

11741

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Instituto Nacional de Psiquiatría

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y SU
RELACION CON SU PSICOPATOLOGÍA”

Stamp: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES Y DESARROLLO TECNOLÓGICO U.N.A.M. with a signature over it.

Tesis que presenta el Dr. Roberto García Suárez para
obtener el título de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Handwritten signature of Dr. Alejandro Caballero Romo.

Dr. Alejandro Caballero Romo
Tutor teórico

Handwritten signature of Dra. Danelia Mendieta Cabrera.

Dra. Danelia Mendieta Cabrera
Tutor Metodológico

2003
Octubre del 2003

Faint stamp: SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES Y DESARROLLO TECNOLÓGICO U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de... UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo.
NOMBRE: ROBERTO GARCÍA SUÁREZ
FECHA: 26/05/03
FIRMA:



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.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida ha sido reconocida en años recientes como un área importante en lo concerniente a los cuidados de la salud ⁽³⁸⁾, y aunque la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: "es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" ⁽³⁹⁾, lo cual supone que conllevaría a una mejor calidad de vida sin embargo, no existe un consenso real en cuanto a los parámetros o como se debe "medir" la calidad de vida.

Para algunos autores la calidad de vida es un problema filosófico ⁽⁴⁰⁾, para otros puede ser definida y evaluada científicamente ⁽⁴¹⁾. Definir el concepto de calidad de vida no ha sido fácil y se ha optado por definiciones operacionales, en base a los elementos objetivos y subjetivos comprendidos en su espectro ⁽⁴²⁾.

Autores como Farrel y cols. ⁽⁴³⁾ consideran a la calidad de vida como una sensación personal de bienestar que abarca una perspectiva multidimensional que generalmente incluye las siguientes dimensiones o dominios: físico, psicológico, social y espiritual. El bienestar físico es el alivio o control de síntomas, el mantenimiento de la función y la independencia. El bienestar psicológico es mantener una sensación de control en una fase de amenaza a la vida como la enfermedad caracterizada por inestabilidad emocional, alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido. El bienestar social es el esfuerzo de contender con el impacto de la enfermedad sobre los individuos, sus roles y relaciones. Y por último, el bienestar espiritual incluye la capacidad de mantener la esperanza.

Otros autores que también mencionan estas dimensiones son de Haes y van Knippenberg ⁽⁴⁴⁾, Gilbar ⁽⁴⁵⁾ y Aaronson ⁽⁴⁶⁾. De Leval por su parte da prioridad a los componentes objetivos, postulando que estos elementos determinan e influyen sobre la percepción de la calidad de vida que tienen los enfermos bajo un régimen terapéutico ⁽⁴⁷⁾.

En las definiciones unidimensionales el foco de atención es la percepción global de la vida ⁽⁴⁸⁾. Dunbar define la calidad de vida como “la diferencia en un periodo particular de tiempo, entre la esperanza y expectativa individual y la experiencia del individuo, basada en la integración de factores o experiencias a nivel biopsicosocial” ⁽⁴⁹⁾. Gill y Feinstein la definen como “la descripción, percepción y reacción a un estado de salud” ⁽⁵⁰⁾. Otra definición unidimensional es la de Lara y cols. “La percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando está enfermo, dependiendo de las características de la enfermedad que sufre y del tratamiento que recibe” ⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁸⁾. Esta definición no focaliza ningún elemento, subjetivo u objetivo, sino que se consideran complementarios ⁽⁴²⁾. La calidad de vida es la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere ⁽⁴⁸⁾.

A continuación se da un panorama general sobre los constructos que algunos autores han utilizado para intentar definir la calidad de vida.

Antecedentes históricos

En 1969, Fairweather y cols.⁽¹⁾ publicaron un estudio sobre la evaluación de un programa de tratamiento en la comunidad, el cual, además de las determinaciones de resultados objetivos -como tasas de recaída, actividad laboral, cumplimiento del tratamiento médico, tiempo de permanencia en la comunidad-, incluía también ciertas cuestiones dirigidas a la perspectiva subjetiva de los pacientes. «Una de las cinco escalas se refería a la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida, la segunda a su satisfacción con el ocio, la tercera a su satisfacción con la vida en la comunidad, y la cuarta a su satisfacción con el trabajo que ejercía»⁽¹⁾. Varios años después, las escalas de Fairweather y cols. fueron adoptadas por Test y Stein^(2,3) en su evaluación del "Programa de Formación en la Vida en la Comunidad" (PFVC) del Medota Mental Health Institute. Aunque en ninguno de ambos estudios se mencionaba explícitamente el término "calidad de vida", las determinaciones utilizadas eran ampliamente comparables con los instrumentos usados en la actualidad. Las bases teóricas de la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes psiquiátricos se establecieron por primera vez a principios de los años ochenta con la introducción del concepto de calidad de vida^(4,5,6,7,8.) En contraste con el anterior desarrollo *ad hoc* de las determinaciones subjetivas, estos autores introdujeron consideraciones teóricas del significado de la calidad de vida en general y en el campo de la psiquiatría en particular. Un rasgo común es la asunción de que la puntuación de la calidad de vida va más allá de las clásicas mediciones relacionadas con la enfermedad, como síntomas, afectaciones y discapacidades para incluir la experiencia subjetiva de los pacientes sobre sus condiciones de vida objetivas. Como hemos visto, el reto es describir y evaluar los patrones de existencia de nuestros pacientes. Un amplio

espectro de factores en el medio social y material, junto con lo subjetivo, contribuyen a su calidad de vida en conjunto. Debemos evaluar este espectro de factores para tener una visión global de nuestros pacientes. La existencia es algo más que síntomas y conducta, más que felicidad, más que adaptación, cumplimiento del rol y logros sociales, más que ingresos, recaídas, días de hospitalización y carga para la familia. Son partes de la existencia, pero no lo son todo ⁽⁹⁾.

A pesar de estas suposiciones básicas comunes existen considerables diferencias con respecto a la cuestión de cómo se relacionan las condiciones objetivas con las percepciones subjetivas y qué factores adicionales pueden influir en esta relación.

Existen por lo menos tres modelos distintos para especificar esta relación; a) el modelo de satisfacción; b) el modelo combinado de importancia / satisfacción, y c) el modelo de desempeño de rol.

Modelo de satisfacción

Según el modelo de satisfacción desarrollado por Lehman y cols. ⁽⁵⁾ y por Baker e Intagliata ⁽¹⁰⁾ -en relación con el trabajo de Campbell, Converse y Rogers ^(11, 12) - la calidad de vida incluye tres aspectos. Características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos ⁽¹³⁾. Aunque los fundamentos teóricos del modelo no han sido explicados por el autor, aparentemente se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos. Por

desgracia, el modelo omite la cuestión de cuáles son las necesidades, carencias y deseos que tiene realmente la población diana. Por ello, si un paciente tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto de la vida pueden existir al menos tres interpretaciones distintas. En primer lugar, puede interpretarse como una coincidencia entre lo que desea y lo que consigue en ese ámbito en particular; en segundo lugar, puede ser el resultado de que ese aspecto, de la vida tenga tan poca importancia para el paciente que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas, y, en tercer lugar, podría ser que el paciente hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación. Sólo en el caso de que el primer supuesto sea cierto la medida de la satisfacción puede aceptarse como un indicador válido de la calidad de vida. Por lo tanto, las otras dos posibilidades deben ser excluidas sistemáticamente de entrada, a fin de obtener conclusiones inequívocas de los datos.

Modelo combinado de importancia/satisfacción

Un avance hacia la solución del modelo de satisfacción simple es el *modelo combinado de importancia / satisfacción*, que incorpora la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él. Según Becker y cols ⁽¹⁴⁾, «los sistemas de puntuación [de calidad de vida] existentes no son adecuados a la diversidad cultural no reflejan el hecho de que varios aspectos de la vida no tienen la misma importancia para todos [porque] dando igual peso a los diferentes aspectos de la vida se asume implícitamente que todos ellos tienen el mismo valor. En tanto la gente difiera en

sus valores y preferencias individuales, las condiciones objetivas de aspectos concretos de la vida también afectarán su calidad de vida subjetiva de diferentes maneras. Así, para una persona con pocas aspiraciones en la progresión profesional, las oportunidades de promoción no serán un criterio importante de satisfacción laboral, mientras que para otra con aspiraciones elevadas, será el criterio más importante. Por lo tanto, el mismo grado de satisfacción laboral implicará un significado subjetivo completamente distinto para estas dos personas. Sin una valoración de la importancia que un ámbito específico de la vida o una parte de él supone para el paciente, será imposible explicar porqué individuos que viven en condiciones totalmente distintas expresan el mismo grado de satisfacción. Si bien el modelo combinado de importancia/satisfacción amplía considerablemente el poder predictivo del concepto de calidad de vida, no soluciona todos los problemas de interpretación antes mencionados. Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes. A partir de las investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Al igual que el zorro en la fábula de Esopo, que quita valor a las uvas que no puede alcanzar muchas personas intentan evitar o reducir la disonancia cognitiva restando valor a las metas que subjetivamente parecen inalcanzables. Por lo tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas.

Modelo de desempeño de rol

En contraste con los enfoques anteriores, el modelo de desempeño del rol de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que «la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas» ⁽¹⁵⁾. Siguiendo el concepto de Maslow ⁽¹⁶⁾ de que las necesidades humanas incluyen requerimientos tan básicos como alimento, cobijo y seguridad, así como otras necesidades de orden tan elevado como afiliación, estima, autonomía y autorrealización, los autores desarrollan un modelo de calidad de vida de persona-ambiente. El ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Las oportunidades son de tipo material, como vivienda y alimento y, más importante, oportunidades sociales. ⁽¹⁵⁾ Estas oportunidades sociales están incorporadas en roles sociales como amigo, esposa, jefe o padres, los cuales por un lado pueden ser utilizados por el individuo para satisfacer sus necesidades psicológicas pero, por otro, se asocian a demandas o requerimientos de realización. “Por ejemplo, en el rol parental uno debe proteger, alimentar, defender y educar. En el rol de trabajo, uno debe concentrarse, ser capaz de soportar el estrés, llevarse bien con los colegas sin excesivos problemas, ser puntual, etc” . ⁽¹⁵⁾ Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales.

Por lo tanto tenemos una economía de cambio en la que: a) se requiere que cada individuo actúe según sus capacidades y b) se facilita que el individuo tenga las oportunidades para satisfacer sus necesidades. En la medida en que se consiguen una actuación y una satisfacción adecuadas, el individuo se adaptará a su ambiente y disfrutará de una buena calidad de vida ⁽¹⁵⁾.

Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, Bigelow y cols.⁽⁷⁾ aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales. Sin embargo, existen algunos puntos críticos, especialmente con respecto a la aplicación del modelo de evaluación de la calidad de vida de los enfermos mentales. Un problema es que el modelo supone que las necesidades humanas son propiedades universales y estables, aún cuando Maslow⁽¹⁶⁾ ha destacado la naturaleza dinámica y la limitación cultural de estas necesidades. En su teoría de la naturaleza jerárquica de las necesidades humanas se sugirió que la aparición de las necesidades psicológicas de alto nivel dependía de la satisfacción de las necesidades básicas, especialmente de la seguridad. Además, como consecuencia de la insatisfacción permanente de una necesidad básica, según la percepción del individuo (p. Ej., la seguridad), ésta puede llegar a dominar la estructura de necesidades de este individuo de una manera patológica. Dado que muchas formas de enfermedad mental se asocian con esta dominancia patológica de la necesidad de seguridad, parece inadecuado enfocar una teoría sobre la calidad de vida del enfermo mental en la simple satisfacción de las necesidades de alto nivel. Un segundo problema surge de la asunción implícita de que sólo los roles convencionales proporcionan las

oportunidades para la satisfacción de las necesidades del enfermo mental. Sin embargo, dado que las personas mentalmente enfermas tienen necesidades particulares debidas a su enfermedad, por ejemplo de alimentación, protección, beneficios fiscales, medicación, terapia, etc., están obligados a cumplir ciertas demandas del rol de enfermo ^(17, 18, 19), como buscar la ayuda de un experto, cumplir el tratamiento, adaptarse a las reglas de los recursos de tratamiento y, por último, pero no menos importante, demostrar su incapacidad para asegurar su propia subsistencia.

Por lo tanto, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos mentales y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas, o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto. Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo ⁽²⁰⁾ y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales ⁽²¹⁾.

Hacia un modelo de proceso dinámico de la calidad de vida en el trastorno mental

Resumiendo los criterios antes mencionados, a pesar de que todos, conceptos teóricos existentes sobre calidad de vida del enfermo mental destacan la importancia central de las valoraciones subjetivas, del paciente sobre sus condiciones de vida objetivas, se ha subestimado la dinámica y los factores que influyen en este proceso de valoración subjetiva. El punto de partida para el análisis de esta dinámica debe ser un modelo de desarrollo de la satisfacción subjetiva de la necesidad humana, que considere tanto los factores socioculturales

como los factores influyentes basados en el desarrollo de la personalidad individual (fig.1).

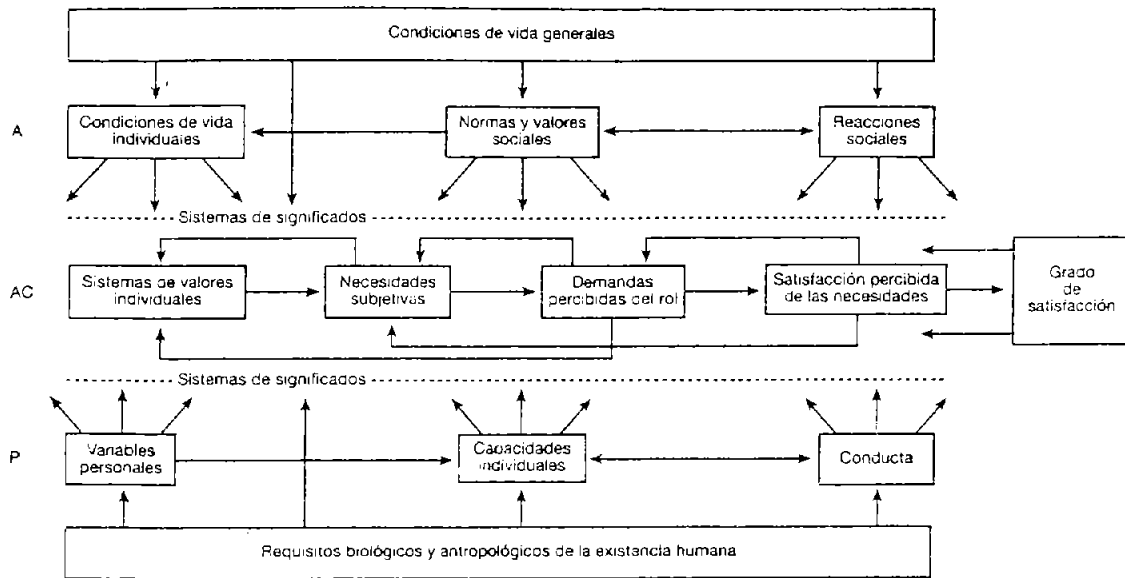


Figura 1. Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida en el trastorno mental. A, ambiente; AC, adaptación cognitiva; P, persona

Este modelo se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. Al examinar los hallazgos de la investigación en calidad de vida basados en la determinación de la satisfacción subjetiva, se comprueba que apoyan el hecho básicamente trivial de que la mayoría de la gente posee una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas -por lo menos a largo plazo- incluso ante

circunstancias ambientales constantemente cambiantes. Esto significa que si un individuo se siente insatisfecho porque percibe una discrepancia entre sus valores y preferencias individuales y sus condiciones de vida reales, puede de hecho reducir su insatisfacción cambiando las condiciones de su entorno o sus valores y preferencias. Por la experiencia diaria se sabe que los seres humanos usan constantemente ambas estrategias en diferentes combinaciones. Debido a esta naturaleza no recurrente del proceso de necesidad-satisfacción, el uso de medidas de satisfacción subjetiva como indicadores de calidad de vida no permite diferenciar entre la calidad de un individuo que reduce sus expectativas hasta el extremo de estar satisfecho en circunstancias muy malas, en términos objetivos, y la de un individuo, que está satisfecho con la vida debido a la realización de todas las ambiciones.

A la luz de las intenciones inicialmente asociadas al concepto de vida del enfermo mental -para centrarse aún más en las perspectivas subjetivas de las personas afligidas cuando se evalúan sus condiciones de vida^(22,5,23); reducir esta dimensión subjetiva a la simple determinación de la satisfacción expresada no parece válido. Estudios anteriormente descritos indican que la capacidad para mantener un nivel particular de satisfacción permanece en gran medida intacta, incluso en presencia de enfermedad mental, de modo que surge la pregunta de que en qué condiciones y en qué forma es realmente necesario y significativo considerar las perspectivas subjetivas en la evaluación de la calidad de vida del enfermo mental.

Sin embargo, la clarificación de esta cuestión requiere primero señalar requisitos generales para evaluar la calidad de las condiciones de la vida humana. El primer requisito para dicha evaluación es considerar un sistema universal de necesidades

humanas básicas ^(16.,24) y, en segundo lugar, establecer una normativa como base para los modos de satisfacer las necesidades básicas que pueden considerarse adecuados. Si se analizan los diferentes modelos teóricos sobre necesidades humanas desarrollados por filósofos, científicos políticos y sociales y antropólogos, a pesar de sus diferencias teóricas, todos ellos incluyen las siguientes categorías de necesidades:

1-. Necesidades fisiológicas, que incluyen todas aquellas que resultan de la constitución biológica de los seres humanos, es decir, alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, sexualidad, etc.

2. Necesidad de relación emocional con otras personas.

3. Necesidad de aceptación social

4. Necesidad de realización y significado.

Aunque se acepten estas cuatro categorías como el marco para establecer el concepto general de calidad de vida humana, no constituyen una base suficiente para su evaluación. Al evaluar las condiciones de vida de un individuo no basta con considerar una necesidad abstracta de alimento o relaciones emocionales. Por el contrario, deben definirse niveles explícitos con respecto al modo de vida particular para el que tales necesidades deben satisfacerse adecuadamente. Dichos niveles de calidad, sin embargo, raras veces pueden establecerse sólo en función de las necesidades objetivas, sino que deben estar guiadas en gran parte por las normas y los sistemas de valores habitualmente aceptados. Desde un punto de vista objetivo, la evaluación de la calidad de vida es posible si se

comparan las condiciones de vida objetivas de un individuo con estos niveles generales de necesidad de satisfacción de la sociedad a la que pertenecen.

El propósito de incluir la visión subjetiva, al evaluar la calidad de vida, radica principalmente en el hecho de que el sistema de valores y preferencias de un individuo no está completamente determinado por el sistema de normas generales de la sociedad que lo rodea. Los sistemas de valores y preferencias individuales están siempre configurados, además, por las características personales y la experiencia individual. La omisión de este aspecto subjetivo de la calidad de vida incumpliría el principio fundamental de que en las sociedades plurales cada uno tiene el derecho de conseguir la felicidad a su propia manera. El problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades descrito anteriormente, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal. Por ejemplo, si un individuo que ha crecido en condiciones de privación psicosocial o material expresa un nivel de aspiración muy bajo, sería inapropiado interpretar su relativa satisfacción con esas condiciones como la expresión del sistema de valores individuales y, por lo tanto, valorar como buena la calidad del nivel de vida. Para solucionar este problema, parece necesario definir unos criterios que evalúen la calidad del proceso de adaptación de la propia necesidad de satisfacción individual. Si se acepta la naturaleza universal de las categorías de necesidades presentadas anteriormente, parece posible evaluar la calidad del proceso de adaptación de la satisfacción de las necesidades humanas basándose en la forma

en que un sistema de valores y preferencias personales capacita al individuo para satisfacer las necesidades básicas incluidas en esas categorías. En general, existen dos vías por las que la capacidad del individuo para satisfacer las necesidades humanas básicas puede estar limitada por su sistema personal de valores y preferencias. En primer lugar, por la completa supresión de una o más de estas necesidades básicas y, en segundo lugar, utilizando estrategias para la satisfacción de una necesidad que conlleven restricciones sobre la capacidad de satisfacer otras. La primera forma de proceso maladaptativo de satisfacción de necesidades constituye un fenómeno raro resultante únicamente de circunstancias de desarrollo muy desfavorables, pero que sin embargo puede tener mucha importancia en caso de enfermedades mentales crónicas. Por otro lado, la segunda forma se encuentra en mayor o menor grado en la estructura de necesidad de la mayoría de las personas. Referirse al desarrollo de estructuras de necesidad restrictivas como "maladaptativas" no implica que el retraso en satisfacer una determinada necesidad a favor de la satisfacción de otra sea una mala adaptación en general, Al contrario, a lo largo de su vida las personas deben utilizar continuamente estas estrategias para tratar con necesidades conflictivas. Sin embargo, hablar de estructura de necesidades restrictiva "maladaptativa" sugiere que un individuo pierde su capacidad para restablecer el equilibrio entre las diferentes necesidades básicas.

Aplicación del modelo al trastorno mental

Considerando la situación de la persona con enfermedad mental crónica, sus oportunidades objetivas de alcanzar un nivel elevado de calidad de vida, medidas según los patrones normales generales, estarán más o menos limitadas. La adecuación del nivel de aspiraciones a las oportunidades reales de la vida es, por lo tanto, un requisito para que los individuos afectados puedan llevar, según su opinión, una vida tolerable a pesar de su discapacidad. El desarrollo de este proceso de adaptación es muy importante para la evaluación subjetiva de las oportunidades en la vida de enfermo mental. En el mejor de los casos, este proceso adaptativo permite al paciente beneficiarse de aquellas oportunidades objetivamente disponibles para mejorar la situación vital en conjunto, a pesar del grado de afectación. En el peor de los casos, este proceso conlleva una reducción extrema del nivel de aspiración, limitando la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades humanas más elementales.

Al considerar los posibles factores que influyen en este proceso adaptativo, es importante diferenciar entre los factores resultantes directamente de la enfermedad mental de aquellos derivados de las condiciones ambientales, incluyendo las reacciones sociales ante el enfermo mental. Los factores directamente relacionados con la enfermedad, como el momento de inicio o la frecuencia y gravedad de los síntomas psiquiátricos, repercutirán en el proceso de adaptación sobre todo por la afectación de las capacidades sociales, físicas y perceptivas del individuo para satisfacer las demandas de los roles sociales convencionales. La forma en que un paciente adapta su nivel de aspiración a este

deterioro dependerá en gran parte de las reacciones sociales que aquél genera. Habitualmente, las personas con una capacidad reducida para cumplir con las demandas de su rol social son, sin embargo, capaces de satisfacer sus necesidades dado que cada sociedad proporciona patrones de rol particulares para estas personas. Como describe Parsons ⁽¹⁷⁾, la mayoría de las sociedades modernas han establecido patrones de rol de enfermo para los miembros que no son capaces de cumplir con las demandas del rol convencional debido a una enfermedad mental o física. Al igual que ocurre con los patrones de rol convencionales los patrones de rol de enfermo vinculan derechos particulares relacionados con la satisfacción de necesidades con determinados deberes que debe cumplir el individuo afecto. Pero, a diferencia de los roles convencionales, los patrones de rol de enfermo se corresponden con las necesidades y capacidades materiales de las personas enfermas. Por ejemplo, los patrones de rol convencionales habitualmente relacionan la satisfacción de necesidades materiales con el cumplimiento de las demandas del rol ocupacional. En cambio, los de rol de enfermo liberan al individuo de las demandas del rol de trabajo, sustituyéndolas por las del rol de paciente, incluida la obligación de realizar el tratamiento médico.

Según el modo en que están definidos los deberes y derechos del rol de enfermo, el individuo con una enfermedad mental puede esperar que se le proporcionen los medios para la satisfacción de sus necesidades materiales sin cumplir sus deberes ocupacionales (p. ej., mediante subsidios) si está dispuesto a aceptar las obligaciones asociadas a ese derecho, como la necesidad de demostrar su deterioro mental mediante valoración psiquiátrica.

El estudio etnográfico de Estroff ⁽²⁵⁾ analizó la influencia de los patrones del rol de enfermo sobre el nivel de aspiraciones de los enfermos mentales observando que mientras que los derechos asociados al rol de enfermo, por ejemplo beneficios fiscales del sistema de Seguridad Social, permiten a los pacientes satisfacer sus necesidades materiales, los deberes vinculados a estos derechos, como el requisito de demostrar su incapacidad para trabajar regularmente, también limitan la satisfacción de su necesidad de aceptación social.

En nuestra cultura, las preguntas habituales en el trato interpersonal enseguida se dirigen al trabajo o a lo que uno hace. ¿Cómo podría un paciente conversar con un extraño durante un rato sin revelar sus ingresos relacionados con la discapacidad? El paciente quedaría atrapado en otro «Catch-22». Si revela estar en SSI (Social Security Disability Insurance), otros presumirían diferenciación y, mas concretamente, insuficiencia. Si expone la fuente de sus ingresos pero no parece discapacitado (o incluso niega problemas), otros se mostrarán resentidos incluso hostiles, por la vida ociosa vivida a expensas de quien paga impuestos.

Este ejemplo ilustra que la influencia de los patrones del rol de enfermo sobre el nivel de aspiraciones del paciente depende no sólo de los derechos y deberes formales sino también de actitudes sociales no formales relativas a esos patrones. Debido a que el uso de los derechos del rol de enfermo, a pesar de su legitimidad, suele asociarse con actitudes sociales negativas, los individuos afectos se ven forzados a menudo a elegir entre airear sus derechos o aceptar la estigmatización o devaluación social. Independientemente de la alternativa escogida, la elección del paciente conllevará una reducción de su nivel de aspiraciones por debajo de lo

directamente determinado por la gravedad de su deterioro relacionado con la enfermedad.

Más allá de los subsidios del seguro social, esta dinámica general también puede observarse en relación con el uso de la atención psiquiátrica, los servicios psicosociales complementarios y el tratamiento médico. Si bien todos estos recursos se han creado con el propósito de reducir la carga de la enfermedad mental, concretamente capacitando al paciente para que pueda vivir fuera de los hospitales psiquiátricos, a menudo producen resultados no deseados que limitan la realización de las oportunidades objetivas para satisfacer las necesidades. Basándose en su estudio cualitativo sobre el modo de vida de los pacientes mentales en la comunidad, Barham y Hayward⁽²⁶⁾ observaron que:

Según la experiencia de los participantes en los servicios, las cuestiones significativas que les preocupan sobre el valor y la dirección de sus vidas no resultan claras. Se consideró que la medicación era beneficiosa pero, administrada fríamente, como forma principal de intervención, se convierte en una rutina que devalúa los esfuerzos del paciente por restablecer su personalidad y resistir al encasillamiento en un estado de enfermo mental no recuperable. La mayoría los servicios ofrecen a los participantes una forma de contención en la identidad de paciente mental de la comunidad. En opinión de nuestros participantes, dicha contención no proporciona en general el acceso a una forma más significativa de inclusión en la vida social en tanto confirmación de su propia marginalización y falta de valor social ⁽²⁶⁾

Estas conclusiones, como las de Estroff⁽²⁵⁾, sugieren que los enfermos mentales deben enfrentarse a menudo a un conflicto entre las necesidades relacionadas con su enfermedad, como atención psiquiátrica, tratamiento médico o servicios complementarios, y su necesidad de mantener una identidad social normal al menos parcial. Como una posible manera de enfrentarse a este conflicto, muchos pacientes reducen sus aspiraciones a un nivel muy bajo. Mientras que algunos pacientes observados por Barham y Hayward⁽²⁶⁾ y por Estroff prefieren vivir en condiciones psicosociales y materiales muy deficientes puesto que rechazan aceptar su dependencia de los servicios de salud mental comunitarios, otros aceptan la dependencia y las obligaciones del papel de paciente, pero abandonan sus esfuerzos de vivir una vida normal. Estos ejemplos empíricos sugieren en general que la calidad de vida subjetiva de los enfermos mentales crónicos depende en gran parte del grado en que son capaces de satisfacer sus necesidades relacionadas con la enfermedad, como la atención psiquiátrica o la medicación, sin interferir en la satisfacción de las necesidades humanas básicas universales, como la aceptación social o las relaciones emocionales. Por lo tanto, a fin de evaluar la calidad de vida de estas personas, será necesario combinar medidas de sus condiciones de vida objetivas y su nivel subjetivo de satisfacción con un análisis exhaustivo de su sistema de significados y estructuras de necesidad subjetivas. Datos globales de este tipo deberían capacitarnos para averiguar las estrategias que han desarrollado las personas con discapacidades mentales crónicas para satisfacer sus diferentes necesidades, a pesar de sus privaciones objetivas, y para tratar con los conflictos entre las necesidades relacionadas con la enfermedad y las necesidades humanas generales. El

siguiente paso consiste en examinar el modo en que el desarrollo de tales estrategias se ha visto influido por factores ambientales y personales. Basándose en esta información, debería ser posible evaluar 11 estas estrategias individuales para la satisfacción de necesidades capacitan a los pacientes para sacar provecho de sus oportunidades objetivas, y a través de qué intervenciones, sean ambientales o personales, puede mejorarse esta capacidad.

Desarrollo del concepto de calidad de vida

FELICIDAD

La tradición, de investigar en la "felicidad" suscitó principalmente el interés de los psicólogos e investigadores de la personalidad. La calidad de vida se define subjetivamente como "sentirse feliz". La felicidad se definió inicialmente en los años cincuenta como un constructo psicológico, abriendo el camino para investigar su naturaleza y sus determinantes. En 1960, se llevó a cabo en Estados Unidos el primer estudio nacional para valorar la felicidad⁽¹²⁾ de la Población, pero posteriormente quedó claro que la «felicidad» y el «bienestar» no podían restringirse al grado de humor positivo experimentado. Hay también un creciente consenso en relación con la importancia que tiene el afecto negativo como segunda dimensión independiente relacionada con el concepto global de bienestar. La evidencia de la independencia de los estados efectivos positivos y negativos radica en que se ha observado que ambos constructos se relacionan con distintas variables: el afecto positivo lo hace con el control interno, la actuación, el apoyo social y la extraversión, mientras que el negativo lo hace con

el estrés, la depresión y la neurosis. Otra discusión vigente se centra en la importancia de distinguir entre componentes de la felicidad a corto y a largo Plazo en los modelos de bienestar subjetivo.

INDICADORES SOCIALES

La investigación en indicadores sociales iniciada a principios de este siglo refleja el interés de los científicos sociales por los determinantes sociales y económicos del bienestar. La medición del bienestar material data de 1930, cuando se efectuaron las primeras estimaciones brutas del producto nacional para comparar los niveles de vida de distintas naciones. En las siguientes tres décadas se fue perfeccionando la definición de bienestar utilizando indicadores sociales. En los años cincuenta, el término "calidad de vida" , apareció por vez primera en este contexto. Más influyente fue incluso su utilización por el presidente Johnson en la campaña electoral de 1964. «Estos logros no pueden ser entendidos por el tamaño de nuestras cuentas bancarias. Sólo Pueden medirse mediante la calidad de vida de la que nuestro pueblo disfruta» . Estas definiciones políticas fueron confirmadas en varios estudios que encontraron que había poca o ninguna relación entre los indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas ^(11, 12), lo que dio origen a dos líneas de investigación divergentes, Un grupo continuó con la idea de que los indicadores objetivos, como el uso del tiempo (administración temporal), podrían usarse también como indicadores sociales de bienestar. Otros se concentraron en los indicadores subjetivos: Cantril (1965) pidió a sus pacientes que evaluaran Su situación vital actual en una escala del 1 (peor situación posible) al 10 (mejor situación posible).

La idea era que la calidad de vida de cada persona refleja la distancia entre la situación individual y aquella a la que se aspira.

En otras palabras, la calidad de vida percibido resulta de un proceso de apreciación cognitiva y refleja la satisfacción con la vida actual. Todavía es tema de discusión si esta satisfacción debe medirse globalmente o con respecto a ámbitos de la vida específicos.

ESTADO DE SALUD

La investigación sobre calidad de vida en función del estado de salud se originó a partir de la carta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. La salud fue definida como «un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solo la mera ausencia de enfermedad». El estado de salud de una población era medido tradicionalmente de acuerdo con la tasa de mortalidad y la esperanza de vida. Sin embargo, en los años cincuenta, la tasa de mortalidad alcanzó un equilibrio en los países occidentales, debido sobre todo a la disminución de las enfermedades con riesgo vital. Ello convirtió a la tasa de mortalidad en una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de distintos países. Por otro lado, debido a la creciente proporción de personas con enfermedades crónicas y al desarrollo de la tecnología médica, que disminuía el dolor y el molestar sin alargar la vida, se hicieron necesarias otras medidas de resultados más sensibles. A finales de los setenta, todo ello llevó al desarrollo de que fueran mas índices integrados y completos de estado de salud. La tradición del “estado de salud” ha contribuido a la dimensión conductual del concepto: la calidad de vida representa

el efecto de una enfermedad y la terapia consiguiente en la capacidad del paciente para funcionar en las circunstancias de la vida diaria.

Calidad de la experiencia de la vida diaria

Las tres tradiciones que han desempeñado un papel importante en la aplicación del concepto de calidad de vida aún presentan algunos aspectos sin resolver. El primero afecta a la estabilidad de la calidad de vida a lo largo del tiempo, específicamente si la calidad de vida refleja un proceso de arriba abajo o de abajo arriba. Si estamos interesados en los cambios de la calidad de vida que resultan tanto del curso de la enfermedad como de su tratamiento, nos gustaría entender, por ejemplo, cómo afecta la enfermedad a las experiencias diarias consistentes en emociones positivas, situaciones gratificantes y el uso satisfactorio del tiempo productivo y de ocio, lo que es inherente a un enfoque de abajo arriba. Sin embargo, mientras que esas experiencias diarias están formadas por estados que varían en cada momento, parece claro que un índice de calidad de vida debería ser una medida resumen de las experiencias durante un período de tiempo representativo.

Un segundo aspecto hace referencia a la fiabilidad de las medidas de calidad de vida disponibles. En los estudios de "estado de salud" se pide a los participantes que evalúen el efecto de la enfermedad y su tratamiento sobre sus vidas. Sin embargo, las valoraciones retrospectivas tradicionales de las dimensiones objetivas y subjetivas de la calidad de vida tienden a tener algunos sesgos potenciales.

La monitorización prospectiva de la conducta en la investigación de la administración temporal permite medidas más precisas de las frecuencias y de la

duración de las actividades, en comparación con los cuestionarios. Está bien documentado el sesgo retrospectivo para los datos subjetivos (emociones) de la calidad de vida, y se han publicado los de la conveniencia social y de los errores de memoria ⁽¹³⁾. Además, más allá de fiabilidad que puedan existir, los estados emocionales que aparecen en el ambiente habitual no son necesariamente los mismos que se suscitan durante las situaciones de valoración tradicional, como las entrevistas clínicas por lo tanto, el problema que se plantea es de validez ecológica.

MODELOS DE CALIDAD DE VIDA DIARIA

Los problemas descritos han estimulado una investigación sobre modelos y métodos de valoración de calidad de vida diaria. Por ejemplo, los Parámetros de la experiencia vital diaria, como la diversidad de distintas actividades o la Variabilidad de la conducta en distintos momentos, han sido relacionados con la calidad de vida. De acuerdo con esta formulación, la calidad de vida será mayor cuando las personas tengan contacto con distintos individuos y realicen numerosas y variadas actividades. También es de esperar que la calidad de vida sea mayor cuando los contactos sociales se distribuyan en el tiempo en vez de concentrarse, por ejemplo, en un solo día, con aislamiento social durante el resto de la semana. De forma similar, la calidad de vida será menor cuando las mismas actividades tengan que realizarse durante un largo período de tiempo, sin descanso. Pero la calidad de vida no es un estado objetivo. Aunque pueda ser cierto que la mayoría de las personas prefieren variar antes que hacer siempre las mismas cosas, el concepto de calidad de vida apunta al crucial papel de la experiencia subjetiva. La calidad de vida diaria no está, por lo tanto, restringida por lo que haga cada persona en

referencia a alguna norma absoluta, sino que incorpora una valoración concurrente del estado de humor de la persona. Por ejemplo, "estar solo" la mayor parte del tiempo sólo es un problema si la persona experimenta sus peores estados mentales en este contexto. Y, evidentemente, la calidad de vida no mejora por hallarse en contextos sociales si éstos se experimentan como negativos. El conocimiento de las experiencias y preferencias individuales es, por lo tanto, vital para entender la calidad de vida. El modelo del "movimiento" (flow) conceptualiza la experiencia óptima como un estado en el que el estado de ánimo positivo, la motivación, el estado de alerta, la concentración y el control son altos, mientras que el humor negativo es bajo. Según la teoría del modelo, este estado es más fácil de obtener en un contexto de actividades estimulantes y que el individuo domine. Las personas que contribuyeron al desarrollo de la teoría del "movimiento" fueron principalmente artistas, montañeros y alumnos con buenas notas en el colegio pero puede cuestionarse si los pacientes con enfermedades mentales persiguen una experiencia óptima maximizando el "flujo" o movimiento.

Escapar al estancamiento, al aburrimiento y a los sentimientos negativos puede representar una mejora igualmente importante en la calidad de vida diaria para muchos pacientes psiquiátricos

Finalmente según el modelo de calidad de vida diaria formulado por Brandstatter (1994), un determinante importante del bienestar puede ser una adaptación adecuada del individuo a su entorno. Así se cree que los estado de bienestar dependen de una correspondencia entre los motivos o logros de la persona y la gratificación aportada por el entorno en aspectos conductuales específicos.

En resumen, proponemos que los enfoques de la calidad de vida derivados de las tradiciones de la "felicidad", los "indicadores sociales" y el "estado de salud" puedan aplicarse en modelos mas dinámicos de la experiencia de la vida diaria.

Nuevos datos y modelos que incluyan la frecuencia y la variabilidad de las actividades que proporcionan placer, es decir, la existencia de bienestar que proviene de un equilibrio óptimo entre los retos y los logros y los beneficios de hallarse en equilibrio con el entorno, deben constituir un punto de partida para la aplicación y exploración de la calidad de vida real.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN

Los trastornos de alimentación, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) y sus variantes, se han identificado en la historia de la civilización occidental en los últimos 15 siglos. Los trastornos de alimentación son síndromes y son clasificados con base a grupos de síntomas con los que se presentan. La prevalencia de la AN y la BN se ha incrementado desde los finales de los 60's, tanto, que a la fecha se encuentran con gran facilidad en la práctica clínica. En el transcurso de aproximadamente 30 años, el 15 a 20% de las pacientes con AN, morirán como resultado de su trastorno. Otro 25% tendrá el padecimiento de forma crónica, ya sea al mantener un peso corporal muy bajo o al desarrollar BN con grandes fluctuaciones en su peso. Cerca del 40%, eventualmente se recuperaran y el resto funcionara adecuadamente pero continuara con algunos síntomas de su trastorno. Existe una gran prevalencia de trastornos de ansiedad, afectivos, y abuso de sustancias en comorbilidad con los trastornos de alimentación. Estos padecimientos son coadyuvantes en el detrimento de la calidad de vida de las pacientes.

DEFINICIONES

La AN se caracteriza por una conducta voluntariosa y perseverante, dirigida a perder peso, la preocupación por el peso corporal y la comida, hacia patrones peculiares de manejar sus comidas, a un miedo intenso a ganar peso, a una alteración en la imagen corporal y la amenorrea. Cerca de la mitad de las personas que padecen el trastorno, perderán peso al reducir drásticamente su

ingesta alimentaria total, y algunos otros también desarrollaran programas de ejercicio rigurosos. La otra mitad de estos pacientes, también tendrán una dieta rigurosa, pero perderán el control de la misma y regularmente se involucraran en atracones, seguidos de conductas purgativas. Algunos pacientes rutinariamente se purgaran, posterior a la ingesta de pequeñas cantidades de comida.

Bulimia, es meramente un termino que significa atracarse, lo cual es definido como una ingesta alimentaria mayor a la que la mayor parte de las personas en circunstancias similares, en un breve periodo de tiempo, acompañado de la sensación de perder el control sobre su conducta. Cuando una persona con un peso normal o con sobrepeso tiene un atracón y también esta excesivamente preocupado por su peso y figura, y que regularmente tiene conductas para contrarrestar la ganancia acalórica de los atracones, es entonces cuando el atracón esta en el contexto del trastorno conocido como bulimia nervosa (BN) .

HISTORIA

La dieta que conduce a la desnutrición irreversible fue cuidadosamente documentada en las santas de la Edad Medica. La Princesa Margarita de Hungría, quien vivió de 1242 a 1271, puede ser un ejemplo de anorexia nervosa del tipo restrictivo. Ella se dedicaba a sus estudios en el monasterio y a las austeridades de la dieta. Murió con una mente alerta y un cuerpo desgastado a la edad de 28. Catalina de Sienna pudo también haber sido diagnosticada con anorexia nervosa, del tipo purgativo. Ella insertaba y posteriormente estimulaba una región específica de su garganta para autoinducirse el vómito ⁽²⁷⁾. Ya sea que

se realicen dietas por santidad o por delgadez, se produce el mismo desorden, lo que permanece como una controversia. Los factores psicobiológicos de vulnerabilidad que inducen el desarrollo de los síntomas del grupo de la anorexia son probablemente similares a lo largo de las épocas.

En la segunda mitad del siglo XVII se hallan descripciones de casos de restricción alimentaria. Uno de ellos era una mujer inglesa de 18 años llamada Martha Taylor, quien ya no menstruaba, dejó de comer alimentos sólidos y se encontró en un estado de emaciación. Fue examinada por John Reynolds, quien escribió: "La mayoría de estas damiselas caen en esta abstinencia entre la edad de 14 y 20 años". Veintidós años después, Richard Morton describió dos casos típicos de sintomatología propia de anorexia nervosa.

En el siglo XIX, el Dr. Louis-Victor Marce, de París, describió varios casos de "mujeres jóvenes, quienes en el periodo de la pubertad, y después de un desarrollo precoz, se volvieron sujetas a la inapetencia hasta sus últimos límites". Él conceptualizó un desorden gástrico-nervioso que se convertía en cerebro-nervioso. En 1873, Sir William Gull de Londres y Ernest Charles Lasegue casi simultáneamente publicaron artículos sobre la descripción y tratamiento de la "anorexia histérica". Gull recomendaba un tratamiento que hasta cierto grado se sigue en la actualidad: "el paciente debe ser alimentado a intervalos regulares, y rodeado por personas que tengan un control moral sobre ellos; las relaciones y los amigos en general son en general proveedores de la peor atención". Durante este

periodo se prestó muy poca atención a estos casos de mujeres en los Estados Unidos. Sin embargo, dos neurólogos, William Alexander Hammond y Silas Weir Mitchell describieron casos de gran restricción alimentaria. El término anorexia nervosa fue comúnmente usado tras las publicaciones de Gull.

En el siglo XX existía confusión entre la insuficiencia pituitaria y el desorden de anorexia nervosa. Esto fue definitivamente aclarado en un libro escrito por E.L.Bliss y C.H.Branch en el cual los estudios endocrinológicos actuales, así como la historia y descripciones psicológicas de la anorexia nervosa fueron resumidas. Posteriormente, en 1950, Hilda Bruch ⁽²⁹⁾ describió una faceta psicológica central en la anorexia nervosa: "un sentido paralizante de ineffectividad que invade el pensamiento y las actividades". Ella también sentó los fundamentos para la terapia cognitiva, al describir los métodos para tratar las cogniciones alteradas de tales pacientes.

La bulimia nervosa fue descrita por primera vez como un síndrome distinto en 1979 por Gerald Rusell. Los estudios subsecuentes de este desorden han continuado definiéndola de manera más precisa.

EPIDEMIOLOGÍA

Uno de los problemas mayores con la epidemiología de los trastornos de la alimentación a lo largo del tiempo han sido los criterios cambiantes que ha tenido desde finales de los 60's.

A pesar de estos problemas los estudios mas recientes sugieren que la incidencia de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa se han incrementado en los últimos 50 años. Se dice que en los países industrializados se estima que la incidencia de la

anorexia nervosa sea de 1⁽³¹⁾ por ciento de las mujeres y de ese 1 por ciento el 1 por ciento es conformado por hombres.

En cuanto a la bulimia nervosa, existe poca información pero la mayor parte de los estudios arroja una tasa de aproximadamente 3 por ciento.

ETIOLOGÍA

Se desconoce una causa específica para los trastornos de la alimentación. Los modelos actuales que representan el desarrollo de estos padecimientos se representan por modelos multidimensionales que hacen énfasis en las conductas de dietas son el estímulo común que instiga a las pacientes al desarrollo de un padecimiento alimentario.

Las conductas e influencias que anteceden a las dietas pueden ser categorizadas como problemas de vulnerabilidad biológica, predisposición psicológica, e influencias sociales. Las alteraciones en estas categorías impulsan la conducta de dieta para que los efectos del ayuno, pérdida de peso y nutrición, se presenten en conjunción con los cambios psicológicos. El refuerzo psicológico y fisiológico, de la conducta de alimentación desadaptativa, ayuda al mantenimiento de los síntomas principales de los trastornos de la alimentación.

FACTORES SOCIOCULTURALES

La delgadez como expresión de algo atractivo se ha enfatizado en la cultura occidental. La relación absurda que se ha hecho entre la delgadez y el éxito, la competencia profesional, ha provocado un incremento en la proporción de mujeres

que hacen dieta para bajar de peso. Esta situación ha sido relacionada como un factor de probable riesgo para un trastorno de alimentación.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Las teorías psicológicas tempranas de la anorexia nervosa se centraban primordialmente en mecanismos fóbicos y formulaciones psicodinámicas. Se ha postulado que la anorexia nervosa constituye una respuesta de evitación fóbica a la comida, que resulta de tensiones sexuales y sociales generadas por los cambios físicos asociados a la pubertad. Las teorías psicodinámicas se han centrado en las fantasías de impregnación oral y en relaciones dependientes y seductoras con padres cálidos y pasivos, así como culpa por la agresión hacia la ambivalencia hacia la madre. Se ha teorizado que un defecto cognitivo y de percepción puede ser la causa de la anorexia nervosa, con la alteración en la imagen corporal, alteraciones en la percepción y sentimientos de ineffectividad provocados por experiencias desagradables en el aprendizaje.

Aunque existe dificultad para llevar a cabo estudios en los que se evalúe la personalidad premorbida de las pacientes con bulimia o anorexia nervosa, la mayor parte de los estudios reportan que tenían una forma de pensamiento obsesivo e inflexible, eran socialmente introvertidos, inseguros, minimizaban el afecto, eran excesivamente conformistas y tenían regímenes estrictos de conducta. Se considera que tener una personalidad obsesiva y perfeccionista es un factor de riesgo para el subtipo restrictivo de la anorexia nervosa.

Estos pacientes comúnmente carecieron de experiencias en la infancia que promovían la independencia personal.

Aunque el desarrollo de la personalidad puede estar fuertemente influenciado por las interacciones familiares. Los estudios que se han realizado evaluando a las familias durante la enfermedad de las pacientes han demostrado que en las familias de las pacientes con bulimia nervosa existía mayor hostilidad, caos, sentimientos de aislamiento, deficiencias sustanciales el fortalecimiento de la empatía en comparación con familias control.

La expresión de la personalidad también se ve influida por los padecimientos comorbidos ^(28,34). Las pacientes con anorexia nervosa tenían una mayor tasa de depresión (68%), trastornos de ansiedad (65%), trastorno obsesivo compulsivo (26%) y fobia social (34%). Alrededor de un cuarto de las pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo tenían trastornos de la personalidad del cluster C (personalidades ansiosas). Cerca del 40% de los pacientes con el subtipo compulsivo/purgativo, tenían un diagnóstico de un trastorno de personalidad del grupo B (personalidad impulsiva).

Los pacientes con bulimia nervosa tienen una comorbilidad considerable con los trastornos depresivos que varían de un 36 al 70%, abuso de sustancias de 18 al 32%, y problemas en el eje II del 28 al 77% , con una predominancia del grupo B ⁽³⁰⁾

FACTORES BIOLÓGICOS

Se han relacionado múltiples factores biológicos con los trastornos de alimentación. A últimas fechas ha cobrado gran interés los estudios que versan sobre los genes y la anorexia ⁽³⁵⁾. Sin embargo todavía no existe un conocimiento claro alrededor de este factor.

Existen diversas teorías con relación al origen y perpetuación de los trastornos de la alimentación pero no serán tratados en este trabajo.

DIAGNOSTICO

En la actualidad se utilizan criterios para hacer el diagnóstico de los trastornos de alimentación. Los que con mayor frecuencia se utilizan en América son los proporcionados por la asociación psiquiátrica americana. La organización mundial de la salud también tiene criterios para estas enfermedades los cuales son casi idénticos a los americanos.

A continuación se enumeran los dos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV PARA LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Anorexia Nervosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- B. Miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o de las siluetas corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulimia nervosa

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. Ej., un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esta ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nervosa el individuo se provoca regularmente el vomito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nervosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vomito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

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

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. Ej., provocación del vomito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL ICD-10 PARA LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION

Anorexia nervosa

- A. Existe una pérdida de peso o, en niños, una falta de ganancia, que conduce a un peso corporal al menos 15% por debajo del normal o del esperado para la edad y estatura.
- B. La pérdida de peso es autoinducida debido a la evitación de "comida que engorde"
- C. Existe una autopercepción de ser obseso, con un miedo intrusivo a la obesidad, que conduce a un umbral autoimpuesto de peso bajo.
- D. Se manifiesta un desorden endocrino que involucra el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, en las mujeres como amenorrea; y en los hombres como una pérdida del interés sexual y potencia. (Una excepción aparente es la persistencia de menstruación en mujeres con anorexia quienes se encuentran con terapia de reemplazo hormonal, en general anticonceptivos).
- E. El desorden no cumple los criterios A y B para bulimia nervosa.

COMENTARIOS

Las siguientes características apoyan el diagnóstico pero no son elementos esenciales: vómito autoinducido, conductas purgativas autoinducidas, ejercicio excesivo y el uso de supresores del apetito y/o diuréticos.

Si el inicio es prepuberal, la secuencia de eventos puberales se retrasa o se detiene (el crecimiento cesa; en las niñas no se desarrollan las glándulas mamarias, y existe amenorrea primaria; en los niños los genitales permanecen con características juveniles). Con la recuperación, la pubertad se completa de manera normal, pero la menarca es tardía.

Anorexia nervosa atípica

Los investigadores que estudian las formas atípicas de anorexia nervosa se les recomienda tomar sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben ser cumplidos.

Bulimia nervosa

- A. Existen episodios recurrentes de atracones (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los cuales grandes cantidades de comida son consumidos en cortos periodos de tiempo.
- B. Existe una preocupación persistente por el comer y un fuerte deseo o un sentido de compulsión para comer (craving)
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos "que engordan" de la comida por medio de uno o más de los siguientes:
 - a. Vómito autoinducido

- b. Purga autoinducida
- c. Periodos alternantes restrictivos
- d. Uso de fármacos, tales como supresores del apetito, suplementos tiroideos o diuréticos; cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, ellos pueden abusar de su tratamiento con insulina.

D. Existe una autopercepción de estar obeso, con un miedo intrusivo a engordar (que en general conduce al sobrepeso).

Bulimia nervosa atípica

A los investigadores que estudian las formas atípicas de la bulimia nervosa, como a aquellos que estudian el peso corporal normal o excesivo, se les recomienda tomar sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben ser cumplidos.

Sobreingesta alimentaria relacionada con otros trastornos psicológicos

Vómito asociado con otros trastornos psicológicos

CURSO Y PRONOSTICO

Existen pocos estudios a largo plazo que evalúen a las pacientes en su curso y pronóstico.

Anorexia Nervosa

La anorexia nervosa tiene un pico bimodal entre los 14 y 15 años y a los 18. Aunque es poco frecuente se han reportado casos en niñas de 9 años así como primeros episodios en mujeres posmenopáusicas. El curso de la anorexia puede

variar de la completa recuperación, recuperación parcial y un curso crónico que usualmente termina con la vida de la paciente.

Un estudio a 10 años que se realizó en los EEUU ⁽³²⁾ mostró que un cuarto de las pacientes se recuperaron completamente y que otra mitad tuvo marcada mejoría en el funcionamiento. El otro cuarto de la población, tuvo una mortalidad de aproximadamente del 7%

Existen indicadores de mayor pronóstico, los cuales incluyen una edad de inicio menor a los 18 años, sin historia de hospitalizaciones por el problema alimentario y ausencia de conductas purgativas. Algunos factores como los conflictos parentales, el grado de negación, inmadurez, baja autoestima, han sido relacionados en algunos estudios ^(30,33, 37).

Cerca de la mitad de las pacientes con anorexia nervosa tendrán síntomas relacionados con la bulimia nervosa, usualmente en el primer año posterior al inicio de la anorexia nervosa.

Bulimia Nervosa

La edad típica de inicio de la bulimia nervosa es entre los 18 y 19 años y las tasas de mortalidad se han estimado entre el 0 y 3 por ciento. Después de 5 o 10 años cerca del 50% de las pacientes estarán completamente recuperadas, el 20% continuaran cumpliendo criterios para el trastorno ^(35,36). Cerca de un tercio de las pacientes con bulimia recuperadas, tendrán una recaída en los 4 años subsiguientes.

Las pacientes con trastornos de la personalidad, marcados por un pobre control de impulsos generalmente tendrán un peor pronóstico, comparado con los pacientes con bulimia nervosa sin trastornos de la personalidad.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria, se han convertido en foco de atención en los últimos años tanto de los especialistas en psiquiatría así como de la opinión pública. Más que por los efectos obvios en el estado general, así como las afecciones gastrointestinales, cardíacas, dermatológicas, inmunitarias, estos tendrán un efecto poderoso sobre la calidad de vida.

Es del conocimiento general que los trastornos de la alimentación rara vez se presentan solos y que comúnmente coexisten con algún otro padecimiento (afectivos, abuso de sustancias, personalidad), y aunque existen estudios que hablan acerca de los efectos de estos trastornos sobre la calidad de vida, no existen hasta la fecha estudios que evalúen la calidad de vida en los pacientes con trastornos de la alimentación.

Por lo anterior, será relevante evaluar el impacto que tiene los trastornos de la conducta alimentaria sobre la calidad de vida; el padecer un trastorno de la conducta de alimentación, así como también el saber si es que existen diferencias en la calidad de vida entre los pacientes con anorexia, bulimia y los trastornos no especificados, así como su relación con la psicopatología.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la calidad de vida en pacientes de consulta externa con trastornos de la conducta de alimentación.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con trastornos de la conducta de alimentación.
 - 1.1. Determinar si existen diferencias en la calidad de vida entre los distintos diagnósticos de trastornos de la conducta de alimentación.
2. Evaluar la severidad de la psicopatología en los pacientes con trastornos de la conducta de alimentación.
 - 2.1. Determinar si existen diferencias en la severidad de la psicopatología entre los distintos diagnósticos de trastornos de la conducta de alimentación.
3. Determinar si existe relación entre la severidad de la psicopatología, y la calidad de vida.

HIPÓTESIS

- La presencia de un trastorno de alimentación tiene relación con la calidad de vida de los pacientes.
- Los pacientes con una mayor severidad en la psicopatología, según el SCL-90, tendrán un mayor impacto en la calidad de vida.
- Existen diferencias en calidad de vida según el tipo de padecimiento alimentario que se tenga.
- Existen diferencias en la calidad de vida entre los distintos subtipos de trastornos de la alimentación.

MATERIAL Y METODO

Diseño:

Es un estudio que consta de dos fases; una descriptiva y una comparativa.

Tipo de estudio:

Transversal, descriptivo, homodémico.

Pacientes:

Pacientes mayores de 13 años que acudieran a la clínica de trastornos de la conducta de alimentación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Criterios de inclusión:

- Alfabetizados.

- Sexo masculino o femenino.
- Que acudían por primera vez a consulta a la clínica de trastornos de la conducta de alimentación.
- Con diagnóstico de algún trastorno de la conducta de alimentación según el DSM- IV (ver criterios diagnósticos en pag. 28).
- Que aceptaran participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Que cursaran con una enfermedad medica grave.
- Con ideación suicida.
- Hospitalizados.
- Con algún trastorno psicótico.

PROCEDIMIENTO

Durante los meses de marzo a julio del año 2002, se entrevistaron a los pacientes que acudían por vez primera a la clínica de trastornos de la conducta de alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", para la realización de la historia clínica, por un residente de psiquiatría de cuarto año, para posteriormente entregarle los cuestionarios (SCL-90 y SBQOL); explicándoseles como contestar las preguntas de cada uno.

Entre los meses de marzo a septiembre del año 2002, se realizó la calificación de los índices, la captura de los datos en una base y por ultimo el análisis estadístico de los mismos. El programa utilizado fue el SPSS en su versión numero 10. Los datos medico-clínicos, y las puntuaciones obtenidas en los índices clinimétricos se evaluaron a través de medidas de tendencia central para cada uno de los índices y para las características sociodemográficas. Posteriormente se realizó la correlación de cada uno de los índices de la escala SBQOL con el SCL-90, mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Por ultimo se compararon los promedios mediante un análisis medidas repetidas (ANOVA).
En el mes de septiembre se hizo el reporte final.

INDICES CLINIMETRICOS

Se utilizó el cuestionario de calidad de vida de SmithKline Beecham (SBQOL); también conocido como escala de Dunbar, este cuestionario fue diseñado en 1992, para proporcionar un método de evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trastornos afectivos. Esta constituido por 46 reactivos elaborados en escalas análogo visuales para su calificación del 1 al 10, en donde la mayor calificación corresponde a un completo bienestar. La escala se divide en 2 partes de 23 preguntas, cada una valoran:

1. Calidad subjetiva de vida actual: Evalúa la percepción individual de la satisfacción de su vida en el momento de la aplicación del instrumento, para ello el instrumento valora seis áreas:

- a. Bienestar psicológico. Evalúa la percepción del sujeto ante la existencia y magnitud de problemas emocionales, sentimientos de seguridad, esperanza, satisfacción consigo mismo y fracaso.
 - b. Bienestar físico. Valora percepción del sujeto en cuanto a la presencia e intensidad de dolor físico, incapacidad para desplazarse y alteraciones en apetito, sueño y energía.
 - c. Humor. Evalúa la percepción del sujeto en relación con la presencia e intensidad de preocupación, deseos de morir e irritabilidad.
 - d. Autocontrol. Determina la percepción que el individuo tiene sobre el control de su vida y la toma de decisiones, así como la presencia de sentimientos de impotencia.
 - e. Relaciones sociales. Evalúa la percepción del sujeto en cuanto a su capacidad para hacer y mantener interacción social y laboral, autoconfianza y sentimientos de inferioridad.
 - f. Área laboral y de desempeño. Estimar la percepción del sujeto de insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como la presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
 - g. Área económica. Evalúa la preocupación de la persona por su estado monetario.
2. Calidad subjetiva de vida ideal. Evalúa la percepción subjetiva de satisfacción hacia una vida ideal en los términos de las áreas previamente mencionadas.

La medición de estos dos indicadores (calidad subjetiva de vida actual y calidad subjetiva de vida ideal) nos permite conocer el grado en que se cubren las expectativas de la persona en un momento dado.

La validez y confiabilidad de este índice se realizó en 129 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada, según criterios del DSM III-R, a los cuales se les dio tratamiento farmacológico. La consistencia interna por medio del alfa de Cronbach fue de 0.90 para la calidad de vida actual y del 0.95 para la calidad subjetiva de vida ideal. La validez concurrente se estimó entre la relación del SBQOL con el Sickness Impact Profile y el General Health Questionnaire, reportándose una r de 0.61 para el primero y de 0.44 para el segundo(8).

Aunque existe una gran variedad de instrumentos clinimétricos que pueden medir la calidad de vida, se eligió utilizar el de Stoker-Dunbar por ser uno de los más utilizados en el campo de la salud mental. Además, se sabe que las pacientes con trastornos de la alimentación tiene una mayor comorbilidad con trastornos afectivos; trastornos en los cuales se ha demostrado que el cuestionario de Stoker-Dunbar es de gran eficacia.⁽³⁸⁾

Dentro de los trastornos psiquiátricos los que han cobrado gran importancia en últimos años, son los trastornos afectivos de tipo depresivo, ya que se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad ⁽⁵¹⁾. Contrario a lo que se esperaría, sobre el tema de calidad de vida y trastornos afectivos existe un reducido número de publicaciones ^(52, 38, 53,54,55,56,57, 58, 59, 60,61, 62, 63, 64)

También utilizamos el SCL-90, instrumento ampliamente utilizado en la investigación clínica. Las áreas que evalúa, son:

1. Somatización: Esta dimensión refleja el malestar que emerge de la percepción de la disfunción corporal. Las quejas que se enfocan en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y otros con una fuerte mediación autonómica se incluyen. La cefalea, el dolor de espalda, y dolores musculares también forman parte de esta dimensión, así como otros equivalentes somáticos de la ansiedad.
2. Obsesivo – Compulsivo: El foco de esta escala se encuentra en pensamientos, impulsos y acciones que se experimentan con no remitentes e irresistibles por el individuo, pero de una naturaleza egodistónica. También se evalúan las conductas que indican una dificultad cognitiva más general.
3. Sensibilidad interpersonal: Este factor revela sentimientos de inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos. El autodesprecio, sentimientos de intranquilidad, un malestar marcado durante las interacciones interpersonales, sentimientos de auto conciencia y expectativas negativas de la comunicación con otros, son también fuentes típicas de malestar.
4. Depresión: Los síntomas de un humor y afecto disforico se representan como signos de desinterés en los eventos de la vida, falta de motivación y pérdida de energía vital. La dimensión refleja sentimientos de desesperanza y futilidad así como otros correlatos cognitivos y somáticos de la depresión.

Se incluyen varios ítems que conciernen a pensamientos de muerte e ideación suicida.

5. Ansiedad: Se incluyen indicadores generales de inquietud, nerviosismo y tensión, así como signos somáticos adicionales. Los ítems que miden ansiedad flotante y ataques de pánico, forman un aspecto integral de esta dimensión y se incluye un ítem de sensación de disociación.
6. Hostilidad: Esta dimensión se organiza alrededor de tres categorías de comportamiento hostil: pensamientos, sensaciones y acciones. Los ítems varían desde molestar y la necesidad de romper cosas, hasta discusiones y arrebatos incontrolables.
7. Ansiedad fóbica: Los miedos de una naturaleza fóbica, tales como el miedo a viajar lejos de casa, espacios abiertos, aglomeraciones; se representan en esta escala. Adicionalmente, se incluyeron varios ítems que representan conductas de fobia social.
8. Ideación paranoide: Estos ítems se han desarrollado alrededor de las características primarias del pensamiento paranoide: pensamiento proyectivo, hostilidad, suspicacia, centralidad, delirios, pérdida de la autonomía, y grandiosidad.
9. Psicoticismo: La sintomatología aguda más florida, así como los comportamientos típicamente vistos como más oblicuos, o menos definitivos como indicadores del proceso psicótico, se representan mediante estos ítems. También se incluyen signos secundarios de un comportamiento psicótico, e indicadores de una modo de vida esquizoide.

La manera de calificar esta escala es sencilla y puede ser realizada a mano. Cada una de las nueve categorías contiene entre 6 y 13 ítems. Cada ítem tiene una escala que va del cero al cuatro siendo el cero sinónimo ausencia de malestar y el cuatro como un malestar extremo. Se puede obtener un índice sintomático general así como la totalidad de síntomas positivos.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes, todos del sexo femenino, con una edad promedio de 20.27 (\pm 6.07) años, y con una escolaridad promedio de 11.59 (\pm 2.29). El 88% de la muestra tenía un estado civil de soltero, el 10% de casado y 2% divorciados.

Dentro de los diagnósticos según el DSM IV en la muestra de pacientes la mayor parte cumplía con los criterios de bulimia nervosa (46 %) en cualquiera de sus dos subtipos (BNP = 44% y BNNP = 2%), le seguían las pacientes con trastorno de alimentación no especificado (41%. TANE 1 = 3%, TANE 2 = 6%, TANE 3 = 4%, TANE 4 = 24%, TANE 6 = 4%) y por ultimo las pacientes con anorexia nervosa en cualquiera de sus dos subtipos (ANR = 10% y ANCP = 3%) (tabla 1)

Tabla 1 . Distribución de pacientes según trastorno alimentario

	n	Porcentaje
ANR	10	10.0
ANCP	3	3.0
BNP	44	44.0
BNNP	2	2.0
TANE 1	3	3.0
TANE 2	6	6.0
TANE 3	4	4.0
TANE 4	24	24.0
TANE 6	4	4.0
Total	100	100.0

ANR: Anorexia nervosa restrictiva, ANCP: anorexia nervosa compulsivo purgativa, BNP: bulimia nervosa purgativa, BNNP: bulimia nervosa no purgativa, TANE: Trastorno de alimentación no especificado.

Las puntuaciones del cuestionario de Dunbar, se muestran en la tabla 2. El promedio de estado actual para la totalidad de la muestra (n = 100) fue de 4.74 (± 1.87), y del ideal fue de 9.00 (± 1.05).

Tabla 2. Resultados del la escala de calidad de vida de Stoker-Dunbar actual e ideal

	n	Promedio	ds
Stoker-Dunbar actual	100	4.7478	1.8707
Stoker-Dunbar ideal	100	9.0048	1.0567

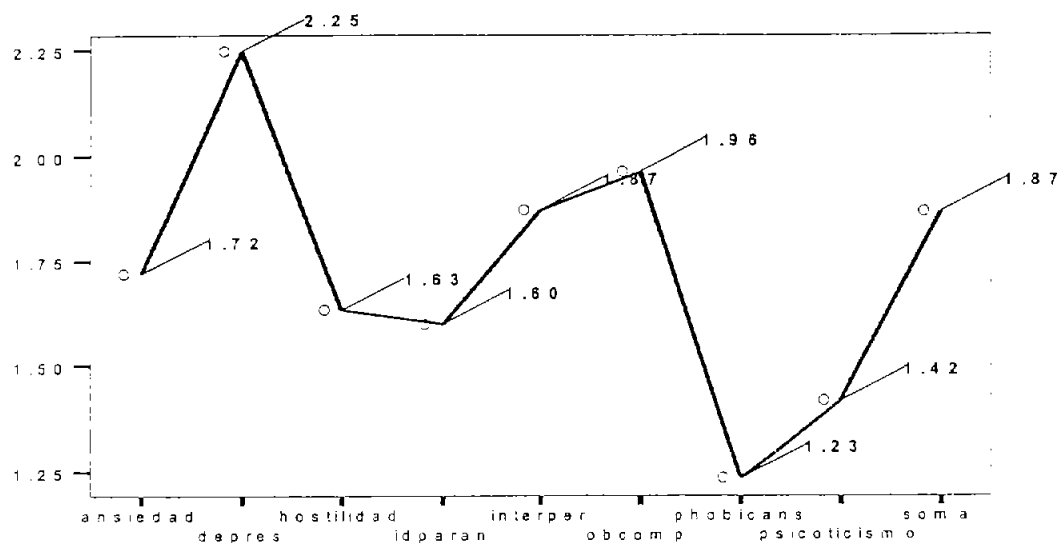
En cuanto a los padecimientos comorbidos que tenían las pacientes (46%), el que se presento en 40% de las pacientes fue el trastorno depresivo mayor, seguido por el de trastorno limite de personalidad y crisis parciales simples (ambos con 2%), y por ultimo el de distímia y abuso de sustancias (1%).

Los resultados del SCL-90, para la totalidad de la muestra, por subescalas la podemos observar en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados del SCL-90 para toda la muestra

	n	Promedio	ds
Somatización	100	1.8675	.8683
Obsesivo compulsivo	100	1.9620	.8524
Sensibilidad interpersonal	100	1.8700	.9512
Depresión	100	2.2454	2.4620
Ansiedad	100	1.7200	.8228
Hostilidad	100	1.6317	.9676
Ansiedad fóbica	100	1.2343	.9206
Ideación paranoide	100	1.5983	.9684
Psicoticismo	100	1.4170	.9070

Fig 2. Representación grafica del resultado del SCL-90 para la muestra total.



Ya que el numero de pacientes en los subtipos diagnósticos AN y BN son tan pocos se decidió agruparlos en uno solo (AN y BN respectivamente). Las pacientes con TANE 1 y TANE 2 se agruparon en TANE R por tener características clínicas muy similares así como a las pacientes con TANE 3 y TANE 4 en TANE P.

Los resultados del SCL-90 por tipo de diagnostico se muestran en la Siguiete tabla(tabla 4):

Tabla 4. Severidad de la psicopatología por subtipo de diagnóstico de trastorno de la alimentación

	Anorexia nervosa (n = 13)		Bulimia nervosa (n = 46)	
	Promedio	ds	Promedio	ds
Somatización	1.7051	.9662	2.0417	.8353
Obsesivo compulsivo	1.6769	.7970	2.0870	.8411
Sensibilidad interpersonal	1.7778	1.0354	1.9541	.9197
Depresión	1.7811	.7370	2.6421	3.5118
Ansiedad	1.3538	.7043	1.9065	.8357
Hostilidad	1.7051	1.0932	1.7500	.9485
Ansiedad fóbica	.9560	.9537	1.3789	.9376
Ideación paranoide	1.6538	1.1536	1.7572	1.0551
Psicoticismo	1.2000	.7810	1.5957	.9302

	TANE R (n = 9)		TANE P (n = 28)	
	Promedio	ds	Promedio	ds
Somatización	1.8333	1.0172	1.6369	.8294
Obsesivo compulsivo	2.0889	1.1274	1.8643	.8207
Sensibilidad interpersonal	2.1605	1.1615	1.6905	.8942
Depresión	1.9316	1.0136	1.9176	.7003
Ansiedad	1.6444	.9449	1.5714	.7333
Hostilidad	1.5926	1.1935	1.4167	.8860
Ansiedad fóbica	1.0317	.9416	1.1888	.8339
Ideación paranoide	1.2407	1.0479	1.3929	.6402
Psicoticismo	1.2000	.8322	1.2000	.8468

Las graficas para la severidad de la psicopatología para los diferentes trastornos de alimentación se muestran a continuación.

Fig 3. Severidad de la psicopatología en AN (n = 13).

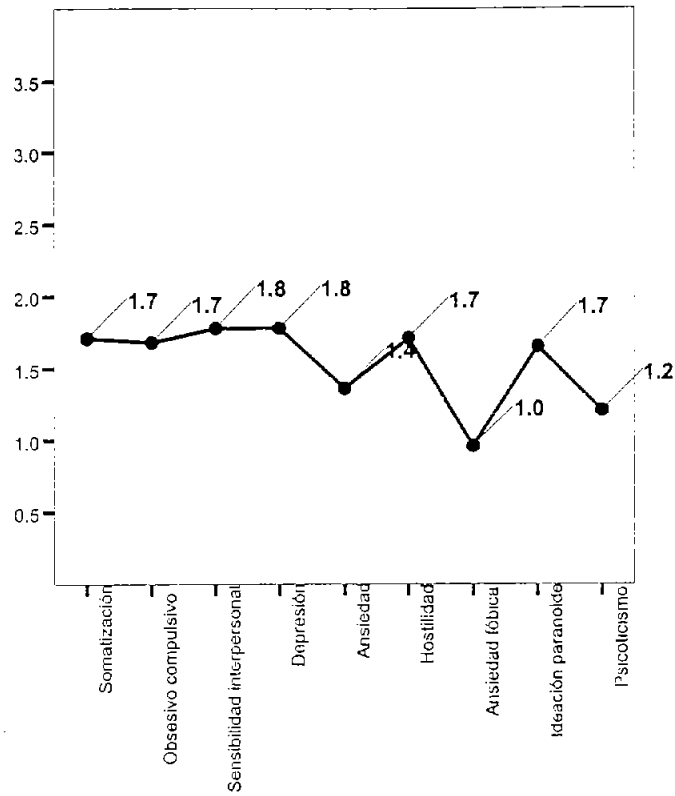


Fig 4. Severidad de la psicopatología en BN (n = 46)

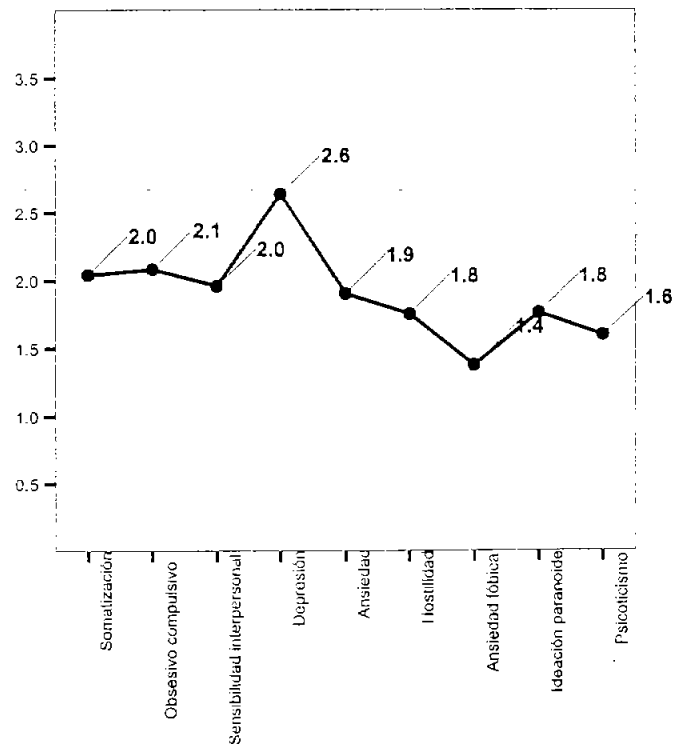


Fig 5. . Severidad de la psicopatología en TANE P (n = 9)

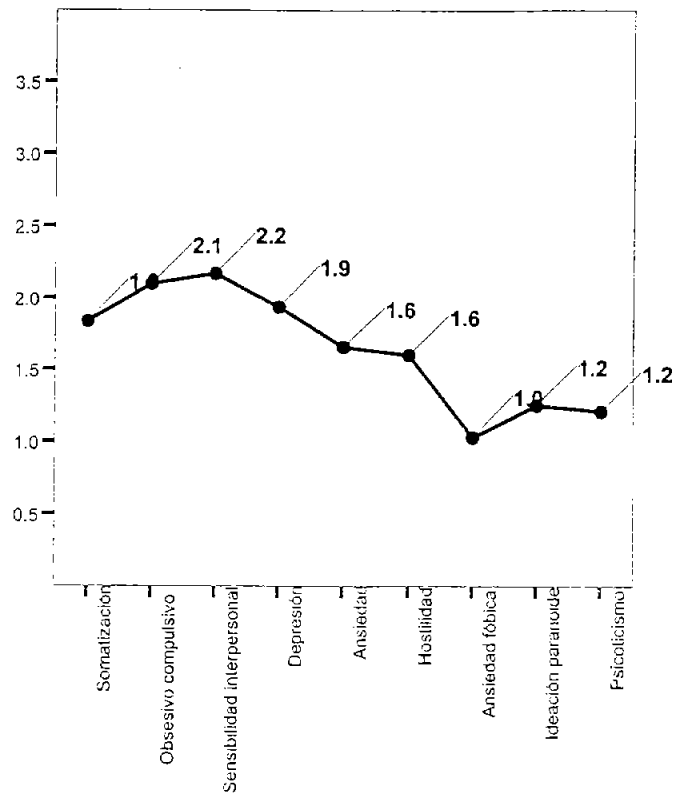
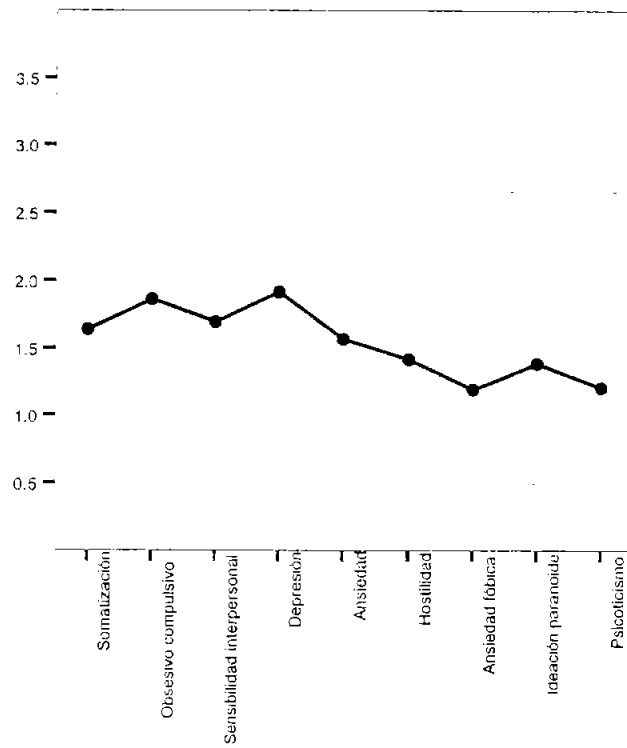


Fig 6. Severidad de la psicopatología en TANE P (n = 28)



En cuanto a las correlaciones entre la calidad de vida actual y la severidad de la psicopatología, en la totalidad de la muestra, no encontramos correlación.

Cuando se corrieron las correlaciones dividiendo a las pacientes por grupos de padecimientos encontramos que para las pacientes con anorexia nervosa incluyendo a sus dos subtipos (n = 13) fueron significativas entre la calidad de vida actual y las siguientes subescalas del SCL-90. Somatización, depresión, y ansiedad. (tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones entre la calidad de vida actual y la psicopatología en pacientes con AN (n = 13).

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.567*
Obsesivo compulsivo	rho	-.407
Sensibilidad	rho	-.325
Depresión	rho	-.748**
Ansiedad	rho	-.647*
Hostilidad	rho	-.332
Ansiedad fóbica	rho	-.313
Ideación paranoide	rho	-.431
Psicoticismo	rho	-.212

*. Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

**.. Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

Para las pacientes con bulimia nervosa en sus dos subtipos (n = 46) se encontraron las siguientes correlaciones entre la calidad de vida actual y la subescala del SCL-90 para depresión (Tabla 8).

Tabla 8. correlaciones entre la calidad de vida actual y las subescalas del SCL-90 de las pacientes con BN

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.476**
Obsesivo compulsivo	rho	-.417**
Sensibilidad	rho	-.423**
Depresión	rho	-.534**
Ansiedad	rho	-.481**
Hostilidad	rho	-.321*
Ansiedad fóbica	rho	-.478**
Ideación paranoide	rho	-.312*
Psicoticismo	rho	-.464**

** . Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

* . Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

En cuanto a los trastornos de alimentación no especificados (n = 41) no hubo correlaciones significativas del SBQOL actual

Para las pacientes con un TANE 1 y 2 (restrictivo)(n = 9), los resultados de las correlaciones entre el SBQOL actual y las subescalas del SCL-90 fueron no arrojaron datos significativos. Sin embargo para las pacientes con TANE 3 y 4 (purgativo)(n = 28), si hubo resultados significativos. Existió correlación entre la calidad de vida y somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, y ansiedad fóbica (tabla 11)

Tabla 11. Correlaciones entre la calidad de vida actual y el SCL-90 para las pacientes con TANE purgativo.

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.410*
Obsesivo compulsivo	rho	-.451*
Sensibilidad	rho	-.393*
Depresión	rho	-.539**
Ansiedad	rho	-.354
Hostilidad	rho	-.286
Ansiedad fóbica	rho	-.380*
Ideación paranoide	rho	-.259
Psicoticismo	rho	-.283

*. Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

** . Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

Como ya se mencionó algunas de las pacientes además del trastorno de alimentación presentaban algún otro padecimiento comorbido. Para observar si existían diferencias entre los pacientes con y sin comorbilidad se realizaron las correlaciones tomando en cuenta solo a los pacientes sin comorbilidad.

Las pacientes sin comorbilidad (n = 54) presentaron correlaciones significativas entre la calidad de vida actual y el SCL-90 en la subescala de depresión (tabla 14).

Tabla 14. Correlaciones entre la calidad de vida actual y la psicopatología para pacientes sin comorbilidad (n = 54)

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.495**
Obsesivo compulsivo	rho	-.413**
Sensibilidad	rho	-.469**
Depresión	rho	-.559**
Ansiedad	rho	-.435**
Hostilidad	rho	-.221
Ansiedad fóbica	rho	-.357**
Ideación paranoide	rho	-.279*
Psicoticismo	rho	-.289*

** . Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

* . Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

Para las pacientes con AN y sin comorbilidad (n = 6) las correlaciones para el SBQOL actual fueron las siguientes: Somatización, obsesivo compulsivo, depresión, ansiedad e ideación paranoide. (tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones entre la calidad de vida actual e ideal y el SCL-90 para pacientes con AN sin comorbilidad (n = 6).

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.829*
Obsesivo compulsivo	rho	-.580
Sensibilidad	rho	-.406
Depresión	rho	-.886*
Ansiedad	rho	-.771
Hostilidad	rho	-.058
Ansiedad fóbica	rho	-.177
Ideación paranoide	rho	-.543
Psicoticismo	rho	-.371

* . Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

Para las pacientes con BN sin comorbilidad (n = 23) las correlaciones entre calidad de vida actual y la severidad de la psicopatología según el SCL-90 fueron para las subescalas de somatización, sensibilidad interpersonal y depresión (tabla 11).

Tabla 11. Correlaciones entre la calidad de vida actual y la severidad de la psicopatología en pacientes con BN sin comorbilidad (n = 23).

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.554**
Obsesivo compulsivo	rho	-.411
Sensibilidad interpersonal	rho	-.537**
Depresión	rho	-.518*
Ansiedad	rho	-.464*
Hostilidad	rho	-.243
Ansiedad fóbica	rho	-.368
Ideación paranoide	rho	-.363
Psicoticismo	rho	-.425*

** Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

* Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

Las pacientes con TANE restrictivo (n = 5), no tuvieron correlaciones entre la calidad de vida ideal y la severidad de la psicopatología (tabla 19).

Tabla 19. Correlaciones entre la calidad de vida actual e ideal y el SCL-90 para las pacientes con TANE restrictivo.

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	.000
Obsesivo compulsivo	rho	.000
Sensibilidad interpersonal	rho	-.100
Depresión	rho	.000
Ansiedad	rho	-.100
Hostilidad	rho	-.205
Ansiedad fóbica	rho	-.100
Ideación paranoide	rho	.205
Psicoticismo	rho	-.051

Para las pacientes con TANE purgativo las correlaciones entre la calidad de vida actual y el SCL-90 fueron obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, e índice de sintomatología general (tabla 20).

Tabla 20. Correlaciones entre la calidad de vida actual y la severidad de la psicopatología en pacientes con TANE purgativo sin comorbilidad.

		Stoker-Dunbar actual
Somatización	rho	-.435
Obsesivo compulsivo	rho	-.515*
Sensibilidad interpersonal	rho	-.604**
Depresión	rho	-.687**
Ansiedad	rho	-.404
Hostilidad	rho	-.352
Ansiedad fóbica	rho	-.440
Ideación paranoide	rho	-.369
Psicoticismo	rho	-.236

*. Correlación significativa a nivel de .05 (2-colas).

** . Correlación significativa a nivel de .01 (2-colas).

Se realizaron análisis de medidas repetidas (ANOVA) para saber si existían diferencias significativas entre los diferentes tipos de diagnósticos para la calidad de vida en la muestra total. Los resultados los podemos observar en la siguientes tabla (tabla 21)

Tabla 21 . Diferencias entre la calidad de vida entre los diferentes subtipos diagnósticos de la conducta de alimentación (ANOVA).

SBQOLactual

	n	Promedio	ds	Error est.	Intervalo de confianza de 95 para el promedio		Min.	Max.
					lim inferior	lim superior		
Anorexia nervosa	13	4.8161	1.8492	.5129	3.6986	5.9335	1.39	7.39
Bulimia nervosa	46	4.8403	1.8246	.2690	4.2984	5.3821	1.61	8.70
TANE R	9	4.2174	2.4914	.8305	2.3023	6.1324	1.65	9.61
TANE P	28	4.7143	1.8807	.3554	3.9850	5.4435	1.87	8.57
Total	96	4.7418	1.8891	.1928	4.3591	5.1246	1.39	9.61

SBQOLactual

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado de media	F	Sig.
Entre grupos	3.014	3	1.005	.275	.843
Dentro de grupos	336.006	92	3.652		
Total	339.020	95			

Se corrieron a su vez análisis comparativos (ANOVA) entre los diferentes grupos de trastornos de la conducta de alimentación para evaluar su existian diferencias en los resultados de la psicopatología no encontrando diferencias significativas (tabla 22)

Tabla 22. Diferencias en la psicopatología entre los diferentes subtipos diagnósticos de la conducta de alimentación (ANOVA).

	n	Promedio	ds	Error est.	Intervalo de confianza del 95% para promedio		Min.	Max.
					Lim. inferior	Lim. superior		
Somatización	Anorexia nervosa	1.71	.97	.27	1.12	2.29	.17	3.25
	Bulimia nervosa	2.04	.84	.12	1.79	2.29	.50	3.83
	TANE R	1.83	1.02	.34	1.05	2.62	.00	2.92
	TANE P	1.64	.83	.16	1.32	1.96	.00	3.58
	Total	1.86	.87	8.93E-02	1.68	2.04	.00	3.83
Obsesivo compulsivo	Anorexia nervosa	1.68	.80	.22	1.20	2.16	.20	2.50
	Bulimia nervosa	2.09	.84	.12	1.84	2.34	.60	3.80
	TANE R	2.09	1.13	.38	1.22	2.96	.00	3.20
	TANE P	1.86	.82	.16	1.55	2.18	.50	3.40
	Total	1.97	.86	8.76E-02	1.79	2.14	.00	3.80
Sensibilidad interpersonal	Anorexia nervosa	1.78	1.04	.29	1.15	2.40	.33	3.56
	Bulimia nervosa	1.95	.92	.14	1.68	2.23	.44	4.00
	TANE R	2.16	1.16	.39	1.27	3.05	.00	3.11
	TANE P	1.69	.89	.17	1.34	2.04	.33	3.56
	Total	1.87	.95	9.68E-02	1.68	2.06	.00	4.00
Depresión	Anorexia nervosa	1.78	.74	.20	1.34	2.23	.31	3.00
	Bulimia nervosa	2.64	3.51	.52	1.60	3.69	.77	25.46
	TANE R	1.93	1.01	.34	1.15	2.71	.00	2.92
	TANE P	1.92	.70	.13	1.65	2.19	.54	3.23
	Total	2.25	2.51	.26	1.74	2.76	.00	25.46
Ansiedad	Anorexia nervosa	1.35	.70	.20	.93	1.78	.50	3.00
	Bulimia nervosa	1.91	.84	.12	1.66	2.15	.50	3.90
	TANE R	1.64	.94	.31	.92	2.37	.00	2.80
	TANE P	1.57	.73	.14	1.29	1.86	.00	3.10
	Total	1.71	.81	8.31E-02	1.54	1.87	.00	3.90

	n	Promedio	ds	Error est.	Intervalo de confianza del 95% para promedio		Min.	Max.
					Lower Bound	Upper Bound		
Hostilidad	Anorexia nervosa	1.71	1.09	.30	1.04	2.37	.00	3.67
	Bulimia nervosa	1.75	.95	.14	1.47	2.03	.00	3.83
	TANE R	1.59	1.19	.40	.68	2.51	.17	4.00
	TANE P	1.42	.89	.17	1.07	1.76	.00	3.67
	Total	96	1.63	.97	9.90E-02	1.44	1.83	.00
Ansiedad fóbica	Anorexia nervosa	.96	.95	.26	.38	1.53	.00	3.43
	Bulimia nervosa	1.38	.94	.14	1.10	1.66	.14	3.57
	TANE R	1.03	.94	.31	.31	1.76	.00	3.00
	TANE P	1.19	.83	.16	.87	1.51	.00	3.29
	Total	96	1.23	.91	9.29E-02	1.05	1.42	.00
Ideación paranoide	Anorexia nervosa	1.65	1.15	.32	.96	2.35	.00	3.50
	Bulimia nervosa	1.76	1.06	.16	1.44	2.07	.17	4.33
	TANE R	1.24	1.05	.35	.44	2.05	.00	3.33
	TANE P	1.39	.64	.12	1.14	1.64	.00	2.50
	Total	96	1.59	.97	9.90E-02	1.39	1.79	.00
Psicoficismo	Anorexia nervosa	1.20	.78	.22	.73	1.67	.30	2.80
	Bulimia nervosa	1.60	.93	.14	1.32	1.87	.20	3.60
	TANE R	1.20	.83	.28	.56	1.84	.00	2.40
	TANE P	1.20	.85	.16	.87	1.53	.00	3.00
	Total	96	1.39	.89	9.06E-02	1.21	1.57	.00

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	promedio cuadrado	F	Sig.
Somatización	Entre grupos	3	1.077	1.426	.240
	Dentro de grupos	92	.755		
	Total	95			
Obsesivo compulsivo	Entre grupos	3	.728	.988	.402
	Dentro de grupos	92	.737		
	Total	95			
Sensibilidad interpersonal	Entre grupos	3	.699	.772	.513
	Dentro de grupos	92	.906		
	Total	95			
Depresión	Entre grupos	3	4.646	.733	.535
	Dentro de grupos	92	6.336		
	Total	95			
Ansiedad	Entre grupos	3	1.334	2.079	.108
	Dentro de grupos	92	.642		
	Total	95			
Hostilidad	Entre grupos	3	.674	.709	.549
	Dentro de grupos	92	.950		
	Total	95			
Ansiedad fóbica	Entre grupos	3	.798	.962	.414
	Dentro de grupos	92	.830		
	Total	95			
Ideación paranoide	Entre grupos	3	1.175	1.258	.293
	Dentro de grupos	92	.934		
	Total	95			
Psicoticismo	Entre grupos	3	1.250	1.616	.191
	Dentro de grupos	92	.773		
	Total	95			

Se seleccionaron posteriormente los casos que no tenían comorbilidad para saber si entre ellos existían diferencias en la calidad de vida y la sicopatología encontrando los siguientes resultados (Tabla 23y 24)

Tabla 23. Diferencias en la calidad de vida entre los diferentes subtipos diagnósticos de la conducta de alimentación sin comorbilidad (ANOVA).

SBQOLactual

	n	Promedio	ds	Error est.	Intervalo de confianza de 95% para promedio		Min.	Max.
					Lim. Inferior	Lim. Superior		
Anorexia nervosa	6	5.51	1.59	.65	3.84	7.18	2.52	7.09
Bulimia nervosa	23	4.87	1.87	.39	4.06	5.67	1.61	8.70
TANE R	5	4.53	3.04	1.36	.76	8.30	1.65	9.61
TANE P	18	5.23	1.89	.45	4.29	6.17	1.87	8.57
Total	52	5.03	1.93	.27	4.50	5.57	1.61	9.61

ANOVA

SBQOLactual

	Suma de cuadrados	gl	Promedio cuadrado	F	Sig.
Entre grupos	3.960	3	1.320	.339	.797
Dentro de grupos	186.918	48	3.894		
Total	190.878	51			

Tabla 24 . Diferencias en la psicopatología entre los diferentes subtipos diagnósticos de la conducta de alimentación sin comorbilidad (ANOVA).

	n	Promedio	ds	Error est.	Intervalo de confianza de 95% para promedio			Min.	Max.
					Lim. Inferior	Lim. Superior			
Somatización	Anorexia nervosa	1.51	.92	.37	.55	2.48	.50	2.92	
	Bulimia nervosa	2.03	.89	.19	1.65	2.42	.50	3.25	
	TANE R	1.60	1.31	.59	-2.52E-02	3.23	.00	2.92	
	TANE P	1.47	.73	.17	1.11	1.83	.00	2.92	
	Total	52	1.74	.90	.12	1.49	1.99	.00	3.25
Obsesivo compulsivo	Anorexia nervosa	1.58	.92	.38	.61	2.55	.20	2.50	
	Bulimia nervosa	2.06	.82	.17	1.71	2.41	.70	3.60	
	TANE R	1.68	1.33	.59	2.95E-02	3.33	.00	2.90	
	TANE P	1.81	.93	.22	1.35	2.27	.50	3.40	
	Total	52	1.88	.91	.13	1.63	2.13	.00	3.60
Sensibilidad interpersonal	Anorexia nervosa	2.04	1.02	.42	.96	3.11	.56	3.22	
	Bulimia nervosa	2.00	.95	.20	1.58	2.41	.44	4.00	
	TANE R	1.78	1.48	.66	-6.55E-02	3.62	.00	3.11	
	TANE P	1.70	.86	.20	1.27	2.12	.33	3.11	
	Total	52	1.88	.97	.13	1.61	2.15	.00	4.00
Depresión	Anorexia nervosa	1.65	.55	.23	1.07	2.23	.85	2.31	
	Bulimia nervosa	2.00	.72	.15	1.69	2.31	.77	3.31	
	TANE R	1.57	1.21	.54	7.03E-02	3.07	.00	2.62	
	TANE P	1.88	.68	.16	1.54	2.22	.54	3.23	
	Total	52	1.88	.74	.10	1.67	2.08	.00	3.31
Ansiedad	Anorexia nervosa	1.17	.58	.24	.56	1.77	.60	2.10	
	Bulimia nervosa	1.80	.80	.17	1.45	2.15	.50	3.80	
	TANE R	1.24	1.01	.45	-1.59E-02	2.50	.00	2.40	
	TANE P	1.54	.63	.15	1.23	1.86	.40	2.90	
	Total	52	1.58	.76	.11	1.37	1.80	.00	3.80

	n	Promedio	ds	Error est	Intervalo de confianza de 95% para promedio		MIn	Máx
					Lím inferior	Lím superior		
Hostilidad	Anorexia nervosa	1.86	.96	.39	.85	2.87	.50	3.33
	Bulimia nervosa	1.46	1.02	.21	1.02	1.91	.00	3.83
	TANE R	.90	.63	.28	.12	1.68	.17	1.67
	TANE P	1.37	.72	.17	1.01	1.73	.33	3.33
	Total	52	1.42	.89	.12	1.17	1.67	.00
Ansiedad fóbica	Anorexia nervosa	.69	.44	.18	.23	1.15	.14	1.14
	Bulimia nervosa	1.29	.90	.19	.90	1.68	.14	3.29
	TANE R	.77	.72	.32	-.12	1.66	.00	1.86
	TANE P	1.07	.77	.18	.69	1.45	.14	3.29
	Total	52	1.10	.81	.11	.87	1.32	.00
Ideaación paranoide	Anorexia nervosa	1.83	1.19	.49	.58	3.08	.33	3.50
	Bulimia nervosa	1.80	1.00	.21	1.36	2.23	.33	3.50
	TANE R	.70	.71	.32	-.18	1.58	.00	1.67
	TANE P	1.23	.71	.17	.88	1.58	.00	2.50
	Total	52	1.50	.96	.13	1.23	1.77	.00
Psicoticismo	Anorexia nervosa	1.33	.81	.33	.48	2.18	.50	2.80
	Bulimia nervosa	1.49	.86	.18	1.11	1.86	.20	2.90
	TANE R	.76	.73	.32	-.14	1.66	.00	1.50
	TANE P	1.11	.89	.21	.66	1.55	.00	3.00
	Total	52	1.27	.86	.12	1.03	1.51	.00

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Promedio cuadrado	F	Sig.
Somatización	Entre grupos	3	1.221	1.559	.212
	Dentro de grupos	48	.783		
	Total	51			
Obsesivo compulsivo	Entre grupos	3	.527	.624	.603
	Dentro de grupos	48	.844		
	Total	51			
Sensibilidad interpersonal	Entre grupos	3	.368	.379	.769
	Dentro de grupos	48	.971		
	Total	51			
Depresión	Entre grupos	3	.367	.662	.580
	Dentro de grupos	48	.555		
	Total	51			
Ansiedad	Entre grupos	3	.913	1.643	.192
	Dentro de grupos	48	.556		
	Total	51			
Hostilidad	Entre grupos	3	.869	1.100	.358
	Dentro de grupos	48	.790		
	Total	51			
Ansiedad fóbica	Entre grupos	3	.802	1.244	.304
	Dentro de grupos	48	.645		
	Total	51			
Ideación paranoide	Entre grupos	3	2.398	2.888	.045
	Dentro de grupos	48	.830		
	Total	51			
Psicoticismo	Entre grupos	3	.965	1.319	.279
	Dentro de grupos	48	.731		
	Total	51			

Discusión

Debido al tiempo reducido que se tuvo para capturar a las pacientes solo se pudo incluir a las 100 pacientes que aquí se reportan. El número de pacientes por subtipo de diagnóstico en algunos de los casos (ANCP, BNCP, TANE 1 y 2), eran escasos, por lo que se decidió juntar a las pacientes en anorexia nervosa, bulimia nervosa, TANE restrictivo y TANE PURGATIVO. Las pacientes con TANE 6 fueron excluidas del análisis estadístico ya que estas no tenían una conducta compensatoria que se pudiera relacionar con las anteriores. Sin embargo sería de gran interés obtener resultados con relación a este grupo de pacientes, por lo que se intentara capturar un mayor número de ellos para realizar un análisis de los datos recabados.

Los resultados obtenidos con relación a la escala de calidad de vida de Stoker-Dunbar, son los esperados para las pacientes. El promedio que se obtuvo para la muestra en general fue de 4.8, lo cual las coloca en un rango de calidad de vida mala. Aunque no existe un punto de corte en la escala de Stoker-Dunbar, podemos tomar en consideración que si comparamos los resultados con los de la calidad de vida ideal; en la cual el resultado promedio fue de 9, el estado de las pacientes es malo.

No se encontraron diferencias significativas en la escala de calidad de vida para los diferentes subtipos diagnósticos; sin embargo, sería conveniente incrementar la cantidad de pacientes por tipo de diagnóstico para poder tener una mayor confiabilidad de los datos recabados.

En cuanto a los resultados de la sicopatología de las pacientes encontramos un mayor puntaje en el factor de depresión. Aunque este resultado podría ser

atribuido a que la mayor parte de las pacientes tenían un diagnóstico comorbido de depresión (40% de la muestra total), se realizaron los análisis estadísticos (comparación de medias) tomando en cuenta solo a las pacientes sin comorbilidad siendo los resultados similares y sin diferencias significativas entre los pacientes con comorbilidad y sin ella.

Para determinar si existía una relación entre la severidad de la psicopatología y la calidad de vida de las pacientes se realizaron correlaciones de Spearman. Al determinarlas para la muestra en general no hubo correlaciones significativas.

Al dividir a las pacientes con y sin comorbilidad encontramos correlaciones significativas entre el factor depresión y la calidad de vida actual ($r = - 0.55$). Llama la atención que a diferencia de los que se esperaría para las pacientes con comorbilidad, no existió correlaciones significativas.

Al dividir a las pacientes por tipo de diagnóstico en la muestra total encontramos correlaciones significativas para las pacientes con AN entre la calidad de vida actual y los factores de somatización, depresión, y ansiedad.

Para los pacientes con BN solo hubo correlaciones con el factor de depresión, no hubo para el TANE restrictivo y solo para el factor de depresión en las pacientes con TANE purgativo.

En el grupo de pacientes sin comorbilidad las correlaciones para las pacientes con AN fueron para los factores de somatización, obsesivo compulsivo, depresión, ansiedad e ideación paranoide.

Las pacientes con BN sin comorbilidad, tuvieron correlaciones significativas para los factores de somatización, sensibilidad interpersonal y depresión.

Las pacientes con TANE restrictivo no tuvieron correlaciones significativas.

Para las pacientes con TANE purgativo hubo correlación con los factores obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal y depresión.

Para las pacientes con AN y comorbilidad hubo correlaciones significativas para los factores de sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide.

En cuanto a las pacientes con comorbilidad y BN hubo correlación entre la calidad de vida y los factores obsesivo compulsivo, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo.

Las pacientes con TANE restrictivo y comorbilidad presentaron correlación entre la calidad de vida y los factores de somatización, ansiedad fóbica, psicoticismo y una correlación ideal en el factor de hostilidad ($r = 1$).

El resultado de las correlaciones significativas para las pacientes sin comorbilidad con AN nos demuestran que existe un correlato importante con la sicopatología que se ha descrito en este grupo de pacientes; el factor de somatización que refleja el malestar que emerge de la percepción de la disfunción corporal, el obsesivo compulsivo, el de depresión que refleja síntomas de un humor y afecto disforico se representan como signos de desinterés en los eventos de la vida, falta de motivación y pérdida de energía vital; y en el factor de psicoticismo que refleja un pensamiento proyectivo, hostilidad suspicacia y centralidad.

En los pacientes con BN además de los factores de depresión y ansiedad también se encontró significancia en el factor de sensibilidad interpersonal; este factor revela sentimientos de inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos.

Las pacientes con TANE purgativo, que son pacientes que por sus características clínicas, se asemejan a la BN en que solo les falta cumplir uno de los criterios diagnósticos para la misma, tuvieron resultados similares a los de la BN.

En las pacientes que se detecto comorbilidad los resultados fueron similares a los de las pacientes sin comorbilidad y aunque en algunos factores fueron significativas las correlaciones, estas se atribuyen a los padecimientos comórbidos (depresión principalmente).

Llaman la atención los resultados para las pacientes con TANE R con comorbilidad ya que se encuentra una correlación de 1 en el factor de hostilidad, el cual se deba probablemente al numero de pacientes que había.

Al parecer encontramos que existió una peor percepción de la calidad de vida en los trastornos de alimentación. El estudio que mas se aproxima al estudio aquí realizado es el de González, realizado en la universidad de Vizcaya en España. En este estudio se incluyeron pacientes con diagnóstico de AN en sus subtipos purgativo y restrictivo, y pacientes con BN, también sin encontrar diferencias entre los subtipos diagnósticos.

Los resultados obtenidos en este estudio, nos impulsan a continuar en la evaluación de la calidad de vida de estas pacientes y se propone continuar con la captura de las pacientes. Asimismo, será de gran utilidad reevaluar a las pacientes para poder corroborar los resultados obtenidos así como conocer si existe un mayor numero de pacientes con comorbilidad y que tipo de trastornos padecen.

Bibliografia

1. Fairweather , G.W. Maynard, H. (1969) *Community life of the mentally ill. An alternative to institutional care*, Aldine publishing, Chicago. p. 201
2. Test y Stein, (1978) Train in community living: Research and design and results in *Alternative to mental hospital treatment* (Eds. L.I. Stein & M.A. Test) Plenum press, New York, London.
3. Stein v Test, (1980) Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program and clinical evaluation, *Arch Gen Psychiatry*, 37; 392-397
4. Malm, U, May PARA (1981) Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schiz. Bull.*, 7, 477-487.
5. Lehman, (1983) The well being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 369-373.
6. Baker F, Intagliata J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems, *Eval. Prog. Planning*, 5, 69-79.
7. Bigelow DA, Brodsky G et al (1988)The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services, in *Innovative Approaches to mental health evaluation* (Eds. GJ. Sthaler & WS Tash), pp. 345-366, Academic Press Inc. New York.
8. Tantam D (1988) Review article: Quality of life and the chronically mentally ill. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 34, 243-247.
9. Malm, U, May PARA (1981) Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schiz. Bull.*, 7, 477-487.

10. Baker F, Intagliata J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems, *Eval. Prog. Planning*, 5, 69-79.
11. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL, (1987) *The Quality of American Life*, Rusell Sage, New York.
12. Andrews FM, Whitney SB, (1976) *Social Indicators of Well Being, America's Perception of Life Quality*, pp. 1-24, Plenum Press, New York.
13. Lemay AF, (1989) A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill (QOLI), *Eval. Prog. Planning*, 11, 51-62.
14. Becker M, Diamond R, Saninfort F. (1993) A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness, *Quality of Life Research*, 2, 239-251.
15. Bigelow DA, Brodsky G et al (1988) The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services, in *Innovative Approaches to mental health evaluation* (Eds. G.J. Sthaler & WS Tash), pp. 345-366, Academic Press Inc. New York.
16. Maslow AH. (1954) *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York.
17. Parsons T (1951) *The Social System*, Free Press Glencoe Ill.
18. Arluke A. (1988) The Sick-Role Concept, in *Health Behavior, Emerging Research Perspectives* (Ed. DS Gochman) pp. 169-179, Plenum Press, New York London.
19. Segall, 1988 Cultural Factors in Sick-role expectations, in *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*, (Ed. DS Gochman) pp. 169-179, Plenum Press, New York London.

20. Lally SJ, (1989) Does being in here mean there is something wrong with me? *Schiz Bull.*, 15, 253-265.
21. Scheff (1966) *Being Mentally Ill. A sociological Theory*, Aldine, Chicago.
22. Lamb (1982) *Treating the long-term terminally ill*, Jossey-Bass, San Francisco.
23. Baker F, Intagliata J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems, *Eval. Prog. Planning*, 5, 69-79.
24. Griffin J (1986) *Well-being, its meaning, Measurement and Moral Importance*, Oxford University Press, Oxford.
25. Estroff SE, (1990) *Making it crazy, An Ethnography of psychiatric clients in an american community*, University of California Press, Berkeley CA.
26. Barham P & Hayward R, (1991) *From the mental patient to the person*, Routledge, London.
27. Bell RM (1985) *Holy Anorexia*. University of Chicago Press, Chicago.
28. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA (1994) Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 24:859,.
29. Bruch H (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books, New York,.
30. Casper RC (1990) Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Med* 52:156.
31. Crisp AH, Palmer RL, Kaluchy RS (1976) How common is anorexia nervosa? A prevalent study. *Br J Psychiatry* 128:549.
32. Eckert ED, Halmi KA, Marchi EP (1995) Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychol Med* 25:143.

33. Fairburn CG, Welch S, Doll HA (1997) Risk factors for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 54:509.
34. Halmi KA, Eckert E, Marchi EP, Sampugnaro R, Apple R, Cohen J: (1991) Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:712.
35. Halmi KA: (1995) Basic biological overview of eating disorders. In *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, Bloom FE, Kupfer DJ, editors. Raven, New York.
36. Strober M: (1980) Personality and symptomatological features in young, non-chronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res.* 24:353,.
37. Theander S (1985) Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiatry Res* 19:493.
38. Stoker MJ, Dunbar GC and Beaumont G. (1992) The SmithKline Beecham 'quality of life' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research.*; 1:385-395.
39. World Health Organization (1957): Measurement of levels of health: Report of a study group. *WHO Technical Report Series* No. 137.
40. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J and Gregory WM. (1988) Who should measure quality of life, the doctor or the patient?. *Brit J Cancer.*; 41: 243-50.
41. Wiklund I, Lindvall K, Swedberg K. (1986) Assessment of quality of life in clinical trial. *Acta Med Scand.*; 220: 1-3.

42. López-Salazar F.F. (1995) Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y en hemodiálisis (estudio comparativo). Tesis para obtener el grado de especialista en psiquiatría. Facultad de Medicina UNAM.
43. Ferrel BR, Hassey D, Dow K and Grant M. (1995) Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research.*; 4: 523-531.
44. De Haes JCJM and van Knippenberg FCE. (1989) Quality of life instruments for cancer patients " Babel's tower revisited". *J Clin Epidemiol.*; 42: 123-41.
45. Gilbar O. (1991) The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Soc Sci Med.*; 32: 1337-40.
46. Aarson NK. (1991) Methodological issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer.*; 67: 844-50.
47. De Leval N. (1995) Scales of depression, ill-being and the quality of life- is there any difference? An assay in taxonomy. *Quality of Life Research.*; 4: 259-269.
48. Lara-Muñoz MC, Ponce de León S y de la Fuente JR. (1995) Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cancer. *Rev Invest Clin.*; 47: 315-27.
49. Dunbar GC, Stoker MJ, Hodges TCP and Beaumont G (1990) The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life. *Brit J Med Economics.*; 54: 221-228.
50. Gill MI and Feinstein RA. (1994) A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA.*; 272: 619-626.
51. Caraveo JJ. (1997) Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatría.*; 13: 2-5.

52. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S and Ware J. (1989) The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA.*; 262: 914 -919.
53. Endicott J, Nee J, Harrison W and Blumenthal R. (1993) Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology bulletin.*; 29: 321-326.
54. Lonqvist J, Sintonen H, Syvalahti E, Appelberg B, Koskinen T, Mannikko T, Mehtonen OP, Naarala M, Sihvo S, Auvinen J and Pitkanen H. (1994) Antidepressant efficacy and quality of life in depression : a double-blind study with moclobemide and fluoxetine. *Acta Med Scand.*; 89: 363-369.
55. Lonqvist J, Sihvo S, Syvalahti E Sintonen H, Kiviruusu O and Pitkanen H. (1995) Moclobemide and fluoxetine in the prevention of relapses following acute treatment of depression. *Acta Psychistry Scand*; 91:189-194.
56. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W and Spritzer K. (1995) Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry.*; 52: 11-19.
57. Walker V, Streiner DL, Novosel S, Rocchi A, Levine MA and Dean DM. (1995) Health-related quality of life in patients with major depression who are treated with moclobemide. *J Clin Psychopharmacol.*; 15: 61S- 67S.
58. Thunedborg K, Black CH and Bech P. (1995) Beyond the Hamilton Depression scores in long treatment of manic-melancholic patients :prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychother Psychosom.*; 64: 131-140.

59. Mazumdar S, Reynolds CF, Houck PR, Frank E, Dew MA and Kupfer DJ. (1996) Quality of life in elderly patients with recurrent major depression: a factor analysis of the general life functioning scale. *Psychiatry Research.*; 63: 183-190.
60. Partonen T and Lonnqvist J, (1996) Moclobemide and fluoxetine in treatment of seasonal affective disorder. *J Affect Disord*; 41:93-99.
61. Simon GE, VonKorff M, Heiligenstein JH, Revicki DA, Grothaus L, Katon W and Wagner EH. (1996) Initial antidepressant choice in primary care. Effectiveness and cost of fluoxetine vs tricyclic antidepressant. *JAMA*; 275:1897-1902.
62. Leidy Nk, Palmer C, Murray M, Robbj and Revicki DA. (1998) Health-related quality of life assesment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder *J Affect Disord.*;48:207-214.
63. Wheatley Dp, van Moffaert M, Timmerman L and Kremer CME. (1998) Mirtazapine: Efficacy and tolerability in compsrison with fluoxetine in patients with moderate to severe major depressive dosorder. *J Clin Psychiatry*; 59:306-312.
64. Newhouse PA, Krishnan RR, Doraiswamy M, Richter EM, Batar ED and Clary CM. (2000) A double-blind comparison of sertaline and fluoxetine in depressed Elderly Outpatients *J Clin Psychiatry*;61: 559-568.