



Facultad de Medicina  
Universidad de Valladolid

## GRADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA



TRABAJO DE FIN DE GRADO

# **“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN VICTIMAS DE MALOS TRATOS”**

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**GRADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y  
DIETÉTICA**

CURSO ACADÉMICO 2018/2019

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
VICTIMAS DE MALOS TRATOS”**

**Trabajo presentado por: Inés Gil Vecino**

**Tutora: Mercedes Martínez León**

**FACULTAD DE MEDICINA**

Valladolid, Julio de 2019

*“La verdad acerca de nuestra infancia está guardada en nuestro cuerpo y, aunque podemos reprimirla, nunca podremos alterarla. Pero algún día el cuerpo pasará la cuenta.”*

Alice Miller. (16)

## **INDICE**

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>pág 5</b>
<b>2. ABREVIATURAS.....</b>	<b>pág 6</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>pág 7</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>pág 14</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>pág 15</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>pág 16</b>
<b>7. DESARROLLO</b>	
<b>7.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en víctimas de malos     tratos</b>	
<b>7.2 Abuso sexual infantil en relación con los Trastornos de la Conducta     Alimentaria</b>	
<b>7.3 Violencia en jóvenes y adolescentes</b>	
<b>8. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>pág 32</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>pág 33</b>

## RESUMEN

Hoy en día, la violencia de Género, también conocida como Violencia de Pareja, es un tema que, a pesar de la existencia de infinidad de campañas de concienciación y ayudas ofrecidas por parte de la comunidad, sigue dejando cada año un gran número de víctimas.

Son muchas las mujeres que se ven sometidas a ciertas aptitudes por parte de su marido, pareja, expareja o compañero sentimental, las cuales van dando forma a una personalidad trastornada de la víctima que determina, de algún modo, su comportamiento en distintos ámbitos de la vida cotidiana.

Sin embargo, no solamente éstas son víctimas de dicho maltrato, sino que esta situación acaba afectando a todo el núcleo familiar donde, de manera lógica, se incluyen a los niños y niñas fruto de dicha relación, causando en ellos una serie de efectos que condicionarán a su personalidad futura.

Dentro de estos efectos, podemos incluir la depresión, humillación, falta de atención, estrés postraumático... todos ellos considerados factores de riesgo de padecer Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA).

**Palabras clave:** violencia de género, víctima, trastornos de la conducta alimentaria.

## **ABREVIATURAS**

- **TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria
- **ASI:** Abuso Sexual Infantil
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **CAR:** Conducta Alimentaria de Riesgo
- **BN:** Bulimia Nerviosa
- **AN:** Anorexia Nerviosa
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Post Traumático
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **TP:** Trastorno de la Personalidad
- **TDSP:** Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un fenómeno que acaece en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Abarca tanto la agresión física, como la psicológica y la sexual. La Asamblea General de las Naciones Unidas ya en 1993 aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer” y definió en su artículo 1 la violencia sobre la mujer como *“cualquier acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad tanto si se produce en la vida pública o en la privada”* (1)

Por otra parte, según la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas se define violencia contra las mujeres como *«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada»*.

Según Margaret Chan, Directora General de la OMS (Organización Mundial de la Salud), actualmente un 35.6% de las mujeres a nivel mundial sufren este tipo de violencia, lo cual representa un problema de salud pública a nivel mundial de proporciones epidémicas. Esto viene dado por que las mujeres, víctimas de abusos físicos y sexuales, son más propensas a contraer VIH, tener un aborto, depresión, lesiones, así como presentar trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por abuso de alcohol.

Es ahora cuando lo reconoce el Tribunal Supremo, pero desde hace mucho tiempo está en la mente de las personas que no es necesario que existan lesiones físicas para considerar que haya maltrato. Es más, generalmente el llamado maltrato Psicológico suele preceder al físico y, desde luego, acompañarlo, puesto que el hecho de ejercer maltrato físico conlleva siempre el psicológico.

Este no deja marcas visibles y se ejerce muchas veces en el ámbito considerado como “normal” por quienes lo ejercen y lo que es peor, por quienes lo sufren.

Las consecuencias pueden incluso superar en gravedad, a las lesiones físicas. el consumo de alcohol puede propiciar conductas de este tipo y podría ser considerado como una de las vías por las que la ingesta de sustancias, aunque en este caso no puedan recibir la calificación de alimentos, influye en el maltrato. El hecho de que se pretenda considerar atenuante el consumo de alcohol es algo que vemos con demasiada frecuencia en el ordenamiento jurídico. Lo cierto es que los consumos reiterados y habituales comportan un particular modo de vida en el que las normas de convivencia y el respeto debido a las personas quedan muy comprometidos.

Por todo ello y debido al incremento de las víctimas de este tipo de agresión, es el 29 de Diciembre de 2004 cuando se publica **La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, cuyos motivos de exposición de la misma manifiestan que la violencia de género << *se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión* >> (3)

La Agencia para los Derechos Fundamentales de la Unión Europea determinó que, en 2014, 62 millones de mujeres europeas experimentaron en alguna ocasión violencia física y sexual (un tercio de la población femenina) y, una de cada cinco (22%) es víctima de este tipo de delitos por parte de su pareja, dándose el mayor número de denuncias en aquellos países donde hay menos tolerancia a la violencia sexual y mayores niveles de igualdad de género (2)

El **Síndrome del Maltrato a la Mujer** viene caracterizado por una estrecha relación con los condicionantes socio-culturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración, así como la reciprocidad de la agresividad. Esto hace que la violencia sea especialmente intensa, que existan lesiones de defensa y que **el daño psíquico sea uno de los elementos más importantes**. (5)

Fuera del ámbito familiar, también puede producirse “Violencia sobre la Mujer”, tanto antes de establecer la relación de noviazgo, como una vez finaliza la misma, tras la separación o divorcio. Por ello, debemos insistir en la independencia del Síndrome de maltrato a la mujer respecto a otros cuadros de violencia interpersonal en los que la mujer puede ser víctima.

Dicho esto, consideramos el Síndrome de maltrato a la mujer como: *“El conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad”*.(6)

Este, viene definido por un cuadro lesionar, resultado de la interacción de tres elementos:

1. **AGRESOR:** alguien que mantiene o ha mantenido una relación afectiva de pareja con la víctima. Muchos estudios coinciden en que, el factor de riesgo más importante es haber sido testigo o víctima de violencia por parte de sus padres durante la infancia o adolescencia.
2. **VICTIMA:** persona que sufre el acoso. Según diversos estudios, el principal factor de riesgo que nos lleva a ser una víctima de la violencia de género son, desde los antecedentes de abuso sexual durante la infancia, hasta las consecuencias derivadas de los mismos.



3. **CONTEXTO SOCIO-CULTURAL:** hace referencia a las características de las normas culturales y el papel que el género juega en la conducta, pudiendo resumirse en:

- Función de la **violencia como mecanismo de control social** sobre la mujer, cuyo fin es mantener el estatus de la dominación masculina.
- La **conducta violenta** hacia la mujer que se produce como un patrón aprendido y transmitido en el curso de las generaciones.
- Las **normas sociales**, capaces de minimizar el daño producido y de justificar la acción violenta del hombre frente a la mujer
- **Modelo de conducta sexual**, que incluye factores tales como los patrones de masculinidad, mayor grado de relación sentimental y su duración, así como los modelos sexuales existentes, favorecedores de la existencia de una actitud violenta frente a la mujer.

Este tipo de violencia puede afectar de forma negativa a la salud física, mental, sexual y reproductiva de la mujer, cuya probabilidad de sufrirla se verá incrementada en aquellos casos en los que se presenta un bajo nivel de instrucción, se han apreciado abusos a su madre por parte de una pareja, se han sufrido abusos en la infancia y/o se tienen actitudes de aceptación frente a la violencia, del privilegio masculino y de la condición de subordinación de la mujer.

Un estudio elaborado por la Dra. Castellano Arroyo (12), ha evaluado la psicopatología de las mujeres víctimas de agresión, con el fin de conocer el grado de ansiedad, angustia y depresión que muestran, obteniéndose así perfiles como los siguientes:

- Mujeres con baja afectividad, estabilidad emocional y autoestima. Inmadura, sensible, poco responsable y dependiente
- Mujer tímida, cuyo interés por el sexo opuesto o establecer nuevas relaciones sociales es mínima priorizando, de algún modo, la superficialidad.
- Tendencia al descuido y predisposición a la dramatización, preocupada por su cuerpo y con poco ánimo para enfrentarse a sus obligaciones y tareas
- Desconfiada, insegura, reservada e introvertida
- Deprimida, que muestra sentimientos de culpabilidad y angustia

Por ello, hemos de enfocar este tema no solo desde el momento en que una mujer sufre su primera agresión, sino desde la etapa infantil ya que, como veremos más adelante, aquellos niños que crecen en un entorno conflictivo suelen tener repercusiones futuras del mismo.

## **16 MEDIDAS DEL PACTO DE ESTADO EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

- 1) Promover la suscripción de un Pacto de Estado en materia de Violencia de género, por el gobierno de la Nación, las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía y la Federación Española de Municipios, que siga impulsando políticas para la erradicación de la Violencia sobre la mujer como una verdadera política de Estado. Un pacto que recupere el espíritu de consenso de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de medidas de protección Integral contra la violencia de género, vinculando a todos los partidos políticos, poderes del Estado y Sociedad Civil en un compromiso firme en pro de una política sostenida para la erradicación de la violencia de género.
- 2) Dotar suficientemente las partidas presupuestarlas, especialmente los recursos destinado a la prevención y a la asistencia social de las víctimas de violencia de género y de sus hijos e hijas, dependientes tanto de las Comunidades Autónomas, como de los servicios de proximidad de los ayuntamientos y Centros de la Mujer para el desarrollo y cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- 3) Reforzar el funcionamiento de las Unidades de Coordinación de Violencia sobre la Mujer dependientes de las Delegaciones del Gobierno en las Comunidades Autónomas y de las Subdelegaciones del Gobierno y Direcciones Insulares, con el fin de procurar un seguimiento personalizado de las víctimas de violencia de género en el territorio, impulsando la coordinación a través de mesas Interdisciplinarias con órganos autonómicos y locales para el seguimiento de la seguridad, protección y atención a las mujeres víctimas y a sus hijos e hijas.
- 4) La puesta en marcha, en los Juzgados Especializados en Violencia de Género, del Acompañamiento Judicial personalizado para hacer accesible la información a las mujeres víctimas de violencia de género sobre el Itinerario y procedimiento más seguro, en su recorrido judicial desde el momento en el que ponen la denuncia hasta el final del proceso.
- 5) Estudiar, en colaboración las Comunidades Autónomas, la viabilidad de establecer pautas y protocolos de intervención para la atención integrada a las mujeres que han retirado la denuncia por violencia de género, así como para la atención y, en su caso, incentivación a víctimas de género que no hubieran presentado nunca denuncia pero cuentan con un certificado de servicios sociales u otro documento similar. En este último caso, y ante la detección de riesgo real por parte de los servicios públicos, sociales o sanitarios, poner en marcha protocolos de atención social Integral, especialmente proporcionando una garantía habitacional.

- 6) Activar de forma permanente el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, involucrando específicamente a las instituciones educativas y los medios de comunicación: impulsando la formación especializada en perspectiva de género para los y las profesionales de los medios de comunicación.
- 7) En el marco del futuro Pacto de la Educación, avanzar, en colaboración con las Comunidades Autónomas, en la incorporación de la formación específica en igualdad y de prevención de género.
- 8) Poner en marcha un Plan integral para prevenir, proteger y reparar el daño a menores víctimas de violencia de género. Dicho Plan deberá potenciar decididamente el uso de las redes sociales y nuevas tecnologías para llegar a esas víctimas potenciales. Los menores son víctimas directas de la violencia de género y, como tales deben ser atendidos en las oficinas de Asistencia a las víctimas y con todos los derechos que asisten a las víctimas.
- 9) Continuar avanzando y garantizar la formación especializada y acreditada que permita valorar el aprovechamiento de conocimiento de los magistrados al frente de órganos jurisdiccionales especializados, así como de los abogados, procuradores, fiscales, letrados y empleados públicos de la administración de justicia, forenses y equipos psicosociales que intervengan en los juzgados especializados de violencia sobre la mujer, de conformidad la Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la Ley Orgánica 5/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. Esta formación debe impartirse desde la perspectiva de género y de derechos humanos. De conformidad con dicha disposición legal, los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses contarán en todos los casos con Unidades de Valoración Forense Integral y que de ellas podrán formar parte los psicólogos y trabajadores sociales para garantizar, entre otras funciones, la asistencia especializada a las víctimas de violencia de género y el diseño de protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género.
- 10) Incrementar la formación específica en violencia machista de todo el personal especializado que intervenga en la atención Integral a las mujeres y sus hijos e hijas. Especialmente en las fuerzas y cuerpos de seguridad y al ámbito judicial y de atención psicológica en juzgados para ampliar la formación del turno de oficio especializado en violencia de género.
- 11) Ampliar las disposiciones preventivas, procesales, punitivas y protectoras de la Ley de 2004 así como del resto del ordenamiento jurídico para abarcar, con las adaptaciones necesarias, todas las formas de violencia contra las mujeres, como el “sexting” o los nuevos tipos de acosos, hostigamiento, acecho o “stalking” tal como exige la Recomendación general n.º19 de la CEDAW y el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul) que España ha ratificado e implementar las recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas elaboradas por el grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. En aplicación de este Convenio, ampliar las disposiciones sobre la trata de

personas que tiene especial incidencia en mujeres y niñas, sobre la mutilación genital femenina y sobre los llamados crímenes de honor.

En Concreto incluir en la LOMCIVC, al menos, las siguientes modificaciones:

- Un nuevo título que visibilice otras formas de violencia sobre la mujer por razón de género, más allá de los malos tratos en el seno de la pareja o expareja, recogiendo preceptos relativos a la sensibilización, formación de agentes, educación, protocolos y planes de colaboración y recogida y difusión de datos, entre otros.
  - Un nuevo título que se refiera a la exigencia y términos de recogida de datos y promoción de su difusión, realización de estudios, impulso de Investigaciones y realización de encuestas basadas en la población con el fin de estudiar las causas y efectos, evaluar la incidencia y percepción social y conocer las medidas para la erradicación de la violencia sobre la mujer así como la eficacia de las mismas.
  - Un precepto específico, dentro del título I de la ley Orgánica 1/2004, relativo a las medidas de sensibilización, prevención y detección que visibilice la colaboración de la sociedad civil en las acciones de concienciación pública, orientadas a la prevención y detección temprana, así como a la creación de una conciencia social de rechazo a la violencia de género.
- 12) Incrementar las actuaciones de sensibilización para intensificar el compromiso conjunto por una sociedad libre de violencia contra las mujeres, apoyando a las víctimas y rechazando a quienes provocan el maltrato.
  - 13) Luchar activamente contra el tráfico y la trata de persona así como contra la prostitución, entendidas ambas como explotación, esclavitud, violación de derechos humanos y cosificación de la mujer, identificando en cada caso a los responsables de espacios de impunidad como el empleo de incentivos y propaganda (por ejemplo, la publicidad del negocio de la prostitución en los medios de comunicación).
  - 14) Adoptar el compromiso de no conceder ningún Indulto en cualquier delito vinculado a la violencia de género.
  - 15) Impulsar la modificación del artículo 415 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para suprimir la dispensa de la obligación de declarar contra su cónyuge o pareja de las víctimas de violencia de género, así como suprimir el atenuante de la confesión para este tipo de delitos y la preceptividad de la asistencia letrada.
  - 16) Establecer la necesidad de comunicar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado las denuncias presentadas por comparecencia en el Juzgado, de modo consten en el sistema de seguimiento en los casos de violencia de género (VioGén) y se pueda valorar el riesgo de la víctima.

## JUSTIFICACIÓN

La Violencia de Género es en uno de los temas más importantes y preocupantes en la actualidad. Es por ello que el Congreso de los Diputados ha instado al Gobierno a crear un “Pacto de Estado contra la Violencia de Género”, con las 16 medidas citadas anteriormente.

Son frecuentes las ocasiones en las que la cabecera de muchas de las fuentes de información son ocupadas por noticias de mujeres que han sido asesinadas en manos de su pareja, compañero sentimental o expareja. Sin embargo, cabe destacar que, son numerosos los casos en los que dichos abusos no han sido denunciados y, por lo tanto, castigados, hecho que nos lleva a pensar que, a pesar de los esfuerzos empleados tanto por Gobierno, como por la Asociación de Víctimas de Violencia de Género, medios de comunicación y campañas de sensibilización, la gran mayoría de los casos no salen a la luz, cuya razón principal es el miedo que presenta la víctima frente a su agresor.

Sabemos que el uso de las nuevas tecnologías, así como de las redes sociales e internet, aumenta notablemente. De forma paralela aumenta la facilidad de cometer dichos abusos, dado que constituyen nuevas vías para llevarse a cabo.

En la actualidad, en relación con el desarrollo tecnológico, tanto el culto al cuerpo como la obsesión por la belleza, ha incrementado de forma significativa durante los últimos años, y con ello la obsesión por la alimentación y el deporte, obsesión que constituye un claro factor de riesgo para la aparición de nuevos casos de TCA, que surgen en el individuo como consecuencia de la persecución del estereotipo implantado en la sociedad.

Según la OMS, este tipo de violencia repercute de forma directa en estos individuos, ya que pueden sufrir diversos trastornos tanto conductuales como emocionales, los cuales pueden asociarse a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. (4)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Relacionar la Violencia de Género con el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

### **Objetivos específicos:**

- Establecer una posible relación entre ser víctima de malos tratos o abusos, con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Vincular dichas agresiones con las conductas, tanto alimentarias como sociales, que adquieren los menores que integran estos núcleos familiares violentos.
- Valorar el aumento de la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en menores víctimas de abusos sexuales.
- Relacionar los efectos provocados en el individuo por los TCA y los provocados por la Violencia.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos expuestos en las distintas bases de datos de Ciencias de la Salud, tales como: PubMed, Medline, Scielo... siendo las palabras clave: Violencia de Género, maltrato, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Bulimia Nerviosa (BN), Anorexia.

Selección de artículos procedentes de revistas científicas como:

- Revista de Enfermería de Castilla y León
- Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Revista Esp Salud Pública 2003
- Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiátrica de enlace

Revisión y obtención de información del manual “*Antropología de la Violencia de Género en la Medicina Legal*”, de Dña. Mercedes Martínez de León.

Del mismo modo, han sido utilizados diversos artículos y/o anteriores exposiciones:

- Trabajos de Fin de Grado de alumnos de la Facultad de Medicina
- Artículos de congresos
- Artículos publicados por la Universidad Complutense de Madrid
- Periódicos digitales
- Páginas de Ayuda a la Mujer

Todos ellos citados de manera específica en la Bibliografía.

### **Criterios de inclusión:**

Selección de artículos datados desde el año 2000 en adelante

De igual modo, han sido seleccionados aquellos que tratan la Violencia de Género no solo como una agresión física, sino también psicológica, siendo este uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### **Criterios de exclusión:**

Se han descartado aquellos artículos con fecha anterior al año 2000, así como aquellos que no consideran la Violencia de Género como un factor de riesgo psicológico, social y de suma importancia en las primeras etapas de la vida del individuo.

## DESARROLLO

### **I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS**

#### **I.I. VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS**

La Violencia de Género en España es una de las violaciones de los derechos humanos más repetida de la sociedad, que afecta a un mayor número de personas. Con ello, millones de mujeres y niñas en el mundo son víctimas únicamente por razón de su género.

Según fuentes de datos oficiales, en España, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 21 de abril 2017, 920 mujeres han sido asesinadas por sus parejas o exparejas. Es en 2003 cuando comienzan a contabilizarse a las menores, víctimas de este tipo de agresión, en las estadísticas, ascendiendo así a 23 el número de niñas y niños fallecidos en tales condiciones, alcanzando el “año más mortal” en 2017, con 8 menores asesinados. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que estas cifras aumentan considerablemente al añadir aquellas mujeres que han sido asesinadas en actos llevados a cabo por hombres que no ejercen ( o han ejercido) un papel de “pareja” junto a la víctima.

La Violencia de Género repercute en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten aun habiendo finalizado la relación agresor-víctima.

La OMS la ha identificado como un factor de deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psicológicas y sexuales, suponen pérdidas en la esfera biológica, psicológica y social, tanto de las mujeres como de sus hijos e hijas. Por ello, se ha declarado como una prioridad de salud pública en todo el mundo (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996) (7)

Desde la perspectiva de los hijos e hijas de la pareja, el hecho de tener una madre maltratada, anulada para ejercer un rol materno, protector y cuidador, así como el sufrir un padre violento y agresivo y crecer en un entorno violento, agresivo e inestable, se considera, de antemano, un maltrato en sí mismo.

Los siguientes gráficos nos muestran la evolución, desde el 2003, de las víctimas mortales de este tipo de violencia durante el pasado año 2018, así como las víctimas conocidas en lo que llevamos de 2019 (*gráficas 1 y 2*)





**Gráfica 1. Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.**



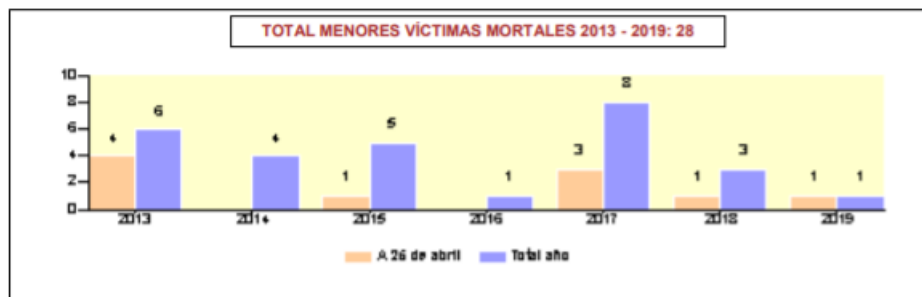
**Gráfica 2. Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.**

Los datos de violencia de género recogen delitos de violencia contra la mujer entendida según el concepto recogido en la L.O 1/2004 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, es decir, en el ámbito de las relaciones de pareja o ex pareja.

Esto ocurre, en la mayoría de los casos, por motivos de miedo de la víctima sobre el agresor, miedo a que se puedan tomar represalias contra sus hijos (si los tuviera), a ser asesinada o, simplemente, por el estado de auto convencimiento de la propia víctima de que la causante del problema es ella y no su pareja.

Con respecto a los menores víctimas de la Violencia de Género, se recogen los siguientes datos:

1. Número de menores víctimas mortales en casos de violencia de género contra su madre en España. 2013 a 2019.



**Gráfica 3. Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**

1. Número de menores víctimas mortales en casos de violencia de género contra su madre en España. 2013 a 2019.



**Gráfica 4. Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**

Los problemas psicológicos y sociales que desarrollan estos niños son diversos, tanto en tipo como en intensidad, y pueden abarcar una, varias o todas las áreas del desarrollo psicológico y de adaptación (8)

Diversos estudios y publicaciones aseguran que vivir en un ambiente de violencia hacia una madre (por parte del padre o compañero sentimental) conforma una forma de maltrato que se solapa con las cuatro formas habituales de maltrato infantil: maltrato físico, emocional, negligencia o abandono y abuso sexual infantil (9)

Según Holen (10) hay diferentes tipos de exposición a la Violencia de Género, dentro de los cuales se encuentra el ser “*testigo presencial*”, el cual hace alusión a que, el ver o presenciar la agresión verbal, aunque sea de forma pasiva, provoca un incremento de estimulación difícil de abordar, con las consiguientes secuelas traumáticas.

Para todo hijo, vivir en un hogar en el que existe violencia, supone una experiencia traumática, que resulta nociva para su desarrollo integral, físico, emocional, cognitivo y social

*Consecuencias de la Violencia de Genero en la salud de hijos e hijas según la edad  
(Tabla 1)(5)*

<b>EDADES</b>	<b>CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICION A LA VIOLENCIA</b>
<b>0-2 años</b>	Retraso del crecimiento y del desarrollo de habilidades motoras y del lenguaje, <b>bajo peso, alteraciones de la alimentación</b> y del sueño, síntomas psicósomáticos, llanto insostenible.
<b>2-5 años</b>	<b>Alteraciones de la alimentación</b> y del sueño, en el control de esfínteres, problemas de aprendizaje y conducta
<b>6-12 años</b>	Agresividad, ansiedad, alteraciones en el rendimiento escolar, <b>baja autoestima</b>
<b>Más de 12 años</b>	<b>Anorexia y bulimia</b> , ansiedad, depresión, apatía, comportamientos violentos dentro y fuera del hogar <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>EN CHICAS:</b> embarazos no deseados, establecen relaciones de pareja en la que sufren malos tratos</li><li>- <b>EN CHICOS:</b> mayor probabilidad de desarrollar y reproducir comportamientos</li></ul>

Diversos artículos hablan de las posibles consecuencias sobre la salud de los hijos o hijas fruto de una relación sumida en tales actos de violencia, siendo estas:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicósomáticas como dolores de cabeza y estómago, diarrea, úlceras, asma y enuresis

Según el Dr. M. Llorente Acosta, los niños viven la violencia como algo normal y muy eficaz, reproduciendo o imitando las mismas, hecho que conocemos como “Violencia intergeneracional” (13).

Observamos así que el mero hecho de crecer en un núcleo familiar alterado repercute notablemente en los menores que forman parte del mismo, constituyendo así un factor de riesgo tanto físico como psíquico. (29)

Hemos de concluir que toda víctima sometida a Violencia de Género, ya sea la propia mujer o sus descendientes (si los tuviera) tienden a presentar, de forma general, un estado de salud física pobre, hecho que nos permite relacionar estas agresiones con el desarrollo de los TCA, como veremos a continuación.

## II TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada de la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial.

Son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la aparición de diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez, constituyen las características necesarias para la aparición de un TCA. (31)

La población que presenta un mayor riesgo de padecer este tipo de trastorno es aquella integrada por atletas, modelos, deportistas... haciendo especial alusión en aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia.

A pesar de que la etiopatogenia en sí de los TCA aún no se conoce con exactitud, se admite que se trata de un trastorno de causa multifactorial. Es así que, en la amplia discusión científica existente que pretende identificar los factores etiológicos de los mismos, han considerado los factores socioculturales, como el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual y conflictos en el entorno familiar como principales causas para el desarrollo de TCA. (31)

Diversos autores han señalado que, aquellas mujeres que padecen algún tipo de TCA presentan problemas de autonomía e independencia, así como problemas de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones interpersonales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas antes del desarrollo de la enfermedad.

---

**Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según DSM-IV**

<p><b>A. Miedo interno a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso.</b></p> <p><b>B. Alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provocan la disminución de peso</b></p> <p><b>C. Pérdida de por lo menos el 25% del peso original. En menores de 18 años puede añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana al 15% es valorada como riesgo médico.</b></p> <p><b>D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura</b></p> <p><b>A estos criterios pueden agregarse los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física</b></li><li>▪ <b>Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria.</b></li></ul> <p><b>Se especifican dos tipos de anorexia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Tipo restrictivo: la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No atracones ni purgas.</b></li><li>▪ <b>Tipo compulsivo-urgativo: se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, laxantes, diuréticos, enemas.</b></li></ul>
--

**Tabla 3. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-IV**

<p><b>A. Episodios recurrentes de voracidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Comer en corto periodo de tiempo gran cantidad de alimentos</b></li><li>▪ <b>Falta de control sobre la alimentación durante el episodio</b></li></ul> <p><b>B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante 3 meses</b></p> <p><b>C. Autoevaluación indebidamente influida por la forma y el peso corporales</b></p> <p><b>D. Conducta compensatoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos</b></li><li>▪ <b>No purgativa: ayuno, ejercicio físicos extenuantes.</b></li></ul>
--

La quinta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) establece una serie de categorías diagnósticas para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de los cuales nos centraremos en: Anorexia nerviosa (en adelante, AN), bulimia nerviosa (en adelante, BN), dado que son los TCA que, con mayor frecuencia, salen a la luz en las víctimas de la violencia de género, ya que sus

características apenas difieren de los síntomas psicológicos que muestran las víctimas de tales actos. (18)

Para poder hablar de dichos trastornos, empezaremos por dar unas pinceladas básicas sobre sus características:

1. **Anorexia nerviosa:** La AN es una enfermedad psicosomática caracterizada por una pérdida ponderal inducida y mantenida por el propio paciente, que le conduce a una malnutrición prolongada con rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad).  
Se diferencian dos subtipos de AN (19) :
  - *AN de tipo restrictivo:* describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida a dieta, ayuno y ejercicio excesivo.
  - *AN de tipo con atracones/purgas:* Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones y/o purgas (es decir: vómito auto-provocado, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
2. **Bulimia nerviosa.** Caracterizada por la aparición de episodios de descontrol alimentario que llevan al paciente a efectuar un consumo rápido de grandes cantidades de comida (“atracon”). Acto seguido, es habitual que realicen diversas actuaciones destinadas a neutralizar los efectos de dichos atracones: inducción del vómito, ejercicio intenso, dietas muy restrictivas, utilización de diuréticos o laxantes (20).

Dadas las descripciones, se exponen una serie de factores de riesgo que comparten ambas categorías:

### **Factores psicológicos**

- *Preocupación por el peso.*
- *Insatisfacción con la imagen corporal.* La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural.
- *Comportamiento inadecuado para bajar peso:* dieta restrictiva y/o de muy pocas calorías.

### **Factores familiares**

Esta categoría presenta gran importancia para poder consolidar uno de los objetivos propuestos.

Dentro de los factores familiares encontramos algunos tales:

- *Las familias de los pacientes con TCA muestran ciertos rasgos comunes:* son sobreprotectoras. La mayoría presentan comportamientos algo rígidos y cierta

incapacidad para resolver conflictos propios, describiendo la figura materna como la parte “controladora” de la familia, y la figura paterna como la parte “distante”.

- *Experiencias vitales estresantes.* Cambios traumáticos en la estructura familiar, como el divorcio de los padres, puede aumentar la probabilidad de padecer un TCA.

## **III EMOCIONES COMO FACTOR DE RIESGO**

Las personas que padecen un TCA tienen claras dificultades en el mundo emocional. Asimismo, el estado emocional de estas personas influye directamente en su ingesta diaria.

Por ello, variables emocionales como la ansiedad, baja autoestima, una actitud negativa hacia la expresión emocional, la percepción negativa de las emociones, la influencia de la alimentación, peso y figura corporal, la necesidad de control, así como determinadas formas de regular las emociones, pueden ser consideradas factores de riesgo para el desarrollo de los TCA (21).

Es así que la etiología multifactorial de la Bulimia Nerviosa (BN) se ha relacionado con la interacción del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Dicha asociación ayudaría a la configuración de un Trastorno de Personalidad.

Una personalidad trastornada por la previa traumatización, sumada a los mecanismos de acción de la amígdala en no integrar el recuerdo traumático, determinarían la existencia y retroalimentación de la Bulimia Nerviosa como un mecanismo disociativo ante la reexperimentación del trauma.

En los manuales actuales de diagnóstico nos encontramos los Trastornos de Personalidad (TP), la Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT) como entidades nosológicas distintas; sin embargo, también nos encontramos, con frecuencia, ante un solapamiento de varios de sus síntomas y su etiología.

Teorías como la *Disociación Estructural de la Personalidad* (TDSP) nos han ayudado a relacionar estos tres diagnósticos, estableciéndose como factores predisponentes, precipitantes y mantenedores unos de otros, hecho que nos ayuda a creer en la posibilidad de que exista una relación de la BN como síntoma disociativo provocado por un TEPT acumulativo producido durante la infancia y a lo largo de la vida adulta.

Es necesario resaltar que el TEPT es una categoría diagnóstica inherentemente limitada y, en especial, con los supervivientes de abusos sexuales en etapas muy tempranas de malos tratos o violencia doméstica.

Un artículo publicado en la *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* (17), intenta hacer una reflexión para tratar de explicar que la sintomatología de la Bulimia Nerviosa no es más que un síntoma que proviene de una serie de carencias

afectivas vividas por el individuo que ha crecido en un ambiente poco favorable, hecho por el que se va transformando su personalidad, de manera que va fraguando una personalidad trastornada, entendiendo esto como una personalidad inadaptada que subyace a los demás problemas observados en el sujeto.

Desde esta perspectiva, entendemos que el tratamiento terapéutico de la Bulimia ha de ir encaminado a la psicoeducación y, al mismo tiempo, a la verbalización y el reprocesamiento del trauma.

A la hora de la formación de la historia del trauma, es muy importante tener en cuenta el contexto familiar de estos individuos ya que, a menudo, se han encontrado frente a situaciones difíciles que han influido severamente en la formación de sus rasgos de personalidad y a su manera de enfrentar la crisis (28).

La Bulimia Nerviosa no es un trastorno que pueda surgir de manera aislada. Se trata de un conjunto de síntomas comportamentales y emocionales que sirven de manifestación de un malestar emocional más profundo.

Ahondando en esta problemática vemos que no se puede establecer exclusivamente este diagnóstico, pues no va a haber ningún tratamiento que no incluya otros trastornos, que resulte efectivo con estos pacientes. Si nos basamos en las características o criterios de la BN sólo trataremos en terapia lo referente a la alimentación y las distorsiones frente a su imagen y a los alimentos.

Sin embargo, no se trata de que no sepan alimentarse o de que tengan una alteración en la percepción causado por algún factor biológico, sino que esas distorsiones surgen debido a un problema emocional que tiene su base en la historia de vida del paciente por la que ha ido configurando una personalidad y unos modos de actuar que le impiden, porque no conoce otros, vivir de una manera adaptativa y feliz.

Prueba de ello es la comorbilidad que se ha investigado entre las variables: BN, TLP y TEPT.

Uno de los artículos revisados, nos habla acerca de la **ira** como un factor comórbido a los problemas interpersonales y de desajuste emocional en pacientes que presentan un trastorno de la conducta alimentaria.

En él se señala la ira como una de las características que presentan, dado que consideran que esta, de alguna manera, está relacionada con las escalas específicas del EDI-3 (desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo); y con el Índice de Masa Corporal (IMC)

Realizado el estudio, se obtuvo como resultado que, las escalas desajuste emocional, déficit interpersonal, baja autoestima y ascetismo presentan correlaciones significativas con diferentes dimensiones de la ira.



Hemos de saber que estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una elevada comorbilidad, lo cual dificulta aún más su recuperación pues, junto a estas alteraciones de la alimentación, se desarrollan otros problemas psicológicos, físicos y sociales.

Entre ellos podemos señalar el consumo de alcohol, abuso de drogas, intentos de suicidio, así como con trastornos de la personalidad (características que, de alguna forma, se dan en las víctimas de la violencia de género)

Diversos autores señalan que los pacientes diagnosticados de un TCA presentan una baja autoestima, acompañada de una sensación de inutilidad y sentimientos de minusvalía e inseguridad que dificultan su adaptación y el manejo de las relaciones sociales, además de severos déficits de autonomía e iniciativa (14) . También muestran grandes déficits en conducta asertiva, lo que dificulta sus relaciones de pareja, familiares, sociales y laborales, así como las dificultades para percibir apoyo social (18).

Aquellas que no recuperan la normalidad en sus constantes biológicas con respecto al sueño y al apetito, viven desbordadas por el trauma y no se sienten capaces de conseguir un funcionamiento social, laboral y familiar adecuado, necesitando de tratamiento psicológico especializado y, en algunas ocasiones, farmacológico.

### **II.III ABUSO SEXUAL INFANTIL EN RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Muchos autores califican el *abuso sexual infantil* como una forma de malos tratos en la infancia. En este sentido, es posible entender por maltrato infantil todas aquellas conductas en las que, por acción u omisión, un adulto produce daño real o potencial a un niño o adolescente.

De manera más amplia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como: “ *los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [incluidos] todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen (16) o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder*”. (OMS, 2014)

Los niños, niñas y jóvenes víctimas de abuso sexual infantil (ASI) se encuentran en riesgo de desarrollar diversas problemáticas físicas y mentales. Entre éstas destacan las alteraciones en la imagen corporal, identidad, autorregulación y funcionamiento interpersonal; así como consecuencias emocionales, médicas y psiquiátricas a largo plazo.

La relación entre el abuso sexual y los TCA fue planteada desde hace algunas décadas al observarse que las víctimas y los pacientes presentaban síntomas similares, como sentimientos de vergüenza, sensación de minusvalía respecto a la apariencia corporal y

baja autoestima, como hemos mencionado anteriormente, siendo los porcentajes de TCA en personas que han sufrido ASI desde un 10 hasta un 30% en los diferentes estudios. (14)

De igual modo, consideramos el ASI es un factor de riesgo en diversos trastornos comórbidos, entre los cuales destacan el estrés postraumático (TEPT), episodios de depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), conducta antisocial y revictimizaciones sexuales. (22). Se ha encontrado que el riesgo de desarrollar un TCA se incrementa tres veces cuando ha habido experiencia de ASI. En muestras comunitarias se han encontrado asociaciones significativas ( $p \leq 0.01$ ) entre ASI y las puntuaciones obtenidas en el Bulimia Test, (23) así como un incremento de 50% de probabilidad de reportar una historia de ASI en aquellas personas que refieren síntomas purgativos.

Asimismo, diversos estudios han encontrado una relación entre la experiencia de sufrir un ASI con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (CAR) (como son el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos prolongados, uso de laxantes, diuréticos, vómito autoprovocado o medicamentos para adelgazar), las cuales son la manifestación premórbida de los TCA. Sin embargo, es importante tener en cuenta que gran parte de la investigación realizada en torno a estos fenómenos se ha desarrollado en poblaciones de mujeres, debido a que la prevalencia –tanto del ASI como de los TCA/CAR– es mayor que en los hombres, como muestra la literatura internacional y nacional. Sin embargo, esta afirmación tendría que considerarse cuidadosamente, ya que los hombres parecen guardar más silencio sobre sus experiencias de ASI, debido a las nociones patriarcales sobre la masculinidad. (25)

En términos generales, los estudios refieren que no existe evidencia suficiente para sostener que el ASI es una variable necesaria o causal para desarrollar TCA, sino que se trata de un factor de riesgo para la psicopatología mental en general e, inclusive, para trastornos físicos como problemas neurológicos y musculo-esqueléticos, sin ser un factor específico para los padecimientos alimentarios.

*“Debido al hecho de que los límites entre los efectos psicológicos, físicos, somáticos o sociales con frecuencia se solapan, es imposible identificar un síndrome de efectos de abuso sexual; más bien, lo que se hace aparente es un modelo multifacético de traumatización”.*(25)

En consecuencia, el ASI puede tener relevancia causal en modelos multifactoriales, particularmente en aquéllos en los que se existe comorbilidad psiquiátrica elevada.

Dado lo anterior, algunos estudios se han enfocado a investigar si ciertas características del ASI se asocian con la presencia y gravedad de conductas alimentarias específicas como las CAR, destacándose entre los elementos explorados la edad de la primera victimización, la relación con el victimario, duración y frecuencia del abuso, uso de fuerza física, forma en que ocurrió el ASI y la revelación o no de la experiencia.

En referencia a la edad del abuso, los resultados son bastante contradictorios. En algunos estudios se ha encontrado que la frecuencia de episodios purgativos es mayor cuando el abuso ha ocurrido en edades tempranas, antes de los 14 años. Por otra parte, otros

aseguran que el hecho de haber recibido un abuso reciente tiene mayor influencia en el desarrollo de este tipo de síntomas.

Cabe destacar que los investigadores Sanci et al. (13), tras la realización de un estudio cuyo objetivo era relacionar dicha asociación, obtuvieron como resultado que los jóvenes que habían sufrido dos o más episodios de abuso sexual antes de los 16 años, presentaban cinco veces más riesgo de padecer síntomas de tipo purgativo, frente al doble de riesgo hallado en aquellos jóvenes que habían sufrido abuso en una única ocasión.

El abuso sexual perpetrado por un familiar también se ha encontrado relacionado con actitudes y conductas de tipo purgativo. Los investigadores Murray y Waller encontraron que únicamente las experiencias ocurridas en el ámbito familiar están relacionadas con las conductas purgativas, dado que estas están mediadas por sentimientos de vergüenza, producto de la exposición crónica a estos sucesos, por lo que es muy difícil conocer la prevalencia real de ASI, ya que ocurre mayoritariamente en el ámbito privado, en la familia, donde las niñas y niños víctimas suelen sentirse impotentes para revelarlo.

Entre los factores que dificultan dicha revelación podemos observar algunos como el temor a no ser creídas, el miedo a destruir a la familia o a las represalias del propio agresor.

Una vez finalizado el estudio, se observó que las adolescentes que habían experimentado ASI presentaban una mayor proporción de CAR, (28%), frente a aquellas que, aunque padecían algún tipo de CAR, no habían sufrido abuso sexual durante su etapa infantil.

De igual modo, se observó que, al comparar los grupos de adolescentes con y sin ASI, los porcentajes de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria eran significativamente mayores en aquellas chicas que si habían sufrido tales abusos:

- Preocupación por engordar ( $p \leq 0.05$ ).
- Atracciones con sensación de falta de control ( $p \leq 0.05$ ).
- Conductas restrictivas ( $p \leq 0.05$ ).

Sin embargo, las conductas purgativas fueron mayores en las adolescentes sin ASI ( $p > 0.05$ ). Asimismo, se encontró una mayor proporción de adolescentes con dos o más síntomas de CAR ( $p \leq 0.05$ ) en el grupo que tuvo experiencias de ASI.

Cabe destacar que, tras la revisión de las diferentes características de ASI, aquellas adolescentes que no habían comunicado tales abusos, presentaban CAR en mayor proporción frente a aquellas que sí habían decidido comunicarlo. De igual modo que aquellas que habían sufrido tales actos antes de los 14 años, frente a aquellas víctimas que sufrieron la experiencia a mayor edad. Sin embargo, no se observaron diferencias en el hecho de haber sufrido el abuso una o repetidas veces, o la relación que mantenía con el perpetrador.

En particular, los atracones con falta de control, la preocupación por engordar y las conductas restrictivas se asociaron claramente con ASI, lo que no ocurrió con las conductas purgativas.

Existen una serie de indicadores que hacen referencia a aspectos particulares a tener en cuenta a la hora de relacionar el abuso sexual con los trastornos de la alimentación:

- Comportamientos más de corte compulsivo.
- Dimensión cognitiva que puede estar relacionada con una distorsión del cuerpo real.
- Comportamientos relacionados con la necesidad de autocontrol

Para Motz, *“el cuerpo es para las mujeres el medio más poderoso de comunicación y puede también ser el vehículo de su propia violencia”*.

Los ataques de las mujeres hacia sus propios cuerpos incluyen anorexia, bulimia y automutilación, por ese motivo, se decidió dar relevancia a la dimensión de la corporeidad en el estudio, tanto de ASI como de CAR y TCA, cuyos hallazgos concuerdan con los encontrados por Sancí et al (citados anteriormente), los cuales encontraron que el ASI era un factor de riesgo para desarrollar CAR, en particular síndromes de tipo bulímico, considerando la morbilidad psiquiátrica y las prácticas de restricción purgativas.

Otros autores explican que, en referencia a la asociación entre el haber sufrido acoso sexual en la etapa infantil y la preocupación por engordar, puede deberse a que las mujeres, víctimas de estas experiencias, padecen mayor insatisfacción con su cuerpo y, por ello, están más pendientes de este.

Cabe destacar que existe otra línea de investigación en torno al ASI y los problemas alimenticios que asegura que esta asociación puede dirigirse a un campo totalmente extremo: la obesidad.

Un estudio realizado en Kentucky a mujeres de entre 18 y 89 años, reveló que el ASI estaba asociado con 38% de incremento en la prevalencia, lo que no ocurrió con el maltrato físico infantil. Así mismo, en relación con la edad del ASI, cabe destacar que una tercera parte de las adolescentes que lo habían padecido antes de los 14 años de edad presentaba CAR, en comparación con el bajo porcentaje reportado por aquellas que fueron agredidas a partir de dicha edad.

Los resultados obtenidos no mostraron asociación significativa de las CAR con el número de veces que se ha sufrido ASI, ni con la relación con el victimario; pero sí entre la revelación de la experiencia y CAR.

Al parecer, la posibilidad de hablar de la experiencia, ayuda a disminuir el estrés relacionado con el abuso y, por lo tanto, la probabilidad de involucrarse en conductas de tipo compulsivo/purgativo.

A pesar de que se requieren más investigaciones sobre esta línea, cabe destacar que según la evidencia, el ASI efectivamente tiene un impacto emocional que puede afectar a la autopercepción del propio cuerpo y, por ende, llevar a comportamientos de riesgo en el campo de la alimentación.

Desde la perspectiva de Motz y Welldon, los cuerpos de las mujeres son poderosos comunicadores de lo que no pueden expresar verbalmente; de esta forma: *“las experiencias dolorosas están literalmente inscritas en sus cuerpos. Sus historias de abuso, negligencia y trauma pueden estar escritas en sus cuerpos: estas narrativas deben ser decodificadas y comprendidas.”*

### **III. VIOLENCIA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**



*Causas de padecer TCA en Jóvenes y Adolescentes*

*(Gráfica 5)*

**Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.**

Un estudio realizado en el Área de Medicina Legal de la Universidad de Valladolid sobre la violencia de género en jóvenes españoles, realizado en cinco institutos de Salamanca a un total de 567 jóvenes de entre 15 y 19 años durante el año 2016.

En él se demostró que el 95.3% de los varones y el 97% de las mujeres admitían agredir verbal y emocionalmente a su pareja, frente al 94.5% de varones y 95,5% de mujeres que admitían recibir dichas agresiones.

En cuanto a las agresiones físicas, un 16,1% de los varones y un 30,2% de las mujeres admiten agredir físicamente a su pareja, y un 26% de varones y 17,5% de mujeres admitían recibir dichas agresiones.

Así mismo, más de la mitad de las personas encuestadas (59,61%) afirman conocer la violencia de género en parejas de su edad. (5)

- Un 20% conoce la violencia física
- Un 53,33% la psíquica

- Un 27,06% la social
- Un 5,1% la ambiental
- Un 5,1% la sexual
- Y un 1,96% la económica
- Los adolescentes presentan con relativa frecuencia trastornos de la conducta alimentaria, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas, detectados tardíamente en muchas ocasiones.

Existe un estudio cuya finalidad era investigar la presencia de signos de alerta ante estos trastornos entre adolescentes y, de alguna manera, relacionarlos con el entorno social y familiar, así como con sus hábitos de vida.

A pesar de que todos estos trastornos influyen en mayor o menor medida en el desarrollo de patrones de conducta violentos, así como en el desarrollo de TCA, como hemos visto anteriormente, hemos querido hacer hincapié, sobre todo, en lo que atañe a las conductas alimentarias y a la violencia.

Los trastornos emocionales y el humor deprimido transitorios, se detectan con frecuencia entre los adolescentes, los cuales se asocian con mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y con actividades sexuales de riesgo (27), ideas suicidas e intentos de suicidio (26)

Los síntomas depresivos en la adolescencia son factores de riesgo para padecer trastornos mentales en jóvenes adultos. La violencia en la adolescencia, en aumento en las últimas décadas, es considerada como un problema de salud pública en determinados países.

Por otro lado, observamos como los signos de trastornos de la conducta alimentaria se asocian con trastornos depresivos ( $p < 0,0001$ ), del aprendizaje ( $p < 0,0001$ ), y de conductas violentas ( $p < 0,002$ ). Estos últimos, lo hacen de igual modo con trastornos del aprendizaje ( $p < 0,0001$ ), trastornos de la conducta alimentaria y con conductas depresivas ( $p < 0,0001$ ). (30)

El resto de los signos de alerta tienen menor asociación; así los depresivos y los del aprendizaje lo están con los signos de trastornos de la conducta alimentaria y de conductas violentas.

## CONCLUSIÓN

1. Toda víctima sometida a Violencia de Género, ya sea la propia mujer o sus descendientes (si los tuviera) tienden a presentar, de forma general, un estado de salud física pobre, hecho que nos permite relacionar estas agresiones con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
2. Los TCA muestran etiología multicausal, entendidas por la interacción de factores psicológicos y fisiológicos, así como factores socioculturales como el imperativo de la delgadez, la normatividad de los roles de género, experiencias de abuso sexual en la infancia, conflictos en el entorno familiar y maltrato.
3. La población que presenta un mayor riesgo de padecer los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es la integrada por atletas, modelos, deportistas.. haciendo especial alusión en aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia.
4. Se ha relacionado la etiología multifactorial de la Bulimia Nerviosa (BN) en la interacción con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Este hecho nos ayuda a creer en la posibilidad de que exista una relación de la BN como síntoma disociativo provocado por un TEPT acumulativo, producido durante la infancia y desarrollado a lo largo de la vida adulta. Por ello, es necesario resaltar que el TEPT es una categoría diagnóstica limitada, en especial con los supervivientes de abusos sexuales en etapas muy tempranas y malos tratos o violencia doméstica.
5. Los porcentajes de TCA en personas que han sufrido Abuso Sexual Infantil fluctúan desde un 10 hasta un 30% en los diferentes estudios. El Abuso Sexual Infantil es un factor de riesgo en diversos trastornos comórbidos, entre los cuales destacan el estrés postraumático (TEPT), episodios de depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), conducta antisocial y revictimizaciones sexuales. El riesgo de desarrollar un TCA se incrementa tres veces cuando ha habido experiencia de Abuso Sexual Infantil. Existe otra línea de investigación en torno al Abuso Sexual Infantil y los problemas alimenticios que asegura que esta asociación puede dirigirse a un campo totalmente extremo: la obesidad.
6. La violencia en la adolescencia, en aumento en las últimas décadas, es considerada como un problema de salud pública en determinados países. Se observa, como los signos de trastornos de la conducta alimentaria se asocian con trastornos depresivos, del aprendizaje, y de conductas violentas.
7. Se requieren más investigaciones sobre esta línea, pero el Abuso Sexual Infantil tiene un impacto emocional que puede afectar a la autopercepción del propio cuerpo y, llevar a comportamientos de riesgo en el campo de la alimentación

-

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. *Violencia contra la Mujer*. Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia Contra la Mujer. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentrefactsheets/fs239/es/>
- (2) EUROSTAT. *Violent sexual crimes recorded*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171123-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fnews%2Fwhats-new>
- (3) <BOE> núm. 313, de 29/12/2004. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- (4) OMS. *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- (5) Martínez de León, M. (2017). *Antropología de la Violencia de Género en la Medicina Legal*. 1st ed. Valladolid: Cargraf Artes Gráficas. (ISBN: 978-84-697-3263-2). Pp. 24, 31, 46, 116, 123,142, 145, 228
- (6) LLORENTE ACOSTA M. *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Planeta. Barcelona, 2009.
- (7) Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012: *Informes. Estudios e Investigación*. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- (8) LÓPEZ SOLER C., ALCÁNTARA LÓPEZ M., CASTRO SÁEZ M., MARTÍNEZ PÉREZ A.: *Menores expuestos a violencia de género*. Pirámide.
- (9) SANMARTÍN J. *Violencia contra los niños*. Ariel. Barcelona, 2002.
- (10) HOLDEN G. *Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse; Terminology and Taxonomy*. Clinical Child and Family Psychology Review 2003; 6,3: 151-160
- (11) Segura Abad LJ. *Atención Médica a víctimas de la violencia de género*. En: NICOLAS MARCHAL ESCALONA A. *Manual de lucha contra la violencia de género*. Pamplona: Editorial Aranzadi. S.A: Thomson Reuters.; 2010; p. 545-564
- (12) CASTELLANO ARROYO M. *Violencia familiar*. En: Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Masson S.A; 2004; p-486-504.
- (13) Llorente Acosta M. TOQUERO DE LA TORRE F.: *Guía de la buena práctica clínica e abordaje en situaciones de violencia de género*. OMC., Madrid 2004.
- (14) Unikel-Santoncini. Ramos-Lira L.Juárez-García L. *Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents*. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.



- (15) López C. *Violencia de Género en España*. Amnistía Internacional. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/violencia-contra-las-mujeres/>
- (16) Miller A. *Thou shall not be aware: Society's betrayal of the child*. New York: Farrar, Straus, Giroux; 1984, p. 316.
- (17) UNICEF. *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Disponible en: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf). Pp: 21-22
- (18) Villavicencio Carrillo P., Montalvo Calahorra T.. *Tratamiento Cognitivo Conductural del Estrés Postraumático en un Caso de una Adolescente Víctima de Agresión Sexual*. Copyright 2011 by the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. DOI: 10.5093/cc2011v2n1a4. Clínica Contemporánea Vol. 2, n.º 1, 2011 - Págs. 39-56
- (19) Guisado JA, Vaz FJ. *Aspectos clínicos del trastorno por atracón o <<binge eating disorder>>*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2001 [citado 5 Ene 2016]; 21(77): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a03.pdf>
- (20) Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díez JM. *Eating Disorders Diagnostic: from de DSM IV to DSM-5*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2015 Jul-Dic [citado 10 Ene 2016]; 6(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/354/505>
- (21) Muñoz Calvo MT. *Trastornos del comportamiento alimentario*. En: López Sigüero JP, editor. *Protocolos de Endocrinología*. Madrid: Exlibris; 2011. p. 255-267.
- (22) Pascual A, Etxebarria I, Cruz MS, Echeburúa E. *Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria*. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2011 [citado 22 Feb 2016]; 11(2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-378.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-378.pdf)
- (23) A láez Fernández M, Martínez Arias R, Rodríguez- Sutil C. *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género*. *Psicothema* 2000; 4: 525-32.
- (24) Canals J, Martí-Henneberg C, Fernández-Ballart J, Domenech E. *A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995; 4: 102-11.
- (25) Oliveros Calvo S. *La adolescencia: un terreno abonado para las toxicomanías*: *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 777-9.
- (26) Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K; Lönnqvist J. *Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment*. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1235-7.
- (27) Joiner TE Jr, Pfaff JJ, Acres JG. *Characteristic of suicidal adolescent and young adults presenting to primary care with non-suicidal (indeed nonpsychological) complaints*. *Eur J Public Health* 2002; 12: 177-9.

- (28) Osona Rodríguez B, González Vicent M, Mencía Bartolomé S, Casado Flores J. Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 31-5.
- (29) Mardomingo Sanz MJ. *Agresividad y violencia en la infancia*. *Pediatr Integral* 1999; número especial 2: 19-21.
- (30) Ponce Blandón J, Muriel Fernández R, Gómez de Terreros Sánchez I (eds.). *¿Es la violencia escolar un problema emergente en la infancia?*. En: Informe SIAS. Sevilla: Sección de Pediatría Social. *An Esp Pediatr*; 1997. p. 76-82.
- (31) Gómez de Terreros Sánchez I, Belinchón Sánchez C. *Delincuencia y drogadicción en el niño y adolescente*. *Pediatr Integral* 2001; 6: 107-32.
- (32) *Trastornos de la conducta alimentaria*. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- (33) *GRAFICAS (1)(2): Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>

