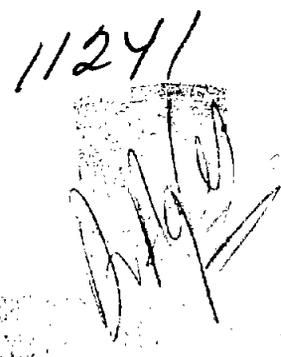


11241


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

TESIS

para el grado de especialista en psiquiatría

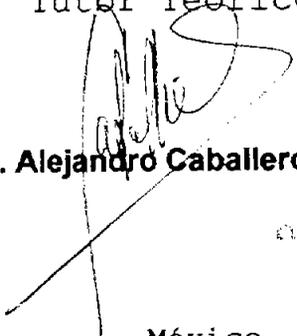
**“RELACIÓN DEL ANTECEDENTE DE ABUSO
SEXUAL Y LA SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA”**

que presenta la

DRA. MARÍA AURORA CONTRERAS GARZA

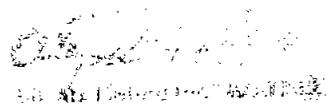
Tutor Teórico

Tutor Metodológico


Dr. Alejandro Caballero Romo


Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

México, Distrito Federal, Febrero de 2004





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.

María Aurora
Contreras Garza
01 abr. 04

Agradecimientos

A Dios

Por permitirme aprender y descifrar sus misteriosos designios, aquellos que tenía reservados para mí.

A Eréndida, mi madre

Para ti principalmente es esta meta. Por que de ti, y no de nadie más, aprendí el coraje, la pasión, la entrega, a "ser de diez". Por haber estado conmigo en esos momentos adversos, ¿te acuerdas?. Te amo.

A Jesús, mi padre

Porque me enseñaste, con tu ejemplo, a luchar por las cosas que uno quiere, a pesar de los obstáculos. Por tu fé en mí, aunque todos digan que soy tu hija consentida. Por tratarme como adulta. Te amo.

Para Edgar y Omar, mis hermanos.

Porque siempre digo que tengo un hermano que es genio y otro que es genial. A ti Edgar, por los boletos de avión y el patrocinio, por esa visión analítica que reconforta. A Wendy y esa semillita que es Valeria. A ti Omar, por tu interminable ánimo de fiesta. Los amo.

Lic. Carlos Francisco Cisneros Ramos

Por su "no pasa nada" y su valor. Mi agradecimiento eterno.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"

Por mi adiestramiento, por la formación dentro y fuera de sus paredes.

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Por haberme elegido. Y cobijarme en su regazo de madre, jefa, tutora. No sólo eso, por su ejemplo de lo que es ser una "buena psiquiatra" y más aún: excelente persona.

Dr. Juan Luis Calzada y Dr. Sergio Escobedo

Por su contención, comprensión, guía, y el espacio para poder llorar. Por cada sábado.

A todas las pacientes, que participaron y nos compartieron su dolor.

Lisandro

Por "todo lo que viene", juntos!.

A la familia Tomme, por albergarme en su casa; a mis amigas "genéricas": Jose, Nash, Liz, Areli, Lorena, por su solidaridad femenina y "los congresitos". A ti Ana, por ser como el espejo que me da luz al reflejarse. A todos mis maestros y compañeros residentes: "de todo y de todos se aprende".

Indice

Introducción	4
Antecedentes históricos	6
Sintomatología Clínica	10
Epidemiología	14
Etiopatogenia	
Factores genéticos	16
Factores psicológicos	17
Abuso sexual	20
Abuso sexual y trastornos de la alimentación	26
Justificación	28
Planteamiento del problema	29
Hipótesis	29
Objetivo	29
Material y métodos	
Tipo de estudio	31
Variables	31
Sujetos	32
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	33
Procedimiento	33
Análisis estadístico	34
Resultados	
Sociodemográficos	36
Variables clínicas	39
Abuso sexual	47
Discusión	51
Conclusión	54
Bibliografía	55
Anexo 1	63
Anexo 2	68
Anexo 3	73

Introducción

Todo ser vivo, para mantenerse como tal, precisa alimentarse. La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto del comer. No caben dudas: sin comer, sin comer en cantidad suficiente, sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud. Pero la comida no es sólo nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ha visto obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida –los alimentos- y el acto del comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión.

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta *socialidad* del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer en solitario suele ser una práctica incómoda, ligeramente desasosegante, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social.

La comida deglutida puede ser de alta calidad y exquisitamente cocinada, pero sentar como un tiro y resultar aversiva, o incluso ser rechazada o vomitada, si la situación es tensa, conflictiva o aborrecible. Y, a la inversa, un alimento discretísimo desde todos los puntos de vista puede saber a gloria en situaciones gratificantes.

Si el comer puede, y suele revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el *no* comer. El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, así como de la amplia galería de candidatos a serlo, se practican al principio casi siempre en función de la delgadez. El ayuno y la abstinencia han sido asociados, culturalmente, a la salvación, la penitencia, el ascetismo y la culpa; hoy, la restricción alimentaria, practicada extensamente, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Pero se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Sólo mediante un cuerpo delgado se pretende lograr la aceptación social y, por ende, la aceptación de uno mismo. Para muchas mujeres, únicamente mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente.

Antecedentes históricos

Anorexia Nervosa

La palabra "anorexia" es utilizada en la literatura médica haciéndola sinónimo de la falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektus* (Cervera, 1995).

Durante la Edad Media, mantenerse sin comer, era sinónimo de Santidad. Durante 1373, Catharina Benincasa "subsistía de pan, agua y vegetales". Recién iniciada en la vida religiosa en la adolescencia y tras el fallecimiento de sus hermanas decidió "entregar su vida de manera exclusiva a Dios". En un corto lapso de tiempo, Catalina perdió la mitad de su peso. Tiempo después se convertiría en Santa Catalina de Siena. A su muerte, la difusión de su vida determinó una notable cantidad de seguidoras en todo el ámbito católico. Se inició así una serie de mujeres que involucradas en la religión presentaron lo que ahora sabemos es un trastorno alimentario. Verónica Guliani (Santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Santa Wilgefortis, Columba de Rieti e Ida Lovaina no son más que algunas de las más significativas y conocidas de estas mujeres. De 1200 a 1500, época de la Edad Media, la causa de la restricción alimentaria era de índole religiosa (Toro, 1991).

Richard Morton, médico inglés, describió en 1689, en su obra *Phthisiologia or a treatise of consumptions* un cuadro clínico que denominó "*Consumción Nerviosa*", cuya degeneración corporal fue atribuida a una perturbación del sistema nervioso así como a "tristeza y preocupaciones ansiosas" (Toro, 1991).

En Francia, durante 1798, Pinel, en su tratado de *Nososgraphie philosophique*, en su capítulo dedicado a las *neurosis de digestión*, incluyó a la bulimia, la anorexia y la pica. En opinión de Pinel, la anorexia era una “neurosis gástrica”. En 1859, Louis-Victor Marcé, describió, en Francia de manera cuidadosa un cuadro clínico de anorexia llamándolo “*delirio hipocondríaco*” (Raich, 1994).

Fue Laségue quien describió la “*anorexia histérica*” en 1873. Identificó la anorexia histérica se iniciaba entre los 15 y los 20 años. La evolución de la enfermedad se dividía en tres etapas: la primera donde la paciente restringe alimentos y aumenta su actividad física y “recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden de incrementar su alimentación”. La segunda donde hay un empeoramiento del estado mental de la paciente, la menstruación se hace irregular y se intensifica la constipación intestinal. La tercera donde hay un deterioro físico evidente. La atención que la familia dedicaba a estas pacientes llevó a Laségue a señalar que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres (Toro, 1991).

Gull, médico inglés, en 1874 acuñó el nombre de “*anorexia nervosa*” donde describía un cuadro clínico que coincidía en prácticamente todos los contenidos esenciales descritos por Laségue. Gull afirmó que no conocía el trabajo de Laségue. Por lo que ambos médicos realizaron observaciones semejantes sobre el mismo género de pacientes y durante el mismo período de tiempo (Cervera, 1995).

Para Sigmund Freud la anorexia era una "neurosis nutricional". Durante el siglo XX , fueron varios psiquiatras, casi todos de formación psicoanalítica los que influyeron en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Entre ellos, la psiquiatra Hilde Bruch, quien reconoció que el tratamiento psicoanalítico no era eficaz para la anorexia nervosa. Posteriormente la italiana Selvini Palazzoli, pronosticó el incremento de los casos de anorexia nervosa después de la segunda guerra mundial. Indiscutiblemente Minuchin, dio un gran aporte al profundizar en la dinámica familiar y su análisis sistémico (Raich, 1994).

Bulimia Nervosa

En el griego la palabra *limos* significaba "hambre", el prefijo *bou* significa buey, el término resultante se traduce como "hambre voraz". Durante la Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial. El penitente, mediante la emesis, arrojaba de sí sus pecados (Toro, 1991).

Fue, en 1398, cuando Trevisa utilizó por primera vez la palabra "bulimia". Inicialmente sólo significaba apetito inmoderado, no implicando vómitos ni otros procedimientos afines. En principio, el carácter festivo, gozoso, aparentemente voluntario, negaría el carácter patológico de estos comportamientos. En 1743, James, describe el *boulimus*, cuadro donde algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar tras la ingestión de grandes cantidades de alimento provocado por "un humor ácido contenido en el estómago". En 1959, Stunkard, fue quien describió el *binge eating syndrom*, así denominado por el autor basándose en su similitud con los excesos ingestivos de alcohol en enólicos (Toro, 1991).

De hecho fue Rusell en 1979, quien describe la bulimia nervosa propiamente dicha. En sus criterios diagnósticos, junto con los atracones y las conductas compensatorias de los mismos, hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición *sine qua non*. Tal descripción fue recogida por el DSM-III en 1987. Rusell ha sugerido que la forma de manifestarse la anorexia nervosa se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX al constituirse la bulimia en una parte característica del cuadro clínico. Subraya que este cambio es un ejemplo de un fenómeno más general de *patoplasticidad*, es decir, de la *maleabilidad de una enfermedad bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales modificadas* (Cervera, 1994).

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Anorexia Nervosa

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal del mínimo esperado (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexigénicos y diuréticos, etc.

El trastorno suele iniciarse a partir del inicio de la adolescencia, pero en los últimos tiempos se está constatando un descenso de la edad de inicio. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que "obliga" a mantener la restricción alimentaria. La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre, y suele carecerse de conciencia de enfermedad. La desnutrición una vez establecida, produce alteraciones de todo orden, especialmente del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que puede dar lugar a amenorrea en las mujeres y a la pérdida de interés y potencia sexuales en los varones. La desnutrición puede dar lugar a todo tipo de síntomas, signos y trastornos: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrio hidroelectrolíticos, trastornos gastrointestinales (Hetherington, 2001).

Junto a los trastornos somáticos ya enumerados y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio (Zlotnick, 1996).

Junto a este estado disfórico permanente, las preocupaciones alimentarias se hacen auténticamente obsesivas, y la alimentación y los alimentos constituyen de continuo ocasión de múltiples ritualizaciones. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación se distorsionan convirtiéndose en absurdos, irracionales y desadaptativos. Los alimentos pueden no ingerirse, pero en cambio sí pueden ser masticados, exprimidos, almacenados.

Autoestima y autoimagen acostumbran ser sumamente negativos. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y, por consiguiente del comportamiento. Por ejemplo, la dedicación al estudio es superior al normal al igual que con los deportes. El anoréxico restrictivo prototípico, peca de hipercontrol (Toro, 1991).

Las relaciones interpersonales siempre están alteradas. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la disforia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente con su progresiva desnutrición (Sanders, 1995).

La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo a lo largo de la vida entre los casos de anorexia nervosa ha sido muy alta, incluso de 25%, se han encontrado

síntomas obsesivo-compulsivos en una gran mayoría de pacientes con anorexia nervosa (Sanders, 1995).

En estas pacientes, las estimaciones de quienes consumen sustancias han oscilado entre 12% y 18%, apareciendo este problema principalmente entre quienes pertenecen al subtipo compulsivo/purgativo (Waller, 1992).

Bulimia Nervosa

Se caracteriza por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimentos significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En un principio el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón (Toro, 1991).

Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes y diuréticos. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también frecuentes. Estas limitaciones alimentarias constituyen una característica que emparenta con la anorexia nervosa, así como también la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo, y la excesiva influencia de la misma en la determinación de la autoestima. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente parece solucionarse mediante el atracón (Pope, 1992).

El paciente bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria; de ahí la frecuencia, en bulímicos, del consumo de alcohol y sustancias, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o trabajo, e incluso de robos y mentiras. En la bulimia nervosa, la comorbilidad psiquiátrica, especialmente con trastornos por ansiedad y afectivos, también es relevante (Steiger, 1994). Se ha observado que entre las personas con bulimia nervosa, 22.9% cumple los criterios de abuso de alcohol (Kendler, 2001).

Los pacientes que tienen peso normal y bulimia nervosa, tienen más tendencia a presentar características de los trastornos del grupo B, especialmente la impulsividad, la afectividad y los rasgos narcicistas (Weiss, 1999).

Se ha considerado que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa que presentan al menos un trastorno de personalidad puede ser de 77% (Braun, 1994), de 69% (Kinzi, 1994), de 62% (Wonderlich, 1990), de 33% (Ames-Frankel, 1992) y de 23% (Chu, 1990).

Se ha detectado el consumo de sustancias en hasta 30%-37% de pacientes con bulimia nervosa (Tobin, 1996).

Se conocen diagnósticos de depresión mayor comórbida o distimia en 50%-75% de los pacientes con anorexia y bulimia nervosa (Shriver, 1993). Las estimaciones de la prevalencia del trastorno bipolar suelen estar alrededor de 4% a 6%, pero la cifra se sitúa hasta en 13% (Matsunaga, 1998).

EPIDEMIOLOGÍA

Anorexia Nervosa

En el momento actual, y en el mundo occidental, sufre de anorexia nervosa del 0.28% de la población general y entre el 1 y el 2% de las muchachas adolescentes. La proporción de varones y mujeres es, aproximadamente, de 1 a 10. La incidencia para mujeres de anorexia nervosa es de aproximadamente 8 por 100,000 habitantes por año. Para las mujeres entre los 15 y 24 años la incidencia es mucho mayor. El índice de mortalidad es de 5.9%. Dentro de las causas de mortalidad se encontró: 54% mueren como resultado de una complicación del trastorno alimentario, el 27% por suicidio y el 19% por otra causa desconocida (Nielsen, 2001).

Bulimia Nervosa

Se estima que su prevalencia a lo largo de la vida sea alrededor de 1% de la población femenina y del 0.1% en hombres. La prevalencia entre los varones es diez veces menor. La incidencia para bulimia nervosa en mujeres es de 13 por 100,000 habitantes por año. (Nielsen, 2001). Del 25 al 30% de los pacientes tratados por bulimia nervosa tienen antecedentes de anorexia (Klump). El índice de mortalidad es del 0.3% (Nielsen, 2001).

Trastorno por atracón

Su prevalencia lo largo de la vida es de 2.6%. Se encuentra en el 1.5% de mujeres y en el 0.9% de hombres. El índice de mortalidad, según un estudio de Jorgensen es, de aproximadamente el 0.43% (Nielsen, 2001).

ETIOPATOGENIA

Factores genéticos

La evidencia en familias, gemelos y estudios de genética molecular sugieren que hay una vulnerabilidad biológica y genética. Estudios en familias sugieren que hay un riesgo de 7 a 12 veces más de padecer anorexia o bulimia en los familiares de pacientes con trastornos alimentarios que en el resto de la población general. (Klump, 2001).

En gemelos monocigotos los estudios sugieren que entre el 58% al 76% existe concordancia en anorexia, y 54% al 83% de la varianza en bulimia puede ser estimada por factores genéticos. Esta heredabilidad estimada es similar a la encontrada en estudios de esquizofrenia y de trastorno bipolar, sugiriendo que tanto la anorexia como la bulimia quizá estén genéticamente influenciadas, como un trastorno tradicionalmente visto como biológico. (Klump, 2001.). Estudios recientes en gemelos, sugieren que la insatisfacción corporal, la conciencia del peso y la alimentación, la preocupación por el peso, en el 32% al 72% de la concordancia, pueden ser estimados por factores genéticos. Así mismo el trastorno por atracón, los vómitos autoinducidos, y la restricción alimentaria, se ha encontrado que tienen una heredabilidad entre el 46% y 72% (Hetherington, 2001).

Los estudios del Minnesota Twin Family Study (MTFS), examinaron la conducta alimentaria, la preocupación por el peso, en una muestra de 680 gemelos de 11 años de edad y no se encontró ninguna influencia genética. Esta misma muestra se examinó cuando cumplieron 17 años de edad y encontraron una varianza del

52% al 57% en estas mismas anomalías de la conducta alimentaria (Hetherington, 2001). Los investigadores hipotetizan que hay una relación, mediada genéticamente, entre estas anomalías de la conducta alimentaria y las hormonas ováricas que se activan durante la pubertad y que pueden observarse en estos estudios en edades diferentes.

Algunos estudios han mostrado mayor frecuencia del alelo -1438/A del gen del receptor 5-HT_{2a} en mujeres con anorexia comparados con controles. Otros hallazgos sugieren que hay una posible asociación entre el gen receptor de 5-HT_{2a}, el gen UCP-2/UCP-3, y el gen receptor B de estrógeno en anorexia nervosa (Klump, 2001).

Factores psicológicos

La edad puberal y adolescente es, sin duda, el principal factor individual de riesgo. Los cambios corporales de esta etapa del desarrollo obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen corporal tras su imprescindible evaluación.

Las discrepancias entre el propio cuerpo o su imagen y el modelo "oficial" suelen interpretarse en contra del propio cuerpo. En este apartado hay dos áreas de interés, la relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y la anorexia y entre el trastorno límite de personalidad y la bulimia (Kelifield, 1994).

Las pacientes con anorexia presentan en múltiples estudios, altos niveles de perfeccionismo y personalidad obsesiva, y el perfeccionismo es un factor de riesgo

para la depresión y es un predictor de respuesta negativa para tratamiento psicoterapéutico (Favaro, 1999).

En las pacientes con bulimia presentan frecuentemente baja autoestima, varios autores han encontrado en sus estudios, rasgos y trastornos narcicistas en estas pacientes (Deep, 1999). Otro rasgo de personalidad es la impulsividad, que se encuentra en muchas bulímicas. De manera similar el trastorno límite que se caracteriza por la impulsividad también es frecuente en bulímicas (Garner, 1982).

También se ha estudiado por nuevas investigaciones la potencial predisposición de la impulsividad del trastorno límite para el desarrollo de un trastorno alimentario. La presencia de rasgos histriónicos de la personalidad es un factor de riesgo en pacientes bulímicos para la comorbilidad con abuso de sustancias (Nagata, 1999; Rorty, 1994).

Otros estudios sugieren que las pacientes bulímicas que muestran automutilación, abuso de sustancias y altos niveles de impulsividad están más asociados con historias de maltrato infantil, de abusos sexuales durante la infancia (Waller, 1994; Thompson, 2001).

En estudios psicodinámicos se ha descrito a los pacientes con anorexia nervosa como personas que tienen dificultades con la separación y la autonomía (a menudo manifestadas en relaciones de dependencia con los padres), con la regulación de la afectividad (incluida la expresión directa de ira y de agresividad), y con la negación del desarrollo psicosexual. Estas deficiencias pueden hacer que las mujeres anoréxicas sean más vulnerables a las presiones culturales para conseguir una imagen corporal estereotipada (Toro, 1991).

Se ha descrito a las pacientes bulimia nervosa como personas que tienen dificultades con la regulación de los impulsos como resultado de la ausencia de participación de uno de los progenitores (normalmente la madre). También se ha descrito la bulimia nervosa como un estado del yo disociado, resultado de deficiencias en la autorregulación, y representado por enfados y ataques de ira contra el propio cuerpo debido a necesidades sádico-masoquistas (Martínez-Taboas, 1991).

Una vez instalada la enfermedad, los conflictos familiares son muy frecuentes. No obstante parece existir cierta tendencia a que los miembros de las familias de bulímicas sostengan un exceso de implicaciones mutuas, propendan a manifestaciones de hostilidad y no siempre tengan presentes las necesidades afectivas de los hijos (Weiss, 1999). En las familias de pacientes con anorexia suele haber un estilo educativo sobreprotector, al tiempo que se ha verificado un exceso de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad (Waller, 1992).

ABUSO SEXUAL

Debido a que el abuso sexual de niños es un tema tan delicado, existen pocos estudios de población a partir de los cuales se pueda estimar su prevalencia. Los pocos estudios que existen y la amplia evidencia indirecta sugieren que el abuso sexual de niños y adolescentes es un fenómeno ampliamente extendido. En los Estados Unidos, por ejemplo, los estudios muestran que de 27 al 62% de las mujeres recuerdan por lo menos un incidente de abuso sexual anterior a los 18 años de edad (Peters, Wyatt y Finkelhor, 1986). Las agresiones sexuales pueden provocar tanto lesiones físicas como un profundo trauma emocional. Definición de abuso sexual: "cualquier actividad sexual que involucrara contacto con un perpetrador cinco años o más, mayor que la víctima, quien es menor de 16 años" (Braun, 1994; Finkelhor, 1986).

Las sobrevivientes de violación exhiben una variedad de síntomas inducidos por el trauma –pesadillas, depresión, falta de concentración, trastornos del sueño y la alimentación y sentimientos de ira, humillación y autoacusación. Además, 50 a 60% de las víctimas experimentan problemas sexuales, incluyendo el miedo al sexo, problemas de excitación sexual y un funcionamiento sexual disminuido (Burnam, 1988). Los efectos malignos de la violación no resultan sorprendentes considerando la violencia física, psicológica y moral que ella implica (Breslau, 1991).

Un estudio en Estados Unidos halló que las víctimas de violación eran nueve veces más proclives a cometer intentos de suicidio y dos veces más susceptibles a la depresión profunda que las mujeres sin este antecedente (Kilpatrick, 1990; Heiss, 1994). Los estudios de seguimiento han demostrado que las sobrevivientes de violación presentan mayores índices de trastorno por estrés postraumático prolongado que las víctimas de otras experiencias traumatizantes (Norris, 1992; Heiss, 1994). Algunos expertos consideran que las mujeres víctimas del abuso y la agresión sexual constituyen el grupo individual más grande con problemas de estrés postraumático y que la violación es el evento individual con más probabilidad de causar estrés postraumático (Foa, 1987; Heiss, 1994). Los estudios que dan seguimiento a las víctimas a través del tiempo muestran que las consecuencias traumáticas de la violación pueden persistir durante muchos años. Un estudio de validación de la Prueba del Síntomas después de la Violación (Rape Aftermath Symptom Test- RAST), demostró que el instrumento podía distinguir los síntomas de las víctimas de violación de los que no lo habían sufrido en intervalos de hasta tres años después de la violación (Kilpatrick, 1988; Heiss, 1994). De acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos, una de cada cuatro mujeres que han sido violadas presentan síntomas disfuncionales después de entre cuatro y seis años del asalto (Hanson, 1990). Incluso después de muchos años, las mujeres que han sido sexualmente asaltadas son significativamente más propensas a ser calificadas dentro de 10 diagnósticos psiquiátricos diferentes incluyendo: depresión, abuso de alcohol, trastorno por estrés postraumático, abuso de drogas, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada,

trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de identidad disociativo. La tasa de riesgo relativo para estos diagnósticos en sobrevivientes de violación y agresión sexual, es aproximadamente dos veces mayor (Koss, 1990).

En Canadá, una comisión del gobierno estimó que una de cada cuatro niñas y uno de cada diez niños son agredidos sexualmente antes de los 17 años (Bagdely, 1984). La mayoría de las violaciones son cometidas por miembros de la familia u otras personas a quienes la víctima conoce. En realidad, las estadísticas judiciales y los datos de los centros de crisis por violación muestran que en más de 60% de los casos de violación la víctima conoce a quien la comete. La percepción corriente de la violación como un delito cometido por un "extraño" está penosamente desencaminada.

La investigación en los Estados Unidos ha mostrado que alrededor de la quinta parte de las víctimas de abuso sexual infantil exhibe serios efectos psicológicos de largo plazo (Browne y Finkelhor 1986). Pueden incluir respuestas disociadas y otros indicadores de trastorno por estrés postraumático, como excitación sexual crónica, pesadillas, escenas retrospectivas e insensibilidad emocional. Burnam en 1988, utilizando técnicas multivariadas, demostraron que las mujeres incluídas en la encuesta del Área de Captación Epidemiológica de Los Ángeles (Los Ángeles Epidemiological Catchement Area) que habían sido abusadas sexualmente en su infancia, eran más que doblemente propensas que sus pares no abusadas (58.6% contra 24.0%) a presentar al menos un diagnóstico psiquiátrico en sus vidas. Las víctimas que eran abusadas por un padre o un padrastro, cuyos asaltos involucraron contacto genital y cuyo acoso implicó el uso de la fuerza, parecen

estar altamente expuestas a efectos de largo plazo (Browne y Finkelhor 1986). Es difícil distinguir claramente los efectos físicos y emocionales del abuso sexual porque las complicaciones psicológicas de largo plazo se manifiestan a menudo como problemas físicos. La victimización sexual temprana también puede dejar a las mujeres con menos habilidades para protegerse a sí mismas, menos seguras de su valor y de sus límites personales, y más aptas para aceptar la victimización como parte de su ser femenino. Estos efectos pueden aumentar las posibilidades de una futura victimización (Koss, 1990). Las experiencias sexuales traumáticas a temprana edad, han sido asociadas aun riesgo mayor de violación entre mujeres de escuelas superiores (Koss y Dinero, 1989). Recientes estudios también vinculan la victimización sexual temprana con conductas de alto riesgo en la adolescencia y en la edad adulta, incluyendo uso excesivo de drogas y alcohol, sexo sin protección con múltiples parejas, prostitución y embarazo adolescente (Zieler, 1991; Finkelhor, 1987).

Hay una larga lista de síntomas que los médicos en Estados Unidos y Canadá han notado en los niños que han sido abusados sexualmente. Estos incluyen: miedo, compulsividad, hiperactividad, fobias, culpa, depresión, trastornos del estado de ánimo, ideación suicida, fatiga, pérdida del apetito, alteraciones en el patrón del sueño y la alimentación, hostilidad, masturbación compulsiva y problemas escolares. La conducta más comúnmente observada entre los niños abusados en edad escolar es: agresividad (50%), conducta antisocial (45%), miedo (45%), conducta sexualizada (36%), neuroticismo (38%), e inmadurez (40%). Estas investigaciones sugieren que hay algunas conexiones entre el abuso sexual y la

prostitución, trastorno de personalidad múltiple, y trastornos de la alimentación (Finklehor, 1987).

La estimación de la prevalencia del abuso sexual se dificulta por el subreporte, los diferentes criterios diagnósticos y la resistencia de las víctimas para revelar información aún en "settings" terapéuticos (Sheldon, 1988). Se han reportado en investigaciones anteriores una elevada tasa de abuso sexual en la infancia en la población general, los índices reportados se citan entre el 10 al 30% (Connors y Morse, 1993). Es bien conocido que una historia de eventos traumáticos puede jugar un papel etiológico en el desencadenamiento o mantenimiento de trastornos psiquiátricos. Se han reportado tasas desproporcionadamente elevadas de abuso sexual en la infancia entre ciertos grupos de pacientes psiquiátricos adultos.

Starr (1988), señaló que los factores de riesgo para presentar abuso sexual en la infancia eran: 1) ser niña; 2) ser un hijo ilegítimo; 3) ser el último hijo de una familia numerosa o 4) nacer con un defecto congénito. Korbin, en 1981, quien hizo un énfasis en el aspecto sociocultural del abuso sexual en la niñez tiende a relacionarse con los siguientes factores: el valor que se le da a la niñez en la sociedad, el que unos niños sean menos valorados que otros (por ejemplo: los niños que sufren de discapacidad), expectativas culturales sobre el desarrollo del niño y el grado en que el cuidado de niños está relacionados a estructuras familiares y comunitarias.

Finkelhor, describió en 1987, lo que él consideró los 5 factores de alto riesgo para el abuso sexual durante la infancia: vivir sin uno de sus padres biológicos; un menor cuya madre se encuentra fuera de casa por trabajo o por enfermedad; niños cuyos padres tienen conflictos maritales; infantes que refieren tener una

relación pobre con los padres o que son sujetos a disciplina extremadamente punitiva y los niños que tienen un padrastro.

Entre las características que se han encontrado en las familias y principalmente en los padres que perpetúan algún tipo de abuso sexual son que presentan autoestima baja (Spinetta,1978); impulsos agresivos (Vize, 1995) y depresión (Waller, 1992).

Martínez-Taboas, describió en 1991, que los niños que sufrían de abusos sexuales se caracterizaban por ser menores difíciles de manejar, que exhibían llantos frecuentes e irritables y con temperamento volátil; hizo notar que "el niño con más posibilidad de ser abusado es el que es demasiado inquieto o uno que resulta muy difícil de supervisar".

ABUSO SEXUAL Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Connors y Morse en 1992, describieron que el abuso sexual fue reportado en el 30 al 65% de pacientes con trastornos alimentarios. Algunos investigadores han sugerido que el abuso sexual puede causar un rechazo con los caracteres sexuales femeninos, manifestándose a través de la resistencia a tener una silueta corporal típicamente femenina. Se ha encontrado que las experiencias sexuales no deseadas es más alta entre los trastornos alimentario y de éstos con mayor frecuencia entre las bulímicas que las pacientes con anorexia nervosa restrictiva. Entre los estudios anteriores que han observado por separado los distintos subtipos de trastornos alimentario el abuso sexual ha sido reportado en 4 a 53% de las mujeres con anorexia nervosa comparado con el 12% al 75% de las pacientes con bulimia nervosa (Lacey, 1990). Esto puede sugerir que hay una fuerte asociación entre el abuso sexual y la conducta bulímica que entre abuso sexual y trastorno alimentario tipo restrictivo (Rorty, 1994). Deep en 1999, concluyó que el abuso sexual ocurrió previo al trastorno de alimentación, pero solo el 40% reportó abuso sexual, poniendo en duda la hipótesis de que el abuso sexual es significativo para la etiología de los trastornos alimentarios.

En otro estudio se demostró que los pacientes con trastorno alimentario que habían sido abusados sexualmente presentaron con mayor frecuencia un trastorno de la personalidad que aquellos sin historia de abuso (McClelland, 1991).

Se ha sugerido que la relación entre abuso sexual y trastornos alimentarios es mediada perfectamente por variables intermedias con la ansiedad y la disociación (Kent, 1999).

La investigación en el área de abuso sexual en la infancia está plagada de problemas metodológicos, como la muestra clínica o el grupo de control (Smolak, 1990). Además los datos son recolectados retrospectivamente de mujeres adultas que han recibido tratamiento para trastornos alimentarios u obesidad (Widom, 1997).

Investigaciones anteriores sugieren que el abuso sexual *per se* no causa un trastorno de alimentación, pero puede determinar la naturaleza de estos trastornos cuando éstos han sido moderado por otros factores (Wonderlich, 1997).

Pope, en 1992, concluyó en su investigación que el abuso sexual en la infancia no era un factor de riesgo para bulimia nervosa, y que éste no se presentaba en mayor incidencia que en la población general, pero que los factores metodológicos exageraban los índices de abuso sexual.

JUSTIFICACIÓN

Se ha encontrado que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria que provienen de familias donde ha ocurrido abuso sexual presentan con mayor frecuencia: trastornos depresivos, abuso de sustancias y disfunción familiar. Y esto complica el ya de por sí difícil manejo de los trastornos de la conducta alimentaria.

En la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" con frecuencia se ha encontrado el antecedente de abuso sexual en las pacientes que asisten. Sin embargo algunas de estas pacientes no expresan el antecedente de abuso sexual, sino hasta que han pasado hasta más de seis meses de acudir a tratamiento.

Se ha reportado en la literatura que documentar el antecedente de abuso sexual es metodológicamente muy complicado, pues la información se obtiene en forma retrospectiva e influye una cierta distorsión de la memoria, más aún, tratándose de un evento de índole traumática.

Por lo anterior y dado que en México no se ha investigado la relación de el antecedente de abuso sexual y su relación con la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria, consideramos importante efectuar este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe una relación entre la presencia del antecedente de abuso sexual y los signos y síntomas en las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria ?

HIPÓTESIS

-La presencia del antecedente de abuso sexual influye en la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria

OBJETIVO

Objetivo general

Investigar si existe una relación entre la presencia del antecedente de abuso sexual y los signos y síntomas en pacientes con diferentes subtipos de trastorno de la conducta alimentaria, comparadas con pacientes con trastorno de la conducta alimentaria que no refieren el antecedente de abuso sexual.

Objetivos específicos

- Investigar la presencia o ausencia del antecedente de abuso sexual en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
- Comparar la frecuencia del antecedente de abuso sexual entre los diferentes subtipos diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria.
- Comparar al grupo de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria con antecedente de abuso sexual con pacientes con el mismo diagnóstico que no refieren el antecedente de abuso sexual.
- Investigar las características del antecedente de abuso sexual entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

- Descriptivo
- Transversal
- Comparativo
- Retrospectivo

Variables

Independientes: Diagnóstico de trastorno alimentario

Dependientes: Abuso sexual y síntomas y signos clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria

Sujetos

La muestra se obtuvo de las pacientes que acudieron a la consulta de primera vez en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente", que hasta diciembre de 2002 contaba con 672 pacientes. A 411 se les había preguntado acerca del antecedente de abuso sexual. Un grupo de 36 pacientes: 12 que aceptaban el antecedente de abuso sexual y 24 que no lo referían, no contaban con un diagnóstico determinado de algún trastorno de la conducta alimentaria, por lo cual se excluyeron. Estas 375 pacientes conforman el total de la muestra, que se dividió en dos grupos: el grupo que sí refirió el antecedente de abuso sexual y el grupo sin el antecedente. A 261 pacientes restantes, nunca se les había interrogado sobre el antecedente de abuso sexual.

Criterios de inclusión

- Sexo femenino
- Que reunieron los criterios diagnósticos del DSM-IV para anorexia, bulimia o trastorno de alimentación no especificado (Anexo 1).
- Que aceptaran voluntariamente participar en la entrevista
- Entre 15 y 50 años de edad
- Que supieran leer y escribir

Criterios de exclusión

- Presencia de síntomas psicóticos al momento de la entrevista
- Retraso mental

Procedimiento

Durante la entrevista para elaborar la historia clínica de pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se preguntaron los criterios diagnósticos para cada trastorno alimentario. Se pesó y midió a cada paciente, con lo que se determinó el Índice de Masa Corporal. Se registraron antecedentes familiares, personales, ginecológicos y médicos, abuso de sustancias, intentos suicidas, autolesiones. En forma semiestructurada se recabó

la información sobre, la presencia de atracones, conducta restrictiva, purgativa o compensatoria, amenorrea y lapsos de la misma, en sí el estado actual y la evolución del trastorno alimentario (Anexo 2). Se preguntó acerca del antecedente de abuso sexual de acuerdo a la hoja diseñada para ello (Anexo 3).

Todos estos datos fueron capturados en una hoja de concentración de datos por los psiquiatras y posteriormente fueron vaciados en una base de datos previamente diseñada.

Análisis estadístico

Se realizó un meta-análisis para probar independencia condicional entre las variables de síntomas y grupo, controlando por diagnóstico; utilizando la prueba de Cochran Mantel-Haenszel (CMH) en el programa SPSS versión 10.0.

Para el análisis estadístico, la muestra se dividió en tres grupos de acuerdo al diagnóstico, de la siguiente manera:

1. Anorexia Nervosa (restrictiva y compulsivo-purgativa). (AN)
2. Bulimia Nervosa (purgativa y no purgativa). (BN)
3. Trastorno de alimentación no especificado (1 al 6). (TANE).

De acuerdo a la presencia o ausencia del antecedente de abuso sexual, la muestra se dividió en dos grupos:

- 1) Con el antecedente de abuso sexual. (AS +).
- 2) Sin el antecedente de abuso sexual. (AS -).

Por lo tanto la muestra se constituyó con los siguientes grupos:

- Anorexia nervosa y antecedente de abuso sexual . (AN+)
- Anorexia nervosa sin antecedente de abuso sexual. (AN -)
- Bulimia nervosa con antecedente de abuso sexual. (BN +)
- Bulimia nervosa sin antecedente de abuso sexual. (BN -)
- Trastorno de alimentación no especificado con antecedente abuso sexual.
(TANE +)
- Trastorno de alimentación no especificado sin antecedente de abuso sexual. (TANE -).

A los perpetradores se les agrupó de la siguiente manera:

- Familiar de primera línea: padre, padrastro, hermano y pareja.
- Familiar de segunda línea: abuelo, tío, primo.
- Extrafamiliar: compañero, amigo, vecino, amigo de los padres, cuñado, maestro.
- Desconocido.

RESULTADOS

Sociodemográfico

La muestra estuvo conformada por 375 mujeres, todas pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría. De acuerdo al diagnóstico: 36 pacientes tenían anorexia restrictiva y compulsivo-purgativa (9.6%), 247 pacientes tenían bulimia purgativa y no purgativa (65.8%) y 92 pacientes tenían algún trastorno de alimentación no especificado (24.5%) . (Tabla 1).

TABLA 1. POR GRUPO DIAGNÓSTICO

N= 375 pacientes		
	n	%
Anorexia Nervosa	36	9.6
Bulimia Nervosa	247	65.8
Trastorno de Alimentación No Especificado	92	24.5

Al comparar a las pacientes con el antecedente de abuso sexual (AS+) con las pacientes sin el antecedente de abuso sexual (AS-) encontramos que: el promedio de edad en el grupo AS + fue de 22.7 ± 5.68 años y en las AS - de 20.2 ± 5.83 años. Las pacientes con AS + tenían una escolaridad promedio de 12.2 ± 2.94 años y las AS - de 11.6 ± 2.60 años.

El promedio de edad de inicio del padecimiento fue a los 16 años. No existieron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de edad, la edad de inicio del padecimiento ni en la escolaridad entre ambos grupos (Tabla 2).

TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

	N= 375 AS+ n=85 (22.75%)	AS- n=290(77.25%)
Edad	22.7 ± 5.68	20.2 ± 5.83
Edad de inicio del padecimiento	16.2 ± 4.10	16.3 ± 3.97
Años de escolaridad	12.2 ± 2.94	11.6 ± 2.60

La mayoría de las pacientes fueron solteras, menos de un tercio casadas, y un porcentaje muy pequeño divorciadas o separadas .

En cuanto a la ocupación, más del 50% de las pacientes no tienen una actividad remunerada y menos del 20% están desempleadas, el resto recibe remuneración por sus servicios.

Con respecto a la religión de las pacientes, arriba del 60% son católicas en el grupo de AS+ y casi el 80% en el grupo AS - . En los porcentajes de pacientes que no practican alguna religión se observó una marcada diferencia entre grupos (AS+ 31% vs AS- 13%) (Tabla 3).

TABLA 3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		N= 375			
		AS+	%	AS-	%
Estado Civil	Casadas	14	17	15	5
	Solteras	69	81	266	92
Ocupación	Remunerada	20	24	46	15
	No Remuneradas	65	76	244	85
Religión	Católica	53	63	228	79

Variables clínicas

En cuanto a las variables clínicas, el diagnóstico de anorexia se realizó en 36 pacientes (9.6%), de bulimia en 247 pacientes (65.8%) y de TANE en 92 pacientes (24.5%) del total de la muestra (N=375). (Tabla 4).

TABLA 4. POR GRUPO DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL

	AS + n= 85		AS - n= 290		TOTAL n=375	
		%		%		100%
ANOREXIA	6	7	30	10.3	36	9.6
BULIMIA	58	68.2	189	65.1	247	65.8
TANE	21	24.7	71	24.4	92	24.5

Controlando por el tipo de diagnóstico se cruzaron todos los signos y síntomas con los grupos que tuvieron o no el antecedente de abuso sexual.

El meta-análisis identificó que las variables: 1,4,5,6,7,11,17,18,19 y 20 como significativas al cruzarlas con el antecedente de abuso sexual, las demás variables no mostraron significancia alguna (Tabla 5). Es decir que las pacientes con antecedentes de abuso sexual presentaron con más frecuencia dichas conductas.

TABLA 5.

n/total	VARIABLE	N	CMH	p
	1 ATRACÓN	354	12.65	0.0005 *
	2 VÓMITOS AUTOINDUCIDOS	353	1.34	0.2460
	3 RESTRICCIÓN ALIMENTARIA	344	0.83	0.3620
	4 USO DE LAXANTES	352	4.48	0.0340 *
	5 USO DE DIURÉTICOS	353	5.54	0.0180 *
	6 USO DE ANFETAMINAS	351	14.64	0.0005 *
	7 USO DE ENEMAS	344	18.18	0.0005 *
	8 USO DE MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS	267	0.19	0.6660
	9 EJERCICIO EXCESIVO	352	1.27	0.2590
	10 EJERCICIO TIPO COMPULSIVO	168	0.00	0.9490
	11 CONDUCTA PURGATIVA	352	5.27	0.0220 *
	12 CONDUCTA RESTRICTIVA	343	0.62	0.3650
	13 CONDUCTA COMPENSATORIA	353	0.81	0.3670
	14 INSATISFACCIÓN CORPORAL	124	0.54	0.4610
	15 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	354	0.39	0.5280
	16 AMENORREA	349	0.81	0.3690
	17 FAMILIAR SANGUÍNEO CON T.C.A.	353	28.53	0.0005 *
	18 INTENTOS SUICIDAS	124	6.44	0.0200 *
	19 ABUSO DE ALCOHOL	110	10.98	0.0010 *
	20 CONSUMO DE SUSTANCIAS	109	4.24	0.0390 *

Al cruzar con la variable de *atracones*, la prueba de independencia condicional de CMH resultó significativa ($p < 0.001$). Esta diferencia significativa se debe a que 49 (92.5%) pacientes BN+ se atraca, en comparación con los otros dos grupos donde solo se atraca alrededor del 50% (Tabla 6).

TABLA 6.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	ATRACÓN	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	3 50%	3 50%
	AUSENTE	9 30%	21 70%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	49 93%	4 8%
	AUSENTE	128 72%	51 29%
TANE	PRESENTE	11 58%	8 42%
	AUSENTE	26 39%	41 61%

En el uso de laxantes se encontró diferencia significativa ($p=.034$), esto quiere decir que 4 (66.7%) de las pacientes con AN+ utilizaron laxantes, en comparación con solo 24 (45%) de las BN + y 8 (42%) de las TANE+ (Tabla 7).

TABLA 7.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	USO DE LAXANTES	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	4 67%	2 33%
	AUSENTE	6 20%	24 80%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	24 45%	29 55%
	AUSENTE	63 35%	115 65%
TANE	PRESENTE	8 42%	11 58%
	AUSENTE	21 32%	45 68%

En el uso de diuréticos se encontró una diferencia significativa ($p=.018$) debida a que en el grupo AN+ el 50% de las pacientes los utiliza en contraste con los otros dos grupo, en los cuales solo el 10% de las pacientes las utiliza (Tabla 8).

TABLA 8.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	USO DE DIURÉTICOS	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	3 50%	3 50%
	AUSENTE	2 7%	28 93%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	8 15%	45 85%
	AUSENTE	17 10%	162 91%
TANE	PRESENTE	3 16%	16 84%
	AUSENTE	5 8%	61 92%

El 20.8% de los pacientes BN + consumieron *anfetaminas*, y no más del 17% en los otros dos grupos, esto arrojó una diferencia significativa de ($p=.000$).

(Tabla 9).

TABLA 9.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	USO DE ANFETAMINAS	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	1 17%	5 83%
	AUSENTE	2 7%	27 93%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	11 21%	42 79%
	AUSENTE	10 6%	168 94%
TANE	PRESENTE	3 16%	16 84%
	AUSENTE	3 5%	63 96%

También hubo significancia ($p=.000$) en el grupo AN + donde el 33.3% de los pacientes utilizaron *enemas*; en el grupo TANE + ninguna paciente utilizó *enemas*. En general un alto porcentaje de pacientes en todos los grupos no utilizó *enemas*.

(Tabla 10).

TABLA 10.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	USO DE ENEMAS	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	2 33%	4 67%
	AUSENTE	1 4%	25 96%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	8 15%	45 85%
	AUSENTE	3 2%	174 98%
TANE	PRESENTE		19 100%
	AUSENTE	1 2%	62 96%

En la conducta purgativa se observó una diferencia significativa ($p=.022$) ya que el 98.1% de las BN+ utilizaron esta medida, comparados con los demás grupos, en las que menos del 85% no se purgaban. (Tabla 11).

TABLA 11.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	CONDUCTA PURGATIVA	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	4 80%	1 20%
	AUSENTE	19 63%	11 37%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	52 98%	1 2%
	AUSENTE	150 84%	29 16%
TANE	PRESENTE	13 68%	6 32%
	AUSENTE	44 67%	22 33%

Al probar la relación con familiares con trastorno de la alimentación, se puede observar que en las paciente, fue más frecuente (66.7%) en AN+ ésta es diferente5($p<.0005$) entre los grupos diagnósticos: AN- sólo lo presentaron el 3.3%, BN +: 43.4%; BN- 17.3%; TANE+: 52.6% y TANE-: 25.8%. (Tabla 12).

TABLA 12.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	FAMILIARES CON T.C.A.	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	4 67%	2 33%
	AUSENTE	1 3%	29 97%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	23 43%	30 57%
	AUSENTE	31 17%	148 83%
TANE	PRESENTE	10 53%	9 47%
	AUSENTE	17 26%	49 74%

También se observó una diferencia significativa ($p=.002$), respecto a los intentos suicidas, presentándose con mayor frecuencia (100%) en el grupo TANE+. En el resto de los grupos el porcentaje osciló entre el 30 % y 70%. (Tabla 13)

TABLA 13.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	INTENTOS SUICIDAS	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	2 67%	1 33%
	AUSENTE	3 23%	10 77%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	19 70%	8 30%
	AUSENTE	26 39%	41 61%
TANE	PRESENTE		5 100%
	AUSENTE	4 44%	5 56%

El meta-análisis hecho con abuso de alcohol, mostró que la relación de esta variable con los grupos que afirman el antecedente de abuso sexual, con cualquiera de los tres diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, presentaron los porcentajes más altos con abuso de alcohol ($p=0.001$). El grupo que hizo la diferencia, fueron 10 (40%) pacientes BN+.

(Tabla 14)

4

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	ABUSO DE ALCOHOL	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE	1 33%	2 67%
	AUSENTE	1 8%	12 92%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	10 40%	15 60%
	AUSENTE	6 10%	52 90%
TANE	PRESENTE	1 25%	3 75%
	AUSENTE	1 14%	6 86%

La relación de grupo con antecedente de abuso sexual con consumo de sustancias, también resultó diferente entre diagnósticos ($p= .039$). El grupo de AN+ y AN -, ninguna de las pacientes no consumió sustancias. El grupo de BN (+) fue el que presentó el mayor porcentaje (12.5%) de pacientes que consumieron sustancias. Pero estos datos habría que tomarlos con cautela, dado que los pacientes que respondieron a esta variable, conforman una muestra muy reducida. (Tabla 15).

TABLA 15.

DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	CONSUMO DE SUSTANCIAS	
		SI	NO
ANOREXIA NERVOSA	PRESENTE		3 100%
	AUSENTE		13 100%
BULIMIA NERVOSA	PRESENTE	3 13%	21 88%
	AUSENTE	1 2%	57 98%
TANE	PRESENTE		4 100%
	AUSENTE		7 100%

Al analizar la variable de los *vómitos autoinducidos*, no hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos diagnósticos. Sin embargo el grupo BN + mostró con mayor frecuencia *vómitos autoinducidos* (92.5%).

Respecto a las variables de: restricción alimentaria, uso de medicamentos no especificados, ejercicio excesivo, ejercicio compulsivo, conducta compensatoria, conducta restrictiva, insatisfacción corporal, no hubo diferencias significativas en los diferentes grupos.

Sucedió algo parecido con la variable de trastorno de la imagen corporal, donde el porcentaje fue entre 78% al 100% de las pacientes manifestaban trastorno de la imagen corporal, sin embargo no tuvo relevancia estadística.

Respecto a la menarca, al correlacionarla, la prueba de independencia condicional de CMH no resultó significativa. Habría que aclarar que en este rubro, la amenorrea es un criterio diagnóstico para anorexia nervosa, por lo tanto el 100% de las anoréxicas la presentaba, el resto de los grupos el porcentaje era alrededor de 30% .

Abuso sexual

Del total de la muestra de 375 pacientes, 22.75% (85) afirmaron haber sido víctimas de abuso sexual.

El promedio de edad de inicio del abuso sexual fue de 8.2 ± 3.9 años.

De las 85 pacientes con el antecedente de abuso sexual, 6 (7.0%) tenían como diagnóstico anorexia nervosa, 58 (68.2%) bulimia nervosa y 21 (24.7%) algún trastorno de alimentación no especificado.

Por grupo diagnóstico, en las pacientes con AN, el *tipo de antecedente abuso sexual*, más frecuente fue: la violación en 50%, le siguieron los tocamientos con 33.3% y la felación en 16.7%. En el grupo de BN, el tipo de antecedente de abuso sexual más frecuente fueron los tocamientos en 59.5%, la violación (19.0%), los tocamientos y la violación (9.5%); el intento de violación (4.8%) y la felación (4.1%). Respecto al grupo de TANE el tipo de antecedente de abuso sexual más frecuente fueron los tocamientos (50.0%), le siguieron la violación y también los tocamientos y la violación (16.7%); la felación y cunnilingus cada uno con 8.3%.

En las pacientes que presentaron antecedente de abuso sexual, el tipo de abuso sexual más frecuente fue: tocamientos (55.0%), violación (21.7%), tocamiento y violación (10.0%), fellatio (6.2%), intento de violación (4.3%), cunnilingus (1.7%) y también fellatio y tocamientos (1.7%).

TABLA 16. TIPO DE ABUSO

	Cunnilingus	Felación	Intento de violación	Tocamientos	Tocamientos y violación	Violación	Felación y Tocamientos	Total
ANOREXIA		1 16.7%		2 33.3%		3 50.0%		6 100.0%
BULIMIA		2 4.8%	2 4.8%	25 59.5%	4 9.5%	8 19.0%	1 2.4%	42 100.0%
TANE	1 8.3%	1 8.3%		6 50.0%	2 16.7%	2 16.7%		12 100.0%
TOTAL	1 1.7%	4 6.7%	2 3.3%	33 55.0%	6 10.0%	13 21.7%	1 1.7%	60 100.0%

El *perpetrador* más frecuente en las pacientes con AN fue una persona que no perteneció a la familia en el 50% de los casos, después en 33.3% de las pacientes fue un familiar de segunda línea, y en 16.7% un desconocido. En el grupo de BN el perpetrador más frecuente fue un familiar de segunda línea (51%), después un familiar de primera línea (27.72%), posteriormente una persona que no pertenece a la familia (17%) y una persona desconocida en 4.32% de las pacientes. Y en el grupo de TANE el perpetrador más frecuente fue un familiar de primer grado en el 40% de las pacientes, un familiar de segundo grado en 33.3% , un desconocido en el 20% y una persona extrafamiliar en el 6.7% de las pacientes.

TABLA 17. TIPO DE PERPETRADOR

	Familiar de 1a. Línea	Familiar de 2a. Línea	Extrafamiliar	Desconocido	Total
ANOREXIA		2 33.3%	3 50.0%	1 16.7%	6 100.0%
BULIMIA	13 27.7%	24 51.1%	8 17.0%	2 4.3%	47 100.0%
TANE	6 40.0%	5 33.3%	1 6.7%	3 20.0%	15 100.0%
Total	19 27.9%	31 45.6%	12 17.6%	6 8.8%	68 100.0%

En general, sin importar el diagnóstico, el grupo de perpetrador más frecuente fue un familiar de segunda línea (45.6%), después un familiar de primera línea (27.9%), en el 17.6% fue una persona fuera del ámbito familiar, y solo el 8.3% un desconocido.

Específicamente por perpetrador los resultados mostraron que fue un tío (25%), seguido de un primo (16%) y en tercer lugar un desconocido o la pareja (6%). Cabe mencionar que en el 11% del número de abusos, las pacientes se negaron a revelar la identidad del perpetrador.

El 96% de los perpetradores pertenecían al sexo masculino, el 4% restante fueron mujeres.

Respecto a la duración del abuso, en las pacientes BN, 90.0% tenían abuso sexual repetido y el 10% único. En las pacientes con AN, 60% fue repetido, y 40% único. En el grupo de TANE, 83.3% fue repetido y 16.2% fue único. En general sin importar el grupo diagnóstico, el mayor porcentaje de pacientes, presentaron abusos sexuales de forma repetitiva (Tabla 18).

	REPETIDO	ÚNICO
ANOREXIA	60%	40%
BULIMIA	90%	10%
TANE	67%	33%

DISCUSIÓN

En investigaciones anteriores, algunos autores como Deep (1999) encontraron que un alto porcentaje (65%) de pacientes bulímicas presentaban abuso sexual y a su vez de abuso de sustancias, comparadas con pacientes anoréxicas que solo presentaban en un 23% abuso sexuales. Vize y Cooper (1995), reportaron que en su muestra un 25% de pacientes bulímicas habían sido abusadas sexualmente.

Fairburn, (1994) describió que en sus datos sugerían que el número y tipo de abusos sexuales eran distintos entre las mujeres con diferente subtipo de trastorno alimentario. Entre los tres grupos de trastornos alimentarios, encontró que las pacientes con anorexia, tenían un índice comparativamente bajo (23%) de abuso sexual en relación a las bulímicas. En esta misma investigación las pacientes anoréxicas fueron con más frecuencia sometidas a violación, y la edad en la que ocurrió fue aproximadamente 5 años antes del inicio del trastorno alimentario.

Lacey en 1999, describió en su estudio que del 4% al 53% de pacientes con anorexia y del 12% al 75% de bulímicas reportaron abuso sexual.

En nuestro estudio (N= 375), 85 pacientes (22.7%) reportó antecedente de abuso sexual. De esta muestra el 60.2% eran bulímicas, de tal forma que así como en la mayoría de las investigaciones el grupo de bulímicas presenta mayor porcentaje de abuso, esto se confirma en nuestra investigación.

En 1992, Waller, reportó que las pacientes bulímicas se atracan con más frecuencia cuando han sido abusadas. La frecuencia de atracones fue particularmente alta en mujeres que reportaron abuso por su pareja, que envolvía el uso de la fuerza física y que su abuso había ocurrido antes de los 14 años. Las mujeres que con más frecuencia vomitaban, fueron aquellas que reportaron abuso intrafamiliar. De tal forma que en nuestra muestra las pacientes bulímicas con abuso sexual presentaron una diferencia significativa respecto a los atracones, de igual manera mostraron mayor porcentaje de pacientes que se inducían el vómito, y también mayor porcentaje que utilizaba alguna conducta purgativa.

La asociación entre experiencias sexuales no deseadas y trastorno de alimentación aún no está entendida. El fenómeno es complejo y multicausal (Jehu, 1988).

La metodología es un factor crítico en la interpretación de los resultados de cada estudio. La naturaleza de la intervención y la identidad del entrevistador son particularmente importantes (Waller, 1991). Se ha insistido en que a las mujeres con trastorno de alimentación se le cuestione de manera rutinaria (sensitivamente) acerca de alguna experiencia de abuso sexual (Palmer, 1998).

Las experiencias de abuso sexual han sido vinculadas a una gran parte (pero no toda) de la psicopatología de los trastornos alimentarios, especialmente en bulimia (Calam, 1989).

La cuestión si el abuso sexual causa el desarrollo de un trastorno alimentario aún no queda claro. En su estudio, Deep (1999), la muestra que investigó presentó el abuso sexual antes del inicio de algún trastorno alimentario en la mayoría de las pacientes. Sin embargo el hecho de que hubiera ocurrido algún abuso sexual fue solo en el 40% de todas las mujeres con trastorno de alimentación, lo que hace dudar la hipótesis de que el abuso sexual es significativo etiologicamente en la mayoría de los casos de trastorno alimentario.

CONCLUSIÓN

Por diagnóstico el grupo se integró de 9.6% anoréxicas, 65.8% bulímicas y 24.5% TANE. Se encontró que el 22.75% de la muestra reportó abuso sexual. Un porcentaje mayor de pacientes bulímicas que reportó abuso sexual presentó atracones, vómitos autoinducidos, uso de anfetaminas, abuso de alcohol y conducta purgativa, comparadas con los otros grupos diagnósticos. Las pacientes anoréxicas con abuso sexual, mostraron un diferencia significativa en el uso de laxantes, uso de diuréticos, uso de enemas, y sobre todo con mayores porcentajes de tener un familiar sanguíneo con algún tipo de trastorno alimentario. Las pacientes con TANE y abuso sexual, mostraron en mayor porcentaje de intentos suicidas, comparados con los otros grupos diagnósticos.

El grupo que más reportó abuso sexual fue el de las bulímicas. El tipo de abuso sexual más frecuente fueron los tocamientos. Un familiar de segunda línea, fue el perpetrador más frecuente reportado. En todos los grupos se reportaron un alto porcentaje que mostró que el abuso se presentó de manera repetida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ames-Frankel, Jodi. *Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment.* J Clin Psychiatry 1992. 53: 90-96.
2. Bernstein, David. *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.* Am J psychiatry 1994; 151: 1132-1136.
3. Braun, D. *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders.* Psychological medicine, 1994. 24: 859-867.
4. Bryer, Jeffrey. *Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness.* Am J Psychiatry 1987, 144: 1426-1430.
5. Bulik, Cynthia. *Childhood sexual abuse in women with bulimia.* J Clin Psychiatry 1989; 50:12, 460-464.
6. Carmen, Elaine. *Victims of violence and psychiatric illness.* Am J Psychiatry 1984; 141: 378-383.
7. Chu, James. *Dissociative symptoms in relations to childhood physical and sexual abuse.* Am J Psychiatry 1990; 147: 887-892.
8. Davey, Robert. *The variability of practice in interviews used by professionals to investigate child sexual abuse.* Child abuse and neglect 1999; 23: 571-578.
9. Deep, Amy. *Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa.* Int J Eat Disord, 1999; 25: 1-10.

10. Ellis, Elizabeth. *An examination of difference between multiple-and single-incident victims of sexual assault.* J of Abnormal psychology 1982; 91: 221-224.
11. Favaro, Angela. *Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa.* Comprehensive Psychiatry 1999; 40: 57-60.
12. Finkelhor, David. *The sexual abuse of children: current research reviewed.* Psychiatric Annals 1987; 17:4: 233-241.
13. Frank, Ellen. *Psychiatric disorders in rape victims: past history and current symptomatology.* Comprehensive psychiatry 1987, vol.28:1: 77-82.
14. Frank, Ellen. *Past psychiatric symptoms and the response to sexual assault.* Comprehensive psychiatry, 1981, vol. 22, 5: 479-487.
15. Garner, David. *The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates.* Psychological Medicine 1982; 12: 871-878.
16. Graham, Eslië. *Incest reported by children and adolescents hospitalized for severe psychiatric problems.* Am J Psychiatry 1983; 140: 708-711.
17. Heiss, Lori. *Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud. Programa Mujer, salud y desarrollo.* Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Noviembre 1994.
18. Hetherington Marion. *Dysfunctional eating in the eating disorders.* The Psychiatric Clinics of North America, vol. 24, no. 2, junio 2001.
19. Husain, Arshad. *History of incest in girls admitted to a psychiatric hospital.* Am J Psychiatry 1983; 140: 591-593.

20. Kendler, Kenneth S. *Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women*. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 953-959.
21. Kent, Angela. *A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables*. Int J Eat Disord, 1999; 25: 159-167.
22. Kinzli, Johann. *Family background and sexual abuse associated with eating disorders*. Am J Psychiatry 1994; 151: 1127-1131.
23. Kelifield, Erin. *The tridimensional personality questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders*. J Psychiatric Res 1994; 28: 413-423.
24. Klump, Kelly. *The evolving genetic foundations of eating disorders*. The Psychiatric Clinics of North America, vol. 2, no. 2, junio 2001.
25. Lacey, Hubert. *Incest, incestuous fantasy and indecency. A clinical catchment area study of normal-weight bulimic women*. British J of Psychiatry 1990; 157: 399-403.
26. Levitan, Robert. *Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender*. Am J Psychiatry, 1998. 155: 1746-1752.
27. Martínez-Taboas, Alfonso. *Abuso físico durante la niñez: hallazgos, conceptualización y consecuencias*. Revista intercontinental de psicología y educación 1991, volumen 4, No. 1: 57-86.

28. Matsunaga, Hisato. *Psychological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse*. J Nerv Ment Dis 1999; 187: 472-477.
29. Matsunaga, Hisato. *Personality disorders in patient with eating disorders in japan*. Int J Eat Disord 1998. 23: 399-408.
30. McClelland, L. *Sexual abuse, disordered personality and eating disorders*. British J of Psychiatry 1991; 158: 63-68.
31. Moyer, Diane. *Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population*. Int J Eat Disord 1997; 21: 23-30.
32. Nagata, T. *History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviors*. Psychological Medicine 1999; 29: 935-942.
33. Neumark-Stainzer Dianne. *Disordered eating among adolescent: associations with sexual / physical abuse and other familial/psychosocial factors*. Int J Eat Disord 2000; 28:249-258.
34. Nielsen, Soren. *Epidemiology and mortality of eating disorders*. The Psychiatric Clinics of North America, vol. 2, no. 2, junio 2001.
35. Nishit, Pallavi. *History of victimization*. Journal of Abnormal psychology, 2000. 109, 1: 20-25.
36. Norris, Jeanette. *Factors related to the psychological impacts of rape on the victim*. Journal of abnormal psychology 1981, vol. 90, No. 6: 562-567.

37. Palmer, R. L. *Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: and extended series*. British Journal of Psychiatry 1990; 156: 699-703.
38. Pope, Harrison G. *Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa?*. Am J Psychiatry 1992; 149: 455-463.
39. Romans, Sarah. *Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study*. Int J Eat Disord, 2001. 29: 380-392.
40. Rosenfeld, Alvin. *Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients*. Am J Psychiatry 1979; 136: 791-795.
41. Rorty, Marcia. *Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa*. Am J Psychiatry 1994; 151: 1122-1126.
42. Rorty, Marcia. *Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa*. Child abuse and neglect, 1995. Vol. 19, No. 6: 659-667.
43. Sanders, Barbara. *The measurement of psychological maltreatment: early data on the child abuse and trauma scale*. Child abuse and neglect 1995; 19: 315-323.
44. Schmidt, Ulrike. *Childhood adversity and adult defence style in eating disorder patients- a controlled study*. British J of Medical Psychology 1993, 66: 353-362.
45. Shriver, Amy. *Does childhood sexual abuse cause borderline personality disorder?*. Journal of sex and marital therapy, 25: 45-57, 1999.

46. Steiger, Howard. *Childhood abuse and platelet tritiated paroxetine binding in bulimia nervosa: implications of borderline personality disorder*. J Clin Psychiatry 2000; 61: 428-435.
47. Steiger, Howard. *Prognostic implications of stable versus transient "borderline features" in bulimic patients*. J Clin Psychiatry 1994; 55:206-214.
48. Toro Josep. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, 1996.
49. Thompson, Kevin. *Sexual violence and weight control techniques among adolescent girls*. Int J Eat Disord, 2001. 29: 166-176.
50. Tobin, David L. *Coping, sexual abuse, and compensatory behavior*. Int J Eat Disord 1996; 20: 143-148.
51. Vize, Christine M. *Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls*. British J of Psychiatry 1995; 167: 80-85.
52. Waller, Glenn. *Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders*. Child abuse and neglect, 1994, 18: 97-101.
53. Waller, Glenn. *Sexual abuse and severity of bulimic symptoms*. British J of Psychiatry 1992; 161: 90-93.
54. Waller, Glenn. *Sexual abuse an eating disorders*. British J of Psychiatry 1993; 162: 771-775.

55. Weiss, Erica. ***Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates.*** Am J Psychiatry 1999; 156: 816-828.
56. Welch, Sarah L: ***Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons.*** Am J Psychiatry 1994; 151: 402-407.
57. Welch, Sarah L: ***Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study.*** Psychological Medicine 1997; 27: 515-522.
58. Westen, Drew. ***Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II.*** Am J Psychiatry 2001; 158: 547-562.
59. Widom, Cathy. ***Accuracy of adult recollections of childhood victimizations: part 2. Childhood sexual abuse.*** Psychological Assessment 1997; 9: 34-36.
60. Wonderlich, Stephen. ***Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample.*** Am J Public Health 1996; 86: 1082-1086.
61. Wonderlich, Stephen. ***Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders.*** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1107-1115.
62. Wonderlich, Stephen. ***Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children.*** Int J Eat Disord, 2001, 29: 270-279.
63. Wonderlich, Stephen. ***The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications.*** The Psychiatric Clinics of North America, vol.24, no. 2, junio 2001.

64. Zlotnick, Caron. *The relationship between sexual abuse and eating pathology*. Int J Eat Disord 1996; 20: 129-134.

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios del DSM-IV para diagnóstico de Bulimia Nervosa

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

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

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

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

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

D. La autoevaluación está exageradamente influenciada 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 nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de 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 período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia al menos tres ciclos menstruales consecutivos, (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

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

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

Criterios diagnósticos del DSM-IV para Trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria 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 nerviosa, pero las menstruaciones son regulares (TANE 1).

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 (TANE 2).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses (TANE 3).
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas) (TANE 4).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida (TANE 5).
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (TANE 6).

ANEXO 2

HOJA DE DATOS DE LA CLINICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ Años de escolaridad: _____

Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____

Años de escolaridad: _____ Referencia: _____

N° de expediente: _____ Fecha de ingreso: _____

DIAGNÓSTICO CTCA: _____

DX AGREGADOS: _____

SIGNOS NEUROLÓGICOS _____

EEG _____

IMAGEN _____

LABORATORIO _____

EKG _____

EDAD INICIO _____

TX PREVIO _____

ANTROPOMETRÍA

Peso:	Inicio Padecimiento	Actual	Mínimo	Máximo	Ideal

Talla	Talla 2	IMC inicial	IMC actual

ATRACÓN

Frecuencia/semana inicio _____

Frecuencia/semana ACTUAL _____

Promedio inicio _____

Frecuencia máxima previa _____

Frecuencia mínima inicio _____

Frecuencia mínima ACTUAL _____

Tipo de alimento _____

Circunstancial SI () NO ()

Postdieta SI () NO ()

Espontáneo SI () NO ()

Emoción durante _____

Emoción al término _____

VÓMITOS

Método _____

Frecuencia media INICIO _____

Frecuencia/semana INICIO _____

Frecuencia/semana ACTUAL _____

Frecuencia Máxima previa _____

Emociones al término _____

RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

AYUNOS SI () NO () DIETA RESTRICTIVA SI () NO ()

DURACION _____ FRECUENCIA POR AÑO: _____

OBJETIVO _____

ALIMENTOS RICOS EN CALORÍAS: _____

CONTEO CALÓRICO SI () NO ()

USO DE LAXANTES

Tipo del laxante _____

Cantidad días/semana _____

USO DE DIURÉTICOS

Tipo del diurético _____

Cantidad días/semana _____

USO DE ANFETAMINAS

Tipo de anfetaminas _____

Cantidad _____

USO DE ENEMAS

SI () NO () CUALES: _____

USO DE MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS

SI () NO () CUALES: _____

INGESTA DE AGUA

Lts/día INICIO: _____ Lts/día INICIO: _____

EJERCICIO

TIPO _____ Frecia./semana INICIO _____ N° hrs/día ACTUAL _____

PROPOSITO _____ COMPULSIVO SI () NO ()

INSATISFACCIÓN CORPORAL

SI () NO ()

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

SI () NO () PARTES AFECTADAS: _____

AMENORREA

Menarca

Menarca madres y hermanas:

Nº Episodios amenorrea: _____ Duración meses cada episodio: _____

Duración total, meses amenorrea: _____ Antes o después del padecimiento: _____

Ritmo antes del padecimiento: _____ Ritmo después del padecimiento _____

FAMILIARES SANGUINEOS CON TCA

SI () NO () QUIEN: _____

ABUSO SEXUAL

ABUSO FISICO

AUTOAGRESIÓN FISICA

Tipo: _____ Tiempo de evolución: _____

INTENTOS SUICIDAS

Nº intentos al inicio del tratamiento: _____

ABUSO DE SUSTANCIAS

Abuso de OH: SI () NO () Dependencia a OH: SI () NO ()

Otras sustancias: SI () NO () CUALES: _____

APEGO A TX

Meses de tratamiento: _____ Asistencia al tratamiento: _____

Realizó: Dra. Ma. Aurora Contreras Garza



ANEXO 3

INFORMACIÓN SOBRE ABUSO SEXUAL DE LAS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Nombre: _____		
<small>Apellido Paterno</small>	<small>Apellido Materno</small>	<small>Nombre(s)</small>
Edad: _____	Estado civil: _____	Ocupación: _____
Religión: _____	Años de escolaridad: _____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____	
Años de escolaridad: _____	Referencia: _____	
N° de expediente: _____	Fecha de ingreso: _____	

1	Cuando eras pequeña, ¿puedes recordar haber tenido una experiencia que, ahora, tú consideres como abuso sexual?	SI	
		NO	

2	¿Qué tipo de contacto sexual tuvieron? (Por favor describela)		

3	¿Alguna persona te tocó, te obligó a tocarla, te acarició o te obligó a acariciarla, te presionó a tener contacto sexual, aunque tu no quisieras?	SI	
		NO	

4	¿Alguna persona te mostró sus genitales o te obligó a mostrarselos, te obligó a presenciar un acto sexual?	SI	
		NO	

5	¿A que edad te pasó por primera vez?	ANOS	

6	¿Este tipo de experiencias solo te pasarón una vez?	SI	
		NO	

7	Si se repitió, ¿cuántas veces fueron?	VECES	

8	¿Que relación tenía esa persona contigo? Si fueron varios puedes marcarlos a todos	
		Abuelo
		Padre
		Padrastro
		Hermano
		Tío
		Primo
		Vecino
		Amigo
		Compañero
		Desconocido

9	¿Era hombre o mujer?	Hombre
		Mujer

10	¿Que edad calculas que tenía esa persona cuando sucedió esa experiencia?	ANOS _____
----	--	---------------

11	¿Esta persona te amenazó física o verbalmente para que no dijeras a alguien de esta experiencia?	SI	_____
		NO	_____

12	¿Esta experiencia se la platicaste a alguien para pedir ayuda?	SI	_____
		NO	_____

Realizó: Dra. Ma. Aurora Contreras Garza