



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Psicología y Salud

**Diferencias en el perfil psicológico y en la
conducta alimentaria de madres de mujeres
con y sin trastornos alimentarios**

T E S I S

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

presenta

Verónica Vázquez Velázquez

Jurado de Examen de Grado

Directora:

Dra. Lucy María Reidl Martínez (Facultad de Psicología, UNAM)

Comité:

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré (Facultad de Psicología, UNAM)

Dr. Juan Pablo Méndez Blanco (Facultad de Medicina, UNAM)

Dra. Martha Kaufer Horwitz (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán)

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina (Universidad Autónoma del
Estado de Hidalgo)

México, D.F.

Diciembre 2012



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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

- Mi papá Gonzalo Porque tu presencia, tus historias, tus miradas con sonrisa y tu silencio son lo que completa mi vida. Eres el hombre que más admiro y del que aprendí a ser lo que soy. Te adoro papito.
- Mi mamá Grace Porque nunca me siento sola porque sé que estás tu. Cada día me siento más unida a ti. Espero algún día hacerte sentir lo que yo siento con todo lo que me das y haces por mi. Te amo hermosa.
- Mis abuelitos Lupita (†), Pedro (†), Toñita (†) y Gonzalo (†) Porque darle la vida a lo más sagrado que tengo: mis papás. Mis valores, mi mirada, mi afición al América y mis piernas fueron mi mejor herencia.
- Mi hermano Mauricio Eres el mejor hermano mayor del mundo. Gracias por tener siempre respuestas y ese sentido del humor tan tuyo. Gracias por compartir tu casa conmigo. Te adoro manito.
- Mi hermano Marco Eres como mi duvalín, porque tu picardía, cariño e imprudencia no los cambio por nada. Si tú sonrías, haces que haga lo mismo sin importar nada. Te adoro manito.
- Mi hermana Sandra Porque tu corazón y tu cuerpo me dan muchas razones para vivir mejor. Aprendo día a día de tu fuerza. Nunca dejes de sonreír y mucho menos dejes de reír conmigo. Te adoro manita.
- Mis sobrinos Alan, Mauri, Mariana, Pamela, Nathalia y Diego Porque me encanta como nos queremos: con sonrisas, abrazos, platicas, chistes, "enchiladas" y golpes en los brazos. Los adoro hijos.
- Mi tía Mary Eres mi favorita. Tus carcajadas y tu manera de ser me hacen tan feliz que eres indispensable para mí. Por favor, nunca olvides que eres la mejor tercera mamá del mundo.
- Mi prima Adriana Por nuestra infancia, nuestros juegos y por ser mi amiga desde siempre y para siempre. Hemos crecido juntas y así será por los siglos de los siglos. Gracias por Cami y Memo.
- Mi primo Luis Rubén Porque eres mi consentido y lo serás hasta que te vuelva a ver. Lejos o cerca, estoy para ti... Aunque de chiquito te haya tirado.
- Omar Porque llegaste desde hace mucho, pero un día me reencontré en tu mirada y ya no quiero soltarte. Eres un gran compañero. Gracias por darme tanto en tan poco tiempo. Me haces muy feliz corazoncito! Te amo.

- Lore Porque coincidir ha sido un gran regalo de la vida y de Dios. Tu presencia en mi vida me llena de tranquilidad y alegría. Siempre lo pienso: Estaremos juntas por siempre. Arriba mi familia Solis!
- Denise Jefa de mi vida, gurú y amiga incondicional. Eres como mi galleta de la suerte, siempre me dices justo lo que necesito, con un toque de cariño. No me preguntes porqué, pero siento que has salvado mi vida en muchos momentos.
- Claudia Extraño nuestros recorridos en el Instituto, nuestras risas inocentes y una que otra lágrima. Siempre te siento cerca. Muchas gracias por quererme y siempre hacerme sentir importante.
- Marcela Amiga adorada... Tus "marceladas" han hecho mi vida más feliz. Siempre me gusta compartir todo contigo. Prometo siempre tener tiempo para reír y para la psicoterapia.
- Ingrid Amigui, colega, compañera del mismo dolor... Tu alegría/amargura/humor negro/imitaciones hacen el trabajo más llevadero. Gracias por tu chispa.
- Valeria Hijita de mi alma! Has sido mi apoyo durante mucho tiempo y lo serás por siempre. Gracias por tus ocurrencias y por leer mi mente.
- Ricardo Simplemente por ser El Bombón. Tu amistad, nuestras pláticas, carcajadas, dobles sentidos y compañía en silencio hacen mi vida mejor. Gracias por compartir tu parte más sensible y tu bonita familia conmigo.
- Mary Porque tu compañía en todos los buenos y malos momentos ha sido única. Gracias por compartir lo más sagrado que tienes: Ricardo, Sarita y Ricardo.
- Joaco Porque nunca me has abandonado. La risa a tu lado sabe diferente, es única. Gracias por compartirte conmigo y seguir creyendo... A pesar de todo. Siempre juntos!
- Alfredo Gran chiquilín. Eres un amigo cometa, te veo poco pero es increíble cuando sucede. Siempre hay que encontrar tiempo para una psicoterapia, nunca sobra.
- Doris Por tu gran actitud ante la vida, tu alegría, tu bondad y toda tu. Te admiro y quiero mucho.

- Memo Porque ahora eres ese gran amigo al que acudo cuando necesito todo y nada. Gracias por tus palabras y por tu cariño de siempre. No te irás!
- Hilary (†) Por enseñarme a valorarme, porque fuiste auténtico, fuiste mi amigo... y ahora eres mi ángel.
- Mi jefe el Dr. Eduardo García Porque después de tantos años, sigo creciendo a su lado. No imagino mi vida sin su presencia, sus palabras, reflexiones, risas, dudas y tormentas. Gracias por seguir confiando en mí. Recuerde que mi lealtad es para siempre.
- Dr. Leo Porque sigue siendo mi gran amigo. El que me hizo reír y hasta llorar con tan sólo terminar una frase con la palabra: "Licenciada". Lo quiero y llevo en mi corazón.
- Dr. Sergio Porque no sólo cuida lo más sagrado que tengo, que es mi familia, sino también a mí. Gracias por ser como es y siempre buscar una razón para reír.
- Yolis Porque eres mi mamá del INNSZ. No importa la distancia, siempre nos encontramos. Gracias infinitas!
- Sofi Porque esta etapa del doctorado inició con una conversación contigo... y termina con tu ejemplo. Eres una gran amiga, siempre honesta y divertida. Hasta que el Alzheimer nos alcance!
- Jaky Porque fuiste un motor en mi vida y sé que eres un ángel que me acompaña en todo momento.
- Ruth Porque hemos sabido trabajar, crear y hasta reír juntas, después de algunos añitos.
- Maria Luisa Porque después de todos estos años, seguimos conversando y redefiniendo la vida. Eres una mujer admirable y siempre me alientas con tu mirada.
- Ismael Que buen volado resultaste! Ganamos todos. Muchas gracias por ser un gran colega y compañero.
- Natasha Por ser tan buena amiga como psiquiatra. Todos los días aprendo mucho de ti y valoro tu gran actitud ante todo.
- Luci Porque llegaste para quedarte y por esos abrazos con tanto cariño que me das. Eres un impulso día a día.

- Jannet Porque somos parte del mismo equipo y sé que la vida nos llevará juntas por mucho tiempo más.
- Pedro Porque nos conocemos desde chiquititos y aun así no nos hemos ido... Gracias por cuidar a mi familia y amigos que son lo más sagrado para mi.
- Cristina Oñate Por ser mi compañera en este viaje, con profesionalismo y cariño. Gracias por ayudarme a ser mejor cada día y comprender.
- Vero Reyes Porque fuiste la mejor compañera del doctorado. Extrañaré siempre esos buenos momentos. Te admiro y quiero mucho.
- Carlos Por nuestras clases de estadística en la escuela y en Cuernavaca, por nuestras risas y bromas, los enojos, el tiempo juntos y por las cosas que vivimos que hoy recuerdo con cariño cucharita.
- Dr. Luis Rojo Por abrirme las puertas de la UTCA. Aprendí mucho de usted, confirmando que el sentido del humor también es terapéutico. Gracias a Vicen, Emi, Pilar, Mary Carmen, Gemma, Ceci, Marisa y todas las pacientes por su presencia y por la bondad con la que me trataron. Jamás los olvidaré!
- Marisol Por ser cómplices y compañeras en una etapa de vida que llevo en mi corazón.
- Claudia Unikel Porque ha sido un placer conocerte y saber que eres una gran colega, con quien puedo reír y trabajar sin problema. Eres un gran ejemplo para mi.
- Mi tutora la Dra. Lucy Reidl Porque tu manera de abrirme las puertas fue única. Gracias por escucharme, leerme, corregirme con tanto cariño. A tu lado siempre fueron buenos momentos para aprender y reír. ¿Cómo pagarte?
- Mi tutora la Dra. Gilda Gómez PeresMitré Porque sigue conmigo a pesar de los años, los abandonos y la distancia. He aprendido mucho de usted y siempre será un placer verla y conversar. Gracias infinitas.
- Mi tutor el Dr. Juan Pablo Méndez Porque a pesar de las diferencias, siempre tuvimos la oportunidad de acordar. Gracias por cuidar mi trabajo y darme herramientas para defenderlo.
- Mi tutora la Dra. Martha Kaufer Porque además de tutora eres mi amiga, vecina, compañera del mismo dolor y gurú. Sé que cuento contigo siempre y que estamos en las buenas, en las malas y en las peores.

Mi tutora la Dra. Teresita de Jesús Saucedo Porque siempre sentí su gran interés por mi trabajo. Pudo ver los detalles y platicar conmigo, incluso brevemente. Gracias por su tiempo y paciencia.

Mi Facultad de Psicología Porque regresé después de tantos años, sin miedo y con todas las ganas de continuar.

La UNAM Porque es la única que me hace dudar de llevar un águila en mi sangre, para ser azul y oro. Pero no. Mi orgullo radica en pertenecerte. Por mi raza hablará el espíritu.

El INCMNSZ Por tu mística que acompaña cada una de mis palabras frente a pacientes y compañeros de trabajo. Mi compromiso es por siempre. Gracias por darme un lugar.

Mis pacientes y sus madres Porque confiaron su historia, su vida, su dolor y sus dudas en mi. Juntos encontraremos una solución. No los dejaré.

A todos mis amigos que han estado en distintas etapas de mi vida, que me han hecho reír, llorar, disfrutar, conversar, avergonzarme, reflexionar, compartir, vivir... Gracias!

Mis amigas de Las Rosas, con las que aprendí mis alcances y limitaciones, pero sobre todo a reír hasta llegar a la dirección. Adriana Larios, Mariana Salguero, Luz del Carmen Maldonado, Sara Benitez, Dafneé, Alejandra López, Karla Paola Vázquez, Lupita, Rosa y todas las monjitas.

Mis amigos de la preparatoria CUAM, que descubrimos lo maravilloso de la juventud y aún años después lo seguimos compartiendo. Ana Venus Cueva, Gladys García, Rocío Jiménez, Joaquín Mejía.

Mis amigos de la Facultad de Psicología, que se formaron junto conmigo y hoy somos el futuro de México. Nidya Ayhllon, Karla Martínez, Yazmín Pérez, Carlos Vázquez, Armando Calette, Laura Villalva, Roberto Patoni.

Mis amigos de Kerigma, con los que tengo un vínculo para toda la vida. Ricardo Estrada (Pu), Lolita Guadarrama, Hiram Guillén, Monserrat Guadarrama, Hugo Islas, Fernando Dávila, César Ramos, Oscar Ayala, Bubba, Juan Manuel.

Mis amigos del Doctorado, con quienes compartí el conocimiento, estrés, clases, quejas, alegrías y algo más. Héctor Velázquez, Edgar Salinas, Blanca Retana, Chivis, Rodolfo Solís, Victor Rodríguez, Rogelio Flores.

Mis amigos del INNSZ, con quienes he aprendido a ver pacientes y a lidiar con lo imposible. Edgar Pichardo, Mónica Arriaga, Ángel Sierra, Peny Lira, Paola Bedotto, Monserrat, América Chirino, Octavio Leyva, David Velázquez, Mauricio Sierra, Juan Pablo Pantoja, Rossy Gamino, Dr. Carlos Aguilar, Dr. Israel Lerman, Dr. Miguel Herrera, Dra. Ángeles Vargas, Emma Manzanera, Luis Amador, Clarita Cano, Lidia Povedano, Tere Zavala, Lupita Nogues, Mercedes Villa, Dra. Sandra Juárez, Dra. Sandra Rodríguez, Vicky Landa, Javier Pedraza, Jimena Hernández, Marco Melgarejo, Lucy Guillén, Roopa Mehta, Jorge Montalvo, Dr. Juan Carlos López, Verónica Cárdenas.

Mis amigos de vida, que fuimos coincidiendo y nos quedamos... Alejandro González, Araceli Hernández, Bikthor Pilu, Carol, Rosa, Claudia Padula, Mónica, Bux, Jessica, Miguel, Jimena, Cuauhtémoc Lobato, Diana Téllez, Fernando Rojas, Dra. María Luisa Rodríguez, Isaac Ozeri, Mayra Saldaña, Silvia Violante, Fernando González.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Trastornos de la Conducta Alimentaria	5
1.a. Anorexia Nerviosa	5
1.a.1. Historia de la Anorexia Nerviosa	5
1.a.2. Definición y criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa	6
1.a.3. Epidemiología de la Anorexia Nerviosa	8
1.b. Bulimia Nerviosa	9
1.b.1. Historia de la Bulimia Nerviosa	9
1.b.2. Definición y criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa	10
1.b.3. Epidemiología de la Bulimia Nerviosa	11
1.c. Trastorno por Atracón	11
1.c.1. Historia Del Trastorno por Atracón	11
1.c.2. Definición y criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón	12
1.c.3. Epidemiología del Trastorno por Atracón	14
Capítulo 2. Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el papel de la familia	15
2.a. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la familia	15
2.a.1. Antecedentes familiares	15
2.a.2. El enfoque estructural en las familias	17
2.b. Hallazgos sobre la familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria	20
2.b.1. Actitudes y conductas relacionadas con el peso en los padres	21
2.b.2. Conducta alimentaria de los padres	22
2.b.3. Estudios en poblaciones clínicas	24
Capítulo 3. Relación madre-hijo	27
3.a. Teorías del apego	28

3.a.1. La relación madre-hijo según John Bowlby	28
3.a.2. Winnicott y el concepto de la madre “apenas buena”	29
3.a.3. El concepto de fases del desarrollo de Margaret Mahler	30
3.b. Hallazgos de la relación madre-hija	31
3.b.1. Obesidad en la madre	33
3.b.2. Conducta alimentaria de la madre	33
3.b.3. Actitudes de la madre hacia la comida	35
3.b.4. Psicopatología en la madre	39
3.b.5. Estudios en pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria mezclados (pacientes con AN y BN como un mismo grupo)	40
3.b.6. Estudios en pacientes con Anorexia Nerviosa	43
3.b.6.1. La madre de la anoréxica, según Selvini Palazzoli (1999)	43
3.b.7. Estudios en pacientes con Bulimia Nerviosa	44
3.b.8. Estudios en pacientes con Trastorno por Atracón	45
Capítulo 4. Método	46
4.1. Justificación	46
4.2. Planteamiento del problema	46
4.3. Pregunta de investigación	47
4.4. Objetivo general	47
4.5. Objetivo específico	47
4.6. Hipótesis	47
4.7. Variables	48
4.7.a. Variables independientes	48
4.7.a.1. Perfil psicológico de la madre	48
4.7.a.2. Conducta alimentaria	51
4.7.a.3. Índice de Masa Corporal	53
4.7.b. Variables dependientes	54
4.8. Muestreo	54
4.9. Muestra	54

4.9.a. Tamaño de la muestra	54
4.9.b. Características de las madres	55
4.9.b.1. Escolaridad	55
4.9.b.1. Ocupación	55
4.9.b.1. Estado Civil	56
4.9.b.1. Índice de Masa Corporal	56
4.10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	57
4.10.a. Para el grupo de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria	57
4.10.b. Para el grupo de mujeres sin Trastorno de la Conducta Alimentaria (NOTCA, grupo de comparación)	58
4.11. Tipo de estudio	59
4.12. Tipo de diseño	59
4.13. Instrumentos y materiales	60
4.14. Procedimiento	64
4.15. Análisis estadístico	65
Capítulo 5. Resultados	68
5.1. Edad e Índice de Masa Corporal de las madres	68
5.2. Comparación entre los cuatro grupos de madres	70
5.2.a. Comparación del perfil psicológico	70
5.2.b. Comparación de la conducta alimentaria	71
5.3. Análisis discriminante	72
5.3.a. Análisis discriminante entre los cuatro grupos	72
5.3.b. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas con Bulimia Nerviosa	79
5.3.c. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas con Trastorno por Atracón	80
5.3.d. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas sin Trastorno de Conducta	82

Alimentaria	
5.3.e. Análisis discriminante entre madres de hijas con Bulimia Nerviosa y madres de hijas con Trastorno por Atracón	83
5.3.f. Análisis discriminante entre madres de hijas con Bulimia Nerviosa y madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria	85
5.3.g. Análisis discriminante entre madres de hijas con Trastorno por Atracón y madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria	87
5.4. Correlaciones entre madres e hijas	89
5.4.a. Correlaciones entre el perfil psicológico de madres e hijas	92
5.4.b. Correlaciones entre la conducta alimentaria de madres e hijas	97
5.4.c. Correlaciones entre el perfil psicológico y la conducta alimentaria de madres e hijas	101
Capítulo 6. Discusión	103
Capítulo 7. Limitaciones, fortalezas y sugerencias	117
7.1. Limitaciones	117
7.2. Fortalezas	118
7.3. Sugerencias	120
Capítulo 8. Conclusiones	121
Capítulo 9. Referencias	124
Apéndices	143
❖ Apéndice A: Características de las hijas	
❖ Apéndice B: Tablas de correlaciones en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria	
❖ Apéndice C: Entrevista y cuestionarios	

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar si existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria de madres de mujeres con anorexia nerviosa (AN), con bulimia nerviosa (BN), con trastorno por atracón (TA) o sin trastorno de conducta alimentaria (NOTCA). Se incluyeron 133 madres distribuidas por el diagnóstico de la hija: 30 de AN, 30 de BN, 19 de TA y 54 de NOTCA. Se registró el peso, estatura e índice de masa corporal y se les aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron: Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Alexitimia de Toronto, Inventario de Trastorno Alimentario, Inventario de Tres Factores de Alimentación, la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación y una escala de figuras corporales para evaluar la insatisfacción corporal propia y del cuerpo de la hija. Se llevaron a cabo análisis discriminantes para comparar los perfiles de los cuatro grupos. Los resultados señalan que las madres de hijas con AN tienen: mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija que las que tienen hijas con BN, mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija y mayores síntomas de ansiedad que las madres de hijas con TA, mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija y mayores síntomas de ansiedad que las madres de hijas sin trastorno alimentario. Las madres de hijas con BN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija, mayor impulso a la delgadez y mayor inseguridad social que las madres de hijas con TA y mayor IMC, mayor insatisfacción corporal y mayor ineficacia que las madres de hijas sin trastorno. Las madres de hijas con TA tienen un mayor IMC, mayor insatisfacción corporal y mayor ineficacia que las madres de hijas sin trastorno. Las madres de hijas sin trastorno alimentario tienen más escolaridad que las madres de hijas con AN y con BN. Con base en lo encontrado, se puede decir que existen diferentes perfiles de madres de hijas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y sin trastorno de la conducta alimentaria.

Palabras clave: trastornos alimentarios, madres, psicopatología, conducta alimentaria, IMC.

Abstract

The purpose of this study was to identify differences in the psychological profile and eating behavior of mothers of women with anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating disorder (BED) or without an eating disorder (Non-ED). The 133 mothers were classified on the basis of their daughter's diagnosed eating disorder: 30 (AN), 30 (BN), 19 (BED) and 54 (Non-ED). Weight, height, Body Mass Index (BMI) and their answers given to a battery of psychological tests were obtained (Beck's Anxiety and Depression Inventories, Toronto Alexithymia Scale, Eating Disorder Inventory, Three Factor Eating Inventory, Scale for Risk Factors Associated with Eating Disorders and a Corporal Figures Scale to evaluate body figure satisfaction) for their own and daughter's. Discriminant analyses were run to compare the profiles among the four groups. Results indicate that mothers with AN daughters report more dissatisfaction with their child's body than those with BN daughters, more dissatisfaction with their child's body and more anxiety symptoms than mothers with daughters with BED, more dissatisfaction with their daughters body and more anxiety symptoms than mothers with Non-ED daughters. Mothers of BN daughters are more dissatisfied with their daughters' body, more impulse toward thinness and more social insecurity than mothers with daughters with BED, and higher BMI, more body dissatisfaction and more inefficacy than mothers of healthy daughters. Mothers of BED girls, have a greater BMI, more body dissatisfaction and more inefficacy than mothers of Non-ED daughters. Mothers of Non-ED daughters have more school education than mothers with AN and BN. The conclusion is that there are different profiles of mothers of daughters with AN, BN, BED and without eating disorders.

Key words: eating disorders, mothers, psychopathology, eating behavior, BMI.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves y complejas, cuya patogenia incluye una vulnerabilidad psicobiológica individual (genética) y factores ambientales compartidos o no compartidos, como la cultura, el entorno familiar y los acontecimientos vitales (Bulik, 2005; Halmi, 2005; Lo Sauro, Ravaldi, Cabras, Faravelli & Ricca, 2008).

Se sabe que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y sus variantes comparten ciertos atributos, pero que varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Fassino, Daga, Pierò & Delsedime, 2007).

A nivel familiar, la amplia gama de problemas descritos en el funcionamiento de las familias de estas pacientes, señala la importancia de involucrar a todos los miembros de dicha familia en el estudio de la génesis y el tratamiento de los TCA (Minuchin, 1989; Selvini Palazzoli, 1995).

Se sabe que el papel específicamente de la madre, contribuye a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999). Las actitudes y comportamientos de la madre con el embarazo, la lactancia, la conducta alimentaria, la percepción que tienen de sí mismas y de su cuerpo, la preocupación por la delgadez, las dietas restrictivas, la percepción que tienen también del cuerpo de sus hijas, la forma de expresar sus sentimientos negativos hacia sus hijas y sus preocupaciones a la hora de alimentarlas son algunos de los conflictos estudiados en muestras de mujeres con un TCA específico (Anschutz, Kanters, Van Strien, Vermulst & Engels, 2008; Birch & Fisher, 2000; Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts & Colditz, 2001; Jaffe & Worobey, 2006; Tiggemann & Lowes, 2002). Estos estudios obligan a identificar si algunas de estas circunstancias favorecen o no la presencia diferencial de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón; permitiendo también identificar cuáles circunstancias protegen a su vez del desarrollo de algún TCA.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar si existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria de madres de mujeres con anorexia nerviosa, con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón o sin trastorno alimentario, y en caso de haberlas identificar cuáles son.

En el Capítulo 1 se presentan las generalidades de los TCA por separado. Se habla de la historia, la definición, los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) y la epidemiología de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

En el Capítulo 2 se abordan los conocimientos sobre la etiología de los TCA, haciendo énfasis en el papel de la familia. Se comienza hablando sobre los antecedentes familiares, pasando por el enfoque estructural en las familias y finalmente se muestran los hallazgos sobre la familia de pacientes con alguno de los TCA. En este capítulo se presenta lo más relevante sobre algunos estudios genéticos, sobre la influencia y el modelamiento de los padres sobre la conducta alimentaria de sus hijos, sobre la presencia de psicopatología en los padres y algunos aspectos relacionados también con el peso e imagen corporal.

El Capítulo 3 ahonda en la relación madre-hijo, empezando por presentar algunas de las teorías del apego, después se habla de la madre de la anoréxica y los principales hallazgos sobre el papel de la madre en la génesis, desarrollo y mantenimiento del TCA en sus hijos. Este capítulo permite dilucidar sobre la importancia que tiene el peso corporal, las actitudes, las conductas, la psicopatología, las preocupaciones y percepciones de la madre sobre la presencia de alguno de los TCA estudiados en este estudio.

En el Capítulo 4 se explica la metodología del presente estudio, desde el planteamiento del problema, la definición de las variables, la descripción de la muestra y el análisis estadístico. En el Capítulo 5 se presentan los resultados, en el Capítulo 6 la discusión, en el Capítulo 7 las limitaciones y sugerencias, y finalmente en el Capítulo 8 las conclusiones.

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

“Un gorrión en un jaula de oro... que no desea otra cosa
que escapar y volar por su cuenta.”

Hilde Bruch

La jaula dorada

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingestión de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo, lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo, que aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Fassino, Daga, Pierò & Delsedime, 2007).

1. a. Anorexia nerviosa (AN).

“Tenía lo que se denomina vida interior y no sabía que la tenía.

Vivía de sí misma como si comiese sus propias entrañas.

La mayor parte del tiempo, sin saberlo,
tenía el vacío que llena el alma de los santos.

¿Era una santa? Al parecer...”

Clarice Lispector

La hora de la estrella

1.a.1. Historia de la Anorexia Nerviosa.

La palabra anorexia proviene del griego que significa falta o ausencia de apetito. Porta (1496-1554) efectúa la primera descripción de este trastorno. Posteriormente Morton (1694) la designa con el nombre de “atrofia nerviosa”. A fines del siglo XIX, Lasègue

(1873) y Gull (1874) hacen referencias a causas psicológicas de este cuadro, destacando su vinculación con las afecciones histéricas. Es aquí cuando surge el término “anorexia nerviosa”. En el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. Bell (1910) analiza a las mujeres que aparecieron entre el siglo XII y el XV describiendo a la “anorexia santa”, catalogada como el equivalente de anorexia nerviosa contemporánea, especialmente por la búsqueda del perfeccionismo y la delgadez, símbolos medievales del férreo autocontrol de apetencias mundanas para alcanzar la beatitud (Behar & Figueroa, 2004).

En 1914, Simmonds puso de manifiesto una forma de debilitamiento generalizado del organismo, o caquexia, debido a la necrosis de la glándula hipófisis. Los endocrinólogos que lo siguieron consideraron que la anorexia mental se debía a una insuficiencia global de la glándula hipófisis y que, por consiguiente, en lo esencial dependería de un tratamiento endocrino. Fue a partir de los años cincuenta del siglo XX cuando se comenzó a considerar la idea del origen exclusivamente psicológico de la enfermedad. Crisp (1967) hablaba de una “fobia al peso” y Russell (1970) se refería a un “miedo mórbido a la gordura”. Garfinkel y Garner (1986) señalaban que lograr un peso decreciente se convierte en un signo de dominio, control y virtud. Crisp, en 1984, comparaba a las anoréxicas con las ascetas por su “disciplina, frugalidad, abstinencia y control de las pasiones” y analiza la anorexia como el resultado de la determinación para mantener “a raya el impulso de ingerir” y como consecuencia de una “vigilancia y negación sin término”. De igual manera, Bruch (1985) presentaba a la persona anoréxica como alguien con un “aura de fuerza especial y disciplina sobrehumana” (Ogden, 2005).

Hoy en día no cabe duda de que interrumpir la alimentación es lo que induce los diferentes trastornos endocrinos y neuroendocrinos, no a la inversa (Apfeldorfer, 2004).

1.a.2. Definición y criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa.

La anorexia nerviosa es un trastorno del comer caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para la edad y la talla.

Los criterios definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, según el DSM-IV-TR

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir al 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 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 de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, 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). La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.

- Tipo Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Existen algunos casos que no presentan atracones, pero que recurren a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Nota. De "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR 4ta. ed. Texto Revisado)" por American Psychiatric Association, 2002, pp.659-660.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) proporciona criterios equivalentes a los del DSM-IV-TR, excepto en que la pérdida de peso es definida como un índice de masa corporal [IMC = peso (kg)/ estatura (m)²] de menos de 17.5. Esta medida es considerada un indicador más confiable de la severidad de la merma ponderal. Además, este manual homologa la presencia de amenorrea en la mujer con un descenso del interés y potencia sexuales en el varón.

1.a.3. Epidemiología de la Anorexia Nerviosa.

Afecta en su mayoría a mujeres. La proporción de pacientes masculinos contra los femeninos es de 1:10. La prevalencia es de 0.5 a 1% en niñas adolescentes (DSM-IV-TR, 2002).

La edad de aparición de la AN alcanza un máximo entre la adolescencia media y la tardía, siendo entre los 15 y 17 años la edad más común de inicio. Se presume que la prevalencia de mujeres jóvenes que poseen algunos síntomas de AN sin satisfacer los criterios diagnósticos se aproxima al 5%. Ha sido en los últimos años cuando ha habido un incremento de la alteración en mujeres premenárquicas y en hombres (DSM-IV-TR, 2002).

No está claro si el aumento en su frecuencia se debe a factores, tales como los cambios en la proporción de mujeres jóvenes en la población mundial, la mayor conciencia e información acerca del trastorno tanto en los ámbitos profesionales como públicos, la mejoría en la detección y en la derivación de los casos, entre otros (Behar & Figueroa, 2004; Ogden, 2005).

Hasta hace algún tiempo la AN era más frecuente en clases socioeconómicas media-alta y en países de occidente. Sin embargo, en el presente se ha visto que también afecta a estratos más bajos y a países en vías de desarrollo (Behar & Figueroa, 2004; Ogden, 2005).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada en el 2003, no reportó casos de anorexia (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro,

Rojas, Zambrano, Casanova & Aguilar, 2003); lo cual no significa que no existían personas afectadas en esa época y que este dato se deba probablemente al método utilizado.

1. b. Bulimia Nerviosa (BN).

“No sé si debo tratar de seguir la cronología de los hechos o abandonarme a los recuerdos.

Tal vez intente vomitar en palabras lo que durante meses vomité en silencio.

Alimentos engullidos como enajenada, para obligarme a callar,

o para llenar ese inmenso vacío interior.

Vacío demasiado grande para mi cuerpo de mujer joven.

Vacío que me corroía desde adentro, que amenazaba con devorarme.”

Jean Molla

Sobibor

1.b.1. Historia de la Bulimia Nerviosa.

El término se deriva del griego *boulimia*, que quiere decir “hambre voraz”, e inicialmente se utilizó para describir la avidez de alimento acompañada de sensaciones de debilidad (Apfeldorfer, 2004). La expresión “bulimia nerviosa” fue utilizada por primera vez por Russell en 1979 para describir una variante de la anorexia nerviosa en 30 de sus pacientes; este autor señaló que constaba de tres factores: un poderoso e inevitable impulso para comer que conduce a episodios de exceso en el alimento; evitación de los efectos de engorde de la comida induciendo el vómito, abusando de purgantes o ambas cosas, y un temor mórbido a engordar. En 1980 se introdujo el término "bulimia" en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980) basado en la descripción realizada por Stunkard (1959). En 1987 la versión revisada del DSM III (DSM III-R, 1987) modificó el término y concepto de bulimia, sustituyéndolo por el de "bulimia nerviosa" (BN) que se centraba en los criterios expuestos por Russell, con lo que quedaban excluidos los individuos que no utilizaban métodos compensatorios para evitar el aumento de peso provocado por los atracones (Russell, 1979).

Las descripciones de la bulimia nerviosa se centran en el autocontrol, pero a diferencia de la AN, se resalta la ausencia de este autocontrol.

Por ejemplo, Cooper y Taylor (1988) afirmaban que “los episodios de comida excesiva e incontrolada constituyen una característica central” de la bulimia; Cooper y Fairburn (1986) la describían como el resultado de “una profunda y angustiante pérdida de control sobre la comida”, y “el ansia irresistible de comer” era fundamental en los criterios diagnósticos establecidos por Russell (1979). Fairburn (1984) definía la ingestión masiva y compulsiva como “episodios de comida que se viven como excesivos y fuera del control del sujeto” (Ogden, 2005).

1.b.2. Definición y criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa.

Los criterios del DSM-IV-TR para bulimia nerviosa se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa del DSM-IV-TR

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

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en 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 (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad 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.
- Ejercicio excesivo.

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

Especificar el 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.

Nota. De “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR 4ta. ed. Texto Revisado)” por American Psychiatric Association, 2002, pp. 665.

1.b.3. Epidemiología de la Bulimia Nerviosa.

Afecta en la gran mayoría a mujeres con un promedio de edad alrededor de los 20 años. La incidencia es marcadamente mayor en mujeres que en hombres (1:9) (DSM-IV-TR, 2002).

La prevalencia en EUA oscila entre el 1 y 13%. Se ha estimado que entre el 10 y el 14% de las estudiantes universitarias presenta síntomas bulímicos. Actualmente es el trastorno alimentario más común en la práctica clínica (Behar & Figueroa, 2004).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se encontró una prevalencia de 1.8% en mujeres de 18 a 29 años de edad, quienes al menos una vez en la vida han presentado el TCA (Medina-Mora et al., 2003).

1.c. Trastorno por atracón (TA).

“Lo que era para mi un combate –aunque no supiera todavía contra quién– para él era una enfermedad.”

Jean Molla

Sobibor

1.c.1. Historia del Trastorno por Atracón.

Se considera que el interés por lo que hoy se conoce como trastorno por atracón (TA) se inició cuando Stunkard describió en una muestra de pacientes obesos un síndrome caracterizado por la presencia de atracones (Stunkard, 1959).

En 1980 se introdujo el término "bulimia" en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980) basado en la descripción realizada por Stunkard (1959). Durante los siguientes años se observó que esta definición incluía tanto a las personas que presentaban atracones y conductas purgativas como a las que sólo tenían atracones.

En 1987 la versión revisada del DSM III (DSM III-R, 1987) modificó el término y concepto de bulimia, sustituyéndolo por el de "bulimia nerviosa" (BN) que se centraba en los criterios expuestos por Russell, con lo que quedaban excluidos los individuos que no utilizaban métodos compensatorios para evitar el aumento de peso provocado por los atracones (Russell, 1979).

Diversos investigadores como Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing y Marcus (1991), señalaron la necesidad de clasificar a estos individuos en una categoría diagnóstica diferenciada. Finalmente, con la edición del DSM-IV (1994) aparecieron dos innovaciones importantes: en primer lugar la BN se dividía en los subtipos purgativo y no purgativo; en segundo lugar se propuso un nuevo trastorno en el apéndice B de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, llamado "trastorno por atracón".

A pesar de que el TA no es aún un diagnóstico formal y en la actualidad entra en la categoría de trastornos alimentarios no especificados (TANE), en la práctica clínica es una categoría ampliamente aceptada. A raíz de su aparición en el DSM-IV, el TA ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones con el fin de aclarar aspectos referentes a su naturaleza y definición, así como su validez como constructo.

1.c.2. Definición y criterios diagnósticos para Trastorno por Atracón.

El TA se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de las conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN. Los criterios según el DSM-IV-TR se observan en la Tabla 3.

Tabla 3

Criterios para el diagnóstico del Trastorno por Atracón, según los criterios del DSM-IV-TR

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

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en 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 (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad que se está ingiriendo).

B. Los atracones se asocian con tres o más de estos síntomas:

Ingesta mucho más rápida de lo normal.

Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho.

Ingesta de grandes cantidades de alimento a pesar de no tener hambre.

Comer a solas para esconder su voracidad.

Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

•Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia con estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

Nota. De “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR 4ta. ed. Texto Revisado)” por American Psychiatric Association, 2002, pp. 877-878.

Los pacientes con TA y obesidad difieren claramente de los obesos sin TA en muchos aspectos clínicos; suelen presentar obesidad e inicio de dietas restrictivas a edades más jóvenes y pasar mucho más tiempo en intentos infructuosos de pérdida ponderal (de Zwaan, Mitchell, Seim, Specker, Pyle, Raymond & Crosby, 1994; Kuehnel & Wadden, 1994), tendiendo a considerarse con mayor sobrepeso (Mussell, Mitchell, de Zwaan, Crosby, Seim & Crow, 1996), a mostrar más baja autoestima, a presentar afectos negativos como respuesta a la evaluación externa de su peso y conducta alimentaria

(Eldredge & Agras, 1997) y a tener mayores dificultades para interpretar las sensaciones de hambre y saciedad (Kuehnel & Wadden, 1994).

Comparados con obesos sin TA, los pacientes con TA y obesidad puntúan significativamente más alto en escalas que miden insatisfacción corporal, deseo de delgadez y desinhibición (Mussell, Peterson, Weller, Crosby, de Zwaan & Mitchell, 1996; Yanovski, Leet, Yanovski, Flood, Gold, Kissilef & Walsh, 1992). Diversos estudios han mostrado que los obesos con TA en comparación con obesos sin TA, tienden tanto a ingerir mayor cantidad de comida cuando se les indica que tengan un atracón como a comer de más en las comidas normales (de Zwaan et al., 1994; Mitchell, Crow, Peterson, Wonderlich & Crosby, 1998; Yanovski, et al., 1992).

1.c.3. Epidemiología del Trastorno por Atracón.

En la Tabla 4 se observan los datos de epidemiología más relevantes del TA. Es un trastorno muy frecuente entre las personas que tienen obesidad, con una distribución similar por género y que es diagnosticado relativamente tarde en el ciclo de vida, dada la edad de inicio y la edad de diagnóstico.

Tabla 4

Datos generales sobre la epidemiología del TA

Población general	1 a 5%
Obesos que acuden a tratamiento	10 a 30%
Distribución por género (fem:masc)	3:2
Etnicidad	Diversa
Edad de inicio	Adolescencia tardía o principios de juventud (20 años de edad)
Edad de diagnóstico	30 a 40 años de edad

Nota. De Götestam & Agras, 1995; Kinzl, Trawenger, Trefalt, Mangwath & Biebl, 1999; Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell & Nonas, 1992; Yanovski, Nelson, Dubbert & Spitzer, 1993.

Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el papel de la familia

“Juzgar a Nathalie tal y como mi madre siempre me había juzgado
era mi torpe y contraproducente modo de demostrar amor.
Me había pasado la vida tratando de traducir ese lenguaje
y ahora me daba cuenta de que al fin había llegado a hablarlo con fluidez.
¿En qué momento te diste cuenta de que el hilo que entretejía tu ADN
contenía la ineptitud social de tus parientes de sangre
en el mismo grado que su diabetes o su densidad ósea?”

Alice Sebold

Casi la luna

Entre los factores de riesgo que se deben tener en cuenta en estas pacientes, según Rome, Amuerman, Rosen, Keller, Lock, Mammel, O’Toole, Mitchell, Sanders, Sawyer, Schneider, Sigel y Silber (2003) se encuentran: historia familiar de trastornos de conducta alimentaria y obesidad; enfermedad afectiva o alcoholismo en primer grado de consanguinidad; características de perfeccionismo en la personalidad, baja autoestima y falta de satisfacción con la imagen corporal; historia de dietas restrictivas excesivas, con omisión frecuente de comidas, y ejercicio compulsivo o el desempeño de algunas actividades de alta exigencia en la figura corporal y la apariencia física, como el ballet, la gimnasia o el modelaje.

2.a. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la familia.

2.a.1. Antecedentes familiares.

En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos interactúan recíprocamente con las predisposiciones

genéticas que determinan las diferencias individuales. Debido a que en la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros, los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como “enfermo” ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa (Birch & Davison, 2001).

Minuchin, Rosman y Baker (1978), terapeutas familiares sistémicos, han documentado que la organización disfuncional de la familia facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma a cargo de uno de sus miembros, pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular y de retroalimentación, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico.

En 1988, Parker consideraba que eran cuatro los tipos de vínculos que podían darse entre padres e hijas:

- *Vínculo tipo I.* Sería aquel donde el afecto y la protección se hallan en perfecto equilibrio; sería el vínculo óptimo o apego normal, en el cual los padres cuidan a la hija porque la aman, y así se lo hacen saber. Hay una autoridad dialogante y comprensiva, los padres no olvidan que sus hijos son personas, por lo que les permiten opinar y expresarse.

- *Vínculo tipo II.* Es el vínculo dependiente o de afecto constrictivo: el padre, la madre o ambos cuidan y protegen en exceso hasta llegar a la intromisión. No se permiten discrepancias por parte de la hija adolescente a la hora de elegir la comida o la ropa (“hija, hazme caso, yo sé lo que te conviene”). Este vínculo está frecuentemente ligado a la AN. Hay una madre controladora, que cuando la hija se le enfrenta porque no quiere comer lo que ella prepara, presenta un sentimiento de pérdida de control sobre lo que le pertenece.

- *Vínculo tipo III.* Es el vínculo deficitario o ausente; esto es, el desapego afectivo, más frecuente en el caso del padre, que puede ser un padre “ausente” toda la vida o que ha abandonado el núcleo familiar para formar una nueva familia, desentendiéndose de los hijos habidos de su anterior matrimonio. También puede

existir un desapego con la madre, que puede ser una mujer que arrastra años de una depresión crónica que le hace mostrar menos implicación emocional y poca aceptación y afecto por su hija.

- *Vínculo tipo IV.* Es el control sin afecto o vínculo ansioso; éste se da más en el caso de la madre, la cual es sobreprotectora y proporciona abundantes cuidados materiales, pero es incapaz de dar amor a su hija. También es muy frecuente en la AN. Este tipo de madres restringen el desarrollo de la autonomía y la autoestima de las hijas.

Posteriormente, Minuchin demostró que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce en concreto a la aparición y mantenimiento de los TCA. Los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija con el TCA desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y así el TCA mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos (Minuchin, 1989).

2.a.2. El enfoque estructural en las familias.

Minuchin et al. (1978) en una fase precedente y distinta del tratamiento terapéutico estudiaron modelos transaccionales de familias con diversas perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas. Este estudio permitió documentar que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características son cuatro y se describen como sigue:

1. **Aglutinamiento:** ocurre cuando los miembros de la familia están sobre involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Los

límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de papeles y funciones.

2. Sobreprotección: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Sobre todo, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo. Por ello, como un círculo vicioso, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

3. Rigidez: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. Al mismo tiempo, las relaciones con el exterior son escasas y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

4. Evitación del conflicto: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, la paciente (anoréxica y bulímica) juega un papel central y vital (en Onnis, 1990).

Selvini Palazzoli (1995) llega a conclusiones análogas a través del estudio de doce familias con pacientes anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, en el cual agrupa las siguientes “reglas” fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido o nivel de relación) con elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el papel del líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Selvini Palazzoli (1995) afirma que el síntoma se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema, incluso a la propia definición de la relación. Mientras que los padres definen la relación con la hija en términos de alimentadores y alimentada; la hija responde según las reglas y define la relación de manera opuesta; es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición de la relación. Pero, en realidad, de este modo ella no hace más que perpetuar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia. Una vez más, el síntoma coopera en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema.

Los estudios de los aspectos familiares se centran en una primera etapa, en el análisis del vínculo y en el papel materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio. Por un lado, aparecen como un personaje fuerte, rígido, dominante, pero al mismo tiempo poco cálido. Por otro lado, se revelan manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de las madres, cuyas hijas presentan amenazas y tentativas de suicidio en más de un 60%. Asimismo, notaron que en los primeros años de su desarrollo evolutivo, en específico en el periodo de lactancia, este estado depresivo materno impidió la empatía necesaria entre la niña y su madre (Campbell, 1986).

Al cuestionar sobre qué hizo que estas pacientes, que provienen de familias en las que aparentan funcionar bien, se sientan tan incapaces de enfrentar el mundo, Bruch (1982) asevera que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre la niña y sus padres.

El defecto central radica en que a pesar de que parece haber hipercuidado y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y no los deseos de la niña. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro de la hija sino propio (Rausch & Bay, 1997).

Dentro de esta perspectiva se debe cuestionar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro. En una segunda etapa, estos mismos autores se

enfocan al papel paterno, el cual subraya su carácter borrado, sumiso, su incapacidad para ejercer autoridad y mantenimiento de una posición de exclusión en la vida familiar. Es particularmente significativo ver que en los meses anteriores al desencadenamiento de la sintomatología anoréxica o bulímica, el padre presenta indicios de un estado depresivo, por una modificación en su papel dentro de la dinámica familiar que lo ubica en un punto de mayor invalidez, de desvalorización o de incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares; pareciera ser que todo esto es un modelo constante (Rausch & Bay, 1997).

Minuchin (1978), menciona que dentro de las características de estas familias, se encuentra la sobreprotección, una restricción de la autonomía, la rigidez (es decir, la tendencia a mantener patrones fijos no funcionales, con una familia resistente al cambio), la evitación del conflicto y la pobre capacidad de resolverlo. Son familias con poca tolerancia al conflicto y amalgamadas, es decir, sus miembros están excesivamente involucrados entre ellos y muestran tendencia a entrometerse mutuamente en sus pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones.

2.b. Hallazgos sobre la familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los mecanismos mediante los cuales las características de los padres afectan las conductas de los hijos permanecen poco claros. Además del papel de los componentes genéticos, los padres sirven como modelo o crean un ambiente que aumenta la probabilidad de que los hijos tengan problemas similares (Dodge, 1990).

En un estudio cualitativo, se entrevistó a mujeres con TCA para conocer su opinión con respecto al papel que jugaba la familia en el origen del TCA, y surgieron ocho temas que pudieran servir como estrategias de prevención para las familias. Estos son: 1) Aumentar el apoyo de los padres, 2) disminuir las charlas relacionadas con el peso y el cuerpo, 3) proveer un ambiente sano de comida en casa, 4) modelar hábitos de alimentación sanos y patrones de actividad física, 5) ayudar a los hijos a construir su autoestima más allá del aspecto y la apariencia física, 6) fomentar una apropiada

expresión de los sentimientos y el uso de mecanismos de afrontamiento, 7) incrementar el entendimiento de los signos y síntomas de los TCA, y 8) buscar apoyo para lidiar apropiadamente con los propios problemas (Loth, Neumark-Sztainer & Croll, 2008).

2.b.1. Actitudes y conductas relacionadas con el peso en los padres.

Las mujeres que perciben presión por parte de sus padres para estar delgadas y que reciben críticas por su peso e imagen son las más propensas a experimentar insatisfacción corporal y hacer dieta (Green & Pritchard, 2003; Haworth Hoeppe, 2000; Smolak y Murnen, 2001; Stice y Whitenton, 2002; Striegel-Moore & Cachelin, 1999).

Un estudio comparó el reporte del hijo con el de sus padres con respecto a las influencias de los padres sobre las actitudes y conductas relacionadas con el peso y se encontró que la percepción que tienen los hijos de las conductas y actitudes de sus padres difiere de lo que reportan los propios padres (21-30%). Para las conductas indirectas de los padres (hacer dieta, hacer comentarios sobre el propio peso o apariencia), el reporte de los niños fue más consistente cuando se asociaba con dieta e insatisfacción corporal en los hijos que el reporte de los padres. Para las conductas directas de los padres (comentarios al hijo acerca del peso, forzar al hijo a hacer dieta) ambos reportes se asociaban significativamente con las preocupaciones al respecto del hijo. Una explicación de esto puede ser que las respuestas de los padres estén fuertemente afectadas por el sesgo de deseabilidad social. De manera alternativa, dado que muchas personas actualmente cuidan lo que comen y cuidan su figura, es posible que los padres no piensen en reportar esas conductas. Los niños, por otro lado, pueden ser particularmente sensibles a los comentarios y conductas de los padres y pueden incorporar algunos de los matices sutiles de la conducta de sus padres (Haines, Neumark-Sztainer, Hannan & Robinson-O'Brien, 2008).

En un estudio con 455 mujeres jóvenes preocupadas por su peso e imagen, se encontró que más de la mitad de la muestra reportó comentarios negativos de sus madres acerca de su peso, imagen y forma de comer; un 40% en los padres y menos del 40% por parte de los hermanos. Esto se asoció con el reporte de haber alcanzado su peso máximo antes de los 18 años y de manera independiente del nivel escolar de los padres. Estos comentarios negativos se asociaron a su vez con una menor autoestima, menor apoyo social-familiar, un mayor abuso emocional y negligencia por parte de los padres (Taylor, Bryson, Celio-Doyle, Luce, Cunning, Abascal, Rockwell, Field, Striegel-Moore, Winzelberg & Wilfley, 2006).

2.b.2. Conducta alimentaria de los padres.

Para investigar los efectos de las conductas alimentarias, las prácticas de alimentación y el IMC de los padres sobre el IMC de los hijos, se evaluó a 458 padres (239 madres y 219 padres). Se encontró que el peso de los hijos se relacionaba con el IMC de las madres, pero no de los padres. Las niñas tenían mayor IMC si alguno de los padres reportaba haber tenido sobrepeso cuando era niño, y tanto niños como niñas tenían más probabilidad de tener sobrepeso si sus madres creían que sus hijos tenían hábitos de alimentación riesgosos (que eran exigentes con la comida, que comían mucho, etc.). Las niñas cuyos padres eran más controladores tenían un mayor porcentaje de grasa; estos padres también se mostraban más preocupados por la salud futura de sus hijas. No se encontraron relaciones significativas entre las conductas alimentarias de los padres y el peso de los hijos. Las madres que eran desinhibidas frente al alimento también tenían hijas con sobrepeso, pero dicha relación estaba mediada por el IMC de las madres. No se encontró que el control de los padres fuera un indicador significativo del sobrepeso en los hijos. El único hallazgo significativo fue entre padres e hijas. Contrario a la hipótesis de los autores, no se encontró que el control de las madres sobre la forma de comer de los hijos se asociara con el peso de los hijos e hijas. Sin embargo, es evidente que la manera en que los padres comían afecta el ambiente en el

cual ellos alimentaban a sus hijos, y esto pudiera estar relacionado con el género. Los autores proponen que las madres son las que ejercen una fuerte influencia sobre el peso de sus hijos y parecen estar más preocupadas por los comportamientos alimentarios de los niños, sin embargo, los padres juegan un papel en la imposición de las prácticas de alimentación infantil. El sesgo de género puede estar presente en la alimentación del niño, por los efectos desiguales de las prácticas de los padres en el estado de peso de las niñas frente a los niños (Johannsen, Johannsen & Specker, 2000). En la infancia, son los padres los que determinan lo que sus hijos comen. Pero a edades mayores, cuando los niños adquieren mayor autonomía e independencia en la selección y consumo de comida, lo que han aprendido de los padres puede comenzar a expresarse. Por ejemplo, Fisher y Birch (2002) estudiaron a 192 niñas y encontraron que el reporte de los padres de restringir la alimentación de sus hijas a la edad de 5 años predecía que las hijas comieran en ausencia de hambre dos años después (a la edad de 7 años), y que las que comían grandes cantidades de comida a los 5 y 7 años, eran 4.6 veces más propensas a tener sobrepeso a cualquier edad. Otro hallazgo de este estudio fue que la historia de peso de las madres se relacionó con el IMC de las hijas, más no de los hijos. No se sabe exactamente si son sólo los factores genéticos los que tienen una influencia entre madres e hijas o si es una tendencia de las hijas de copiar las conductas alimentarias de las madres, pero es probable que la historia de peso de las madres condicione su preocupación de que sus hijos no sufran por lo mismo (Fisher & Birch, 2002).

Schuetzmann, Richter-Appelt, Schulte-Markwort y Graf-Schimmelmann (2008), no encontraron asociaciones significativas aparentes entre el peso del niño y el tipo de relación percibida entre padre e hijo, excepto cuando el niño con sobrepeso percibía un mayor rechazo por parte de sus padres. Un dato relevante de este estudio fue que la presencia de conducta alimentaria anormal en los padres (definida como restricción alimentaria, comer emocional y comer como respuesta a estímulos externos) sí se asoció fuertemente a una relación adversa entre padre-hijo, independientemente del peso del niño.

2.b.3. Estudios en poblaciones clínicas.

La investigación ha revelado que la psicopatología de los padres se asocia con el desarrollo de trastornos alimentarios en sus hijos (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Por ejemplo, Castro, Toro y Cruz (2000) encontraron que la percepción de adolescentes con anorexia nerviosa de rechazo o control/sobreprotección de los padres no es mayor que en adolescentes de la población general. Estos autores hacen notar el riesgo de generalizar los resultados de otros estudios que son opuestos, donde mezclaban a los diferentes trastornos alimentarios e incluían a mujeres de mayor edad. Ellos concluyen que dichas prácticas de crianza (rechazo y sobreprotección) no están siempre relacionadas con la anorexia nerviosa, poniendo énfasis en que es difícil creer que las prácticas de crianza son el mayor determinante en el origen de la anorexia nerviosa. Lo que sí encontraron estos autores fue que las adolescentes que percibían que sus padres las rechazaban o las sobreprotegían tenían menor éxito terapéutico a corto plazo.

Haslam, Mountford, Meyer y Waller (2007) sugieren que crecer en un ambiente que invalida le dice al niño que su punto de vista y la experiencia de sus emociones es incorrecta. Un ambiente que invalida puede ser definido como aquel que no permite la armonía entre el ambiente y el temperamento del niño, donde las experiencias personales del niño no se validan por sus cuidadores y donde la comunicación de las emociones se ignora o se castiga. Tal experiencia puede llevar al desarrollo de desregulación, ya que no se ha enseñado al niño cómo etiquetar sus sentimientos apropiadamente o cómo regular el estrés emocional. Estos patrones se auto-mantienen en la medida que el niño aprende a invalidar sus propias experiencias emocionales. Los resultados del estudio realizado por estos autores apoyan la hipótesis de que las pacientes con BN reportan los mayores niveles de invalidación, particularmente de sus padres (hombres). Tales experiencias de invalidación no se asociaron con las actitudes hacia la comida, sino con la presencia de conductas

bulímicas. En particular, la invalidación paterna se asoció con la provocación del vómito, y la familia con alto control emocional y de logros se asoció con ejercitarse excesivamente. En contraste, aquellos que reportaron atracones fueron menos propensos a experimentar un ambiente invalidante de parte de sus madres, sugiriendo que la invalidación materna puede estar asociada más bien con la restricción alimentaria.

Un ambiente que incluya a padres con problemas psicológicos, en particular la depresión, es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por atracón (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998). Justo como los demás trastornos alimentarios, los individuos con el trastorno por atracón describen el ambiente en su infancia y el tipo de crianza que recibieron de una manera más negativa que los individuos sin trastorno alimentario (Fowler & Bulik, 1997; Hodges, Cochrane & Brewerton, 1998).

Wilfley, Pike y Striegel-Moore (1997), en su modelo de vulnerabilidad interpersonal, asumen que un inadecuado cuidado puede llevar a dificultades en el apego, que a su vez produce baja autoestima y habilidades sociales deficientes. Se asume que el afecto negativo resultante de un inadecuado cuidado conduce a una persona a tener atracones, por lo que comer es considerado como una estrategia para lidiar con las emociones negativas. El modelo de vulnerabilidad interpersonal por lo tanto sugiere que un ambiente que incluye psicopatología en los padres y un estilo de crianza no empático es propicio para incrementar el riesgo de un trastorno por atracón.

En relación con la prevalencia de obesidad, atracones y síntomas del síndrome del comer nocturno (caracterizado por anorexia matinal, hiperfagia e insomnio seguido por el consumo de alimentos durante la noche, un estado anímico deteriorado y retraso de la sincronización circadiana en la ingesta de comidas, en Stunkard, Grace & Wolff, 1955) se encontró que en una muestra de más de 2000 niños alemanes de entre 5 y 6 años de edad y en sus padres (n=1979), 2% de los niños tenían atracones y el 1.1% tenían comer nocturno. Asimismo, se encontró una correlación significativa entre los atracones y la obesidad, pero no entre el comer nocturno y el peso de los niños. Los

atracones y el comer nocturno de los niños se asoció fuertemente con las distorsiones alimentarias de las madres. Por ejemplo, los niños de madres que tenían atracones tenían 6 veces más riesgo de tener atracones que los niños cuyas madres no los tenían, incluso después de ajustar por el IMC de los hijos, de las madres, del género del hijo y del nivel educativo de las madres. Asimismo, los hijos de madres que reportaban comer nocturno tenían 7 veces más riesgo de padecer lo mismo. Se confirma entonces la asociación entre el trastorno alimentario de los hijos y el de sus padres (Lamerz, Kuepper-Nybelen, Bruning, Wehle, Trost-Brinkhues, Brenner, Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2005).

En un estudio que pretendió evaluar en que magnitud las características psicológicas de los padres y la conducta de éstos se relacionaba con los problemas psicológicos de sus hijos obesos, se encontró que el 59.6% de las madres y el 35.7% de los padres presentaban síntomas psiquiátricos. A su vez, el porcentaje de jóvenes obesos que excedían el punto de corte de psicopatología oscilaba entre el 41.4 y el 53.1% y en cuyos casos, lo que más se asoció con dicho fenómeno fue la psicopatología de la madre mediada por una disciplina inconstante (38%). En otras palabras, de acuerdo con los resultados de este estudio, cuando un niño obeso muestra una conducta indeseable los padres reportan hacer menos esfuerzos para acabar con dicha conducta y ser menos consistentes en castigar al niño (Decaluwé, Braet, Moens & Van Vlierberghe, 2006). Esto concuerda con otros estudios preliminares que reportan que las familias de niños obesos tienen menos reglas efectivas que las de niñas delgadas (Dietz, 1983; Johnson, Brownell, St. Jeor, Brunner & Worby, 1997).

Relación madre-hijo

“Mi madre era eterna como la luna.
Viva o muerta, la madre o la ausencia de la madre
siempre determina la vida de una persona”.

Alice Sebold
Casi la luna

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es fundamental para el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo (Betancourt, Rodríguez-Guarín & Gempeler-Rueda, 2007). Según Gómez (1996), existen tres puntos que resultan fundamentales en la génesis de los TCA, y son:

- En primer lugar, el rechazo por parte de la adolescente a su propia sexualidad y a los cambios que acontecen en su cuerpo durante la pubertad, muy especialmente a la aparición de la menstruación.
- En segundo lugar, el rechazo hacia la figura materna: “Por nada del mundo quisiera ser como ella”.
- En tercer lugar, rechazo al papel que tiene la mujer de nutrir: rechazo de la madre como dispensadora de alimento y rechazo de lo que esto simboliza (pp. 34-55).

3.a. Teorías del apego.

3.a.1. La relación madre-hijo según John Bowlby (1989).

Bowlby considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce.

Las nociones centrales expuestas por Bowlby son tres:

1. Existe un comportamiento instintivo destinado a la conservación del individuo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.
2. El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función: la de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño, y la de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.
3. Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad aunque, ante una amenaza de pérdida, se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión.

Para Bowlby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida, forma parte del desarrollo normal y sano de cada individuo. Sin embargo, el autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”. Es el caso de una madre presente físicamente pero insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad, y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes sería un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede “hipotecar” el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social.

Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes.

3.a.2. Winnicott y el concepto de la madre “apenas buena” (1981).

Winnicott definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia. En este sentido, el autor estima que un lactante no es capaz de existir sin su madre, su potencial innato no puede revelarse más que con los cuidados maternos. El yo de la madre sule al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo.

La madre también cumple un papel de espejo para el niño. Se trata de la función de soporte que el yo de la madre aporta al yo del niño. Para muchas madres no es fácil desempeñar este papel; entonces, la madre refleja su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso no responde a lo que el bebé le está dando; por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior.

Winnicott señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo. Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

El bebé escapa de la aniquilación en el estado de descanso y reposo, mientras que el yo se fortalece por las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno. Así, el niño puede descubrir su vida personal.

Para Winnicott, esta relación con el yo es la base futura para la amistad y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales.

3.a.3. El concepto de fases del desarrollo de Margaret Mahler (1987).

Margaret Mahler propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación e individuación. Según Mahler, cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de la interacción madre-hijo. La selección recíproca de sus señales depende, a la vez, del talento innato del niño y de la madre con su inconsciente. Así, pues, las primacías del yo corporal se elaboran en relación con el cuerpo de la madre y los inicios de la diferenciación se realizan por extensión fuera de la esfera simbiótica.

Si se tiene una madre ansiosa, inconstante e imprevisible, el niño en vías de individualización no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su personalidad puede perturbarse gravemente.

Al no haber el proceso de separación e individuación, en términos de Mahler, no hay una formación de límites, ni tampoco una desvinculación de la madre, existiendo a la vez dificultades en el proceso de individuación. En los trastornos de alimentación, especialmente en la anorexia y la bulimia nerviosa, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija o el hijo.

Las alteraciones en la percepción y cognición de estos niños serán evidentes de acuerdo con el trastorno que el individuo desarrolle.

3.b. Hallazgos de la relación madre-hija.

La presión social de ser delgado está ampliamente extendida en un ambiente obesogénico, que hace difícil que los niños no se enfoquen en el peso, la imagen corporal y la conducta alimentaria; y el incremento en el sobrepeso en niños y adultos hace probable que las preocupaciones por el peso y la alimentación persistan (Flegal, Carroll, Ogden & Johnson, 2002; Ogden, Flegal, Carroll & Johnson, 2002).

Se sabe que una menor satisfacción con la propia apariencia incrementa el riesgo de involucrarse en hábitos de alimentación desordenados, presumiblemente en un esfuerzo por perder peso y estar a la altura de los estándares sociales (Stice, 2002; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein, 1994). Aunque muchos autores han dirigido la atención para disminuir los trastornos de conducta alimentaria en niños y adolescentes, es de primordial importancia identificar las características de los padres y las familias que colocan al niño en riesgo de desarrollar estas patologías. Estos estudios señalan cómo las conductas y actitudes de la madre son un punto clave de intervención.

En un estudio longitudinal en un periodo de 16 meses, diseñado para evaluar el papel de las influencias socioculturales sobre las estrategias de pérdida de peso, estrategias extremas de pérdida de peso y estrategias para incrementar los músculos en adolescentes, se incluyeron 344 adolescentes varones y 246 adolescentes mujeres. Los resultados demuestran que es más probable que las mujeres adopten estrategias extremas para perder peso, mientras que los hombres recurren a estrategias para aumentar los músculos. La influencia sociocultural relacionada con la pérdida de peso tuvo más impacto sobre las mujeres, mientras que en los hombres era la influencia sobre el aumento de músculos. En los adolescentes varones, los mensajes de los padres eran los mejores predictores del uso de estrategias tanto para perder peso como para incrementar los músculos. En el caso de las adolescentes mujeres, la mayor influencia provenía de las madres y de las mejores amigas, más que de la influencia de los padres y de los medios de comunicación (McCabe & Ricciardelli, 2005).

En un estudio que consideró la compleja y multi-determinada trayectoria que puede llevar a la psicopatología alimentaria, se encontró que en mujeres universitarias en riesgo, se exhibe el siguiente patrón: Primero, las mujeres están conscientes de los estándares sociales de la apariencia; por ejemplo, de que estar delgada es el camino hacia la aceptación social, la felicidad y el éxito. Dada la dificultad para alcanzar estos estándares de la apariencia, la elevada conciencia de estos asuntos puede causar que devalúen su propia apariencia. Esta evaluación negativa puede precipitar algunas conductas alimentarias desordenadas, con la esperanza de cambiar su apariencia para ajustarse con el ideal cultural. Esa evaluación negativa puede también generar una baja autoestima. Las mujeres universitarias en riesgo pueden tener también una historia de apego en la que desarrollaron una evitación y ansiedad con respecto a las relaciones cercanas, particularmente con sus madres y con una pareja romántica. Tal evitación y ansiedad podrían facilitar la aparición de síntomas asociados con los trastornos alimentarios y subsecuentemente con conductas emocionales distorsionadas. Tal vez las mujeres en riesgo hacen dieta restrictiva y controlan su peso como una forma de desviación de la atención de otros problemas, o tal vez su renuencia y ansiedad para formar relaciones cercanas sirve como obstáculo para adquirir el apoyo social que necesitan para lidiar con sus problemas (probablemente convirtiendo a la comida en un sustituto y una distracción necesaria). Por otro lado, la evitación hacia la madre fue la que tuvo el mayor efecto sobre la conducta alimentaria distorsionada; por lo que una hija que evita la relación con la madre parece estar en mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que si evitara la relación con el padre o con una pareja sentimental (Kiang & Harter, 2006).

Asimismo, una hija que se siente ansiosa con su madre o con su pareja tiene mayor riesgo que la que siente ansiedad respecto a su padre. Una explicación de estos hallazgos puede ser el hecho de que, en ciertas culturas, las madres son típicamente las cuidadoras principales y pueden estar más involucradas en las prácticas de alimentación temprana de sus hijos. Además, el vínculo madre-hijo es por excelencia el

primer vínculo que los seres humanos forman y siempre hay un tipo de apego que determina los vínculos futuros (Kiang & Harter, 2006).

3.b.1. Obesidad en la madre.

En otro estudio, Agras, Hammer y McNicholas (1999) observaron que las madres con sobrepeso desarrollan una preocupación por el peso de sus hijos, que se refleja en comportamientos en sus hijos de no querer comer. El manejo de la delgadez de la madre, como también el índice de masa corporal del infante, predicen la ocurrencia de comidas excesivas durante los primeros cinco años de vida.

3.b.2. Conducta alimentaria de la madre.

Por otro lado, en 118 madres de niños de entre 3 y 5 años de edad, se demostró que las madres que tenían más miedo de ser o de convertirse en obesas estaban a su vez más preocupadas por el peso de sus hijos. Esto a pesar de que estas actitudes de miedo no se asociaron con una restricción en la alimentación de los hijos (Jaffe & Worobey, 2006).

En un estudio que incluyó a 810 adolescentes (381 hombres y 429 mujeres) junto con sus madres se encontró que el que las madres hicieran dieta restrictiva se asociaba con las preocupaciones y conductas relacionadas con el peso de los hijos, pero dichas asociaciones no eran significativas cuando se ajustaba por el IMC de los hijos. Un dato importante fue que, cuando las madres exigían a sus hijos varones hacer dieta restrictiva, estos presentaban mayor número de atracones, hacían dieta restrictiva, ayunos, comían pequeñas cantidades de alimento y se saltaban comidas, incluso después de ajustar por el IMC. Otro dato importante es que estas madres que exigían a sus hijos a hacer dieta restrictiva, pesaban más y tendían a ver a sus hijos con sobrepeso. El 43% de los adolescentes hombres y el 46% de las adolescentes mujeres que eran instigados por su madre a hacer dieta restrictiva, tenían peso normal al

momento del estudio (Fulkerson, McGuire, Neumark-Sztainer, Story, French & Perry, 2002).

Otro estudio con 500 niños de entre 7 y 10 años de edad, encontró que los niños que reportaban que sus madres estaban más preocupadas por el peso, tenían mayores puntuaciones en restricción alimentaria, y cuando la madre los alentaba a ser delgados, se restringían más y presentaban insatisfacción corporal, independientemente del género. Esto puede tener que ver con el reforzamiento verbal más que con el modelamiento (Anschutz, Kanters, Van Strien, Vermulst & Engels, 2008), y esto es congruente con muchos estudios que han encontrado relación entre la realización de dieta restrictiva por parte de las madres y la restricción en el niño (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts & Colditz, 2001; Hill & Pallin, 1998; Hill, Weaver & Blundell, 1990; Ruther & Richman, 1993; Smolak, Levine & Schermer, 1999).

Stunkard y Messick (1988), mediante el Cuestionario de Tres Factores de Alimentación, determinaron que las madres que presentaban desinhibición frente al alimento tenían mayor IMC, y que a su vez esta desinhibición explicaba el 35% de la varianza del sobrepeso de las hijas, además de que se relacionaba significativamente con el acceso libre a la comida y la desinhibición en las hijas. Es posible que en la medida que las hijas observan la desinhibición de las madres frente al alimento, ellas adopten una conducta alimentaria similar, lo que puede fortalecer las similitudes intergeneracionales en el sobrepeso de madres e hijas. Otra posibilidad es que la desinhibición, como una predisposición a comer en presencia de alimentos sabrosos, pueda tener un componente genético con el posterior fenotipo conductual ligado a las diferencias individuales en el sobrepeso. Dicha relación no se encontró en la díada madre-hijo varón, ni en la díada padre-hija, padre-hijo (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas & Birch, 1999).

En otro estudio, independientemente de la edad e IMC, la influencia de los padres fue predictor de que los hijos se preocuparan por su peso y por hacer dieta restrictiva constantemente. Tanto en niñas como en niños, hacer un considerable esfuerzo por parecerse a la figura ideal de los medios de comunicación, fue predictor del desarrollo

de preocupaciones por el peso y de hacer dieta restrictiva constantemente. Estos resultados sugieren que los niños que perciben que su mamá está intentando frecuentemente perder peso, son más propensos a convertirse en alguien preocupado por el peso (niños) o a hacer dieta restrictiva constante (niñas), lo que apoya la hipótesis de que el papel que juegan las madres en la transmisión de los valores culturales acerca del peso y la figura ideal es vital (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts & Colditz, 2001).

Por otra parte, Scourfield (1995) describe algunos casos en que la anorexia nerviosa materna lleva a una mala nutrición en sus hijos, causando “una anorexia por proximidad”. Con respecto a las actitudes y creencias acerca de la alimentación en sí, se expone que hay evidencia de que los niños hacen dieta restrictiva como respuesta a la pérdida de peso de sus padres y que, desde muy temprana edad y a medida que crecen, adquieren las preferencias de alimentación de sus padres y también sus actitudes frente a la comida.

3.b.3. Actitudes de la madre hacia la comida.

Un hallazgo interesante es que el que las madres alienten a los hijos a ser delgados, se asocia fuertemente con el IMC de los hijos, lo que probablemente indica que si los hijos tuvieran un mayor IMC, sería más probable que sus madres hicieran comentarios acerca de su peso o que los obligaran a hacer dieta restrictiva. De cualquier manera, cuando se excluyó del análisis a los hijos con sobrepeso, se encontró el mismo patrón. Esto sugiere que algunas madres alientan a sus hijos a ser delgados, independientemente de su IMC, por lo que se puede encontrar a hijos de peso normal con restricciones alimentarias e insatisfacción corporal (Anschutz, Kanters, Van Strien, Vermulst & Engels, 2008).

Pero, ¿qué podría llevar a una madre a alentar a sus hijos a ser delgados cuando ya lo son? Jaffe y Worobey (2006) indicaron que las madres que están más preocupadas por ser o llegar a ser obesas, se preocupaban también por que eso no sucediera con sus

hijos. Además, se encontró que si la madre hacía dieta restrictiva, predecía un mayor control en la comida de los hijos y los obligaba a hacerlo por ellos mismos (Birch & Fisher, 2000; Tiggemann & Lowes, 2002).

Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008) encontraron que la sintomatología alimentaria y la insatisfacción de las madres correlacionaban fuertemente en las hijas, pero sobre todo cuando se sustituía el reporte de la madre con la percepción que la hija tiene de lo que piensa o hace la madre. Estos autores mencionan que la percepción de la hija puede ser más exacta para reflejar lo que la madre modela frente a la hija. Las hijas que se sentían presionadas y criticadas por sus madres con respecto a su forma de comer y su imagen corporal son más propensas a reportar problemas alimentarios e insatisfacción corporal. Esto concuerda con los resultados de otros estudios (Baker, Whisman & Brownell, 2000; Gross & Nelson, 2000; Levine, Smolak, Moodey, Shuman & Hessen, 1994; Moreno & Thelen, 1993).

En su modelo, Francis y Birch (2005) sugieren que las madres que tienen preocupaciones significativas sobre su alimentación y su imagen corporal puede ser más probable que den a sus hijas una retroalimentación negativa al respecto. Dicha hipótesis no ha sido comprobada por otros investigadores, como es el caso de Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008), aunque se debe tomar en cuenta que la edad de las hijas varía considerablemente en cada estudio.

Hay condiciones que pueden ocasionar que las conductas, actitudes e imagen corporal de la madre condicionen o se asocien a las de las hijas. Un dato interesante encontrado por algunos autores fue que las madres con más síntomas alimentarios y una mayor insatisfacción con la imagen corporal de su hija, tenían hijas con una mayor insatisfacción corporal, pero dicha relación se encontró sólo cuando las madres daban retroalimentación negativa a sus hijas acerca de su figura y su alimentación. En ausencia de esta retroalimentación, la desaprobación de la madre de su propia alimentación y de la alimentación de la hija, no se asoció con la insatisfacción corporal de la hija. Una posible explicación es que la madre que está dispuesta a hacer comentarios negativos a su hija puede ser más abierta en sus propias conductas y

actitudes, y a través de estos comentarios puede ilustrar sus propios pensamientos y actitudes (Cooley, Toray, Wang & Valdez, 2008).

En un estudio donde participaron 173 díadas madre-hija (5-11 años de edad), con el objetivo de examinar si la preocupación de la madre por su propio peso y alimentación se vinculaba con la restricción alimentaria de las hijas, se encontró que las madres que estaban sumamente preocupadas con su peso y alimentación, reportaron propiciar una mayor restricción en el acceso a alimentos con alta densidad energética de sus hijas, además de fomentar en ellas la necesidad de perder peso. Dicha presión por perder peso estaba ligada a la restricción hecha por las hijas, mediada por la percepción que las hijas tenían de dicha presión, independientemente de su peso corporal. Estos datos no pueden concluir que la restricción que las madres hacen para que las hijas no consuman alimentos ricos en energía, promueve la restricción que hacen las hijas. Es probable que sea una respuesta por parte de las hijas a la presión que perciben de la madre (Francis & Birch, 2005).

Por otro lado, se ha encontrado que cuando la madre restringe el consumo de algunos alimentos en sus hijas, promueve su sobrealimentación, particularmente, comer en ausencia de hambre (Birch & Fisher, 2000; Birch, Fisher & Davison, 2003; Fisher & Birch, 1999). A pesar de que tanto la restricción como el fomento para perder peso fueron predichos por la preocupación de la madre por su propio peso y alimentación, sólo el fomento para perder peso se asoció con la restricción alimentaria de las hijas. Es desconcertante como este fomento para perder peso no responde simplemente al peso de las hijas, sino que las madres con esta conducta intentan proteger a sus hijas de los problemas psicológicos y de salud asociados con el incremento de peso. Sin embargo, estos intentos de las madres pueden ser maladaptativos en niñas menores de 11 años de edad.

Un hallazgo interesante, fue el que obtuvieron Field, Austin, Striegel-Moore, Taylor, Camargo, Laird y Colditz (2005), donde 33% de las adolescentes, comparado con 8% de los adolescentes frecuentemente pensaban en el deseo de ser más delgadas. Las

adolescentes que pensaban que su delgadez era importante para sus madres, eran más propensas a pensar frecuentemente en ser más delgadas y en hacer dieta restrictiva.

Por otro lado, el estudio de Musher-Eizenman, Holub, Edwards-Leeper, Persson y Goldstein, (2003) fue el primero en investigar las creencias de las madres para aceptar varios tamaños del cuerpo de sus hijos pequeños. La mayoría de las madres y los niños creían que el tamaño promedio de cuerpo para la edad del niño era el ideal. Tanto las madres como los hijos estaban satisfechos con el tamaño actual del niño. Un dato relevante es que los niños creían que un cuerpo gordo era inaceptable. Las madres tenían pensamientos más extremos que los niños en relación con lo inaceptable de ser obesas. Ninguna madre indicó que alguna de las figuras más pesadas fuera aceptable para ella. Esto se une al hallazgo de que, a pesar de que las madres percibían que su cuerpo era similar al promedio, indicaron que les gustaría ser más delgadas de lo que eran. En promedio, las madres calificaban el cuerpo de sus hijos como ligeramente más delgado que el promedio, mientras que en realidad los niños eran un poco más pesados. Esto pone énfasis en la importancia de la percepción, más que de la realidad, en cuanto al impacto sobre la conducta. La preferencia de las madres por ser más delgadas, se extendía a sus hijos. Esto es que, la mayoría de las madres indicaron que era indeseable que sus hijos tuvieran sobrepeso. Los padres, que eran los más rígidos en términos de la figura corporal de sus hijos, también reportaban que sus hijos tenían a su vez prácticas más rígidas de alimentación.

A pesar de que los padres pueden jugar un papel decisivo en alentar hábitos alimentarios sanos en sus hijos, este hallazgo es problemático en vista de la evidencia que sugiere que el control de los padres sobre lo que comen sus hijos puede minar el desarrollo del auto-control en los niños y el uso del hambre como clave para comer. Por ejemplo, Johnson y Birch (1994) reportaron que las niñas cuyas madres utilizaban prácticas de alimentación más controladoras eran menos efectivas en regular su propio consumo de comida después de una botana alta en energía. De manera similar, Carper, Fisher y Birch (2000) encontraron que cuando los padres presionaban a sus hijas de 5

años de edad para comer, las niñas eran conscientes de dicha presión, lo que a su vez provocaba patrones enfermos de restricción alimentaria y desinhibición.

3.b.4. Psicopatología en la madre.

En un estudio que comparó la contribución de los síntomas de ansiedad, depresión y psicopatología alimentaria en los problemas de alimentación reportados por madres de niños menores de dos años de edad, se encontró que en las madres de niños varones, los síntomas de depresión y ansiedad, pero no la psicopatología alimentaria, eran predictores de la dificultad en las interacciones a la hora de alimentarlos. En contraste, en las madres de las niñas, los síntomas de bulimia y depresión, pero no de ansiedad, eran predictores significativos del rechazo a comer de sus hijas (Blissett, Meyer & Haycraft, 2007).

Otro estudio longitudinal, fue el primero en sugerir que los síntomas de ansiedad de la madre pueden estar asociados específicamente al reporte de tener dificultades en la interacción al momento de dar de comer a sus hijos varones. Los síntomas de ansiedad se asociaron con prácticas de alimentación más controladoras en la infancia, demostrando que la ansiedad durante el embarazo predijo el uso de prácticas de alimentación controladoras durante el primer año de vida del bebé, sugiriendo que la ansiedad materna puede ser anterior a las dificultades para comer del niño e impedir que se resuelvan apropiadamente los problemas de alimentación cuando se presentan (Farrow & Blissett, 2005).

Estos hallazgos se suman a la evidencia que apoya la teoría de que la psicopatología alimentaria de las mujeres se asocia significativamente con sus estrategias y dificultades de alimentación de los hijos, particularmente cuando la hija es mujer (Tiggemann & Lowes, 2002). Es posible que las madres con síntomas psiquiátricos sean menos seguras de sí mismas acerca de su estilo de crianza y por ello actúen inconsistentemente (estableciendo reglas por una lado e ignorando la conducta indeseable por el otro), dependiendo del humor en el que se encuentren. Esta

conducta inconsistente puede ocasionar problemas en el hijo y reducir la efectividad de la crianza, el estrés de los padres puede ser el responsable de pasar menos tiempo en familia o pasar tiempo de menor calidad (Decaluwé, Braet, Moens & Van Vlierberghe, 2006. Incluso, se ha demostrado que la negligencia paterna se asocia con el desarrollo de la obesidad (Zeller, Saelens, Roehrig, Kirk & Daniels, 2004).

En un estudio que pretendió investigar la asociación entre los síntomas obsesivos compulsivos de la madre relacionados con el chequeo, la limpieza, el impulso a la delgadez y la bulimia se relacionan significativamente al uso de las madres de prácticas de alimentación restrictivas y maladaptativas de sus hijos de entre 2 y 6 años de edad. Es interesante saber que las madres que son motivadas por el asco pueden restringir y alejar a sus hijos de comer alimentos que les desagradan (alimentos que pudieran estar contaminados o descompuestos); asimismo, los síntomas obsesivos compulsivos relacionados con la limpieza en las madres, pueden mediar el impulso a la delgadez y la restricción (Farrow & Blissett, 2009).

3.b.5. Estudios en pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria mezclados (pacientes con AN y BN como un mismo grupo)

En un estudio clásico de la literatura que aborda el tema de madres e hijas, realizado por Pike y Rodin (1991) se intentó explorar qué tanto las actitudes y conductas de las madres se relacionaba con las alteraciones en la forma de comer de sus hijas adolescentes. Se encontró que las madres de hijas con trastorno alimentario reportaban menor cohesión familiar que las madres con hijas sin trastorno alimentario. Pero cuando se tomó en cuenta la satisfacción de la madre con dicha cohesión en su familia, fue cuando las diferencias se volvieron significativas. Es así que la experiencia subjetiva es lo que hace la diferencia. Esto se une al hallazgo de que las hijas con TCA deseaban que en sus familias hubiera más cohesión de lo que ellas sentían que había. Por otro lado, las madres de hijas con TCA llevaban más tiempo preocupadas por las dietas restrictivas, lo que indicaba probablemente que habían iniciado a hacer dietas

restrictivas en edades tempranas. Como sea, es interesante notar que las madres de hijas con TCA no eran diferentes en el promedio de IMC de otras madres de la misma edad, ni querían perder más peso. A pesar de esto, tenían una historia más larga de hacer dietas restrictivas y tenían conductas alimentarias más anormales que las demás mamás. La transmisión del desorden alimentario puede ser aprendido, al menos parcialmente a través del modelamiento de conductas de la madre. Pero eso no es todo, también el hecho de que las madres tuvieran cierta actitud sobre la apariencia y el peso de las hijas tuvo que ver, ya que las madres de hijas con TCA ejercían mayor presión en ellas para ser delgadas, siendo más críticas con las hijas que con ellas mismas. Las madres no creían que sus hijas necesitaban perder más peso que sus pares, sino que pensaban que deberían perder más peso de lo que las propias hijas pensaban. Es así como al querer que sus hijas fueran más delgadas, estas madres las consideraban menos atractivas que lo que las hijas pensaban de ellas mismas.

Stice, Agras y Hammer (1999) estudiaron una cohorte de 216 recién nacidos sanos que fueron seguidos, al igual que sus madres, durante los primeros cinco años de vida con el objetivo de analizar los factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario de aparición temprana, durante la primera infancia. Los autores compararon los hallazgos en los hijos de madres con historia de trastorno del comportamiento alimentario y sin ella, y encontraron que el riesgo de aparición de alteraciones en la alimentación, como no comer, comer a escondidas, comer en exceso y presentar vómitos, se incrementa alrededor de los cinco años de edad y se va incrementando aún más en una niñez más tardía. La falta de satisfacción de la madre con su figura corporal, la internalización del ideal de ser delgada, las dietas restrictivas, los síntomas bulímicos, la masa corporal paterna y materna, predicen la aparición de trastornos de alimentación en la niñez; además, los comportamientos alimentarios de los niños y su masa corporal durante el primer mes de vida también predicen su aparición.

Humphrey (1986) realizó un estudio comparativo en 40 familias compuestas por padre, madre e hijas adolescentes, de las cuales, 24 tenían una hija que presentaba anorexia o

bulimia, y 16 familias en las que no se presentaba el trastorno del comportamiento alimentario. Los hallazgos describen a las madres de hijos con trastorno del comportamiento alimentario, como mujeres con dificultades para expresar sus sentimientos y en especial, para manifestar su felicidad con su maternidad: no se involucran o no se comprometen y no apoyan a sus hijos. Además, es significativo que estas familias mantengan a sus hijos aislados, sin apego y establezcan relaciones interpersonales muy conflictivas y con dificultades en el control, en comparación con aquellas en las que no existen hijos con este trastorno. El autor aclara que en este estudio es imposible definir si es la anorexia o la bulimia la que produce la disfunción familiar o es la disfunción familiar la que favorece la aparición del síntoma. Además, señala la necesidad de tener en cuenta la existencia de otras patologías mentales que pudieran padecer los padres y que no se tomaron en cuenta para el estudio.

Por otro lado, el que los menores observen la restricción de los padres en su alimentación, favorece que presenten restricción, alta selectividad frente a los alimentos o periodos de ingestión excesiva de alimentos en horas diferentes, generalmente a escondidas, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. Evans y Le Grange (1995) realizaron un estudio en el cual compararon 10 familias con trastorno del comportamiento alimentario con 10 familias sin la patología. Entre ambos grupos de madres, encontraron similitudes en relación con la preocupación por su tamaño corporal y peso, y por la figura corporal de sus hijos. Estos autores también encontraron que en el grupo con el trastorno existía una preocupación exagerada por los horarios de comidas recomendados por los médicos en la primera infancia. De esta manera, no percibían las señales de hambre de sus hijos y los alimentaban cada cuatro horas, mientras que las otras madres, sin el trastorno, alimentaban a sus hijos según la demanda y tenían una mejor capacidad para reconocer las señales de hambre de los menores. Además, las madres de hijos con trastorno de la conducta alimentaria reportaron más conflictos emocionales en sus hijos, que iban desde la depresión hasta la conducta agresiva desafiante. Este comportamiento materno de alimentar según un horario estricto, puede contribuir

posteriormente a la aparición de un control excesivo o a la pérdida del control sobre las funciones alimentarias en los pacientes con anorexia y bulimia. En ambos grupos se mostró que hay una fuerte asociación entre el grado de satisfacción de las niñas con su cuerpo y la satisfacción de la madre con su propio peso y forma. Esta observación indica que las madres comunican a sus hijos su propia actitud hacia el cuerpo de ellos y éstos la interiorizan.

3.b.6. Estudios en pacientes con Anorexia Nerviosa

3.b.6.1. La madre de la anoréxica, según Selvini Palazzoli (1999).

Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) señalan que la figura dominante en la familia de las anoréxicas es la madre, que el padre está a menudo emocionalmente ausente, dominado y secreta o abiertamente desvalorizado por su esposa. Es así como las hijas se vuelven más fácilmente dominadas por la madre, niñas modelos de una madre invasora, intolerante e hipercrítica. Además explica que las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin obtener de ello ningún sentimiento de alegría.

Es interesante saber que a su vez, estas madres reportan episodios de falta de protección, de hiper-responsabilización sin gratitud o reconocimiento, de verdadera explotación en sus familias de origen. Pero, aún habiendo sufrido experiencias frustrantes, estas madres se presentan a menudo profundamente apegadas a sus padres, en especial a la madre, con la cual pueden haber tenido incluso una relación conflictiva.

Las madres de hijas con anorexia o bulimia parecen mujeres sacrificadas, dispuestas a hacerse cargo, sin limitaciones, de tareas ajenas, junto con su incapacidad de hacer algo agradable para sí mismas. Raras veces saben divertirse, bromear y tomarse unas vacaciones. Tienen gran dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia. No conocen el esparcimiento o reposo. Son mujeres firmes y eficientes,

pero infelices, obligadas a estar siempre a la altura de las propias expectativas. El componente del deber coarta su disponibilidad al contacto interpersonal. A las madres de mujeres con AN les cuesta trabajo ser introspectivas, apenas captan el estado de ánimo ajeno, decepcionando así las expectativas profundas de sus allegados. Están necesitadas de aceptación y de empatía, de estima y de aprobación.

Naturalmente, en las actitudes de estas madres aparecen importantes diferencias que inducen en las pacientes el desarrollo de rasgos psicopatológicos de distinto tipo. Por ejemplo, si las madres de las chicas *borderline* presentan a menudo historias personales de desasosiego cubiertas de desatenciones y humillaciones que las hacen afectivamente frágiles e inseguras, e incluso destructivas, las de las pacientes obsesivo-compulsivas muestran, de costumbre, una personalidad más firme al estar dotadas de competencias organizadoras que las hacen nodrizas distantes pero irreprochables en el plano formal, sacrificadas en la obsesividad de sus faenas domésticas elevadas a la dignidad de “deberes”, en nombre de los cuales es posible atormentarse a sí mismas, además de a sus propios familiares.

3.b.7. Estudios en pacientes con Bulimia Nerviosa

En nueve pares de gemelas monocigóticas discordantes en el diagnóstico de bulimia nerviosa, se encontró que la gemela que había tenido historia de BN reportó tener significativamente menor autoestima y sentir menor calidez pero más sobreprotección de parte de su madre durante la infancia (Wade, Treloar & Martin, 2001). Otros autores mencionan que es posible que la experiencia de tener bulimia altere la percepción de la crianza en la infancia, debido al efecto del “esfuerzo por encontrar un significado”, que se refiere a la búsqueda en las experiencias pasadas de explicaciones para su padecimiento. Esta experiencia puede también influir en el desarrollo del temperamento. Las influencias ambientales que llevan a una baja autoestima y a un alto grado de impulsividad (como en el caso de la bulimia) pueden poner en riesgo a

una persona a ser tratada de diferente manera por su madre o llevar a una percepción distorsionada del trato que recibió cuando era niña (Tennant, 1983).

3.b.8. Estudios en pacientes con Trastorno por Atracón.

Es interesante puntualizar que la desinhibición frente al alimento se ha asociado a los atracones y a los episodios bulímicos (Williamson, Lawson, Brooks, Wozniak, Ryan, Bray & Duchmann, 1995; Yanovski & Sebring, 1994).

Método

4.1. Justificación.

El origen específico de los trastornos de la conducta alimentaria es desconocido; sin embargo, se sabe que pueden surgir por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. La amplia gama de problemas descritos en el funcionamiento de las familias de estas pacientes, señala la importancia de involucrar a la familia y, en particular, a la madre en el diagnóstico y el tratamiento.

Se sabe que las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida, las dietas restrictivas, los ideales de delgadez, la percepción que tienen de sí mismas, de su peso y su figura, su estado emocional, la percepción y actitud ante el peso corporal de sus hijos contribuyen a que éstos manifiesten sus conflictos psicológicos de determinada manera, ya sea a través de su estado emocional o de su conducta alimentaria.

Existen diversos estudios que describen a las madres de pacientes con AN y con BN por separado o mezclados. Sin embargo, no se encontraron estudios que describan a las madres de pacientes con TA. Por esto, surgió la necesidad de un estudio que incluyera a las madres de mujeres con diferentes TCA, incluyendo además un grupo de mujeres sanas, para determinar si existe un perfil materno característico por cada diagnóstico. En caso de que esto sucediera, sería factible establecer programas de intervención puntuales y específicos, de acuerdo a cada perfil, sobre el manejo del TCA en las hijas.

4.2. Planteamiento del problema.

Al describir el perfil psicológico y las conductas alimentarias de las madres de mujeres con anorexia nerviosa, con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón y sin trastorno

alimentario, se pretende contestar si existen diferentes características psicológicas en las madres que se asocien al diagnóstico de las hijas.

4.3. Pregunta de investigación.

¿Existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria entre las madres de mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y sin trastorno alimentario?

4.4. Objetivo general.

Determinar si existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria entre las madres de mujeres con anorexia nerviosa, con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón o sin trastorno alimentario.

4.5. Objetivo específico.

Determinar si existen correlaciones entre el perfil psicológico, las conductas alimentarias y el IMC de las madres con sus hijas.

4.6. Hipótesis.

Existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria entre las madres de hijas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y sin trastorno alimentario.

4.7. Variables.

4.7.a. Variables independientes.

4.7.a.1. Perfil psicológico de la madre.

El perfil psicológico se conformó de las siguientes variables:

❖ Ansiedad

Definición conceptual: La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, no concreto, indefinido, es un temor impreciso carente de objeto exterior (Spielberg, 1980).

Definición operacional: Calificaciones con el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

❖ Depresión

Definición conceptual: Síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognoscitivas, vegetativas y motoras, con serías repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Alarcón, Mazzotti & Nicolini, 2005).

Definición operacional: Calificaciones con el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

❖ Alexitimia

Definición conceptual: Incluye una serie de rasgos: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de la autoevaluación. La característica más importante de la alexitimia es

la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías (Taylor, Bagby & Parker, 1994).

Definición operacional: Calificaciones con la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto (Pérez-Rincón, Cortés, Ortiz, Peña, Ruíz & Díaz-Martínez, 1997).

❖ Insatisfacción Corporal

Definición conceptual: El descontento con la forma global y con el tamaño de algunas regiones del cuerpo (es decir, estómago, caderas, muslos, glúteos) (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Insatisfacción Corporal del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Ineficacia

Definición conceptual: Los sentimientos de insuficiencia general, inseguridad, inutilidad, vacío y falta de control sobre la vida de uno mismo (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Ineficacia del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Perfeccionismo

Definición conceptual: El punto hasta el cual una persona premia los logros personales que alcanzan una estándar muy alto (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Perfeccionismo del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Desconfianza Interpersonal

Definición conceptual: El desequilibrio general de un individuo y desgano para formar relaciones íntimas y para expresar pensamientos o sentimientos a otros (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Desconfianza Interpersonal del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Conciencia Interoceptiva

Definición conceptual: La confusión y aprehensión del reconocimiento y respuesta precisa a los estados emocionales. También evalúa la incertidumbre en la identificación de ciertas sensaciones viscerales confundidas con el hambre y saciedad (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Conciencia Interoceptiva del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Miedo a la Madurez

Definición conceptual: El deseo de regresar a la seguridad de la niñez (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Miedo a la Madurez del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Ascetismo

Definición conceptual: La tendencia a buscar la virtud a través de la persecución de ideales espirituales como la autodisciplina, abnegación, auto-control, auto-sacrificio y control sobre los impulsos corporales (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Ascetismo del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Regulación de impulsos

Definición conceptual: La tendencia hacia la impulsividad, abuso de sustancias, hostilidad, auto-destrucción y destructividad en las relaciones interpersonales (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Regulación de impulsos del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Inseguridad social

Definición conceptual: Las creencias de un individuo de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, que defraudan, ingratas y generalmente de pobre calidad (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Inseguridad social del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

4.7.a.2. Conducta alimentaria.

La conducta alimentaria se conformó de las siguientes variables:

❖ Impulso hacia la Delgadez

Definición conceptual: La persecución "implacable de la delgadez" y el miedo "mórbido de gordura". Es uno de los rasgos principales de los TCA (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Impulso hacia la Delgadez del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Bulimia

Definición conceptual: Las tendencias para planear y tener atracones, así como conductas compensatorias (Garner, 1991).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Bulimia del Inventario de Trastorno Alimentario, EDI-2 (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

❖ Conducta alimentaria compulsiva

Definición conceptual: Se refiere a la presencia de atracones (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Definición operacional: Calificaciones con la Escala de Factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

❖ Preocupación por el peso y la comida

Definición conceptual: Se refiere a las preocupaciones constantes con el peso y por la comida (si engorda, cuántas calorías tiene, etc.) (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Definición operacional: Calificaciones con la Escala de Factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

❖ Dieta crónica y restringida

Definición conceptual: Se refiere a la realización de dieta restrictiva constantemente (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Definición operacional: Calificaciones con la Escala de Factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

❖ Restricción cognoscitiva

Definición conceptual: Es la limitación conciente del consumo de alimentos para prevenir una ganancia de peso o promover la pérdida de peso.

Definición operacional: Calificaciones con la escala de Restricción Cognoscitiva del Inventario de Tres Factores de Alimentación (Stunkard & Messick, 1988).

❖ Desinhibición

Definición conceptual: Es la tendencia a sobrealimentarse en respuesta a diferentes estímulos, y puede ocurrir en una gran variedad de circunstancias (cuando ve platillos sabrosos o cuando está bajo estrés emocional).

Definición operacional: Calificaciones con la escala de desinhibición del Inventario de Tres Factores de Alimentación (Stunkard & Messick, 1988).

❖ Hambre

Definición conceptual: Es la susceptibilidad a comer en respuesta a los síntomas fisiológicos percibidos que señalan la necesidad de alimento.

Definición operacional: Calificaciones con la escala de hambre del Inventario de Tres Factores de Alimentación (Stunkard & Messick, 1988).

4.7.a.3. Índice de Masa Corporal (IMC) de la madre.

Definición conceptual: Se utiliza para definir si una persona presenta emaciación, bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad.

Definición operacional: Se obtiene al dividir el peso entre el cuadrado de la estatura ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Se basa en los puntos de corte de la OMS. Ver Tabla 5.

Tabla 5

Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el Índice de Masa Corporal

Fuente	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
OMS ¹	<18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	Grado I 30.0-34.9	Grado II 35.0-39.9	Grado III >40.0

Nota. De: "Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894" por Organización Mundial de la Salud, 2000.

4.7.b. Variables dependientes.

❖ Diagnóstico en las hijas

Anorexia nerviosa (AN)

Bulimia nerviosa (BN)

Trastorno por atracón (TA)



Criterios DSM-IV-TR
(Tablas 1, 2 y 3)

4.8. Muestreo.

No probabilístico.

Intencional.

4.9. Muestra.

4.9.a. Tamaño de la muestra

Se incluyeron 133 díadas madre e hija.

Se formaron cuatro grupos:

a. 30 díadas madre-hija con AN.

b. 30 díadas madre-hija con BN.

- c. 19 díadas madre-hija con TA y obesidad.
- d. 54 díadas madre-hija sin trastorno alimentario ni obesidad (grupo de comparación).

4.9.b. Características de las madres.

4.9.b.1. Escolaridad.

El 46.6% de las madres de hijas con AN tenían el nivel de secundaria, el 40% el nivel de preparatoria y el 13.4% de licenciatura.

De las madres de hijas con BN, el 43.3% tenían la secundaria, el 36.7% la preparatoria y el 20% la licenciatura.

El 47.4% de las madres de hijas con TA tenían completos sus estudios de secundaria, el 21% la preparatoria y el 31.6% la licenciatura.

Finalmente, de las madres de hijas sin TCA (NOTCA), el 9.4% tenían certificado de secundaria, el 24% de preparatoria, el 59.3% de licenciatura y el 7.3% de posgrado.

4.9.b.2. Ocupación

La mayoría de las madres de hijas con AN eran empleadas (40%), seguidas del 36.7% que se dedicaba al hogar, el 10% eran profesionistas, el 6.7% eran profesoras y el 6.7% restante se dedicaban al comercio.

La mitad de las madres de hijas con BN se dedicaban al hogar (50%), el 33.3% eran empleadas, el 13.3% comerciantes y el 3.3% eran profesionistas.

El 42.1% de las madres de hijas con TA se dedicaban al hogar, el 21.1% eran empleadas, otro 21.1% eran comerciantes, el 10.5% eran profesoras y el 5.3% tenían otras ocupaciones (estudiantes, jubiladas, desempleadas).

El 40.7% de las madres de hijas NOTCA se dedicaban al hogar, seguidas de un 24.1% que eran profesionistas, 16.7% profesoras, 14.8% empleadas, 1.9% comerciantes y 1.9% otras ocupaciones (estudiantes, jubiladas, desempleadas).

4.9.b.3. Estado civil

Eran casadas o vivían en unión libre el 70% de las madres de hijas con AN, el 70% de las madres de hijas con BN, el 52.7% de las madres de hijas con TA y el 81.5% de las madres de hijas sin TCA.

4.9.b.4. Edad e Índice de Masa Corporal

En la Tabla 6 se observan las características de las madres, en cuanto a edad e índice de masa corporal.

Tabla 6

Características generales de las madres, según el diagnóstico de las hijas

	Madres AN (n=30)	Madres BN (n=30)	Madres TA (n=19)	Madres NOTCA (n=54)
Edad	45.2±5.5 (35-55)	47.6±5.1 (34-56)	50.3±4.5 (45-59)	47.4±5.4 (34-62)
IMC	26.3±4.1 (19.2-35.9)	26.0±6.5 (19.1-42.8)	29.3±4.1 (21.0-36.0)	23.9±3.3 (18.5-35.3)

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. En el paréntesis se encuentra el intervalo.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

4.10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

4.10.a. Para el grupo de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

❖ Criterios de inclusión

Hijas

- Edad entre 15 y 25 años para pacientes con AN y BN.
- Edad entre 15 y 30 años para pacientes con TA.
- Nivel de escolaridad mínimo de secundaria.
- Que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón junto con obesidad (IMC>30) (OMS, 2000).
- Que vivan con sus madres biológicas.
- Que ellas y sus madres den su consentimiento para participar.

Madres

- Edad entre 35 y 60 años.
- Nivel de escolaridad mínimo de secundaria.

❖ Criterios de exclusión

Hijas

- Presencia de comorbilidades médicas: diabetes mellitus tipo 1 y 2, problemas tiroideos o alguna otra patología, que

Madres

- Presencia de comorbilidades médicas: diabetes mellitus tipo 1 y 2, problemas tiroideos o alguna

comprometa la conducta alimentaria y el estado emocional.

-Trastorno alimentario secundario a enfermedad psiquiátrica (psicosis, trastorno obsesivo compulsivo).

-Que refiera no desear que su madre participe.

-Embarazo.

otra patología, que comprometa la conducta alimentaria y el estado emocional.

-Embarazo.

4.10.b. Para el grupo de mujeres sin trastorno de conducta alimentaria (NOTCA, grupo de comparación).

❖ Criterios de inclusión

Hijas

-Edad entre 15 y 30 años.

-Nivel de escolaridad mínimo de secundaria.

-Peso normal (IMC entre 18.5 - 24.9)*.

-Que vivan con sus madres biológicas.

-Que ellas y sus madres den su consentimiento para participar.

Madres

-Entre 35 y 60 años.

-Nivel de escolaridad mínimo de secundaria.

❖ Criterios de exclusión

Hijas

-Obtener una calificación mayor al punto de corte de 80 en el Inventario de Trastorno Alimentario (EDI-2) (García-García et al.

Madres

-Presencia de comorbilidades médicas: diabetes mellitus tipo 1 y 2, problemas tiroideos o

2003).

-Presencia de comorbilidades médicas: diabetes mellitus tipo 1 y 2, problemas tiroideos o alguna otra patología, que comprometa la conducta alimentaria y el estado emocional.

-Que refiera no desear que su madre participe.

-Embarazo.

alguna otra patología, que comprometa la conducta alimentaria y el estado emocional.

-Embarazo.

❖ **Criterios de eliminación para ambos grupos (hijas y madres)**

-Que no completen los cuestionarios.

-Que decidan retirarse del estudio.

4.11. Tipo de estudio

❖ Por objetivo:

Descriptivo, correlacional, ex post-facto.

❖ Por lugar:

De campo.

❖ Por tiempo:

Transversal.

4.12. Tipo de diseño

❖ Multivariado.

Cuatro grupos.

Medidas independientes.

4.13. Instrumentos y materiales

Se tomaron las variables antropométricas: peso y estatura. Ambas mediciones se obtuvieron sin zapatos, pidiéndole a la participante que colocara los pies paralelos en el centro, de frente al examinador, debía estar erguida, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos cayendo naturalmente a los lados.

Asimismo, se aplicó la batería de pruebas psicológicas enunciadas más adelante tanto a madres como a hijas.

❖ Báscula y estadímetro.

Para medir el peso y la estatura y así obtener el IMC.

❖ Criterios DSM-IV-TR para Trastornos de la Conducta Alimentaria

Ver Tablas 1, 2 y 3 del capítulo 1.

❖ Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Creado por Beck en 1988. Es una escala autoaplicable, que consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” del síntoma en cuestión.

En la validación de la versión mexicana del IAB se demostró que tiene una alta consistencia interna (alpha de Cronbach de .84 y .83, en estudiantes y adultos, respectivamente), alta confiabilidad test-retest ($r = .75$), validez convergente adecuada (moderada correlación entre el IAB y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE) y una estructura factorial de cuatro factores principales congruente con la versión original de Beck. Las normas de calificación del IAB son: mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y severa (31-63). A mayor puntuación en el IAB, más severidad de los síntomas de ansiedad (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

❖ **Inventario de Depresión de Beck (IDB).**

Creado por Beck en 1988. Es una escala autoaplicable, que consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, donde 0 significa una ausencia de síntoma y 3 significa la mayor severidad del síntoma. Se le pide a la persona que elija la respuesta que más lo represente. Puede encerrar 2 ó más respuestas si así lo quisiera, pero siempre se toma en cuenta sólo la más alta. Se hace una suma total y ese resultado se localiza en el siguiente orden de interpretación: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63).

En la validación de la versión mexicana mostró una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach de .87), con un análisis factorial igual que el original de tres factores, una adecuada validez concurrente entre el IDB y la Escala de Depresión de Zung ($r = .70$ y $r = .65$, para pacientes y estudiantes, respectivamente). A mayor puntuación en la escala del IDB, mayor severidad de los síntomas de depresión (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

❖ **Escala de alexitimia de Toronto (TAS).**

Creada por Taylor, Ryan y Bagby, de la Universidad de Toronto, en 1985. Es una escala autoaplicable que consta de 20 reactivos que se contestan a través de una escala tipo likert de 6 puntos que va de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”.

En la versión mexicana se encontró que tiene una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach de .87), con el análisis factorial se determinó que no tiene tres sino dos factores que explicaban el 40.8% de la varianza total (dificultad para la discriminación y expresión de las emociones y el pensamiento orientado hacia detalles externos). Los puntos de corte establecidos fueron los siguientes: ≤ 51 ausencia de alexitimia, entre 52 y 60 probable alexitimia y ≥ 61 alexitimia. A mayor puntuación en el TAS, mayor severidad de los síntomas de alexitimia (Pérez-Rincón, Cortés, Ortiz, Peña, Ruíz & Díaz-Martínez, 1997).

❖ **Inventario de Trastorno Alimentario (EDI-2).**

Creado por Garner, Olmsted y Polivy en 1991. El EDI-2 consta de 91 reactivos: con ocho subescalas (reactivos 1-64) y tres subescalas provisionales que aportan 27 reactivos adicionales (reactivos 65-91).

Los individuos deben elegir para cada reactivo una de las siguientes opciones, dependiendo la temporalidad con que sucede: "siempre", "casi siempre", "frecuentemente", "en ocasiones", "rara vez" o "nunca." Se califican las respuestas para cada reactivo del cero al tres, con una puntuación de 3 para las respuestas más cercanas a la dirección "sintomática" ("siempre" o "nunca" dependiendo si el reactivo se codifica en la dirección positiva o negativa), una puntuación de 2 para la respuesta inmediatamente adyacente, una puntuación de 1 para la próxima respuesta adyacente, y una calificación de 0 para las tres respuestas restantes más cercanas a la dirección "asintomática".

En la validación mexicana se encontró que el coeficiente alpha de Cronbach, por reactivos, fue de 0.98 cuando se analizaron ambos grupos y al realizar el análisis por separado fue de 0.94 para las mujeres sin TCA y de 0.94 para las pacientes. Los valores alpha de Cronbach para todas las subescalas fueron superiores a 0.85. Los coeficientes de correlación inter-item no son mayores de 0.60, tanto por reactivos como por subescalas, lo que sugiere que cada reactivo da información diferente del otro. Asimismo, se estableció la exactitud diagnóstica del EDI-2 (global y por escalas) y se establecieron puntos de corte. En la Tabla 7 se muestran las abreviaturas de las escalas, así como los puntos de corte. A mayor puntuación, mayor severidad en la sintomatología de la escala. Para las escalas de conciencia interoceptiva y de regulación de impulsos una mayor puntuación refleja mayor "dificultad" para tener conciencia y para regular, respectivamente (García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcila-Martínez, 2003).

Tabla 7

Escalas del EDI-2, con abreviaturas y puntos de corte

SUBESCALAS EDI-2	ABREVIATURA	PUNTO DE CORTE MÁS SENSIBLE	PUNTO DE CORTE MÁS ESPECÍFICO
Impulso hacia la delgadez	ID	12	14
Bulimia	B	2	3
Insatisfacción corporal	IC	11	14
Ineficacia	I	5	7
Perfeccionismo	P	9	11
Desconfianza interpersonal	DI	5	7
Conciencia Interoceptiva	CI	10	11
Miedo a la madurez	MM	8	8
Ascetismo	A	6	7
Regulación de impulsos	RI	8	11
Inseguridad social	IS	5	6
Calificación Total	TOTAL	80	105

Nota. De “Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas” por E. García-García, V. Vázquez-Velázquez, J. C. López-Alvarenga y D. Arcila-Martínez, 2003, *Salud Pública de México*, 45 (3), 206-10.

❖ **Inventario de Tres Factores de Alimentación (I3FA).**

Creado por Stunkard y Messick en 1988. Es un cuestionario auto-aplicable, que consta de 51 reactivos, que se separan en tres escalas: restricción cognoscitiva (RC), desinhibición (D) y hambre (H). Los primeros 36 reactivos tienen una escala de calificación de verdadero y falso (0 y 1), del reactivo 37 al 50 hay cuatro posibles respuestas que finalmente se califican con 0 y 1, y el reactivo 51 tiene seis opciones de respuesta que se califica con 0 y 1.

En la validación para población mexicana realizada para este proyecto (no publicado), se encontró una consistencia interna elevada (alpha de Cronbach de .80) y la confiabilidad test-retest por escala fue: RC de .84, D de .94 y H de .90.

Una puntuación mayor de 14 en la escala de RC, mayor de 12 en D y mayor de 11 en H refleja una calificación severa o clínicamente importante. A mayor puntuación en cualquiera de las escalas, mayor sintomatología (Stunkard & Messick, 1988).

❖ **Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación (EFRATA).**

Creada por Gómez-Pérez-Mitré en 2000. Es una escala autoaplicable que consta de 7 factores que explican el 44.1% de la varianza y tiene un alpha de Cronbach de .89. Contiene preguntas cerradas con cinco opciones de respuesta que va de “nunca” a “siempre”. Para este estudio se utilizó la versión para mujeres y únicamente tres factores (31 reactivos): conducta alimentaria compulsiva (alpha de .90), preocupación por el peso y la comida (alpha de .82) y dieta crónica y restringida (alpha de .81). El criterio de calificación de los reactivos es “a mayor puntaje mayor problema” (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

4.14. Procedimiento

Se invitó a participar a la díada madre-hija. Se les informó de los objetivos del estudio, se leyó y explicó el consentimiento informado (Ver Anexo) para ser firmado posteriormente por ambas, por un testigo y por el investigador. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Referencia 1978, Clave DIA-201-09/12-1).

Se obtuvo el peso corporal y estatura de madres e hijas para el cálculo del IMC, se llevó a cabo una entrevista con las hijas para el establecimiento del diagnóstico (AN, BN, TA) de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR y se aplicó la batería de pruebas psicológicas por separado, tanto a madres como a hijas.

Para el grupo de mujeres sin TCA (NOTCA), se siguió el mismo procedimiento de invitación y explicación en una muestra de 231 alumnas de secundaria y preparatoria (de 15 a 19 años de edad) de una escuela privada de la Ciudad de México y a 60 mujeres familiares, amigas o conocidas de alumnas/os de licenciatura, tanto de una

universidad pública como de una universidad privada (que no fueran estudiantes de las licenciaturas de psicología, nutrición o medicina).

Siguiendo los criterios de inclusión, se incluyó a las dadas que aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo el peso y la estatura (excepto en algunos casos de las invitadas de los universitarios, donde se les solicitó que obtuvieran esos datos de algún consultorio médico, de preferencia) y contestaron la batería de pruebas psicológicas. Posteriormente, se calificaron los cuestionarios y se excluyó a las mujeres que obtuvieron una calificación superior a 80 en el Inventario de Trastorno Alimentario (EDI-2). A los casos detectados, se les invitó a acudir a una preconsulta en la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán para realizar un diagnóstico clínico y, en caso necesario, iniciar tratamiento.

4.15. Análisis estadístico

Para las variables continuas se utilizaron promedios y desviación estándar. Para las variables categóricas o nominales se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para la comparación de puntuaciones entre las madres de hijas con los diferentes diagnósticos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA de una vía), llevándose a cabo un análisis *post-hoc* con el método de Bonferroni.

Para identificar si las madres conformaban diferentes perfiles de acuerdo con el diagnóstico de la hija, se utilizó el análisis discriminante, con el método *stepwise o por etapas*, con probabilidades preferentes (haciendo un cálculo de acuerdo al tamaño del grupo, dado que el tamaño de los grupos no es igual).

El análisis discriminante es una técnica del análisis multivariado que permite asignar o clasificar nuevos individuos dentro de grupos previamente reconocidos o definidos. El Análisis Discriminante persigue explicar la pertenencia de cada individuo original a uno u otro grupo establecido, basándose en una variable dependiente categórica (diagnóstico de la hija), caracterizada por varias clases conocidas (AN, BN, TA y NOTCA)

en función de las variables de su perfil (variables independientes sociodemográficas, del perfil psicológico y de la conducta alimentaria), y a la vez cuantificar el peso de cada una de ellas en la discriminación (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2007; Pérez, 2004). Asimismo, este análisis persigue predecir a qué grupo habrá de pertenecer con mayor probabilidad un nuevo individuo del que únicamente se conoce su perfil en las variables.

Con cuatro categorías para la variable independiente, conocido como Análisis Discriminante Múltiple, se pueden estimar tres funciones discriminantes, cada una representando una dimensión diferente de discriminación. La interpretación de la función discriminante determina cuáles de las variables independientes (o sus combinaciones lineales) son las que contribuyen a discriminar entre los grupos. Una función discriminante es la combinación lineal de las variables independientes que mejor explican las diferencias entre grupos o que discriminan mejor entre ellos.

En un número variable de pasos, se definen las variables independientes que mejor discriminan entre los grupos. Se establece al final cuál de esos pasos discrimina mejor, de acuerdo con ciertas variables. Se obtienen los valores de tolerancia (cuanto mayor sea la tolerancia de una variable y más cercana a 1, más información independiente del resto de variables recogerá), el valor de F de salida y la lambda de Wilks de cada variable seleccionada. Si el valor de lambda de Wilks (λ) es pequeño, la variable discrimina mucho: la variabilidad total se debe a las diferencias entre grupos y no a las diferencias dentro de grupos (cuanto más cerca de 0 esté, mayor es el poder discriminante de las variables consideradas). Posteriormente, se obtienen las funciones discriminantes, junto con sus autovalores (eigenvalues), el porcentaje de varianza explicada y la correlación canónica (que es una correlación multivariada y simultánea entre las variables dependientes y las variables independientes; si la correlación canónica se eleva al cuadrado, se obtiene la varianza total explicada por las variables independientes). Esas funciones arrojan un valor de varianza, con una correlación canónica, la cual se refiere a la proporción de la variabilidad total debida a la diferencia

entre grupos para las funciones discriminantes (cuanto más cerca de 1 esté su valor, mayor es la potencia discriminante de la función discriminante).

Por último, se hicieron correlaciones entre variables madre-hija, utilizando la correlación producto-momento de Pearson.

Se estableció un nivel de significancia de $p < .05$, para rechazar la hipótesis nula. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows.

Resultados

Dado que se trata de patologías distintas y a que el objetivo fue contrastar a las madres y no a las hijas por diagnóstico, a continuación sólo se presenta la información relativa a las madres. Para fines descriptivos, en el Apéndice A se encuentran las características de las hijas.

5.1. Edad e Índice de Masa Corporal de las madres

En la Tabla 8 se observan las características de las madres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, entre las madres de hijas con AN y con TA, $F(1,49) = 3.69$, $p = .014$ y en el IMC de las madres de hijas con BN, TA y NOTCA, $F(2, 102) = 8.97$, $p < .001$ (BN vs. TA, $p = .032$; TA vs. NOTCA, $p < .001$). Las madres de hijas con TA son las de mayor edad y mayor IMC.

Tabla 8

Características generales de las madres, según el diagnóstico de las hijas

	Madres AN (n=30)	Madres BN (n=30)	Madres TA (n=19)	Madres NOTCA (n=54)
Edad	45.2±5.5 (35-55)	47.6±5.1 (34-56)	50.3±4.5* (45-59)	47.4±5.4 (34-62)
IMC	26.3±4.1 (19.2-35.9)	26.0±6.5 (19.1-42.8)	29.3±4.1** (21.0-36.0)	23.9±3.3 (18.5-35.3)

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. En el paréntesis se encuentra el intervalo.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

* $p < 0.05$, AN vs. TA. ** $p < 0.05$, TA vs. BN y NOTCA.

En la Figura 1 se observa la clasificación de las madres de acuerdo con el IMC, por cada grupo diagnóstico. Mediante el análisis estadístico de la Chi cuadrada [(6, N = 131) = 33.49, p < .001], se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de madres con obesidad entre los grupos, siendo en el grupo de madres de hijas con TA donde se encontró el mayor porcentaje de mujeres obesas (52.6%), contra un 13.3% en las madres de hijas con AN, un 13.3% en las madres de hijas con BN y un 3.7% en las madres de hijas NOTCA (Figura 1).

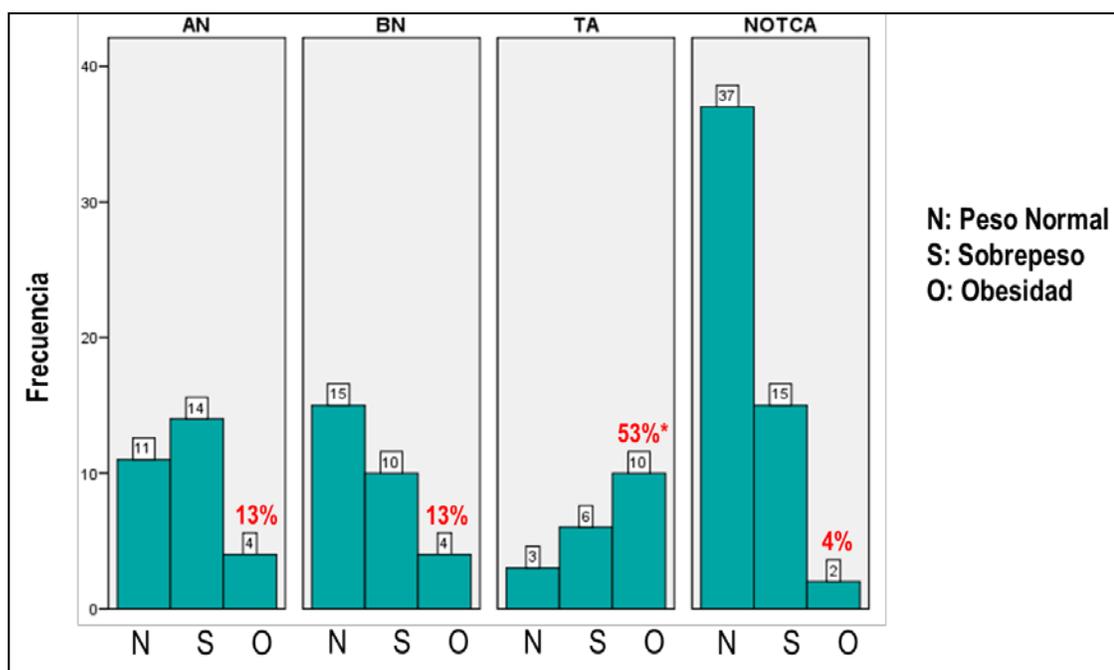


Figura 1. Clasificación de las madres de acuerdo con el IMC, por cada grupo diagnóstico.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracción; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Nota. Los valores en recuadros muestran la “n” de cada grupo que se diagnostica de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (normal, sobrepeso, obesidad).

* Chi cuadrada (6, N = 131) = 33.49, p < .001

5.2. Comparación entre los cuatro grupos de madres

5.2.a. Comparación del perfil psicológico

En la Tabla 9 se muestran los resultados de las madres en las variables del perfil psicológico.

Tabla 9

Resultados en el perfil psicológico de las madres

	Madres AN	Madres BN	Madres TA	Madres NOTCA	F	Diferencias entre grupos
Insatisfacción Corporal	7.0	5.7	9.7	5.4	3.02*	TA>NOTCA
Ineficacia	2.4	2.4	4.2	0.9	5.59*	TA>NOTCA
Perfeccionismo	4.5	4.4	6.8	4.7	2.12	--
Desconfianza Interpersonal	3.0	2.7	5.0	2.1	3.95*	TA>NOTCA
Conciencia Interoceptiva	3.3	2.8	3.8	1.4	3.46*	TA>NOTCA
Miedo a la Madurez	3.7	4.1	5.9	3.5	2.09	--
Ascetismo	3.1	4.6	3.8	3.3	2.30	--
Regulación de Impulsos	4.3	3.3	5.1	1.8	5.34*	AN y TA>NOTCA
Inseguridad Social	3.1	3.0	4.1	1.4	4.70*	TA>NOTCA
EDI-2 Total	38.1	36.4	54.9	27.7	6.73**	BN<TA>NOTCA
Depresión	14.7	11.8	16.5	7.5	8.18**	AN y TA>NOTCA
Ansiedad	16.9	10.9	15.8	8.0	6.47**	AN y TA>NOTCA
DE de Emociones	27.1	28.0	34.2	19.7	4.90**	TA>NOTCA
Pensamiento Externo	8.0	6.5	9.3	5.2	5.46*	AN y TA>NOTCA
Alexitimia Total	35.1	34.5	43.5	24.9	6.61**	AN y TA>NOTCA

Nota. Los valores son la Media y el valor de F (ANOVA).

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria; EDI-2: Eating Disorder Inventory 2; DE Emociones: Discriminación y expresión de emociones.

* p < .05. ** p < .001

De acuerdo con los resultados del ANOVA, el grupo que presenta mayor psicopatología significativa es el de las madres de hijas con TA, comparada con el grupo NOTCA y sólo en la psicopatología asociada a los trastornos alimentarios (EDI-2 Total) con el grupo de madres de BN. Las madres de AN difieren en algunas variables con el grupo de madres NOTCA únicamente.

5.2.b. Comparación de la conducta alimentaria

En la Tabla 10 se muestran los resultados de las madres en las variables de conducta alimentaria.

Tabla 10

Resultados en la conducta alimentaria de las madres

	Madres AN	Madres BN	Madres TA	Madres NOTCA	F	Diferencias entre grupos
Restricción Cognitiva	7.1	8.2	9.8	10.3	3.95*	AN<NOTCA
Desinhibición	5.1	4.2	5.7	4.5	1.04	
Hambre	3.8	4.2	4.2	3.5	0.66	
Impulso a la Delgadez	3.4	3.2	5.4	3.1	1.43	
Bulimia	0.2	0.1	1.2	0.2	2.92*	BN<TA>NOTCA
Cond. Alim. Compulsiva	22.1	22.4	26.8	21.9	3.42*	AN<TA>NOTCA
Preocup. por Peso y Comida	13.9	14.7	20.1	16.7	6.11**	AN<TA;BN<TA
Dieta crónica restrictiva	10.0	10.0	12.3	10.0	2.34	
EFRATA Total	43.0	44.6	56.5	46.2	4.70*	AN<TA;BN<TA>NOTCA

Nota. Los valores son la Media y el valor de F (ANOVA).

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria; Cond. Alim. Compulsiva: Conducta Alimentaria Compulsiva; Preocup. por peso y comida: Preocupación por peso y comida; EFRATA: Escala de Factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación.

* $p < .05$. ** $p < .001$

En relación con la conducta alimentaria, los resultados del ANOVA demostraron que las madres de hijas con TA son las que muestran puntuaciones significativamente mayores en las escalas relacionadas con la conducta alimentaria compulsiva, síntomas bulímicos y conductas de riesgo de trastornos alimentarios que el resto de los tres grupos.

En la Figura 2 se muestra un resumen de las diferencias significativas entre los cuatro grupos, tanto en perfil psicológico como en conducta alimentaria.

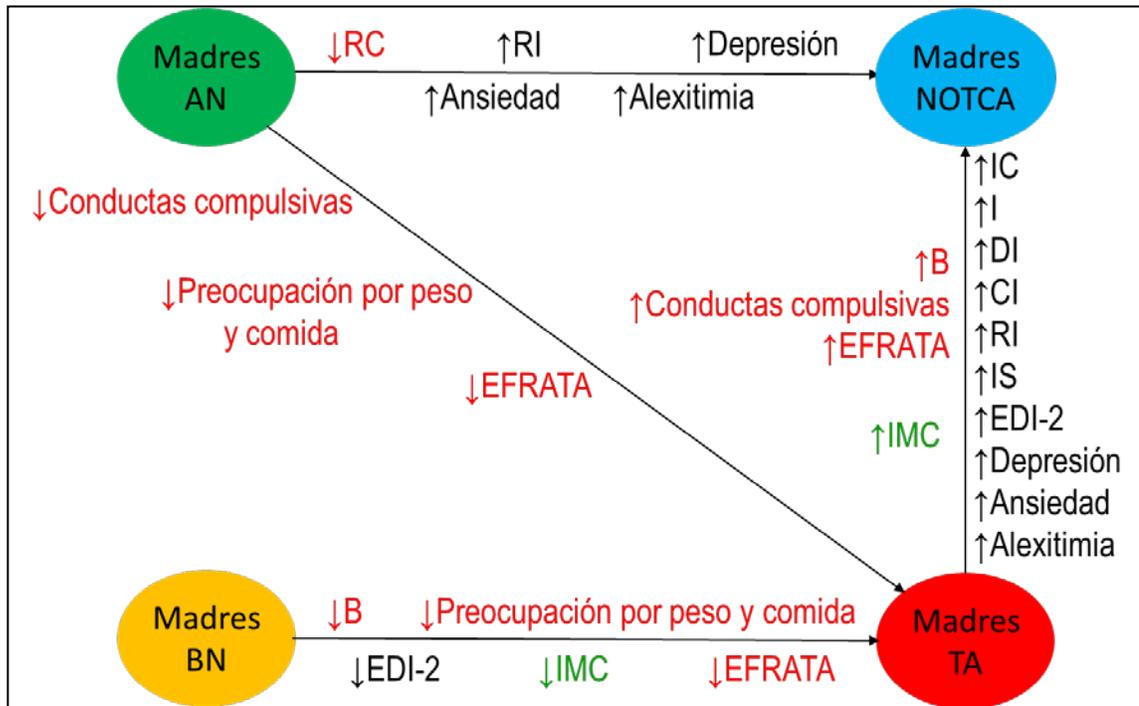


Figura 2. Diferencias significativas entre los cuatro grupos de madres, tanto en perfil psicológico como en conducta alimentaria.

Nota. RC: Restricción Cognitiva; RI: Regulación de Impulsos; EFRATA: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación; B: Bulimia; IC: Insatisfacción Corporal; I: Ineficacia; DI: Desconfianza Interpersonal; CI: Conciencia Interoceptiva; IS: Inseguridad Social; EDI-2: Inventario de Trastornos Alimentarios; IMC: Índice de Masa Coporal; ↓: Menor; ↑: Mayor
ANOVA: *Post-hoc* con Bonferroni; $p < .05$

5.3. Análisis Discriminante.

5.3.a. Análisis discriminante entre los cuatro grupos.

En cuatro pasos, se definieron las variables independientes que mejor discriminaban entre los cuatro grupos. El paso 4, que fue el que mejor discriminaba: con cuatro variables, un valor de lambda de Wilks de .162, una $F(4,112)$ de 23.79 significativa ($p < .001$). En la Tabla 11, se observan los valores de tolerancia el valor de F de salida y la lambda de Wilks de cada variable seleccionada por el análisis. Por los valores de

Lambda de Wilks, se concluye que esas variables son las que mejor discriminan entre grupos.

Tabla 11

Variables en el análisis de los cuatro grupos

	Tolerancia	F de salida	Lambda de Wilks
Insatisfacción del cuerpo de la hija	.982	74.48	.509
Escolaridad	.965	10.19	.215
Depresión	.979	6.61	.198
Clasificación de IMC	.987	4.03	.186

En la Tabla 12 se observan las funciones discriminantes, junto con sus autovalores, el porcentaje de varianza explicada y la correlación canónica.

Tabla 12

Autovalores de las funciones de los cuatro grupos

Función	Autovalores	% Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	2.68	80.0	80.0	.854
2	.668	19.9	99.9	.633
3	.004	.1	100.0	.063

Se observa que la función 1 explica el 80% de la varianza de los datos, con una correlación canónica elevada.

En la Tabla 13 se muestran, por un lado, los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas y por el otro los centroides por cada grupo de diagnóstico. Dado que la función 1 fue la más adecuada para discriminar entre los grupos, se toman en cuenta los valores para ubicarlos alrededor de los centroides de cada grupo. Así, se observa que los coeficientes estandarizados negativos se encuentran más cercanos al centroide negativo y los coeficientes estandarizados positivos más cerca de los centroides positivos. Esto significa que una puntuación elevada (por encima de la media) en depresión y en la clasificación del IMC (siendo 1

peso normal, 2 sobrepeso y 3 obesidad) es más característico de las madres de hijas con TA (por la cercanía de los valores al centroide de ese grupo), que una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija define a las madres de hijas con AN y que una mayor escolaridad define a las madres de hijas sin trastorno alimentario (NOTCA).

Tabla 13

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas y los centroides para las funciones discriminantes de los cuatro grupos

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas			
	Función 1	Función 2	Función 3
Escolaridad	.155	-.432	.404
Clasificación de IMC	-.394	.510	1.279
Depresión	-.028	.065	.000
Insatisfacción del cuerpo de la hija	.990	.314	.172

Centroides			
	Función 1	Función 2	Función 3
AN	1.320	1.123	.103
BN	.486	.302	-.188
TA	-3.961	.491	.026
NOTCA	.270	-.849	.037

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

La Tabla 14 muestra los coeficientes de clasificación por cada diagnóstico. Se observa cómo sería el perfil de cada uno de los grupos de madres de acuerdo al diagnóstico de la hija. Se define de la siguiente manera:

- ❖ Las madres de hijas NOTCA son el grupo con mayor escolaridad, seguidas de las madres de hijas con BN, seguidas de las madres de hijas con AN y finalmente siguen las madres de hijas con TA.

- ❖ En cuanto a la clasificación de IMC, son las madres de hijas con TA las que presentan un mayor IMC, seguidas de las madres de hijas con AN, después vienen las madres de hijas con BN y al final las madres de hijas sin trastorno.
- ❖ Las madres de hijas con TA son las más deprimidas, seguidas de las madres de hijas con AN, después vienen las madres de hijas con BN y finalmente se localiza a las madres de hijas NOTCA.
- ❖ Finalmente, las madres de hijas con AN son las que presentan mayor insatisfacción con el cuerpo de su hija, seguidas de las madres de hijas con BN, después vienen las madres de hijas NOTCA y al final las madres de hijas con TA.

Tabla 14

Coefficientes de clasificación de los cuatro grupos

	AN	BN	TA	NOTCA
Escolaridad	2.96	3.07	2.39	3.62
Clasificación de IMC	4.72	4.26	6.38	4.04
Depresión	.12	.09	.23	.02
Insatisfacción del cuerpo de la hija	2.03	.89	-3.41	.36
(Constante)	-17.77	-16.20	-24.99	-18.72

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

La Figura 3 muestra el mapa territorial de la distribución de las madres de acuerdo al grupo que pertenecen. Se observan los límites de cada grupo y los centroides de donde se tiene que partir para ubicar nuevos casos.

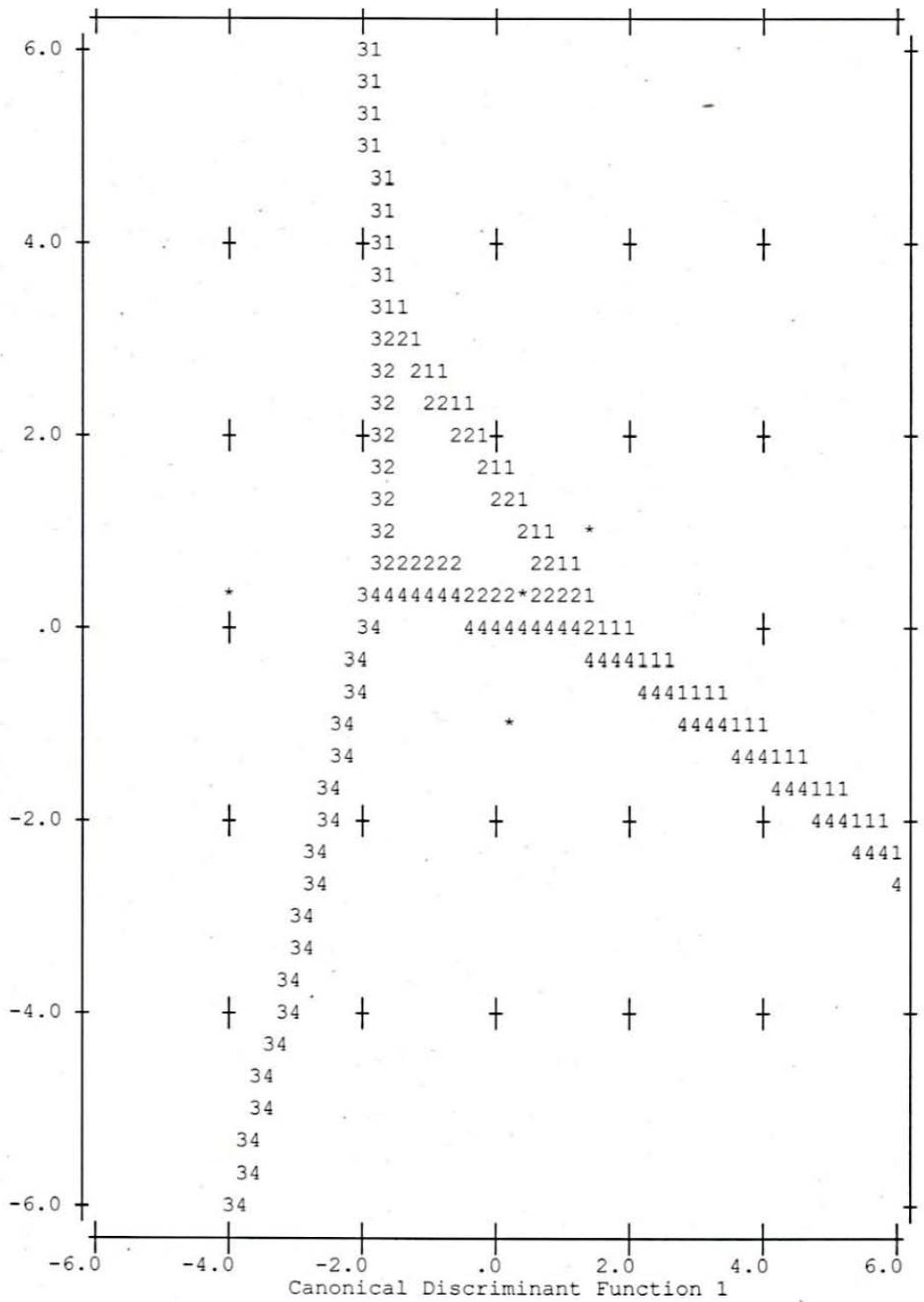


Figura 3. Mapa territorial de los cuatro grupos.

Nota: Grupo 1 = AN; Grupo 2 = BN; Grupo 3 = TA; Grupo 4 = NOTCA

* Centroides

Finalmente, la Tabla 15 muestra los resultados de clasificación de las madres. El análisis discriminante clasificó correctamente al 70.7% de los 133 casos agrupados originales. El 70% de las madres de hijas con AN se agrupan formando un solo perfil, el 30% de las madres de hijas con BN forman otro perfil, el 84% de las madres de hijas con TA tienen otro perfil y el 89% de las madres de hijas sin trastorno se agrupan formando un solo perfil.

Hubo un 17% de madres de hijas con AN ($n = 5$) que tenían un perfil similar al de las madres de hijas NOTCA, un 13% que tenían un perfil como las madres de hijas con BN ($n = 4$) y ninguna tenía un perfil como las madres de hijas con TA.

El grupo de madres de hijas con BN fue el más heterogéneo, incluso siendo clasificado en su mayoría dentro del perfil de las madres de hijas sin trastorno (37%, $n = 11$), seguido del perfil de las madres de hijas con AN (33%, $n = 10$) y ninguna clasificó como madre de hija con TA.

En el grupo de madres de hijas con TA sólo hubo un 16% ($n = 3$) que clasificó como el grupo de madres de hijas NOTCA.

Un 6% ($n = 3$) de madres de hijas NOTCA tuvo un perfil similar a las madres de hijas con AN, seguido de un 4% ($n = 2$) como madres de hijas con BN y un 2% ($n = 1$) como madres de hijas con TA.

Tabla 15

Resultados de clasificación de los cuatro grupos^{b,c}

			AN	BN	TA	NOTCA	TOTAL
Original	Recuento	AN	21	4	0	5	30
		BN	10	9	0	11	30
		TA	0	0	16	3	19
		NOTCA	3	2	1	48	54
	%	AN	70.0	13.3	0	16.7	100
		BN	33.3	30.0	0	36.7	100
		TA	0	0	84.2	15.8	100
		NOTCA	5.6	3.7	1.9	88.9	100
Validación Cruzada ^a	Recuento	AN	21	4	0	5	30
		BN	11	7	0	12	30
		TA	0	0	16	3	19
		NOTCA	3	2	1	48	54
	%	AN	70.0	13.3	0	16.7	100
		BN	36.7	23.3	0	40.0	100
		TA	0	0	84.2	15.8	100
		NOTCA	5.6	3.7	1.9	88.9	100

^a La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.

^b Clasificados correctamente el 70.7% de los casos agrupados originales.

^c Clasificados correctamente el 69.2% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Dado que el porcentaje de clasificación correcta no fue elevado (>80%), excepto en los casos de las madres de hijas con TA y de las madres de hijas sin trastorno se determinó llevar a cabo un análisis discriminante por cada par de diagnóstico: AN contra BN, AN contra TA, AN contra NOTCA, BN contra TA, BN contra NOTCA, TA contra NOTCA. En cada caso, cuando se comparan dos grupos, se obtiene sólo una función discriminante. Es bien sabido que al comparar repetidamente dos grupos, aumenta la probabilidad de cometer el error tipo I (rechazar la hipótesis nula, cuando en realidad es verdadera).

Con el propósito de compensar el efecto de dicho error, se disminuyó el tamaño de la zona de rechazo de la hipótesis nula, estableciéndola a $p < .01$.

5.3.b. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas con Bulimia Nerviosa.

Para las madres de hijas con AN y BN, la insatisfacción con el cuerpo de la hija es lo que define las diferencias entre ambas, siendo las madres de hijas con AN las más insatisfechas. El autovalor fue de .25, la correlación canónica fue de .45, el valor de la lambda de Wilks fue de .79, con una Chi cuadrada de 10.95 y una $p < .001$. En la Tabla 16 se muestran los coeficientes estandarizados y el centroide de cada diagnóstico.

Tabla 16

Coeficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas con Bulimia Nerviosa

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	
	Función 1
Insatisfacción con el cuerpo de la hija	1.000

Centroides	
	Función 1
AN	1.260
BN	-.506

En la Tabla 17 se observan los porcentajes de clasificación correcta, que fue de 71.7%. Este análisis clasifica correctamente al 56.7% de las madres de hijas con AN y al 86.7% de las madres de hijas con BN.

Tabla 17

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas con Bulimia Nerviosa^{a,b}

			AN	BN	TOTAL
Original	Recuento	AN	17	13	30
		BN	4	26	30
	%	AN	56.7	43.3	100
		BN	13.3	86.7	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	AN	17	13	30
		BN	15	15	30
	%	AN	56.7	43.3	100
		BN	50.0	50.0	100

^a Clasificados correctamente el 70.7% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 69.2% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

5.3.c. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas con Trastorno por Atracón.

Las diferencias entre las madres de hijas con AN y las madres de hijas con TA se basaron en la puntuación total del EDI-2, la ansiedad y la insatisfacción con el cuerpo de las hijas. El autovalor fue de 7.55, la correlación canónica fue de .94, el valor de la lambda de Wilks fue de .12, con una Chi cuadrada de 78.35 y una $p < .001$. En la Tabla 18 se muestran los coeficientes estandarizados y el centroide de cada diagnóstico.

Tabla 18

Coefficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas con Trastorno por Atracón

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
EDI-2 Total	-.749
Ansiedad	.524
Insatisfacción con el cuerpo de la hija	1.051

Centroides

	Función 1
AN	2.075
TA	-3.459

Las madres de mujeres con TA se caracterizaban por presentar una mayor puntuación en el EDI-2 y las madres de mujeres con AN muestran mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija y mayor ansiedad (Tabla 18). Es relevante destacar que no existen características compartidas entre estos dos grupos; es decir, el 100% de las madres de ambos grupos fueron clasificadas correctamente (Ver Tabla 19).

Tabla 19

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas con Trastorno por Atracón^{a,b}

			AN	TA	TOTAL
Original	Recuento	AN	30	0	30
		TA	0	19	19
	%	AN	100.0	0.0	100
		TA	0.0	100.0	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	AN	30	0	30
		TA	0	19	19
	%	AN	100.0	0.0	100
		TA	0.0	100.0	100

^a Clasificados correctamente el 100.0% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 100.0% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

5.3.d. Análisis discriminante entre madres de hijas con Anorexia Nerviosa y madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

En la comparación entre las madres de hijas con AN y madres de hijas sin trastorno alimentario (NOTCA), se encontró que las variables que separan a los grupos son la escolaridad, la ansiedad y la insatisfacción con el cuerpo de la hija. El autovalor fue de 1.58, la correlación canónica fue de .78, el valor de lambda de Wilks de .39, la Chi cuadrada de 68.83 con una $p < .001$. En la Tabla 20 se muestra como las madres de hijas sin trastorno presentan mayor escolaridad (coeficiente de $-.474$ y centroide de $-.870$) y de nuevo las madres de hijas con AN presentaron mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija (coeficiente de $.800$) y mayor ansiedad (coeficiente de $.374$) con un centroide de 1.774 .

Tabla 20

Coefficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas sin Trastorno de la Conducta Alimentaria

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Escolaridad	$-.474$
Ansiedad	$.374$
Insatisfacción con el cuerpo de la hija	$.800$

Centroides

	Función 1
AN	1.774
NOTCA	$-.870$

Se clasificaron correctamente el 86.7% de las madres de hijas con AN y al 94.4% de las madres de hijas sin trastorno (clasificación correcta global de 91.7%) (Tabla 21).

Tabla 21

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Anorexia Nerviosa y de las madres de hijas sin trastorno de conducta alimentaria^b

			AN	NOTCA	TOTAL
Original	Recuento	AN	26	4	30
		NOTCA	3	51	54
	%	AN	86.7	13.3	100
		NOTCA	5.6	94.4	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	AN	25	5	30
		NOTCA	5	49	54
	%	AN	83.3	16.7	100
		NOTCA	9.3	90.7	100

^a Clasificados correctamente el 91.7% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 88.1% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

5.3.e. Análisis discriminante entre madres de hijas con Bulimia Nerviosa y madres de hijas con Trastorno por Atracón.

Entre las madres de hijas con BN y las madres de hijas con TA, las diferencias se basaron en las siguientes variables: el impulso a la delgadez, la inseguridad social, la puntuación total en el EDI-2, el pensamiento externo de la escala de alexitimia, la preocupación por el peso y la comida, y la insatisfacción con el cuerpo de la hija. El autovalor fue de 6.54, la correlación canónica de .93, el valor de lambda de Wilks de .133, la Chi cuadrada de 72.72 con una $p < .000$.

En la Tabla 22 se observan los coeficientes estandarizados y los centroides. De estas variables se observa que las madres de hijas con TA son las que presentan mayor puntuación en el pensamiento externo de alexitimia, mayor preocupación por el peso y la comida y mayor puntuación en el EDI-2 total. Las madres de hijas con BN

presentaron mayor insatisfacción con el cuerpo de su hija, mayor impulso a la delgadez y mayor inseguridad social.

Tabla 22

Coefficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con Bulimia Nerviosa y de las madres de hijas con Trastorno por Atracón

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Impulso a la delgadez	1.272
Inseguridad social	.992
EDI-2 Total	-1.467
Pensamiento externo de Alexitimia	-.610
Preocupación por el peso y la comida del EFRATA	-.799
Insatisfacción con el cuerpo de la hija	1.105

Centroides

	Función 1
BN	1.894
TA	-3.283

En función de estas variables, el porcentaje de clasificación correcta de las madres de hijas con BN fue de 96.7% (sólo una madre de este grupo tiene un perfil similar al de las madres del otro grupo) y de las madres de hijas con TA fue de 94.7%, dando un total de clasificación correcta del 95.9% (Ver Tabla 23).

Tabla 23

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Bulimia Nerviosa y de las madres de hijas con Trastorno por Atracón^{a,b}

			BN	TA	TOTAL
Original	Recuento	BN	29	1	30
		TA	1	18	19
	%	BN	96.7	3.3	100
		TA	5.3	94.7	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	BN	29	1	30
		TA	2	17	19
	%	BN	96.7	3.3	100
		TA	10.5	89.5	100

^a Clasificados correctamente el 95.9% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 93.9% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

5.3.f. Análisis discriminante entre madres de hijas con Bulimia Nerviosa y madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria

El análisis discriminante entre las madres de hijas con BN y las madres de hijas sin trastorno mostró que las variables que discriminaban entre ambos grupos fueron: la escolaridad, el IMC, la insatisfacción con el propio cuerpo, la ineficacia y la desconfianza interpersonal.

El autovalor fue de .62, la correlación canónica de .62, con una lambda de Wilks de .62, una Chi cuadrada de 35.1 y una $p < .000$. En la Tabla 24 se muestran los coeficientes estandarizados y los centroides.

Tabla 24

Coefficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con BN y de las madres de hijas sin trastorno alimentario

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
Escolaridad	-.809
IMC	.784
Insatisfacción corporal	.607
Ineficacia	.738
Desconfianza interpersonal	-.550

Centroides

	Función 1
BN	1.090
NOTCA	-.556

Una mayor escolaridad y mayor desconfianza interpersonal fueron características de las madres de hijas NOTCA (coeficientes de -.809 y -.550, respectivamente con un centroide de -.556). Un mayor IMC, mayor insatisfacción corporal propia y mayor ineficacia fueron característicos de las madres de hijas con BN (coeficientes de .784, .607 y .738, respectivamente con un centroide de 1.090).

En la Tabla 25 se observa que se clasificó correctamente al 60% de las madres de hijas con BN y al 87% de las madres de hijas sin trastorno, con una clasificación correcta total de 77.4%.

Tabla 25

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Bulimia Nerviosa y de las madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria ^{a,b}

			BN	NOTCA	TOTAL
Original	Recuento	BN	18	12	30
		NOTCA	7	47	54
	%	BN	60.0	40.0	100
		NOTCA	13.0	87.0	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	BN	16	14	30
		NOTCA	7	47	54
	%	BN	53.3	46.7	100
		NOTCA	13.0	87.0	100

^a Clasificados correctamente el 77.4% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 75.0% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

5.3.g. Análisis discriminante entre madres de hijas con Trastorno por Atracón y madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Finalmente, entre las madres de hijas con TA y las madres de hijas NOTCA se encontró que la insatisfacción con el cuerpo de la hija, el IMC, la insatisfacción del propio cuerpo y la ineficacia determinaban las diferencias entre los dos grupos. El autovalor fue de 5.35, la correlación canónica fue de .92, el valor de lambda de Wilks fue de .16, con una Chi cuadrada de 114.59 significativa ($p < .001$).

Un mayor IMC, una mayor insatisfacción con el propio cuerpo y mayores síntomas de ineficacia fueron característicos de las madres de hijas con TA (coeficientes de .807, .418 y .627, respectivamente con un centroide de 4.199); y las madres de hijas sin trastorno se sentían más insatisfechas con el cuerpo de sus hijas (coeficiente de -.926 y centroide de -1.235) (Ver Tabla 26).

Tabla 26

Coefficientes estandarizados y centroides de las madres de hijas con Trastorno por Atracón y de las madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función 1
IMC	.807
Insatisfacción corporal	.418
Ineficacia	.627
Insatisfacción con el cuerpo de la hija	-.926

Centroides

	Función 1
TA	4.199
NOTCA	-1.235

El análisis discriminante clasificó correctamente al 89.5% de las madres de hijas con TA (17 de 19 madres) y al 100% de las madres de hijas sin trastorno. En total hubo un 97.3% de clasificación correcta (Tabla 27).

Tabla 27

Resultados de clasificación de las madres de hijas con Trastorno por Atracón y de las madres de hijas sin Trastorno de Conducta Alimentaria^{a,b}

			TA	NOTCA	TOTAL
Original	Recuento	TA	17	2	19
		NOTCA	0	54	54
	%	TA	89.5	10.5	100
		NOTCA	0.0	100.0	100
Validación Cruzada ^b	Recuento	TA	17	2	19
		NOTCA	0	54	54
	%	TA	89.5	10.5	100
		NOTCA	0.0	100.0	100

^a Clasificados correctamente el 97.3% de los casos agrupados originales.

^b Clasificados correctamente el 97.3% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

Los hallazgos de los análisis discriminates por pares son relevantes dado que permitieron conocer con más detalle las diferencias entre los perfiles de las madres.

5.4. Correlaciones entre madres e hijas.

En la Tabla 28 y 29 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones estándar de las hijas junto con las de sus madres en las variables del perfil psicológico y en la conducta alimentaria, respectivamente.

Para cada grupo diagnóstico, se llevó a cabo un análisis de correlación producto-momento de Pearson entre las respuestas dadas por las hijas y por sus madres.

A continuación se muestran únicamente las correlaciones significativas y se describen las que obtuvieron un valor de $r \geq .40$, que implican una asociación moderada. En el Apéndice B se encuentran todas las correlaciones, por cada diagnóstico.

Tabla 28

Puntuaciones de hijas y madres en las variables del perfil psicológico

	AN		BN		TA		NOTCA	
	Hijas	Madres	Hijas	Madres	Hijas	Madres	Hijas	Madres
IC	14.4±7.1	7±6.1	19.1±7.3	6.3±5.9	19.6±5.7	9.7±6.1	4.0±4.7	5.4±5.6
I	10.6±8.6	2.4±3.7	11.9±8.5	2.3±2.3	9.1±6.2	4.2±6	0.9±1.7	0.9±1.5
P	10.7±4.2	4.5±4	10.5±4.1	4.4±3.6	9.5±3.9	6.8±3.8	6.4±3.8	4.7±3.1
DI	8.9±5.5	3.0±3.5	7±5.6	2.7±3.2	5.9±5.6	5.0±3.5	1.7±2.1	2.1±2.9
CI	13.7±7.6	3.3±4.8	13.1±7.5	2.9±3.1	9.2±5.7	3.8±4.1	2.0±3.1	1.4±2.1
MM	11.7±7.1	3.7±3.2	9.5±6.9	4.2±3.2	9.3±5.9	5.9±4.4	3.9±3.2	3.5±4
A	8.9±5.4	3.1±2.4	9.7±5	4.6±2.8	6.8±3.1	3.8±2.7	2.5±1.7	3.3±2.3
RI	13.1±7.4	4.3±4.7	12.8±7	3.3±3.5	7.7±4.6	5.1±4.4	2.1±2.4	1.8±2.6
IS	10±5.6	3.1±2.8	9.4±6.3	3±2.9	7.3±4.9	4.1±5.2	1.4±1.7	1.4±2
EDI-2 Total	119.5±51	38.1±26	129.5±51.7	37.5±21.7	100.8±31.4	54.9±31	27.7±16.7	27.7±18.5
Depresión	26.7±12.1	14.7±9	27.6±10.8	12.0±8	20.6±11.7	16.5±12.6	5.6±4.3	7.5±5.5
Ansiedad	26.5±15.3	16.9±12.2	30.0±11	11.6±9.3	21.4±9.6	15.8±12.5	9.0±6.5	8.0±7.9
Discrimexpres	47.5±14.8	27.1±16	43.6±14.2	27.8±16.7	42.6±12.3	34.2±19.1	23.4±10.2	19.7±12.6
Pensexterno	10.0±4.4	8.0±4.7	10.6±5	6.4±3.5	8.6±4.4	9.3±5.5	6.1±3.2	5.2±3.7
Alexitimia Total	57.6±17.3	35.1±17.3	54.2±17.1	34.3±17.7	51.2±13.6	43.5±20.2	29.5±11.1	24.9±14.8

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria; IC: Insatisfacción Corporal; I: Ineficacia; P: Perfeccionismo; DI: Desconfianza Interpersonal; CI: Conciencia Interoceptiva; MM: Miedo a la Madurez; A: Ascetismo; RI: Regulación de Impulsos; IS: Inseguridad Social; EDI-2 Total: Puntuación total en el Eating Disorder Inventory-2; Discrimexpres: Discriminación y expresión de emociones; Pensexterno: Pensamiento externo.

Tabla 29

Puntuaciones de hijas y madres en las variables de conducta alimentaria

	AN		BN		TA		NOTCA	
	Hijas	Madres	Hijas	Madres	Hijas	Madres	Hijas	Madres
RC	16.5±4.1	7.1±4.2	15.1±4.3	8.3±3.9	8.9±4.8	9.8±4.2	7.5±4.7	10.3±4.9
D	4.9±3.1	5.1±3.4	10±4.0	4.5±3.5	11.3±3.1	5.7±4.1	4.9±3.2	4.5±3.1
H	3.9±3.0	3.8±2.4	7.4±4.4	4.3±2.6	8.9±3.0	4.2±3.2	5.1±2.6	3.5±2.7
ID	14.3±6.8	3.4±4.8	16.7±4.4	3.4±4.1	11.4±4.2	5.4±5.3	2.4±3.0	3.1±3.7
B	3.2±4.7	0.2±0.7	9.8±7.0	0.3±1.0	5.0±4.7	1.2±3.0	0.5±1.3	0.2±0.9
Condcompuls	29.1±11.5	22.1±5.8	46.4±11.1	22.5±5.6	41.9±10	26.8±9.6	23.6±5.7	21.9±4.7
Preocpesocomida	32.1±9.6	13.9±4.5	33.9±9.0	14.8±4.6	21.1±6.2	20.1±7.8	14.3±5.3	16.7±4.9
Dietacronicarest	22.4±9.2	10.0±2.7	26.6±7.7	10.0±3.1	16.6±5.5	12.3±6.7	10.9±3.3	10.0±2.5
EFRATA Total	81.8±24.1	43.0±10.6	106.4±21.8	44.8±11.7	79.1±15.7	56.5±22.4	46.6±13.1	46.2±10.1

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria; RC: Restricción Cognitiva; D: Desinhibición; H: Hambre; ID: Impulso a la Delgadez; B: Bulimia; Condcompuls: Conducta alimentaria compulsiva; Preocpesocomida: Preocupación por peso y comida; Dietacronicarest: Dieta crónica restrictiva; EFRATA Total: Puntuación total en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación.

5.4.a. Correlaciones entre el perfil psicológico de madres e hijas.

En la Tabla 30 se muestran las correlaciones entre las madres y sus hijas con AN en las variables del perfil psicológico. Se observa que en este grupo todas las correlaciones fueron negativas. Considerando las correlaciones mayores o iguales a $r = .40$, se observó que a mayor perfeccionismo de la madre, menor insatisfacción corporal de la hija ($r = -.62$); menor perfeccionismo de la hija ($r = -.41$); menor ascetismo ($r = -.49$); menor dificultad en la regulación de impulsos ($r = -.54$); menor psicopatología relacionada al trastorno alimentario ($r = -.52$); y menor depresión de la hija ($r = -.42$). Asimismo, a mayor miedo a la madurez de la madre, menor alexitimia en la hija (dificultad en la discriminación y expresión de sus sentimientos, $r = -.50$ y menor alexitimia total, $r = -.45$). Cuando la madre presentó mayor puntuación en el EDI-2 (mayor psicopatología asociada a los trastornos alimentarios), la hija presentó menos insatisfacción corporal ($r = -.43$); y finalmente, cuando la madre presentó mayor alexitimia relacionada con el pensamiento externo, se encontró que la hija tiene menos miedo a madurar ($r = -.45$).

Tabla 30

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas con Anorexia Nerviosa en las variables del perfil psicológico

	IC_H	I_H	P_H	CI_H	MM_H	A_H	RI_H	IS_H	EDI2_ Total_H	Depresión _H	Discrim expres_H	Alexitimia _Total_H
IC_M			-0.39*									
P_M	-0.62**		-0.41*	-0.39*	-0.38*	-0.49*	-0.54*		-0.52*	-0.42*		-0.36*
MM_M	-0.36*	-0.36*						-0.36*	-0.39*		-0.50*	-0.45*
EDI2_Total_M	-0.43*											
Pensexterno_M					-0.45*							

* $p < 0.05$. ** $p < 0.001$

_M: Madre; _H: Hija; IC: Insatisfacción Corporal; I: Ineficacia; P: Perfeccionismo; CI: Conciencia Interoceptiva; MM: Miedo a la Madurez; A: Ascetismo; RI: Regulación de Impulsos; IS: Inseguridad Social; EDI-2 Total: Puntuación total en el Eating Disorder Inventory-2; Discrimexpres: Discriminación y expresión de emociones; Pensexterno: Pensamiento externo.

En las correlaciones significativas entre madres y sus hijas con BN en las variables del perfil psicológico se encontró que cuando la madre presentan mayor inseguridad social, el ascetismo de la hija aumenta ($r = .39$); y que la ansiedad de la madre se asoció con la dificultad de la hija para regular sus impulsos ($r = .39$).

En la Tabla 31 se observan las correlaciones significativas entre madres y sus hijas con TA en las variables del perfil psicológico. En este caso, todas las correlaciones fueron superiores a 40 y positivas. Se concluye que a mayores síntomas de ineficacia de la madre, mayor es el miedo a madurar ($r = .55$) y la depresión en la hija ($r = .46$). Entre más perfeccionista sea la madre, mayores síntomas de ascetismo tuvo la hija ($r = .48$). Si la madre presentó elevada desconfianza interpersonal, hubo una mayor dificultad en la hija para la discriminación y expresión de emociones ($r = .50$). A mayor dificultad de la madre por tener conciencia interoceptiva, se encontró a una hija con mayor miedo a madurar ($r = .47$), con mayor psicopatología asociada al trastorno alimentario ($r = .47$) y con mayor depresión ($r = .61$). Si la madre tuvo miedo a madurar, a su vez la hija también tuvo miedo a madurar ($r = .55$). La elevada psicopatología asociada al trastorno alimentario en la mamá, se asoció con mayor depresión en la hija ($r = .49$); y finalmente, la alexitimia relacionada con el pensamiento externo de la madre, se asoció con la alexitimia en la hija, en la dificultad para discriminar y expresar sus emociones ($r = .58$) y en su alexitimia total ($r = .53$).

Tabla 31

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas con Trastorno por Atracón en las variables del perfil psicológico

	MM_H	A_H	EDI2 _Total_H	Depresión _H	Discrim expres_H	Alexitimia _Total_H
I_M	0.55*			0.46*		
P_M		0.48*				
DI_M					0.50*	
CI_M	0.47*		0.47*	0.61*		
MM_M	0.55*					
EDI2_Total_M				0.49*		
Pensexterno_M					0.58*	0.53*

* p < 0.05

_M: Madre; _H: Hija; I: Ineficacia; P: Perfeccionismo; DI: Desconfianza Interpersonal; CI: Conciencia Interoceptiva; MM: Miedo a la Madurez; A: Ascetismo; EDI-2 Total: Puntuación total en el Eating Disorder Inventory-2; Discrimexpres: Discriminación y expresión de emociones; Pensexterno: Pensamiento externo.

Las correlaciones significativas en las variables del perfil psicológico de las madres y sus hijas sin trastorno alimentario se muestran en la Tabla 32. Todas las correlaciones fueron positivas y sólo una supera el valor de .40, que refleja que a mayor ineficacia de la madre, mayor fue también la ineficacia de la hija ($r = .45$).

Tabla 32

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas sin trastorno de conducta alimentaria en las variables del perfil psicológico

	I_H	DI_H	A_H	RI_H	IS_H	Depresión _H	Discrim expres_H	Alexitimia _Total_H
I_M	0.45**			0.30*				
P_M	0.34*	0.30*			0.34*		0.28*	0.32*
CI_M	0.34*							
A_M							0.31*	0.33*
RI_M						0.34*		
IS_M				0.27*				
EDI2_Total_M	0.36*							
Alexitimia_Total_M			-0.27*					

* p < 0.05. ** p < 0.001

_M: Madre; _H: Hija; I: Ineficacia; P: Perfeccionismo; DI: Desconfianza Interpersonal; CI: Conciencia Interoceptiva; A: Ascetismo; RI: Regulación de Impulsos; IS: Inseguridad Social; EDI-2 Total: Puntuación total en el Eating Disorder Inventory-2; Discrimexpres: Discriminación y expresión de emociones.

5.4.b. Correlaciones entre la conducta alimentaria de madres e hijas.

Las correlaciones significativas entre la conducta alimentaria de las madres y la de sus hijas con AN, de nuevo fueron todas negativas y demostraron que: a mayor impulso a la delgadez de la madre, menor fue la restricción cognitiva de la hija ($r = -.42$); menor fue la preocupación por el peso y la comida ($r = -.40$); y menores fueron las conductas de riesgo de trastorno alimentario en la hija ($r = -.41$). Cuanto más usara dietas crónicas restringidas la madre, menor era la desinhibición en la conducta alimentaria de la hija ($r = -.40$) (Ver Tabla 33).

Tabla 33

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas con Anorexia Nerviosa en las variables de la conducta alimentaria

	RC_H	D_H	ID_H	Preopeso comida_H	EFRATA _Total_H
ID_M	-0.42*	-0.39*	-0.37*	-0.40*	-0.41*
Dietacronicarest_M		-0.40*			

* $p < 0.05$

_M: Madre; _H: Hija; RC: Restricción Cognitiva; D: Desinhibición; ID: Impulso a la Delgadez; Preopesocomida: Preocupación por peso y comida; Dietacronicarest: Dieta crónica restrictiva; EFRATA Total: Puntuación total en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación.

En el caso de las madres y sus hijas con BN, la única correlación que se encontró en la conducta alimentaria es negativa: a mayor restricción cognoscitiva de la madre, menor desinhibición en la hija ($r = -.38$, $p < .05$). Esto quiere decir que ambas presentaron dificultad para restringir su alimentación. Sin embargo, la correlación es baja y sólo explica el 14% de la varianza.

En la Tabla 34 se observan las correlaciones significativas entre la conducta alimentaria de madres y sus hijas con TA. Las correlaciones fueron positivas y todas fueron

superiores a .40. Se observó que correlacionaron positivamente la restricción cognitiva ($r = .49$), la conducta alimentaria compulsiva ($r = .47$), la preocupación por el peso y la comida ($r = .74$), el uso de dietas crónicas restrictivas ($r = .60$) y el total de conductas de riesgo de trastorno alimentario ($r = .57$) entre madre e hija. Asimismo, se observó que a mayor desinhibición de la madre, mayor fue la conducta alimentaria compulsiva ($r = .46$), mayor uso de dietas crónicas restringidas ($r = .48$) y mayor número de conductas de riesgo de trastornos alimentarios de la hija ($r = .64$). A mayor señales de hambre de la madre, mayor fue la desinhibición de la hija ($r = .50$); mayor el uso de dietas de la hija ($r = .54$); y mayor número de conductas de riesgo de trastorno alimentario de la hija ($r = .56$). La presencia de impulso a la delgadez y a su vez los síntomas bulímicos en la madre se asociaron positivamente con el uso de dietas restrictivas de la hija ($r = .62$ y $r = .65$, respectivamente). La conducta alimentaria compulsiva, la preocupación por el peso y la comida y el uso crónico de dietas restrictivas por parte de la madre se asociaron con las conductas de riesgo de trastorno alimentario de la hija ($r = .55$, $r = .55$ y $r = .51$, respectivamente). A mayor preocupación por el peso y la comida de la madre, mayor la restricción cognoscitiva ($r = .49$) y mayor el uso de dietas de la hija ($r = .60$). Lo mismo sucedió cuando es la madre la que lleva a cabo dietas restrictivas, la hija se encontró preocupada por el peso y la comida ($r = .50$). Finalmente cuando la madre presentó conductas de riesgo de trastorno alimentario, la hija presentó preocupación por el peso, la comida y hace dietas restrictivas ($r = .59$ y $r = .51$, respectivamente).

Tabla 34

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas con Trastorno por Atracón en las variables de la conducta alimentaria

	RC_H	D_H	Cond compuls_H	Preopeso comida_H	Dietacronica rest_H	EFRATA_Total_H
RC_M	0.49*					
D_M			0.46*		0.49*	0.64*
H_M		0.50*			0.54*	0.56*
ID_M					0.62*	
B_M					0.65*	
Condalimcompuls_M			0.47*			0.55*
Preopesocomida_M	0.49*			0.74**	0.60*	0.55*
Dietacronicarest_M				0.50*	0.60*	0.51*
EFRATA_Total_M				0.59*	0.51*	0.57*

* p < 0.05. ** p < 0.001

_M: Madre; _H: Hija; RC: Restricción Cognitiva; D: Desinhibición; H: Hambre; ID: Impulso a la Delgadez; B: Bulimia; Condcompuls: Conducta alimentaria compulsiva; Preopesocomida: Preocupación por peso y comida; Dietacronicarest: Dieta crónica restrictiva; EFRATA Total: Puntuación total en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación.

Las correlaciones significativas entre madres y sus hijas sin trastorno se muestran en la Tabla 35. Las correlaciones mayores a .40 fueron positivas y mostraron que los síntomas bulímicos ($r = .47$), la conducta alimentaria compulsiva ($r = .42$) y las conductas de riesgo de trastorno alimentario ($r = .42$) correlacionaron positivamente entre madre e hija. Además, a mayor número de conductas alimentarias compulsivas de la madre, mayor la desinhibición ($r = .45$) y los síntomas bulímicos ($r = .51$) de la hija. Por otro lado, el uso de dietas restrictivas por parte de la madre, se asoció con los síntomas bulímicos, las conductas alimentarias compulsivas y las conductas de riesgo de trastorno alimentario de la hija ($r = .59$, $r = .59$ y $r = .50$, respectivamente). Por último, cuando la madre presentó conductas de riesgo de trastorno alimentario, fue más probable que la hija tuviera desinhibición, síntomas bulímicos y conductas alimentarias compulsivas ($r = .41$, $r = .50$ y $r = .46$).

Tabla 35

Correlaciones significativas entre madres y sus hijas sin trastorno de conducta alimentaria en las variables de la conducta alimentaria

	RC_H	D_H	H_H	B_H	Cond compuls_H	Preopeso comida_H	Dietacronica rest_H	EFRATA_Total_H
D_M		0.32*						
H_M		0.39*						
ID_M			-0.27*					
B_M		0.30*		0.47**				
Condlimcompuls_M		0.45**	0.28*	0.51**	0.42*	0.30*		0.38*
Preopesocomida_M	0.35*							
Dietacronicarest_M	0.32*	0.29*		0.59**	0.59**	0.32*	0.28*	0.50**
EFRATA_Total_M	0.33*	0.41*		0.50**	0.46**	0.35*		0.42*

* p<0.05. ** p<0.001

_M: Madre; _H: Hija; RC: Restricción Cognitiva; D: Desinhibición; H: Hambre; ID: Impulso a la Delgadez; B: Bulimia; Condcompuls: Conducta alimentaria compulsiva; Preopesocomida: Preocupación por peso y comida; Dietacronicarest: Dieta crónica restrictiva; EFRATA Total: Puntuación total en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación.

5.4.c. Correlaciones entre el perfil psicológico y la conducta alimentaria de madres e hijas.

Se llevaron a cabo correlaciones entre las variables del perfil psicológico y las de la conducta alimentaria, por díada, por diagnóstico.

Las correlaciones mayores de .40 y significativas entre madres y sus hijas con AN en las variables del perfil psicológico y las de conducta alimentaria reflejaron que a mayor perfeccionismo, mayor ascetismo, mayor dificultad para regular los impulsos y mayor psicopatología asociada a trastornos alimentarios de la madre, menor la restricción cognoscitiva de la hija ($r = -.50$, $r = -.55$, $r = -.63$ y $r = -.45$, respectivamente). Asimismo, a mayor uso de dietas restrictivas y conductas de riesgo de trastornos alimentarios de la madre, menor fue el perfeccionismo de la hija ($r = .41$ y $r = .43$, respectivamente).

Entre las madres y sus hijas con BN no se encontraron correlaciones entre las variables del perfil psicológico y la conducta alimentaria.

En el caso de las madres y sus hijas con TA, las correlaciones significativas entre las variables del perfil psicológico y la conducta alimentaria fueron positivas y reflejan que la alexitimia y la ansiedad de la madre correlaciona positivamente con las conductas alimentarias compulsivas de la hija ($r = .47$ y $r = .46$, respectivamente). Asimismo, a mayor depresión en la madre, mayor uso de dietas crónicas restringidas y mayores las conductas de riesgo de trastornos alimentarios de las hijas ($r = .80$ y $r = .62$). Finalmente, a mayor alexitimia relacionada con el pensamiento externo de la madre, mayor fue la dificultad para discriminar y expresar las emociones ($r = .58$) y mayor alexitimia de la hija ($r = .53$).

En el caso de las madres y sus hijas sin trastorno, se encontraron asociaciones significativas pero no superiores a .40. Sin embargo, las más cercanas a este valor demuestran que cuanto mayor fue la presencia de conductas alimentarias compulsivas en la madre, mayor fue la ineficacia ($r = .35$) y mayor la psicopatología asociada a los trastornos alimentarios de la hija ($r = .38$); esto último, a su vez, se asoció con el uso de dietas crónicas restrictivas por parte de la madre ($r = .39$).

En cuanto a la correlación entre el IMC de la hija y de la madre, se excluyeron todas las pacientes que tuvieran menos de 18 años de edad, para poder comparar exclusivamente pacientes adultas.

La correlación entre el IMC de las madres y sus hijas fue: con AN (n = 14) fue de $r = -.02$ ($p = .94$), con BN (n = 20) de $r = .46$ ($p = .04$), con TA (n = 19) de $r = .20$ ($p = .40$) y sin trastorno alimentario (n = 42) fue de $r = .37$ ($p = .01$). En la Figura 9 pueden apreciarse las gráficas de dispersión, en las que se observa que las madres de hijas con BN y NOTCA son las que mostraron patrones lineales de correlación.

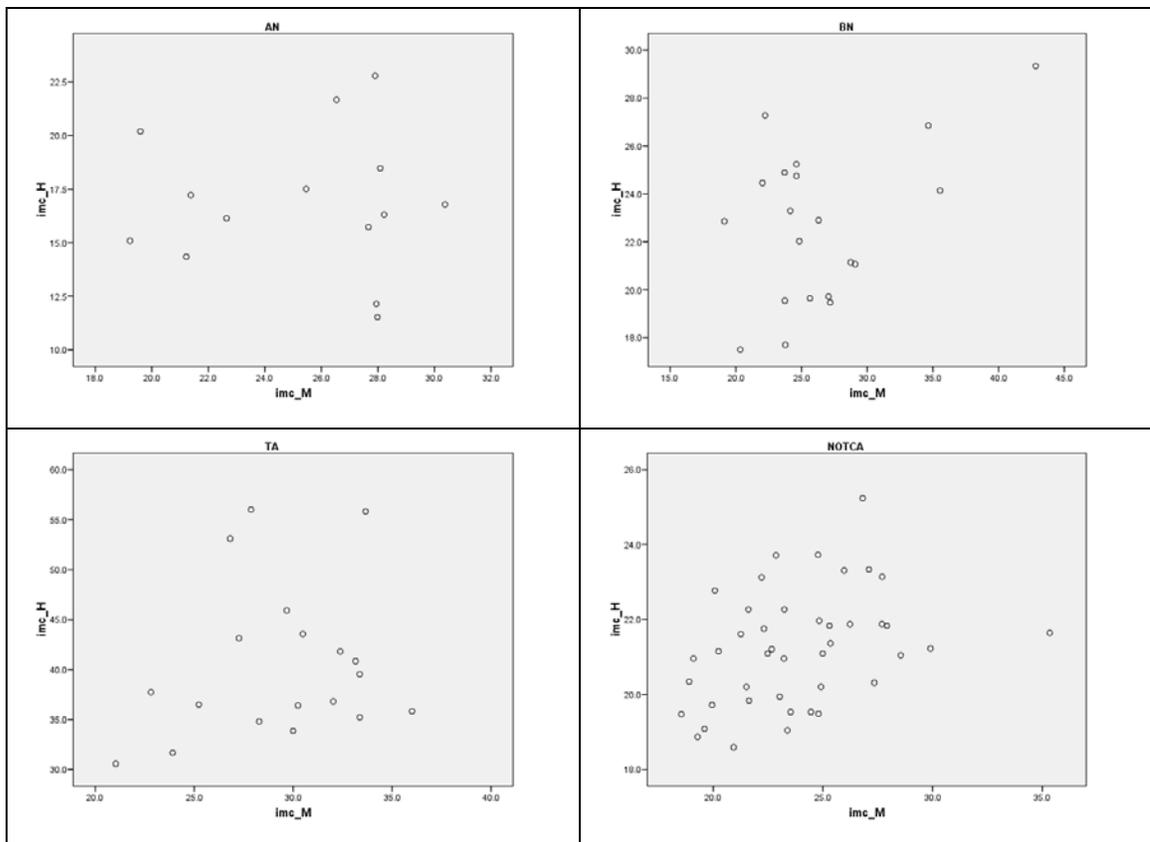


Figura 9. Correlaciones entre el IMC de las madres y el de las hijas, según el diagnóstico.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria; imc_H: Índice de Masa Corporal de la Hija; imc_M: Índice de Masa Corporal de la Madre.

Discusión

La perspectiva multifactorial de la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria señala como factores de riesgo la presencia de obesidad, de algunos síntomas relacionados con los trastornos de conducta alimentaria y de enfermedades afectivas en alguno o ambos padres (Rome et al., 2003).

Específicamente se ha reconocido que los intentos de los padres por controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales; y más específicamente se ha reconocido que la conducta y la personalidad de la madre puede determinar el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en sus hijas (Birch, 2000; Birch & Davison, 2001; Field, 2001; Fulkerson, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2005; Tiggemann, 2002).

Sin embargo, a pesar de que se sabe que existe una predisposición genética para el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria (Bulik, 2005; Polivy & Herman, 2002) y que existen otras influencias, como son lo social, lo económico y lo psicológico que rodea al individuo (Field, Javaras, Aneja, Kitos, Camargo, Taylor & Laird, 2008), resulta necesario objetivar el fenómeno en lo referente al papel que juega la madre en relación con los trastornos de la conducta alimentaria de la hija y más aún, identificar si existen diferentes perfiles que se asocien con la presencia de un determinado trastorno de la conducta alimentaria o con la ausencia de éste en sus hijas.

Es por eso que el objetivo del presente trabajo fue determinar si existen diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria entre madres de mujeres con anorexia nerviosa, con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón o sin trastorno alimentario, dado que en la literatura revisada sólo se encontraron trabajos que han comparado pacientes con un solo diagnóstico o con TCA mezclados contra grupos controles, o no

se han reportado hallazgos en madres de hijas con TA, comparándolas con otros TCA o con un grupo control.

De acuerdo con los resultados, se aceptó la hipótesis de que existen diferentes perfiles de madres de hijas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y sin trastorno de la conducta alimentaria.

En este estudio se encontró que en las madres de hijas con AN la insatisfacción que tienen por el cuerpo de la hija es una característica determinante de su perfil. En relación con este hallazgo, un estudio previo demostró que las madres de hijas con algún TCA (no exclusivamente AN) ejercían mayor presión en sus hijas para ser delgadas y que las consideraban menos atractivas que lo que las hijas pensaban de ellas mismas (Pike & Rodin, 1991). Al momento del presente estudio, no se conoce la causa, ni desde cuándo la madre tiene insatisfacción del cuerpo de la hija con AN. En la entrevista realizada a las hijas con AN, un muy bajo porcentaje (sólo el 10%, n=3) reconoció que el origen de su trastorno se debía a la presión que sentían por parte de sus madres para perder peso (Ver Apéndice A, Tabla 4). Probablemente la insatisfacción que manifiestan las madres se deba a una lógica preocupación por el bajo peso actual que en promedio presentan estas pacientes, es decir, como una respuesta a la presencia del trastorno, que a su vez puede contribuir al mantenimiento de la AN; ésto ya ha sido propuesto por otros autores (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf & Jantschek, 2007; Ravi, Forsberg, Fitzpatrick & Lock, 2009).

Sin embargo, lo relevante de estos hallazgos es la manifestación de las madres de no estar satisfechas con el cuerpo de sus hijas, porque, es bien sabido que las creencias de los padres con respecto al cuerpo y a los hábitos de alimentación de la hija puede tener un impacto en sus actitudes, su autoestima y sus conductas (McKinley, 1999; Ricca, Rotella, Mannucci, Ravaldi, Castellini, Lapi, Cangiolli, Martini & Faravelli, 2010). Por ejemplo, Cooley et al. (2008) encontraron que las madres que tenían una mayor insatisfacción con la imagen corporal de sus hijas tenían a su vez, hijas con una mayor insatisfacción corporal, lo cual es uno de los principales factores de riesgo para el

desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres (Gómez-Peresmitré, Saucedo & Unikel, 2001).

La crítica que la madre hace del peso de la hija es un predictor de la insatisfacción corporal y de los síntomas bulímicos en ésta (Stunkard, 1997). La presión que sigue ejerciendo la madre en relación al cuerpo (que baje o suba peso) y a la conducta alimentaria (para que deje de comer y para comer) sigue siendo motivo de conflicto entre madre e hija, sobre todo tomando en cuenta que se ha demostrado que las pacientes con AN pueden malinterpretar los mensajes bien intencionados de las madres con respecto a su peso e imagen corporal (Baker, Whisman & Brownell, 2000; Hanna & Bond, 2006).

En relación con la psicopatología de las madres de hijas con AN, se encontró en este estudio que sólo son diferentes de las madres de hijas sin trastorno alimentario en que tienen mayor depresión, mayor ansiedad, mayor dificultad en la regulación de sus impulsos y mayor alexitimia; esto es similar a lo encontrado por Espina (2003) y por García De Amusquibar y De Simone (2003). Por otra parte, también se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables del perfil psicológico de éstas y las madres de hijas con BN, como lo han reportado otros autores (Woldt, Schneider, Pfeiffer, Lehmkuhl & Salbach-Andrae, 2010), ni son diferentes de las madres de hijas con TA; estos hallazgos no han sido descritos previamente, dado que al momento actual no existe en la literatura un estudio que compare a estos dos grupos (AN vs. TA).

El hecho de que las madres de este grupo tengan más psicopatología que las del grupo control, pero no más que las del resto de los grupos, también puede deberse a lo reportado por Graap, Bleich, Herbst, Scherzinger, Trostmann, Wancata y de Zwaan (2008), cuando compararon el nivel de estrés y la necesidad de apoyo psicológico entre los cuidadores de pacientes con TCA (AN y BN) y los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (donde los cuidadores en su mayoría eran las madres y las parejas). En este estudio encontraron que los cuidadores de pacientes con AN y los de pacientes con esquizofrenia no diferían en ninguna de las evaluaciones. La implicación de que el

desgaste de las madres de hijas con AN es similar al de las madres de hijos con esquizofrenia es que el trastorno alimentario puede tener un impacto en la salud mental de las personas que rodean al paciente, en este caso la madre; y que dicho desgaste puede mantenerse un tiempo prolongado dadas las características de la AN, que es uno de los trastornos psiquiátricos más graves y difíciles de tratar, debido a la presencia de otras comorbilidades psiquiátricas, incluido un mayor riesgo de suicidios, y por el abandono del tratamiento y los pobres resultados a largo plazo (Guillaume, Jausset, Olié, Genty, Bringer, Courtet & Schmidt, 2011; Huas, Godart, Foulon, Pham-Scottez, Divac, Fedorowicz, Peyracque, Dardennes, Falissard & Rouillon, 2011; Unikel & Caballero, 2010).

En relación con la conducta alimentaria, y específicamente en conductas relacionadas con el control de peso, las madres de hijas con AN no son diferentes que las madres de hijas con BN, tal como lo reportaron Garfinkel, Garner, Rose, Darby, Branders, O'Hanlon y Walsh (1983). Sólo tuvieron menos restricción cognitiva que las madres de hijas sanas y tenían menores conductas alimentarias compulsivas, menor preocupación por el peso y la comida, así como menor puntuación en la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Conducta Alimentaria (EFRATA) que las madres de hijas con TA. Los hallazgos de este estudio no coinciden con los reportados por García De Amusquibar y De Simone (2003), y Pike y Rodin (1991) que describieron que las madres de hijas con TCA (cualquier TCA) tenían más síntomas bulímicos y hacían más dietas que las madres de hijas sin TCA. Los hallazgos sobre las diferencias entre las madres de hijas con AN y las madres de hijas con TA son inéditos, ya que al momento actual no se conoce un estudio que las haya comparado.

Otro hallazgo relevante en este grupo de madres fue que las correlaciones de las madres con sus hijas con AN fueron todas negativas. Por ejemplo, en este estudio se observó que a mayor perfeccionismo en la madre, menor perfeccionismo en la hija y menor insatisfacción corporal. A mayor impulso a la delgadez de la madre, menor preocupación de la hija por su peso y su comida. A mayor uso de dietas restrictivas de la madre, menor desinhibición con la comida por parte de la hija. Este descubrimiento

pudiera reflejar que en la AN los comportamientos de la hija son contrarios a los de la madre.

Esto corrobora el hecho de que en la anorexia nerviosa, el conflicto yace en la pobre identificación con la madre o en la rebeldía de la hija de ser igual a su madre, a su deseo de ser independiente. Mientras que los procesos de imitación, internalización e identificación son consistentes con el desarrollo normal, en la anorexia nerviosa el trastorno alimentario probablemente fue el único medio que le ha permitido a la hija iniciar ese proceso de individuación que no le ha sido permitido (Gómez, 1996; Mahler, 1987; Sherkow, Kamens, Megyes & Loewenthal, 2009; Stierlin & Weber, 1990). Incluso, estas correlaciones negativas pueden sustentarse en lo encontrado por Laporte, Marcoux y Guttman (2001), donde mencionan que las pacientes con AN tipo restrictiva experimentan un mayor control, intrusividad y sobreprotección por parte de sus madres; lo cual puede directa o indirectamente modificar las conductas de la hija, buscando esa individuación.

En el presente estudio no se encontró una asociación entre la depresión de la madre y el ascetismo de la hija, como lo informaron Bachar, Kanyas, Latzer, Canetti, Bonne y Lerer (2008). Pero no es factible saber si la falta de correlación de estas dos variables en este estudio se debe a la duración de la enfermedad ya que en el estudio de Bachar et al. no mencionan este dato (la duración promedio de la enfermedad en las pacientes de este estudio fue de dos años). Sin embargo, al igual que Benninghoven et al. (2007), en este estudio se encontró asociación entre la insatisfacción corporal de madre e hija. Incluso aunque esta condición, junto con el impulso a la delgadez, estaba presente en la hija, los síntomas de restricción, psicopatología, perfeccionismo y ascetismo en la madre eran menores que en la hija. McKinley (1999) encontró al igual que este estudio, una asociación negativa entre la vergüenza del cuerpo en la madre y la estima del cuerpo en la hija. Sin embargo, en el presente estudio, sólo se encontró que la insatisfacción corporal de la madre se asoció inversamente con el perfeccionismo hija. Sólo se encontró un estudio que encontró asociaciones negativas entre hijas con algún TCA (no únicamente AN) y el autoritarismo, pero del padre. En dicho estudio se

encontró que a mayor impulso a la delgadez e insatisfacción corporal en la hija, mayor autoritarismo del padre (Enten & Golan, 2009).

En la actualidad, en la literatura no ha sido documentado el hallazgo de correlaciones inversas entre madres e hijas como en este estudio. Estos resultados pudieran ser diferentes a lo reportado por otros autores por las características de la muestra y que en otros estudios no se restringía el género de los participantes o de los padres y no requerían que la AN estuviera activa al momento de la evaluación.

En relación con las madres de hijas con BN no se encontró una característica única del perfil de este grupo cuando se comparó con el resto de los grupos. Sin duda, las madres de estas pacientes, compartían características con los demás grupos y de acuerdo al análisis discriminante entre los cuatro grupos, estas madres colindan con los límites de todos los demás grupos, de ahí su nula conformación de un perfil único.

Cuando se llevó a cabo el análisis discriminante por pares de grupos (entre AN y BN) se encontró que la insatisfacción que sienten las madres por el cuerpo de sus hijas con AN es lo que las distingue de las madres de mujeres con BN. Lo anterior parece lógico, dado que las pacientes con BN presentaron un IMC promedio de 22 (Ver Apéndice A, Tabla 1), que se encuentra dentro del intervalo de la normalidad, y no pone en riesgo la vida de sus hijas, como en el caso de las pacientes con AN.

Cuando se les comparó con las madres de mujeres con TA, las madres de hijas con BN presentaron mayor insatisfacción con el cuerpo de sus hijas, mayor impulso a la delgadez y mayor inseguridad social. Asimismo, al compararlas con las madres de hijas sin trastorno alimentario, tienen mayor IMC, mayor insatisfacción corporal de su propio cuerpo y mayores síntomas de ineficacia. Lo relevante de esto es que, aún cuando el IMC promedio de estas madres no fue el más alto, cuando se les compara exclusivamente con las madres de hijas sin trastorno alimentario, el IMC pudo convertirse en un factor asociado a la presencia de BN en la hija, como ha sido reportado por otros autores (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997; Fairburn & Harrison, 2003; Stice, 2002). Asimismo, algunas de estas variables (inseguridad social, insatisfacción corporal e ineficacia) corroboran lo encontrado por Fassino, Amianto,

Daga, Leombruni, Garzaro, Levi y Rovera (2003). Estos autores reportaron que las madres de pacientes con BN, tienen menos auto-dirección que las madres de pacientes controles (“self-directedness”, evaluado con el Inventario de Temperamento y Carácter, que se refiere a la habilidad de una persona para controlar y regular una conducta para adaptarla a una situación particular, conforme a sus objetivos y valores personales).

En cuanto a las correlaciones entre madre e hija con BN, sólo se encontró que tanto las hijas como las madres presentaron dificultad para restringir su alimentación (correlación inversa entre la desinhibición en la hija y la restricción cognitiva en la madre). Stunkard y Messick (1998) determinaron que la desinhibición frente a la comida en las madres se relaciona con el acceso libre a la comida y a su vez la desinhibición en la hija, característica típica de la BN. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró esa asociación. Asimismo, contrario a lo encontrado por Benninghoven et al. (2007), no se encontró asociación entre la insatisfacción corporal de madre e hija.

La única correlación positiva que se encontró entre madres e hijas con BN fue en IMC ($r = .46$; $p = .04$). Esto probablemente se deba al amplio espectro que existe en la dispersión del IMC, tanto en grupo de hijas con BN como en el de sus madres. Hay que recordar que la BN se puede presentar en cualquiera de los extremos del IMC (IMC de <18 a >40) (DSM-IV-TR, 2002), y que lo mismo se encontró en el grupo de madres de este grupo (el intervalo de IMC fue de 19.1 a 42.8). Incluso la madre con mayor grado de obesidad pertenecía a este grupo (IMC de 49). No se encontraron trabajos previos que permitan comprobar este resultado.

En lo referente a las demás variables, no se encontraron correlaciones relevantes. La razón de esta falta de correlación en el perfil psicológico y demás variables de la conducta alimentaria podría ser porque se ha demostrado que la mayor influencia en las pacientes con BN proviene de la figura paterna, como lo muestran algunos estudios (Haslam, Mountford, Meyer & Waller, 2007; Keery, Boutelle, Van den Berg & Thompson, 2005) o de los pares (Field et al., 2008); o porque efectivamente tienen

menos problemas y menor necesidad de intervenciones psicológicas, como lo citado por Graap et al. (2008), que encontró que las cuidadoras de pacientes con BN no presentaban una problemática relevante, contrario a las cuidadoras de pacientes con AN. Es claro que esta relación requiere de mayor investigación.

Por su parte, el perfil de las madres de hijas con TA se compone por un IMC más elevado y mayores síntomas de depresión, cuando se les comparó en el análisis discriminante entre los cuatro grupos. Estos dos hechos tienen sustento en diversos estudios.

Por una parte, el hecho de que las madres de este grupo sea el de mayor IMC, permite reflexionar sobre la posibilidad de que las madres son responsables no sólo de la estructura genética de sus hijas, sino también de pasar a ellas sus comportamientos y actitudes hacia la vida, aunado al hecho de que el riesgo de convertirse en obesos es mayor en hijos de padres obesos (Lissau-Lund-Sorensen & Sorensen, 1992; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Los niños cuyos padres son obesos tienen hasta cuatro veces más riesgo de ser obesos que los niños que tienen padres delgados, sobre todo cuando ambos padres son obesos (Garn & Clark, 1975; Locard, Mamelie, Billette, Miginiac, Munoz & Rey, 1992; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997).

Hudson et al. (2006) demostraron que había una mayor probabilidad de que los familiares de pacientes con TA tuvieran mayor riesgo de presentar obesidad, especialmente mórbida, y a su vez un TA. Por su parte, Bulik, Sullivan y Kendle (2003) encontraron que tanto la obesidad como el TA compartían una moderada, pero significativa proporción de variabilidad genética, sugiriendo que ambas condiciones son influenciadas por los mismos factores genéticos.

Por otra parte, Fairburn et al. (1998) ya habían considerado a la depresión en alguno de los padres como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por atracón en los hijos. Sin embargo, dadas las características del presente estudio, no es posible hacer interpretaciones con respecto a la causalidad de estos fenómenos, sólo es posible hablar sobre la asociación entre ambas patologías. Tal vez por esta razón, algunos autores no coinciden en los resultados, como Lee, Abbott, Seim, Crosby,

Monson, Burgard y Mitchell (1999), que no encontraron una tendencia en los padres de pacientes con TA a presentar mayor psicopatología ni mayor IMC.

Otra razón del por qué las madres de hijas con TA fueron las que presentaron el mayor IMC pudiera ser la edad que tienen (50 años en promedio), ya que se ha demostrado que las mujeres aumentan peso y la grasa visceral conforme aumentan de edad (Chumlea, Guo, Kuczmarski, Flegal, Johnson, Heymsfield, Lukaski, Friedl & Hubbard, 2002; Sowers, Zheng, Tomey, Karvonen-Gutierrez, Jannausch, Li, Yosef, & Symons, 2007; Zamboni, Armellini, Harris, Turcato, Micciolo, Bergamo-Andreis & Bosello, 1997). Sin embargo, este grupo de madres no fue significativamente diferente en edad cuando se les comparó con las madres de hijas con BN y las madres de hijas NOTCA (47 años en promedio en estos dos grupos), pero si fue diferente en el IMC. Esto podría apuntar a pensar que, además de la asociación entre la edad y el IMC, el IMC de estas madres está relacionado las respuestas que dieron a las variables que conformaron el perfil psicológico y la conducta alimentaria de este estudio. Lo que no podremos saber, es si las elevadas puntuaciones que obtuvieron son causa o consecuencia del IMC que tienen al momento del estudio, ya que el fenómeno de la conducta alimentaria es muy complejo.

Con respecto a las madres de hijas con AN, las madres de hijas con TA presentaron mayor puntuación en el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2), lo cual se traduce en una mayor psicopatología asociada a estos. No existen estudios que comparen a madres de estos dos padecimientos, por lo que esto parece ser un nuevo hallazgo en la literatura relacionada con la familia y los TCA. Es relevante el hecho de que entre ambos grupos no existe confusión en los límites del perfil (100% de clasificación correcta). No hay características semejantes entre ambas madres, lo que es concordante incluso con el hecho de que las pacientes con AN y el TA no comparten muchas características (peso, conducta alimentaria, psicopatología asociada, tratamiento, etc.).

Con respecto a las madres de hijas con BN, las madres de hijas con TA presentaron mayor alexitimia asociada al pensamiento externo, mayor preocupación por la comida

y mayor psicopatología asociada a los trastornos alimentarios. De nuevo, no existen estudios que comparen a madres de hijas con estos diagnósticos. Pero de acuerdo con autores como Anschutz (2008), Baker (2000), Birch (2000, 2003), Cooley (2008), Francis (2005) y Hirokane (2005), las madres que se encuentran preocupadas por el peso y la comida, tienden a tener hijas insatisfechas con su cuerpo, con elevada restricción y que presentan atracones. En el presente estudio se encontró que las madres de hijas con TA eran las que presentaban una mayor preocupación por el peso y la comida y que efectivamente son sus hijas las que presentaban una mayor insatisfacción con su cuerpo y atracones. Hood, Moore, Sundarajan-Ramamurti, Singer, Cupples y Ellison (2000) investigaron hasta qué punto el grado de autocontrol alimentario de los padres afecta el exceso de grasa corporal en sus hijos de entre 3 y 5 años de edad, y encontraron que cuando ambos padres tenían elevadas puntuaciones tanto en desinhibición como en restricción alimentaria (lo cual puede significar “inconsistencias” en la manera de comer), los hijos tenían mayor incremento en la grasa corporal que cuando sólo uno o ninguno de los padres cumplían con ese perfil. Esto sugiere que cuando los padres combinan la falta de control y la restricción frente al alimento pueden favorecer el desarrollo de exceso de grasa corporal en sus hijos, lo cual puede ser mediado por el modelaje de los padres con conductas alimentarias enfermas, por la genética o por la supresión de la regulación innata de los propios niños frente al alimento, mediante una conducta alimentaria impuesta por los padres (ya sea restrictiva o de forzar a comer).

En general, entre las madres y las hijas con TA se encontraron las más elevadas correlaciones entre el perfil psicológico y la conducta alimentaria. En el presente estudio la desinhibición y el uso de dietas restrictivas por parte de las madres de hijas con TA se asoció significativamente con las conductas alimentarias compulsivas, con el uso de dietas crónicas restringidas y con las conductas de riesgo de TCA en las hijas, tal como lo encontrado por Anschutz, 2008; Neumark-Sztainer, Bauer, Friend, Hannan, Story y Berge, 2010; y Stunkard y Messik, 1988. Varios trabajos de corte transversal acerca de la propensión hacia la desinhibición alimentaria han demostrado una

asociación significativa entre los padres, especialmente las madres, y los niños (Brown & Ogden, 2004; Jahnke & Warschburger, 2008; Provencher, Perusse, Bouchard, Drapeau, Bouchard, Rice, et al. 2005; Zocca, Shomaker, Tanofsky-Kraff, Columbo, Raciti, Brady, Crocker, Ali, Matheson, Yanovski & Yanovski, 2011). Los estudios con gemelos indican que dicha correspondencia se debe probablemente a la heredabilidad de la desinhibición alimentaria, influida por los efectos ambientales compartidos (de Castro & Lilienfeld, 2005; Sung, Lee Song, Lee & Lee, 2009; Tholin, Rasmussen, Tynelius & Karlsson, 2005). Incluso se ha demostrado que los niños incrementan sus preferencias por alimentos ricos en grasa si sus padres son obesos (Fisher & Birch, 1995). Además, los niños de padres obesos también realizan poca actividad física (Klesges, Eck, Hanson, Haddock & Klesges, 1990; Sallis, Patterson, McKenzie & Nader, 1988).

No se encontró asociación positiva en el IMC. Esto puede deberse a la edad de las hijas con TA de este estudio, ya que otros autores han encontrado correlación entre el IMC de los padres con el de sus hijos, pero se han realizado en niños y adolescentes (Garn & Clark, 1975; Locard, et al. 1992; Whitaker, et al. 1997; Whitaker, et al. 2000). Una suposición es que, como las mujeres de este estudio tienen en promedio 22 años, probablemente existan otros factores que van más allá de los determinantes genéticos que no fueron investigados que determinen su IMC, como puede ser que ya no dependen de la madre para alimentarse, si su estado emocional condiciona que coman, si tienen menos actividad física, si tienen una ocupación que condiciona su peso, por la influencia de pares; condiciones que anteceden y/o mantienen a la obesidad y al TA. Dado que todas las pacientes de este grupo presentaban obesidad además del TA, es relevante considerar que en algunos estudios se ha encontrado que la obesidad en la madre era el predictor más significativo de la obesidad de los niños, seguido de una baja estimulación cognoscitiva en hogares con madres solteras y de bajo ingreso económico, así como de bajo nivel educativo, independientemente del sexo del niño y de la estimulación emocional en casa (Strauss & Knight, 1999).

Frente a las madres de hijas sin trastorno alimentario, lo que definía a las madres de hijas con TA era un mayor IMC, mayor insatisfacción corporal y mayores síntomas de

ineficacia. De nuevo, no existen estudios que comparen a estos dos grupos de madres, pero es bien sabido que las madres de hijos con sobrepeso u obesidad presentan mayor psicopatología, que a su vez se asocia con problemas emocionales y de conducta en los hijos, características descritas ya en el TA (Decaluwé & Braet, 2003).

Independientemente de que son las madres de hijas con TA las de mayor IMC, se encontró que los tres grupos de madres de hijas con algún trastorno de conducta alimentaria tenían sobrepeso en promedio. En cambio, las madres de hijas sin TCA tuvieron un IMC promedio normal. A pesar de que los resultados del presente estudio no son de tipo predictivo, este dato confirma el hecho de que la presencia de sobrepeso en al menos uno de los padres (en este caso, la madre) se asocia con la presencia de un TCA (Rome, et al. 2003). Específicamente, de manera independiente de las correlaciones, el sobrepeso de las madres de los tres grupos de mujeres con TCA concuerda con lo descrito por diversos autores que señalan que este antecedente presente en la madre, es un factor precipitante del TCA (Toro & Vilardell, 1987). Sin embargo, en el presente estudio no se sabe desde cuando las madres tienen sobrepeso u obesidad.

Por último, de acuerdo con lo encontrado en el análisis discriminante, la característica que definió el perfil de las madres de hijas sin trastorno fue una mayor escolaridad. Hasta el momento no se ha reportado que la escolaridad de los padres sea un factor protector de los trastornos de la conducta alimentaria (Pellegrini, 1990). Incluso, hay resultados contrastantes en relación al nivel educativo de los padres. Por ejemplo, Ahre'n-Moonga, Silverwood, Klinteberg y Koupi (2009) encontraron que el riesgo de hospitalización de mujeres con algún TCA era mayor cuando estas hijas tenían padres con mayor educación, estudio realizado en Suecia. En otros estudios se demostró que un bajo nivel de escolaridad se asocia con la presencia de obesidad en los hijos (Brophy, Cooksey, Gravenor, Mistry, Thomas, Lyons & Williams, 2009; Langnase, Mast & Muller, 2002; Lazzeri, Pammolli, Pilato & Giacchi, 2011). En el presente estudio, las hijas de este grupo de madres, tenían un IMC promedio normal, pero esto no fue un hallazgo, sino una variable que se controló al formar el grupo de comparación.

Sin embargo, a pesar de que los criterios de inclusión para el grupo NOTCA se basaron en las características de las hijas (en particular, la ausencia de trastorno alimentario y que tuvieran un IMC normal) se encontró que estas madres, al igual que sus hijas, también tuvieron IMC normal. La correlación entre el IMC de ambas fue significativa y similar a la encontrada por Tanaka, Bin, Honda, Nanbu, Suzuki, Fukuo y Kazumi (2010), en mujeres estudiantes de 18 años y sus madres ($r = .36$ en el estudio de referencia y $r = .37$ en el presente estudio, $p = .01$).

Por otra parte, las madres del grupo control no presentaron psicopatología significativa, en comparación con el resto de los grupos. Se puede considerar que esa ausencia de psicopatología es característica del perfil de madres de mujeres sanas, lo cual sería un hallazgo relevante del presente estudio. Aunque también pudiera deberse a que en sus familias no se vive la experiencia de que alguno de sus hijos tenga un TCA. Haciendo una reflexión al respecto, se sabe que la presencia de psicopatología en los padres impacta en el bienestar de los hijos, ya que si éstos se encuentran bajo estrés pueden modelar conductas alteradas y tener estrategias poco exitosas para la solución de conflictos, enseñando a sus hijos estilos de comportamiento y de afrontamiento disfuncionales (Dodge, 1990). El estrés parental puede también a su vez impactar en los estilos de crianza y en la falta de precisión por parte de los padres en la percepción de las conductas de los hijos (Epstein, Myers & Anderson, 1996; Forehand, Lautenschlager, Faust & Graziano, 1986). Por ejemplo, se ha demostrado que la negligencia de los padres se ha asociado con un incremento en el riesgo de desarrollar obesidad en la edad adulta, sugiriendo que los estilos de crianza maladaptativos pueden evitar que los padres enseñen a sus hijos conductas saludables, lo que podría contribuir a la obesidad y a más psicopatología (Lissau & Sorensen, 1994).

En cuanto a las correlaciones entre madres e hijas sin TCA, los resultados indicaron que las asociaciones evidentemente existen entre las dos, dada la naturaleza de la relación madre-hija. Estos resultados son compatibles con los encontrados por Boschi, Muscariello, Maresca, Ricciardi Lo Schiavo, Tranchese, et al. (2010) en el grupo de control de su estudio, donde se encontraron correlaciones significativas entre madres e

hijas en las escalas de bulimia, desinhibición y el uso de las dietas restrictivas. Esto mismo se encontró en el estudio de Tao y Zhong (2008), con madres e hijos pre-adolescentes. Fue interesante corroborar que las madres de éste grupo de comparación también tuvieron menos psicopatología y un IMC normal en comparación con las madres de los otros grupos.

Es posible que la salud emocional y el nivel de escolaridad que tienen las madres de hijas sin TCA determinen conductas más saludables y menos conflictos emocionales en sus hijas. Así, probablemente tengan acceso a más información, piensen de manera diferente, posean más objetividad y más recursos cognoscitivos para hacer frente a los problemas y por lo tanto, tomen decisiones basadas en un mejor análisis de la información disponible. En relación con esto, se sabe que dentro de los factores protectores para el desarrollo de psicopatología en los individuos se encuentran: una inteligencia superior a la media, locus de control interno, autoestima positiva, temperamento despreocupado, habilidad para solucionar problemas, destrezas sociales, optimismo, competencia académica, espiritualidad, creatividad y altas aspiraciones (Blum, 1998; Tiet, et al. 1998; Velez, Johnson & Cohen, 1989). En el supuesto que las hijas sin trastorno alimentario del presente estudio tuvieran estas características, sería posible que fuera debido a un buen funcionamiento familiar que así lo permitió y que se asocia con los factores protectores de trastornos psiquiátricos (Tiet, et al. 1998). Es decir, la madre también puede tener una influencia positiva sobre la hija, como lo demostraron Hahn-Smith y Smith (2001) al reportar que si la madre tiene una elevada autoestima, tenderá a tener hijas que a su vez tienen una mayor autoestima, y que cuando existe una sana identificación con las madres, las hijas se sienten mejor con ellas mismas y con sus cuerpos que las hijas con una baja o nula identificación con la madre (como fue el caso de las pacientes con AN del presente estudio).

Limitaciones, fortalezas y sugerencias

7.1. Limitaciones.

Dado el tamaño y el método de selección de la muestra, los resultados no pueden ser generalizados, ya que las madres incluidas en los cuatro grupos pudieran no ser representativas del universo de madres de mujeres jóvenes con o sin trastornos de la conducta alimentaria.

En relación con el diagnóstico de AN, se incluyeron pacientes con anorexia nerviosa restrictiva ($n = 18$) y con anorexia nerviosa purgativa ($n = 12$). La separación de ambos diagnósticos pudiera dar resultados contrastantes, como lo reportado por Casper y Troiani (2001) y por Pawlowska y Masiak (2007) quienes reportan que las pacientes con AN de tipo purgativo presentan mayor psicopatología y evalúan la relación con sus madres de manera más negativa que las de tipo restrictivo. Esta separación pudo haber permitido identificar si la presencia de conductas compensatorias en las hijas con AN hacía que este grupo de madres se parecieran al grupo de madres de hijas con BN. Esto hubiera sido posible si se hubieran dividido propositivamente desde el diseño. Aunque los datos encontrados no pueden soslayarse.

Por otro lado, dado que se trató de un diseño transversal, no se puede inferir la causalidad entre el perfil de las madres y la presencia o no de un trastorno de la conducta alimentaria a lo largo de la vida. No es posible definir con precisión si la asociación ocurre sólo en la actualidad y si antes era diferente o si siempre fue así.

Además, pueden existir múltiples factores de confusión, como por ejemplo: los eventos de vida (si estaban pasando por un proceso de divorcio, duelo, cambio de casa, desempleo, cambio de trabajo, enfermedad de un familiar, etc.), el ambiente, los patrones de comunicación y de crianza de la madre, el papel del padre en la dinámica familiar, el papel del resto de la familia, el papel de los hermanos u otras personas que

cohabitan con las pacientes o que tienen una relación muy estrecha, que pueden modificar la relación entre madre e hija, etc. Aunque esto claramente no es una debilidad absoluta del estudio, sino que son sucesos de vida o de la dinámica familiar, que no es controlable en prácticamente ningún estudio clínico.

Más aún, en las pacientes con TCA, la edad de inicio y el tiempo de evolución del trastorno pueden ser determinantes en las respuestas de ellas en los cuestionarios y en el impacto que el TCA ha tenido en la familia, en particular sobre la madre. La psicopatología encontrada en las madres de los tres grupos de hijas con TCA puede ser una causa, pero también una consecuencia del desgaste frente a la problemática de la hija, como ha sido encontrado por algunos autores (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008; Whitney, Murray, Gavan, Todd, Whitaker & Treasure, 2005). Sin embargo, hay algunos rasgos del perfil psicológico que son relativamente estables a través del tiempo (rasgos depresivos o compulsivos de la personalidad) por lo que dichas características pueden anteceder el TCA de la hija y haber influido en su desarrollo y expresión.

En relación con el manejo específico de los datos, el análisis discriminante no permite controlar el efecto que tiene el IMC de las madres en sus respuestas, sobre todo en el grupo de madres de hijas con TA. Esto hubiera permitido identificar si aún las madres que no presentaban obesidad tenían mayor psicopatología que el resto de los grupos, ya que es bien sabido que la propia obesidad puede acompañarse de psicopatología y alteraciones en la conducta alimentaria.

7.2. Fortalezas.

A pesar de las limitaciones, este estudio pudo comparar y describir los perfiles psicológicos en las madres de hijas con anorexia nerviosa, con bulimia nerviosa, con trastorno por atracón y sin trastorno de la conducta alimentaria.

Es un estudio que incluye pacientes diagnosticadas mediante una entrevista clínica basada en los criterios del DSM-IV-TR para los trastornos de conducta alimentaria y no

en poblaciones estudiantiles con conductas de riesgo de TCA, evaluadas mediante cuestionarios, como es lo común.

Por otro lado, las evaluaciones se llevaron a cabo en adolescentes y mujeres jóvenes. No se tiene conocimiento de evaluaciones en mujeres jóvenes con diagnóstico de TA y sus madres. Aunado a esto, existen muchos estudios que utilizan los reportes de las hijas acerca de la psicopatología y conducta alimentaria de sus madres, lo cual puede tener serias repercusiones en las conclusiones, dado que la percepción e interpretación que las hijas hacen de dichas características en sus madres, era lo que en realidad se estaba valorando. Este estudio utiliza el reporte directo de las madres, así como la obtención del peso y estatura de prácticamente toda la muestra (madres e hijas), con lo cual se resuelve el problema antes mencionado.

A pesar de que no se trató de un estudio con intervención, los resultados permiten planear programas de acompañamiento para las madres, pero por separado y en función del diagnóstico de la hija; sobretodo en el grupo de TA, dado que se sabe que cuando se incluye a las madres en el tratamiento de la obesidad de sus hijos con obesidad se obtienen los mejores resultados en cuanto a descenso de peso (Brownell, Kelman & Stunkard, 1983; Wadden, Stunkard, Rich, Rubin, Sweidel & McKinney, 1990). Valdría la pena saber que efecto tiene esto no sólo en la obesidad sino también en la remisión del TA de las hijas.

En dichas intervenciones se podrían tratar temas relacionados con la comida, los hábitos de alimentación, la obesidad, el impacto del estado emocional de la madre en las conductas de las hijas, las estrategias para el afrontamiento de los TCA, el conocimiento del origen multifactorial de los TCA, e incluso el hecho de reconocer la necesidad de psicoterapia para ellas o para la familia, en caso necesario. Dichos programas podrán dirigirse tanto para las madres de hijas con el padecimiento como para las madres de hijas adolescentes y jóvenes sin el padecimiento.

El objetivo es que este estudio se sume a las líneas de investigación sobre la relación madre-hija en los trastornos de la conducta alimentaria.

7.3. Sugerencias.

Para proyectos de investigación futuros se sugiere:

- ❖ La evaluación de aspectos de la personalidad, como por ejemplo: sociabilidad, estabilidad emocional, introversión/extroversión, autonomía, autoritarismo, autoconfianza, flexibilidad, sinceridad, lealtad, agresividad, sobreprotección hacia los demás, etc. A pesar de que en este estudio se incluyeron algunos, pueden haber sido insuficientes para conformar el perfil psicológico.
- ❖ La evaluación de los estilos de crianza. Sobre todo porque los estudios encontrados provienen de países de primer mundo, con una cultura distinta a la mexicana. La cultura y los estilos de crianza en México, definitivamente son distintos, pero no se sabe si favorecen o no el desarrollo o mantenimiento de los TCA.
- ❖ La evaluación del perfil psicológico, de la conducta alimentaria, del IMC, de los aspectos de la personalidad y de los estilos de crianza en los padres. La figura paterna puede jugar un papel determinante, como lo han establecido algunos autores.
- ❖ Replicar el estudio en hombres con y sin TCA. Es probable que el vínculo entre la madre y el hijo varón muestre distintos perfiles a los encontrados en este estudio. Sin embargo, la posibilidad de conformar una muestra representativa puede dificultar su realización y sobre todo la generalización de los resultados, tal como ocurrió con la presente investigación.
- ❖ Llevar a cabo un estudio longitudinal en una cohorte de estudiantes y sus padres, con valoraciones periódicas a través de instrumentos de tamizaje, complementadas con entrevistas clínicas que permitan obtener un diagnóstico eficaz, para así determinar la causalidad entre las características iniciales (tanto de los hijos como de los padres) y el desarrollo de un TCA.

Conclusiones

Con base en el análisis discriminante entre los cuatro grupos se estableció que las madres de hijas con AN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija, las madres de hijas con BN no presentan una característica única que las distinga, las madres de hijas con TA tienen mayor IMC y mayores síntomas de depresión y las madres de hijas sin trastorno tienen una mayor escolaridad.

Al hacer comparaciones por pares de diagnóstico, los resultados muestran que:

- ❖ Las madres de hijas con AN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija que las que tienen hijas con BN.
- ❖ Las madres de hijas con AN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija y mayores síntomas de ansiedad que las madres de hijas con TA. Las madres de hijas con TA presentan más psicopatología relacionada con los trastornos alimentarios.
- ❖ Las madres de hijas con AN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija y mayores síntomas de ansiedad que las madres de hijas sin trastorno alimentario. Las madres de hijas sin trastorno tienen mayor escolaridad.
- ❖ Las madres de hijas con BN tienen una mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija, mayor impulso a la delgadez y mayor inseguridad social que las madres de hijas con TA. Las madres de hijas con TA tienen mayor alexitimia relacionada con el pensamiento externo, mayor preocupación por el peso y la comida y más psicopatología relacionada con los trastornos alimentarios.
- ❖ Las madres de hijas con BN tienen un mayor IMC, mayor insatisfacción corporal y mayor ineficacia que las madres de hijas sin trastorno. Estas últimas tienen mayor escolaridad y mayor desconfianza interpersonal.

- ❖ Las madres de hijas con TA tienen un mayor IMC, mayor insatisfacción corporal y mayor ineficacia que las madres de hijas sin trastorno. Estas últimas tienen mayor insatisfacción con el cuerpo de la hija.

Cuando se llevaron a cabo comparaciones con el análisis de varianza entre los cuatro grupos, se encontró lo siguiente.

En el perfil psicológico:

- ❖ Las madres de hijas con AN tienen más dificultad para la regulación de impulsos, más depresión, más ansiedad y más alexitimia que las madres de hijas sin trastorno.
- ❖ Las madres de hijas con BN tienen menos psicopatología asociada a los trastornos alimentarios que las madres de hijas con TA.
- ❖ Las madres de hijas con TA tuvieron más insatisfacción corporal, más ineficacia, más desconfianza interpersonal, más dificultad en la conciencia interoceptiva y en la regulación de impulsos, más inseguridad social, más psicopatología asociada a los trastornos alimentarios, más depresión, más ansiedad y más alexitimia que las madres de hijas sin trastorno.

En la conducta alimentaria:

- ❖ Las madres de hijas con AN tuvieron menos restricción cognoscitiva que las madres de hijas sin trastorno. Además, tuvieron menos conductas alimentarias compulsivas, menos preocupación por el peso y la comida, y menos conductas de riesgo de trastornos alimentarios que las madres de hijas con TA.
- ❖ Las madres de hijas con BN tuvieron menos síntomas bulímicos, menos preocupación por el peso y menos conductas de riesgo de trastornos alimentarios que las madres de hijas con TA.

- ❖ Las madres de hijas con TA tuvieron más síntomas bulímicos, más conductas alimentarias compulsivas y más conductas de riesgo de trastornos alimentarios que las madres de hijas sin trastorno.

En el IMC:

- ❖ Las madres de hijas con TA tuvieron mayor IMC que las madres de hijas con BN y que las madres de hijas sin trastorno.

Por último se encontraron varias correlaciones inversas entre la díada de AN, la asociación más relevante entre la díada de BN fue la dificultad de restringir su alimentación, las mayores correlaciones positivas se encontraron en la díada de TA, sobre todo en la conducta alimentaria, y entre las díadas del grupo control, fueron correlaciones bajas pero significativas en la mayoría de los casos. En general, se concluye que las asociaciones entre madres e hijas son particulares del diagnóstico de la hija, lo que indica que es necesario analizarlos de forma individual, teniendo en cuenta que puede haber diferentes implicaciones para el tratamiento.

Referencias

- Agras, S., Hammer, L. & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-62.
- Ahre'n-Moonga, J., Silverwood, R., Klinteberg, B. & Koupil, I. (2009). Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of hospitalization for eating disorders in females. The Uppsala Birth Cohort Multigenerational Study. *American Journal of Epidemiology*, 170, 566–575.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III 3a. ed.). Washington, DC.: A.P.A. Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R 3a. ed. Revisada). Washington, DC.: A.P.A. Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR 4ta. ed. Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- Anschutz, D. J., Kanters, L. J., Van Strien, T., Vermulst, A. A., Engels, R. C. (2008). Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 54-61.
- Apfeldorfer, G. (2004) *Anorexia, bulimia, obesidad*. México: Siglo XXI Editores, S.A. de C.V.
- Bachar, E., Kanyas, K., Latzer, Y., Canetti, L., Bonne, O. & Lerer, B. (2008). Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *European Eating Disorders Review*, 16(3), 184-90.
- Baker, C. W., Whisman, M. A. & Brownell, K. D. (2000). Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions. *Health Psychology*, 19, 376–381.

- Behar, R. & Figueroa, G. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. & Jantschek, G. (2007). Perceptual body image of patients with anorexia or bulimia nervosa and their fathers. *Eating and Weight Disorders*, 12(1), 12-9.
- Betancourt, L., Rodríguez-Guarín, M. & Gempeler-Rueda, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054–1061.
- Birch, L. L. & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907.
- Birch, L. L., Fisher, J. O. & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: Maternal use of restrictive practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 215–220.
- Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8, 311–318.
- Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: a review. *Journal of Adolescent Health*, 22, 368-375.
- Boschi, V., Muscariello, E., Maresca, I., Ricciardi Lo Schiavo, F., Tranchese, V., et al. (2010). Assessment of eating behaviour in young women requesting nutritional counselling and their mothers. *Eating and Weight Disorders*, 15(1-2), e60-7.
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y salud mental*. Washington: OMS.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Brophy, S., Cooksey, R., Gravenor, M. B., Mistry, R., Thomas, N., Lyons, R. A. & Williams, R. (2009). Risk factors for childhood obesity at age 5: Analysis of the Millennium Cohort Study. *BioMed Central Public Health*, 9, 467.

- Brown, R. & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research, 19*(3), 261–271.
- Brownell, K. D., Kelman, J. H. & Stunkard, A. J. (1983). Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics, 71*, 515-523.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry, 139*, 1531-1538.
- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada*. Cambridge: Paidós.
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 30*, 335-339.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Kendle, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 293-298.
- Bulik, C. M., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 63*, 305–12.
- Campbell, T. L. (1986). Family's impact on health. A critical review. *Family Systems Medicine, 4*, 135-200.
- Carper, J. L., Fisher, J. O. & Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding: Restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite, 35*, 121–129.
- Casper, R. C. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders, 30*(3), 338-42.
- Cassin, S. E. & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychological Review, 25*(7), 895-916.
- Castro, J., Toro, J. & Cruz, M. (2000). Quality of rearing practices as predictor of short-

term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 61-67.

Chumlea, W. C., Guo, S. S., Kuczmarski, R. J., Flegal, K. M., Johnson, C. L., Heymsfield, S. B., Lukaski, H. C., Friedl, K. & Hubbard, V. S. (2002). Body composition estimates from NHANES III bioelectrical impedance data. *International Journal of Obesity and Related Metabolism Disorders*, 26(12), 1596-609.

Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C. & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9, 52–61.

Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Barcelona: Editorial Gedisa, pp 41-46, 72-74, 79-81, 168.

Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K. & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 608–13.

de Castro, J. M. & Lilenfeld, L. R. (2005). Influence of heredity on dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger in humans. *Nutrition*, 21(4), 446–455.

Decaluwé, V. & Braet, C. (2003). Parental influence on eating psychopathology and psychological problems in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 9.

Decaluwé, V., Braet, C., Moens, E. & Van Vlierberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *International Journal of Obesity*, 30, 1766–1774

Dietz, W. H. (1983). Childhood obesity: susceptibility, cause and management. *Journal of Pediatrics*, 103, 676–686.

Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 3-6.

Eldredge, K. L. & Agras, W. S. (1997). The relationship between perceived evaluation of weight and treatment outcome among individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 43-9.

Enten, R. S. & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-7.

- Epstein, L. H., Myers, M. D. & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Obesity Research*, 4(1), 65-74.
- Espino, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 553-560.
- Evans, J. & Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders. A comparative study of the attitudes of mothers toward their children. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 39-48.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-16.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder. A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community based case control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-17.
- Farrow, C. V. & Blissett, J. (2009). Do Obsessive Compulsive Symptoms Mediate the Relationship Between Maternal Eating Psychopathology and Restrictive Feeding Practices? *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 76-80.
- Farrow, C. V. & Blissett, J. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obesity Research*, 13, 1999-2005.
- Fassino, S., Amianto, F., Daga, G. A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M. & Rovera, G. G. (2003). Bulimic family dynamics: role of parents' personality--a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 70-7.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A. & Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. *Advice of Psychosomatic Medicine*, 28, 141-68.
- Field, A. E., Austin, B., Striegel-Moore, R., Taylor, B., Camargo, C. A., Laird, N. & Colditz, G. (2005). Weight concerns and weight control behaviors of adolescents and their mothers. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 1121-1126.

- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, *107*, 54–60.
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, B. & Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *162*(6), 574-579.
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (1995). Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year old children are related to parent adiposity. *Journal of American and Dietetic Association*, *95*, 759–764.
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, *32*, 405–419.
- Fisher, J. O. & Birch, L. L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *American Journal of Clinical Nutrition*, *76*, 226 –31.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. *Journal of the American Medical Association*, *288*, 1723–1727.
- Forehand, R., Lautenschlager, G. J., Faust, J. & Graziano, W. G. (1986). Parent perceptions and parent-child interactions in clinic-referred children: a preliminary investigation of the effects of maternal depressive moods. *Behavior Research and Therapy*, *24*(1), 73-75.
- Fowler, S. J. & Bulik, C. M. (1997). Family environment and psychiatric history in women with binge-eating disorder and obese controls. *Behavioral Change*, *14*, 106–112.
- Francis, L. A. & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, *24*(6), 548–554.
- Fulkerson, J. A., McGuire, M. T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A. & Perry, C. L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity*, *26*, 1579–87.
- García de Amusquibar, A. M. & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of

patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8(3), 225-30.

García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. C. & Arcila-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45 (3), 206-10.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Branders, J. S., O'Hanlon, J. & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821-828.

Garn, S. M. & Clark, D. (1975). Nutrition, growth, development, and maturation: findings of the Ten State Nutritional Survey of 1968–70. *Pediatrics*, 56, 306–319.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1991). *Family Therapy. An Overview*. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M.T. & Unikel, S.C. (2001). *La psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez-Pérez Mitre, G. (2000). Escala de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. UNAM, Facultad de Psicología.

Gøtestam, K. G. & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18,119-26.

Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Scherzinger, C., Trostmann, Y., Wancata, J. & de Zwaan, M. (2008). The needs of carers: a comparison between eating disorders and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 800-7.

Gross, R. M. & Nelson, E. S. (2000). Perceptions of parental messages regarding eating and weight and their impact on disordered eating. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 57–78.

Guillaume, S., Jausse, I., Olié, E., Genty, C., Bringer, J., Courtet, P. & Schmidt, U. (2011). Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-

control study. *Public Library of Science One*, 6(8), e23578. Epub 2011 Aug 12.

Hahn-Smith, A., M. & Smith, J. E. (2001). The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes, and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 429-40.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. & Robinson-O'Brien, R. (2008). Child versus Parent Report of Parental Influences on Children's Weight-related Attitudes and Behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(7), 783-788.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2007). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall Iberia, 5a. ed.

Halmi, K. A. (2005). The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry*, 4, 69-73.

Hanna, A. C. & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47, 205-211.

Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C. & Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behavior*, 9(3), 313-8.

Hill, A. J. & Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-413.

Hill, A. J., Weaver, C. & Blundell, J. E. (1990). Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 346-348.

Hirokane, K., Tokumura, M., Nanri, S., Kimura, K. & Saito, I. (2005). Influences of mothers' dieting behaviors on their junior high school daughters. *Eating and Weight Disorders*, 10(3), 162-7.

Hodges, E. L., Cochrane, C. E. & Brewerton, T. D. (1998). Family characteristics of binge eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151.

Hood, M.Y., Moore, L.L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L.A. & Ellison, R.C. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 24, 1319-1325.

Huas, C., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Fedorowicz, V., Peyracque,

- E., Dardennes, R., Falissard, B. & Rouillon, F. (2011). Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Research, 185*(3), 421-6.
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulik, C. M., Crow, S. J., McElroy, S. L., Laird, N. M., Tsuang, M. T., Walsh, B. T., Rosenthal, N. R. & Pope, H. G. Jr. (2006). Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry, 63*(3), 313-319.
- Humphrey, L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 223-32.
- Jaffe, K. & Worobey, J. (2006). Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. *Body Image, 3*, 113-120.
- Jahnke, D. L. & Warschburger, P. A. (2008). Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. *Obesity, 16*(8), 1821-1825.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M. & Specker, B. L. (2000). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity, 14*(3), 431-439.
- Johansen, J. E., Fetissov, S. O., Bergström, U., Nilsson, I., Faÿ, C., Ranscht, B., Hökfelt, T. & Schalling, M. (2007). Evidence for hypothalamic dysregulation in mouse models of anorexia as well as in humans. *Physiological Behavior, 92*, 278-82.
- Johnson, B., Brownell, K. D., Jeor, S. T., Brunner, R. L. & Worby, M. (1997). Adult obesity and functioning in the family of origin. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 213-218.
- Johnson, S. L. & Birch, L. L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics, 84*, 653-661.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental, 21*(3), 26-31.
- Keery, H., Boutelle, K. N., Van den Berg, P. & Thompson, K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescence Health, 37*(1), 10-17.

37(2),120-7.

Kiang, L. & Harter, S. (2006). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 7, 134–151.

Kinzl, J. F., Trawenger, C., Trefalt, E., Mangwath, B. & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-92.

Klesges, R. C., Eck, L. H., Hanson, C. L., Haddock, C. K. & Klesges, L. M. (1990). Effects of obesity, social interactions, and physical environment on physical activity in preschoolers. *Health Psychology*, 9, 435–449.

Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M. & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*, 31, 737-40.

Kuehnel, R. H. & Wadden, T. A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 321-329.

Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with care distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.

Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 385–393.

Laporte, L., Marcoux, V. & Guttman, H. A. (2001). Characteristics of families with restricting anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*, 27(2), 109-19.

Lazzari, A. (1998). *La anorexia y bulimia hoy*. En: R. Crispo, E. Figueroa, D. Guelar. (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Barcelona: Editorial Gedisa, pp 41-46, 72-74, 79-81, 168.

- Lazzeri, G., Pammolli, A., Pilato, V. & Giacchi, M. V. (2011). Relationship between 8/9-yr-old school children BMI, parents' BMI and educational level: a cross sectional survey. *Nutrition Journal*, *10*, 76.
- Lee, Y. H., Abbott, D. W., Seim, H., Crosby, R. D., Monson, N., Burgard, M. & Mitchell, J. E. (1999). Eating disorders and psychiatric disorders in the first-degree relatives of obese probands with binge eating disorder and obese non-binge eating disorder controls. *International Journal of Eating Disorders*, *26*(3), 322-32.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D. & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, *15*, 11–20.
- Lissau-Lund-Sorensen, I. & Sorensen, T. I. (1992). Prospective study of the influence of social factors in childhood on risk of overweight in young adulthood. *International Journal of Obesity and Related Metabolism Disorders*, *16*, 169–75.
- Lissau, I. & Sorensen, T. I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, *343*(8893), 324-327.
- Locard, E., Mamelle, N., Billette, A., Miginiac, M., Munoz, F. & Rey, S. (1992). Risk factors of obesity in a five year old population. Parental versus environmental factors. *International Journal of Obesity*, *16*, 721–729.
- Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Cabras, P. L., Faravelli, C. & Ricca, V. (2008). Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*, *57*, 95–115.
- Loth, K. A., Neumark-Sztainer, L. & Croll, J. K. (2008). Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *International Journal of Eating Disorders*, en prensa.
- Mahler, M. (1987). *El desarrollo psicoafectivo e intelectual del niño*. Buenos Aires: Masson.
- Markus, M. C., Wing, R. R. & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, *10*, 163-168.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramírez, M. (1999).

Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, *11*, 143-169.

McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 653–668.

McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, *35*, 760-769.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, *26*(4), 1-16.

Merino García, M. J. (1993). *Vinculación parento-filial y desarrollo de la psicopatología en la edad adulta*. En: Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Minuchin, S. (1978). *Psychomatic families, anorexia nervosa in context*. USA: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Moreno, A. & Thelen, M. (1993). Parental factors related to bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, *18*, 681–689.

Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Edwards-Leeper, L., Persson, A. V. & Goldstein, S. E. (2003). The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers. *Applied Developmental Psychology*, *24*, 259–272.

Mussell, M. P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., Crosby, R. D., Seim, H. C. & Crow, S. J. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. *International Journal of Obesity and Related Metabolism Disorders*, *20*, 324 – 331.

- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M. & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 270-6.
- Norma oficial mexicana (NOM-174-SSAI-1998) para el manejo integral de la obesidad (2000). *Revista de Medicina IMSS, 38*(5), 397-403.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D. & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999–2000. *Journal of the American Medical Association, 288*, 1728–1732
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- OMS. (1992). *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- OMS. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894*. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. (1ª ed). México: Editorial Paidós, pp 72-83, 67,71.
- Parker, G. (1988). Perceptions of parenting in childhood. *American Journal of Psychiatry, 145*, 479.
- Pawlowska B. & Masiak, M. (2007). Comparison of socio-demographic data of female patients with purging and restricting types of anorexia nervosa hospitalised at the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993-2003. *Psychiatria polska, 41*(3), 350-64.
- Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11*(4), 201-209.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos. Aplicaciones con SPSS*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Pérez-Rincón, H., Cortés, J., Ortíz, S., Peña, J., Ruíz, J. & Díaz-Martínez, A. (1997). Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de

- Alexitimia de Toronto. *Salud Mental*, 20(3), 30-34.
- Pike, K.M. & Rodin, J. (1991). Mothers, Daughters, and Disordered Eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204.
- Polivy, J. & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Provencher, V., Perusse, L., Bouchard, L., Drapeau, V., Bouchard, C., Rice, T. et al. (2005). Familial resemblance in eating behaviors in men and women from the Quebec Family Study. *Obesity Research*, 13(9), 1624–1629.
- Rausch, H. C. & Bay, L. (1997). *Anorexia y Bulimia Nerviosa. Amenazas a la autonomía*. Terapia Familiar. 4ª. Reimpresión. México: Editorial Paidós, pp 62-67.
- Ravi, S., Forsberg, S., Fitzpatrick, K. & Lock, J. (2009). Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eating Disorders*, 17(1), 63-71.
- Ricca, V., Rotella, F., Mannucci, E., Ravaldi, C., Castellini, G., Lapi, F., Cangioli, L., Martini, P., & Faravelli, C. (2010). Eating Behaviour and Body Satisfaction in Mediterranean Children: the Role of the Parents. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 59-6.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rome, E. S., Amuerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O'Toole, J., Mitchell, J., Sanders, M. J., Sawyer, S. M., Schneider, M., Sigel, E. & Silber, T. J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the State of the art. *Pediatrics*, 111(1), 98-108.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-48.
- Ruther, N. M. & Richman, C. L. (1993). The relationship between mothers' eating restraint and their children's attitudes and behaviors. *Bulletin of Psychosomatic Society*, 31, 217–220.

- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders effects on children. *Psychological Medicine, 14*, 853-80.
- Sallis, J. F., Patterson, T. L., McKenzie, T. L. & Nader, P. R. (1988). Family variables and physical activity in preschool children. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics, 9*, 57-61.
- Savater, (2001). *Anorexia y bulimia como trastornos culturales*. En: J. Toro (2001). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel, pp 309-326.
- Schuetzmann, M., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M. & Schimmelmann, B. (2008). Associations Among the Perceived Parent-Child Relationship, Eating Behavior, and Body Weight in Preadolescents: Results from a Community-based Sample. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(7), 772-782.
- Scourfield, J. (1995). Anorexia by proxy: are the children of anorexia mothers an at risk group? *International Journal of Eating Disorders, 18*, 371-4.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Serkow, S. P., Kamens, S. R., Megyes, M. & Loewenthal, L. (2009). A clinical study of the intergenerational transmission of eating disorders from mothers to daughters. *The Psychoanalytic Study of the Child, 64*, 153-189.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 263-271.
- Sowers, M., Zheng, H., Tomey, K., Karvonen-Gutierrez, C., Jannausch, M., Li, X., Yosef, M. & Symons, J. (2007). Changes in body composition in women over six years at midlife: ovarian and chronological aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 92*(3), 895-901.
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., et al. (1991). Binge eating disorder: to be or not to be in DSM IV. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 627-9.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A.,

- Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 191-203.
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. En R. H. Striegel-Moore & L. Smolak. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. APA, Washington, D. C.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825–848.
- Stice, E., Agras, S. & Hammer, M. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*(4):375-87.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 836–840.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Strauss, R. S. & Knight, J. (1999). Influence of the Home Environment on the Development of Obesity in Children. *Pediatrics, 103*(6), 1-8.
- Striegel-Moore, R. H. & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *Counseling Psychology, 29*, 635–661.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*, 393-401.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 239-253.
- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled

family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychological Research*, 19, 239-246.

Stunkard, A. J. (1997). Eating disorders. The last 25 years. *Appetite*, 29, 181-190.

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatry Q*, 33, 284-95.

Stunkard, A. J., Grace, W. J. & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome. *American Journal of Medicine*, 19, 78-86.

Stunkard, A. J. & Messick S. (1988). *Eating Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.

Sung, J., Lee, K., Song, Y. M., Lee, M. K. & Lee, D. H. (2010). Heritability of eating behavior assessed using the DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) and weight-related traits: The Healthy Twin Study. *Obesity*, 18(5), 1000-5.

Tanaka, S., Bin, W., Honda, M., Nanbu, S., Suzuki, K., Fukuo, K. & Kazumi T. (2010). Associations of 18-year-old daughters' and mothers' serum leptin, body mass index and DXA-derived fat mass. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 17(10), 1077-81.

Tao, Z. L. & Zhong, W. F. (2008). The correlation of Chinese mothers' eating attitudes and psychological characteristics with their children's eating attitudes, as well as the gender effect on eating attitudes of children. *Eating and Weight Disorders*, 13(3), 149-56.

Taylor, C. B., Bryson, S., Doyle, A. A., Luce, K. H., Cunnig, D., Abascal, L. B., Rockwell, R., Field, A. E., Striegel-Moore, R., Winzelberg, A. J. & Wilfley, D. E. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, 118, 731-738.

Tennant, C. (1983). Life events and psychological morbidity: the evidence from prospective studies. *Psychological Medicine*, 13, 483-486.

Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P. & Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3), 564-569

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S. & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191-1200.

- Tiggemann, M. & Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children's eating behaviour. *Appetite*, 39, 1–7.
- Toro, J. (2001). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel, pp 138-326.
- Unikel, C. & Caballero A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. S. Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. & Fleiz. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 50-51.
- Velez, C. N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 861-864.
- Wadden, T. A., Stunkard, A. J., Rich, L., Rubin, C. J., Sweidel, G. & McKinney, S. (1990). Obesity in black adolescent girls: a controlled clinical trial of treatment by diet, behavior modification, and parental support. *Pediatrics*, 85, 345-352.
- Wade, T. D., Treloar, S. A. & Martin, N. G. (2001). A Comparison of Family Functioning, Temperament, and Childhood Conditions in Monozygotic Twin Pairs Discordant for Lifetime Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1155–1157.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869–873.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.
- Wilfley, D. E., Pike, K. M. & Striegel-Moore, R. H. (1997). Toward an integrated model of risk for binge eating disorder. *Journal of Gender, Culture and Health*, 2, 1–31.
- Williamson, D. A., Lawson, O. J., Brooks, E. R., Wozniak, P. J., Ryan, D. H., Bray, G. A. &

- Duchmann, E. G. (1995). Association of body mass with dietary restraint and disinhibition. *Appetite*, 25, 31–41.
- Winnicott, D. (1981). *Proceso de maduración en el niño. Colección papel*. Barcelona: Laia.
- Withaker, R.C., Deeks, C. M., Baughcum, A. E. & Specker, B. L. (2000). The relationship of childhood adiposity to parent body mass index and eating behavior. *Obesity Research*, 8(3), 234-240.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869–73.
- Woldt, L., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Salbach-Andrae, H. (2010). Psychiatric disorders among parents of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(4), 302-13.
- Yanovski, S. Z. & Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135–50.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1472-9.
- Zamboni, M., Armellini, F., Harris, T., Turcato, E., Micciolo, R., Bergamo-Andreis, I. A. & Bosello, O. (1997). Effects of age on body fat distribution and cardiovascular risk factors in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(1), 111-5.
- Zeller, M. H., Saelens, B. E., Roehrig, H., Kirk, S. & Daniels, S. R. (2004). Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment. *Obesity Research*, 12, 1576–1586.
- Zocca, J. M., Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Columbo, K. M., Raciti, G. R., Brady, S. M., Crocker, M. K., Ali, A. H., Matheson, B. E., Yanovski, S. Z. & Yanovski, J. A. (2011). Links between mothers' and children's disinhibited eating and children's adiposity. *Appetite*, 56(2), 324–331.

APÉNDICES

Apéndice A

Características de las hijas

En la Tabla 1 se presenta la edad, peso, talla e IMC de las hijas, según su diagnóstico.

Tabla 1

Características generales de las hijas, según el diagnóstico

	AN (n=30)	BN (n=30)	TA (n=19)	NOTCA (n=54)
Edad	18.2±2.9 (14-24)	19.1±3.1 (16-30)	22.3±3.1 (18-28)	19.1±2.7 (15-30)
Peso	41.9±7.8 (29.5-59.4)	57±9.6 (44.8-77.6)	103.6±20.2 (81.2-163.2)	56.1±5.0 (47-65)
Talla	1.57±0.05 (1.47-1.69)	1.59±0.04 (1.49-1.70)	1.59±0.06 (1.48-1.71)	1.62±0.06 (1.52-1.74)
IMC	16.9±3.2 (11.5-25)	22.2±3.2 (17.5-29.3)	40.5±7.6 (30.6-56)	21.5±1.5 (18.6-25.2)

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. En el paréntesis se encuentra el intervalo.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Se observa que el grupo de hijas con AN son las más jóvenes y las de menor peso, talla e IMC. Y el grupo de mayor edad es el de las pacientes con TA, y son éstas también las de mayor peso e IMC.

Cursaban la preparatoria el 46.7% de las hijas con AN y el 43.3% de las hijas con BN. Cursaban la licenciatura el 26.7% de las hijas con AN y las que tienen BN. El 42% de las hijas con TA, habían concluido la preparatoria y el 26.3% cursaban la licenciatura. Y del grupo de mujeres NOTCA, el 40.7% cursaban la preparatoria y el 42.6% cursaban la licenciatura.

Eran estudiantes el 90% de las hijas con AN, el 70% de BN, el 31% de TA y el 90.7% de las NOTCA.

El 100% de las hijas con AN, BN y NOTCA eran solteras. En el caso de las hijas con TA, el 89.5% eran solteras. El 100% de las hijas de los cuatro grupos vivían con su madre, con algunas variantes, como son: familia nuclear, madre y hermanos, madre y abuela, familia nuclear más demás familiares, madre y padrastro, madre más demás familiares.

En cuanto al inicio y etiología del padecimiento, la Tabla 2 muestra los resultados.

Tabla 2

Edad de inicio y tiempo de evolución del trastorno alimentario

	AN (n=30)	BN (n=30)	TA (n=19)	NOTCA (n=54)
Edad de inicio	16±2.8 (11-22)	14.9±2.6 (9-22)	13.9±3.3 (9-20)	NA
Años de evolución	2.2±1.8 (0-8)	4.2±2.9 (1-12)	7.6±4.5 (3-19)	NA

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. En el paréntesis se encuentra el intervalo.

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Al cuestionar a las pacientes en relación con los pródromos del trastorno alimentario, se establecieron 13 categorías, de acuerdo a todas las respuestas dadas. En la Tabla 3 se muestran los porcentajes, de acuerdo a cada diagnóstico. Es importante mencionar que los porcentajes no suman 100%, dado que en su mayoría, los factores precipitantes son multifactoriales.

Tabla 3

Porcentaje de causas del trastorno alimentario, según la hija

	AN	BN	TA
Insatisfacción Corporal (Preocupación por el peso, dietas, miedo a engordar)	50	63	0
Factores emocionales/psicológicos (Depresión, ansiedad, enojo, duelos, soledad, baja autoestima, castigo)	13	30	26
Factores Familiares (Divorcio padres, llamar la atención de los padres, conflictos familiares)	10	3	10
Problemas físicos/médicos (Alteraciones digestivas, cambios en su cuerpo, cirugías, empezar a cuidar su salud)	13	3	5
Obesidad (Sobrepeso, aumento de peso)	43	57	21
Aspectos relacionados con la madre (Presión de la madre por perder peso)	10	17	0
Aspectos Sociales (Moda, burlas, fiesta de XV años, presión de amigos, amigas delgadas)	43	47	5
Abuso o acoso sexual	0	0	5
Actitudes de la familia ante la figura y el peso (Burlas de la familia, imitar a un familiar)	10	20	10
Factores escolares (Cambio de escuela, abandono de la escuela)	0	3	5
Aspectos relacionados con el padre (Alcoholismo del padre, muerte del padre, presión del padre por perder peso)	3	17	5
Familiares y amistades con TCA (Tías, primas, hermanas, amigas)	3	7	0
No saben	7	0	0

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón

Por otro lado, las madres también contestaron la misma pregunta acerca de los factores precipitantes del trastorno alimentario y se encontraron algunas diferencias en las respuestas del origen del problema (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Porcentaje de causas del trastorno alimentario, según la madre

	AN	BN	TA
Insatisfacción Corporal (Preocupación por el peso, dietas, miedo a engordar)	0	3	0
Factores emocionales/psicológicos (Depresión, ansiedad, enojo, duelos, soledad, baja autoestima, castigo, rebeldía, frustración)	37	37	26
Factores Familiares (Divorcio padres, llamar la atención de los padres, conflictos familiares, nacimiento de una hermana, problemas económicos, falta de comunicación)	37	20	32
Problemas físicos/médicos (Alteraciones digestivas, cambios en su cuerpo, cirugías, empezar a cuidar su salud, uso de medicamentos, problema hormonal)	0	0	21
Obesidad (Sobrepeso, aumento de peso)	7	17	26
Aspectos relacionados con la madre (Presión de la madre por perder peso, mala relación, ausencia de la madre, madre con TCA, imitación a la madre por perder peso, depresión durante el embarazo)	13	13	32
Aspectos Sociales (Moda, burlas, presión de amigos, amigas delgadas, medios de comunicación, querer verse como modelo, rechazo de los hombres)	37	40	0
Abuso o acoso sexual	0	0	0
Actitudes de la familia ante la figura y el peso (Burlas de la familia, imitar a un familiar)	7	7	5
Factores escolares (no ser aceptada en una escuela, presión escolar)	7	0	0
Aspectos relacionados con el padre (Alcoholismo del padre, muerte del padre, presión del padre por perder peso, ausencia del padre)	13	7	5
Familiares y amistades con TCA (Tías, primas, hermanas, amigas)	0	3	0
No saben	3	17	0

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón.

En cuanto a los antecedentes familiares con psicopatología y otros aspectos relacionados con conductas de riesgo de trastornos alimentarios, se obtuvieron los datos a partir de la entrevista a la madre. En la Tabla 5 se muestran los resultados, donde también se incluyen los antecedentes de las mujeres NOTCA.

Tabla 5

Porcentaje de antecedentes familiares en los cuatro grupos

		Madre	Padre	Hnos	Abuelas	Abuelos	Otros
Obesidad	AN	33	33	23	30	13	33
	BN	27	27	10	23	13	17
	TA	53	42	16	26	5	37
	NOTCA	4	15	2	31	9	9
Uso de dietas	AN	63	7	10	10	7	10
	BN	47	10	7	13	3	7
	TA	32	21	16	16	5	21
	NOTCA	41	20	9	15	6	13
Trastorno de Conducta Alimentaria	AN	10	0	3	3	0	23
	BN	10	3	10	7	0	7
	TA	26	16	10	10	5	32
	NOTCA	0	0	0	4	0	6
Preocupación por la degaldez	AN	40	7	3	13	0	23
	BN	43	20	23	10	0	7
	TA	42	26	32	10	0	5
	NOTCA	26	11	11	13	0	4
Depresión	AN	27	13	17	10	3	7
	BN	30	17	13	13	3	3
	TA	32	16	21	37	5	26
	NOTCA	4	9	0	26	6	9
Problemas psiquiátricos (Abuso de sustancias, enfermedades psiquiátricas)	AN	10	30	10	17	7	20
	BN	10	13	17	10	10	33
	TA	0	5	10	0	0	47
	NOTCA	4	4	0	11	0	4

AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Finalmente, en la Tabla 6 se muestran las calificaciones de las hijas en las variables del perfil psicológico, de acuerdo al diagnóstico.

Tabla 6

Calificaciones de las hijas en las variables del perfil psicológico, de acuerdo al diagnóstico

	Hijas AN	Hijas BN	Hijas TA	Hijas NOTCA
Insatisfacción Corporal (IC, EDI-2)	14.4±7.1	19.1±7.3	19.6±5.7	4.0±4.7
Ineficacia (I, EDI-2)	10.6±8.6	11.9±8.5	9.1±6.2	0.9±1.7
Perfeccionismo (P, EDI-2)	10.7±4.2	10.5±4.1	9.5±3.9	6.4±3.8
Desconfianza Interpersonal (DI, EDI-2)	8.9±5.5	7±5.6	5.9±5.6	1.7±2.1
Conciencia Interoceptiva (CI, EDI-2)	13.7±7.6	13.1±7.5	9.2±5.7	2.0±3.1
Miedo a la Madurez (MM, EDI-2)	11.7±7.1	9.5±6.9	9.3±5.9	3.9±3.2
Ascetismo (A, EDI-2)	8.9±5.4	9.7±5	6.8±3.1	2.5±1.7
Regulación de Impulsos (RI, EDI-2)	13.1±7.4	12.8±7	7.7±4.6	2.1±2.4
Inseguridad Social (IS, EDI-2)	10±5.6	9.4±6.3	7.3±4.9	1.4±1.7
Inventario de Trastornos Alimentarios Total (EDI2-Total)	119.5±51	129.5±51.7	100.8±31.4	27.7±16.7
Depresión (IDB)	26.7±12.1	27.6±10.8	20.6±11.7	5.6±4.3
Ansiedad (IAB)	47.5±14.8	43.6±14.2	42.6±12.3	23.4±10.2
Discriminación y expresión de emociones (TAS)	10.0±4.4	10.6±5	8.6±4.4	6.1±3.2
Pensamiento externo (TAS)	57.6±17.3	54.2±17.1	51.2±13.6	29.5±11.1
Alexitimia Total (TAS)	26.5±15.3	30.0±11	21.4±9.6	9.0±6.5

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

En la Tabla 7 se observan las características en conducta alimentaria de acuerdo al diagnóstico.

Tabla 7

Características en conducta alimentaria de acuerdo al diagnóstico

	Hijas AN	Hijas BN	Hijas TA	Hijas NOTCA
Restricción Cognitiva (RC, I3FA)	16.5±4.1	15.1±4.3	8.9±4.8	7.5±4.7
Desinhibición (D, I3FA)	4.9±3.1	10±4	11.3±3.1	4.9±3.2
Hambre (H, I3FA)	3.9±3	7.4±4.4	8.9±3	5.1±2.6
Impulso a la Delgadez (ID, EDI-2)	14.3±6.8	16.7±4.4	11.4±4.2	2.4±3
Bulimia (B, EDI-2)	3.2±4.7	9.8±7	5.0±4.7	0.5±1.3
Conducta Alimentaria compulsiva (EFRATA)	29.1±11.5	46.4±11.1	41.9±10	23.6±5.7
Preocupación por peso y comida (EFRATA)	32.1±9.6	33.9±9	21.1±6.2	14.3±5.3
Dieta crónica restrictiva (EFRATA)	22.4±9.2	26.6±7.7	16.6±5.5	10.9±3.3
Conductas de Riesgo de TCA Total (EFRATA)	81.8±24.1	106.4±21.8	79.1±15.7	46.6±13.1

Nota. Los valores son la Media±Desviación Estándar. AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por Atracón; NOTCA: Sin Trastorno de Conducta Alimentaria.

Apéndice B

Tablas de correlaciones en el perfil psicológico
y en la conducta alimentaria

Correlaciones entre las madres e hijas con AN en las escalas del perfil psicológico.

		IC_H	I_H	P_H	DI_H	CI_H	MM_H	A_H	RI_H	IS_H	ED12_Tot_H	Depresión_H	Ansiedad_H	Discrimexpres_H	Pensexterno_H	Alexitimia_Tot_H
IC_M	r	-.134	-.007	-.391*	.102	-.032	.013	-.128	.073	.033	-.070	.004	-.026	-.091	.146	-.040
	p	.481	.973	.033	.593	.867	.944	.500	.701	.863	.715	.983	.893	.633	.441	.832
I_M	r	-.073	.087	-.209	.099	.280	-.034	-.071	-.065	.215	.057	-.019	.267	.175	-.168	.106
	p	.702	.646	.267	.603	.134	.858	.710	.732	.255	.766	.921	.153	.356	.374	.576
P_M	r	-.621**	-.318	-.405*	-.114	-.387*	-.383*	-.488**	-.544**	-.194	-.521**	-.418*	-.259	-.359	-.218	-.361*
	p	.000	.086	.026	.549	.035	.036	.006	.002	.305	.003	.022	.167	.052	.247	.050
DI_M	r	-.071	-.082	.026	.185	.055	.003	.004	.059	.112	.035	.125	.230	.145	.146	.161
	p	.708	.665	.890	.326	.772	.987	.984	.758	.556	.853	.511	.222	.445	.441	.396
CI_M	r	-.326	-.118	-.179	.076	.128	-.255	-.199	-.249	.046	-.147	-.108	.218	.072	-.038	.052
	p	.079	.535	.343	.688	.499	.175	.291	.185	.811	.439	.569	.248	.704	.843	.784
MM_M	r	-.364*	-.361*	-.109	-.328	-.190	-.320	-.288	-.234	-.363*	-.394*	-.288	-.238	-.496**	-.096	-.447*
	p	.048	.050	.567	.076	.315	.085	.123	.213	.048	.031	.123	.206	.005	.615	.013
A_M	r	-.243	-.095	.068	.055	-.135	.018	-.114	.048	-.033	-.141	-.102	-.126	-.161	-.170	-.181
	p	.196	.618	.722	.773	.477	.925	.550	.801	.863	.457	.591	.507	.395	.368	.339
RI_M	r	-.257	-.156	.042	-.050	-.091	-.210	-.125	-.119	-.096	-.235	-.145	.001	-.183	.026	-.149
	p	.170	.410	.825	.795	.634	.265	.510	.530	.615	.211	.444	.995	.333	.890	.431
IS_M	r	-.329	-.281	-.130	-.156	-.041	-.303	-.304	-.266	-.118	-.287	-.281	-.013	-.178	-.265	-.219
	p	.076	.133	.493	.411	.830	.103	.103	.155	.535	.125	.133	.945	.346	.157	.244
ED12_Total_M	r	-.425*	-.206	-.281	.014	-.074	-.238	-.279	-.182	-.050	-.283	-.179	.029	-.157	-.021	-.140
	p	.019	.274	.133	.940	.696	.205	.135	.336	.793	.130	.345	.877	.407	.912	.462
Depresión_M	r	-.141	-.187	-.345	.074	.227	-.139	-.171	-.204	.028	-.101	-.065	.140	.164	.144	.177
	p	.459	.323	.062	.696	.227	.464	.365	.279	.883	.594	.732	.460	.385	.447	.350
Ansiedad_M	r	-.071	-.068	-.229	.152	.155	-.140	-.144	-.092	.116	.008	-.024	.295	.094	.009	.083
	p	.710	.723	.223	.422	.413	.461	.448	.628	.543	.966	.900	.113	.621	.962	.664
Discrimexpres_M	r	-.139	-.151	-.174	-.172	.118	-.061	.077	.029	-.072	-.077	.039	.132	.121	-.039	.093
	p	.465	.425	.357	.362	.536	.749	.685	.879	.704	.687	.836	.487	.525	.839	.624
Pensexterno_M	r	-.196	-.352	.190	-.016	-.064	-.448*	-.308	-.289	-.221	-.270	-.207	.073	-.147	.046	-.114
	p	.298	.057	.314	.935	.737	.013	.097	.121	.241	.149	.272	.702	.439	.808	.550
Alexitimia_Total_M	r	-.183	-.237	-.110	-.164	.092	-.180	-.013	-.053	-.128	-.145	-.020	.143	.072	-.023	.055
	p	.333	.207	.564	.385	.630	.342	.946	.782	.500	.443	.915	.452	.706	.903	.771

** . p<0.001

* . p<0.05

Correlaciones entre las madres e hijas con BN en las escalas del perfil psicológico.

		I_H	P_H	DI_H	CI_H	MM_H	A_H	RI_H	IS_H	EDI2_ Total_H	Depresión_H	Ansiedad_H	Discrimexpres_H	Pensexter no_H	Alexitimia Total_H
IC_M	r	.182	.177	-.099	.022	.094	.110	.285	.170	.101	.265	.288	.044	.236	.106
	p	.335	.350	.601	.909	.620	.563	.127	.368	.596	.157	.122	.816	.209	.575
I_M	r	-.219	-.018	-.332	.005	-.049	-.018	.153	-.103	-.102	.045	-.018	-.202	-.221	-.233
	p	.244	.924	.073	.978	.796	.925	.420	.589	.591	.814	.924	.285	.241	.216
P_M	r	-.011	.048	-.153	.118	.319	.063	.069	-.144	.030	.053	.106	.201	-.101	.137
	p	.952	.801	.420	.536	.086	.740	.718	.448	.874	.781	.576	.287	.596	.469
DI_M	r	.154	.281	.198	.141	.272	.309	.071	.192	.250	.183	.302	.058	-.093	.021
	p	.417	.133	.293	.458	.146	.096	.708	.310	.183	.334	.105	.760	.623	.913
CI_M	r	-.050	.036	-.028	.036	.049	.129	.322	.036	.083	.171	.224	.219	-.034	.173
	p	.794	.848	.884	.849	.798	.498	.082	.852	.664	.366	.233	.244	.860	.362
MM_M	r	.067	.229	-.171	-.153	.150	.152	.018	.027	-.019	.230	.074	-.014	-.054	-.028
	p	.725	.224	.366	.421	.427	.423	.925	.886	.920	.221	.698	.941	.775	.884
A_M	r	-.247	.160	.038	.107	.284	.030	.096	-.259	.057	-.097	.157	.185	-.055	.138
	p	.189	.400	.842	.575	.128	.875	.615	.167	.765	.611	.406	.328	.773	.468
RI_M	r	-.065	-.029	-.344	.234	.204	-.094	.194	-.081	-.005	.126	.242	.074	.023	.068
	p	.734	.881	.063	.214	.280	.623	.304	.671	.978	.508	.197	.698	.903	.720
IS_M	r	.158	.310	.126	.099	.253	.387*	.220	.057	.224	.337	.282	.177	-.070	.127
	p	.405	.096	.506	.604	.176	.035	.243	.764	.235	.069	.132	.348	.715	.503
EDI2_Total_M	r	-.001	.205	-.158	.070	.274	.163	.275	-.017	.101	.227	.306	.115	-.013	.091
	p	.997	.277	.403	.714	.142	.388	.142	.930	.597	.227	.100	.547	.944	.631
Depresión_M	r	.026	.147	-.125	.110	.115	.151	.360	-.039	.080	.269	.300	.218	.008	.181
	p	.896	.457	.527	.577	.559	.443	.060	.843	.685	.166	.121	.266	.970	.357
Ansiedad_M	r	-.051	.077	-.170	-.016	.077	.084	.385*	-.015	.018	.183	.119	.268	.054	.239
	p	.791	.687	.369	.935	.684	.658	.036	.939	.925	.332	.532	.152	.777	.204
Discrimexpres_M	r	.001	.137	.045	.164	.087	.170	.284	.105	.132	.220	.246	.193	-.097	.132
	p	.995	.471	.814	.388	.649	.368	.129	.580	.487	.243	.191	.306	.611	.486
Pensexterno_M	r	-.157	-.319	-.300	-.331	-.172	-.139	-.206	-.172	-.282	-.186	-.253	-.532**	-.157	-.489**
	p	.408	.086	.107	.074	.364	.463	.275	.365	.132	.324	.177	.002	.406	.006
Alexitimia_Total_M	r	-.030	.066	-.017	.089	.048	.133	.228	.065	.069	.171	.182	.077	-.123	.028
	p	.875	.728	.928	.639	.801	.482	.226	.731	.718	.366	.336	.685	.518	.883

** . p<0.001

* . p<0.05

Correlaciones entre las madres e hijas con TA en las escalas del perfil psicológico.

		IC_H	I_H	P_H	DI_H	CI_H	MM_H	A_H	RI_H	IS_H	EDI2_ Total_H	Depresión _H	Ansiedad _H	Discrimex pres_H	Pensex erno_H	Alexitimia _Total_H
IC_M	r	.241	.145	-.202	.352	-.064	.389	-.146	-.157	.147	.177	.287	-.093	.376	.068	.360
	p	.320	.553	.408	.139	.795	.100	.551	.522	.549	.469	.234	.705	.113	.783	.130
I_M	r	.348	.409	-.231	.060	.074	.551*	.085	-.075	.256	.316	.459*	-.013	.352	-.156	.266
	p	.145	.082	.341	.808	.765	.014	.730	.761	.290	.188	.048	.958	.140	.524	.272
P_M	r	-.054	.034	.215	-.367	.078	-.158	.481*	.367	-.082	.010	-.032	.151	-.089	-.198	-.144
	p	.825	.891	.378	.122	.752	.518	.037	.122	.739	.967	.898	.538	.716	.416	.555
DI_M	r	.144	.392	.117	.420	.330	.144	-.328	.204	.426	.369	.349	.268	.497*	.125	.487*
	p	.557	.097	.633	.074	.167	.556	.171	.401	.069	.120	.143	.267	.031	.609	.034
CI_M	r	.041	.326	.138	.215	.297	.467*	.353	.325	.341	.474*	.610**	.233	.215	.011	.197
	p	.867	.173	.573	.376	.216	.044	.138	.175	.153	.040	.006	.336	.377	.965	.420
MM_M	r	.096	-.114	.210	.033	.016	.548*	.200	-.284	-.269	.129	-.184	-.415	.172	.421	.291
	p	.696	.643	.388	.892	.949	.015	.412	.238	.265	.600	.451	.077	.482	.073	.227
A_M	r	-.072	.077	-.087	-.103	-.225	.066	.253	.253	.062	-.019	.270	-.024	-.171	-.227	-.228
	p	.768	.755	.722	.676	.353	.789	.296	.297	.802	.938	.263	.921	.483	.349	.349
RI_M	r	.002	.280	.152	-.223	.175	.292	.244	.454	.150	.257	.426	.370	.259	-.256	.150
	p	.995	.245	.535	.359	.474	.226	.314	.051	.540	.288	.069	.119	.284	.289	.540
IS_M	r	.420	.377	-.311	.089	-.047	.057	-.230	-.044	.376	.167	.404	.245	.253	-.320	.124
	p	.073	.112	.195	.716	.849	.817	.344	.859	.113	.496	.086	.311	.296	.182	.614
EDI2_Total_M	r	.202	.338	-.050	.024	.078	.416	.099	.134	.202	.284	.490*	.160	.330	-.168	.242
	p	.407	.157	.837	.924	.752	.076	.688	.584	.407	.239	.033	.514	.168	.493	.318
Depresión_M	r	.368	.406	-.132	-.095	.071	.440	-.004	-.046	.247	.287	.341	.171	.298	-.085	.241
	p	.121	.084	.590	.699	.773	.059	.987	.852	.308	.233	.153	.483	.215	.728	.321
Ansiedad_M	r	.243	.217	-.003	-.094	.057	.200	-.186	-.052	.184	.167	.304	.318	.319	-.210	.219
	p	.316	.372	.989	.701	.818	.411	.445	.834	.451	.494	.205	.184	.183	.389	.368
Discrimexpres_M	r	.118	.339	.137	-.065	.120	.112	-.349	.015	.259	.179	.278	.238	.165	-.109	.114
	p	.630	.155	.575	.791	.624	.648	.143	.952	.285	.463	.250	.326	.498	.658	.643
Pensexterno_M	r	.302	.307	-.214	.445	.452	.002	.218	.243	.353	.376	.121	.109	.581**	.016	.527*
	p	.209	.202	.378	.056	.052	.992	.370	.317	.138	.112	.622	.655	.009	.949	.020
Alexitimia_Total_M	r	.194	.405	.071	.060	.237	.106	-.270	.080	.341	.272	.295	.255	.315	-.098	.252
	p	.426	.086	.773	.807	.328	.665	.263	.744	.153	.260	.220	.292	.189	.689	.299

** . p<0.001

* . p<0.05

Correlaciones entre las madres e hijas NOTCA en las escalas del perfil psicológico.

		IC_H	I_H	P_H	DI_H	CI_H	MM_H	A_H	RI_H	IS_H	EDI2_ Total_H	Depresión_H	Ansiedad_H	Discrimex pres_H	Pensexte rno_H	Alexitimia _Total_H
IC_M	r	.241	.160	-.030	.081	-.256	-.105	-.130	.124	.037	.013	.043	.007	.014	.045	.026
	p	.079	.248	.829	.561	.061	.450	.348	.373	.789	.927	.757	.960	.920	.744	.851
L_M	r	-.072	.450**	.047	-.094	.020	.055	-.206	.299*	.050	.048	.304*	.095	.188	.048	.187
	p	.607	.001	.735	.501	.884	.693	.135	.028	.719	.730	.025	.492	.174	.731	.176
P_M	r	.008	.340*	.131	.297*	-.125	.151	.073	.102	.341*	.208	.061	.216	.280*	.203	.317*
	p	.955	.012	.343	.029	.366	.274	.602	.464	.012	.131	.662	.116	.040	.140	.019
DI_M	r	-.146	.198	-.145	-.204	.081	.123	-.232	.184	.037	-.048	.054	-.095	.004	.027	.011
	p	.292	.151	.294	.139	.561	.376	.091	.184	.788	.728	.699	.495	.979	.846	.935
CI_M	r	-.016	.337*	.038	-.030	-.030	.027	-.086	.084	.017	.053	.133	-.041	.156	-.008	.141
	p	.910	.013	.782	.829	.830	.849	.537	.545	.904	.704	.337	.766	.259	.954	.308
MM_M	r	-.063	.191	-.130	.052	-.116	.180	-.205	.248	.225	.014	.012	-.025	.120	.186	.165
	p	.653	.167	.348	.710	.403	.193	.137	.071	.103	.919	.929	.858	.387	.178	.233
A_M	r	.130	.065	-.054	.151	.028	.248	.209	.079	.185	.195	-.051	.064	.305*	.180	.333*
	p	.348	.642	.699	.275	.839	.070	.128	.569	.180	.158	.716	.647	.025	.192	.014
RI_M	r	.028	.318*	-.061	.037	.060	.032	-.019	.169	.114	.132	.340*	.254	.095	.197	.145
	p	.840	.019	.663	.791	.667	.816	.894	.222	.411	.343	.012	.064	.494	.154	.295
IS_M	r	-.017	.216	.033	-.081	.101	.032	-.175	.270*	.050	.061	.235	.012	-.008	.076	.015
	p	.903	.116	.813	.561	.468	.820	.205	.048	.721	.662	.088	.934	.956	.583	.912
EDI2_Total_M	r	.078	.362**	-.043	.117	-.120	.126	-.141	.239	.204	.119	.179	.087	.176	.177	.214
	p	.573	.007	.758	.401	.389	.363	.308	.082	.140	.393	.196	.533	.203	.200	.121
Depresión_M	r	-.090	.059	.057	-.075	-.117	.007	-.154	-.088	-.134	-.097	.111	-.041	-.077	-.034	-.081
	p	.517	.672	.680	.591	.398	.958	.265	.528	.334	.486	.425	.769	.581	.806	.562
Ansiedad_M	r	-.001	.140	.058	.026	-.140	.059	.064	-.074	-.064	.030	.230	.192	-.026	.148	.020
	p	.994	.311	.676	.850	.314	.673	.645	.594	.648	.832	.095	.164	.855	.287	.887
Discrimexpres_M	r	-.078	.204	.043	-.093	.064	.218	-.250	.183	.098	.054	.072	.111	.115	-.082	.082
	p	.576	.139	.760	.506	.647	.113	.068	.184	.480	.699	.603	.423	.408	.556	.556
Pensexterno_M	r	-.090	.242	.001	-.091	-.067	.121	-.221	-.025	.027	-.049	-.031	.265	-.030	.026	-.020
	p	.516	.078	.997	.511	.629	.383	.108	.856	.845	.724	.824	.053	.830	.852	.886
Alexitimia_Total_M	r	-.089	.235	.036	-.102	.037	.216	-.269*	.150	.091	.033	.054	.162	.090	-.063	.065
	p	.522	.087	.794	.463	.789	.116	.049	.279	.515	.811	.699	.242	.516	.650	.642

*. p<0.05

** p<0.001

Correlaciones entre las madres e hijas con AN en las escalas de Conducta Alimentaria.

		RC_H	D_H	H_H	ID_H	B_H	Condcom puls_H	Preocpeso comida_H	Dietacroni carestr_H	EFRATA_ Total_H
RC_M	r	-.200	-.188	-.154	-.189	.095	-.161	-.144	-.210	-.223
	p	.290	.320	.418	.316	.619	.395	.448	.265	.237
D_M	r	-.053	-.164	.090	-.194	-.135	-.147	-.055	-.149	-.150
	p	.781	.386	.635	.305	.478	.439	.773	.430	.430
H_M	r	.142	.176	.291	-.009	-.061	.060	.159	-.007	.093
	p	.454	.353	.119	.963	.747	.753	.402	.972	.625
ID_M	r	-.423*	-.394*	-.217	-.366*	-.099	-.311	-.397*	-.290	-.407*
	p	.020	.031	.249	.047	.602	.095	.030	.120	.026
B_M	r	-.154	-.197	-.020	-.221	-.183	-.105	-.184	-.097	-.156
	p	.415	.298	.915	.241	.333	.581	.330	.611	.410
Condcompuls_M	r	-.079	-.156	-.009	-.231	-.165	-.133	-.036	-.145	-.133
	p	.678	.410	.960	.219	.384	.484	.851	.444	.482
Preocpesocomida_M	r	-.129	-.327	-.248	-.072	-.002	-.217	-.010	-.083	-.143
	p	.498	.078	.187	.705	.990	.249	.957	.662	.449
Dietacronicarestr_M	r	-.175	-.402*	-.037	-.090	-.221	-.291	-.036	-.102	-.197
	p	.354	.028	.844	.637	.240	.119	.849	.592	.296
EFRATA_Total_M	r	-.151	-.344	-.124	-.176	-.125	-.224	-.024	-.140	-.172
	p	.425	.063	.514	.352	.510	.234	.900	.460	.363

*. $p < 0.05$

Correlaciones entre las madres e hijas con BN en las escalas de Conducta Alimentaria.

		RC_H	D_H	H_H	ID_H	B_H	Condcom puls_H	Preocpeso comida_H	Dietacroni carestr_H	EFRATA_ Total_H
RC_M	r	.207	-.383*	-.298	.078	-.240	-.283	.036	.030	-.142
	p	.273	.037	.110	.681	.202	.129	.850	.876	.453
D_M	r	.202	-.018	-.235	.148	.052	.138	.190	.141	.216
	p	.285	.924	.211	.436	.783	.466	.315	.456	.251
H_M	r	.174	.039	-.137	.250	.141	.097	.183	.182	.192
	p	.357	.837	.470	.183	.458	.609	.332	.335	.310
ID_M	r	.230	-.063	-.202	.176	-.080	-.041	.157	.139	.090
	p	.221	.740	.285	.352	.675	.829	.406	.465	.636
B_M	r	.152	.100	-.147	-.106	.066	.089	-.043	.030	.051
	p	.424	.600	.438	.577	.728	.641	.820	.873	.790
Condcompuls_M	r	.338	-.101	-.268	.302	.006	.051	.278	.232	.235
	p	.068	.596	.153	.105	.974	.789	.137	.218	.211
Preocpesocomida_M	r	.293	-.260	-.217	.288	-.069	-.166	.240	.149	.049
	p	.116	.165	.248	.123	.719	.380	.202	.433	.798
Dietacronicarestr_M	r	.099	-.120	.085	.203	.009	-.062	.160	.107	.081
	p	.603	.528	.655	.282	.961	.745	.398	.572	.672
EFRATA_Total_M	r	.328	-.191	-.205	.341	.001	-.058	.276	.228	.164
	p	.077	.313	.277	.065	.997	.761	.139	.226	.385

*. $p < 0.05$

Correlaciones entre las madres e hijas con TA en las escalas de Conducta Alimentaria.

		RC_H	D_H	H_H	ID_H	B_H	Condcom puls_H	Preocpeso comida_H	Dietacroni carestr_H	EFRATA_ Total_H
RC_M	r	.491*	-.381	-.387	.425	-.192	-.084	.378	.222	.157
	p	.033	.108	.101	.070	.431	.732	.111	.361	.521
D_M	r	.143	.452	.220	.171	.054	.462*	.448	.485*	.638**
	p	.560	.052	.366	.484	.826	.046	.055	.035	.003
H_M	r	.212	.502*	.152	.248	-.029	.271	.454	.537*	.556*
	p	.385	.028	.535	.305	.905	.262	.051	.018	.013
ID_M	r	.418	-.071	-.074	.365	-.394	.016	.366	.617**	.352
	p	.075	.772	.763	.124	.095	.948	.123	.005	.140
B_M	r	.285	.165	.021	.372	-.249	.158	.337	.646**	.447
	p	.237	.501	.932	.117	.304	.517	.159	.003	.055
Condcompuls_M	r	.212	.386	.151	.216	.023	.467*	.422	.283	.554*
	p	.385	.103	.536	.374	.924	.044	.072	.240	.014
Preocpesocomida_M	r	.493*	.204	-.056	.359	-.244	.116	.739**	.595**	.550*
	p	.032	.402	.819	.132	.315	.636	.000	.007	.015
Dietacronicarestr_M	r	.402	.139	.013	.357	-.198	.195	.503*	.601**	.511*
	p	.088	.571	.959	.134	.416	.423	.028	.007	.025
EFRATA_Total_M	r	.383	.263	.021	.334	-.150	.286	.587**	.511*	.572*
	p	.106	.276	.931	.162	.539	.234	.008	.025	.010

*. $p < 0.05$

** . $p < 0.01$

Correlaciones entre las madres e hijas NOTCA en las escalas de Conducta Alimentaria.

		RC_H	D_H	H_H	ID_H	B_H	Condcom puls_H	Preoopeso comida_H	Dietacroni carestr_H	EFRATA_ Total_H
RC_M	r	.235	.081	-.192	.075	.078	.134	.118	-.017	.110
	p	.091	.565	.169	.592	.580	.337	.402	.905	.432
D_M	r	.076	.321*	.048	.228	.244	.237	.165	.089	.198
	p	.587	.019	.734	.101	.078	.087	.238	.526	.155
H_M	r	-.068	.391**	.201	.051	.149	.115	-.020	.097	.077
	p	.629	.004	.149	.719	.286	.413	.885	.490	.584
ID_M	r	.041	-.059	-.273*	.022	.006	-.128	-.025	-.114	-.105
	p	.769	.672	.046	.876	.964	.355	.855	.410	.451
B_M	r	.002	.295*	.239	.071	.468**	.188	.076	.039	.118
	p	.988	.030	.082	.609	.000	.172	.587	.779	.397
Condcompuls_M	r	.184	.449**	.276*	.266	.514**	.419**	.295*	.235	.375**
	p	.183	.001	.043	.052	.000	.002	.031	.088	.005
Preoopesocomida_M	r	.345*	.174	-.121	.117	.177	.189	.246	.037	.214
	p	.011	.209	.384	.399	.201	.171	.072	.793	.121
Dietacronicarestr_M	r	.319*	.288*	.253	.236	.589**	.592**	.321*	.283*	.504**
	p	.019	.034	.065	.086	.000	.000	.018	.038	.000
EFRATA_Total_M	r	.327*	.413**	.185	.252	.504**	.455**	.345*	.210	.418**
	p	.016	.002	.181	.066	.000	.001	.011	.127	.002

** . p<0.001

* . p<0.05

Apéndice C

Entrevista y cuestionarios

ENTREVISTA DE LA MADRE

Fecha:		
Nombre:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	
Domicilio:	Teléfono:	

Estado civil:

1) Soltera	2) Casada	3) Divorciada	4) Viuda	5) Unión Libre	6) Separada
------------	-----------	---------------	----------	----------------	-------------

Escolaridad

1) Sin estudios	4) Secundaria incompleta	7) Preparatoria o equivalente completa
2) Primaria incompleta	5) Secundaria completa	8) Licenciatura incompleta Cuál _____
3) Primaria completa	6) Preparatoria o equivalente incompleta	9) Licenciatura completa Cuál _____

Ocupación:

--

Si trabaja... ¿Cuántas horas trabaja al día?

1) Menos de 4 hrs	2) De 4 a 8 hrs	3) De 9 a 12 hrs	4) Más de 12 hrs
-------------------	-----------------	------------------	------------------

¿Con quién vive?

1) Sola	3) Con mis padres y hermanos	5) Con mi esposo e hijos	7) Con mis hijos
2) Con mis padres	4) Con mi esposo o pareja	6) Con mis padres e hijos	8) Otro _____ _____

Número de embarazos: _____ Número de hijos vivos: _____

¿Hace ejercicio? SI () NO () ¿Qué tipo de ejercicio? _____

¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Cuánto tiempo al día? _____ minutos.

¿Fuma? SI () NO () ¿Cuántos cigarros al día? _____

¿Con que frecuencia consume bebidas con alcohol? Marque con una cruz (x).

a) Todos los días	c) 2 a 3 veces por semana	e) 4 ó menos veces al mes
b) Más de 3 veces por semana	d) Una vez por semana	f) Nunca

Enfermedades

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

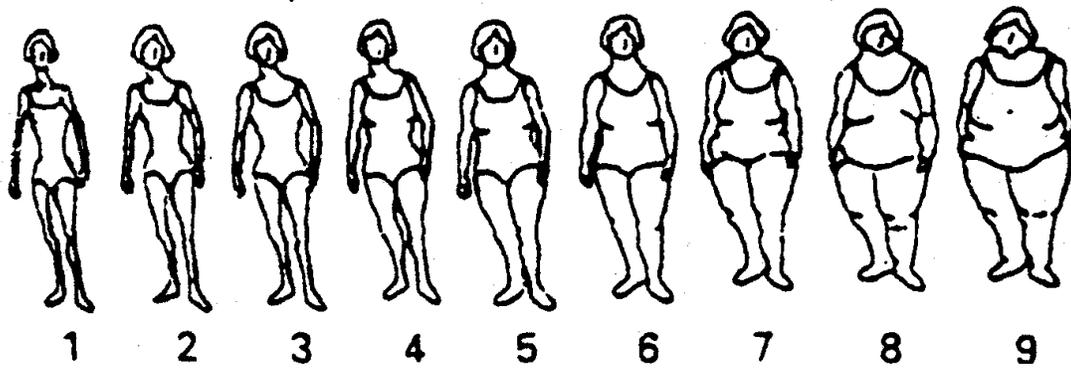
Diabetes mellitus tipo 1	Si	No	No sé
Diabetes mellitus tipo 2	Si	No	No sé
Obesidad	Si	No	No sé
Hipotiroidismo	Si	No	No sé
Hipertiroidismo	Si	No	No sé
Depresión Mayor	Si	No	No sé
Trastorno de Ansiedad	Si	No	No sé
Lupus	Si	No	No sé
Cáncer	Si	No	No sé
Otra: _____			

Actualmente, ¿toma algún medicamento? Si es así, especifique cuáles.

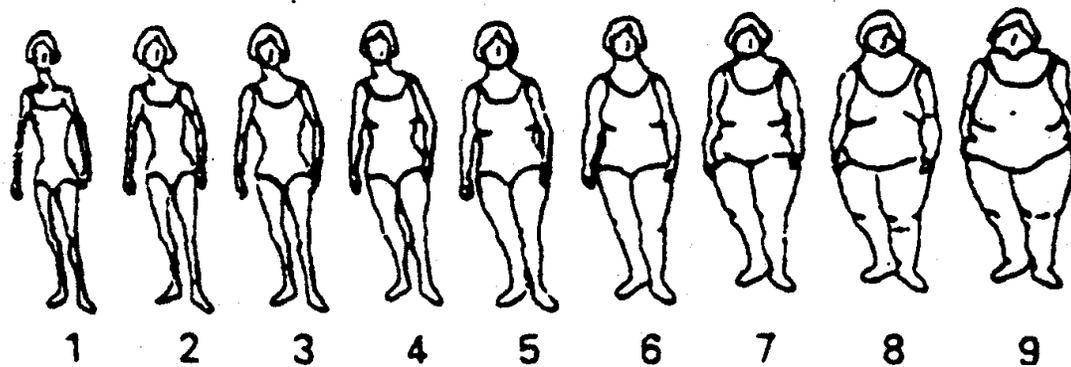
1	5
2	6
3	7
4	8

Muchas Gracias.

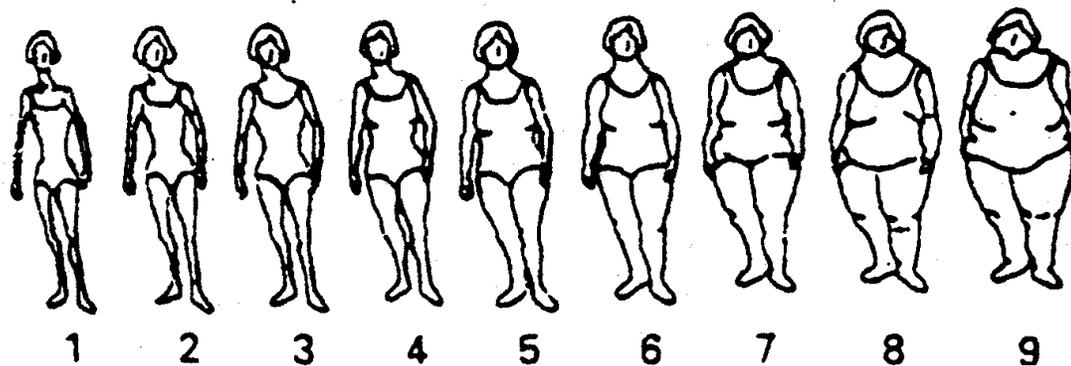
Abajo hay unas figuras humanas. Por favor marque con un tache (X) el dibujo de CÓMO VE SU CUERPO ACTUALMENTE.



Ahora marque con un tache (X) el dibujo de CÓMO LE GUSTARÍA QUE FUERA SU CUERPO ACTUALMENTE.



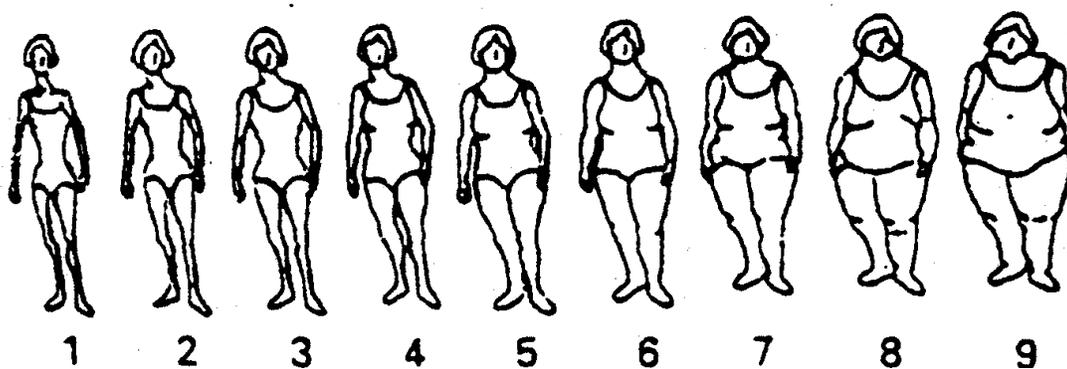
Ahora marque con un tache (X) el dibujo de cuál considera que es LA FIGURA IDEAL.



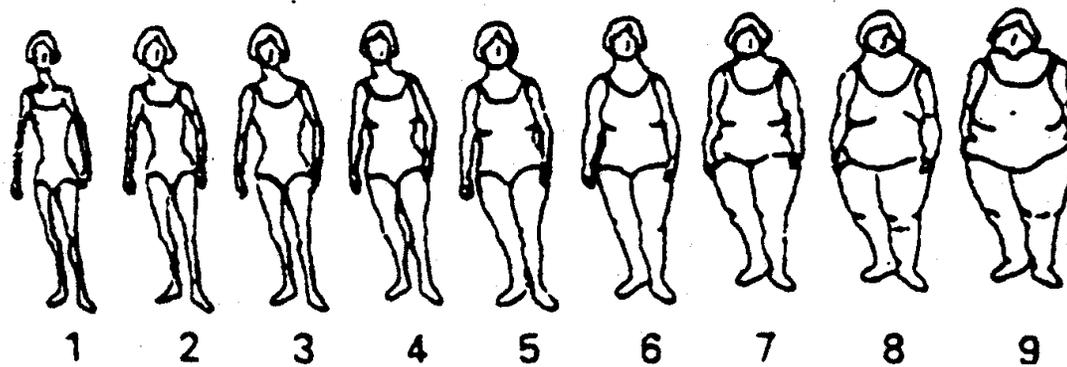
CON RESPECTO A SU HIJA

Descripción de la hija (forma de ser, personalidad, físicamente, etc.)

¿Cómo ve actualmente el cuerpo de su hija?



¿Cómo le gustaría que fuera el cuerpo de su hija?



SIGUE ATRÁS

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre _____ Edad _____

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1 Entumecimiento, hormigueo.	_____	_____	_____	_____
2 Sentir oleadas de calor (bochorno).	_____	_____	_____	_____
3 Debilitamiento de las piernas.	_____	_____	_____	_____
4 Dificultad para relajarse.	_____	_____	_____	_____
5 Miedo a que pase lo peor.	_____	_____	_____	_____
6 Sensación de mareo.	_____	_____	_____	_____
7 Opresión en el pecho o latidos acelerados.	_____	_____	_____	_____
8 Inseguridad.	_____	_____	_____	_____
9 Terror.	_____	_____	_____	_____
10 Nerviosismo.	_____	_____	_____	_____
11 Sensación de ahogo.	_____	_____	_____	_____
12 Manos temblorosas.	_____	_____	_____	_____
13 Cuerpo tembloroso.	_____	_____	_____	_____
14 Miedo a perder el control.	_____	_____	_____	_____
15 Dificultad para respirar.	_____	_____	_____	_____
16 Miedo a morir.	_____	_____	_____	_____
17 Asustado.	_____	_____	_____	_____
18 Indigestión o malestar estomacal.	_____	_____	_____	_____
19 Debilidad.	_____	_____	_____	_____
20 Ruborizarse, sonrojamiento.	_____	_____	_____	_____
21 Sudoración (no debida al calor).	_____	_____	_____	_____

Inventario de Depresión de Beck

Nombre _____ Edad _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted **SE SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo la letra que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección. Muchas gracias.

1	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me siento triste. b. Me siento triste. c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo. d. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2	<ul style="list-style-type: none"> a. En general no me siento descorazonada por el futuro. b. Me siento descorazonada por mi futuro. c. Siento que no tengo nada que esperar del futuro. d. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me siento como una fracasada. b. Siento que he fracasado más que las personas en general. c. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos. d. Siento que soy un completo fracaso como persona.
4	<ul style="list-style-type: none"> a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo. b. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. c. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. d. Estoy insatisfecha o aburrida con todo.
5	<ul style="list-style-type: none"> a. En realidad yo no me siento culpable. b. Me siento culpable una gran parte del tiempo. c. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. d. Me siento culpable todo el tiempo.
6	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me siento que esté siendo castigada. b. Siento que podría ser castigada. c. Espero ser castigada. d. Siento que he sido castigada.

7	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me siento desilusionada de mí misma. b. Estoy desilusionada de mí misma. c. Estoy disgustada conmigo misma. d. Me odio.
8	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me siento que sea peor que otras personas. b. Me critico a mí misma por mis debilidades o errores. c. Me culpo todo el tiempo por mis fallas. d. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no tengo pensamientos suicidas. b. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo. c. Me gustaría suicidarme. d. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no lloro más de lo usual. b. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo. c. Actualmente lloro todo el tiempo. d. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar. b. Me enojo o irrito más fácilmente que antes. c. Me siento irritada todo el tiempo. d. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
12	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no he perdido el interés en la gente. b. Estoy menos interesada en la gente de lo que solía estar. c. He perdido en gran medida el interés en la gente. d. He perdido todo el interés en la gente.

CONTINÚA ATRÁS...

13	<ul style="list-style-type: none"> a. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho. b. Pospongo tomar decisiones más que antes. c. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes. d. Ya no puedo tomar decisiones.
14	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no siento que me vea peor de lo que me veía. b. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva. c. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo. d. Creo que me veo fea.
15	<ul style="list-style-type: none"> a. Puedo trabajar tan bien como antes. b. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo. c. Tengo que obligarme para hacer algo. d. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16	<ul style="list-style-type: none"> a. Puedo dormir tan bien como antes. b. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo. c. Me despierto uno o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir. d. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
17	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no me canso más de lo habitual. b. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo. c. Con cualquier cosa que haga me canso. d. Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa.

18	<ul style="list-style-type: none"> a. Mi apetito no es peor de lo habitual. b. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo. c. Mi apetito está muy mal ahora. d. No tengo apetito de nada.
19	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no he perdido mucho peso últimamente. b. He perdido más de dos kilogramos. c. He perdido más de cinco kilogramos. d. He perdido más de ocho kilogramos. <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Si _____ No _____</p>
20	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes. b. Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación. c. Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más. d. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21	<ul style="list-style-type: none"> a. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. b. Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba. c. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora. d. He perdido completamente el interés por el sexo.

POR FAVOR VERIFIQUE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS

TAS-20

Nombre _____ Edad _____

Señale el grado en que las siguientes características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A	B	C	D	E	F
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

		A	B	C	D	E	F
1	A menudo estoy confusa con las emociones que estoy sintiendo.	A	B	C	D	E	F
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	A	B	C	D	E	F
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	A	B	C	D	E	F
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	A	B	C	D	E	F
5	Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	A	B	C	D	E	F
6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustada o enfadada.	A	B	C	D	E	F
7	A menudo estoy confundida con las sensaciones de mi cuerpo.	A	B	C	D	E	F
8	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.	A	B	C	D	E	F
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	A	B	C	D	E	F
10	Estar en contacto con las emociones es esencial.	A	B	C	D	E	F
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	A	B	C	D	E	F
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	A	B	C	D	E	F
13	No sé qué pasa dentro de mí.	A	B	C	D	E	F
14	A menudo no sé por qué estoy enfadada.	A	B	C	D	E	F
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.	A	B	C	D	E	F
16	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.	A	B	C	D	E	F
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.	A	B	C	D	E	F
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	A	B	C	D	E	F
19	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	A	B	C	D	E	F
20	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.	A	B	C	D	E	F

Revise si contestó todas las preguntas. Muchas gracias.

EDI-2

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario acerca de una serie de actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con la alimentación y otras áreas de su vida.

No hay respuestas correctas ni incorrectas y no hay límite de tiempo para contestarlo.

Es importante contestar todas las preguntas con mucha sinceridad. Tus respuestas son confidenciales.

Por favor responda a todas las preguntas, asegurándose de poner una "X" en el círculo que corresponda a su respuesta.

Gracias por su participación.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECIENTE MENTE	EN OCASIONES	RARA VEZ	NUNCA
1. Como azúcares o carbohidratos sin sentirme nerviosa.	<input type="radio"/>					
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.	<input type="radio"/>					
3. Quisiera poder regresar a la seguridad de la infancia.	<input type="radio"/>					
4. Cuando estoy enojada me pongo a comer.	<input type="radio"/>					
5. Me atasco de comida (como demasiado).	<input type="radio"/>					
6. Me gustaría ser más joven.	<input type="radio"/>					
7. Pienso en hacer una dieta.	<input type="radio"/>					
8. Me asusto cuando mis sentimientos son demasiado intensos.	<input type="radio"/>					
9. Pienso que mis muslos son muy gruesos.	<input type="radio"/>					
10. Me siento poco útil como persona.	<input type="radio"/>					
11. Me siento extremadamente culpable después de comer demasiado.	<input type="radio"/>					
12. Pienso que mi estómago es de un tamaño ideal.	<input type="radio"/>					
13. Para mi familia sólo si sobresaes al hacer las cosas es suficientemente bueno.	<input type="radio"/>					
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando eres niña.	<input type="radio"/>					
15. Soy abierta acerca de mis sentimientos.	<input type="radio"/>					
16. Me aterroriza subir de peso.	<input type="radio"/>					
17. Confío en otras personas.	<input type="radio"/>					
18. Me siento sola en el mundo.	<input type="radio"/>					
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.	<input type="radio"/>					
20. Generalmente siento que controlo mi vida.	<input type="radio"/>					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	EN OCASIONES	RARA VEZ	NUNCA
21. Me confundo acerca de qué emoción es la que estoy sintiendo.	<input type="radio"/>					
22. Prefiero ser adulta que niña.	<input type="radio"/>					
23. Puedo comunicarme fácilmente con otras personas.	<input type="radio"/>					
24. Me gustaría ser otra persona.	<input type="radio"/>					
25. Exagero o intensifico la importancia de mi peso.	<input type="radio"/>					
26. Puedo identificar claramente qué emoción es la que estoy sintiendo.	<input type="radio"/>					
27. Me siento inadaptada.	<input type="radio"/>					
28. Me he atascado de comida, sintiendo que no puedo parar de comer.	<input type="radio"/>					
29. Cuando era niña, me esmeraba en no decepcionar a mis padres y maestros.	<input type="radio"/>					
30. Tengo amistades de mucha confianza.	<input type="radio"/>					
31. Me gusta la forma de mis glúteos.	<input type="radio"/>					
32. Estoy preocupada por el deseo de ser más delgada.	<input type="radio"/>					
33. No sé que está pasando dentro de mí.	<input type="radio"/>					
34. Me cuesta mucho trabajo expresarle mis emociones a otros.	<input type="radio"/>					
35. Las obligaciones de la adultez son demasiado pesadas.	<input type="radio"/>					
36. Odio no ser la mejor en lo que hago.	<input type="radio"/>					
37. Me siento segura de mí misma.	<input type="radio"/>					
38. Pienso en atascarme (comer demasiado).	<input type="radio"/>					
39. Me siento feliz de ya no ser una niña.	<input type="radio"/>					
40. Me confundo acerca de si tengo o no hambre.	<input type="radio"/>					
41. Tengo una pobre opinión de mí misma.	<input type="radio"/>					
42. Siento que puedo lograr lo que me propongo.	<input type="radio"/>					
43. Mis padres han esperado lo mejor de mí.	<input type="radio"/>					
44. Me preocupa que mis sentimientos estén fuera de control.	<input type="radio"/>					
45. Pienso que mis caderas son demasiado grandes.	<input type="radio"/>					
46. Como moderadamente frente a otras personas y me atasco de comida cuando se van.	<input type="radio"/>					
47. Me siento "muy llena" después de comer una comida normal.	<input type="radio"/>					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	EN OCASIONES	RARA VEZ	NUNCA
48. Siento que las personas son más felices en su niñez.	<input type="radio"/>					
49. Si subo un kilo de peso, me preocupa que siga subiendo.	<input type="radio"/>					
50. Siento que soy una persona que vale la pena.	<input type="radio"/>					
51. Cuando estoy molesta, no sé si estoy triste, enojada o asustada.	<input type="radio"/>					
52. Siento que debo hacer las cosas a la perfección o mejor no hacerlas.	<input type="radio"/>					
53. He pensado en tratar de vomitar para perder peso.	<input type="radio"/>					
54. Necesito mantener a la gente a cierta distancia (me siento incómoda si alguien trata de acercarse demasiado).	<input type="radio"/>					
55. Pienso que mis muslos son del tamaño ideal.	<input type="radio"/>					
56. Siento dentro de mí un vacío emocional.	<input type="radio"/>					
57. Puedo hablar acerca de mis pensamientos y sentimientos.	<input type="radio"/>					
58. Los mejores años de la vida son cuando te conviertes en adulta.	<input type="radio"/>					
59. Pienso que mis glúteos son demasiado grandes.	<input type="radio"/>					
60. Tengo sentimientos que me cuesta trabajo identificar.	<input type="radio"/>					
61. Como o bebo en secreto.	<input type="radio"/>					
62. Pienso que mis caderas son de un tamaño ideal.	<input type="radio"/>					
63. Tengo metas extremadamente altas.	<input type="radio"/>					
64. Cuando me enojo, me preocupa empezar a comer.	<input type="radio"/>					
65. La gente a la que realmente quiero, siempre termina decepcionándome.	<input type="radio"/>					
66. Estoy avergonzada de mis debilidades humanas.	<input type="radio"/>					
67. Otras personas dirían que soy emocionalmente inestable.	<input type="radio"/>					
68. Me gustaría tener un control total sobre mis impulsos corporales.	<input type="radio"/>					
69. Me siento relajada (a gusto) dentro de casi todos los grupos de gente.	<input type="radio"/>					
70. Me arrepiento de cosas que digo impulsivamente.	<input type="radio"/>					
71. Me desví de mi rutina para experimentar placer.	<input type="radio"/>					
72. Tengo que tener cuidado de mi tendencia a abusar de las drogas.	<input type="radio"/>					
73. Soy sociable con la mayoría de la gente.	<input type="radio"/>					

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	EN OCASIONES	RARA VEZ	NUNCA
74. En mis relaciones con la gente me siento aprisionada.	<input type="radio"/>					
75. Oponerme a mis deseos me hace sentir más fuerte espiritualmente.	<input type="radio"/>					
76. La gente comprende mis problemas reales.	<input type="radio"/>					
77. No puedo deshacerme de pensamientos extraños.	<input type="radio"/>					
78. Comer por placer es un signo de debilidad moral.	<input type="radio"/>					
79. Soy propensa a tener estallidos de enojo o ira.	<input type="radio"/>					
80. Siento que la gente me da el crédito que me merezco.	<input type="radio"/>					
81. Tengo que tener cuidado de mi tendencia a abusar del alcohol.	<input type="radio"/>					
82. Creo que descansar o relajarse es simplemente una pérdida de tiempo.	<input type="radio"/>					
83. Otros dirían que me irrito fácilmente.	<input type="radio"/>					
84. Siento que siempre salgo perdiendo.	<input type="radio"/>					
85. Experimento cambios de ánimo marcados.	<input type="radio"/>					
86. Estoy avergonzada de mis necesidades corporales.	<input type="radio"/>					
87. Prefiero pasar el tiempo sola que en compañía de otros.	<input type="radio"/>					
88. El sufrimiento te hace ser una mejor persona.	<input type="radio"/>					
89. Sé que la gente me quiere.	<input type="radio"/>					
90. Siento que debo lastimarme o lastimar a otros.	<input type="radio"/>					
91. Siento que realmente sé quien soy.	<input type="radio"/>					

**ANTES DE ENTREGAR EL CUESTIONARIO
REVISE SI CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS**

¡GRACIAS!

Inventario de 3 factores de Alimentación

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes oraciones. Si está de acuerdo con la oración o siente que es verdadera para usted, coloque una "X" sobre el cuadro que diga verdadero (V). Si está en desacuerdo con la oración o siente que es falsa para usted, coloque una "X" sobre el cuadro que diga falso (F). Asegúrese de contestar sinceramente todas las preguntas. Muchas gracias.

	Verdadero	Falso
1. Cuando huelo o veo un platillo apetitoso, me cuesta mucho trabajo dejar de comerlo, aún cuando acabo de comer.	V	F
2. Normalmente como mucho en eventos sociales, como son las fiestas o días de campo.	V	F
3. Por lo general tengo tanta hambre que como más de tres veces al día.	V	F
4. Cuando ya comí mi cantidad de calorías del día, normalmente tengo la capacidad de ya no comer más.	V	F
5. Estar a dieta es muy difícil para mí porque simplemente me da mucha hambre.	V	F
6. Tomo intencionadamente pequeñas porciones para el control de mi peso.	V	F
7. Algunas veces los alimentos saben tan rico que sigo comiendo a pesar de ya no tener hambre.	V	F
8. Dado que normalmente tengo hambre, a veces desearía que mientras estoy comiendo, un experto me dijera que ya he comido demasiado o que aún puedo seguir comiendo.	V	F
9. Cuando me siento ansioso, me descubro comiendo.	V	F
10. La vida es demasiado corta para preocuparse en hacer una dieta.	V	F
11. Debido a que mi peso sube y baja, he seguido dietas de reducción más de una vez.	V	F
12. Frecuentemente tengo tanta hambre que tengo que comer algo.	V	F
13. Cuando estoy con alguien que está comiendo de más, normalmente yo también como de más.	V	F
14. Conozco muy bien el número de calorías o los gramos de grasa de los alimentos comunes.	V	F
15. Algunas veces cuando empiezo a comer, parece que no puedo parar.	V	F
16. No es difícil para mí dejar algo de comida en mi plato.	V	F
17. A ciertas horas del día me da hambre porque estoy acostumbrado a comer a esas horas.	V	F
18. Cuando estoy a dieta, si como algo que no está permitido, después conscientemente como menos por un tiempo para compensarlo.	V	F
19. El estar con alguien que está comiendo normalmente me causa suficiente hambre como para comer también.	V	F
20. Cuando estoy triste, frecuentemente como de más.	V	F
21. Disfruto tanto comer, como para arruinarlo contando calorías, contando los gramos de grasa o vigilando mi peso.	V	F
22. Cuando veo un verdadero manjar, frecuentemente me da tanta hambre que tengo que comer en ese momento.	V	F
23. A menudo dejo de comer cuando no estoy realmente "lleno" como una forma consciente de limitar la cantidad que ingiero.	V	F
24. Me da tanta hambre que mi estómago frecuentemente parece "barril sin fondo".	V	F
25. Mi peso no ha variado mucho en los últimos dos años.	V	F
26. Siempre tengo tanta hambre, que me es difícil dejar de comer antes de terminar todo lo que está en mi plato.	V	F
27. Cuando me siento solo, me consuelo comiendo.	V	F
28. Conscientemente me controlo en las comidas para no subir de peso.	V	F
29. Algunas veces me da mucha hambre en la tarde o en la noche.	V	F
30. Yo como lo que quiero a la hora que quiero.	V	F
31. Aún sin pensarlo, me tomo mucho tiempo para comer.	V	F
32. Cuento las calorías y los gramos de grasa como una forma consciente de controlar mi peso.	V	F
33. No consumo algunos alimentos porque me engordan.	V	F
34. Siempre tengo suficiente hambre como para comer a cualquier hora.	V	F
35. Pongo mucha atención a los cambios en mi figura.	V	F
36. Cuando estoy a dieta, si como un alimento que no está permitido, frecuentemente me "destrampo" y como otros alimentos altos en calorías.	V	F

CONTINÚA ATRÁS...

Cada pregunta de esta sección está seguida de un número de opciones. Después de leer cada una de las preguntas cuidadosamente, escoja la opción que más lo describa a usted y coloque una "X" sobre la respuesta.

37. ¿Qué tan seguido se pone a dieta como un esfuerzo conciente para controlar su peso?	Rara vez	Algunas veces	Normalmente	Siempre
38. ¿Afectaría un cambio de peso de 2 kilos y medio la manera en que vive su vida?	No en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Demasiado
39. ¿Qué tan seguido tiene hambre?	Sólo a la hora de la comida	A veces entre comidas	Frecuentemente entre comidas	Casi siempre
40. ¿Sus sentimientos de culpa cuando come de más, lo ayudan a controlar su ingesta de alimentos?	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Siempre
41. ¿Qué tan difícil sería para usted dejar de comer a la mitad de la cena y no volver a comer en las siguientes 4 horas?	Fácil	Ligeramente difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil
42. ¿Qué tan conciente es de lo que come?	Nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Extremadamente
43. ¿Con qué frecuencia evita comprar grandes cantidades de comida tentadora?	Casi nunca	Rara vez	Normalmente	Casi siempre
44. ¿Qué tan probable es que compre alimentos bajos en calorías o bajos en grasa?	Improbable	Poco probable	Moderadamente probable	Muy probable
45. ¿Come con moderación frente a otros y se "destrampa" cuando está solo?	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Siempre
46. ¿Qué tan probable es que concientemente coma despacio para reducir la cantidad de alimentos que ingiere?	Improbable	Poco probable	Moderadamente probable	Muy probable
47. ¿Qué tan seguido deja el postre debido a que ya no tiene hambre?	Casi nunca	Rara vez	Al menos una vez a la semana	Casi todos los días
48. ¿Qué tan probable es que concientemente coma menos de lo que realmente quiere?	Improbable	Poco probable	Moderadamente probable	Muy probable
49. ¿Sigue comiendo mucho a pesar de ya no tener hambre?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Al menos una vez por semana
50. ¿Hasta qué punto esta frase describe su conducta alimentaria? "Empiezo haciendo dieta por la mañana, pero a causa de cualquier cantidad de cosas que suceden durante el día, por la noche ya me dí por vencido y como lo que quiero, prometiéndome empezar la dieta otra vez mañana"	No me describe	Me describe poco	Me describe bastante	Me describe perfectamente
<p>51. En una escala del 1 al 6, donde 1 (uno) significa NO RESTRINGIRSE en el consumo de alimentos (comer lo que quiera cuando quiera) y 6 (seis) significa RESTRINGIRSE TOTALMENTE (constantemente limitando la ingesta de comida y nunca darse por vencido), ¿qué número se daría a usted mismo? Coloque una "X" sobre el número.</p> <p>1 - Comer lo que quiera, cuando usted quiera. 2 - <u>Normalmente</u> comer lo que quiera, cuando quiera. 3 - <u>Frecuentemente</u> comer lo que quiera, cuando quiera. 4 - <u>Frecuentemente</u> limitar la ingesta de comida, pero <u>a menudo</u> darse por vencido. 5 - Normalmente limitar la ingesta de comida, <u>rara vez</u> darse por vencido. 6 - Constantemente limitar la ingesta de comida, <u>nunca</u> darse por vencido.</p>				

MUCHAS GRACIAS.

EFRATA

Nombre _____ Edad _____

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones y coloca una cruz (X) en la que corresponda a sus hábitos, formas de ser y de pensar relacionado con la alimentación. Gracias.

		Nunca	A veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
1.	Paso por periodos en los que como en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	No soy consciente de cuanto como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Siento que no puedo parar de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Como sin medida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Difícilmente pierdo el apetito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Soy de los que se hartan (se llenan) de comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Me avergüenzo de comer tanto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Comer me provoca sentimientos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Me deprimó cuando como de más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	“Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>