “un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o en la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad”. Indica como criterios para el diagnóstico, los siguientes:

- a) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, indicados a través de:
 - Fracaso por adaptarse a las normas sociales
 - Deshonestidad
 - Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
 - Irritabilidad y agresividad
- b) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, indicados a través de:
 - Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 - Irresponsabilidad persistente
 - Falta de remordimientos
- c) El sujeto tiene al menos 18 años
- d) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años
- e) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco

Un tercer criterio es el comportamental, definido por Miguel Ángel Alcázar Córcoles como Patrón Desinhibido de Conducta (PDC) y el Patrón Extravertido de Conducta (PEC). El primero de ellos, PDC, se correlaciona con tres dimensiones: psicoticismo, impulsividad, y búsqueda de sensaciones, que se muestran como consistentes en las descripciones de las conductas delictivas. De la misma manera, estos tres elementos, integran un tipo de personalidad definida como *desinhibida* (Zuckerman, 1994), y componen una dimensión más amplia llamada *Búsqueda de sensaciones Impulsiva no Socializada*.

Por otro lado, para caracterizar en lo particular la conducta sexual, se consideran los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión revisada (DSM-IV-TR) este tipo de comportamiento se puede ubicar dentro de las parafilias, que se definen como la “presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo exitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: objetos no humanos; el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja; niños u otras personas que no consienten”. (DSM-IV-TR, 2003:635), estableciendo como tales las siguientes:

- *Exhibicionismo*: exposición de los propios genitales a una persona extraña.
- *Fetichismo*: sexualización de objetos inanimados.
- *Frotteurismo*: contacto y roce con una persona en contra de su voluntad.

- *Pedofilia*: actividades sexuales con niños púberes.
- *Masochismo sexual*: acto real de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento.
- *Fetichismo transvestista*: el varón se viste de mujer.
- *Voyeurismo*: Observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas
- *No especificadas*: escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, clismafilia (enemas) y urofilia.

PERSONALIDAD DEL VIOLADOR

No existe un perfil propio de los delincuentes, o dicho de otra manera, una personalidad delincuente. No obstante, pueden detectarse un conjunto de elementos presentes en las personas que comenten delitos. Este principio desarrollado por Robert K. Ressler, investigador criminal, lo establece como perfiles o perfílación criminal. Ressler afirma que los delincuentes sexuales no buscan beneficiarse económicamente de su delito, sino una satisfacción emocional (Ressler y Shachtman, 2005).

El principio básico en el que se sustenta esta concepción es la categoría de personalidad y es entendida como la estructura de orden afectivo y operativo que conlleva una tendencia a comportarse de una determinada manera. Se compone de temperamento, carácter, factores sociales y educativos. Los comportamientos característicos temperamentales de los individuos an-

tisociales pueden ser observadas con mucha frecuencia en sujetos que no cometen conductas delictivas. No obstante, numerosos estudios han mostrado que algunos rasgos temperamentales y de personalidad, que poseen cierto grado de determinación genética, se asocian a una mayor frecuencia e intensidad de conducta agresiva en población normal y en delinquentes, tales como aquellos rasgos denominados como “búsqueda de sensaciones” (Zuckerman, 1994), “impulsividad” (Luengo, Carrillo de la Peña, Otero, y Romero, 1994) y “baja evitación del riesgo” (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) son factores vinculados a la agresividad. En niños, se han propuesto como precursores infantiles de la conducta delictiva grave de los adultos, el trastorno negativista desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Psychiatric Association, 2003; Lahey, Waldman, y McBurnett, 1999; Loeber *et al.*, 2000).

Podemos identificar estos rasgos en comportamientos caracterizados por:

- Búsqueda de sensaciones
- Baja percepción del riesgo o daño
- Baja capacidad para diferir la gratificación
- Tendencia a responder rápidamente a estímulos (impulsividad)
- Dificultad para controlar sus deseos
- Audacia
- Poca capacidad de espera
- Actitud hostil
- Dependencia emocional

Para el caso del comportamiento sexual, podemos identificar tres tipos de violadores:

- *Impulsivos*: Inestables e irascibles emocionalmente, solitarios, hipersensibles, se alteran con facilidad, pudiendo presentar un trastorno límite de la personalidad. El maltrato más frecuente es el psicológico y limitado al hogar.
- *Instrumental*: La depresión y la ira son más bajos que en el impulsivo, en tanto que los niveles son más altos en cuanto al narcisismo y manipulación, amenazan y agreden a la pareja. La violencia es habitual y generalizada.
- *Sobrecontrolados*: Menos violentos que los anteriores, se reflejan en el maltrato psicológico, son pasivos y dependientes y con rasgos obsesivos, con riesgo de “explosión” emocional intensa, pero breve.

Se han encontrado como rasgos más frecuentes en estudios en delincuentes sexuales los siguientes:

- Estado emocional intenso de ira
- Impulso para hacer daño
- Percepción de vulnerabilidad
- Pobre repertorio de conductas (comunicación – resolución de conflictos)
- Acentuada tendencia hacia la violencia
- Alteraciones psicológicas
- Posible daño cerebral
- En la familia no hay relaciones cálidas y seguras
- Historia de agresiones
- Maltrato infantil
- Trastornos mentales

Como se mencionó líneas arriba, la perfilación criminal aporta elementos empíricos que nos permiten conocer algunas de las características físicas, psicológicas y sociológicas determinadas como probables del presunto autor de una serie de crímenes, que permite orientar la investigación policial y facilitar el descubrimiento de su identidad, detención y obtención de evidencias que demuestren su culpabilidad.

El perfil psicológico se elabora siguiendo las fases de evaluación (en la que se integra la información previa obtenida), resolución (determinación de las características críticas del criminal) y utilización (sugerencias para la investigación).

Fines del perfil criminal

- Reducir el número de sospechosos
- Identificar y enlazar posibles crímenes de una serie
- Diseñar estrategias de investigación
- Proveer técnicas adecuadas de interrogatorio

Para la perfilación criminal se consideran las características morfológicas (edad, sexo, raza, apariencia física), psicológicas (inteligencia, equilibrio sexual y emocional, características de personalidad, perversiones / patologías sexuales y conducta resultante y su motivo) y sociológicas (estado civil, estatus económico, entorno familiar, nivel educativo, equilibrio social, residencia en relación al lugar del crimen). Para Hilda Marchiori, son rasgos característicos de la personalidad del violador:

- El delincuente sexual es un sujeto que presenta una acentuada inadecuación sexual, una actitud de desprecio y marginación por la mujer y un temor por enfrentarse a relaciones interpersonales.
- La inseguridad básica que exhibe el violador, resulta paradójal con el ataque agresivo, generalmente es tímido, retraído, inhibido, desconfiado, automarginado. Su pensamiento está elaborado por ideas obsesivas en relación a los aspectos sexuales, tiende a ser ilógico porque es el de una personalidad inmadura y conflictiva. La comunicación infantil, con dificultades para relacionarse, con un grave trastorno con los aspectos afectivos y un comportamiento inestable. El deterioro de los valores morales y sociales es progresivo (Marchiori 1988: 76 y 77)
- El violador presenta una alternación de su conciencia, niega sus conflictos y comportamientos asociales y agresivos, por ello atribuye su ataque sexual al comportamiento de la víctima.
- El violador ha sido el delincuente más protegido por las instituciones de la administración de justicia, porque se ha interrogado a la víctima, se ha dudado de su denuncia, de su declaración, de su veracidad, de su comportamiento, de sus costumbres.
- La víctima ha sido considerada como una víctima provocativa, imprudente, culpable de haber suscitado, incitado al delito (Marchiori 1988)
- Las amenazas del violador son de toda índole, desde la exhibición de un arma de fuego, armas blancas, golpes, puntapiés, destrozo de la ropa, drogas, ácidos, sustancias inflamables, etcétera.

- La violación es un comportamiento generalmente premeditado, cuyo fin es la violencia. El violador no ataca al azar, sino que planifica su agresión, busca a la víctima, se prepara para agredirla. No existe un fin sexual, sino un fin de violencia.
- La percepción que tiene la víctima ante el agresor es frecuentemente el de un individuo descontrolado, violento, sádico, que demuestra en el acercamiento y en el ataque a la víctima extrema crueldad, que desea humillar y destruir moralmente (Marchiori, 1988).
- La violación es un acto de violencia en el que se priva a la mujer de todo control, su sensación de seguridad y autonomía se hacen añicos. La mujer intenta actuar normalmente, suele hacerlo como un medio para recuperar el control. Se ve obligada a ceder a las exigencias del otro, a dejar que utilicen su cuerpo sin consentimiento. La seguridad y la confianza estallan y la víctima cae en una dependencia casi infantil.
- La *muerte* de la víctima luego del ataque sexual es realizada por la situación de pánico y descontrol del delincuente, ante los gritos de auxilio de la víctima o del acercamiento de otras personas al lugar o porque la víctima lo ha identificado.
- El homicidio es, a veces, expresión de una sexualidad anómala, ya que sólo a través de él consigue el delincuente el orgasmo (Marchiori, 1988).

Por otra parte, los resultados obtenidos en una muestra de delincuentes sexuales del inventario de la

personalidad denominado 16 Factores de la personalidad, los factores puntuados son los que a continuación se enlistan:

- Reservado, discreto, crítico, apartado, baja autoestima
- Alta capacidad intelectual
- Afectado por los sentimientos, con debilidad yoica
- Impetuoso
- Activo, desacata las reglas, con un superyó débil
- Realista, confiado en si mismo, calculador
- Desconfiado y suspicaz
- Astuto, mundano, socialmente consciente
- Aprensivo, autorrecriminante, inseguro, preocupado
- Autosuficiente, prefiere sus propias decisiones.
- Sigue sus propios impulsos
- Teso, frustrado, impulsivo y sobreexitado.

MECANISMOS INHIBIDORES DE LA VIOLENCIA

Después de revisar las teorías en torno a la delincuencia, particularmente la delincuencia vinculada con delitos sexuales, podemos llegar a la conclusión de que una manera de afrontar esta problemática es el desarrollo de habilidades sociales, particularmente.

1. Manejo no violento de conflictos
2. Detección y manejo de la ira
3. Desarrollar dos elementos esenciales para la socialización:

- *El apego*: transmisión de valores y modelos que actúa con una fuerte motivación para el aprendizaje de conductas socialmente recompensadas. Produce seguridad y facilidad para el aprendizaje de modelos adaptativos. Media en el desarrollo de características tales como la cognición social y la autoestima.
- *La empatía*: Capacidad para ponerse en el lugar del otro, tanto cognitiva como afectivamente y sentir la necesidad de ayudar al que lo necesita. Conducta prosocial que promueve el altruismo y ayuda al control de la agresión.

REFERENCIAS

- Akers y Sellers (2004) *Criminological. Theories: Introduction, Evaluation, and Application. Fourth Edition*. Los Angeles, CA: Roxbury Publishing.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4ª ed.). Cincinnati (EEUU): Anderson Publishing Co.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR*. Barcelona España: Masson.
- Bandura (1987) *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Catell R.B. (2001) *Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad* (2ra. Ed.). México: Manual Moderno.
- Chalmers A. (1984). *¿Qué es esa cosa llamada Ciencia?* España: Siglo Veintiuno.
- Clemente, M (Coordinador, 1998.). *Fundamentos de Psicología Jurídica*. Madrid: Pirámide.

- Congreso del Estado Libre y Soberano de Jalisco. *Código penal para el estado libre y soberano de Jalisco*. Decreto Número 10985. Aprobado: 2 de agosto de 1982, publicado: 2 de septiembre de 1982, vigencia a partir del 2 de noviembre de 1982. Última reforma del Decreto Número 23308/LIX/10. Vigente.
- Eysneck y Gudjonsson (1989). *Personality and Individual Differences Personalidad y Diferencias Individuales*. Volume 42, Issue 7, May 2007, Pages 1243-1253.
- Farrington, D. (2003). Developmental and lifecourse criminology: Key theoretical and empirical issues. The 2002 Sutherland Award address. *Criminology*, 41, 221-255.
- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 929-964.
- Feldman, M. P. (1989). *Comportamiento Criminal: un análisis psicológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García-Pablos A. (2003). *Tratado de Criminología*” 3ra. Ed. Valencia España: Triant lo Blanch.
- Garrido, V., Per S. y Santiago R. *Principios de Criminología*. 2da. Ed. España: Tirant Lo Blanch.
- Kuhn T. (1966). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lazarus R. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., y Zera, B. A. (2000). Positional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, parte

- I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Luengo, A., Carrillo, M. T., Otero, J. M., y Romero, E. (1994) A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Personality processes and individual differences*, 66, 3, 542-548. Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993 Lahey, Waldman, y McBurnett, 1999;
- Marchiori, H. (1998). *Criminología. La víctima del delito*. México: Porrúa.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Clasificación Internacional de las Enfermedades, capítulo V. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria*, adaptación para España, Madrid.
- Popper K. (1967). *La Sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Ariel
- Ressler, R. K., y Shachtman, T. (2005). *Asesinos en serie*. Barcelona: Ariel. (Trabajo original publicado en 1992).
- San Martín, J. (Compilador, 2004, 3ra. Ed.). *El laberinto de la violencia*. Editorial Barcelona España: Ariel.
- Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, para la prestación de servicios de salud. criterios para la atención medica de la violencia familiar*. revisada en 2009.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

CAPÍTULO IV
¿CONDUCTAS PARASUICIDAS EN
ADOLESCENTES ESTUDIANTES?
DETECCIÓN Y REFLEXIONES
METODOLÓGICAS

Catalina González-Forteza, Liliana Mondragón,
Alberto Jiménez, Luciana Ramos,
Fernando Wagner
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Muñiz, Dirección de Investigaciones
Epidemiológicas y Psicosociales
Morgan State University,
Prevention Sciences Research Center

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud, en las últimas décadas se ha identificado una tendencia creciente del suicidio, en la que se involucran en esta conducta autodestructiva a los intentos suicidas y las lesiones autoinflingidas deliberadamente, lo cual deriva en importantes repercusiones en la salud y discapacidad en personas entre de 15 y 44 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2005). México no es la excepción identificando esta problemática se identifica también en población adolescente escolar. Por ejemplo, estudios con muestras representativas de estudiantes (13-18 años de edad) en la Ciudad de México (1997, 2000

y 2003) identificaron prevalencias de lesiones autoinfligidas deliberadamente –LAD– de: 8.3, 9.5 y 11.1%, respectivamente (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002; Borges, Medina-Mora, Zambrano y Garrido, 2006; Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco y Walters, 2005; Villatoro, Hernández, Fleiz, Blanco y Medina-Mora, 2004).

Se han planteado que en la problemática suicida parece existir un continuo que se origina en las ideas y los gestos autodestructivos, la planeación y el intento y termina en el suicidio consumado (Maris, 2002); este último definido como cualquier caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima misma, sabiendo que va a producir un resultado fatal (Durkheim, 1897 en Durkheim, 1974). Esta definición distingue al suicidio de los comportamientos autodestructivos involuntarios o inconscientes. La Organización Panamericana de la Salud (2005) ha propuesto los términos: “comportamiento suicida mortal” para el suicidio consumado y “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas no mortales: intentos de suicidio, parasuicidio y daño autoinfligido deliberadamente. Indudablemente se reconoce que existen diferencias entre aquéllos que completaron el acto suicida, quienes lo intentaron sin planeación previa, quienes se auto-dañaron sin querer quitarse la vida y quienes sólo tuvieron ideas de muerte (Borges, Anthony y Garrison, 1995). Las diferencias suelen ocurrir en la etiología, en el curso clínico, en la historia natural, en los motivos y en los métodos.

Aun así, es frecuente encontrar el uso indistinto de los términos en lesiones autoinfligidas deliberadamente –LAD– e intentos suicidas –IS–, aunque tienen diferencias en su definición, etiología y, por tanto, en sus posibles consecuencias. Ambas son conductas relacionadas con el suicidio consumado; es decir, pueden tener como resultado la finalización de la propia vida, y por ello su potencial riesgo suicida. La distinción radica en que el IS es una conducta autodestructiva que se realiza con el deseo consciente y voluntario de quitarse la vida (Durkheim, 1897 en 1974); mientras que las LAD se llevan a cabo sin que el fin último sea necesariamente quitarse la propia vida.

Las LAD y los IS, como conductas parasuicidas –con potencial suicida–, son consideradas como factores de riesgo para el suicidio consumado y también como indicadores de malestar emocional extremo (Gómez, Lolas y Barrera, 1991).

A su vez, hacer la distinción conceptual y metodológica entre las LAD y los IS es necesario para identificar y estructurar una caracterización más precisa de sus manifestaciones y particularidades para detectar la magnitud y la especificidad de cada conducta parasuicida en diferentes poblaciones, atendiendo a los diferentes niveles de riesgo suicida potencial, y por ello a las necesidades de atención para la salud mental.

Identificar la magnitud de la problemática parasuicida es importante reconociendo que existen dos aspectos que influyen en el reporte y en el registro de las conductas parasuicidas. Por un lado, los informes sobre conductas parasuicidas suelen ser poco fidedignos, ya que por lo regular se subestima la dimensión de los intentos por la dificultad de su registro oficial y

porque existe cierta carga social y cultural que implica su estigmatización; casi 75% de quienes lo intentan no acuden a un servicio de urgencias, ya sea porque el método no es letal o porque son menores de edad y necesitan acudir con un adulto responsable (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). Por otro lado, las estadísticas suelen incluir indistintamente a las LAD y a los IS, clasificándolos como parte de un mismo evento.

Para diferenciar ambas conductas es necesario indagar sobre el propósito de la autolesión; estableciendo las diferencias entre quienes ejecutan la conducta auto-destructiva con un propósito consciente de morir o dejar de vivir; de quienes la realizan queriendo seguir con vida, creyendo que no ponen en riesgo su vida.

Al mismo tiempo es importante depurar las definiciones conceptuales, se debe contar con las definiciones operacionales y los instrumentos de medición para obtener información más precisa sobre las LAD y los IS y caracterizar cada una de ellas para una comprensión más adecuada de esta problemática: sexo, número de veces en la vida, las edades de la primera y de la última vez, además de los métodos, los motivos y los propósitos, etc. Es así que los objetivos de este trabajo son: 1) identificar la magnitud y describir las características de las conductas parasuicidas: LAD e IS en cada sexo; y 2) comparar sus características: edad de la única/primer vez, edad de la última vez, método, motivo y propósito en adolescentes estudiantes de secundaria (educación media) en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

MÉTODO

El estudio fue transversal y *ex post facto*. Los datos se recabaron mediante una encuesta con toda la población de estudiantes de dos escuelas en el Centro Histórico de la Ciudad de México (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

PARTICIPANTES

1,553 estudiantes: 54.8% hombres (n=834) y 45.2% mujeres (n=689), proporcionalmente distribuidos en los tres grados de secundaria. La edad promedio fue de 14 años ($X=13.6$, $DE=1.0$).

INSTRUMENTO

Cédula de Indicadores Parasuicidas –CIP–, que contiene preguntas para obtener información sobre las LAD y los IS a lo largo de la vida (González-Forteza, Chávez-Hernández, Álvarez, Saldaña, Carreño y Pérez, 2005). En la CIP se pregunta: “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?” y se indaga sobre la letalidad del deseo de muerte (para distinguir LAD e IS), el número de veces que se ha hecho, las edades de la primera y de la última vez, el método utilizado en la única o última vez, los motivos y propósitos. La CIP se ha validado en estudios previos y ha mostrado su utilidad y consistencia en diferentes regiones del país (González-Forteza *et al.*, 2003; Unikel, Gómez-

Peresmitré y González-Forteza, 2006) y en otros países (Villalobos-Galvis, 2009).

El criterio para distinguir las LAD de los IS fue el indicador de letalidad: “Esa última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida: ¿Quería seguir viviendo / No me importaba si vivía o moría / Quería dejar de vivir?” De esta forma, los participantes que respondieron: “Quería seguir viviendo”, se categorizaron como LAD; mientras que quienes contestaron: “No importaba si vivía o moría” o “Quería dejar de vivir” se categorizaron como IS.

Se hizo un análisis de contenido de las respuestas a las preguntas abiertas respecto a: los métodos, motivos y propósitos de la única/última vez, de acuerdo con el marco teórico y conceptual de esta investigación. De esta forma, el método se clasificó en: Objetos punzocortantes, Intoxicación con medicamentos, Aventarse al vacío, Golpes, Ahogarse, Dejar de comer y Dispararse (con arma de fuego). Los motivos se agruparon en: Esfera Interpersonal y Esfera Emocional. La primera se definió a partir del reporte de conflictos en las relaciones con otros y quedaron categorías como: Violencia familiar, Problemas familiares y Problemas con el novio(a). En tanto que la Esfera Emocional se refirió al reporte de motivos emocionales: Sentimientos de rechazo, Desprecio familiar, Depresión, Tristeza y Enojo. Los propósitos se clasificaron en dos grupos: Hacia sí mismo (alivio de sufrimiento emocional) y Hacia otros (como medio de comunicación). El primero contuvo categorías como: Dejar de sufrir, Dejar de vivir, No causar problemas. El segundo incluyó: Llamar la atención, Provocar sufrimiento a los demás, Desquitar el coraje.

PROCEDIMIENTO

La participación voluntaria de los estudiantes se acordó mediante consentimiento informado verbal. No se presentaron rechazos. Los alumnos recibieron el cuestionario de formato autoaplicable, el cual respondieron dentro de sus salones de clase, en un tiempo estimado de 50 minutos. La aplicación la realizó un equipo capacitado de psicólogos en formación, y sin la presencia de maestros, ni de otra autoridad escolar. Para la captura y procesamiento de los datos se utilizó la versión 15 de SPSS (SPSS, 2006).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Una vez que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y previa autorización de la Secretaría de Educación Pública y de los planteles escolares participantes, a los estudiantes se les invitó a participar voluntariamente en la encuesta mediante el consentimiento informado verbal, indicándoles que su colaboración era anónima y garantizándoles confidencialidad en el manejo de la información.

RESULTADOS

La frecuencia global de las conductas parasuicidas alguna vez en la vida (LAD e IS de manera conjunta) fue de 12.2% (5.8% en hombres y 20.5% en mujeres). El

promedio de veces en las que se habían herido, cortado o intoxicado con el fin que quitarse la vida fue de tres ($X = 3.4$, $DE = 4.18$).

En cuanto al episodio único y episodio recurrente (más de una vez), 45.9% lo llevó a cabo una sola vez y 54.1% dos o más veces en su vida. En la tabla 1 se muestra que la frecuencia del evento único fue mayor en los hombres; las mujeres reportaron más la presencia del episodio recurrente, sin que la diferencia fuera significativa.

Tabla 1. Episodios de conductas parasuicidas alguna vez en la vida, en cada sexo

	Hombre	Mujer	Total
Episodios	%	%	%
Único	51.4	44.2	45.9
Recurrente	48.6	55.8	54.1

La edad promedio global de la primera vez de la autolesión fue de 11 años ($X = 11.5$; $D.E. = 2.27$) y de la última vez fue a los 12 años ($X = 12.4$; $D.E. = 2.28$). Los hombres tenían alrededor de 10 años la primera vez que atentaron contra su vida y 11 años la última; mientras que en las mujeres el promedio de edad de la primera vez fue a los 12 años y la última fue cerca de los 13, ambas comparaciones fueron significativamente diferentes (véase tabla 2).

Tabla 2. Edad de la primera y última vez de las conductas parasuicidas, en cada sexo

	Hombre	Mujer				
	X	X	t	F	p	IC 95%
Edad primera vez	10.4	11.9	-4.25	29.97	.000	-2.26 -.828
Edad última vez	11.3	12.9	-4.30	35.57	.000	-2.26 -.885

No se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los motivos ($X^2 = 3.58$, $p = 0.058$). Sin embargo, las mujeres presentaron un porcentaje mayor de problemas relacionados con la esfera interpersonal que los hombres, quienes tuvieron una frecuencia mayor de motivos de la esfera emocional. Tampoco hubo diferencias significativas en los propósitos ($X^2 = 0.801$, $p = 0.371$), pero se observó que el dirigido hacia sí mismo fue mayor en las mujeres que en los hombres, quienes lo dirigieron más frecuentemente hacia los otros (véase tabla 3).

Tabla 3. Motivos y propósitos de las conductas parasuicidas, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
<i>Motivos</i>	%	%	%
Interpersonales	39.0	55.9	52.0
Emocionales	61.0	44.1	48.0
<i>Propósitos</i>			
Hacia sí mismo	67.4	74.4	72.7
Hacia otros	32.6	25.6	27.3

Se formaron dos grupos para comparar las características de las LAD y los IS, a partir de las respuestas al indicador de letalidad. Se clasificó como LAD a quienes respondieron que querían seguir viviendo; los IS fueron quienes respondieron que no les importaba si vivían o morían, y quienes se autolesionaron para dejar de vivir, para morir. Así, 9.0% de los estudiantes reportaron LAD y 3.2% IS. Hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo entre ambos grupos, con mayores porcentajes de mujeres en ambas conductas ($X^2=82.40$; $p=.000$) (véase Tabla 4).

Tabla 4. LAD e intento suicida, por sexo

	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
LAD	4.7	14.2	9.0
Intento de suicidio	0.7	6.1	3.2
			($x^2 = 82.40$; $p = .000$)

La comparación de los métodos utilizados en ambas conductas parasuicidas mostró que predominaron los relacionados con el uso de objetos punzocortantes (LAD=58.1%, IS=41.7%), la ingesta de pastillas o medicamentos (LAD=24.8%, IS=33.3%) y el lanzamiento al vacío (LAD=4.7%, IS=6.3%). En cuanto a los motivos, en las LAD fueron más frecuentes los referidos a la esfera emocional, mientras que en los IS se reportaron más motivos referidos a la esfera interpersonal; sin diferencias estadísticamente significativas ($X^2=2.46$, $p=0.116$). Sin embargo, en los propósitos sí se presentaron diferencias significativas ($X^2=13.08$; $p=0.000$):

en ambas conductas se registró más frecuentemente que el propósito de las conductas parasuicidas estaba orientado hacia los Otros (véase Tabla 5).

Tabla 5. LAD e Intento de suicidio según motivos y propósitos

Motivos			Propósitos ($X^2 = 13.08$; $p = .000$)	
	Interpersonal	Emocional		
	%	%	%	%
LAD	48.0	52.0	64.1	35.9
IS	61.2	38.8	91.7	8.3

DISCUSIÓN

Las conductas parasuicidas son un problema de salud pública. A pesar de las cifras elevadas de suicidios consumados, la ideación y los intentos son más comunes (Nock y Kazdin, 2002) y de mayor costo humano y económico (Organización Panamericana de la Salud, 2005). El porcentaje de conductas parasuicidas alguna vez en la vida en la muestra de este estudio fue de 12%; lo que es más elevado a lo reportado en una muestra representativa de adolescentes residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar y Nock, 2007), en la que se encontró una prevalencia de intento suicida alguna vez en la vida de 4.0 por ciento.

Esta variación se debe a las diferencias metodológicas: a) la definición conceptual y operacional de los constructos: conductas parasuicidas (LAD e IS) vs sólo IS;

b) a los instrumentos de medición: Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP) *vs.* 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI) (World Health Organization, 1990); y c) el formato de administración del instrumento: autoaplicable *vs.* entrevista.

Al respecto, cabe señalar que al considerar en este estudio sólo a los IS, que fue de 3.2%, la magnitud de la problemática identificada es muy similar a la estimada de Borges *et al.* (2007) que fue de 4.0%. Con la salvedad de que la CIP es un instrumento autoaplicable, grupal o individual, y por ello económica y práctica para la detección de poblaciones con riesgo parasuicida, por parte de personal interesado en la salud de los adolescentes.

Respecto a las características de las conductas parasuicidas, se coincide con el predominio de éstas en las mujeres (González-Forteza *et al.*, 2005; Borges, Medina-Mora *et al.*, 2006; Borges, Benjet, Medina-Mora *et al.*, 2007; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee, 2008).

Se ha reflexionado sobre el criterio de letalidad y se ha indicado que es válido para diferenciar a los IS de las LAD (Borges, Medina-Mora, Zambrano y Garrido, 2006; González-Forteza, Chávez-Hernández *et al.*, 2005; O'Carroll, Berman, Maris, Moscinski, Tanney y Silverman, 1996; Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer, Beautrais y Bruffaerts, 2008). En este trabajo, al distinguir a partir de la letalidad (deseo de morir/vivir), se observó que del total de estudiantes que reportaron conductas parasuicidas (12.2%): 3.2% fueron IS, y el restante 9.0% fueron LAD.

Al comparar las características de las LAD y los IS en cuanto a métodos, motivos y propósitos de la úni-

ca/última vez en la vida, se pudo observar que en los métodos no hubo diferencias estadísticamente significativas; lo que sugiere que el método no basta para diferenciarlos, sino que es recomendable indagar sobre la severidad de las autolesiones ocasionadas.

En cuanto a los motivos, los estudiantes con LAD reportaron con más frecuencia los problemas en la esfera emocional (Sentimientos de rechazo, Desprecio familiar, Depresión, Tristeza y Enojo). Una explicación de índole psicológica señalaría que los sentimientos de amargura y culpa están relacionados con el dolor y la perturbación y que podrían encontrar su origen en la presión que ejerce el contexto en el que se desenvuelven, lo que a su vez genera sentimientos de desesperanza y hostilidad hacia sí mismos (Villardón, 1993).

Los estudiantes con IS registraron que sus motivos se debían con mayor frecuencia a problemas en la Esfera Interpersonal (Conflictos con otros, Violencia familiar, Problemas familiares y Problemas con novio-a). Se sabe que a este tipo de dificultades les subyacen sentimientos que se influyen mutuamente y que crean una especie de efecto bidireccional (McKay y Dinkmeyer, 2007). Ejemplo de esto es la ausencia de apoyo familiar, la cual puede desarrollar sentimientos de soledad que, unidos a otras circunstancias y percepciones, pueden desembocar en comportamientos no deseables, como el querer quitarse la vida (Villardón, 1993).

En LAD e IS, los estudiantes reportaron que su propósito estaba más orientado Hacia otros, es decir para: Llamar la atención, Provocar sufrimiento a los demás, Desquitar su coraje. Se han interpretado ciertos intentos de suicidio como actos cuya autoagresión

va dirigida, inconscientemente o no, hacia otro, pero vuelta hacia sí mismo (Cohen, 2007).

La importancia de este estudio respecto a la caracterización específica de las conductas parasuicidas: LAD e IS, radica en el desarrollo de definiciones más claras e instrumentos estandarizados de operacionalización que permitan una comunicación más adecuada (O'Carroll *et al.*, 1996) y arrojen información esencial para la estructuración de estrategias de intervención.

Dado que el fenómeno de las conductas parasuicidas no se refiere a un sólo acto, sino a un grupo más o menos amplio de comportamientos (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, 2007), es importante seguir diseñando instrumentos y herramientas para caracterizar detalladamente sus componentes y la forma en que éstos se comportan los adolescentes para la implementación de recursos de atención, según las necesidades de salud mental en esta población.

La especificidad de la identificación de las conductas parasuicidas en función del riesgo implícito permite la estructuración de estrategias sistemáticas de intervención en los adolescentes escolares, con la perspectiva de atender sus problemas y planificar la prevención, además de que la escuela es un espacio idóneo para la detección de comportamientos de riesgo en poblaciones que no necesariamente llegan a los escenarios clínicos.

Una de las limitaciones importantes del trabajo con este tipo de muestras es que la mayor parte de los estudios relacionados con conducta parasuicida se han llevado a cabo con adolescentes, estudiantes en su gran mayoría, lo cual implica una restricción en la generalización de resultados (Borges, Angst, Nock, Rus-

cio, Walters y Kessler, 2006). Por ello, sería importante detectar la magnitud de esta problemática desde distintas aproximaciones y tipos de estudios en otros tipos de poblaciones (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano y Aguilar-Gaxiola, 2008; Borges, Nock, Medina-Mora, Benjet, Lara, Chiu, Kessler, 2007).

REFERENCIAS

- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescents Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(4): 386-395.
- Borges G, Angst J, Nock M, Ruscio A, Walters E, Kessler R. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 36(12): 1747-1757.
- Borges G, Anthony J, Garrison C. (1995). Methodological relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiol Rev*, 17(1): 228-239.
- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Molnar B, Nock M. (2007). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(6): 654-666.
- Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Garrido G. (2006). *Epidemiología de la conducta suicida en México*, en Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, D. F., SSA. [Reporte]: 205-236.

- Borges G, Nock M, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, Chiu W, Kessler R. (2007). The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide Life Threat Behav*, 37(6): 627-640.
- Borges G, Wilcox H, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco-Jaimes J, Walters E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Sal Men*, 28(2): 40-47.
- Cohen D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim E. (1974). El suicidio. México: Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original (1897): Durkheim, E. *Le suicide*. Etude de sociologie. París: Alcan.
- Gómez A, Lolas F, Barrera A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Sal Men*, 14(1): 25-31.
- González-Forteza C, Chávez-Hernández A, Alvarez M, Saldaña A, Carreño S Pérez R. (2005). Prevalence of deliberate self-harm in adolescent students in Guanajuato State, México: Measurement: 2003. *Soc Behav Personal*, 33(8): 777-792.
- González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4): 524-532.
- González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. (2002). Prevalencia de intento suicida en adolescentes es-

- tudiantes en la Ciudad de México: 1997-2000. *Sal Men*, 25(6): 1-12.
- Maris RW. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329): 319-326.
- McKay G, Dinkmeyer D. (2007). *Cómo conocer sus sentimientos y aprender a manejarlos*, Barcelona: Obelisco.
- Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Sal Men*, 24(6): 4-15.
- Nock M, Borges G, Bromet E, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R. (2008). Crossnational prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 192(2): 98-105.
- Nock M, Borges G, Bromet E, Cha CB, Kessler R, Lee S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1): 133-154.
- Nock M, Kazdin A. (2002). Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suiciderelated outcomes in children and young adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31 (1): 48-58.
- O'Carroll P, Berman A, Maris R, Moscinski E, Tanney B, Silverman M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3): 237-252.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). La violencia autoinfligida. *Revista Futuros-OPS*, 3(9): 201-231.
- Silverman M, Berman A, Sanddal N, O'Carroll P, Joiner T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: background, rationale and methodology. *Suicide Life Threat Behav*, 37(3): 248-263.

- SPSS para Windows Versión 13.0.* (2006). Illinois: SPSS INC.
- Unikel C, Gómez-Peresmitré G, González-Forteza C. (2006). Suicidal Behaviour and Psychosocial Correlates in Mexican women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(6): 414-421.
- Villalobos-Galvis, FH. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de Colegios y Universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2): 165-171.
- Villardón L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España: Instituto de Ciencias de la Educación-Universidad de Deusto.
- Villatoro J, Hernández I, Fleiz C, Blanco J, Medina-Mora ME. (2004). *Encuestas de consumo de drogas en estudiantes III. 1991-2003*, SEP-INPRFM [CD].
- World Health Organization. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Ginebra.

CAPÍTULO V

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO: CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES

Gabriela J. Saldivar Hernández
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente Muñiz

INTRODUCCIÓN

Actualmente uno de los fenómenos que se presentan cada vez con mayor frecuencia en países industrializados es la violencia. Las consecuencias ocasionadas por la violencia son problemas de preocupación internacional.

En los últimos años se ha detectado un aumento considerable de la violencia a pesar de que internacionalmente se ha reconocido como un problema de salud pública. La violencia se puede presentar ya sea en el ámbito doméstico, laboral, social o incluso en el noviazgo (Hija, 2006; Krug, 2003).

Una de las formas de violencia de más relevancia en México que resulta de la discriminación social es la violencia de pareja y de género. En años más recientes, se han realizado en México encuestas nacionales sobre la violencia de pareja, una es la Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres (ENVIM, 2003) en donde se encontró que 21.5% de las mujeres reportan violencia psicoemocional, 19.6% violencia física y 9.8% de violencia sexual. En otra encuesta del mismo año, la Encuesta Nacional sobre las Dinámicas

de las Relaciones Familiares (ENDIREH, 2003) también se encontró que 38.4% de las mujeres reportan violencia psicoemocional, 9.3% violencia física y 7.8% de violencia sexual.

Ante el panorama anterior, el problema de la violencia en pareja en México tiene costos directos e indirectos que impactan no sólo en la calidad de vida de los individuos, sino también en el desarrollo del país.

Una de las principales acciones que tienen que realizar las sociedades ante el fenómeno de la violencia en pareja es la prevención de comportamientos antisociales y violentos que permitan erradicarla. Por eso es de vital importancia prevenir la violencia en pareja desde el noviazgo (Few *et al.*, 2005).

Con respecto al noviazgo, se puede mencionar que en la mayoría de las culturas es una etapa de experimentación y de búsqueda en adolescentes y jóvenes, donde el enamoramiento, juego, el flirteo y la aventura de conocer a otra persona los hace sentir diferentes. También es cierto que brinda la oportunidad de vivir situaciones nuevas que permitan crecer y en ocasiones, puede llegar a ser un preámbulo para una relación de mayor duración. Sin embargo, existen ciertos tipos de experiencias como la violencia, que no siempre son funcionales para iniciar una pareja estable. La violencia durante el noviazgo ha sido mucho menos estudiada que la violencia marital. Algunas investigaciones internacionales indican que su incidencia puede ser más elevada de lo que se piensa, por ejemplo se ha encontrado que 17% de las mujeres y 9% de los hombres señalaban haber sufrido algún tipo de violencia durante sus relaciones de noviazgo (Ackard, Neumark-Sztainer y Hannan, 2003).

A nivel internacional la violencia en el noviazgo ha sido estudiada desde finales de los años cincuenta por Kanin (1957) quien encontró que 30% de las estudiantes universitarias reportó amenazas para tener relaciones sexuales o relaciones sexuales forzadas durante el noviazgo. Es hasta los años ochenta donde el tema vuelve a tomar interés con la investigación de Makepeace (1981) quien encontró que 20% de la población de adolescentes padeció algún tipo de violencia en la etapa del noviazgo. Posteriormente, muchas investigaciones internacionales se enfocaron a estudiar este tipo de violencia en diferentes grupos de edad y escolaridad. En estudios internacionales con adolescentes se ha encontrado un rango de frecuencia de entre 10 a 35% (Bergman, 1992; Foshee *et al.*, 2003), a nivel bachillerato y universitario, los estudios reportan que aproximadamente una tercera parte o la mitad de la muestra dicen haber experimentado violencia en el noviazgo (Byers *et al.*, 1988; 1996; González-Méndez *et al.*, 2001; Koss *et al.*, 1987; O'Leary *et al.*, 2003; Stets *et al.*, 1991).

Entre las consecuencias sobre la violencia en el noviazgo, diversos estudios han reconocido que se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar (Rivera-Rivera, 2006). Se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital. Además, la violencia física que se presenta en las relaciones de noviazgo puede aumentar hasta en 15% en los primeros 18 meses de vida de pareja (Rivera-Rivera, 2006).

Como ya se había comentado, se ha reconocido a nivel internacional que la violencia en el noviazgo puede ser un antecedente de la violencia en pareja, por lo que se ha considerado un problema de salud pública en el cual se tiene que trabajar para prevenirla o detectarla de una manera temprana, además de reducir su frecuencia y evitar sus manifestaciones más graves en el área de salud (Hokoda *et al.*, 2006; Rodríguez, 2005; Saldívar, 2006).

Los adolescentes representan uno de los grupos más vulnerables, ya que son una de las poblaciones que se exponen a más factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, además de ser susceptibles a problemas específicos de salud mental como los síntomas depresivos y las conductas suicidas. Por otro lado, la violencia sigue siendo un tema importante en las poblaciones de adolescentes, en especial la violencia que se da en el inicio de las relaciones de pareja (Hokoda *et al.*, 2006; Katz *et al.*, 2002; Krug *et al.*, 2002; Rivera-Rivera *et al.*, 2006; Saldívar, 2002; 2003, 2006).

TIPOS DE VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

A continuación se mencionan brevemente los tipos de violencia que se viven en las relaciones de noviazgo.

Violencia física: todo acto de agresión intencional hacia alguna parte del cuerpo, con algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del agredido, lo que se traduce en daño, o un intento de daño, permanente o temporal de parte del agresor sobre el cuerpo del otro. El

abuso físico según Foshee (2004) incluye “una escala que puede comenzar con un pellizco y continuar con los empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones hasta el homicidio”.

Violencia emocional: son aquellas formas de agresión que no inciden directamente en el cuerpo pero sí en la mente. Se incluyen prohibiciones, condicionamientos, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, burlas, actitudes devaluatorias, de abandono, conductas de acoso o control, etc. (Saldívar, 2003).

Violencia sexual: toda forma de conducta consistente en actos y omisiones ocasionales o reiteradas y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la relación de prácticas sexuales no deseadas. De acuerdo con Saldívar, (2003, 2006, 2008, 2009), va desde la fuerza física hasta el chantaje emocional. La violencia sexual se ejerce “mediante presiones físicas o psíquicas que imponen relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión”.

Violencia económica: obligar a la otra persona que pida dinero, controlar cada gasto que el otro hace, mentir sobre las posibilidades económicas, ocultar sus ganancias, impedirle trabajar o mantener el empleo y quitarle dinero (Saldívar, 2006).

Las anteriores manifestaciones no son exclusivas de los hombres hacia las mujeres, como tampoco son exclusivas de las relaciones de noviazgo. Por el contrario, son acciones que pueden ser realizadas por cualquiera de los dos miembros de la pareja, en cualquier fase de la relación. En específico, de acuerdo con Rivera-Rivera (2006) los actos de violencia más frecuentes durante el noviazgo son los empujones, las

faltas de respeto, hacer sentir inferior al otro y proferir insultos o gritos con palabras desagradables. Mientras que, el acto de violencia menos frecuente fue la amenaza de terminar la relación en caso de rehusarse a tener relaciones sexuales o no obedecer en todo. Es decir, pareciera que la violencia psicológica suele ser la más común, segunda por la violencia física y sexual, la menos frecuente es la violencia económica. Es importante mencionar que en menor o mayor escala, se pueden presentar los cuatro tipos de violencia, motivo por el cual, es importante tener un mayor conocimiento respecto a sus manifestaciones con el fin de prevenir consecuencias tanto físicas como emocionales que se puedan generar.

Como ya se mencionó, el vivir situaciones violentas o experimentar otros factores de riesgo, puede generar futuras conductas violentas. Debido a lo anterior, identificar cuáles son los principales factores de riesgo tanto individuales y culturales, permite tener un panorama más amplio sobre cuáles pueden ser las variables que al relacionarse entre sí, podrían tener como resultado la aparición de conductas violentas y por ende, la experimentación de consecuencias adversas, que de igual manera, tienen repercusiones a nivel individual y social.

FACTORES DE RIESGO

El realizar determinadas conductas como actos violentos durante el noviazgo o por el contrario experimentarlos dentro de la relación, depende de la existencia de diversos factores, denominados de riesgo los cua-

les consisten en toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de provocar o sufrir actos violentos en contra de otro, en este caso la pareja.

Entre dichos factores podemos encontrar factores socioculturales y factores individuales, que al verse combinados, provocan que el sujeto se encuentre en un mayor riesgo de ejercer o vivir violencia durante su relación de noviazgo.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales, se refieren al conjunto de creencias, valores y normas adoptadas por una sociedad, los cuales influyen en la percepción que tienen los sujetos sobre ellos mismos y su relación con los demás y su medio. Las reglas de la sociedad en la que nos desenvolvemos, determinan lo aceptado y lo prohibido dentro de las relaciones interpersonales.

Dentro de los factores socioculturales propios de la sociedad mexicana y que a su vez podrían estar contribuyendo a que día a día aumente la aparición de conductas violentas durante el noviazgo, podemos encontrar la idea que se tiene tanto del ser hombre y del ser mujer, tal como lo señala la teoría de género. En nuestra sociedad, actualmente aunque, se ha ido modificando en el transcurso de los años, al hombre se le concede una imagen dinámica sexualmente, mientras que a la mujer se le percibe como pasiva, abstemia o incluso ignorante (Kreiter *et al.*, 1999), es decir, los estereotipos que se tienen para cada género, influyen sobre la relación entre ellos. Debido a esta idea de

hombre y mujer, en diversos casos se puede encontrar a la mujer como desprovista de herramientas para afrontar situaciones adversas, sin que esto implique que sea verdad, y por lo tanto necesitada del apoyo masculino, mismo que puede ser ejercido con poder extremo y que se puede traducir en malos tratos.

De igual manera, encontramos que la percepción o conocimiento sobre el fenómeno de la violencia (Kreiter *et al.*, 1999), representa de igual manera, un acto que puede traducirse en un factor de riesgo dentro de los noviazgos, muchas de las parejas de adolescentes o adultos jóvenes, consideran las manifestaciones de violencia dentro de una relación como manifestaciones de amor, esto debido a la incapacidad de diferenciar las conductas que provocan tanto malestar como bienestar a nivel personal como dentro de la relación.

En las primeras relaciones amorosas de los adolescentes es donde van a formarse sus ideas iniciales sobre lo que cabe esperar de una relación de pareja y sobre la manera de comportarse en la intimidad, lo que va a repercutir en sus vivencias de la etapa adulta (Dion y Dion, 1993; Furman y Flanagan, 1997). Para algunos adolescentes enamorarse significa haberse topado con su *media naranja*. En la adolescencia, normalmente les atraen aquellas personas con las que tienen mayor afinidad en cuanto a sentido de ideales, aficiones, metas en la vida, etcétera, también es posible que descubran en el otro rasgos que no les parecen indeseables. El problema es cuando estos atributos negativos se malinterpretan. Es el caso, por ejemplo, de los celos o del control exagerado, que para muchas adolescentes son síntomas de amor y preocupación por la pareja y

no los ven como posible inicio de un problema serio (González y Santana, 2001; Hernando, 2007).

De igual manera, junto con la no percepción de los integrantes de la pareja respecto a las manifestaciones de la violencia, encontramos la percepción de los adultos respecto a estas manifestaciones, en muchos de los casos, se suele ver estas acciones, como conductas que al pasar la adolescencia o joven desaparecerán, motivo por el cual no se les debe dar tanta importancia, esto, sin tener en cuenta que en muchos de los casos, si no es que en la mayoría, continúan en etapas posteriores, ya sea con iguales o diferentes manifestaciones.

Dentro de la relación de noviazgo, las expectativas de pareja, es decir, la función que debe de cubrir con una pareja, constituye un factor importante en cuanto a la permisividad hacia conductas realizadas o no por el otro, de acuerdo a la Encuesta sobre Dinámica de las Relaciones de Noviazgo (2007), dichas expectativas giran en torno a concebir a la pareja como alguien a quien amar y compartir sentimiento, una compañía para divertirse y salir, una manera de tratar a alguien antes de casarse, alguien para acariciar o con quien tener relaciones sexuales, principalmente. La incapacidad de llegar a un acuerdo en cuanto a papel que se espera cubra la pareja o no coincidir respecto a las expectativas, puede tener como resultado la aparición de conductas violentas.

De igual manera, lo permitido y no permitido en lo referente a conductas sexuales dentro de la relación, puede generar desacuerdos, mismos que podrían desencadenar eventos violentos (Rodríguez, 2005).

En los ámbitos de la expectativa de la pareja y conductas sexuales permitidas como besos, abrazos, caricias pero sin tener relaciones sexuales o tener relaciones sexuales (Rodríguez, 2005), y los desacuerdos que estos puedan generar, se traducen en un sistema de comunicación deficiente, de igual manera, propio de nuestra cultura. El expresar un desacuerdo u opinión respecto a algún tópico en particular, suele estar acompañado de diversos pensamientos ligados a las expectativas de cada género. Es decir, expresar por parte de la mujer disconformidad respecto a una conducta sexual, por ejemplo, puede ser mal visto debido al papel sumiso que se le otorga, mismo que puede generar una reacción negativa por parte de la pareja que a su vez, puede llevar a conductas violentas tanto en su expresión física como psicológica o sexual.

Tal como ya se había mencionado, contar con creencias tradicionales sobre los roles de género y factores familiares no óptimos (Kreiter *et al.*, 1999), contribuye a percibir las situaciones donde se presentan acciones violentas como aceptables. La adolescencia imprime características únicas a la violencia en el noviazgo, lo que la hace diferente a otros tipos de violencia entre adultos. La adolescencia, es una etapa de propensión a experimentar, a revelarse, las relaciones más importantes son las de amistad; se depende del grupo de amistades para descubrir la identidad personal (Lonngi, 2006). Un muchacho que quiera cumplir cabalmente con el rol de género masculino tradicional dentro de una relación de noviazgo, será propenso a la violencia: aparentar actividad sexual, ser quien tome las decisiones en la relación de pareja, dominar y controlar las actividades, así como los comportamientos

de ella, probar constantemente que él es “hombre” a través de actos agresivos y dureza por temor al estigma de la homosexualidad, esperar que la novia renuncie a sus intereses o a otras relaciones y dé la máxima prioridad a su relación con él. Por otro lado, una muchacha puede ceder a la presión de grupos e intentar cumplir con las prescripciones del rol de género femenino tradicional: creer que puede cambiar al hombre que ama, sentirse culpable por los problemas y responsable del funcionamiento de la relación, pensar que jamás encontrará otro novio, lo que la pondrá en riesgo de involucrarse en relaciones potencial o abiertamente violentas.

Por otra parte, las políticas públicas referentes a la denuncia de la presencia de la violencia en el noviazgo, poco contribuyen hacia su identificación y expresión de disconformidad. Son diversas leyes que castigan los actos violentos intrafamiliares, más son largos los procedimientos para demostrarlas, por el contrario, son menos las leyes que determinan un castigo en el caso de ejercer violencia en relaciones de noviazgo tanto física o sexual como psicológica, la cual representa un hecho difícil de medir y comprobar (Lonngi, 2006).

FACTORES INDIVIDUALES

Se refieren al conjunto de características individuales relacionadas con la historia personal que pueden colocar a los sujetos en una posición desfavorable que permita experimentar o ejercer conductas violentas.

Entre dichos factores encontramos como una variable que de acuerdo a diversos estudios han demostrado tener una gran influencia sobre la aparición de conductas violentas hacia la pareja, tal es el caso de vivir violencia durante la infancia, ya sea de manera vivencial u observacional. El que un sujeto se desarrolle en un contexto en el que la violencia sea permitida, puede provocar el aprendizaje de dichas conductas o las estrategias de afrontamiento frente a las mismas, así como internalizar de manera más amplia a los roles femeninos y masculinos disfuncionales que pueden estar siendo causantes de la violencia.

De igual manera, diversos estudios han demostrado que factores como tener una imagen deteriorada de sí mismo, o tener un rendimiento escolar bajo podría contribuir a en la aparición de conductas violentas en el noviazgo (Raiford, *et al.*, 2007).

Kreiter *et al.* (1999), expone que en el caso de las mujeres, los principales factores de riesgo giran en torno al número de parejas sexuales que ha tenido, el número de intentos suicidas que ha experimentado, el uso de drogas ilegales o alcohol y el número de embarazos.

En el caso de los hombres, Kreiter *et al.* (1999), identifica, que de igual manera que en el caso de las mujeres, el número de parejas representa un factor que podría incidir en sobre la aparición de conductas violentas, al igual que el número de embarazos provocados, la cantidad de ocasiones en las que se ha experimentado relaciones sexuales forzadas y el número de veces que ha sido tratado violentamente.

Por otra parte, de acuerdo con el estudio realizado por Rivera-Rivera (2006), contar con rasgos depre-

sivos aumenta la posibilidad de vivir una relación de noviazgo violenta, de igual manera, se reconoció que las adolescentes que fuman uno o más cigarrillos al día tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia durante el noviazgo en comparación con las no fumadoras. Otra de las variables de conducta de riesgo que se acompaña de la violencia durante el noviazgo fue la intoxicación aguda por el abuso de alcohol, bajo rendimiento escolar y tener antecedentes de relaciones sexuales.

Como podemos observar, la aparición de rasgos de violencia durante una relación de noviazgo, no depende únicamente de una variable, convirtiendo así, a este fenómeno en un tema aún más difícil de estudiar. La cantidad de factores protectores de cada sujeto determinan el efecto que tendrán sobre su persona los distintos factores de riesgo.

CONSECUENCIAS

Experimentar violencia durante una relación de noviazgo, no únicamente tiene como consecuencia el experimentar malestar en el momento en el que ocurre la acción, por el contrario, las consecuencias ocurren tanto a corto, como mediano y largo plazo así como pueden ir desde secuelas leves hasta la muerte.

En relación a las consecuencias, es importante tener en cuenta que por la naturaleza del ciclo de la violencia, resulta difícil para los adolescentes tomar la decisión de concluir la relación, toda vez que el otro, tras un conflicto, se muestra arrepentido/a le pide disculpas y parece que todo vuelve a su cauce. Lo anterior,

provoca que las conductas violentas generen consecuencias aun más graves por su duración y el hecho de que la intensidad pueda ir aumentando (Lonngi, 2006). El ciclo de la violencia es, como su nombre lo indica, cíclico, y nos permite comprender cómo es que el arrepentimiento del agresor suele ser preámbulo de un nuevo evento violento. Este hecho puede no ser fácilmente identificable para las/los adolescentes, sobre todo, si su grupo de pares acepta a la pareja y alienta a continuar la relación, hecho que dificulta aún más dar por terminada la relación violenta (Lonngi, 2006).

Teniendo como base que no existe únicamente un tipo de violencia, las consecuencias, de igual manera, son diversas, y dependen de diversos factores individuales que le permitan o no, encontrar soluciones a la situación. En la literatura internacional se reporta que los daños que sufren las víctimas de violencia son tanto físicos como sexuales, reproductivos y emocionales (Saldivar, 2006). A pesar de eso, en general, podemos encontrar que, experimentar disminución del rendimiento escolar, abandono de la escuela, baja autoestima, trastornos alimenticios como anorexia y bulimia, inestabilidad emocional, embarazos no deseados, uso de sustancias adictivas, violaciones, contagio de infecciones de transmisión sexual e intentos de suicidio o incluso suicidios, son algunas de las consecuencias que puede tener la violencia en una relación de noviazgo.

Es importante tener en cuenta que la presencia de una o más de las consecuencias mencionadas tiene repercusiones no únicamente a nivel personal, sino de igual manera en las relaciones interpersonales que mantiene el sujeto, motivo por el cual experimentar

violencia durante el noviazgo y sus posibles consecuencias aumenta el riesgo de vivir otro tipo de situaciones desfavorables. Por ejemplo, vivir violencia sexual durante un noviazgo puede tener como consecuencia un embarazo no planeado que a su vez puede desencadenar otro tipo de situaciones como el abandono escolar, problemas familiares, etc. El miedo a decir no es, en parte, una causa de las elevadas cifras de embarazos adolescentes: según el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2001), anualmente se producen casi 500 mil embarazos adolescentes en México, los cuales representan 25% de total de los embarazos registrados en el país.

En caso de haber sufrido violencia física, las consecuencias pueden girar en torno a lesiones como moretones e hinchazón (Castro y Cacique, 2006), consecuencias que suelen ser las identificadas con mayor facilidad debido a que consisten en cicatrices físicas. Por otra parte, experimentar violencia en cualquiera de sus manifestaciones puede tener como consecuencias físicas enfermedades gastrointestinales ocasionadas por el estrés que puede estar viviendo la víctima. De igual manera, según (Glass *et al.*, 2003), en un estudio de estudiantes de secundaria, la exposición a violencia física se asoció con depresión, cólera, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fracaso escolar e ideas suicidas. Se ha reportado también que las tasas de depresión y trastornos alimenticios, así como consumo de alcohol, drogas y tabaco eran más de dos veces superiores en las chicas que reportaban violencia física o sexual en la pareja que las chicas que no habían sido abusadas.

IMPLICACIONES

La violencia detectada en el noviazgo está asociada a una serie de factores de riesgo multidimensionales.

Las investigaciones tienen que estar más enfocadas a centrarse en conocer el peso específico de estos indicadores de riesgo, tanto a nivel de los agresores como de las víctimas. Sólo así se podrán establecer actuaciones de detección temprana y eficaz así como estrategias de prevención focalizadas en objetivos concretos.

El reto actual más importante es la prevención de la violencia de pareja, especialmente entre las parejas adolescentes. El momento clave es al comienzo de la relación, cuando se está en la fase de exploración mutua.

El contenido de estos programas se tiene que centrar en la ampliación de los conocimientos sobre la violencia durante el noviazgo y en la modificación de las actitudes que sustentan la violencia en las relaciones de pareja, así como en la reducción de los mitos y falsas creencias en torno a los estereotipos de género.

Los programas tienen que ser encaminados a que los adolescentes tengan una mayor capacidad para detectar comportamientos de violencia y una actitud más favorable para buscar ayuda en los casos necesarios, así como la mejora en las habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

Investigaciones internacionales han comprobado que los adolescentes que han participado en este tipo de programas preventivos han reducido su implicación en conductas violentas, tanto en su papel de víctimas como en el de agresores.

Cualquier programa de prevención debe incluir aspectos educativos sobre las diferentes formas de *violencia en el noviazgo*, así como la comprensión de las variables asociadas a este tipo de violencia y la detección de los factores de riesgo.

Asimismo es necesario desarrollar una *educación igualitaria y no sexista*. Se precisa promover también una *educación basada en valores prosociales* (como el respeto, el amor, la tolerancia el perdón, la responsabilidad, la empatía, etcétera).

También se trata de enseñar *habilidades de comunicación y de solución de problemas* en los adolescentes para desarrollar relaciones saludables, de comunicación y de resolución de conflictos.

Todas estas acciones a realizar tienen que tener como objetivo a largo plazo a erradicar la violencia de cualquier tipo de relación afectiva incluyendo el noviazgo.

REFERENCIAS

- Ackard, M.D., Ztainer, D.N. & Stat, H.P. (2003). Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls boys associations with behavioral and mental health. *J Gend Specif Med*, 6: 39-48.
- Bergman, L. (1992). Dating violence among high school students, *Social Work*, 37(1): 21-27.
- Byers, E. S. & Lewis, K. (1988). Dating couples disagreements over in the desired level of sexual intimacy, in *Journal of Sex Research*, 24: 15-29.

- Byers, S. & O'sullivan, L. F. (1996). *Sexual coercion dating relationships*. Ed. The Haworth press. New York.
- Castro R.P., (2007). Encuesta sobre la Dinámica de las Relaciones de Noviazgo entre estudiantes de Bachillerato y Preparatoria de una Escuela Privada, 2006, Marco Teórico, Diseño Metodológico y Resultados, Instituto Nacional de las Mujeres, México.
- Castro, R. & Cacique I. (2006). *Violencia de pareja contra las mujeres en México: en busca de datos consistentes*, Informe Nacional sobre Violencia y Salud, México, pp. 123-163.
- Dion, K.K. & Dion, K.L. (1993). „Individualistic and collectivistic perspectives on gender and the cultural context of love and intimacy”, *Journal of Social Issues*, 49, 53-69.
- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003). Olaiz G, Rico B, Del Río A. Instituto Nacional de Seguridad Pública.
- Encuesta nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENIREH 2003). R. Castro, F. Riquer y M.E. Medina (coords.), México, D.F., Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- Few, A. L., & Rosen, K. H. (2005). “Victims of chronic dating violence: How women's vulnerabilities link to their decisions to stay”, *Family Relations*, 54 (2): 265-279.
- Foshee, V.A., Bauman, K.E., Linder, G.F., Benefield, T. & Suchindran, C. (2004). “Assessing the long-term effects of the safe dates program and booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration”, *American Journal of Public Health*, 94, 619-625.

- Furman, W. & Flanagan, A.S. (1997). "The influence of earlier relationships on marriage: An attachment perspective", en W.K. Halford & H.J. Markman (dirs.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 179-202). Chichester: Wiley.
- Glass N., Fredland N., Campbell J., Yonas M., Sharps P. & Kub J. (2003). "Adolescent dating violence: prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice", *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 32 (2): 227-238.
- González, M^a P., Muñoz, M. J. & Graña, J. L. (2003). "Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión", *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3, (3): 23- 39.
- González, R. & Santana, J.D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*, Madrid: Pirámide.
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología*, 25, 325-340.
- Hijar, M.I. (2006). "Violencia y salud pública". En: Lozano R. del Río A., Azaola E., Castro R., Pamplona F., Atrián M. L. e Híjar M. (Eds.), *Informe Nacional sobre -Violencia y Salud. México: Secretaría de Salud y UNIFEM. pp.1-14.*
- Hokoda, A., Ramos-Lira L, Celaya P, Vilhauer K, Angeles M, Ruíz S, Malcarne V & Duque Mora M (2006) "Reliability of Translated Measures. Assessing Dating Violence Among. Mexican Adolescents", in *Violence and victims*, 21(1) 117-127.

- Kanin, E. J. (1957). "Male aggression in dating-courtship relations", in *America Journal of Sociology*, 63: 197-204.
- Katz J, Kuffel S. W. & Coblentz A. (2002). "Are there gender differences in sustaining dating violence? An examination of frequency, severity, and relationship satisfaction", in *Journal of Family Violence*, 17 (3), 247-271.
- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwin, A. B. & Lozano, R. (2002). La violencia en la pareja. En *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (Documento 588 WHO/PHA): 161-197.
- Koss, M. P., Gidycz, C. A. & Winsniewski, N. (1987). "The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 162-170.
- Kreiter S.R. et al., (1999), Gender Differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting, *Pediatrics*, 104 (6): 1286-1292
- Lonngi L.B., (2006), La violencia en la construcción de escenarios de salud en la población joven, en *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, México, pp. 53-72.
- Makepeace, J.M (1981) Courtship Violence among College Students, in *Family Relations*, 30(1): 97-102.
- Muñoz M. R., (2006). Violencia contra la mujer en las Relaciones de noviazgo: causas, Naturaleza y consecuencias, Universidad Autónoma de Madrid.

- O'Leary, K. D. & Slep, A. M. S. (2003). "A Dyadic Longitudinal Model of Adolescent Dating Aggression", in *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 32: 314-327.
- Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F: Consejo Nacional de Población; 2001. pp. 61-63.
- Raiford J.L. *et al.* (2007), Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: a longitudinal study of African American female adolescents, *Journal of Women's Health*, 16(6): 822-832.
- Rodríguez, V.M.C. (2005). Violencia en el Noviazgo, una cuestión de género y de derechos humanos en el estado de Puebla, en "Reunión Nacional sobre Atención y prevención de violencia hacia las mujeres", México, pp. 101-11
- Rivera- Rivera *et al.* (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años), *Salud Pública México*, 48(2): 288-296.
- Saldívar G, Ramos L L, & Andrade P. (2002). "Tácticas de coerción sexual utilizadas por hombres: definición y frecuencia según estudiantes universitarios de ambos sexos", en *La Psicología Social en México*, 9: 344 -350.
- Saldívar Hernández G. (2003). "Violencia en el Noviazgo: La coerción sexual en los jóvenes", en Leboireiro G (coord.). *Foro Noviazgo sin violencia, parejas que crecen. Jóvenes por familias no violentas*. Senado de la República. México. p. 39-52.
- Saldívar Hernández G (2006). *Coerción Sexual en Citas en una Población de Estudiantes Universitarios*. Para obtener el grado de Doctora. UNAM.

- Saldívar G, Ramos L. y Romero, M (2008). “¿Qué es la coerción sexual? significado tácticas e interpretación”, en *Salud Mental*, 31(2): 45-52
- Saldívar G. Romero, M. (2009). “Reconocimiento y uso de tácticas de coerción sexual en hombres y mujeres en el contexto de relaciones heterosexuales. Un estudio en estudiantes universitarios”, en *Salud Mental*, 32(6): 487-494.
- Stets, J. E. (1991) “Psychological aggression in dating relationships: The role of interpersonal control”, in *Journal of family Violence*, 6, 97-114.

CAPÍTULO VI
PANORAMA DE LA VALIDACIÓN Y
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS
PARA LA MEDICIÓN DE LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN MÉXICO

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama, José de Jesús
López-Flores, Octavio Márquez Mendoza, Marcela
Veytia López y Javier M. Serrano García*Facultad de
Ciencias de la Conducta, UAEMéx
Centro de Investigación en Ciencias
Médicas, UAEMéx

En México, a partir de la década de los años ochenta se inició de manera ferviente la investigación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), específicamente los TCA propios de la adolescencia como son la anorexia y la bulimia. Sin embargo, estos trastornos no han sido estudiados de manera aislada, sino que se han encontrado relacionados con otras variables como la insatisfacción corporal y los modelos estéticos corporales de delgadez extrema. La investigación sobre TCA no tiene su origen en México, sino en países desarrollados. Lo que provocó que los primeros estudios mexicanos se realizaran con algunos riesgos metodológicos.

Entre los principales riesgos metodológicos hay que señalar se encuentra el uso de instrumentos psi-

cométricos creados para poblaciones completamente diferentes a la mexicana. Sin embargo, estos aspectos han ido evaluándose con el tiempo, lo que ha permitido que en nuestro país se realicen algunas adecuaciones y validaciones a los instrumentos extranjeros. Pero también, se inicie la creación de instrumentos elaborados por mexicanos expertos en el tema, que permitan el tamizaje y la detección de factores y conductas de riesgo y no solo el diagnóstico.

En este capítulo se encontrarán dos apartados, el primero permitirá conocer las propiedades psicométricas obtenidas en México para los instrumentos internacionales como el EAT-40, el BULIT, EDI, BITE, CHEAT. El segundo apartado refleja la contribución de los investigadores mexicanos en la medición de los TCA, mediante la creación de instrumentos como EFRATA, CBCAR, ECAR, EAFC.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES VALIDADOS EN MÉXICO

El *EAT* (*Eating Attitudes Test* [*Test de Actitudes Alimentarias*]) fue diseñado por Garner y Garfinkel (1979), para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. El *EAT* es una herramienta autoaplicada de 40 ítems (*EAT-40*). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El

rango de puntuación va de 0 a 120. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

En México el EAT fue validado por Álvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez-Peresmitré (2002) con 2168 mujeres estudiantes de nivel bachillerato y licenciatura, presentó una consistencia interna de 0.83 y está compuesta por siete factores, los cuales son: 1. Motivación para adelgazar, 2. Evitación de alimentos engordantes, 3. Preocupación por la comida, 4. Presión social percibida, 5. Obsesiones y compulsiones, 6. Patrones y estilos alimentarios estereotipados y 7. Conductas compensatorias, pero solo los factores 1, 2, 3 y 4 mostraron tener una adecuada consistencia interna ($\alpha \geq 0.60$), estos explican 27% de la varianza total; además el punto de corte es de ≥ 28 .

Igualmente Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), validaron el instrumento con una muestra clínica ($n=276$; 52 con anorexia nerviosa, 102 con bulimia nerviosa, 122 con un TCA no especificado) y con estudiantes sin diagnóstico ($n=280$) donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .93, y por submuestra se obtuvo que para la población clínica un alfa de 0.88 y para la muestra de estudiantes de 0.84, y derivó cinco factores que explican 46.6% de la varianza total, los factores son: dieta restrictiva, bulimia, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida.

Así también existe una validación en población varonil hecha por Vázquez, Saucedo, Ocampo, López, Mancilla & Álvarez (2010), con una muestra de 566 varones jóvenes estudiantes escuelas públicas y priva-

das, ubicadas al norte de la Ciudad de México; de los cuales 156 cursaban secundaria, 127 el nivel medio superior y 283 el nivel superior; el análisis presentó una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.79, y al realizar el análisis factorial arrojó cinco factores los cuales son: 1) Motivación por la delgadez ($\alpha = .70$), 2) Presión social para comer ($\alpha = .59$), 3) Conductas compensatorias ($\alpha = .49$), Control alimentario y ejercicio ($\alpha = .48$) y 5) Estilos alimentarios ($\alpha = .55$), todos los factores explicaron 30.18% del total de la varianza.

El *CHEAT* (*Children Eating Attitudes Test [Test Infantil de Actitudes alimentarias]*) es la versión infantil del *EAT-26*, este fue inicialmente desarrollado por Maloney, McGuire, Daniels (1988), esta versión solo se cambian algunas palabras por otros sinónimos, este cuestionario es autoaplicado a partir de los 8 años y sirve para la valoración de la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en estas edades; ya que requiere un nivel de lectura (*Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009).

El *CHEAT* fue válido en México por Escoto y Camacho (2008), en una muestra de 1,241 estudiantes (hombres=607 y mujeres=634) de 3 primarias y 3 secundarias públicas y privadas de la zona norte de la Ciudad de México con edades entre 9 y 15 años. La media de edad fue de 11.59 años ($DE = 1.62$). El análisis de confiabilidad indicó que el *CHEAT* cuenta con una consistencia interna adecuada (alfa= .82); además al analizar por grupos, se encontró que en los niños de primaria contaba con un alfa de Cronbach de 0.78, y en secundaria de 0.84; los 5 factores encontrados (Motivación para Adelgazar, Evitación de Alimentos

Engordantes, Preocupación por la Comida, Conductas Compensatorias y Presión Social Percibida) explican 43.74% de la varianza total y son muy similares a los reportados en estudios previos, con niños y preadolescentes. El CHEAT mostró adecuada confiabilidad test-retest y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).

Además existe el *Cuestionario Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria (CITCA [Kid's Eating Disorders Survey, KEDS])* que fue validado en México por Zúñiga y Padrón (2009), en población clínica y sin Trastorno de la Conducta Alimentaria; la muestra fue de 139 sujetos de los cuales 41 son hombres y 98 mujeres, con edades de 7 a 17 años; el coeficiente de alpha de Cronbach para el total del instrumento fue de 0,92; este instrumento está compuesto por dos componentes los cuales son: dimensión de insatisfacción corporal y la dimensión de conductas purgativas/restrictivas con un alfa de Cronbach de 0,91 y 0,87 respectivamente, los cuales explican 74,4% de la varianza total.

El *BULIT (Bulimia Test [Test de Bulimia])* fue diseñado por Smith y Thelen (1984), con el objetivo de cubrir algunas necesidades detectadas en el ámbito de la evaluación de la BN, como son la distinción entre personas con BN frente a personas sin problemas de TCA; personas con BN frente a personas con otros TCA, y subgrupos de BN basados en criterios específicos (*Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009).

El *BULIT (Bulimia Test)* fue validado por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) en una muestra comunitaria de 2168 mujeres; con lo que se confirmó su consis-

tencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88, con relación a la validez de tipo factorial, el test cuenta con tres factores que permiten explicar 33% de la variabilidad total; dichos factores son atracón, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias, con coeficientes de alfa superiores a ≥ 0.60 ; en otro estudio hecho por Álvarez (2000), en población clínica (22 pacientes diagnosticadas) y un grupo control, dando una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.89 y conservándose los tres factores descritos anteriormente.

El *BITE* (*Bulimia Investigatory Test Edinburgh* [*Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo*]) fue diseñado por Henderson & Freeman (1987), con el objetivo de identificar a sujetos con síntomas bulímicos, esta escala consta de dos subescalas: la escala de síntomas y la escala de gravedad, la primera evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes; la segunda proporciona un índice de gravedad del trastorno que se basa en la frecuencia con que se producen las conductas patológicas (*Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009).

El Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (BITE por sus siglas en inglés) fue validado por Franco, González, Díaz, López-Espinoza, Martínez y Aguilera (2010), en población clínica y sin trastorno: la muestra estuvo compuesta por 322 mujeres estudiantes (Hermosillo = 150 y Ciudad Guzmán = 172) con un promedio de edad de 21.24 años (DE = 3.91). La segunda muestra estuvo conformada por 73 mujeres con diagnóstico de trastorno del comportamiento alimentario de las cuales: 23 estaban diagnosticadas con bulimia nerviosa y 50 con trastorno por atracón,

con una edad promedio de 28.47 ($DE = 9.65$). Los resultados mostraron que la consistencia interna del BITE fue de .90 en las mujeres de Hermosillo, .85 en las mujeres de Ciudad Guzmán y .83 en la muestra clínica. El punto de corte para la puntuación total del BITE es 21, para la subescala de síntomas fue 15 y para la subescala de severidad fue 6. Además se encontró una correlación significativa entre el BITE y el EAT en las mujeres de Ciudad Guzmán de .54. Los hallazgos de este estudio mostraron que la consistencia interna del BITE fue aceptable en las diferentes muestras.

El EDI O EDI-I (Eating Disorder Inventory [Inventario para trastornos de la alimentación]) fue diseñado por Garner, Olmsted, y Polivy (1983), el cual es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa; este consta de 64 ítems agrupados en ocho subescalas.

El EDI-I (Eating Disorder Inventory) fue validado por Unikel, Bojórquez, Carreño y Caballero (2006), con una muestra de 523 mujeres con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria, que acudían a tratamiento a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en el cual se obtuvo una consistencia interna de .92 y la versión quedó conformada con 36 reactivos agrupados en 6 factores que explican el 56% de la varianza total, además en la correlación con el Symptom Check List (SCL-90) los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas para todas las subescalas de este, mientras que en el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith las correlaciones son negativas y significativas.

Por su parte la versión del EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*), fue validado por García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez (2003), en población clínica con 22 mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa sin ningún otro trastorno psiquiátrico (en su mayoría estudiantes de preparatoria, solteras) que acudían a tratamiento al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y con mujeres sin trastorno alimentario (25) de una escuela privada que cursaban educación secundaria y preparatoria, el alfa de Cronbach fue de 0.98, y por grupo: 0.94 para las mujeres sin TCA y de 0.94 para las mujeres con diagnóstico; para la calificación total los autores sugieren un punto de corte sensible de 80 (los puntos de corte con mayor sensibilidad, son con el fin de captar el mayor número de sujetos en riesgo de desarrollar o padecer un TA) y uno específico de 105 (para detectar a quienes sin duda tendrán un diagnóstico de TA al ser entrevistados por el clínico).

El *BSQ* (Body Shape Questionnaire [Cuestionario de imagen corporal]), fue elaborado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987), que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención a otros. Además es un instrumento útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un TCA, dicho instrumento consta de 34 ítems con una escala de tipo Likert con seis opciones de respuesta (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

En México el BSQ fue validado por Galán (2004), este es un cuestionario autoaplicado formado por 34 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert (1=nunca, 2=raramente, 3=algunas veces, 4=a menudo, 5=muy a menudo, 6=siempre), con alfa de Cronbach es de .97. A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro categorías: no hay preocupación por la imagen corporal (puntuación < 81), leve preocupación (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación > 140 puntos).

Además otra validación hecha por Ochoa, Villareal, Molina, Bayle (s/a), con una muestra de 385 adolescentes sin algún trastorno de alimentación; de las cuales 129 son mujeres y 164 son hombres de la ciudad de Colima; al realizar los análisis se encontró que se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0.97; con 3 factores, los cuales explican 63% de la varianza total, los factores son: Factor 1 insatisfacción Corporal integrado por 11 ítems, Factor 2 Malestar con la Imagen Corporal compuesto por 10 reactivos y el Factor 3 Devaluación de la Figura, integrado por 9 ítems.

El *CIMEC* (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal) fue diseñado por Toro, Salamero, Martínez (1994), para intentar medir las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Los ítems evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de 0 a 3 puntos. Una puntuación mayor denota una mayor influencia de

los modelos sociales (*Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009).

El CIMEC fue validado por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), con 1001 mujeres de nivel medio superior y superior de instituciones públicas y privadas, sus edades oscilaban entre 14 y 33 años; el coeficiente de validez alpha fue de .94, con 4 factores que explican 45.3% de la varianza total, los factores se denominan de la siguiente manera: Factor 1 Influencia de la publicidad, está compuesto por 14 reactivos, con un alpha de .92; el Factor 2 Malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso con 10 preguntas y un alpha de .86, el Factor 3 Influencia de los Modelos Sociales, integrado por 6 preguntas y alpha de .75 y por último el Factor 4 Influencia de las Relaciones Sociales con 5 reactivos y un alpha de .63.

INSTRUMENTOS HECHOS EN MÉXICO

Entre los Instrumentos realizados en México se encuentran el ECAR (Escala de Conductas Alimentarias de Riesgo) el cual fue desarrollado por Gómez-Peresmitré (1997 cit. en Mancilla, Gómez Pérez-Mitré, Álvarez, Franco, Vázquez, López, Acosta, 2006) esta es una escala que mide conducta de riesgo alimentario, además esta forma parte del Cuestionario de Alimentación y Salud para preadolescentes, dicha escala quedo conformada por 12 variables de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, al realizar los análisis ésta arroja una alpha de Cronbach de 0.8056, con 3 factores; en una muestra de 259 niñas púberes de nivel socioeconómico alto (L'Esperance cit. en Mancilla,

Gómez Pérez-Mitré, Álvarez, Franco, Vázquez, López, Acosta, 2006).

El EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios) es una escala que explora los factores de riesgo a cerca de los trastornos alimentarios; está validada tanto para hombres como para mujeres; en su versión para hombres ($n=2418$) se encontró que esta tenía un alfa de Cronbach de 0.86, con 6 factores (con variables con altas cargas factoriales); en la versión para mujeres ($n=3517$) arrojo una Alpha de Cronbach de 0.89 con cinco factores (con altas cargas factoriales), algunos de los factores del EFRATA son los siguientes: Conducta Alimentaria Compulsiva, Dieta Crónica, Dieta Restrictiva, Comer como Compensación Psicológica y Conducta Alimentaria Normal (Gómez-Peresmitré, Ávila, 1998; Gómez-Peresmitré 2001).

Unikel, Bojórquez y Carreño (2004) validaron el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) con una muestra de 576, de los cuales: 78 mujeres son de población clínica (48.7% con bulimia nerviosa, 9% con anorexia nerviosa restrictiva, 5.1% con anorexia nerviosa compulsiva y 37.3% con tca no especificado) que acudían a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la escala en su conjunto obtuvo un valor de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.83, con tres factores que explican 64.7% de la varianza total; el instrumento está compuesto por 10 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre la frecuencia de las conductas alimentarias en los tres meses previos, los reac-

tivos versan con base en los criterios diagnósticos del dsm-iv (apa, 1994).

Además existe una validación hecha por Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini (2010) en estudiantes del nivel medio superior y superior de una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, México; de los cuales 381 eran hombres y 464 mujeres, con edades de 15 a 23 años; el análisis arroja una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.72 en mujeres y de 0.63 en hombres; agrupados en 3 factores que explican 56.17% de la varianza total.

Asimismo Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini (2010) desarrollaron un Instrumento Multidimensional para Medir Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria, este fue desarrollado a partir de algunos instrumentos como el cimec-26 y el efrata, dicho instrumento fue validado en 504 hombres y 511 mujeres todos estudiantes de 8 escuelas públicas y privadas del sur de la Ciudad de México; con edades entre 11 a 15 años, el instrumento quedó conformado en la versión para hombres por 22 reactivos, con un valor de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.75, agrupados en 5 factores que explican 55.6% de la varianza total, los 5 factores obtenidos son: Factor 1, influencia de la publicidad con 5 reactivos y un valor de alfa de = 0,87; Factor 2, conducta alimentaria normal integrado por 6 reactivos mismo que alcanzó un alfa de 0,72; Factor 3, denominado malestar por la imagen corporal y formado por 5 ítems, obtuvo un alfa de 0,68; Factor 4: desarrollo puberal con 3 reactivos alcanzó un alfa = 0,72 y por último el factor 5, en el que se agruparon 3 reactivos, y al que se le denominó tiempos de comida, registró un valor de alfa de 0,66;

y en la versión para mujeres quedó conformado por 23 reactivos, arrojando un valor de alfa de Cronbach de 0.83, agrupados en 5 factores que explican 57.6% de la varianza total; los factores son: Factor 1, denominado influencia de la publicidad, agrupó 6 reactivos mismos que alcanzaron un valor alfa de 0,87; Factor 2, llamado desarrollo puberal compuesto por 3 reactivos mismos que alcanzaron un alfa = 0,79; Factor 3, Tiempos de comida con 3 reactivos, y un valor de alfa = 0,79; Factor 4 designado malestar con la imagen corporal , que quedó integrado por 5 reactivos y con alfa de 0,72; y finalmente el Factor 5, nombrado dieta restringida, mismo que alcanzó un alfa de 0,71 con 6 reactivos.

Además Unikel, Juárez & Gómez-Peresmitré (2006), desarrollaron la Escala de Actitudes hacia la Figura Corporal, la cual consta de 15 reactivos que miden la interiorización del ideal estético de delgadez; Dicha escala fue validada en población clínica (n=87) en tratamiento y estudiantes sin diagnóstico (n=408) de una escuela pública y una privada de la Ciudad de México; los análisis arrojaron una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.93, con una estructura de dos factores, los cuales son: Factor 1. Interiorización (Alpha=0.90) y Factor 2. Creencias (Alpha=0.88), que explican 60% de la varianza total; además los autores proponen un punto de corte de 37 para la detección de casos en riesgo.

Asimismo Rodríguez, Oudhof, González-Arratia y Unikel (2010) diseñaron una Escala de Imagen Corporal, la cual al realizar los análisis de confiabilidad obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94, además se obtuvieron tres factores que explicaron el 43.2% de

la varianza total; los factores son: Factor 1 Insatisfacción Corporal que consta de 10 reactivos con alpha de Cronbach de 0.84 y explica 17.9% de la varianza, Factor 2 Interiorización del ideal estético de delgadez que está formado por 10 reactivos, que explica 15.2% de la varianza, con alfa de Cronbach de 0.89 y el Factor 3 Influencia social que consta de seis reactivos, con un alpha de Cronbach de 0.82, que explica 9.9% de la varianza explicada. La escala está compuesta por 26 reactivos, los cuales se refieren a la medición de la imagen corporal con cinco opciones de respuesta estructuradas de la siguiente manera: 1 nunca o casi nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 casi siempre o siempre.

Conclusión: los instrumentos para medir TCA o bien algunos aspectos relacionados a ellos han sido elementos relevantes para el avance de la investigación en México. Como se aprecia los instrumentos han sido construidos cuidando las propiedades psicométricas que todo instrumento debe de tener.

Si bien, los instrumentos internacionales han demostrado ser eficaces para la población mexicana cuando se cuidan las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez. Los investigadores mexicanos no se han conformado con ello y han hecho su propia contribución, desarrollando instrumentos que responden a necesidades sociales de la población de estudio.

Pero, es menester señalar que si bien estos instrumentos se han realizado con población clínica y no clínica, las propiedades psicométricas de los instrumentos se centran en poblaciones urbanas, lo que deja de lado a un gran número de la población que vive en

zonas rurales, pero que no por ello están exentos de padecer estos trastornos.

A partir de esta revisión se propone contribuir a la investigación de los TCA con nuevos estudios de confiabilidad y validez para poblaciones rurales que permitan detectar de manera adecuada a grupos en riesgo. Construir instrumentos de tamizaje o cribaje de fácil manejo y bajo costo que al final del día refleje el esfuerzo por mejorar la salud mental del individuo y su colectivo.

REFERENCIAS

- Álvarez, R.G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Álvarez, R.G., Mancilla-Díaz J.M., & Vázquez A.R. (2000). Propiedades Psicométricas del test de bulimia (BULIT), en *Revista de Psicología Contemporánea* 7(1), 74-84
- Álvarez, R.G., Vázquez A. R., Mancilla D. J. M. & Gómez-Peresmitré G. (2002). “Evaluación de las Propiedades Psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)”, en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 47-56.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairbun, G.G. (1987). *The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494.

- Escoto, P.C., & Camacho, R.E. (2008). "Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana", en *Revista Mexicana de Psicología*, 1(25), 99-106.
- Franco, P.K., González, D.O., Díaz, R.F., López-Espinoza, A., Martínez M., y Aguilera C.A. (2010). "Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh in mexican women", in *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1 (2): 17-24.
- Galán, J. C. (2004). "Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire para detectar insatisfacción corporal". Tesis de Licenciatura, México: FES-Iztacala, UNAM.
- García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga J.C., & Arcila-Martínez, D. (2003). "Validación interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas", en *Salud Pública de México*: 3(45): 206-210.
- Garner, D., Garfinkel P. (1979). "The eating attitudes test: validation of the symptoms of anorexia nervosa", in *Psychol Med*, 9:273-279.
- Garner, M., Olmsted, M., Polivy, J. (1983). *Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia*. *Int J Eat Disord*; 2:15-34.
- Gómez-Peresmitré (2001). "Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria: teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas". Ponencia, 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Gómez Peresmitré, G. & Ávila, A. E. (1998). "Conducta alimentaria y obesidad", en *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 10-21.

- Gómez-Peresmitré, G., Ávila, A.E. (1998). “¿Los escolares mexicanos pre-adolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?”, en *Revista Iberoamericana*, 6(2), 37-46.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (2009). Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Henderson, M., Freeman, C.P.L. (1987). “A self-rating scale for bulimia: The ‘BITE’”, in *British Journal of Psychiatry*, 150; 18-24.
- Maloney, M.J., McGuire, J.B., Daniels, S.R. (1988). “Reliability testing of a children’s version of the Eating Attitude Test”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(5):541-553.
- Mancilla, Gómez Pérez-Mitré, Álvarez, Franco, Vázquez, López, Acosta, (2006). “Trastornos del comportamiento alimentario en México”, en Mancilla, D.M. & Gómez-Peresmitré, G. (coords.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno: Mexico.
- Ochoa, A.S., Villareal, C.L., Molina, R.N, Bayle A.J. (s/a). “Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima”. *Revista científica electrónica de psicología*, 4; 204-216.
- Rodríguez, A.B., Oudhof, V.B., Gonzalez-Arratia L.M., y Unikel S.C. (2010). “Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes”. *Salud Mental* 2010; 4 (33):325-332.
- Saucedo-Molina T., & Unikel-Santoncini C. (2010). “Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa cor-

- poral en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada”, en *Salud Mental*, 1(33): 11-19.
- Saucedo-Molina T.J. & Unikel-Santoncini C. (2010). “Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos”, en *Rev Chil Nutr*, 1(37), 60-69.
- Smith, M.C., & Thelen, M.H. (1984). “Development and validation of a test for bulimia”, in *J Consult Clin Psychol*, 52(5):863-872.
- Toro, J., Salamero, M., Martínez, E. (1994). “Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa”, in *Acta Psychiatr Scand*; 89(3):147-51.
- Unikel, S.C., Bojórquez C.I, y Carreño G.S. (2004). “Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo”, en *Revista de Salud Pública de México*, 6 (46): 509-515.
- Unikel, C., Bojórquez, C., I., Carreño G.S., y Caballero R.A. (2006). “Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria”, en *Revista de Salud Mental*, (29): 2, 44-51.
- Unikel, S.C., Juárez G.F., & Gómez-Peresmitré G. (2006). “Psychometric properties of the Attitudes towards body Figure Questionnaire in mexican female students and patients with Eating Disorders”, in *Eur. Eat. Disorders Rev.* 14, 430–435.
- Vázquez, R., Álvarez G., y Mancilla J.M. (2000). “Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéti-

- cos Corporales (CIMEC), en población mexicana”, en *Salud Mental*, 6 (23): 18-23.
- Vázquez, A.R., Saucedo, V.I., Ocampo, T.M., López, A.X., Mancilla D.J., & Álvarez R., G. (2010). “Psychometric properties of the Eating attitudes test for men”, in *Journal of Behavior, Health & Social Issues*; 1 (2): 39-46.
- Zúñiga, O. y Padrón E. (2009). “Traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria (CITCA)”. in *Actas Esp Psiquiatr.* 37(6): 326-329.

CAPÍTULO VII

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA OBESIDAD

Gilda Gómez Perezmitré¹ y Rebeca María Elena Guzmán Saldaña²
Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo²

EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La obesidad está relacionada con factores biológicos, pero en gran medida también con aspectos ambientales concernientes sobre todo con modificaciones en el régimen alimenticio.

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años comparado con otro de peso normal (Peeter, Bonneux, Nusselder, De Laet y Barendregt, 2004); convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico. Representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología músculo-esquelética, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales (Méndez Carrillo, Ortigosa-Quiles

y Quiles-Sebastián, 2003; OMS, 2003, Weiss, Dzima, Burgert, Tumberlane, Takgali, Yeckel, et al., 2004).

La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La OMS señala que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Estas cifras presentan variaciones importantes en el mundo, cuyos extremos están representados por el Continente Americano, con cifras de sobrepeso cercanos al 30 por ciento, y por el África Subsahariana donde la prevalencia está muy por debajo del 5 por ciento. La prevalencia es más alta entre los 5 y los 9 años en Europa, África y Oriente Próximo, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años (Dietz, 2004).

México está en los primeros lugares, ya que el 26 por ciento de la población es obesa y el 52 por ciento tiene sobrepeso (OMS, 2000). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), se señala que en la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio (principalmente en hombres). En el caso de los adolescentes, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad (Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández y Hernández-Avila, 2006).

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA OBESIDAD

Algunas de las principales condiciones negativas que viven las personas con obesidad, son la discriminación, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, y carencia de habilidades sociales, entre otras.

DISCRIMINACIÓN

A partir de los años sesenta y hasta la fecha se han publicado diversos estudios que muestran, que desde temprana edad los niños rechazan a los niños obesos prefiriendo a los delgados. Algunas investigaciones han demostrado que los niños y adolescentes mexicanos prefieren la amistad de un niño con peso normal y seleccionan al niño con sobrepeso en último lugar, entre niños con seis diferentes características físicas (Jiménez Cruz, León y Bacardí Gascón, 2004). También se ha encontrado que las niñas desde muy corta edad adoptan una actitud “lipofóbica” (que han asimilado de su entorno social), y que comparten con las jóvenes de mayor edad no sólo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas) (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Este rechazo tiene su origen en factores culturales que identifican la delgadez como perfección mientras que la obesidad se valora como imperfecta,

indicativa de debilidad, abandono y falta de voluntad (Wardle y Cooke, 2005).

Esta estigmatización es causa de intimidación en la escuela (fenómeno del *bullying*) y favorece la aparición de trastornos psicopatológicos relacionados con escasa autoestima, depresión, distorsión de la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario.

En suma, se conceptualiza al obeso como carente de voluntad y compromiso. Hay empleadores que toman éstos y otros argumentos para rechazarlos, creen que se trata de una enfermedad que condiciona el desempeño de las tareas laborales. También el obeso se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a ciertos lugares públicos (Bernal, 2009). Puede decirse que la persona con obesidad sufre las consecuencias de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y estilos de vida consecuentes con el culto a la delgadez.

PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

Por otro lado, específicamente los niños y adolescentes obesos sufren cotidianamente un importante desgaste psicológico. El problema psicológico está siempre presente.

En las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos en los individuos obesos (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con peso normal (Tanofsky-Kraff, Theim, Yanovski, Bassett, Burns *et al.*, 2007); también muestran niveles elevados de tensión, im-

pulsividad y agresividad (Tanofsky-Kraff, Goossens, Eddy, Ringham, Goldschmidt, Yanovski *et al.*, 2007).

Otros estudios han detectado que las personas obesas se enfrentan con una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones (Espina-Eizaguirre, Ortego-Sáenz de Cabezón, Ochoa de Alda, Martínez de Apellaniz y Alemán-Méndez, 2001; Young-Hyman, Tanofsky-Kraff, Yanovski, Keil, Cohen, Peyrot y Yan, 2006).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL

Ahora bien, un factor que se ha estudiado por su relevancia al respecto de la obesidad es la imagen corporal, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos.

La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (p. 46). En esta definición está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real y resalta, por el contrario, la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo.

La *imagen corporal* se define como una configuración global o 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, debidas a cambios

psicológicos, sociales y culturales (Sepúlveda, Botella y León, 2002). Cash, Melnyk y Hrabosky (2004) señalan que la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

Bruch (1962) fue la primera investigadora que propuso el concepto de *distorsión de la imagen corporal*, que evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Desde entonces, muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno específicamente relacionado con los trastornos alimentarios. Así, el concepto de imagen corporal se ha desarrollado definiéndose como una experiencia psicológica de la corporalidad constituida por múltiples facetas, especialmente, pero no exclusivamente por la apariencia corporal propia. Engloba auto-percepciones y auto-actitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo creencias, sentimientos y conductas. La insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios son características ampliamente prevalentes en las mujeres. Estos síntomas afectan desde mujeres normales sin trastorno alimentario hasta mujeres con trastornos alimentarios.

Cabe destacar que antes de finales de los años ochenta, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación e imagen corporal se refiere a las mujeres; sin embargo, estudios posteriores empezaron a mostrar que los hombres también padecen preocupaciones

por su propia imagen (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997; Olivardia, Pope y Hudson, 2000).

Otro concepto relacionado con la imagen corporal es el de *insatisfacción corporal* que corresponde a la evaluación negativa que hace una persona de su cuerpo (Cash y Deagle, 1997). Rowe, McDonald, Mahar y Raedeke (2005) definen la insatisfacción corporal como la diferencia entre el tamaño corporal que una persona percibe y el que desea tener.

La insatisfacción corporal ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes (Stice, 2001; Baile, Raich y Garrido, 2003; Polivy y Herman, 2002), ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás (Grogan, 1999), y como ya se señaló, socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable y poco saludable (Halliwell y Dittmar, 2004).

Wardle, Volz y Holding (1995) realizaron un estudio con niños (de 4 a 11 años) de seis escuelas, donde se evaluó la forma corporal real e ideal y se juzgó el estereotipo del comportamiento y personalidad de sus reacciones ante ilustraciones. Pocos niños eran gordos y otros se sentían también gordos. Más niñas que niños seleccionaron figuras delgadas como la ideal. Los niños mostraron actitudes fuertemente negativas hacia la obesidad. Los investigadores concluyeron que hay significación en la variación social en actitudes hacia la obesidad, lo cual puede tener importancia en

la comprensión de las variaciones de la prevalencia y conductas dietéticas de los niños.

Gómez-Peresmitré (1995) obtuvo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Se señala la importancia de la distorsión de la imagen corporal, como precedente de prácticas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia. En otro estudio, la misma investigadora encuentra indicadores o tendencias de alteración de la imagen corporal, fuerte motivación y tendencia favorable hacia la delgadez, en la que sobresale la selección de la figura corporal casi anoréctica como la figura ideal en una muestra de preadolescentes con una edad promedio de 10 años, por lo que si un niño(a) se percibe como obeso, es más probable que lleve a cabo conductas para bajar de peso (aún cuando no las necesite), y más si en los padres o familiares cercanos se evidencia ese patrón (Gómez-Peresmitré, 1998).

Los datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que éstas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y a edades más tardías, son más activas, cuidan su atractivo físico, y regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar. A su vez, suelen pertenecer a una clase social más alta. Entre las amas de casa, hay más obesidad en las clases bajas que entre las altas. Debido a que en las clases altas se imponen los valores estéticos de delgadez, la mujer no asume totalmente un rol materno desexualizado, al contar con un servicio doméstico para la casa y los hijos (Moral de la Rubia, 2002).

CARENCIA DE HABILIDADES SOCIALES

Parece que las personas obesas se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social (Saldaña, 2000; Zimmer-Gembeck y Locke, 2006).

Las personas que tienen problemas relacionados con la alimentación viven problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social (León Hernández, Gómez Peresmitré y Platas Acevedo, 2008).

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

La obesidad se encuentra dentro de las familias por que comparten genes y ambientes. Anderson y Butcher (2006) describen una influencia fuerte de la familia en la obesidad de los hijos. Mencionando que la probabilidad de tener un hijo obeso aumenta con la gordura de los progenitores, desde un siete por ciento si ambos progenitores tienen un peso normal, hasta un 80 por ciento si ambos padres son obesos, pasando por un 40 por ciento si sólo un progenitor lo es.

En cuanto a la relación madre-hijo, Bruch (1973) enunció las consecuencias de largo alcance que esta

relación tiene sobre la obesidad del niño. Afirmó que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos. Para Bruch, la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión. Como resultado de la confusión, la sobrealimentación enseña eslabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer; la sobrealimentación temprana antecede a la ingesta excesiva ulterior. Los mensajes contradictorios que oyen muchos niños obesos, que se les dicen que coman, que disfruten y soporten las consecuencias, podrían añadirse también.

En investigaciones realizadas con adolescentes obesos se detecta que su dinámica familiar se asemeja a la de las familias psicósomáticas descritas por Minuchin, Rosman y Baker (1968). Por lo tanto, no es de extrañarse que la obesidad de los niños y niñas se encuentre asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento familiar. Ante estos planteamientos se hace necesario el involucramiento forzoso de la familia en la prevención y el tratamiento que se estructure para reducir de peso (Annus, Smith, Fischer, Hendricks y Williams, 2007).

El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de los padres pueden influir en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los hijos para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional y físico en el que puede o no desarrollarse la obesidad (Nader, 1993).

Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan o apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio. Las intervenciones basadas en la familia son necesarias para modificar estas variables, cuando hablamos de obesidad infantil; teniendo como consecuencia un mejor resultado a corto y largo plazo en la regulación del peso cuando se incorpora al menos a uno de los padres como participante activo en el proceso de pérdida de peso, siendo más beneficiados los hijos que los padres en cuanto a pérdida de peso se refiere (Kitzmann y Beech, 2006).

PERSONALIDAD

Durante mucho tiempo se ha mantenido la idea de que los obesos eran sujetos que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta del comer (Vázquez Velázquez y López Alvarenga, 2001).

Así se ha investigado la existencia de una personalidad que predispone, favorece o determina esta enfermedad. Situación que ha sido discutida de manera importante en el campo psicológico; sin embargo, hasta la actualidad no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad (Zukerfeld, 2005).

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una “personalidad tipo” del obeso. Acorde con esta visión,

la persona que padece obesidad puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente, tener una profunda necesidad de ser amado (Braginsky, 1999); e inclusive padecer depresión (Mancilla, Álvarez, Román, Vázquez, López y Ocampo, 1997).

Los esfuerzos por definir un tipo de personalidad del individuo obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Diversos estudios identificaron entre tres y diez subtipos de personalidades, y un tercio de los sujetos no correspondieron a ningún subtipo (McReynolds, 1982).

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, se sabe que estos sufren con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto de sujetos no obesos (Kaplan, Sadock, y Grebb, 1996).

En aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un trastorno en la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales “yoicas” en distintas personalidades (Bruch, 1973; Chandler y Rovira, 2002).

Hilde Bruch (1973) en su obra *Eating Disorders* señala la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que vive cotidianamente. La consecuencia de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto repite su trauma específico temprano: haber sido alimentado cuando

manifestaba a su madre un estado de tensión interna, independientemente de la situación que los conflictuaba.

En 1992, Mancilla-Díaz, Durán-Díaz, Ocampo Téllez-Girón y López-Alonso encontraron que sujetos obesos que asistían a una Clínica de Control de Peso, presentaban características de personalidad tales como: activas, dominantes, vigorosas, y asimismo, correlacionan negativamente con las medidas de índice de grasa. Aunque hay estudios que no encuentran diferencias; es decir, que los obesos y normopeso presentan rasgos de personalidad semejantes (Cooley y Toray, 2001).

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los trastornos más frecuentes en pacientes con obesidad mórbida son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco (Ericsson, Walker y Foreyt, 1996). Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión (López-Aguilar, Mancilla y Álvarez-Rayón, 1998).

En un estudio realizado en el Distrito Federal, por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002), en donde se evaluaron conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el Índice de Masa Corporal de adolescentes de 13 a 18 años de edad, se observó una tendencia tanto en hombres, como en mujeres a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria (la sobrestimación del peso corporal, la práctica de métodos restrictivos o purgativos para bajar de peso y la preocupación por engordar), a medida que

se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos; siendo las mujeres quienes reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Los adolescentes de ambos sexos con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Los adolescentes de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son).

Así, no deben olvidarse las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, como son un aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, de los ciclos de pérdida-recuperación de peso donde las personas se sienten culpables, avergonzadas, inadecuadas y criticadas por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir a la persona obesa a un círculo vicioso del que resulta imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad, angustia y al Trastorno por Atracción (Saldaña, 2000).

Por otro lado, al no haber claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere variables cognoscitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.). Esto debe traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada persona, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar

una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema; contemplando que no existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad, sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, entre otros).

Cabe señalar que recientemente dicha controversia se está reformulando en cuanto a la conformación de elementos que se sugiere se integren en la versión próxima a publicarse del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” en su quinta versión (DSM-V), considerando que algunas formas de obesidad tienen una “motivación” excesiva hacia la comida, por lo que deben ser incluidas como trastorno en el DSM-V, como una forma de adicción hacia los alimentos; ya que por ejemplo, se ha observado un componente de “tolerancia”, pues la persona tiene que incrementar de forma paulatina las cantidades de alimento para “lograr” la saciedad, presentando estrés y disforia ante la realización de dietas (un proceso semejante al que viven los adictos a las drogas durante el síndrome de abstinencia). La revisión en el DSM-V se observa como una oportunidad para reconocer por lo menos un componente de la obesidad como un trastorno mental: la adicción a los alimentos. Se plantea que esto facilitará el tratamiento, considerando no sólo los trastornos metabólicos, sino también el trastorno mental en sí (Volkow y O’Brien, 2007).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Stunkard, Faith y Allison (2003) estudian la compleja relación entre obesidad y depresión distinguiendo *factores moderadores*: gravedad de la depresión, grado de la obesidad, género, situación socioeconómica, interacciones entre la genética y el ambiente, experiencias en la infancia, y *factores mediadores*: como la ingesta alimentaria y la actividad física, burlas, trastornos alimentarios y estrés. La depresión no sólo es consecuencia de la obesidad, sino que a veces puede antecederla.

Zametkin, Zoon, Klein y Munson (2004) revisaron las publicaciones de los últimos años sobre aspectos psiquiátricos de la obesidad en niños y adolescentes, y concluyen que los profesionales de la salud mental deberían ayudar a los niños obesos a potenciar su autoestima para llevarles a una vida plena, independientemente de su peso.

Wardle y Cooke (2005) señalan con evidencia empírica la relación entre obesidad infantil, insatisfacción corporal, autoestima y depresión, y concluyen que los pacientes que buscan tratamiento al ser comparados con controles obesos o de peso normal de la población general presentan un peor estado de depresión.

En lo que se refiere a la obesidad como factor de riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), según la teoría de un origen multifactorial aceptada en la actualidad, son varios los factores implicados en su etiopatogenia; la obesidad desempeña un importante papel, no sólo la del paciente, sino también la de sus familiares cercanos. Así, para Garner y Garfinkel (1980) el patrón sintomatológico de los TCA

representa un criterio de valoración común resultante de la interacción de tres tipos de *factores*: *predisponentes*, *precipitantes* y *perpetuadores*. El exceso de peso es uno de los factores predisponentes, tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa.

Además, la obesidad está muy relacionada con la baja autoestima, conductas de ayuno, y trastornos afectivos que actuarían a su vez como factores predisponentes o de mantenimiento del trastorno. Todo ello se ha confirmado en diferentes estudios comunitarios de casos y controles (Fairburn, Cooper, Dole y Welch, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies y O'Connor, 1998) y de cohortes (Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe, 1999). Se ha encontrado cierta especificidad en el sentido de que la obesidad en los padres sería el factor de riesgo más claro frente a la bulimia, lo que podría sensibilizar a la persona hacia su figura corporal y reforzar las conductas de ayuno. Este efecto se encuentra con mayor probabilidad en un entorno de presión social hacia la delgadez. Otros factores de riesgo son determinados rasgos del carácter, como la escasa autoestima y el perfeccionismo, frecuentes antecedentes de la anorexia nerviosa (Fairburn y Harrison, 2003).

Por otro lado, precisamente en los adolescentes con sobrepeso las prevalencias de conductas extremas para el control del peso son mayores, llegando al 18 por ciento en mujeres y el seis por ciento hombres norteamericanos, respectivamente (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry e Irving, 2002). En España, cerca del 24 por ciento de las adolescentes con $imc > 30$ refieren la provocación de vómito para controlar el peso (Gandariillas, Bru, Sepúlveda, Galán y Zorrilla, 2005).

Ahora bien, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son dos afecciones que han sido investigadas desde hace varias décadas. Un enfoque clínico superficial, identificando los TCA como sinónimo de anorexia nerviosa, parecería justificar que ambos campos de investigación, obesidad y TCA, se hayan mantenido hasta hace pocos años tanto a nivel de investigación básica como clínico asistencial, como condiciones clínicas poco relacionadas. En los últimos años, sin embargo, la investigación epidemiológica, clínica y terapéutica han establecido nexos de unión entre ambas afecciones. Por una parte se ha demostrado que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, y que algunos de éstos a su vez pueden favorecer el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad. En este sentido, la consideración del TA como posible entidad nosológica individualizada y la demostración de la importante prevalencia de dicho trastorno en la población obesa han producido en la última década una clara aproximación entre los investigadores de ambas afecciones. Un enfoque integrador no tiene simplemente interés teórico, sino que las repercusiones en el terreno terapéutico son evidentes, ya que uno de los efectos más negativos de haber mantenido ambas afecciones separadas se ha producido en el ámbito del tratamiento. Dado que la mayoría de los pacientes con trastorno por atracón son obesos, resulta problemático que los especialistas en TCA no estén acostumbrados a tratar obesos y a la inversa, los especialistas en obesidad tienden a derivar a los servicios de psiquiatría aquellos obesos que presentan atracones, impidiéndose así el enfoque multidisciplinar necesario (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés-Marí, 2003).

TRASTORNO POR ATRACÓN
(*ATRACÓN ALIMENTARIO-BINGE EATING*)

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo de esta población. Describió consumos episódicos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico). Previamente, Hamburger en 1951 había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Kornhaber definió el *stuffing syndrome* como una entidad en obesos caracterizada por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.

ANSIEDAD

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos (Hernández, Orellana, Kimelman, Nuñez e Ibañez, 2006).

La ansiedad no sólo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes (Silvestre y Stavile, 2005).

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros

esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado (Ansorena, Cobo y Romero, 1983).

La alarma interna que supone la ansiedad, no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirla. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente (Basowitz, Persky, Korchin y Grinker, 1995).

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo (Braguinsky, 1999).

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de

comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer provocan un aumento de peso.

Al respecto, un grupo del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos ha evaluado la asociación entre obesidad, ansiedad y depresión en un grupo de 200 000 personas aproximadamente. Además de incluir a un gran número de sujetos, el estudio considera las posibles enfermedades asociadas a la obesidad (por ejemplo diabetes o dolor articular), así como factores relacionados con el estilo de vida (hábito de fumar, consumo de alcohol, actividad física) y factores psicosociales (por ejemplo, el apoyo de la familia). Los resultados del estudio demuestran que existe una relación entre ansiedad, depresión y obesidad independientemente de los factores acompañantes, ya sean enfermedades, hábitos de estilo de vida o factores psicosociales. Esta asociación no es igual en hombres y en mujeres. En los varones, es la obesidad grave (aquella con un índice de masa corporal superior a 40 kg/m^2) la que se asocia a ansiedad y depresión. Sin embargo, en las mujeres este aumento se observa ya a partir del diagnóstico de sobrepeso (esto es, a partir de un índice de masa corporal superior a 25 kg/m^2).

Asimismo, en diversos estudios con muestras clínicas, se ha observado un incremento de la ansiedad y la depresión en pacientes con obesidad, comparado con iguales con normo-peso (Eremis, Cetin, Tamar, Bukusoglu, Akdeniz y Goksen, 2004; Reilly, Metheven, Dowell, Hackin, Alexander, Stewart, et al, 2003).

Los síntomas de ansiedad en jóvenes con obesidad están relacionados con una disminución de la

actividad física y un aumento de la ingesta como respuesta al estrés (Decaluw y Braet, 2005).

CONCLUSIONES

De acuerdo con la revisión realizada, no existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc).

La literatura no revela ningún estudio que identifique una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso.

En aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un trastorno en la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales de personalidad.

De encontrarse alteraciones psicológicas en la persona obesa, éstas no suelen encontrarse en forma aislada, sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona. Sin embargo, son de fundamental importancia para planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y/o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.

Al no existir claridad respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que conside-

re, tanto en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, entre otras). Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed.), Washington, DC.: APA, Press, p. 345.
- Anderson, P. M., & Butcher, K. F. (2000). Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *The Future of Children*, 16 (1), 19-45.
- Annus, A. M., Smith, G. T., Fischer, S., Hendricks, M. & Williams, S. F. (2007). Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 179-86.
- Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- Baile, J., Raich, R. y Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 10, 2,187-192.

- Basowitz, H., Persky, H., Korchin, S. J. & Grinker, R. R. (1995). Anxiety and stress. New York: McGraw-Hill, p. 26-29.
- Bernal, H. (2009). *La discriminación que sufren las personas con obesidad*. Disponible en: <http://www.adios.obesidad.com>
- Braguinsky, J. (1999). Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Buenos Aires: El Ateneo, pp. 415-416.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
- Cash, T. & Deagle, E. (1997). The natural and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22,107-125.
- Cash, T.F., Melnyk, S., & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Chandler, E. y Rovira, B. (2002). Obesidad: Aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. *Revista Actualidad Psicológica*, 1 (5), 19-21.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Disordered eating in freshman college women: A prospective study. *Am Coll Health*, 49, 229-235
- Decaluw, V. & Braet, C. (2005). The cognitive behavioral model for eating disorders: A direct evaluation in children and adolescent with obesity. *Eat Behavior*, 6, 211-220.
- Dietz , W. H. (2004). Overweight in childhood and adolescence. *N. Engl. J. Med.*, 350, 855-857.

- Eremis, S. Cetin, N. Tamar, M. Bukusoglu, N. Akdeniz, F. & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatr Int.*, *46*, 296-301.
- Ericsson, M., Walker, C. P. & Foreyt, J. (1996). Common Biological Pathways in Eating Disorders and Obesity. *Addictive Behaviours*, *21*, 733-743.
- Espina Eizaguirre, A., Ortego Sáenz de Cabezón, M.A., Ochoa de Alda Martínez de Apellaniz, I. y Alemán Méndez, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, *17*(1), 139-149.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Dole, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nerviosa. Three Integrated Case-Control Comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, *56*, 468-476.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder. A community Based Case-Control Study. *Arch Gen Psychiatry*, *55*, 425-432.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*, 407 -416.
- Gandarillas, A., Bru, S., Sepúlveda, A. R., Galán, I., Díez, L. y Zorrilla, B. (2005). Autopercepción de peso, índice de masa corporal y conductas relacionadas en adolescentes. *Gaceta Sanitaria* *19* (Supl1), 13.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1980). Cultural Expectations of Thinness in Woman. *Psychological Reports*, *47*, 483-491.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, *12*, 185-198.

- Gómez-Peresmitré, G. (1998). "Imagen corporal: ¿qué es más importante: 'sentirse activo' o 'ser atractivo'?" *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado H., G., Moreno E., L., Saloma G., S. y Pineda G., G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 3, 313-324.
- Grogan, S. (1999). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London: Routledge, 1999, p. 231-234.
- Halliwell, E. & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on advertising effectiveness and women's bodyfocused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 105-132.
- Hamburger, W.H. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483-99.
- Jiménez Cruz, A., León, J. & Bacardí-Gascón, M. (2004). Gender and ethnic differences of Mexican children's attitudes toward a drawing of an obese-peer. *Asia Pac J Clin Nutr.*, 13 (Suppl), S142.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría* (7ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Kornhaber, A. (1970). The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 11, 580-4.
- León Hernández, R., Gómez Peresmitré, G. y Platas Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31, 447-452.
- López Aguilar, X. Manuel Mancilla, J.M. Álvarez Rayón, G. (1998). Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6, 3-9.

- Mancilla, J.M., Alvarez, G.L., Román, M., Vázquez, R., López, V. y Ocampo, T. (1997). Evaluación de la relación obesidad-depresión. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 10 (42/43), 6-13.
- Mancilla-Díaz, J. M., Durán-Díaz, A., Ocampo Téllez-Girón, M. T. y López-Alonso, V. E. (1992). Common personality traits in obese individual. *Salud Pública de México*, 34 (5), 533-539.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford, England: Harvard University Press.
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 3,3.
- Nader, P. (1993). The role of the family in obesity prevention and treatment. *Ann NY Acad Sci.*, 699.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Perry, C. L. & Irving, L. M. (2002). Weightrelated concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 171-178.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T. Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 83-104.
- Olivardia, R., Pope, H. G. & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psych*, 157, 1291-1299.

- Ortigosa Quiles, J. M., Quiles Sebastián, M. J. y Méndez Carrillo, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Peeter, A., Bonneux, L., Nusselder, W., De Laet, C. & Barendregt, J. (2004). Adult obesity and the burden of disability throughout life. *Obesity Research*, 12(7), 1145-1151.
- Polivy, J., Herman, C. (2002). "Causes of eating disorders". *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-57.
- Pouy, A. y Triaca, J. (1995) *Drogas : clínica y psicopatología del uso indebido de sustancias psicoactivas*. Montevideo: Vintén.
- Reilly, J. J., Metheren, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D. & Stewart, L. (2003). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child.*, 88, 748-752.
- Rowe, D.M., McDonald, S., Mahar, M. & Raedeke, T. (2005). Multitrait-multimethod investigation of a novel body image measurement technique. *American Alliance for Health Physical Education, Recreation and Dance*, 76, 4, 407-415.
- Saldaña, C. (2000). Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad*, 3, 2812-2889.

- Sánchez-Planell, L.; Fernández-Valdés-Marí, R. “Trastorno por atracón y obesidad”. *Psiquiatría.com*, 2003; 5(1). En <http://www.Psiquiatría.com/boletín/revista/108/>
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. & León, J. A. (2002). Body image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6(1), 83-95.
- Schilder, P. (1935). Image and appearance of the human body. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co. pp. 64-67.
- Silvestre, E. & Stavile, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Córdoba: Universidad de Favaloro .
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathaologic: mediating effects of dieting and negative effect. *Journal of abnormal psychology*, 110,124-135.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric*, 33, 284-295.
- Stunkard, A. J., Faith, M. S. & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54(3), 330-337.
- Tanofsky-Kraff, M., Theim, K. R., Yanovski S. Z., Bassett, A. M., Burns, N. P., Ranzenhofer, L. M., Glasofer, D. R., & Yanovski, J. A. (2007). Validation of the Emotional Eating Scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *International Journal of Eating Disorders*, 40, 232-240.
- Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K. T., Ringham, R., Goldschmidt, A.S., Yanovski, S.Z., Braet, C., Marcus, M.D., Wilfley, D. E., Olsen, C. & Yanovski, J.A. (2007). A multi-site investigation of binge eating behaviors in children

- and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 901-913.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-57.
- Vázquez, V. V. y López Alvarenga, J. C. (2001). Psicología y obesidad. *Revista Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96.
- Volkow, N. D. & O'Brien, Ch. P. (2007). Issues for DSM-V: Should obesity be included as a Brain Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 5, 708-710.
- Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological wellbeing. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.*, 19(3), 421-440.
- Wardle, J., Volz, C., & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 19(8), 562-569.
- Weiss, R., Dzima, J., Burgert, T. S., Tumberlane, W., Takgali, S. E., Yeckel, C. W. & Allen, K. (2004) . Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med.*, 350, 2362-2374.
- World Health Organization (2000). *Report on the Regional Workshop On The Prevention And Control Of Obesity*. Bahrain: WHO.
- World Health Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert consultation. WHO. Technical report series 916. Geneva: WHO.

- Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Keil, M., Cohen, M. L.,
Peyrot, M. & Yanovski, J. A. (2006). Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. (Journal Article. Research Support, N.I.H., Extramural. Research Support, Non-U.S. Gov't). *Obesity*, 14(12), 2249-2258.
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W. & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 134-50.
- Zimmer-Gembeck, M. J. & Locke, E. M. (2006). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J. Adolesc*, 30(1), 1-16.

CAPÍTULO VIII

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA

Diana Isela Córdoba Basulto
Universidad Nacional Autónoma de México

En nuestra sociedad, no sólo se representa a los hombres como individuos ajenos a la reproducción, sino también como sujetos con menos problemas de salud que las mujeres y como poseedores de una sexualidad “que no debe dar lugar a dudas”. Suele dejarse de lado e invisibilizar o silenciar que los hombres también enfrentan riesgos en su aparato, comportamiento y proceso reproductivo y que por lo tanto también experimentan dolor y sufrimiento por las diferentes afecciones que pueden padecer a lo largo de su vida. Las concepciones sobre la sexualidad masculina como una sexualidad sin riesgos forman parte de las realidades y de las fantasías culturales de la supremacía masculina que prevalecen y se mantienen a partir de creencias y costumbres sobre cómo criar y educar a los varones desde modelos de masculinidad en donde se enseña a los hombres desde pequeños a no expresar sus sentimientos ante el dolor y a demostrar su hombría y virilidad con un aparente deseo sexual permanente, lo cual a su vez les dificulta aceptar ante sí mismos y ante los otros que también son susceptibles de padecer

enfermedades que los incapacitan temporalmente para ejercer su sexualidad por dolor.

Dentro de los modelos de construcción de la identidad masculina, los hombres aprenden a relacionarse con otros varones estableciendo competencias y poniendo a prueba su tolerancia al dolor como una prueba de masculinidad, realizan juegos y peleas desde la infancia en donde los genitales son el centro de golpes, patadas, pellizcos y apretones, ocasionando dolor en quien recibe la agresión. Existen otro tipo de traumatismos que también ponen en riesgo los genitales masculinos como son los accidentes de tránsito, las prácticas deportivas, en especial las que implican contacto o favorece las caídas a horcajadas y los accidentes laborales. También emplean las comparaciones, bromas, ridiculización y exaltación sobre sus genitales como muestras de poder intragenérico e intergenérico, hablan entre hombres haciendo referencia al pene y los testículos como partes de su cuerpo que representan mucho más que componentes de su aparato genital masculino, los vuelven símbolos de poder subjetivo ante otros hombres y mujeres, de ahí que se les dé la connotación falocéntrica a varias de las acciones y expresiones de la masculinidad que realizan los hombres en diferentes situaciones y contextos en que se desenvuelven.

Pero demos una mirada a la sexualidad masculina desde el contexto de la salud y preguntémosnos ¿qué tipo de padecimientos pueden afectar esa visión de su sexualidad a prueba de todo? y ¿cómo es que el dolor está presente en la vida sexual de los varones? Desde el punto de vista médico se reconoce que los hombres también experimentan una serie de padecimientos en

donde el dolor es una de las manifestaciones más frecuentes y en muchos de los casos es la principal causa de consulta en Urología. Los motivos de consulta son diversos y acuden tanto hombres como mujeres de diferentes edades. Sin embargo, en este momento nos enfocaremos únicamente a los varones y a ciertos padecimientos que se encuentran muy relacionados con el ejercicio de su sexualidad y el dolor.

De acuerdo con algunos autores, podemos decir que el dolor comprende al menos tres componentes: la nocicepción o la detección y señalamiento que hace el organismo de los eventos nocivos; la percepción o reconocimiento consciente del estímulo nociceptivo, y el sufrimiento que produce, o sea la respuesta afectiva, conductual o emocional al dolor. En cuanto al tipo de dolor que se identifica con mayor frecuencia en urología en el tracto genitourinario está el dolor localizado y el dolor referido. En el dolor localizado, el paciente lo manifiesta en el órgano afectado o en su proximidad inmediata por ejemplo en el caso de epididimitis. Y en el caso del dolor referido, se origina en un órgano enfermo, pero puede ser percibido por el paciente a cierta distancia de aquella víscera donde se origina, este tipo de dolor se debe distinguir de la irradiación del dolor, dada la proximidad del territorio inervado por determinados nervios sensitivos. En cuanto al dolor superficial, los impulsos sensitivos que conducen el dolor son transmitidos por fibras nerviosas de mayor calibre, por lo tanto tiene un ritmo más rápido de conductividad hacia el sistema nervioso central que otros estímulos. De ahí que en urología es importante destacar que los genitales externos tanto en el varón como en la mujer son muy ricos en terminaciones nerviosas

libres, de donde se explica la intensidad de dolor referida por lesiones en los genitales externos como en el caso de la paraquimosi que se llega a presentar con frecuencia en pacientes diabéticos.

Si bien el paciente acude con el urólogo para atención de su salud, por molestias o dolor, y en raras ocasiones por prevención como es en el caso del cáncer de próstata. Es común que cuando un hombre decide ir a consulta por un problema de salud, aproveche el espacio para preguntar sobre otros temas que también le preocupan en el desempeño y ejercicio de su sexualidad, cabe mencionar que esto se facilita cuando el médico le brinda la confianza y el paciente se siente seguro de la confidencialidad ante sus dudas. Algunas de las preguntas se relacionan con el empleo del viagra, de la frecuencia de relaciones sexuales, eyaculación precoz, dolor durante la penetración en el acto sexual, dolor testicular durante o posterior al coito, o dificultades con la erección penéana. Muchos hombres cuando están en la consulta urológica, preguntan de forma tímida y discreta, en ocasiones pareciera casi en clave, sin hacer una referencia directa o amplia del problema que les aqueja. En contraste con la forma abierta y pública de expresión que sobre otros temas de sexualidad suelen hacer con otros varones en otros contextos, por ejemplo cuando comparan y presumen sobre su genitalidad o cuando hacen comentarios de ridiculización sobre la genitalidad de otros. Pero cuando su papel es el de pacientes urológicos, su comportamiento cambia, incluso ante las preguntas del urólogo llegan a responder evasivamente o sin precisión de la molestia, cuando se les solicita alguna descripción más específica para comprender bajo qué circunstan-

cias se presenta el dolor y qué tan intenso es, tal parece que su construcción masculina les impide expresar su sentir aún en casos de enfermedad.

No podemos negar la influencia sociocultural que existe alrededor de estos prejuicios por parte de los pacientes para la expresión del dolor y de sus padecimientos por temor a la crítica, burla, censura y falta de credibilidad, debido a los mandatos tradicionales de la masculinidad en donde los hombres son educados para ser fuertes, aguantadores, sin quejas, valientes, y con las ideas de que deben soportar estoicamente cualquier dolor o adversidad. Lo cual favorece entonces, que por parte de algunos integrantes del personal de salud, se presente intolerancia, negación de la presencia del dolor o de su intensidad y se minimice o no se dé la atención debida a los varones ante sus manifestaciones de dolor. O por el contrario, también se presentan las ocasiones en que los hombres no sólo solicitan la atención de sus demandas y padecimientos, sino que exigen de forma agresiva, imperativa, amenazadora y ejerciendo presión para ser atendidos de forma inmediata, cuando esto transgreda los derechos de otros hombres y mujeres, que también requieran de atención médica.

En este juego del poder y la demanda de atención participan varios aspectos como son: el estatus económico, social, escolar, laboral, la situación, el lugar, el estado de salud, el personal de salud que atiende al varón, sus creencias y costumbres, las formas de relación aprendidas, y los aprendizajes sobre la masculinidad, así como la percepción del dolor y de la enfermedad que se padece, ya que también están presentes compo-

nentes psicológicos que pueden intensificar o disminuir la respuesta ante un estímulo doloroso.

Es necesario reconocer que existen algunas enfermedades que afectan la salud sexual del varón y que pueden limitarlo temporalmente o modificar su forma de vida sexual reproductiva y no reproductiva. Algunas modifican importantemente la conducta sexual de los varones ya que pueden causar dolor en el pene durante la erección o en el momento de la penetración en el acto sexual, por ejemplo, balanitis crónica, parafimosis, priapismo y enfermedad de Peyronie. Otras generan dolor, molestias y alteraciones estéticas en el área escrotal, como es el caso de la epididimitis, orquitis, torsión testicular, varicocele e hidrocele. Existen procedimientos quirúrgicos que también limitan temporalmente su conducta sexual, como la circuncisión, vasectomía, vasovasostomía, hidrocelectomía, varicocelectomía, entre otras. Además de algunas enfermedades relacionadas con la próstata, vejiga y riñón, cuya patología requiere de especial atención en relación con el dolor causado por algún cálculo, tumor o infección. Y no podemos dejar de mencionar por supuesto las enfermedades de transmisión sexual como el Virus de Papiloma Humano, VIH-SIDA, Gonorrea y Sífilis.

Es importante que tanto hombres y mujeres reconozcamos la vulnerabilidad del aparato reproductor masculino, y aceptar que los hombres también pueden padecer enfermedades por invasión de virus, bacterias y hongos y a sufrir lesiones y traumatismos en el área genital. Se requiere insistir en la educación sobre la vigilancia y control de la salud sexual masculina desde el nacimiento y a lo largo de su vida y enseñar a los varones a reconocer, atender y expresar el dolor o mo-

lestias ante problemas de salud que se pueden atender oportunamente si acuden al médico.

Por su parte, los psicólogos de la salud participan en diferentes áreas y campos de la salud y en distintos niveles, por ejemplo: Planeación de las políticas y campañas de salud, Prevención y Promoción de la salud sexual reproductiva y no reproductiva, Intervención para el apoyo psicológico antes, durante y después de procesos quirúrgicos, Asesoría y realización de Proyectos de Investigación y Difusión de los hallazgos en los distintos medios y foros científicos, y en la Formación de recursos humanos en universidades, hospitales y centros de capacitación del sector salud.

Respecto a la inserción de la psicología de la salud en el servicio de Urología, la psicología cuenta con diferentes estrategias y herramientas teóricas y metodológicas para hacer diagnósticos, evaluaciones, e intervenciones en beneficio y atención de los usuarios del servicio.

El trabajo y colaboración interdisciplinaria ha permitido generar estrategias de intervención acordes con las necesidades de los hombres que acuden por diferentes motivos y padecimientos de salud urológica, –como los descritos anteriormente–. También se han realizado diversos proyectos de investigación que han facilitado la comprensión de la influencia de la construcción sobre la masculinidad en los cuidados y atención de la salud sexual masculina tanto reproductiva como no reproductiva y se han desarrollado a partir de los hallazgos estrategias de atención considerando diferentes aspectos médicos, psicológicos, socio-culturales y éticos.

Algunas contribuciones de la psicología de la salud en el servicio de urología, han consistido en brindar

apoyo psicológico para pacientes que acuden a cirugía ambulatoria, por ejemplo, en hombres que solicitan la vasectomía sin bisturí como un método anticonceptivo definitivo. Aquí es muy claro cómo los mitos y creencias sobre su masculinidad y virilidad influyen en el estado emocional del paciente y sus temores ante el procedimiento quirúrgico, reflejándose en la relación médico paciente. Otros procesos que también están presentes son las experiencias en cirugías propias y ajenas pero que se han vivido de forma cercana y que en el momento de acudir a una cirugía por vasectomía, también forman parte de los aprendizajes que directa o indirecta se han tenido en relación con la salud sexual de los varones. Otros aspectos que es necesario señalar, se relacionan con la personalidad del paciente, su edad, escolaridad, sus condiciones de salud en general, su actividad laboral, familiar, como pareja, sobre sus decisiones en relación con su paternidad, su situación económica y su vida sexual en general. En conjunto, se requiere del conocimiento y consideración de todos estos aspectos para poder brindar al paciente el apoyo psicológico necesario, antes, durante y después de las intervenciones médicas y quirúrgicas y de esta manera, poder obtener los mejores resultados para beneficio del usuario del servicio de urología.

Se requiere el reconocimiento de que no siempre existe el disfrute de las relaciones sexuales y que esto también forma parte de las exigencias que sobre su desempeño sexual se les hacen a los varones. Hace falta la aceptación de que la sexualidad masculina no es a prueba de todo y que los mandatos de la masculinidad en varios sentidos perjudican a los varones en cuanto a los cuidados, atención de su salud y manejo

del dolor y éstos son temas que deben ser discutidos y considerados desde las políticas de la salud pública.

Por último, se puede decir que la incursión de la psicología en el servicio de urología, ha tenido el apoyo, aceptación y colaboración de todos los integrantes del servicio y de la unidad hospitalaria en donde se ha desarrollado este trabajo, ha permitido el trabajo de forma multidisciplinaria en donde participan urólogos, enfermeras y enfermeros, residentes de urología, cirugía general y medicina familiar, trabajadoras sociales y personal administrativo, quienes en conjunto, brindamos la atención a los pacientes urológicos que acuden al servicio.

REFERENCIAS

- Córdoba B.D.I. (2005). *Ellos y la Vasectomía: Temores, Precauciones, Deseos y Mitos de la Sexualidad Masculina*. Tesis Doctoral. ENAH.
- Córdoba B., Valdepeña E. R., Patiño O. S., Rosas B. J. (2001). Temores de varones que recurren a la vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir*, 12(3); 27-29.
- Kimel M. (1994). Masculinity as Homofobia: Fear, Shame and Silence in construction of Gender Identity. En *Manhood: The American Quest* Harper Collins, New York.
- Prieto CH. L. y Resel E. L. (1996). *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, 93-107. Servicio de Publicaciones. UCM, Madrid.
- Uribe A. J.F. Dolor Testicular: Ampliando el espectro. *Revista de urología*.

CAPÍTULO IX

ANÁLISIS DEL ADOLESCENTE EN TERAPIA DE GRUPO

*Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guadarrama
Guadarrama, Marcela Veytia López, G. Gerardo
Huitrón Bravo; Facultad de Ciencias
de la Conducta*

Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Uni-
versidad Autónoma del Estado de México

INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica profesional psiquiátrica y psicoanalítica con adolescentes en el ámbito institucional en el Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México y durante seis años hemos llegado a la conclusión de que la psicoterapia de grupo es el tratamiento más adecuado para el adolescente.

La adolescencia está constituida sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana. La infancia está gobernada por el principio del placer-dolor. La función de regular la angustia, la desempeñan los padres durante los primeros años de la vida, y pasa al niño a medida que se desarrolla la fantasía y las actividades calmantes (Blos, 1962, p.12).

En la adolescencia presenciamos un segundo paso de individualización; el primero ocurre hacia el fin del segundo año, cuando el niño experimenta la

esencial distinción entre “ser “ y “no ser”. Una experiencia más compleja ocurre durante la adolescencia, que lleva en su etapa final a un sentido de identidad. La individualización adolescente se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión, crea un sentimiento de urgencia, miedo y pánico, pueden aparecer como síntomas transitorios, las descargas tensionales en esta etapa son dolores de cabeza y de estómago, entre otros. (Blos, 1994, p. 20)

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha, ocurre una profunda reorganización de la vida emocional, con un estado de caos bien reconocido. La elaboración de defensas características, con frecuencia extremas y también transitorias, mantiene la integridad del yo. (Blos, 1994, p. 198)

Muchos adolescentes experimentan sentimientos de tensión, confusión e indecisión durante el proceso de crecimiento y maduración al perder la vida infantil; podemos reflexionar cómo en ese proceso de individuación y maduración hacia la vida adulta, los impulsos adquieren una reorganización hacia la genitalidad, se presenta un impulso de separación que puede cursar con obstáculos produciendo psicopatologías que pueden dar lugar a la deserción escolar, delincuencia, adicciones y otras enfermedades mentales y/o emocionales tales como el suicidio y enfermedades de transmisión sexual como el VIH (Cabildo, 1991, p. 25)

La presión para obtener éxito, en combinación con la incertidumbre económica y los problemas cotidianos a los que se enfrenta con amigos y familiares tienden a provocar una inestabilidad que intensifica sus sentimientos de desconfianza, miedo, duda, que si no se resuelven rápidamente pueden activarse los

núcleos depresivos de la temprana infancia y orillar al adolescente a buscar salidas que frecuentemente lo llevan a una situación más grave, incluso la muerte.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el problema principal reside en la naturaleza de los cambios catárticos, relacionados con los objetos internos y al “sí mismo”, el retiro de la catexis de objeto, lleva a una sobrevaloración del ser, puede llevar a un retiro narcisista y a una pérdida de contacto con la realidad. (Blos, 1994, p. 205)

El aislamiento narcisista del adolescente es contrarrestado en muchas formas, que llevan a mantener su sujeción sobre las relaciones de objeto y sobre límites firmes del yo; la amenaza de tales pérdidas, ocasiona ansiedad y pánico.

La fase de la adolescencia propiamente se puede describir en términos de dos amplios estados afectivos: “duelo” y “estar enamorado”. El adolescente sufre una pérdida verdadera con la renunciación de sus padres edípicos, y experimenta un vacío interno, pena y tristeza que son parte de todo luto. (Blos, 1994, p. 211). El trabajo de estar de luto... es una tarea psicológica importante en el período de la adolescencia”. La elaboración del proceso de duelo es esencial para el logro gradual de la liberación del objeto perdido, requiere tiempo y repetición.

Kaplan (1991, p. 117) dice: “Para que un adolescente complete el pasaje de la infancia a la edad adulta, se requiere una clase especial de desplazamiento del deseo. A este desplazamiento se le ha dado el impreciso rótulo de *remoción*”.

El “remover” a los padres es convertir el deseo amoroso y la dependencia infantil en odio, desprecio,

burla y sublevación, al adolescente lo acometerán reacciones depresivas más extremas y prolongadas.

La solución adolescente implica un proceso lento y doloroso. Esta ardua tarea emocional es prototípica de lo que ocurre cuando se llora la pérdida de un ser querido. A través de este modo especial de renunciar al pasado, el adolescente reconoce por primera vez el carácter irreversible de la pérdida. El adolescente es un verdadero doliente pero al renunciar al pasado en esta forma gradual, adquiere la capacidad de elaborar un duelo. El adolescente no sabe por qué de pronto lo acometen la tristeza, la desolación, la angustia o la nostalgia, no toma conciencia de que sus estados de ánimo cambiantes y sus emociones aparentemente caprichosas son atribuibles a la pérdida de su pasado infantil.

El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia, tan típicos de la adolescencia, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo.

Tarde o temprano el adolescente se ve liberado por su preocupación por el pasado. El joven adulto empieza a tratar a sus padres con respeto y ternura, pero tanto él como ellos saben que algo muy dulce se ha ido para siempre (Blos, 1994, p. 220).

El adolescente crece en grupos, en ellos se desarrolla, en ellos se mueve, él es el que importa, el que opina, el que tiene razón. Sus ídolos son gente joven, cercana a él, que habla su propio idioma, que viste y gesticula como él; desconfía del adulto, de la autoridad, de todo aquello que le recuerde a su padre, al que rehuye y sin embargo necesita. Es el grupo terapéutico el que permite al adolescente adquirir nuevas formas de relación, le da oportunidad de establecer vínculos

con sus compañeros y con el terapeuta y a través de esto, reparar y aprender nuevas formas de funcionamiento. Según la Dra. Guerra, “Los grupos son para sus miembros casas de espejos que devuelven la imagen multiplicada, deformada, troncada, pero siempre conteniendo algo de ellos mismos. Son un lugar al que pueden asomarse con la mirada a eso que es que la simple percepción, como dice Winnicott. Es la casa ideal para el adolescente que intenta hacer congruentes sus procesos internos con su imagen corporal, su posición en el mundo con la de los otros. El adolescente está lleno de dudas, por eso ensaya, por eso actúa. El grupo le proporciona este continente, esta posibilidad de ensayos multiplicados, fantaseados, este vivir un poco a través de los otros, que él tanto necesita para dejar de actuar o para atreverse a hacerlo (Guerra, Simposium).

El grupo facilita un proceso de identificación más sana y se convierte en un instrumento de cambio. El analista al interactuar con el adolescente en el grupo irá ejerciendo la función de amortiguador en el proceso de atenuación de las pulsiones agresivas. Su papel será conciliador no persecutorio, facilitador de la comunicación y puente entre su mundo y el mundo de los adultos.

EL ADOLESCENTE Y SUS MUNDOS

En el presente la adolescencia ha sido denominada los años terribles. Muchos padres y educadores temen este lapso de la vida, debido a que los incontables problemas que presenta. Después de un largo período de comportamiento relativamente estable, “período de la

latencia”, el niño se torna súbitamente falto de equilibrio, inestable y sus reacciones son imprevisibles a medida que entra en la adolescencia. Según Melanie Klein,

Los análisis típicos de la pubertad difieren en muchos puntos de los análisis de los periodos de latencia. Los impulsos de los niños son más poderosos, la actividad de su fantasía es mayor y su yo tiene otros requerimientos y otra relación con la realidad. Por otra parte hay grandes puntos de similitud con el análisis de niños pequeños debido a que en la pubertad encontramos otra vez un gran dominio de las emociones y del inconsciente y una vida mucho más rica en imaginación. Además, en ésta edad las manifestaciones de ansiedad y afecto, son mucho más pronunciadas que en el periodo de latencia y son un tipo de recrudescimiento de las liberaciones de ansiedad.

Pero los esfuerzos del adolescente para luchar contra dicha ansiedad y modificarla —tarea que ha sido desde largo tiempo una de las principales funciones del yo— tienen más éxito que los realizados por los niños de corta edad. En efecto, él ha desarrollado extensamente sus variados intereses y actividades con el objeto de dominar esta ansiedad, de sobrecompensarla y ocultarla de sí mismo y de los demás. Realiza esto en parte asumiendo la actitud de desafío y de rebeldía característica de la pubertad. (Klein, 1932, p. 105)

Tampoco es la adolescencia una edad o un periodo en que resulte fácil convivir con el niño en desarrollo. El adolescente es torpe, irregular y desconcertante en sus reacciones. La autoridad ya no se ejerce sin discusión y hay un despertar de nuevas energías, en un

cuerpo cambiante que está aprendiendo a conocer, los rápidos cambios corporales le imponen una revisión de su imagen corporal, de modo que siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él y se preocupa demasiado comparándose con sus compañeros. Hay un resurgimiento de sus impulsos sexuales y una regresión al complejo de Edipo temprano. Al manipular sus genitales el placer sexual va acompañado de fantasías. Según Ana Freud,

en la preadolescencia, hay un aumento indiscriminado de la actividad sexual que afecta todas las facetas que caracterizaron a la sexualidad infantil, esto es, a las respuestas sexuales agresivas, pregenitales, de los primeros cinco años de vida [...] A esta exacerbación de los elementos pregenitales sucede, poco después, un cambio en la cualidad del impulso, a saber, el de los impulsos sexuales pregenitales en genitales. Este nuevo elemento expone al adolescente a peligros que no conoció antes y que no está acostumbrado a enfrentar. Dado que en esta fase sigue viviendo y actuando como un miembro de su unidad familiar, corre el riesgo de permitir que los nuevos impulsos genitales se dirijan hacia los viejos objetos amorosos o sea, sus padres, hermanos o hermanas. (Freud, 1969, p. 19).

Escribe Helene Deutsch:

La tarea de la adolescencia no es solamente dominar el complejo de Edipo sino también continua la obra comenzada durante la pubertad y primera pubertad, es decir, dar formas adultas a los lazos antiguos más profundos y mucho más primitivos con la madre y poner término a todas las oscilaciones bisexuales y a favor de una orientación heterosexual definida (1952, 54).

El adolescente tampoco es muy feliz con respecto a su situación social en este periodo. Se halla intranquilo por muchas de las cosas que molestan a sus padres, pero no lo admite ante ellos, ni recurre a sus consejos. Después de haberse esmerado en declarar su independencia, le resulta humillante tener que ir en busca de consejo, pero no obstante, lo necesita y a veces con urgencia. Por lo tanto comete errores y esto aumenta su incertidumbre con respecto a sí mismo. Winnicott nos dice:

Aún cuando el crecimiento durante la pubertad pase sin crisis mayores, uno puede tener que manejar agudos problemas, porque crecer significa tomar el lugar de los padres. Realmente lo es [...] En la fantasía inconsciente perteneciente al crecimiento de la pubertad y en la adolescencia hay la muerte de alguien [...] En la psicoterapia del adolescente (y hablo como psicoterapeuta), se encontrará muerte y triunfo personal como algo inherente en el proceso de maduración y en la adquisición del estado de adulto. Esto lo hace bastante difícil para los padres y maestros. También lo hace difícil para los adolescentes mismos que vienen con timidez al asesinato y triunfo que pertenecen a la maduración en esta etapa crucial. (Davis, 1981, p. 81)

Los adolescentes generalmente tienden a ser volátiles, a preferir la acción al pensamiento o al discurso y a ser exquisitamente sensibles a los valores y juicios de sus pares. El malestar emocional exagera estas características debido a que, como dice Peter Blos, “presenciamos a la adolescencia un segundo paso en la individuación, el primero ocurrido hacia el final de los dos años, cuando el niño vive la inevitable distin-

ción entre ‘el ser’ y ‘el no ser’”. Una similar, sin embargo más compleja, individuación ocurre durante la adolescencia, que lleva en su etapa final a un sentido de identidad. Antes de que el adolescente pueda consolidar ésta formación, debe pasar por una etapa de autoconcientización y una existencia fragmentada. La rebelión experimentación, el probar al “self” yendo a los excesos- todo esto tiene una utilidad positiva en el proceso de definición del yo. “Este no soy yo” representa un paso importante en la adquisición de la individuación y en el establecimiento de la autonomía”. (Blos, 1962, p. 27) La actividad, intelectual o física, social o antisocial, ayuda al adolescente a evitar dolorosos afectos y perturbadoras relaciones personales.

Cuando la actividad no está disponible como una defensa, el retraimiento y el aislamiento o el uso de drogas, es una maniobra frecuente. Hacia los años posteriores de la adolescencia, mayores conocimientos y habilidad verbal frecuentemente ayudan al emergente joven adulto a organizar y verbalizar su rebelión contra la autoridad, la autoridad individual del padre o maestro y la personificación de la autoridad, descrita como “el Establishment”. Al mismo tiempo un gran número de gente joven posee un notable grado de sacrificio idealista, frecuentemente acompañado con un deseo por un maestro fuerte, un líder o guru. “El muchacho”, en la pubertad toma como modelo héroes, grandes hombres, etc. Puede más fácilmente mantener su identificación con estos objetos, ya que están bastante lejanos de él, pudiendo también hacer una sobrecompensación más estable frente a ellos por los sentimientos negativos unidos a la imagen del padre. Así, dividiendo la imagen paterna dirige sus tenden-

cias violentas y destructivas hacia otros objetos. Si, por consiguiente, reunimos sus sobrecompensación admirativa hacia algunos objetos y su excesivo odio y desprecio para otros, [...] podemos abrirnos hacia un completo análisis de su complejo de Edipo” (Freud, 1969, p. 21) Sin embargo, a medida que el adolescente va madurando, esos nuevos objetos son desvalorizados y su lugar es tomado por un yo –ideal abstracto cuya relación es reservada para el futuro. Esta búsqueda de un “buen padre” frecuentemente encubre la rebeldía del paciente con tendencia a la actuación cuya fuerte creencia en una “brecha generacional” lo puede hacer acercarse al tratamiento con resentimiento o sospechas.

Parece obvio que las expectativas de la población adulta, frecuentemente, o no son claramente transmitidas, o no son aceptables para un número considerable de la juventud actual. Queda por verse si ésta es una especial “brecha generacional” o si es únicamente nuestra propia variante del antiguo conflicto entre el estilo de vida de los adultos establecido y la identidad, (definida por E.H. Erikson como “La experiencia acumulada de la capacidad del yo para integrar todas las identificaciones con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales” (Klein, 1932, p. 136) buscada con ahínco por el “joven intrusivo”, para evitar la inermidad que siente ante la gerontocracia. Podemos recordar citas tan recientes como las de Mark Twain o tan remotas como las de Sócrates que describen a la juventud de su época como la más rebelde, irrespetuosa, destructiva, etc., de todos los tiempos. Una razón principal para esta opinión de la envejeciente autoridad es el corazón de

la adolescencia misma: la necesidad de desarrollar independencia, la necesidad de convertirse en un individuo para sí mismo y eventualmente, en uno mismo. El aumento de las fuerzas narcisistas en el yo, desempeña un importante papel en el proceso de maduración del adolescente.

Nos dice Helene Deutsch:

Durante la adolescencia, el narcisismo es muy activo en ambas formas, pero su aspecto positivo en esta época es especialmente digno de notar. En primer lugar, tiene cierta fuerza unificadora, que impide la anulación de la personalidad de la muchacha, (muchacho) joven como un resultado de las múltiples identificaciones. En segundo lugar, al aumentar la confianza en sí mismo, contribuye considerablemente a fortificar el yo joven. Sin embargo, ejerce también, con seguridad, una influencia negativa sobre el yo, y es esta doble acción lo que da lugar al movimiento oscilante, al flujo y reflujo del arrogante orgullo y de la contrición; brevemente a todo la mezcla pintoresca que constituye la pauta psicológica de la adolescencia. El problema de las fuentes del narcisismo nos lleva al destino de las emisiones, que en la pubertad huyen normalmente y se dirigen hacia el yo mismo, la energía afectiva se pone a la disposición del yo en forma de “narcisismo intensificado” y le proporciona un nuevo e importante vigor. Poco a poco la identificación con el propio yo es más fuerte. La formación de la personalidad realiza importantes progresos. El adolescente no da cuenta de que “yo soy yo” [...] La tarea del adolescente es sobre todo pasar de la fase del narcisismo intensificado a la de las relaciones con el objeto y adquirir en ellas una

unificación favorable de los afectos e impulsos instintivos. (Dautsch, 1952, p. 74).

Esto frecuentemente conduce a una falta de respeto a los valores tradicionales, que es más aparente que real, a una aseveración de absolutos, que son reemplazados por sus opuestos u olvidados después.

Estos rápidos cambios ponen a prueba los nuevos y viejos modos de vida. Para la autoridad rígida, padres, maestros u otros, que han olvidado su propia adolescencia y su propósito, estas cosas pueden ser amenazantes, perturbadoras o ridículas, pero tomadas como una parte de la, sobre todo, sana lucha por el crecimiento, pueden ser entendidas y, si no disfrutadas, toleradas. Otro efecto de la adolescencia sobre el adulto, es la reactivación de sus propios conflictos adolescentes, con abiertos componentes autoeróticos, homosexuales y edípicos, teniendo lugar algo así como una compensación adolescente retrospectiva. O sea que una familia dada puede sufrir dos crisis al mismo tiempo, la de la adolescencia que afecta al hijo y la crisis adolescente reactiva en alguno de los padres. Según Dupont:

Para los analistas que tratamos adolescentes es singularmente evidente la trascendencia que adquiere una solución predominantemente amorosa y reparadora del conflicto inicial esquizoparanoide del bebé con su madre. Parecería que el remanente de ansiedad, de temor a ser dañado y destruido por la madre en función no sólo de verdaderas capacidades destructivas en ella sino del odio y la agresión del bebé dirigidos originalmente a la madre o a parte de ella, como su pecho y que en su fantasía el niño supone regresarán

a destruirlo vengadoramente, es efecto de una solución incompleta de este primer estadio evolutivo ambivalente, esquizoparanoide. Muy probablemente la madre no ha contado en este caso con los recursos de tolerancia y amor suficientes para neutralizar con amor la destructividad naciente de año, de tal manera que la rectificación que adentro del bebé podría realizarse desde la imagen de una madre frustrante, vengativa y persecutoria, hasta la de una madre tolerante, nutricia y amorosa, no se realiza o sólo se modifica parcialmente [...]. También importa lo siguiente: que el amor o el odio con que el niño piense en el mundo externo son modificables de acuerdo con las experiencias con las que vuelve a encontrar la realidad externa cada vez que la enfrenta. (Dupont, 1976, p. 38, 72).

En el confuso cuadro de la adolescencia muchas cosas se aclaran cuando reconocemos el choque de los dos mundos en todos los acontecimientos de este periodo. De estos dos mundos, uno pertenece al futuro, es decir al adulto, el otro al pasado, es decir a la infancia; el presente es una época de lucha para armonizar estos dos periodos de la vida. Esta concepción nos permite apreciar mejor la intervención de las fuerzas progresivas y regresivas. Cuando se trata de la formación del yo, el narcisismo es un rasgo progresivo, pues significa una fase en él, la liberación individual de los primeros objetos y el fortalecimiento de la confianza en sí mismo; cuando se trata del desarrollo de la libido, este narcisismo es, por el contrario, obstructivo y regresivo. Las más fuertes exigencias de la conciencia del adolescente, que funciona como un guardián interno, son un factor progresivo; la inclusión de los antiguos sentimientos de culpa, es un factor regresivo. Cada paso, cada gesto,

obtiene su médula de dos factores opuestos y el resultado favorable o desfavorable de la adolescencia depende de que venzan las fuerzas progresivas a las regresivas. (Dautsch, 1952, p. 80)

ANÁLISIS DEL ADOLESCENTE EN TERAPIA DE GRUPO

Todo grupo se plantea explícita o implícitamente una tarea, la que constituye su objetivo o finalidad. La tarea, la estructura grupal y el contexto en el que se relacionan tareas y grupo constituyen una ecuación de la que surgen fantasías inconscientes, que siguen el modelo primario del acontecer del grupo interno. Entre estas fantasías algunas pueden funcionar como obstáculo en el abordaje del objeto de conocimiento y distorsionantes en la lectura de la realidad, mientras que otras actúan como incentivo del trabajo grupal [...]. El esclarecimiento de dichas fantasías inconscientes, así como la resolución dialéctica del dilema que dio origen al conflicto, constituye la tarea latente del grupo, inaugurándose entonces la posibilidad de la creación. (Rivière, 1981, p.143)

Aunque Pichon-Riviere escribe esto en relación con los grupos operativos, también es pertinente al grupo de adolescentes, ya que según algunos analistas la exuberante fantasía que distorsiona el mundo de la realidad y recrea la omnipotencia, es su mejor arma para pasar a la adultez.

Basándose en las ideas de Winnicott de que el objeto transicional le sirve al niño como un primer paso en la diferenciación entre él y su madre, como la

representación con la que se identifica el niño al pasar de un estado de fusión con la madre a un estado de esparción de ella, coincidimos con Levin que considera al grupo de adolescentes “objeto transicional” para el adolescente que busca desprenderse de su dependencia infantil.

Nos dice Levin que el concepto clave en ver al grupo como objeto transicional es el de identificación. Se refiere a los pacientes para los que no ha habido una suficiente y confiable figura materna con la cual relacionarse e identificarse durante el desarrollo, cuando este déficit dañó al crecimiento y fuerza del yo; y enfoca al grupo terapéutico como un objeto transicional en el corte del lazo simbiótico como el terapeuta. Por ejemplo, el miedo de destruir al terapeuta puede bloquear el progreso en la transferencia, pero el grupo mitiga este temor.

Así, el grupo facilita un proceso de identificación más sana y se convierte en un instrumento de cambio, en un puente entre la niñez y la edad adulta. Debido a las relaciones recíprocas entre el mundo interno fenomenal y la actuación en el mundo externo, las representaciones infantiles de objeto son modificadas y un avance evolutivo como el de separación e individuación pueden ocurrir.

Por lo general el adolescente tiene resistencias al tratamiento analítico, ya que en su mayoría no lo ha escogido sino que es remitido por sus padres, colegio o médico familiar. Como muchos de los pacientes de grupo, ellos tienen consciente o inconscientemente miedo a entrar en un grupo. Algunos pretenden no estar ansiosos pero en realidad se sienten aprehensivos. Temen no

pertenecer, no tener nada en común con los otros, no tener nada que decir o ser atacados por el grupo.

Los problemas con la autoridad crean uno de los principales tropiezos en el tratamiento del adolescente; una terapia exitosa requiere evitar cualquier apariencia de autoritarismo en el terapeuta. Se ha dicho que los adolescentes tienden a buscar al “buen padre” y a rebelarse contra el “malo”. Esto hace imperativo fomentar en el grupo analítico la habilidad de reconocer reacciones transferenciales hacia la autoridad para poder ser manejadas como irracionales o neuróticas. Es conveniente entonces destacar el deseo de una autoridad poderosa que puede disminuir el dolor del desarrollo de la responsabilidad personal. Mientras tanto el terapeuta debe estar constantemente atento para controlar sus propias contratransferencias neuróticas, como pueden ser la necesidad de dominar, que es generalmente fatal para establecer una “rapport” con los pacientes adolescentes; o un deseo de gratificación por ser el querido “buen padre”, que es un enemigo más sutil del tratamiento; o una necesidad neurótica de identificarse con el paciente adolescente, tratando de ganar.

REFERENCIAS

- Anzieu, D., Bejarano, A. Kaes, R., Missenard, A. Y Pontalis J. F., *El trabajo psicoanalítico de los grupos*, Siglo XXI, 1978.
- Berkowitz I. *Adolescents Grow in Groups*.
- Blos Peter, *On adolescence. A free press paperback*. 1962.

- Blos, P. *Psicoanálisis de la adolescencia*. Editorial Joaquín Mortiz. México. 1994.
- Davis M., Walbridge D. *Boundary & Space. An introduction to the work of D:W: Winnicott*. Brunner/Mazel, Publishers 1981.
- Cabildo J.H. *Salud mental enfoque preventivo*. Editorial Unión. México. 1991.
- Dautsch H. *La psicoterapia de la mujer I*. Editorial Losad. 1952.
- Díaz de M.C. *Es una mujercita soy una mujer*. Simposio sobre la mujer. AMPAG. 1986.
- Díaz de M.C. *Terapia del adolescente incluido en un grupo de adultos*. Análisis grupal. Vol. II. 1984.
- Dupont M.A. *El desarrollo humano*. Siete estudios psicoanalíticos. 1976.
- Dupont M.A. Jinich A, *El grupo infantil "natural" – una experiencia psicoanalítica*. Cuadernos de Psicoanálisis enero-junio 1978.
- Erikson E. *Infancia y sociedad*. Ediciones Hormé. 1970.
- Freud A., P.A. Osterreth, J. Piaget y otros. *El desarrollo del adolescente*. Editorial Paidós. 1969.
- Freud S. *Tótem y Tabú. La Psicología de las masas y el Yo*. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. 1973.
- González J. L. *Comunicación personal*.
- Guerra T. *La adolescente y su madre*. Simposium sobre la mujer.
- Guerra T. *Influencias de las fantasías paternas en la actuación del adolescente*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. 1976.
- Guerra T. *Importancia de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de adolescentes*. (Artículo no publicado).

- Guerra T. *El ideal del grupo de adolescentes*. (Art. No publicado)
- Kaplan L. *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Editorial Paidós. México. 1991.
- Klein M. y otros. *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Biblioteca Psicología del Siglo XX. 1972.
- Klein M. *The Psycho-Analysis of Children*. Delta. Cap. V. 1932.
- Klein M. *Contribuciones al psicoanálisis*. Ediciones Hormé. 1964.
- Laplanche J., Pontalis. J.B. *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor. 1979.
- Levin S. *The Adolescent Group as a Transitional Object*. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1982.
- Lomas P. y otros. *La crisis de la familia*. La red de Jonás. 1983.
- López j. *Restos Edípicos en la adolescencia*. Cuadernos de psicoanálisis. 1985.
- Mishe J. *Narcisistic Vulnerability of the Younger Student*. *The Clinical Supervision*. Vol. I Summer 1983.
- Pichon Rivière, Enrique. *Grupo operativo y modelo dramático*. En *Del psicoanálisis a la psicología social* (Tomo II) Buenos Aires: Ediciones Galerna. 1981.

CAPÍTULO X

LA TEORÍA DE LA PAZ O EQUILIBRIO

José Luis Valdez Medina
Universidad Autónoma del Estado de México

*¿Será porque la paz total no existe, que por eso todos la
estamos buscando?*

José Luis Valdez Medina

RESUMEN

Todos nos vamos a morir, y lo único que nos lo recuerda a cada momento, son las necesidades o carencias y los tipos y niveles de miedo que llegan asociados con ellas. Por eso, buscamos conseguir los recursos o satisfactores que nos permiten cubrir las necesidades o carencias y evitar los miedos que llegan asociados con éstas.

A partir de esta dinámica de conseguir y evitar cada uno de los seres humanos vamos construyendo y desarrollando nuestras muy particulares tendencias de personalidad, que dentro de la teoría de la paz o equilibrio, hace referencia a las estrategias individuales de obtención de recursos o satisfactores.

Y aunque somos únicos e irrepetibles, no siempre tenemos el atractivo físico, la simetría, la fuerza, la belleza, o las características psicosocioculturales requeridas para ser competitivos, para tener el estatus o la jerarquía que nos permita ser aceptados y no rechazados, y conseguir los satisfactores que consideramos

requerir para estar en paz, tanto en el plano biológico como en el psicosociocultural.

Ante esta situación, surge la queja, y con ella, la tendencia, a tolerar y a controlar, es decir, a aparentar, a fingir, a reprimir, a ocultar, a engañar, a callar, a mentir, a guardar secretos, y por supuesto a vivir con miedo, alejados de una situación de paz o equilibrio, que desde esta propuesta teórica se conforma como la tendencia natural de la vida, que lamentablemente hemos cambiado por una vida de tolerancias y controles que se ha vuelto totalmente artificial.

Por ello esta teoría nos ofrece una nueva perspectiva de análisis de la conducta, que retoma las formas de comportamiento que se orientan al encuentro con nuevas situaciones de paz o equilibrio, que han sido propuestas dentro de la biología, la física y la psicología, que como resultado, nos pueden llevar a vivir con y por gusto, en paz o equilibrio.

ORIGEN, CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO DE LA TEORÍA

La presente propuesta teórica tiene su origen en la formación académica del autor de la misma. En este sentido, es conveniente dejar claro que en un principio tuve la fortuna de caer en las manos del Dr. Jesús Figueroa Nazuno, con el cual me formé en el terreno del cognoscitivismo. El Dr. Figueroa tenía un grupo de jóvenes universitarios que trabajaban como colaboradores en el desarrollo de su investigación. Ahí se desarrollaban trabajos de investigación en las áreas de memoria a corto y a largo plazo, la comprensión de

lectura y las redes semánticas naturales, que fueron una creación original realizada por el mismo doctor Figueroa.

En este grupo de trabajo me interesé particularmente por la investigación que se realizaba en torno a las redes semánticas naturales, que en ese momento se aplicaban al área experimental, de psicofisiología y educación particularmente. A mí me pareció que la técnica de obtención de significados que fue denominada como las redes semánticas naturales, tendría buenas aplicaciones dentro del terreno de la psicología social.

Con esta idea comencé realizar una primera investigación titulada: *Conceptualización de Familia, Redes Semánticas y Medio Social*, que presenté como ponente dentro del VI Encuentro Nacional y I Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Guadalajara, en mayo de 1982.

Con esta primera investigación se fue generando una línea de trabajo que entre otras cosas ha permitido investigar temáticas propias de la psicología social y llevar a cabo la construcción de instrumentos de medición válidos y confiables que se han utilizado en las más variadas temáticas. Un ejemplo de ello es lo que se ha realizado en cuanto a la elección de pareja, la permanencia con la pareja, la ruptura con la pareja, el autoconcepto, los valores, la cultura mexicana, entre muchas otras.

En aquellos años y para fortuna de un servidor, tuve la oportunidad de trabajar también con el Dr. Rogelio Díaz Guerrero, ha sido uno de los investigadores más reconocidos en el área de la cultura en México y en otras partes del mundo. Con él aprendí a tener una

visión amplia de la cultura y del impacto que ésta tiene en la conformación de las características de personalidad de cada uno de sus miembros.

A partir de ese momento mis intereses fueron más claros y comencé a desarrollar una serie de investigaciones respecto al autoconcepto del mexicano, haciendo particular énfasis en cuanto a las diferencias por sexo. Con el apoyo de la Dra. Isabel Reyes Lagunes, del Dr. Rolando Díaz Loving y de la Dra. Susan Pick, tuve la oportunidad de avanzar fuertemente en el uso de la técnica de las redes semánticas naturales, de la construcción de instrumentos de medición desde una postura etno-psicológica, y por supuesto de mi formación como investigador.

Pasados los años, me di cuenta de que cuando nos definimos a nosotros mismos, frecuentemente utilizamos algunos términos que son ubicados como valores. Así, al dar nuestro autoconcepto, regularmente nos definimos como responsables, solidarios, humildes, altruistas, o respetuosos.

Con este análisis de información me percaté de que los valores son una parte importante, no sólo de nuestro comportamiento en general, sino de nuestras características de personalidad. Por ello, inicié una serie de trabajos de investigación orientados a buscar cuáles eran los valores más importantes para la cultura mexicana, que le sirven de guía a sus comportamientos.

En estos estudios me di cuenta de que los valores se organizaban de manera concéntrica. En el círculo más externo se ubicaban valores como la familia, las relaciones de pareja, las amistades. Un círculo más adentro se ubicaban valores como el respeto, la solidaridad, la honestidad, la humildad, la responsabilidad y el

altruismo. En el siguiente círculo más cercano al centro se agrupaban valores como la felicidad, el amor, la verdad, la libertad y el bien. Y justo en el centro mismo de los círculos se ubicaba un término que en ese momento ubique como espiritualidad, pero que posteriormente logré identificar como el de paz o equilibrio.

Al llegar a esta conclusión me di cuenta de que los valores que había encontrado fundamentalmente son transmitidos como una estrategia de control social que permite una relación favorable entre los miembros de la sociedad, pero que no necesariamente funcionaban como un principio de vida, que se constituye como un punto de partida y de llegada de todo comportamiento.

Asimismo, me percaté que el término de paz o equilibrio, sí cumplía cabalmente con la posibilidad de ser planteado o bien ubicado como un principio de vida que guiaba o dirigía los comportamientos de todos y cada uno de los seres humanos. Y ahí, en esta convicción personal comenzó el desarrollo de la teoría de la paz o equilibrio, que tengo el agrado de compartir.

La teoría de la paz o equilibrio se constituye como una forma de analizar, comprender y explicar la conducta, que toma la base biológica del comportamiento como el punto fundamental de toda la explicación que ofrece al respecto.

Por consiguiente, para poder generar una visión universal del comportamiento, me di a la tarea de buscar un principio de vida, un constructo que me permitiera establecer el punto de partida y de llegada de toda la conducta. Y de esta manera, al igual que Freud establece que buscamos la vida (placer) y evitamos la muerte (sufrimiento), o como Frankl, que dice que buscamos

el sentido de vida y evitamos el vacío existencial, yo elegí el principio de paz o equilibrio, con su contraparte o complemento, que es la evitación del miedo.

Y esta propuesta tiene su base en la segunda ley de la termodinámica que indica que todo sistema parte de la entropía (del caos, del desorden), y que se orienta a ubicarse, a encontrar un estado de menos caos, con menos desorden, de menos entropía, con mayor equilibrio, estabilidad, paz, con una mejor auto-organización, donde haya el menor gasto de energía posible.

LAS PREMISAS BÁSICAS DE LA TEORÍA

De esta manera fui estableciendo las premisas básicas de toda la teoría en las que se establece que: El objetivo central de la vida biológica es el de sobrevivir. Mantenerte vivo y no morir.

El objetivo de la vida humana es la sobrevivencia biológica y psicosociocultural.

La vida es movimiento (cambio, transformación, adaptación, evolución).

Es por ello que en la vida todo cambia, todo siempre es nuevo, no se detiene y nada se repite.

Todo movimiento implica un desgaste.

Todo tipo y nivel de desgaste es una amenaza contra la vida porque todo desgaste nos lleva irremediablemente a la muerte.

Así, todo aquello que nos favorece, o nos facilita la sobrevivencia, y que no nos amenaza, lo amamos, nos mantiene en paz o equilibrio, estables, auto-organizados, con un menor desgaste. Y nos adaptamos a ello con gusto y sin queja.

En cambio odiamos todo aquello que nos amenaza y que nos dificulta la sobrevivencia, nos quita la paz o equilibrio, nos pone inestables, tensos, nerviosos, desorganizados, y tenemos un mayor desgaste. No nos adaptamos a ello, y vivimos con disgusto y con queja.

La queja es la señal de que la amenaza no ha desaparecido, de que hay algo que no nos gusta, que nos estorba, que se opone, que interfiere o entorpece nuestra sobrevivencia biológica y/o psicosociocultural.

Y es así, con base en esta dinámica de vida, a través de la cual nos damos cuenta de nuestras capacidades de adaptación y de sobrevivencia, y de nuestras carencias biológicas y psicosocioculturales, que se da origen al surgimiento de los juicios de valor (tanto individuales como culturales), y al establecimiento del bien y del mal, o de lo bueno y lo malo.

Con ello, comenzamos a evaluar nuestro comportamiento, y dependiendo de esta evaluación que hacemos de nuestras circunstancias, de lo de fuera, de los otros, y de nosotros mismos, vamos construyendo y desarrollando nuestras muy particulares tendencias de personalidad, que pueden ser: una tendencia de personalidad fuerte o de ego cero, o una tendencia de personalidad débil o de ego (+), que busca ser atractivo y admirado a partir de sus fortalezas o de ego (-) que busca ser atractivo a través de su debilidad, busca ser compadecido.

De esta manera:

Lo conocido que no te amenaza, se vuelve neutro, te lleva a la paz o equilibrio.

Asimismo, lo conocido que te amenaza, te lleva a tolerar y a controlar, a fingir, a ocultar, aparentar,

mentir, reprimir, es decir, te lleva al miedo, te quita la paz o equilibrio.

Lo desconocido que no te amenaza, te es indiferente. Por eso, sólo se acepta o se rechaza abiertamente, con gusto y sin queja, lo que no te amenaza.

Pero si la amenaza persiste, se comienza a tolerar y a controlar (mentir, fingir, aparentar, ocultar, reprimir, callar, no expresar ni decir, guardar secretos, a vivir a la defensiva, a agredir, a desconfiar, a estar inseguro, a dudar, etc.). Se empieza a vivir con miedo, sin paz o equilibrio, sin estabilidad, con desorden, con un mayor desgaste.

Así, comenzamos a confiar o a desconfiar de nosotros mismos, es decir, nos aceptamos o no nos aceptamos a nosotros mismos.

Si nos aceptamos nos amamos, somos libres, vivimos en paz o equilibrio.

Si no nos aceptamos nos odiamos, somos dependientes, nos apegramos, vivimos amenazados, sin paz o equilibrio.

Por eso, la adaptación con gusto y sin queja nos ubica en un estado de paz o equilibrio, de estabilidad, de auto-organización, donde registramos un menor desgaste. Vivimos con confianza, tranquilos, seguros, protegidos, en paz o equilibrio, estables, auto-organizados, con un menor desgaste.

En cambio, cuando no nos adaptamos y nos mantenemos con disgusto y con queja (tolerando y controlando las cosas), esto nos ubica en un estado de caos, de desequilibrio, de inestabilidad, de desorganización, donde registramos un mayor desgaste, conflicto, tensión, ansiedad o de alerta permanente, desesperanza,

depresión, miedo. Vivimos con desconfianza, intranquilos, inseguros, desprotegidos, a la defensiva, agresivos.

Para tratar de sobrevivir y adaptarnos con gusto y sin queja a las nuevas circunstancias o situaciones que se nos presentan, todos intentamos conseguir y/o conservar los recursos o satisfactores que nos permiten cubrir nuestras necesidades o carencias, y evitar todas las amenazas que atentan contra nuestro estado de paz o equilibrio, de estabilidad, de auto-organización, en el cual, experimentamos el menor desgaste.

Sin embargo, la teoría de la paz o equilibrio plantea que si se consiguen o no se consiguen los recursos o satisfactores que consideramos que cubren nuestras necesidades o carencias, y si se evitan o no se evitan las amenazas que atentan contra nuestra paz o equilibrio, pero se acepta este resultado con gusto y sin queja, el estado de paz o equilibrio se consigue o se conserva.

En cambio, en la teoría se propone que si se consiguen o no se consiguen los recursos o satisfactores que consideramos que cubren nuestras necesidades o carencias, y si se evitan o no se evitan las amenazas que atentan contra nuestra paz o equilibrio, y no se acepta este resultado con gusto y sin queja, el estado de paz o equilibrio desaparece, y entonces se presenta el caos, el conflicto, la tensión, la desconfianza, la ansiedad, el miedo (véanse tablas 1 y 2).

Tabla 1. Resultados de quejarse o no quejarse en la vida

	No tienes queja (sin queja)	Te quejas (con queja)
<p>Si consigues y/o conservas el satisfactor que cubre tu necesidad o carencia, que además te permite evitar los otros tipos y niveles de miedo que llegan asociados con estas necesidades o carencias, y...</p>	<p>No hay problema, no hay conflicto, no hay miedo, no hay amenaza, hay paz o equilibrio. La persona está contenta. Ama. Se valora positivamente tanto a sí misma como a los demás. Se vuelve una persona segura y que confía en sí misma y en los demás.</p> <p>A las personas que viven así, frecuentemente se les ubica como afortunadas, pero también como creídas, presumidas, alzadas, que se creen mucho, que son pedantes, etc.</p> <p>Se le admira, pero se le envidia.</p>	<p>Sí hay problema, hay conflicto, hay miedo, hay amenaza, no hay paz o equilibrio. La persona está inquieta, enojada, triste, etc. Odia. Tiende a sobrevalorarse a sí mismo y a no valorar a los demás, se vuelve rechazante.</p> <p>A estas personas se les ubica como inconformes, mal agradecidas, insaciables, ambiciosas, etc.</p> <p>Se le admira, pero se les rechaza por ser ubicados como unos mal agradecidos.</p>
<p>Si no consigues y/o conservas el satisfactor que cubre tu necesidad o carencia, que además te permite evitar los otros tipos y niveles de miedo que llegan asociados con estas necesidades o carencias.</p>	<p>No hay problema, no hay conflicto, no hay miedo, no hay amenaza, hay paz o equilibrio.</p> <p>Tienden a valorar mejor a los demás y peor a sí mismo. Tienden a sentirse preocupados, culpables.</p> <p>A personas con esta forma de vivir, frecuentemente se les ubica como conformistas, pusilánimes, menso, tarados, tontos, que no se valoran, que no son nada, o como unos don nadie, etc.</p> <p>Se les menosprecia por ser ubicados como unos conformistas.</p>	<p>Sí hay problema, hay conflicto, hay miedo, hay amenaza, no hay paz o equilibrio.</p> <p>A las personas que viven de esta manera, se les ubica como necios, aferrados, intransigentes, de lo peor, son rechazados, se les repudia, etc.</p> <p>Tienden a valorar negativamente tanto a los demás como a sí mismo. Tienden a ser miedosos, pero se empeñan en ocultarlo.</p> <p>Se les odia y rechaza por ser tan obstinados, necios, aferrados, mal intencionados, que no entienden de razones de ningún tipo, por ser tan molestos.</p>

En otras palabras:

Tabla 2. Los efectos de la aceptación

	Si me acepto a mí mismo con gusto y sin queja	Si no me acepto a mí mismo, estoy a disgusto y con queja
Si acepto a los demás con gusto y sin queja	Seguro	Preocupado, culpable
Si no acepto a los demás, los veo con disgusto y con queja	Rechazante	Miedoso

Ante esta situación, desde la teoría de la paz o equilibrio, se considera que la única forma de conseguir o de llegar a vivir en paz o equilibrio, es haciéndote cargo o responsable de ti mismo.

**¿QUÉ PODEMOS HACER PARA RECUPERAR
LA CONFIANZA Y HACERNOS CARGO
O RESPONSABLES DE NOSOTROS MISMOS?**

Desde la visión de la teoría de la paz o equilibrio (Valdez Medina), se plantea que para recuperar la confianza, cada persona debe ser capaz de hacerse cargo o responsable de sí misma. Para lograrlo, cada uno de nosotros debemos tratar de ubicar, recordar, encontrar, o re-descubrir una actividad personal, que al hacerla nos haya mantenido con y por gusto, concentrados, entretenidos, en movimiento, sin prisa, en silencio, confiados, tranquilos, en paz o equilibrio, estables,

sin queja, sin juicios de valor. Una actividad que no nos haya obligado a competir, ni a compararnos, ni a forzar las cosas, porque no teníamos la necesidad de evitar el rechazo, ni de buscar la aceptación de parte de otros, pues el temor, la tensión, y el conflicto que nos genera el pensar en el fracaso tienden a reducirse o a desaparecer.

Si la ubicamos, nos daremos cuenta de que cuando la hicimos fuimos capaces de ser y dejar ser a los demás, de que cumplimos con la premisa de ser en el hacer, puesto que en ese momento, hacíamos lo que éramos, y éramos lo que hacíamos, sin contradicción, ya que el objetivo de hacerla, no era el de conseguir el reconocimiento, la etiqueta, el título, o la felicitación que consideramos que podía legitimar nuestro hacer en la vida.

Viviendo de esta manera, cada persona irá recuperando la aceptación y la confianza personal y social, y se hará cargo o responsable de sí misma, ya que, lo obligado o lo forzado que somos o hacemos, tienden a desaparecer.

Con esta forma de vida, sabremos que en algún momento, sí hemos sido capaces de experimentar el placer (Freud), el sentido de nuestras vidas (Frankl), la felicidad y una buena vida (Savater), el amor y la libertad (Fromm), y que también alcanzamos la autorrealización (Maslow), y la paz o equilibrio (Valdez Medina).

A partir de esta forma de vivir, comenzaremos de manera automática a ser y dejar ser, a respetarnos y a respetar a los demás, a no hacer juicios de valor acerca de los otros ni de nosotros mismos, pues habremos reconocido que nadie puede aceptar a otro, si no es capaz de aceptarse a sí mismo.

Ahora bien, si por alguna razón, se nos dificulta encontrar la actividad que nos lleva a ser en el hacer, una recomendación muy favorable es que le pidamos a nuestros padres, maestros, amigos, o a alguien al que le tengamos la suficiente confianza, que nos ayude a encontrarla, o que nos enseñe a vivir haciéndonos cargo o responsables de nosotros mismos. Hay que solicitarle que nos diga cómo hay que hacerle para vivir en paz o equilibrio, estables y auto-organizados, sin forzar las cosas, sin tener que aparentar, fingir o mentir, ni callar, ocultar o reprimir, sino aceptando con gusto y sin queja lo que somos, lo que tenemos, lo que hacemos y cómo vivimos, para poder volver a valorar lo propio, y para no tener que seguir ejemplos que nos son ajenos, y que sólo nos generan auto-rechazo.

Pedir que se nos oriente para poder comprender que sólo aquél que se hace cargo o responsable de sí mismo no finge. Y no finge, porque no depende, no se esclaviza, no afecta a los demás, ni se vuelve una carga para otros, ni para sí mismo, porque lo que hace, lo hace con gusto y sin queja.

Y si aquella persona a la que le pedimos ayuda no nos la pudo dar, porque declare no saber cómo hacerlo, entonces sería muy conveniente invitarlo para que haga el ejercicio de reflexión y experimente consigo mismo la posibilidad del cambio de actitud ante la vida, que no sólo te favorece a ti, sino a todos los demás que formamos el México que todos esperamos tener.

Finalmente, cabe apuntar que aunque este planteamiento de vida parecería una utopía, o algo irrealizable, hay que saber que no es así, puesto que la vida natural de la cual formamos parte, tiende a moverse hacia la paz o equilibrio de manera automática, y no

forzada, lo cual, es una razón más que suficiente para comenzar a construir y a desarrollar un cambio de actitud ante la vida, que nos lleve a cada uno de nosotros, de manera individual, a hacernos cargo o responsables de nuestro propio sí mismo, antes de que ahora sí, sea demasiado tarde.

REFERENCIAS

Valdez Medina, J. L. (2009). *La teoría de la paz o equilibrio*, México: Edamex.

Este libro se imprimió por primera vez
con un tiraje de 150 ejemplares
en el mes de septiembre de 2013
en los talleres de Publidisa Mexicana S. A. de C. V.
calz. Chabacano núm. 69, Planta Alta, col. Asturias,
Delg. Cuauhtémoc, D. F., México, C.P. 06850
www.publidisa.com