

01962 25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA:
CECILIA SILVA GUTIÉRREZ

2003.03

Director de Tesis: Mtro. Rigoberto León Sánchez
Comité de Tesis: Mtra. Corina Cuevas Renaud
Dra. Luisa Rossi Hernández
Mtro. Gustavo Bachá Méndez
Mtro. Samuel Jurado Cárdenas



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

De hoy en adelante, todo por Juan y para Juan

Agradezco al *Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”* las facilidades prestadas para la realización de este trabajo, particularmente al Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, al Dr. Alejandro Caballero Romo y a todos los miembros de la Clínica de Trastornos de la Alimentación.

Al Ing. José Cortés Sotres y al Biól. Leopoldo Gómez por su paciencia y apoyo.

A mis sinodales por el tiempo empleado en la revisión de este trabajo.

INDICE

1. Resumen	p. 2
2. Introducción	p. 5
3. Capítulo I: Marco Teórico	
1.1 Antecedentes	p. 5
1.2 Epidemiología	p. 9
1.3 Imagen corporal	p. 14
1.4 Sistema nervioso central y sustratos biológicos de los trastornos de la alimentación	p. 18
1.5 Alteraciones neuropsicológicas	p. 21
1.6 Trastornos de la alimentación y rasgos de personalidad	p. 25
4. Capítulo II: Metodología	
2.1 Planteamiento del problema	p. 30
2.2 Diseño	p. 31
2.3 Definición de variables	
2.3.1 Variable dependiente	p. 31
2.3.2 Variables atributivas	p. 31
2.3.3 Variables Independientes	p. 32
2.4 Muestra	p. 33
2.5 Sujetos	p. 33
2.5.1 Criterios de inclusión a la muestra	p. 33
2.5.2 Criterios de exclusión a la muestra	p. 33
2.6 Instrumentos	
2.6.1 Inventario de trastornos de la alimentación	p. 34
2.6.2 Prueba de actitudes para trastornos de la alimentación	p. 36
2.6.3 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota	p. 36
2.6.4 Figura compleja de Rey Osterrieth	p. 38
2.7 Procedimiento	p. 39
2.8 Tratamiento estadístico	p. 40
5. Capítulo III: Presentación y discusión de resultados	
3.1 Descripción de la muestra	p. 41
3.2 Análisis estadísticos	p. 44
3.4 Discusión	p. 61
6. Capítulo IV: Conclusiones	p. 64
7. Referencias	p. 71
8. Anexos	p. 77

RESUMEN

Dado que los trastornos de la alimentación tienen una incidencia cada vez mayor, y ya que las propuestas acerca de su etiología no son contundentes aún debido a su origen multifactorial, es importante dilucidar las variables que interactúan en su establecimiento y evolución con el fin de esclarecer tales padecimientos y, con ello, elaborar planes preventivos y de tratamiento eficaces. En función de lo anterior, en este estudio descriptivo, se evaluó una muestra de 100 pacientes del *Instituto Nacional de Psiquiatría, Dr. Ramón de la Fuente* con diagnósticos de anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado, con el objetivo de encontrar las relaciones entre las variables que posiblemente pudieran caracterizar los trastornos de la alimentación. Para ello, se utilizaron diversos instrumentos: Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), Prueba de Actitudes para Trastornos de la Alimentación (EAT), Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-R) y Figura Compleja de Rey Osterrieth, además de una entrevista clínica. Después de aplicar los análisis estadísticos pertinentes, se encontraron cinco factores (personalidad, insatisfacción con la figura, sensación de inadecuación, ansiedad y necesidad de adaptación social) que resultan importantes en la dinámica de los pacientes con este tipo de patología, y se desarrolló un modelo que representa la forma en la que interactúan las diferentes variables evaluadas.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia, en diferentes momentos y de muy diversas maneras, se han observado alteraciones en menor o mayor medida importantes con respecto a la conducta alimentaria. Estas alteraciones no implican únicamente la restricción del insumo de alimentos, sino que también incluyen rituales o conductas impulsivas y purgativas respecto a la comida, que tienen por objetivo final no ganar peso o conservar el actual.

Cuidar el peso o la imagen corporal puede ser completamente inofensivo e, incluso, constituye un hábito saludable. Sin embargo, llevar este cuidado al extremo y generar preocupaciones excesivas al respecto, puede generar trastornos en la conducta alimentaria que, con mucha frecuencia, ponen en riesgo la integridad física y emocional de quienes los padecen.

Las consecuencias de los largos periodos de restricción alimenticia (anorexia), o de un patrón intermitente de alimentación (bulimia), pueden llegar a ser devastadoras para el organismo a todos los niveles, ya que se producen alteraciones importantes en los sistemas cardíaco, óseo, gastrointestinal, cerebral, nervioso, hormonal, endocrinológico, etc. Las funciones cognitivas disminuyen de manera importante, y los estados afectivos tienden a alterarse hasta el punto de poner en peligro la vida de los pacientes.

Dado que la anorexia y la bulimia nervosas, lo mismo que los trastornos no especificados de la conducta alimentaria, son padecimientos de origen multifactorial, resulta complicado establecer su patogénesis de manera precisa. Actualmente, los avances médicos y tecnológicos han permitido estudiar de

manera más contundente aspectos que anteriormente era difícil investigar en tanto que eran inaccesibles a la observación.

No obstante, las relaciones que se establecen entre los factores que componen los trastornos de la alimentación siguen siendo inciertas, aunque resulta evidente que debe haber una serie de elementos que tendrían que conjugarse para el establecimiento de los mismos. Esto permitiría detectar, de manera cada vez más precisa, individuos en riesgo, además de que facilitaría el desarrollo de programas preventivos y de orientación que disminuyeran la tasa de incidencia a estos padecimientos.

En función de lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo evaluar una muestra de sujetos con problemas en la conducta alimentaria, para encontrar variables que posiblemente estén asociadas y que puedan caracterizar los trastornos de la alimentación. Para ello se emplearán algunos inventarios que permitan evaluar diferentes aspectos de la dinámica de los sujetos que sufren de tales padecimientos y, asimismo, se establecerán relaciones específicas entre las diferentes variables.

El trabajo está constituido por tres capítulos. En el primero, se expone la información más relevante al tema, retomando para ello algunos estudios que han resultado significativos respecto a los trastornos de la alimentación en las diferentes áreas que se han explorado. En el capítulo dos se presenta la metodología utilizada para llevar a cabo el estudio así como los resultados del mismo y, finalmente, en el capítulo tres, se presenta una serie de conclusiones y de sugerencias que tienen por objetivo despertar el interés en el tema y generar nuevas líneas de investigación en el área.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Las investigaciones recientes sobre trastornos de la alimentación, han favorecido la comprensión de estos padecimientos ya que describen de manera cada vez más detallada las peculiaridades fisiológicas (Kaye, Gendall y Kye, 1998; Kearfott y Hill, 1997; Krieg, Lauer y Pirke, 1989), cognitivas (Kingston, Szmueler, Andrewes, Tress y Desmond, 1996; Lauer y cols., 1999), y de personalidad (Gendall, Joyce, Sullivan, Bulik, 1998; Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice y Rao, 2000), asociadas con estas enfermedades. La vulnerabilidad hereditaria, las presiones culturales y las experiencias individuales y familiares adversas, parecen contribuir a estos trastornos que, una vez iniciados, dan lugar a múltiples desórdenes, algunos de los cuales pueden contribuir a perpetuar el padecimiento y dificultan su manejo (Horst-Ulfert, 1996; Becker, Grinspoon, Klibanski y Herzog, 1999; Bemporad, 1996).

La anorexia nervosa se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre las mujeres, y aunque algunas veces se atribuye a la exagerada práctica de las dietas provocadas en un intento por seguir los cánones de belleza, el primer caso de anorexia fue reportado, según Walsh y Devlin (1998), hace 300 años aunque fue hasta 1874, aproximadamente, que el síndrome se describió como tal.

Por otra parte, la información relativa a la bulimia nervosa aporta pocas referencias a periodos históricos, lo que la haría parecer como un trastorno nuevo, ya que la historia “oficial” de la bulimia empieza hasta la década de los 40’s. Sin embargo, se sabe que era común en algunos grupos y en algunas épocas. Es probable, entonces, que no existan reportes médicos anteriores dado que, cuando se mencionaba, generalmente aparecía como un síntoma de la anorexia Casper (citado en Horst-Ulfert, 1996).

En términos generales, considerar los desórdenes de la conducta alimentaria como trastornos, es una postura relativamente nueva a pesar de que a lo largo de la historia se han observado diversas formas de auto-inanición y de restricción alimenticia que tenían fines religiosos e incluso estéticos. No obstante, es hasta el siglo XIX que se empezaron a desarrollar descripciones médicas precisas acerca de la constelación de síntomas propios de los trastornos de la alimentación, caracterizados principalmente por un rechazo a la comida, por temor a engordar o por una inhabilidad para comer al no poder tragar, por sentir una masa demasiado pesada en el estómago, o por sufrir de dolores gastrointestinales después de la ingesta de alimentos (Bemporad, 1996).

Es muy probable que la bulimia y la anorexia, de una u otra forma hayan existido a lo largo de la historia. Lo que parece haber variado es la forma en que se han conceptualizado en las diferentes épocas históricas conforme las distintas motivaciones subyacentes a la conducta: puede ser una manipulación del medio, un intento por alcanzar el ideal culturalmente establecido, el reflejo de una compleja conflictiva personal, o el resultado de alguna disfunción orgánica determinada. Pero, independientemente de cómo se ha estudiado, y

de lo mucho que falta por descubrir al respecto, lo cierto es que durante los últimos años, la anorexia y la bulimia nervosas, los dos trastornos alimenticios mejor conocidos, se han convertido en un importante foco de atención entre la comunidad científica y el público en general.

Actualmente, se asume que los trastornos de la alimentación tienen un componente psicógeno importante pues la recuperación es posible si el paciente puede disuadirse de su rechazo a comer, y porque los hallazgos en las autopsias no revelan patologías orgánicas claramente asociadas con el problema (Horst-Ulfert, 1996; Bemporad, 1996), por lo que resulta importante interpretar tales padecimientos con formulaciones psicológicas. Sin embargo, no es posible dejar de tomar en cuenta los aspectos endocrinológico, hormonal, cerebral y nervioso pues parecen estar también, de alguna manera, asociados con el padecimiento (Kaye, 1998). Así, ante la posibilidad de que los trastornos de la alimentación tuvieran una base orgánica, fue que ingresaron al dominio de la psiquiatría.

Aunque sus causas continúan siendo enigmáticas, la incidencia a este tipo de trastornos es cada vez más frecuente y producen una serie de alteraciones a todos los niveles. Se cree que ciertos factores culturales y ambientales juegan un papel importante, lo mismo que algunos aspectos físicos y psicológicos. Sin embargo, ha sido difícil estudiar el posible papel etiológico de dichos factores dado que las alteraciones observadas podrían ser tanto una causa como un efecto del trastorno y, evidentemente, cuando un sujeto es estudiado, es porque la enfermedad ya se manifestó de manera clara, pues resultaría difícil estudiar sujetos normales para evaluar posibles alteraciones que más adelante pudieran considerarse como la causa de un trastorno de la

alimentación. Además, estas enfermedades no existen en modelos animales ni es posible producirlas.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV, la anorexia consiste en un “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla...” (p.

55). En ese caso, no sólo se produce una pérdida ponderal, sino que también se generan una serie de trastornos conductuales, psicológicos y fisiológicos que incluyen el incremento de la actividad física; depresión; una preocupación obsesiva por la comida; reducciones en la tasa cardíaca; incremento en la producción de cortisona y un profundo decremento en la producción de estrógeno o de la testosterona en los hombres (Walsh y Devlin, 1998).

Por su parte, la Bulimia nervosa es un trastorno en la alimentación caracterizado por el consumo excesivo de comida (atracones) y por una conducta inapropiada para evitar ganar peso (como el vómito autoinducido o el uso de laxantes). En otras palabras, y según los criterios diagnósticos del DSM-IV la bulimia consiste en la “...ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (...) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias [seguido por la] sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos... [y] conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo” (p.256).

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

En nuestro país no existen datos epidemiológicos consistentes acerca de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, las investigaciones hasta ahora realizadas parecen indicar que los trastornos de la conducta alimentaria aún no representan un problema de la magnitud en la que se presenta en otros países. No obstante, "...en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de la Nutrición, en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa" (Unikel, 1998).

En algunos otros países se ha realizado un mayor número de estudios al respecto. Por ejemplo, en los Estados Unidos los trastornos de la alimentación afectan a un estimado de 5 millones de mujeres cada año (Becker, y cols., 1999) y están caracterizados por un serio trastorno en el comer (como restricción del insumo o los atracones), lo mismo que malestar o preocupación excesiva acerca de la imagen corporal o el peso del cuerpo. En adición a sus efectos psicológicos, tienen efectos potencialmente devastadores sobre la salud a consecuencia de las secuelas fisiológicas del estado nutricional alterado o las purgas. La tasa de mortandad asociada sólo con la anorexia es de 0.56% al año, 12 veces más alta que la tasa de mortandad entre mujeres jóvenes en la población general, y usualmente ocurren en adolescentes o mujeres jóvenes, aunque del 5 al 15% de los casos aparecen en niños y hombres. Un estimado del 3% de mujeres jóvenes tienen estos trastornos, y aunque generalmente se desarrollan en la adolescencia, pueden aparecer

después de los 40 años y cada vez son más vistos en niños pequeños (Becker y cols., 1999). Cerca de la mitad de los pacientes que sufren de anorexia o bulimia se recuperan totalmente, aproximadamente el 30% tienen una recuperación parcial y el 20% no tienen mejoría substancial en los síntomas (Becker y cols, op cit.). Además, los trastornos de la alimentación son más comunes en sociedades industrializadas que en sociedades no industrializadas y aparecen en todas las clases económicas (Walsh y Devlin, 1998).

Entre la anorexia y la bulimia nervosas existen claros lazos. Ambas aparecen principalmente entre mujeres jóvenes y están caracterizadas por una preocupación exagerada acerca de la figura corporal y del peso. Además, cerca de una tercera parte de los pacientes con bulimia tienen historia de anorexia, y lo mismo que en la anterior, parece que los atracones comienzan en el contexto de una dieta o inmediatamente después de ella. Cifras aportadas por Walsh y Devlin en 1998, muestran que estas enfermedades afectan a cerca del 3% de las mujeres en algún momento de sus vidas, y la bulimia, el trastorno más común, parece estar aumentando su incidencia, pues varios estudios de principios de los 80's sugieren que la frecuencia de este trastorno entre mujeres universitarias ha llegado a tener proporciones epidémicas. Sin embargo, aunque la bulimia parece ser más común que la anorexia, los trastornos psicológicos son menos severos y casi no hay mortandad asociada pues, en contraste con los pacientes con anorexia, que por definición están significativamente bajos de peso, la mayor parte de los individuos con bulimia, tienen un peso corporal normal o superior al correspondiente (Walsh y Devlin, 1998).

Aunque existen tratamientos disponibles para estas enfermedades, son comunes los retrasos entre la aparición de los síntomas y el establecimiento de la enfermedad y, con frecuencia, las personas con un trastorno de la alimentación no prestan la suficiente atención a los síntomas o pueden incluso contender con ellos por falta de conciencia de sus efectos en la salud, ignorancia de los tratamientos disponibles, pena ante la necesidad de exponer su padecimiento, o falta de un deseo real por mejorar pues saben que ello implica subir de peso. Aún más, cuando estos trastornos se detectan, incluso los pacientes peligrosamente enfermos pueden no aceptar el tratamiento apropiado (Becker y cols., 1999).

Para realizar un diagnóstico confiable, y establecer el plan de manejo adecuado para los trastornos de la alimentación, es necesario contar con un equipo interdisciplinario constituido por médicos, psicólogos y nutriólogos, pues se tendría que realizar una historia completa acerca de las posibles complicaciones consecuencia del estado nutricional alterado, cambios en el peso, patrones dietéticos, y la frecuencia y severidad de cualquier conducta purgativa y del ejercicio excesivo. El peso de los pacientes y su estatura debe medirse y tomarse en cuenta lo apropiado de ambos respecto a la edad y el sexo, en función del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$). Es necesario también contar con datos suficientes para integrar un conocimiento lo más preciso posible acerca de la dinámica personal y familiar, pues de ello dependerá una parte importante de la intervención. Por otra parte, la evaluación psiquiátrica de pacientes con trastornos de la alimentación debe enfocarse al establecimiento del diagnóstico, identificando cualquier enfermedad psiquiátrica concurrente, el riesgo de suicidio, y el contexto psicosocial de los síntomas (Becker y cols., 1999).

Para establecer el diagnóstico de anorexia, bulimia o trastorno no especificado de la conducta alimentaria, se deben reunir los siguientes criterios según el DSM-IV:

Anorexia

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento normal de peso durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso corporal
- Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Bulimia

- Atracones recurrentes (al menos dos días a la semana durante seis meses). Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, o por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

Estas conductas deben presentarse al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

- Preocupación excesiva acerca del peso o de la forma del cuerpo, que hace que la autoevaluación esté exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- Ausencia de Anorexia Nervosa.

Trastorno no especificado

- Trastorno de la alimentación clínicamente importante, control inapropiado del peso o preocupación excesiva sobre el cuerpo o la figura pero que no completa los criterios para anorexia o bulimia.

Dado lo anterior, es posible que el establecimiento de un diagnóstico preciso resulte complicado, pues existe un traslape considerable entre las características de los trastornos de la alimentación. Por ejemplo, tanto la anorexia como la bulimia se caracterizan por una preocupación excesiva acerca de la figura o del peso del cuerpo, lo cual contribuye a hacer esfuerzos para controlar el peso mediante conductas restrictivas o inapropiadas compensando con ello el exceso de comida ingerida. Además, según algunos reportes (Walsh y Devlin, 1998; Becker y cols., 1999), cerca de la mitad de los pacientes con anorexia también tienen atracones y se purgan, y los pacientes que sufren de alguno de estos trastornos suelen presentar episodios propios de algún otro desorden del grupo.

Por otra parte, existe una alta incidencia a la comorbilidad con algunas otras entidades psiquiátricas como por ejemplo depresiones mayores (con el consecuente riesgo de suicidio); trastornos afectivos, de ansiedad y de

personalidad. También es frecuente que se acompañen de trastornos obsesivos compulsivos y altos niveles de impulsividad (Garner, Garfinkel, y O'Shaugnessy, 1985).

En todos los casos, la meta del tratamiento consiste en la estabilización del estado médico, psicológico y nutricio del paciente, así como en el reestablecimiento de patrones sanos de alimentación y, generalmente, se proporciona en consultas externas a menos que los pacientes presenten un importante riesgo médico o psiquiátrico que requiera de cuidados intensivos. Así, las indicaciones para los internamientos incluyen extremado bajo peso (generalmente definido como el 75% o menos del peso corporal esperado); una rápida pérdida de peso; desequilibrio electrolítico severo; purgas excesivas; trastornos cardiacos; u otros trastornos médicos agudos; así como estados psicóticos o alto riesgo de suicidio (Becker y cols., 1999).

1.3 IMAGEN CORPORAL

Un criterio importante asociado con el establecimiento del diagnóstico de los trastornos de la alimentación es la distorsión en la percepción de la imagen corporal, pues implican “un intenso miedo por ganar peso o engordar, incluso estando bajo de peso” y un “trastorno en la forma en la cual se experimenta el peso corporal o la figura debido a la influencia de una auto evaluación, o la negación de la seriedad del bajo peso corporal actual” (DSM-IV, P.255). Pero, aunque la disfunción de la imagen corporal es parte del síndrome, su naturaleza precisa y distintiva aún no es clara, pues podría deberse a las influencias socioculturales en el desarrollo de la imagen corporal, o a problemas propios del proceso de percepción.

Algunos investigadores distinguen al menos dos modalidades de disfunción de la imagen corporal llamadas *distorsión perceptual* del tamaño del cuerpo, y *disatisfacción evaluativa cognitiva* (Cash y Brown, 1987; Garner y Garfinkel, 1981). La distorsión perceptual ocurre cuando una persona presenta dificultades para medir con precisión su tamaño corporal. En primera instancia, podría suponerse que los individuos con trastornos de la alimentación estiman su tamaño corporal mayor de lo que objetivamente es. La segunda modalidad, concierne a la imagen corporal *actitudinal* que se refiere a una insatisfacción con el propio cuerpo. Puede ser entonces, que los pacientes con trastornos de la alimentación sean capaces de estimar su talla con precisión, pero que estén insatisfechos con su tamaño, figura, o algún otro aspecto de su apariencia.

Cash y Deagle (1997), por ejemplo, plantean que los sujetos con trastornos de la alimentación tienden a distorsionar las dimensiones de su cuerpo, pero que eso no implica una deficiencia perceptual evidente para la evaluación del tamaño de los objetos en general. Esto se fundamenta en el hecho de que, quienes sufren de esta enfermedad, distorsionan partes de sus cuerpos (cintura, cara, abdomen, glúteos, cadera, etc.), pero no otros objetos.

En función de lo anterior, se podría pensar que el problema no consiste en una distorsión *perceptual* sino *actitudinal*, que se constituye en el centro de la disfunción de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación. Además, aunque existen diferencias individuales entre la percepción del cuerpo y de otros objetos (Hundleby y Bourgooin, 1993; Gardner y Moncrieff, 1988), los hallazgos de Cash y Deagle (1997), indican que no es probable que

la distorsión de la imagen corporal refleje una deficiencia sensorial perceptual generalizada, dado que los pacientes y los controles dieron estimaciones comparables y precisas acerca de objetos neutrales, dato que se ha corroborado también mediante la utilización de métodos psicofísicos de detección de señales (Gardner y Moncrieff, 1988). Si se piensa en un problema a nivel actitudinal, se tendría entonces que aceptar que también los factores psicológicos parecen ser críticos para el surgimiento y evolución de los trastornos de la alimentación.

Los pacientes con anorexia, por ejemplo, estiman su tamaño corporal mayor de lo que en realidad es, en otras palabras, tienen una imagen visual mental de su propio cuerpo como si fuera más gordo de lo que es, en una tendencia a sobrestimar distintas partes de sus cuerpos. Entre más pequeña es la parte del cuerpo a evaluar, es mayor el porcentaje de sobrestimación: “si el índice de percepción corporal de la persona A es mayor que el de la persona B, implica ya sea que el error de estimación de A es mayor que el de B, o que el tamaño corporal real de A es menor” (Smeets, Smit, Geert, Panhuysen, e Ingleby, 1998, p. 458).

Para ser capaces de estimar el ancho del cuerpo en partes determinadas, la gente tiene que consultar una imagen visual mental; podría ser que los sujetos generen una imagen para cada una de las partes del cuerpo de manera separada y que, al intentar integrarlas, difieran proporcionalmente del tamaño real. De esta forma, las partes más pequeñas pueden ser generadas a un tamaño mayor para poder inspeccionar mejor la imagen. Alternativamente, los sujetos pueden construir una imagen del cuerpo como un todo, pero pueden “agrandar” la imagen para evaluar mejor el ancho de la parte del cuerpo de

interés. Así, si una parte más pequeña se imagina más grande, los tamaños estimados mostrarán mayores discrepancias que en el caso de partes del cuerpo grandes (Smeets y cols). 1998). Sin embargo, existe la interrogante de si las anoréxicas sobrestiman a consecuencia de su enfermedad, o simplemente a manera de compensación en sus tallas reales menores.

Por otra parte, los errores en la percepción corporal no sólo se han explicado en términos perceptuales sino que se ha recurrido a explicaciones de otros tipos. Por ejemplo, Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Pieters (1998) utilizaron el método de distorsión en video en una pantalla de tamaño real y encontraron una relación significativa entre aquellos que sobrestimaron su tamaño corporal, con actitudes más negativas respecto al cuerpo y un perfil con rasgos más “neuróticos.”

En el método de distorsión de vídeo, se les pide a los pacientes que ajusten una imagen de ellos mismos previamente distorsionada en una pantalla tamaño natural hasta que corresponda a la forma en que “piensan” ser, “deseen” ser y “sienten” que son. En este caso, los sujetos son confrontados con sus imágenes como si se vieran en un espejo, y se encontró que los pacientes no parecían tener una percepción corporal distorsionada, pues “saben” cómo se ven, pero aún así quieren cambiarlo (Probst, y cols., 1998). Lo anterior, puede ser también un indicador de que no existe un problema de percepción como tal, por lo que habría que delimitar los factores cognitivos que pudieran estar implicados en los trastornos de la alimentación.

1.4 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SUSTRATOS BIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Aunque se ha propuesto que la etiología de los trastornos de la alimentación se centra en los patrones de interacción familiar y en aspectos psicodinámicos, los trabajos recientes se han enfocado a la identificación de disfunciones en el sistema nervioso central, demostrando trazos anormales en mapeos cerebrales por tomografía, niveles anormales de neurotransmisores y neuropéptidos, así como de potenciales evocados relacionados a eventos.

Al examinar físicamente a los pacientes con trastornos de la alimentación, es frecuente observar hipotensión, bradicardia e hipotermia asociadas al bajo peso, así como intervalos de QT prolongados, incluso en la presencia de niveles normales de electrolitos séricos. También la masa ventricular izquierda con frecuencia está reducida en la anorexia aunque la función sistólica generalmente se preserva. Sin embargo, los valores de laboratorio y los hallazgos en el examen físico pueden ser normales, particularmente en pacientes con bulimia que conservan su peso ideal (Krieg, 1988; Delvenne, Lostra, Goldman, Biver, De Maertelaer, Appelboom-Fondu, Schoutens, Bidaut, Luxen y Mendlewicz, 1995, 1997; Kearfott y Hill, 1997).

La amenorrea, por su parte, es una manifestación cardinal de la anorexia pero puede ocurrir también en pacientes de peso normal que tienen bulimia, y suele ser el resultado del decremento en la liberación hormonal de gonadotropinas, resultante del hipogonadismo y de los bajos niveles de estradiol sérico. En los hombres, el bajo peso también se asocia con hipogonadismo y decremento en los niveles de testosterona sérica (Becker y cols., 1999). Además, los

pacientes con bulimia aunque estén en su rango de peso normal, pueden mostrar las mismas alteraciones biológicas que las pacientes anoréxicas, aunque en un menor grado como consecuencia de su conducta alimenticia intermitente (Pirke et al., citados en Laessle, Bossert, Hank, Hahlweg y Pirke, 1990), en tanto que los pacientes bulímicos con una historia de anorexia previa tienen una mayor tendencia a presentar signos metabólicos de privación.

De hecho, los trastornos fisiológicos observados han llevado a pensar que los desórdenes alimenticios tienen su origen en una anomalía biológica primaria. Sin embargo, los cambios encontrados en el tracto gastrointestinal, la pituitaria, el hipotálamo, la corteza cerebral y en algunos neurotransmisores, se resuelven con la normalización del peso corporal (Delvenne, Goldman, Simon, De Maertealaer y Lostra, 1997; Otagaki, Tahoda, Osada, Horiguchi y Yamawaki, 1998; Dolan, Mitchell y Wakeling, 1988; Cash y Deagle., 1997; Kearfott y Hill, 1997), lo cual es un argumento en contra de su papel como factores etiológicos. Por el contrario, las alteraciones observadas podrían explicarse únicamente en términos del nivel de deshidratación y de desnutrición que, en mayor o menor grado, presentan los pacientes con problemas en la conducta alimentaria, como una consecuencia de su estado o de periodos de privación crónica.

En cuanto a las anomalías morfológicas, como por ejemplo el ensanchamiento de los ventrículos y de los surcos corticales, su significancia no es clara, pues aunque se han encontrado diferencias significativas en los puntajes corticales obtenidos antes y después de la alimentación que indicaron un menor grado de ensanchamiento de surcos al llegar al peso normal,

también existen casos en los que la apariencia de los surcos sigue siendo anormal, por lo que habría que considerar la posibilidad de que, con la duración incrementada y la cronicidad de la enfermedad, los cambios ventriculares lleguen a ser irreversibles (Dolan y cols., 1988).

Una segunda posibilidad, es que los cambios observados en las tomografías reflejen una pérdida neuronal secundaria a la desnutrición crónica ya que en 1955, Martin (citado en Dolan y cols., op cit.) realizó un estudio postmortem de pacientes que murieron de anorexia, y encontró pérdida neuronal con gliosis en las áreas corticales.

También es posible que dichos cambios reflejen alteraciones en la distribución de agua en las células, consecuentes con la pérdida de proteínas intracelulares. Esta suposición surge de la evidencia existente de que los individuos con bulimia y con anorexia, presentan anomalías en la función serotoninérgica y, dado que la serotonina está involucrada en la sensación de saciedad, los trastornos en dicha función pueden contribuir en la persistencia de la enfermedad (Walsh y Devlin, 1998; Kaye y cols., 1998).

Una posibilidad final, es que los cambios antecedan a la aparición de la enfermedad. Sin embargo, no parece probable que esta sea la única explicación pues los cambios ventriculares y en los surcos fueron reversibles con la re-alimentación. Además, aunque se ha reportado la existencia de complicaciones en el nacimiento con relación a pacientes con anorexia (Kaye y cols., citado en Dolan y cols., 1988), este hallazgo no es consistente en los diferentes trabajos de investigación.

1.5 ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS

Otro aspecto importante en el funcionamiento de las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria, implica la amplia gama de procesos cognitivos que parecen estar alterados y que resultan fundamentales para el estudio de estos pacientes, pues existe evidencia de que cursan con deficiencias funcionales, aunque no se haya estudiado de manera sistemática cómo se relacionan tales deficiencias con las alteraciones observadas en los estudios de gabinete (Hamsher, Halmi y Benton, 1981; Kingston y cols., 1996; Green, Elliman, Wakeling y Rogers, 1996; Palazidou, Robinson, y Lishman, 1990; Laessle y cols., 1990).

Por ejemplo, Kingston y colaboradores (1996), encontraron que las pacientes anoréxicas, se desempeñan deficientemente en tareas que miden atención, habilidad visoespacial y memoria. Sin embargo, en tareas que evalúan flexibilidad y aprendizaje, no existen diferencias evidentes en comparación con los sujetos normales.

Szmukler y sus colaboradores (citado en Kingston, op cit.), encontraron que los pacientes con problemas en la conducta alimentaria, tenían problemas en pruebas de atención y funcionamiento perceptual/motor así como en pruebas de construcción visoespacial y de solución de problemas. En tanto que Pendleton-Jones y colaboradores (1991), encontraron deficiencias en pruebas de evaluación del aspecto de focalización/ejecución de la atención, lo mismo que dificultades en habilidad verbal, visoespacial y memoria.

No obstante, tendría que determinarse si las dificultades encontradas en las diferentes áreas pudieran ser secundarias a problemas específicos del procesamiento de la información, consecuencia de los cambios fisiológicos, o reflejo de una imposibilidad más difusa.

Lo anterior resulta importante, dado que las anomalías cognitivas tienden también a aminorarse con la ganancia de peso, por lo que parecen estar relacionadas de alguna forma con la pérdida ponderal. En algunos casos, sin embargo, persiste cierto grado de dificultad para ejecutar las tareas (Hamsher et al. 1981; Krieg et al. 1989; Kingston et al., 1996), por lo que habría que evaluar la posibilidad de que con una rehabilitación nutricia completa o un periodo largo de mantenimiento de peso, se hicieran reversibles estos cambios.

También es posible que exista algún grado crítico de la pérdida de peso que perjudique la normalización de la función cerebral, por lo que sería posible que la ocurrencia de la anorexia durante la adolescencia pudiera causar un daño cerebral irreversible, o que sea anterior al establecimiento del desorden alimenticio y que esté asociado con un mínimo de daño cerebral adquirido en edades tempranas (Palazidou y cols., 1990).

Lo cierto es, que aunque no existen correlatos claros entre las deficiencias cognitivas y los hallazgos a nivel estructural, las pacientes que sufren de trastornos de la alimentación presentan deficiencias en distintas áreas, principalmente en procesamiento visoespacial, atención y memoria inmediata, descartando la posibilidad de que el estado afectivo de los pacientes pudiera contribuir con las disfunciones cognitivas, pues en ningún estudio, la correlación resulta significativa.

Por otra parte, diversos estudios (Hamsher, y cols, 1981; Palazidou y cols, 1990; Kingston, y cols., 1996; Green y cols., 1996) sugieren que al estabilizar el peso, los pacientes presentan una mejoría significativa sólo en el área de atención. En las pruebas de habilidad visoespacial/analítica y memoria no hay cambios. De esta manera, es poco probable que las dificultades encontradas en memoria y las tareas visoespaciales /analíticas puedan explicarse únicamente por una capacidad atencional reducida o por enlentecimiento psicomotor relacionados con la reducción del peso.

Por lo anterior, es posible que las deficiencias neuropsicológicas sean anteriores a la enfermedad y que puedan, incluso, haber contribuido a ella aunque no exista relación entre las deficiencias cognitivas y una historia de daño perinatal

Así, la patogénesis de estos cambios neuroradiológicos y neuropsicológicos en los trastornos de la alimentación siguen siendo inciertos aunque parecen estar directamente relacionados con la psicopatología. A pesar de que es cierto que existen varios factores que pueden subyacer a estas deficiencias de la función cognitiva, como por ejemplo problemas en el afecto, efectos neurológicos de la inanición, o que aparezcan en función de una psicopatología secundaria, en lugar que una psicopatología primaria, como por ejemplo el trastorno depresivo mayor (Laessle, 1990), también es posible que estas deficiencias en el funcionamiento cognitivo estén relacionadas con los cambios en la anatomía del cerebro asociados con los trastornos alimenticios, y aunque esta atrofia cerebral se rectifica a sí misma con el regreso al peso corporal normal, las deficiencias en el funcionamiento cognitivo persisten y constituyen un déficit fundamentalmente atencional y de memoria de trabajo que no se

corrige completamente después de haber recibido tratamiento (Lauer y cols. 1999).

Algunas deficiencias pueden también deberse a las preocupaciones acerca de la imagen corporal o a factores como una baja tolerancia al estrés en situaciones de prueba, o a características temperamentales (como irritabilidad) asociados con diagnósticos comórbidos, como la impulsividad conductual que ha sido frecuentemente atribuida a los pacientes bulímicos (Garner y cols., 1985).

En términos generales, no se han encontrado correlaciones significativas entre los años de escolaridad o el CI pre-mórbido y ninguna de las áreas neuropsicológicas. Aunque sí existe una relación entre la edad y la memoria, indicando que conforme la edad aumenta el desempeño se decrementa. Sin embargo, ya que se sabe que la memoria va declinando con la edad, esta relación puede ser explicada en términos de la duración de la enfermedad y de la edad misma de los pacientes, independientemente de su patología. También se ha examinado la posibilidad de que los psicotrópicos contribuyan al bajo desempeño en las pruebas cognitivas, pero tampoco existe evidencia de que el medicamento tenga influencia sobre los hallazgos. Por otra parte, se ha considerado la posibilidad de que el ánimo bajo o ansioso contribuya a las disfunciones cognitivas encontradas en el grupo de pacientes con trastornos de la alimentación, pero ninguna correlación ha resultado significativa (véase, Kingston y cols., 1996).

1.6 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Al realizarse estudios de personalidad, se ha demostrado que este aspecto resulta relevante para la comprensión de los trastornos de la alimentación. Se piensa, de hecho, que la patología premórbida de la personalidad juega un papel importante en la etiología de los trastornos de la alimentación dado que influye en la forma específica del desorden que se desarrolla.

Desde que los trastornos de la conducta alimentaria fueron conceptualizados como tal, se ha intentado caracterizarlos en función de los supuestos trastornos de personalidad que les subyacen. Por ejemplo, durante algún tiempo se coincidió en que los pacientes con anorexia suelen buscar insistentemente la delgadez en una lucha por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personales. Aparentemente, pueden adoptar conductas desafiantes, insisten en que se percatan de su estado, y que son totalmente capaces de controlarse y de cuidarse por sí mismas, pero en realidad tienden a sentirse ineficaces e inseguras. Además, parece haber una percepción errónea de los indicios corporales internos, falta de confianza en sí mismas y temor a hacerse responsables, lo cual genera depresión, trastornos del sueño e, incluso, conductas suicidas. También puede aparecer en comorbilidad con rasgos obsesivos compulsivos, histriónicos, ansiosos e hipocondríacos. Las pacientes bulímicas, por su parte, tienden a ser lábiles emocionalmente y cohibidas en su conducta, misma que puede llegar a producir sensaciones de culpa y de tristeza, y pueden presentar también un pobre control de impulsos, abuso de sustancias, automutilación, y gestos e intentos de suicidio (Goldman, 1989).

Recientemente, se han utilizado los criterios diagnósticos del DSM, en sus diferentes versiones, lo mismo que pruebas psicométricas específicas, y se ha encontrado que, por lo general, los pacientes que sufren de algún problema alimentario, reúnen criterios para uno o más trastornos de la personalidad (Goldner, Sriameswaran, Schroeder, Livesley y Girmingham, 1999). Existe la propuesta, en este sentido, de que padecimientos psiquiátricos comórbidos pueden producir que se exacerben las conductas relacionadas con el humor inestable, lo mismo que la mala nutrición. Sin embargo, al evaluar a las pacientes una vez recuperadas de peso, los rasgos de personalidad patológicos parecen persistir, pues aunque se atenúan con el tratamiento, están ligados directamente con los trastornos de la alimentación (Matsunaga y cols., 2000).

Algunos investigadores han reportado que las pacientes anoréxicas son más introvertidas y depresivas; en contraste, las bulímicas son más extrovertidas, manifiestan mayor ansiedad e impulsividad, y demuestran un mayor desajuste social (Walsh y Devlin, 1998). También parece ser que los rasgos de personalidad condicionan una mayor preocupación por la imagen corporal, el peso, y la depresión (Oates, J. y DeCourville, N., 1999). En este sentido, las restricciones en los hábitos alimenticios y las conductas dietéticas, junto con algunos rasgos de personalidad específicos, podrían predisponer a las personas a presentar problemas en la alimentación (Gendall, y cols., 1998). Algunos han sugerido, incluso, que los pacientes con trastornos de la alimentación podrían agruparse de acuerdo al tipo y a la severidad de la patología de personalidad que los acompaña (Rybicki y cols., 1989; Strassberg y cols., 1995; Pryor y Wiederman, citados en Goldner y cols., 2000).

También se han presentado evidencias de que existen algunos trastornos psiquiátricos en comorbilidad con los desórdenes alimenticios y que están en estrecha relación con los rasgos de personalidad. La depresión, por ejemplo, es una característica común en este tipo de trastornos y, algunos estudios, demuestran que los pacientes son exageradamente sensibles en el establecimiento de relaciones interpersonales, que experimentan altos niveles de ansiedad, que tienen riesgo de cometer intentos suicidas, y muestran desajustes en el área laboral y en actividades sociales y familiares. Pero, en términos generales, los trastornos alimenticios se caracterizan por una gran incidencia a la ansiedad y la depresión (Otagaki y cols. 1998).

La investigación también sugiere que las pacientes con anorexia, particularmente las restrictivas, tienden a ser rígidas, demasiado controladas, compulsivas y perfeccionistas, en tanto que las bulímicas suelen ser lábiles afectivamente, impulsivos y presentan baja tolerancia a la frustración (Goldner y cols., 1999). Sin embargo, se desconoce una causa directa que condicione la presentación de determinados rasgos de personalidad que produzcan o que estén estrechamente asociados con los trastornos de la conducta alimentaria.

En conclusión, y en función de lo antes expuesto, diremos que parece evidente que es necesario realizar un mayor número de investigaciones en esta área pues la etiología de los trastornos de la alimentación y los mecanismos implicados en el progreso de los mismos siguen siendo inciertos. Por lo anterior, los estudios actuales en el campo, tienen, principalmente, el objetivo de encontrar las causas reales de estas enfermedades y, en consecuencia, construir programas preventivos y de tratamiento dirigidos a pacientes que manifiesten estos trastornos o a poblaciones en riesgo. En este sentido, un

aspecto fundamental es clarificar la interacción entre los factores biológicos, cognitivos, emocionales y culturales en el desarrollo y mantenimiento de tales padecimientos para lograr mayor precisión en el diagnóstico, prevenirlos e implementar intervenciones más efectivas.

En términos neuropsicológicos, parecería que son tres las funciones cognitivas que pueden estar alteradas en los sujetos con trastornos de la alimentación: atención, procesamiento visoespacial y memoria (de trabajo e inmediata), aunque no es claro si subyacen al trastorno como tal o si son consecuencia de éste, pues existe un enlentecimiento del procesamiento cognitivo en general que se puede deber a los severos niveles de restricción alimenticia, o a la comorbilidad existente entre los problemas de la conducta alimentaria y trastornos de otro tipo como por ejemplo el depresivo mayor.

También parece que los trastornos de la alimentación están caracterizados por problemas de índole fisiológica, pues se han observado cambios a nivel endocrinológico, hormonal, nervioso, químico y cerebral. En este caso, la interrogante es si existen deficiencias genéticamente programadas o condicionantes externos que puedan tener una relación directa como factores etiológicos de los trastornos alimenticios, o si las alteraciones observadas son efecto de los niveles de desnutrición que presentan todos los pacientes que cursan con algún desorden en la conducta alimentaria.

Por otra parte, existen factores sociales y culturales que resultan estresantes y que de una u otra forma condicionan la aparición de conductas restrictivas. Tomando en cuenta la importancia que actualmente tiene conservar la línea y cumplir con los cánones de belleza centrados en una delgadez muchas veces

extrema, no es raro que las adolescentes pretendan ajustarse a las normas y que empiecen a realizar una serie de conductas que, finalmente, salen de su control y llegan a constituir un trastorno psiquiátrico.

Finalmente, un aspecto que no se puede pasar por alto, es la importancia que tienen los rasgos de personalidad como factor que puede llegar a favorecer el desarrollo de estas enfermedades y que, al mismo tiempo, se exacerban conforme la patología avanza. El problema entonces, es qué factores interactúan entre sí y de qué manera caracterizan a los pacientes con trastornos de la alimentación.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En relación con cada una de las características a estudiar (personalidad, síntomas, actitudes y procesamiento visoespacial), se plantearon cuatro problemas de base:

- ¿Existen diferencias significativas de personalidad entre anorexia, bulimia y trastornos no especificados de la conducta alimentaria?
- ¿Existen diferencias significativas de síntomas entre anorexia, bulimia y trastornos no especificados de la conducta alimentaria, según el Inventario de Trastornos de la Alimentación?
- ¿Existen diferencias significativas de actitudes entre anorexia, bulimia y trastornos no especificados de la conducta alimentaria, según la Prueba de Actitudes para Trastornos de la Alimentación?
- ¿Existen diferencias significativas en el desempeño en una tarea visoconstructiva entre anorexia, bulimia y trastornos no especificados de la conducta alimentaria?

2.2 DISEÑO:

Este estudio es de corte transversal y de tipo descriptivo.

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.3.1 Variable Dependiente:

Trastornos de la alimentación: "...nombre que se le da a una variable compleja en donde los patrones de consumo de alimento se ven severamente distorsionados" (Unikel, 1998, p. 47).

2.3.2 Variables atributivas:

Anorexia: "Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (...). Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales. Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos" (DSM-IV, p. 255)

Bulimia: "Atracciones recurrentes (al menos dos días a la semana durante seis meses). Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. Preocupación excesiva acerca del peso o de la forma del cuerpo, que hace que la autoevaluación esté exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. Ausencia de Anorexia Nervosa" (DSM-IV, p. 256)

Trastorno No Especificado de la Conducta Alimentaria: “Trastorno de la alimentación clínicamente importante, control inapropiado del peso o preocupación excesiva sobre el cuerpo o la figura pero que no completa los criterios para anorexia o bulimia” (DSM-IV, p. 256).

2.3.3 Variables Independientes:

Personalidad: “...organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos... fuerza real, motivación o disposición dentro del individuo que inicia y guía una forma particular de conducta” (Allport, citado en Unikel, 1998).

Síntomas característicos de los trastornos alimentarios: impulso hacia la delgadez, bulimia, insatisfacción con el propio cuerpo, inefectividad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, escasa conciencia de estados internos y miedo a madurar.

Actitudes predominantes en los trastornos alimentarios: motivación para adelgazar, evitación de alimentos que engordan, preocupación por la comida y presión social percibida.

Actividad práctica constructiva: “habilidad para reproducir estímulos visuales, combinando, organizando y analizando las partes constituyentes del estímulo para conseguir la síntesis del conjunto” (Galindo, Cortés y Salvador, 1995).

2.4 MUESTRA:

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio.

2.5 SUJETOS:

Se reunió un grupo de 100 pacientes con trastornos de la alimentación, que solicitaron consulta por primera vez en el *Instituto Nacional de Psiquiatría, Dr. Ramón de la Fuente*. Las pacientes se eligieron conforme llegaron y fueron divididas en tres grupos diagnósticos (según los criterios del DSM-IV): anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos de la alimentación no especificados.

2.5.1 Criterios de inclusión a la muestra:

1. Sexo femenino
2. Edad entre 14 y 30 años
3. Que soliciten tratamiento por primera vez
4. Que no presenten estados mórbidos diferentes (como trastornos depresivos) al momento de la evaluación

2.5.2 Criterios de exclusión a la muestra:

1. Presencia de entidades afectivas en comorbilidad con el trastorno de la alimentación
2. Presencia de daño orgánico
3. Presencia de trastornos de la personalidad en comorbilidad con el trastorno de la alimentación

2.6 INSTRUMENTOS

- 1) Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)
- 2) Prueba de Actitudes para Trastornos de la Alimentación (EAT)
- 3) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-R)
- 4) Figura Compleja de Rey-Osterrieth

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

2.6.1 Inventario De Trastornos de la Alimentación (EDI)

El EDI es un instrumento de auto aplicación, que ha sido ampliamente utilizado pues constituye un medio válido y confiable para detectar síntomas característicos de los problemas alimentarios. El EDI fue elaborado bajo la premisa de que los trastornos de la alimentación son multidimensionales y que están multideterminados, por lo que está constituido por 64 preguntas tipo Likert, que se agrupan en 8 subescalas:

- 1) Impulso hacia la delgadez (DT), que constituye uno de los puntos centrales en los trastornos de la alimentación en tanto que implica un temor irracional hacia la obesidad o la gordura.
- 2) Bulimia (B), esta subescala hace referencia a las tendencias de pensar e involucrarse en periodos de alimentación incontrolables (atracones).
- 3) Insatisfacción con el propio cuerpo (BD), evalúa en qué medida la persona se encuentra conforme o inconforme con la propia figura corporal.

- 4) Inefectividad (I), evalúa sentimientos de inadecuación, inseguridad, falta de eficiencia y autocontrol; soledad, autodevaluación e insatisfacción con la propia vida.
- 5) Perfeccionismo (P), con esta subescala se mide el grado en el que una persona cree que los logros personales pudieran o debieran ser superiores a los que hasta el momento ha alcanzado. Implica una condición crítica, y la creencia de que sólo los niveles más elevados de actuación y logros personales son aceptables además de la creencia de que los demás solamente esperan aquello que puede ser considerado como sobresaliente.
- 6) Desconfianza interpersonal (ID), esta subescala hace referencia al sentimiento general que puede tener una persona de alienación o renuencia a conformar o involucrarse en relaciones interpersonales cercanas. También mide la renuencia de la persona hacia el hecho de expresar pensamientos o sentimientos a otros con la consecuente necesidad de mantenerlos a distancia.
- 7) Escasa conciencia de estados internos (IA), evalúa la confusión o aprehensión hacia el hecho de reconocer o responder adecuadamente a los estados emocionales y establecer un puente entre ellos y el funcionamiento corporal. Es decir, hace referencia a la falta de certeza en la identificación de sensaciones viscerales relacionadas con las pulsiones de hambre y saciedad.
- 8) Miedo a madurar (MF), hace referencia al deseo por regresar a la seguridad de la infancia.

**Ver Anexo 1*

2.6.2 Prueba de Actitudes para Trastornos de la Alimentación (EAT)

Este instrumento fue construido con el propósito de ofrecer una prueba sencilla en su administración y en su calificación, que proporcionara una evaluación significativa de las conductas y las actitudes que predominan entre los pacientes que sufren de trastornos de la alimentación, así como una medida que permitiera establecer un pronóstico. El instrumento consta de 40 reactivos forma Likert, y evalúa 4 subescalas:

- 1) Motivación para adelgazar
- 2) Evitación de alimentos que engordan
- 3) Preocupación por la comida
- 4) Presión social percibida

**Ver Anexo 2*

2.6.3 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

El MMPI es el inventario de Personalidad más utilizado con fines tanto clínicos como de investigación. Fue desarrollado a finales de los años 30 con el objetivo de apoyar la realización de diagnósticos psiquiátricos, y es el instrumento autodescriptivo más valioso con que se cuenta. Está constituido por 566 reactivos escritos a manera de afirmaciones y/o negaciones, y el sujeto debe responder a cada uno de ellos como “cierto” o “falso.” Los reactivos están organizados en diferentes escalas, y para efectos de esta investigación se tomarán en cuenta las 10 clínicas clásicas, mismas que consisten en lo siguiente:

Escalas clínicas:

- 1) Hipocondriasis: se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas. Es un reflejo de la preocupación que muestra la persona por su salud física.
- 2) Depresión: describe características relacionadas con sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.
- 3) Histeria: esta escala se refiere a la búsqueda de aceptación, al cariño y la tolerancia que el individuo demanda a su grupo.
- 4) Desviaciones psicopáticas: los elementos de esta escala se interpretan como una medida muy general de la forma en que el individuo manifiesta sus deseos y necesidades, por lo que evalúa la posibilidad que tiene para controlar sus descargas impulsivas o para manifestarlas en forma abierta y sin control.
- 5) Masculinidad-Feminidad: es una medida de las actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales en tanto las características masculinas y femeninas, así como de los intentos por ofrecer una apariencia determinada en relación con la vivencia del papel psicosexual.
- 6) Paranoia: evalúa actitudes de desconfianza, cautela excesiva y suspicacia con las que el individuo responde a los estímulos del medio. Además, refleja los niveles de agresividad que maneja el sujeto.
- 7) Psicastenia: se refiere a la angustia con la que el individuo se enfrenta a las diversas situaciones de la vida.
- 8) Esquizofrenia: a pesar de su nombre, esta escala no evalúa el padecimiento como tal, sino únicamente la tendencia del sujeto a la fantasía y el aislamiento y la posibilidad que tiene de escindirse de la realidad.

- 9) Hipomanía: es una forma de evaluar la energía que tiene un sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.
- 0) Introversión-Extroversión: esta escala fue elaborada con el fin de encontrar tendencia de la persona a ser más o menos abierto y comunicativo, por lo que puede indicar el ajuste social del individuo.

2.6.4 Figura Compleja de Rey Osterrieth:

Todos los objetos del mundo están relacionados entre ellos de una u otra forma pero, sobretodo, están dispuestos de manera determinada dentro de un plano espacial definido. El hombre, como un objeto más dentro del espacio que conforma el mundo, debe no sólo establecer relaciones con el resto de los objetos sino que debe ser capaz de comprender las disposiciones de los mismos para poder anticiparse a ellos y contender con las localizaciones relativas de los objetos en movimiento. Para ello, es necesario desplegar una serie de habilidades cognitivas específicas que se fundamentan, en gran medida, en el dominio de lo visual y de la coordinación de esta habilidad con las acciones del propio cuerpo.

La Figura Compleja de Rey, fue creada precisamente para dilucidar la organización y la memoria visual de pacientes con daño cerebral y consiste en un estímulo novedoso que permite evaluar la habilidad para planear, organizar e integrar información compleja, lo que implica la organización de la actividad práctica constructiva del individuo. Es decir, la habilidad para reproducir estímulos visuales, combinando, organizando y analizando las partes constituyentes del estímulo para conseguir la síntesis del conjunto. De esta

forma, la Figura Compleja de Rey se utiliza como instrumento de evaluación de la percepción y de la memoria visuales, y se ha convertido en un instrumento clásico de evaluación neuropsicológica (Galindo, Cortés y Salvador, 1995 y 1996).

Además, la Figura de Rey proporciona, gracias a su complejidad, una evaluación amplia de los procesos cognitivos. Es una figura que en sí misma carece de significado y que presenta un conjunto de 18 unidades perceptuales organizadas en una gestalt. Inicialmente, se le solicita al sujeto que copie la figura del modelo y, posteriormente, pasados 3 minutos, se le solicita que vuelva a dibujar todos aquellos elementos que recuerde. Con este procedimiento, se cumple el objetivo de evaluar atención, memoria, posibles problemas perceptivos y gráficos además de observar peculiaridades como rapidez, lentitud y reacción a la prueba (Villorín, 1995). Dado lo anterior, la prueba es útil para evaluar diferentes aspectos del funcionamiento cognitivo de un sujeto.

**Ver Anexo 3*

2.7 PROCEDIMIENTO

En cuanto las pacientes solicitaron atención médica para su problema, se les entrevistó para encontrar los criterios diagnósticos necesarios y suficientes para su diagnóstico y se les pidió que contestaran el EDI y el EAT. Ese mismo día se les pesó y se les midió para obtener su Índice de Masa Corporal, e iniciaron su tratamiento. En un lapso de 1 semana y hasta 1 mes de diferencia con la primera entrevista, se les citó nuevamente para ejecutar la Figura de Rey y contestar el MMPI.

2.8 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Por la cualidad de los datos que se obtuvieron, fueron trabajados con estadísticas paramétricas y análisis de frecuencias que permitieron caracterizar a la muestra, para posteriormente llevar a cabo análisis más específicos como ANOVA, Análisis Factorial y Análisis Lineal Estructural (LISREL).

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Distribución de la muestra: Medias y Desviaciones Estándar

$N = 100$

n_1 (anorexia) = 22

n_2 (bulimimia) = 37

n_3 (TANE) = 41

	EDAD	EDAD DE INICIO	T. DE EVOLUCIÓN	AÑOS ESCOLARES	IMC*
MEDIA	21	17	4.42	12.58	20.73
DE	5.69	3.67	5.03	2.77	2.26

Tabla 3.1.1

**Índice de Masa Corporal*

Como se puede observar, las pacientes presentan un IMC, una edad de inicio y un número de años de escolaridad similares. Las variables en las que existe una mayor variabilidad son edad y tiempo de evolución.

Nivel Socioeconómico

	Nivel Socioeconómico					Estado Civil		Trastorno de la Imagen Corporal		Antecedentes Familiares	
	1	2	3	4	5	SOLT	CAS	SI	NO	SI	NO
ANOREXIA	2	8	8	0	4	22	0	21	1	5	17
BULIMIA	0	16	15	6	0	35	2	29	8	11	26
TANE	0	20	14	6	1	38	3	31	10	12	29
TOTAL	2%	44%	37%	12%	5%	95%	5%	81%	19%	28%	72%

Tabla 3.1.2

Como era de esperarse, el 81% de las pacientes presentaron un trastorno de la imagen corporal, y sólo el 28% reportó posibles antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto al Nivel Socioeconómico, se retomó la clasificación utilizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría, que consta de seis niveles basados en el ingreso económico familiar (medido en múltiplos del salario mínimo vigente), número de dependientes, zona en la que se ubica la vivienda y sus características, así como en otras particularidades de la familia. La asignación de la tipificación se realiza con base en los criterios de Luis Leñero (1994), que consiste en lo siguiente:

Nivel	Número de salarios mínimos	Nivel	Categoría	Características
1	De 0 a 2	Nivel de subsistencia	Familias en pobreza extrema, con problemas de subsistencia	Son familias marginadas asentadas en zonas suburbanas con escasos servicios y, generalmente, con ingresos irregulares
2	De 2.01 a 3	Nivel popular pobre	Familias trabajadoras de nivel básico	Viven del trabajo no calificado o semicalificado, más o menos regular pero aún en condiciones de estrechez
3	De 3.01 a 4		Familias trabajadoras de nivel básico superior	
4	De 4.01 a 6	Nivel medio	Familias de clase media modesta	Las familias de este sector tienen, en principio, asegurada su subsistencia básica; lo cual no impide que intenten una movilidad económica ascendente, frecuentemente frustrada
5	De 6.01 a 8		Familias de clase media regular	
6	8.01 y más	Nivel acomodado	Familias de clase acomodada	Para las familias acomodadas el patrimonio familiar les resulta una cuestión clave, suelen contar con propiedades inmobiliarias y con capitales financieros estables

Tabla 3.1.3

*Tomado de Leñero, 1994, pp. 31-35

En esta muestra, el grueso de pacientes (81%) pertenecen a los niveles socioeconómicos 2 y 3 es decir, “nivel popular pobre,” en tanto que sólo el 5% pertenecen al “nivel acomodado” y sólo el 2% se encuentra en “pobreza extrema.”

3.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Análisis de Varianza (ANOVA) Reparametrizado¹

VARIABLE	SIGNIFICANCIA
Edad	.581
Edad de inicio	.833
Escolaridad	.784
IMC	.000*
MMPI-1	.982
MMPI-2	.472
MMPI-3	.531
MMPI-4	.453
MMPI-5	.562
MMPI-6	.067
MMPI-7	.309
MMPI-8	.789
MMPI-9	.268
MMPI-0	.286
EAT-1	.170
EAT-2	.186
EAT-3	.000*

¹ En virtud de que $n_1 \neq n_2 \neq n_3$

EAT-4	.002*
EDI-1	.016*
EDI-2	.050*
EDI-3	.000*
EDI-4	.214
EDI -5	.361
EDI-6	.384
EDI-7	.497
EDI-8	.962
FR-C	.445
FR-M	.972

Tabla 3.2.1

Esta prueba se aplicó para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas al $\alpha \leq .05$ entre los grupos (Anorexia, Bulimia y TANE) para cada variable pero, como se puede observar, no se encontraron excepto en el Índice de Masa Corporal (IMC), preocupación por la comida (EAT-3), presión social percibida (EAT-4), impulso a la delgadez (EDI-1), desconfianza interpersonal (EDI-2) y bulimia (EDI-3). Evidentemente, el grupo con anorexia presenta un IMC significativamente menor que el de los otros grupos, les preocupa más la comida y tienen un mayor impulso por alcanzar la delgadez. Las bulímicas por su parte, sienten una mayor presión social ante la creencia de que están “pasadas de peso,” lo cual genera desconfianza interpersonal. En este caso, es obvio que los síntomas propios de la bulimia se presentan en este grupo y no en el primero.

Sin embargo, y a pesar de las diferencias encontradas (que resultan congruentes con los padecimientos), en términos generales los grupos no difieren en ninguna variable, incluyendo personalidad y ejecución en Figura de Rey.

Comparaciones múltiples mediante el método de Bonferroni

Para este análisis se tomaron las variables que resultaron significativas en el ANOVA, y se hizo una comparación de ellas entre los diferentes grupos para corroborar y especificar los hallazgos.

VARIABLES	SIGNIFICANCIA ENTRE GRUPOS		
	ANOR. VS. BUL	ANOR. VS. TANE	BUL. VS. TANE
IMC	.000*	.000*	.194
EAT-3	.026*	.725	.000*
EAT-4	.003*	.770	.021*
EDI-1	.042*	1.000	.046*
EDI-2	.066	1.000	.226
EDI-3	.000*	1.000	.000*

Tabla 3.2.2

Como se puede observar, los grupos difieren en cada una de las variables en las que existieron diferencias. En este caso, se observa que los grupos más diferentes son el de anorexia y el de bulimia, pues el grupo de TANE no logra diferenciarse de los otros dos excepto en el IMC que es mayor que el del grupo de anoréxicas.

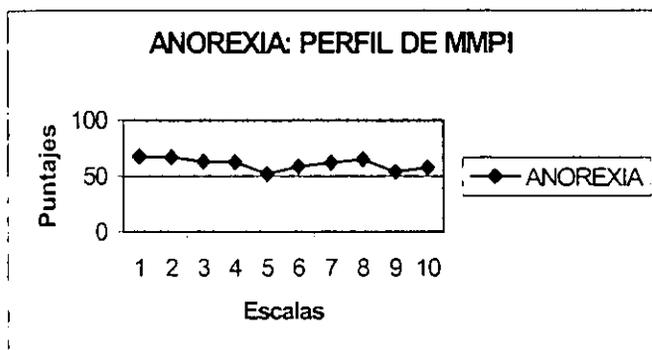
Análisis MMPI

ESCALAS MMPI	GRUPO	MEDIA	DE
Hipocondría	Anorexia	67.43	17.67
	Bulimia	68.15	12.54
	TANE	68.01	13.41
Depresión	Anorexia	66.92	13.48
	Bulimia	66.89	10.48
	TANE	63.82	13.14
Histeria	Anorexia	63.22	12.84
	Bulimia	62.86	12.32
	TANE	65.70	10.76
Desviaciones Psicopáticas	Anorexia	62.39	13.65
	Bulimia	66.76	13.11
	TANE	65.92	12.53
Femenino	Anorexia	51.93	9.32
	Bulimia	54.54	9.01
	TANE	53.22	8.85
Paranoia	Anorexia	58.86	12.68
	Bulimia	63.80	10.69
	TANE	65.84	10.48

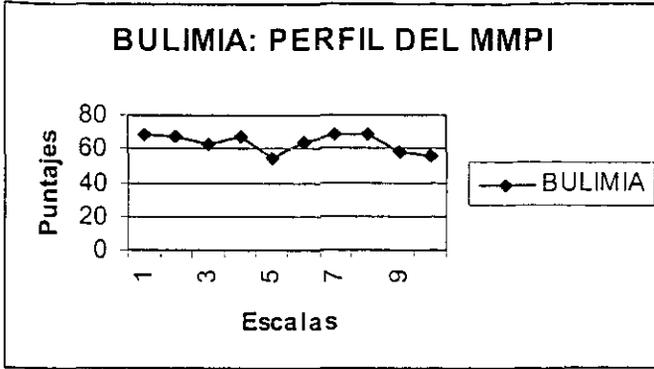
Psicastenia	Anorexia	61.90	15.22
	Bulimia	68.10	13.51
	TANE	65.76	15.52
Esquizofrenia	Anorexia	65.12	18.05
	Bulimia	68.18	13.45
	TANE	66.74	17.87
Manía	Anorexia	53.67	9.78
	Bulimia	57.90	10.65
	TANE	57.84	10.59
Introversión	Anorexia	57.60	11.21
Extroversión	Bulimia	55.47	8.87
	TANE	53.60	9.08

Tabla 3.2.3

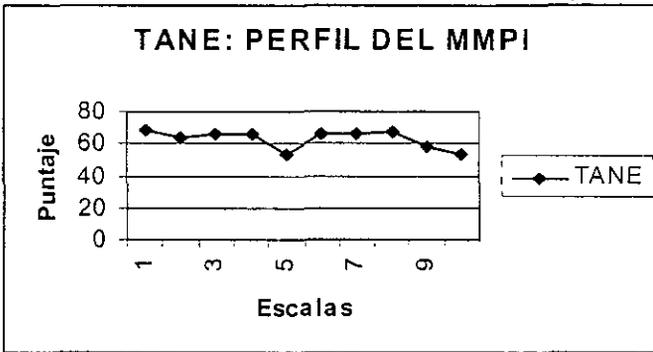
Perfiles de MMPI



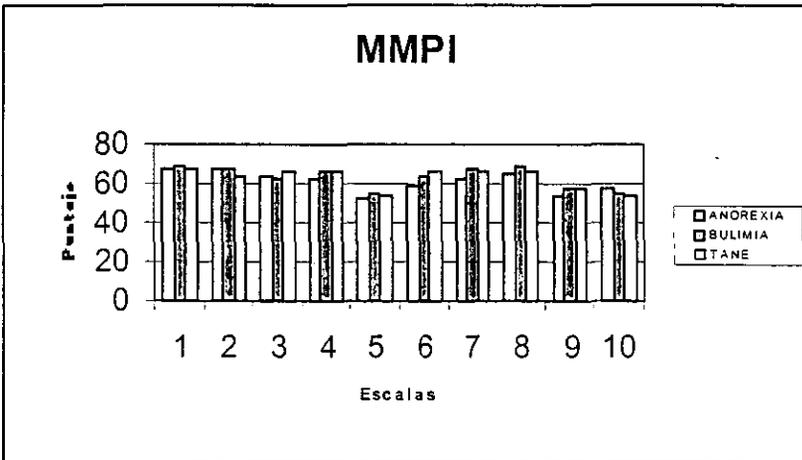
Gráfica 3.2.1



Gráfica 3.2.2



Gráfica 3.2.3



Gráfica 3.2.4

Como se puede observar en la Tabla 2.3 y en las Gráficas 3.2.1 a 3.2.4, las diferencias en los puntajes de cada grupo para cada escala, son apenas perceptibles, pues como ya se dijo, no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a rasgos de personalidad.

Figura de Rey

	PACIENTES		SUJETOS NORMALES*	
	COPIA	MEMORIA	COPIA	MEMORIA
MEDIA	18.6	12.3	21.7	14.2
DESVIACIÓN	2.11	2.81	4.6	4.2

Tabla 3.2.4

**Los puntajes se tomaron de la estandarización de la prueba realizada por Cortés y cols., 1996*

Como se puede observar, aunque las pacientes se desempeñan de un modo similar, sí existen diferencias respecto a los sujetos normales, pues los puntajes de los primeros tienden a ser menores a los esperados para su grupo de edad.

*Análisis Factorial en Componentes Principales con Rotación VARIMAX:
Agrupación de variables en factores*

FACTOR	VARIABLE	CARGA FACTORIAL	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA ACUMULADA
PERSONALIDAD	Depresión	.62	23.22	23.22
	Esquizofrenia	.86		
	Psicastenia	.86		
	Hipocondrias	.82		
	Histeria	.78		
	Paranoia	.70		
	Desviaciones psicopáticas	.75		
INSATISFACCIÓN CON LA FIGURA	Impulso a adelgazar	.83	16.91	40.13
	Motivación a Adelgazar	.83		
	Preocupación por la comida	.81		
	Bulimia	.73		
	Insatisfacción	.62		

SENSACIÓN DE. INADECUACIÓN	Incapacidad para reconocer estados internos	.83	2.34	42.47
	Introversión-extroversión	.70		
	Inefectividad	.57		
ANSIEDAD	Perfeccionismo	.75	2.10	44.57
	Miedo a madurar	.68		
	Manía	.55		
	Desconfianza interpersonal	.53		
NECESIDAD DE ADAPTACIÓN SOCIAL	Presión social Percibida	.80	7.58	52.15
	Evitar alimentos que Engordan	.73		

Tabla 3.2.5

En esta tabla se puede observar, son 5 los factores que en un 68.33% explican el fenómeno, y aunque la variable *adaptación al rol femenino* no se agrupó en ninguno de ellos, teóricamente cobra relevancia, por lo que se retomará más tarde.

También se realizó una correlación entre los factores y las variables que, según datos teóricos pueden tener incidencia en ellos y se encontró lo siguiente:

Correlación de Pearson entre factores y otras variables

FACTORES	EDAD DE INICIO	EDAD	ESCOLARIDAD (número de años escolares)	IMC
1	.882	.048*	.190	.856
2	.144	.041*	.018*	.000*
3	.638	.428	.128	.785
4	.081	.220	.668	.652
5	.900	.293	.983	.000*

Tabla 3.2.6

Correlación significativa al $P = \leq .05$

En este caso se eligieron variables que, según los resultados previos resultan importantes en los trastornos de la alimentación, y se observó que la edad de inicio no tiene relación con ninguno de los cinco factores aunque la edad actual está correlacionada con la personalidad y la insatisfacción con la figura. La escolaridad también está correlacionada con la insatisfacción con la figura, en tanto que el IMC correlaciona también con la necesidad de adaptarse a patrones sociales.

Análisis lineal estructural (LISREL)

Este análisis considera todas las variables al mismo tiempo y genera un modelo de predicción funcional que permite explicar un fenómeno. Los resultados, presentando únicamente las relaciones significativas, fueron los siguientes:

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	VALORES β ESTÁNDARIZADOS	COMENTARIOS
Depresión	Sentimientos de inadecuación al entorno	0.616	Cuanto más inadecuada, ineficiente, autodevaluada e insatisfecha se siente una persona, más tiende a deprimirse
Ansiedad	Depresión	0.723	La depresión produce ansiedad ante los sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa subyacentes.
Histeria	Ansiedad	0.691	Los elementos ansiosos de la personalidad pueden producir una búsqueda de aceptación que mitigue la angustia.
Insatisfacción consigo mismo	Histeria	0.354	La búsqueda de aceptación y reconocimiento por parte del grupo, y la sensación de estar imposibilitado para obtenerla, aumenta los sentimientos de insatisfacción con uno mismo

Pulsión por adelgazar	Insatisfacción consigo mismo	0.527	En la medida en que aumenta la insatisfacción consigo mismo, aumenta también el impulso para adelgazar en este tipo de pacientes.
Motivación para adelgazar	Pulsión por adelgazar	0.829	Conforme el impulso por adelgazar aumenta, existe una mayor motivación para llevar a cabo conductas que tienen el fin de adelgazar
Desconfianza interpersonal	Sentimientos de inadecuación al entorno	0.532	El sentirse poco adecuado genera desconfianza para establecer relaciones con los otros, pues quienes se sienten así no creen ser capaces de vincularse apropiadamente con quienes le rodean
Esquizofrenia	Ansiedad	0.828	Altos niveles de ansiedad producen tendencia al aislamiento y a la fantasía como refugio para la angustia
Evitar alimentos que engordan	Presión social percibida	0.352	Conforme aumenta la sensación de que se es presionado socialmente, aumenta también la tendencia a evitar alimentos que engordan
Hipocondría	Esquizofrenia	0.385	Si la tendencia a la fantasía es mayor, entonces será más frecuente la sensación de problemas somáticos

Hipocondria	Histeria	0.567	Cuando es mayor la necesidad de reconocimiento y atención por parte de los otros, es más probable que se produzca sintomatología física en un afán por conseguir dicha atención
Introversión	Bulimia	-0.207	Cuando es mayor el impulso por comer y éste es más incontrolable, se decrementa la introversión. Al disminuir el impulso por comer, la introversión se incrementa
Introversión	Depresión	0.623	En la medida que las sensaciones de inseguridad y minusvalía aumentan, la persona tiende a mostrarse más introvertida
Introversión	Histeria	-0.513	Si la necesidad de reconocimiento es mucha, la persona es menos introvertida, tendiendo más a la extroversión. Cuando no hay preocupación por ser aceptado, la introversión aumenta
Introversión	Ansiedad	0.406	Conforme la ansiedad se incrementa es mayor la introversión

Perfeccionismo	Evitar alimentos que engordan	0.307	Cuando se está más preocupado por evitar alimentos que engordan, se tienden a desarrollar actitudes y conductas perfeccionistas con el objetivo de ejercer control sobre la ingesta
Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	0.307	Conforme se desconfía más de la propia capacidad para establecer relaciones, se tiende a ser perfeccionista en un afán por alcanzar altos niveles de actuación en la creencia de que ello favorecería el establecimiento de relaciones sociales
Preocupación por la comida	Motivación para adelgazar	0.464	Al existir motivación para adelgazar, aumenta la preocupación por la comida
Manía	Introversión	-0.405	A mayor introversión, se presentan niveles de energía menores. Cuando predomina la extroversión, necesariamente aumenta el nivel de energía
Manía	Sentimientos de inadecuación al entorno	-0.280	Una persona que se siente inadecuada para su entorno, presenta bajos niveles de energía y escasa motivación para actuar. Quien se percibe ajustado a su medio genera altos niveles de energía y motivación

Manía	Perfeccionismo	0.311	El perfeccionismo implica, necesariamente, un elevado despliegue de energía.
Manía	Esquizofrenia	0.728	La tendencia a la fantasía genera una desorganización que se muestra como un exceso de actividad y energía
Paranoia	Esquizofrenia	0.723	Cuando se eleva la tendencia a la fantasía, se elevan también las ideas de agresión y daño, por lo que el sujeto se torna más suspicaz y desconfiado
Desviaciones psicópáticas	Esquizofrenia	0.697	La tendencia a la fantasía también genera la creencia de que los deseos pueden satisfacerse de manera inmediata, por lo que se presenta un escaso control sobre los impulsos
Ajuste al rol femenino	Depresión	0.347	A mayores sentimientos de inseguridad y minusvalía, mayor necesidad de mostrarse ajustado al rol psicosexual
Incapacidad para reconocer estados internos	Esquizofrenia	0.252	Cuando aumenta la fantasía y el aislamiento, aumenta la confusión respecto a los estados emocionales y a su relación con los estados físicos
Incapacidad para reconocer estados internos	Sentimientos de inadecuación al entorno	0.443	Conforme aumenta la sensación de inadecuación aumenta también la confusión respecto a las propias emociones

Incapacidad para reconocer estados internos	Histeria	-0.360	A mayor necesidad de reconocimiento y aceptación, mayor capacidad para reconocer y manejar los estados internos. Cuando la necesidad de reconocimiento es poca se le presta menos atención a los estados internos y, por tanto, hay mayor confusión al respecto
---	----------	--------	---

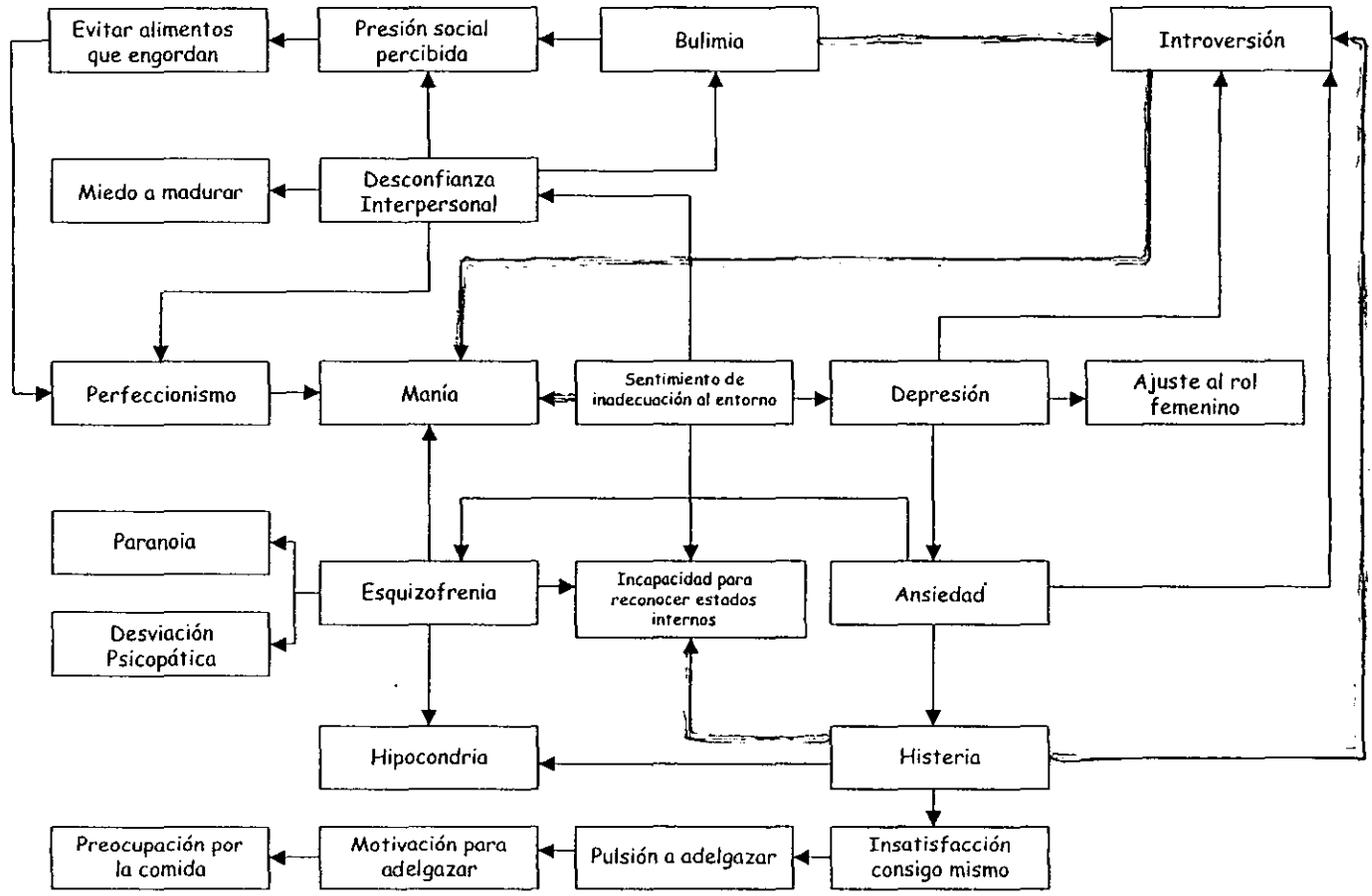
Tabla 3.2.7

$$y = 0.616 (X_i) + \beta$$

El modelo de ejecución representado por esta estructura se validó por medio de un análisis estructural AMOS, SPSS versión 3.6 (Arbuckle, 1997); este análisis confirmó el ajuste de los datos empíricos al diagrama de las trayectorias, con un índice de bondad de ajuste AGFI = 0.771; una p restringida² = 0.476, y con una significancia $\chi^2 = 243.467$; $p = 0.010$; $gl = 195$

**Véase diagrama (las líneas rojas implican relaciones negativas)*

² La p restringida no evalúa significancia, sino el error del modelo propuesto según la coherencia teórica. En este caso, su valor no es del todo malo, porque teóricamente, debe alejarse de .05 y acercarse a 1.000



3.3 DISCUSIÓN

Como puede observarse, la muestra estuvo conformada por pacientes jóvenes, con una media de edad de 21 años, habiendo aparecido el trastorno en una edad promedio de 17 años con 3.67 años de desviación estándar, lo cual corrobora que los trastornos de la alimentación se establecen en edades tempranas del desarrollo, además de que pueden surgir independientemente de la información escolar que posean las adolescentes y de su nivel socioeconómico.

En términos generales, no fue posible establecer diferencias entre los grupos diagnósticos excepto en el tipo de conductas que se llevan a cabo para mantener el peso corporal (por ejemplo, en el grupo de bulímicas son más frecuentes los vómitos autoprovocados que en el de anoréxicas), pero en variables referentes a personalidad, desempeño en una tarea visoespacial, o características sociodemográficas, el comportamiento de los grupos es similar.

Aún así, cabe señalar que aunque entre los grupos no existen diferencias, sí las hay respecto a sujetos normales. La única diferencia significativa que se encontró entre los grupos diagnósticos estudiados, respecta al índice de masa corporal (IMC) pues, como se sabe, las bulímicas suelen mantenerse dentro de los criterios ponderales normales en tanto que las anoréxicas están por debajo de ellos.

En cuanto a personalidad, si se realizan análisis cualitativos individuales de las pacientes es posible encontrar dinámicas que, aunque similares, varían de una a otra. Sin embargo, cuantitativamente no existen diferencias y es difícil hacer

una distinción entre los perfiles de un grupo y otro, como puede observarse en la gráfica 3.2.4, lo cual indica que, por lo menos utilizando el MMPI, no es posible establecer caracterizaciones contundentes respecto a los rasgos de personalidad de las pacientes con anorexia, las pacientes con bulimia, y aquellas con trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

No obstante, la personalidad conforma un factor importante, pues todas ellas se caracterizan por presentar elevados niveles de ansiedad que suelen estar centrados en el cuerpo, además de una desconfianza importante en su entorno y la tendencia a fantasear respecto a sí mismas y a su medio ambiente.

Otro factor que parece tener mucho peso es la insatisfacción con la figura, por lo que resulta importante la necesidad de adelgazar, preocupándose constantemente por la comida y generando conductas restrictivas y purgativas en un intento por sentirse satisfechas con ellas mismas en tanto que pueden ejercer control sobre su conducta alimentarias. Con ello, consiguen reducir momentáneamente la ansiedad que les produce sentirse inadecuadas al entorno pero, al mismo tiempo, quedan condicionadas a desplegar una serie de conductas perfeccionistas y a activar una gran cantidad de energía que puede llegar a desorganizar su conducta.

Además, presentan un intenso miedo a madurar que les dificulta adaptarse a su rol femenino, tendiendo a evitar las características físicas propias de su género. No obstante, tienen una gran necesidad de sentirse adaptadas y, como suponen que no se ajustan a las expectativas del grupo social, perciben una gran presión proveniente de éste, lo cual eleva la ansiedad y las vuelve más desconfiadas.

Así, las variables se agruparon en 5 factores: personalidad, insatisfacción con la figura, sensación de inadecuación, ansiedad y necesidad de adaptación social. El ajuste al rol femenino parece cobrar relevancia dentro del fenómeno y por ello fue incluido en el diagrama sin embargo, no formó parte de ninguno de los factores debido a que ninguna otra variable (excepto la escala 5 del MMPI-R) evaluó ese aspecto de la dinámica de las pacientes.

Los factores, a su vez, resultaron tener una correlación significativa con algunas otras variables. Tanto la personalidad como la insatisfacción con la figura, guardan relación con la edad de las pacientes, y la última correlacionó con la escolaridad. Sin embargo, las correlaciones más fuertes se encontraron entre la insatisfacción con la figura, la necesidad de adaptación social y el índice de masa corporal. Parecería ser entonces, que cuanto más insatisfechas y mayores intentos por adaptarse al entorno, se centran más en el cuerpo, reduciendo su IMC al intentar alcanzar el nivel de delgadez que, según ellas les hará sentirse satisfechas al conseguir, con ello, la aceptación por parte del grupo.

Por último, en el análisis lineal estructural, se encontraron relaciones coherentes clínicamente hablando. Sin embargo, aunque el diagrama representa adecuadamente los datos teóricos, el ajuste no es tan bueno como se esperaba, probablemente por el parecido entre los grupos o porque los instrumentos no son los adecuados.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

Son muchos los factores que intervienen en el desarrollo y establecimiento de los trastornos de la alimentación, y en el presente estudio se cumplió el objetivo de describir las variables que posiblemente están asociadas a ellos.

Inicialmente, se observó que la mayor parte de las pacientes que sufren de estos padecimientos presentan un trastorno de la imagen corporal y un rechazo a sus características físicas, pues tienen una percepción errónea de su cuerpo en términos de su volumen y su peso, particularmente las pacientes con anorexia. Este aspecto puede estar relacionado, como se expone más adelante, con rasgos propios de la personalidad, la cual tiene una incidencia directa en cómo se perciben en el mundo.

Sin embargo, no se puede dejar de lado la posibilidad de que, adicionalmente, exista un problema a nivel de procesamiento de información, por lo que valdría la pena estudiar a detalle la posibilidad de que esta distorsión estuviera generada por un problema de percepción no en cuanto a volumen de los objetos en general como proponen Cash y Deagle (1997), sino en términos de un déficit en el procesamiento de información visual que les impida generar imágenes mentales adecuadas acerca de sus propios cuerpos.

Esta posibilidad surge de las deficiencias observadas en el análisis cualitativo de las figuras de Rey. En este sentido, se ha encontrado que las pacientes que sufren de un trastorno en su conducta alimentaria, tienden a fragmentar constantemente los estímulos visuales complejos. Si lo mismo sucede con la

imagen de sus propios cuerpos, entonces resultaría importante investigar la hipótesis de Smeets y cols. (1998) respecto a la posibilidad de que las pacientes fragmenten su propia imagen de modo tal que al intentar reconstruirla se generen desproporciones que condicionan la idea de que algunas partes de su cuerpo son más grandes que otras.

También debemos recordar que la figura de Rey evalúa la capacidad de síntesis y análisis de la información visual compleja (Galindo y cols., 1996), y el hecho de que los sujetos de la muestra se desempeñaron por debajo de la media esperada para sus grupos de edad, refuerza la idea de que es posible que exista una relación entre esta habilidad y la distorsión en la imagen corporal en términos de que tal vez ésta no pueda ser integrada correctamente, a pesar de que en este estudio no se encontró correlación alguna. No obstante, valdría la pena retomar la hipótesis y trabajar con instrumentos y con tareas experimentales especialmente diseñados para evaluar este aspecto.

En cuanto a los bajos puntajes en la figura de Rey, y aunque no se han determinado atrofias o daños cerebrales contundentes en tanto que las investigaciones se contradicen al respecto, es posible que exista un déficit de funcionamiento del lóbulo frontal por el tipo de habilidades que el instrumento evalúa. Además, si tomamos en cuenta los niveles de deshidratación y de desnutrición que en mayor o menor grado presentan estas pacientes, no sería de extrañar que se alteraran diversas funciones cognitivas.

También existe la posibilidad de que exista un problema condicionado por una alteración en el desarrollo de estas pacientes en tanto que el padecimiento se inicia, por lo general, en un rango de edad crítico en cuanto al neurodesarrollo

se refiere (en los inicios de la adolescencia), por lo que valdría también la pena investigar qué tanto se llega a dañar el cerebro debido a su exposición a condiciones metabólicas poco favorables desde etapas tan tempranas.

En este caso, no se encontraron antecedentes heredofamiliares de importancia, y en la entrevista no se reportaron antecedentes perinatólogicos de consideración, por lo que puede ser que este tipo de trastornos no estén determinados sino que se adquieren.

Lo que sí parece consistente es la deficiencia que presentan estos pacientes para procesar y memorizar información visual compleja, coincidiendo con lo planteado por diversos autores (por ejemplo, Pendleton-Jones y cols., 1991; Kingston y cols., 1996). No obstante, es necesario determinar si tales dificultades son secundarias a un problema global de procesamiento de la información, o consecuencia de los cambios fisiológicos resultantes del padecimiento.

En este punto, es importante considerar que el funcionamiento de las pacientes mejora posterior a la recuperación ponderal, aunque no llegan a alcanzar los niveles normales de desempeño (Hamsher y cols., 1981; Krieg y cols., 1989; Kingston y cols., 1996), por lo que resulta viable que se genere un daño irreversible o que las deficiencias neuropsicológicas estén presentes aún antes de que la enfermedad se manifieste y que puedan, incluso, contribuir a ella. Es por esta razón que sería importante realizar tanto estudios de pre y post test para observar si realmente se producen diferencias significativas después de la

recuperación de peso y, en todo caso, si de esa forma se alcanzan los niveles de ejecución esperados para los grupos normales, así como estudios predictivos con poblaciones en riesgo.

En este caso, las pacientes de la muestra fueron evaluadas estando libres de síntomas depresivos según las entrevistas clínicas realizadas, por lo que no se puede confirmar la hipótesis de que las deficiencias en la función cognitiva son producto de la disminución típica de los trastornos depresivos (Laessle, 1990).

Tampoco existió ninguna correlación entre los bajos puntajes de la figura de Rey y las variables que evalúan la personalidad, por lo que es poco probable que las deficiencias cognitivas se deban a aspectos dinámicos tales como la impulsividad o los rasgos depresivos. Tampoco la edad actual ni la edad de inicio correlacionaron con los resultados en la prueba neuropsicológica ni siquiera en la modalidad de memoria, por lo que cabe la posibilidad de la cronicidad no juegue un papel importante en este sentido. Es decir, es posible que se produzca una alteración pero no es seguro que quede en el contexto de un proceso degenerativo. Para aclarar este aspecto, y poder generar propuestas contundentes, sería importante aplicar baterías neuropsicológicas completas y, como ya se dijo, desarrollar diseños que impliquen condiciones de pre y post test, lo mismo que estudios longitudinales con poblaciones en riesgo.

En lo que se refiere a la personalidad, se encontró que si bien al analizar los perfiles de las pacientes se encuentran patrones similares que indican un frágil equilibrio yoico, no fue posible establecer diferencias entre los tres grupos diagnósticos. Probablemente, el tipo de personalidad que subyace a los

trastornos de la alimentación es similar en todos los casos y son otros aspectos los que determinan el tipo específico de trastorno que se establece, por lo que es posible que la personalidad influya en el establecimiento de la patología pero no en el tipo de problema específico que se desarrolla.

En acuerdo con la propuesta de Otagaki y sus colaboradores (1998), se observó una alta incidencia a la ansiedad y la depresión, así como la existencia de conductas rígidas, tendencia a la somatización y un uso exacerbado de la fantasía, lo cual sustenta la posibilidad de que los trastornos de la alimentación pertenezcan al espectro de los trastornos por ansiedad, fluctuando de manera muy cercana a los trastornos obsesivos y generándose ideas casi delirantes respecto a la delgadez y a la figura corporal que se acercan muchas veces a lo psicótico, por lo que no es de extrañar que al análisis cualitativo de los perfiles, se observen rasgos de personalidad de tipo límite.

Lo cierto es que, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos diagnósticos estudiados, sí existe relación los rasgos de personalidad, los síntomas y las actitudes que conforman y tipifican estos padecimientos.

En este sentido, se encontraron cinco factores que parecen caracterizar los problemas en la conducta alimentaria:

- 1) **Personalidad:** en este factor se observó que es común que las pacientes tiendan a confundir la realidad con la fantasía, lo cual puede estar determinado por los altos niveles de ansiedad que se manejan en esta población. Al mismo tiempo, parece ser que la ansiedad también

condiciona conductas histriónicas que surgen de una exagerada necesidad de reconocimiento y aceptación por parte de los demás. Para conseguirlo, es posible que las pacientes recurran a somatizaciones y a preocupaciones excesivas acerca de la salud física y del estado de sus cuerpos. Así, la ansiedad, y su necesidad de aceptación y reconocimiento, junto con la tendencia a la fantasía, conducen a las pacientes a mostrarse suspicaces y desconfiadas en sus contactos sociales y a presentar conductas impulsivas incontroladas con el objetivo de conseguir lo que se proponen en términos de sentirse más satisfechas con ellas mismas y con su entorno.

- 2) **Insatisfacción con la figura:** probablemente, las pacientes proyectan lo anterior sobre su propia presencia física, por lo que se genera una importante motivación para adelgazar haciéndolas llevar a cabo conductas impulsivas que tienen tal objetivo, además de presentar una preocupación exagerada por la comida y, por lo tanto, conductas restrictivas y bulímicas.
- 3) **Sensación de inadecuación:** al sentirse inadecuadas a su entorno y, por tanto, poco efectivas para contender con él, tienden a volverse introvertidas, y a recurrir al aislamiento como mecanismo de defensa en tanto que se les dificulta establecer las relaciones entre sus conductas y aquello que las originan, lo cual las vuelve incapaces para reconocer sus estados internos.
- 4) **Ansiedad:** este factor es fundamental en la dinámica de los trastornos de la alimentación, y condiciona a quienes los padecen a presentar una constante necesidad por llevar a cabo conductas perfeccionistas que les permitan sentir que pueden ejercer control sobre su entorno, lo cual las

hace desplegar un gran nivel de energía que tiende a desorganizar su conducta. Según la forma en la que se agruparon las variables en este factor, es posible que la ansiedad esté condicionada por un intenso miedo a madurar en tanto que se sienten inadecuadas a su medio, y por la desconfianza que, por la misma razón, se genera respecto a las relaciones interpersonales.

- 5) **Necesidad de adaptación social:** debido a lo antes expuesto, parece ser que las conductas de este tipo de pacientes están dirigidas, en buena medida, a conseguir sentirse adaptadas a su entorno y aceptadas por quienes las rodean, para lo cual intentan recurrir a la delgadez evitando el consumo de alimentos. Así, insisten en la idea de que el ambiente las rechaza y que ejerce una gran presión sobre ellas, y suponen que al cumplir los cánones de belleza en cuanto a la figura corporal, serán aceptadas y se expondrán menos al rechazo.

El ajuste al rol femenino no se integró en ninguno de los factores, sin embargo, resulta una variable importante, pues parecería ser que la mayor insatisfacción que presentan estas pacientes se refiere, precisamente, a su papel como mujeres en tanto que se sienten desajustadas a él, por lo que no parece gratuito que dirijan sus esfuerzos hacia el propio cuerpo y a conseguir la delgadez particularmente en aquellas zonas que podrían denominarse propiamente femeninas (busto, cadera, piernas). Así, valdría la pena evaluar este aspecto con algún otro instrumento pues, seguramente, cobraría gran importancia dentro de la organización de los trastornos de la alimentación.

En congruencia con lo anterior, se logró construir un modelo que explica las relaciones existentes entre rasgos de personalidad, actitudes y síntomas de esta muestra de pacientes con trastornos de la alimentación. Aunque las relaciones se explican al detalle en *Resultados*, vale la pena retomar algunos puntos.

Por un lado, las actitudes propiamente bulímicas aparecen propiciadas por la desconfianza interpersonal que exhiben las pacientes que padecen de este trastorno, en términos de que se viven en un ambiente social que las presiona y que obstaculiza el alcance de sus metas. Esto hace que se muestren suspicaces y desconfiadas como una proyección a su entorno, pues son ellas mismas quienes se sienten inadecuadas e incapaces para enfrentarse al mundo, ante su intenso temor por madurar. Esto las conduce a evitar alimentos que engordan, para lo cual generan una serie de conductas perfeccionistas que desembocan en un exceso de energía y de la cantidad de actividades realizadas para conseguir su objetivo. Este aumento en el nivel de la energía se agrava en la medida en que aumenta su tendencia a la fantasía generada, a su vez, por la intensa ansiedad que presentan producto de su malestar.

Parecería ser, entonces, que mientras características tales como la desconfianza, la tendencia al perfeccionismo, la presión social percibida y el miedo a madurar están más estrechamente ligadas con la bulimia, la anorexia está caracterizada por la preocupación por la comida, en función de una importante necesidad por adelgazar. En este caso, no parece ser tan importante la influencia directa del entorno, sino que pareciera ser un problema más individual en tanto que sus elementos característicos están predichos por rasgos histriónicos de la personalidad que se fundamentan en la necesidad de

aceptación y reconocimiento, lo cual trata de lograrse por medio de su presentación como personas física y psicológicamente frágiles, susceptibles a enfermarse. Esta necesidad parece surgir de los sentimientos de minusvalía e inseguridad producto, también, de la sensación de inadecuación que presentan generando, asimismo, importantes niveles de ansiedad que les hacen buscar con más ahínco la atención de los otros.

En ambos casos, las pacientes se muestran susceptibles y temerosas ante las críticas y el peligro al rechazo, y sus fantasías al respecto (alimentadas por la ansiedad que presentan), pueden hacerles generar conductas impulsivas descontroladas que llegan a presentarse a manera de agresiones auto o heterodirigidas.

Por otro lado, se observa que a mayor gravedad en los síntomas bulímicos y a más rasgos histriónicos, las pacientes son más extrovertidas. La introversión y la depresión por su parte, parecen estar más cercanas a los síntomas propios de la anorexia, en tanto que las bulímicas parecen manejar mayores niveles de energía.

En lo que respecta al rol femenino, aparece como producto de los sentimientos de inadecuación al entorno. Puede ser que estas pacientes no se sientan satisfechas consigo mismas por creer que no cubren las expectativas en cuanto a sus características como mujeres, por lo que sería importante abordar este aspecto en particular.

En términos generales, y aunque se agrupan los síntomas propios de uno y otro padecimiento y se establecen relaciones específicas entre éstos y algunos rasgos de personalidad, parecería que existen dos elementos que subyacen a los trastornos de la alimentación independientemente de su tipificación: los sentimientos de inadecuación al entorno y la ansiedad resultante. Si estos elementos constituyen la piedra angular de la dinámica del padecimiento, sería importante, entonces, generar estudios experimentales específicamente diseñados para establecer relaciones entre la sensación de inadecuación y sus posibles causas.

Como se comentó anteriormente, el modelo resulta coherente a su interior y congruente con el conocimiento que se ha generado a lo largo de la historia respecto a los trastornos de la alimentación a pesar de que su ajuste estadístico no fue el esperado. Esto puede deberse al origen multifactorial del problema o a que los instrumentos utilizados no son totalmente útiles para evaluar tales trastornos.

Cabe entonces sugerir que en estudios próximos se utilicen instrumentos específicos que resulten más adecuados para evaluar las particularidades descritas en este estudio, así como generar nuevos instrumentos que permitan hacer una tipificación más específica de cada uno de los trastornos estudiados. Además, es necesario continuar con la evaluación de este tipo de población para perfeccionar el modelo, tomando en cuenta otras variables tales como dinámica familiar, sistemas de crianza, relaciones de apego, etc.

REFERENCIAS

- Arbukcke, J.L. (1997) *Amos User's Guide Version 3.6*. SmallWaters Corporation: Chicago.
- Becker, A., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. y Herzog, D. B. (1999). Eating Disorders. *The new England Journal of Medicine*. Vol. 340 No. 14, 1092-1098.
- Bemporad, J. R. (1996) Self-Starvation Through the Ages: Reflections on the Pre-History of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 19, No. 3, 217-237.
- Cash, T. F.; Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F. Y Deagle, E. A. (1997) The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta analysis. (falta revista, vol. Y año)
- Cortés, J., Galindo, G. y Salvador, J. (1996) La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud Mental*, Vol. 19, No. 3.
- Delvenne, V.; Lostra, F.; Goldman, S.; Biver, F.; De Maertelaer, V.; Appelboom-Fondu, J.; Schoutens, A.; Bidaut, L. M.; Luxen Al; y Mendlewicz, J. (1995) Brain hipometabolism of glucose in anorexia nervosa: a PET-scan study. *Biological Psychiatry*, 37, 161-169.
- Delvenne, V.; Goldman, S.; Simon, Y.; De Maertealaer, V.; Lotstra, F. (1997). Brain Hypometabolism of Glucose in Bulimia Nervosa. *Inernational Journal of Eating Disorders* 21: 313- 320.
- Dolan, R. J.; Mitchell, J y Wakeling, A. (1988) Structural brain changes in patients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 18, 349-353.
- Galindo, G., Cortés, J. y Salvador, J. (1995). *Figura Compleja de Rey para niños*. Cuadernos de neuropsicología 1. UNAM: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Galindo, G. Cortés, J. y Salvador, J. (1996). Diseño de un nuevo procedimiento para calificar la prueba de la Figura Compleja de Rey: confiabilidad inter-evaluadores. *Salud Mental*. Vol. 19, No. 2, 1-6.
- Gardner, R. M. y Moncrieff, C. (1988). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: a signal detection approach. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 101-107.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory, and clinical applications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.

- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 19, 581-587.
- Garner D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gendall, K.; Joyce, P.; Sullivan, P.; Bulik, C. (1998). Personality dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 24 (4), 371-379.
- Goldman, H. (1989) *Psiquiatría General*. Manual Moderno: México.
- Goldner, E., Srikameswaran, S., Schroeder, M., Livesley, W., Birmingham, C. (1999) Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, Vol. 85(2), 151-159.
- Green, M. W., Elliman, N. A., Wakeling A. y Rogers, P. J. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry*, Vol. 30, No. 5, 401-410.
- Hamsher, K.; Halmi, K. A.; y Benton, A. L. (1981) *Psychiatric Research*, 4, 79-88.
- Horst-Ulfert, Z. (1996) Bulimia: A Historical Outline. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 20, No. 4, 345-358.
- Hundleby, J. D. y Bourgouin, N. C. (1993). Generality in the errors of estimation of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 85-92.
- Kaye, W., Gendall, K. y Kye, C. (1998). The role of the central nervous system in the psychoneuroendocrine disturbances of anorexia y bulimia nervosa. *The psychiatric clinics of North America*. Vol. 21, No. 2. 381-395.
- Kearfott, S. y Hill, D. (1997). The biological substrate of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 10: 296-299.
- Kingston, K., Szmukler, G. Andrewes, D., Tress, B. y Desmond P. (1996) Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological medicine*, 26, 15-28.
- Krieg J. C.; Pirke, K. M.; Lauer, C. y Backmund, H. (1988) Endocrine, metabolic, and cranial computed tomographic findings in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 23, 377-387.
- Krieg, J. C.; Lauer, C. y Pirke, K. M. (1989) Structural brain abnormalities in patients with bulimia. *Psychiatry Research*, 27, 39-48.
- Laessle, R. G.; Bossert, S.; Hank, G.; Hahlweg, K.; y Pirke, K. M. (1990) Cognitive Performance in Patients with Bulimia Nervosa: Relationship to Intermittent Starvation. *Biological Psychiatry*, 1990, 27: 549-551.

- Lauer, C. J., Gorzewski, M. G., Backmund, H. y Zihl, J. (1999). Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 33, 129-138.
- Leñero, L. (1994) *Las familias en la Ciudad de México*. México: DIF Nacional, UNICEF, CEMEFI, e IMES.
- Matsunaga, HI; Kaye, W.; McConaha, C.; Plotnicov, K.; Pollice, C.; Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 27(3), 353-357.
- McCarthy, R. y Warrington, E. (1990). *Cognitive Neuropsychology*. USA: Academic Press, Inc.
- Oates, J.; DeCourville, N. (1999). Weight preoccupation, personality, and depression in university students: an interactionist perspective. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 55 (9), 1157-1166.
- Otagaki, Y.; Tahoda, Y.; Osada, M.; Horiguchi, J.; Yamawaki, S. (1998) Prolonged P300 latency in eating disorders. *Neuropsychobiology*, 37, 5-9.
- Palazidou, E., Robinson, P. Y Alwyn Lishman, W. (1990) Neuroradiological and neuropsychological assessment in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1990, 20, 521-527.
- Probst, M; Vandereycken, W.; Van Coppenolle, H. y Pieters, G. (1998) Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 44 No. 3-4, 451-456.
- Smeets, M.; Smit, F.; Geert, E.; Panhuysen, M. y Ingleby; D. (1998). Body perception index: benefits, pitfalls, ideas. *Journal of psychosomatic Research* Vol. 44, No. 3-4, 457-464.
- Unikel, C. (1998) *Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villorín, L. (1995). *Comparación de la ejecución en la figura compleja de Rey-Osterrieth y la figura compleja de Taylor en adolescentes escolarizados de 16 a 18 años*. Tesis de Licenciatura. Universidad Feminina de México.
- Walsh, B. T. y Devlin, M. J. (1998) Eating Disorders: Progress and Problems. *Science*, vol. 280, 1387-1390.

ANEXO 1

INVENTARIO DE DESORDENES DEL COMER (EDI)

Instrucciones: lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas. Especifica tu respuesta anotando una X en el paréntesis que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar. Este cuestionario es confidencial con fines exclusivos de investigación.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1 Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa.	()	()	()	()	()	()
2 Pienso que mi estómago es demasiado grande.	()	()	()	()	()	()
3 Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.	()	()	()	()	()	()
4 Como, cuando estoy disgustada.	()	()	()	()	()	()
5 Me atraco de comida.	()	()	()	()	()	()
6 Me gustaría tener menos edad.	()	()	()	()	()	()
7 Pienso en seguir una dieta.	()	()	()	()	()	()
8 Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos.	()	()	()	()	()	()
9 Pienso que mis piernas son demasiado anchas.	()	()	()	()	()	()
10 Me siento inútil como persona.	()	()	()	()	()	()
11 Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	()	()	()	()	()	()
12 Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	()	()	()	()	()	()
13 Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.	()	()	()	()	()	()
14 El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.	()	()	()	()	()	()
15 Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.	()	()	()	()	()	()
16 Me aterroriza ganar peso.	()	()	()	()	()	()
17 Confío en los demás.	()	()	()	()	()	()
18 Me siento sola en el mundo.	()	()	()	()	()	()
19 Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.	()	()	()	()	()	()
20 Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.	()	()	()	()	()	()
21 Me siento confundida ante las emociones que siento.	()	()	()	()	()	()
22 Prefiero ser adulto que niña.	()	()	()	()	()	()
23 Me comunico fácilmente con los demás.	()	()	()	()	()	()
24 Me gustaría ser otra persona.	()	()	()	()	()	()
25 Exagero a menudo la importancia del peso.	()	()	()	()	()	()
26 Puedo identificar claramente las emociones que siento.	()	()	()	()	()	()
27 Me siento inadaptada.	()	()	()	()	()	()
28 Cuando estoy comiendo demasiado, siento que no puedo parar de hacerlo.	()	()	()	()	()	()
29 Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.	()	()	()	()	()	()
30 Tengo amistades íntimas.	()	()	()	()	()	()
31 Me gusta la forma de mis nalgas.	()	()	()	()	()	()
32 Me preocupa el deseo de estar más delgada.	()	()	()	()	()	()
33 No sé lo que está pasando dentro de mí.	()	()	()	()	()	()
34 Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.	()	()	()	()	()	()
35 Las exigencias del adulto son demasiado grandes.	()	()	()	()	()	()
36 Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.	()	()	()	()	()	()
37 Me siento segura de mí misma.	()	()	()	()	()	()

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
38 Pienso en comer en exceso.	()	()	()	()	()	()
39 Me siento feliz de ya no ser una niña.	()	()	()	()	()	()
40 No me doy cuenta de si tengo hambre o no.	()	()	()	()	()	()
41 Tengo una pobre opinión de mí misma.	()	()	()	()	()	()
42 Pienso que puedo alcanzar mis metas.	()	()	()	()	()	()
43 Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.	()	()	()	()	()	()
44 Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control.	()	()	()	()	()	()
45 Pienso que mis caderas son demasiado anchas.	()	()	()	()	()	()
46 Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola.	()	()	()	()	()	()
47 Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena.	()	()	()	()	()	()
48 Pienso que las personas son más felices cuando son niñas.	()	()	()	()	()	()
49 Si subo un poco de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando.	()	()	()	()	()	()
50 Pienso que soy una persona útil.	()	()	()	()	()	()
51 Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada.	()	()	()	()	()	()
52 Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o si no mejor no hacer	()	()	()	()	()	()
53 Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.	()	()	()	()	()	()
54 Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercarseme o entablar amistad.	()	()	()	()	()	()
55 Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.	()	()	()	()	()	()
56 Me siento interiormente vacía.	()	()	()	()	()	()
57 Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.	()	()	()	()	()	()
58 El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida.	()	()	()	()	()	()
59 Creo que mis nalgas son demasiado anchas.	()	()	()	()	()	()
60 Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.	()	()	()	()	()	()
61 Como o bebo a escondidas.	()	()	()	()	()	()
62 Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	()	()	()	()	()	()
63 Mis metas son excesivamente altas.	()	()	()	()	()	()
64 Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer.	()	()	()	()	()	()

ANEXO 2

TEST DE ACTITUDES EN EL COMER (EAT-40)

Instrucciones: lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas. Especifica tu respuesta anotando una X en el paréntesis que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar. Este cuestionario es confidencial con fines exclusivos de investigación.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1 Me gusta comer con otras personas	()	()	()	()	()	()
2 Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	()	()	()	()	()	()
3 Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.	()	()	()	()	()	()
4 Me da mucho miedo pesar demasiado.	()	()	()	()	()	()
5 Procuro no comer aunque tenga hambre.	()	()	()	()	()	()
6 Me preocupo mucho por la comida.	()	()	()	()	()	()
7 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	()	()	()	()	()	()
8 Corto mis alimentos en trozos pequeños.	()	()	()	()	()	()
9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	()	()	()	()	()	()
10 Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p.ej. pan, arroz, papa)	()	()	()	()	()	()
11 Me siento llena después de las comidas.	()	()	()	()	()	()
12 Noto que los demás preferirían que yo comiera más.	()	()	()	()	()	()
13 Vomito después de haber comido.	()	()	()	()	()	()
14 Me siento muy culpable después de comer.	()	()	()	()	()	()
15 Me preocupa el deseo de estar más delgada.	()	()	()	()	()	()
16 Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	()	()	()	()	()	()
17 Me peso varias veces al día.	()	()	()	()	()	()
18 Me gusta que la ropa me quede ajustada.	()	()	()	()	()	()
19 Disfruto comiendo carne.	()	()	()	()	()	()
20 Me levanto pronto por las mañanas.	()	()	()	()	()	()
21 Cada día como los mismos alimentos.	()	()	()	()	()	()
22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	()	()	()	()	()	()
23 Tengo la menstruación regular.	()	()	()	()	()	()
24 Los demás piensan que estoy demasiado delgada.	()	()	()	()	()	()
25 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	()	()	()	()	()	()
26 Tardo en comer más que las otras personas.	()	()	()	()	()	()
27 Disfruto comiendo en restaurantes.	()	()	()	()	()	()
28 Tomo laxantes (purgantes).	()	()	()	()	()	()
29 Procuro no comer alimentos con azúcar.	()	()	()	()	()	()
30 Como alimentos dietéticos.	()	()	()	()	()	()

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
31 Siento que los alimentos controlan mi vida.	()	()	()	()	()	()
32 Me controlo en las comidas.	()	()	()	()	()	()
33 Noto que los demás me presionan para que coma.	()	()	()	()	()	()
34 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	()	()	()	()	()	()
35 Tengo estreñimiento.	()	()	()	()	()	()
36 Me siento incómoda después de comer dulces.	()	()	()	()	()	()
37 Me comprometo a hacer dietas.	()	()	()	()	()	()
38 Me gusta sentir el estómago vacío.	()	()	()	()	()	()
39 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	()	()	()	()	()	()
40 Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	()	()	()	()	()	()

ANEXO 3

