

881225



UNIVERSIDAD ANAHUAC 4

ESCUELA DE PSICOLOGIA

con estudios incorporados a la

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MADRES
CON HIJAS QUE PADECEN DE
ANOREXIA NERVOSA.

T E S I S

que para obtener el titulo de

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a :

MA. EUGENIA LETICIA FLORES CABRERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.,

1991



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 está 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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO 1: ANOREXIA NERVOSA	6
- 1.1 Definición	6
- 1.2 Antecedentes	8
- 1.3 Criterios de diagnóstico	10
- 1.4 Causas	14
- 1.5 Características de pacientes anoréxicas.....	15
- 1.6 Evolución a largo plazo.....	31
CAPITULO 2: LA FAMILIA	32
- 2.1 Antecedentes de la familia	32
- 2.2 Dinámica familiar funcional.....	33
- 2.3 Dinámica familiar con un miembro anoréxico.....	36
- 2.4 Características de las madres	39
CAPITULO 3: TRABAJO DE INVESTIGACION.....	41
- 3.1 Hipótesis y variables	41
- 3.2 Diseño Experimental.....	42
- 3.3 Sujetos.....	42
- 3.4 Instrumentos	43
- 3.5 Procedimiento	43
- 3.6 Análisis estadístico	44
CAPITULO 4: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	45
- 4.1 Resultados.....	45
- 4.2 Conclusión y discusión.....	58
- 4.3 Limitaciones	62
- 4.4 Sugerencias.....	63
BIBLIOGRAFIA	64
APENDICE A.....	A1
APENDICE B.....	B1

RESUMEN

El objetivo de la investigación consistió en tratar de determinar las características de personalidad que distinguen a las madres con hijas anoréxicas, de las madres con hijas no anoréxicas, así como la percepción que tienen de sus hijas. Para hacer esto, fueron entrevistadas 8 madres con hijas que padecían anorexia nervosa y 8 madres de alumnas de secundaria, preparatoria y universidad, que tuvieran la misma edad que las hijas anoréxicas, cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 17 años.

Los instrumentos empleados fueron un cuestionario para las madres y el inventario multifásico de Personalidad, de Minnesota (M.M.P.I.). A través de éstos se pudo concluir que existen diferencias significativas que demuestran que los rasgos de histeria (Hi), paranoia (Pa) y autonomía (Factor K) discriminan entre los grupos de madres con hijas anoréxicas y no anoréxicas.

Se pudo concluir también que las hijas anoréxicas presentan dificultad para socializar, resistencia a comer, un estado de ánimo triste e indiferente y un aprovechamiento académico superior al de las hijas no anoréxicas.

Las causas de estos hallazgos se discutirán en la presente investigación.

INTRODUCCION

Durante los últimos 30 años, la anorexia nervosa se ha presentado con mayor frecuencia que en otras épocas. Han sido diagnosticados más casos en mujeres, e incluso el pequeño porcentaje en hombres también se ha incrementado.

Este aumento progresivo en la presentación de la anorexia nervosa, así como el hecho de ser la anorexia un padecimiento grave que puede llevar a la muerte, fueron los principales motivos para llevar a cabo la presente investigación.

En esta tesis se hace mención de algunos aspectos que caracterizan a la Anorexia Nervosa, la cual se encuentra clasificada dentro de los trastornos de la conducta alimenticia.

Dichos trastornos se caracterizan por grandes alteraciones de la conducta alimenticia e incluyen: la bulimia, la pica, el trastorno por rumiación en la infancia y la anorexia nervosa.

La bulimia se identifica por episodios de voracidad, con conciencia de que el patrón alimenticio es anormal.

La pica se manifiesta a través de la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (pintura, yeso, cabello, ropa, etc.).

El trastorno por rumiación en la infancia, consiste en una regurgitación repetida de comida; es decir, la comida es devuelta a la boca sin náusea, repugnancia o trastorno gastrointestinal asociado, con pérdida de peso o incapacidad para conseguir el peso que se podría esperar.

La anorexia nervosa, que es el trastorno alimenticio estudiado en la presente investigación, se caracteriza por un miedo intenso a la obesidad, alteraciones en la imagen corporal dentro de límites normales y amenorrea en las mujeres. (American Psychiatric Association, DSM III, 1980).

El término de anorexia nervosa se reserva para un síndrome específico, que aparece en las hembras adolescentes y adultas jóvenes y rara vez en los varones. Las pacientes afirman que sienten repulsión por los alimentos, sin deseos de comer y aborrecen en particular, los que contienen grasas y tienden a picotear, entre bocado y bocado.

Esta enfermedad se distingue por procesos alimenticios anormales en cuanto a la cantidad, ya que se restringe el deseo de comer hasta un grado peligroso, al cual sobreviene la muerte si al paciente no se le dá un tratamiento oportuno.

Bruch (1973) hace una observación importante acerca de la anorexia nervosa y también de la obesidad, ésta última no se encuentra clasificada en el DMS III, como un trastorno de conducta alimenticia, sino como un factor psicológico que afecta al estado físico. Sin embargo, ésta también se caracteriza por procesos alimenticios anormales, debido a una excesiva ingesta de alimentos y por consiguiente con tendencia a engordar. Bruch comenta, que estos trastornos aparentan ser extremos opuestos, sin embargo, existe una relativa cercanía, ya que presentan muchos factores en común, como es el hecho de que en ambos existen disturbios severos en la imagen corporal; la comida y la talla del cuerpo son manipulados en un esfuerzo para resolver o camuflagear el estrés interno. Los pacientes no se encuentran identificados con sus cuerpos, sienten impotencia en el control del mismo y presentan dificultad para dirigir sus vidas en general, ya que se sienten vacíos y carentes, en el sentido de propiedad, en cuanto a sus cuerpos y al control de éstos. Presentan continuos fracasos al identificar estados corporales, como podrían ser: el frío, la fatiga, la tensión, la ansiedad, la depresión y otros factores psicológicos estresantes.

Estos pacientes al igual que otros jóvenes, deben de empezar a prepararse para ser autoeficientes e independizarse de sus madres y de sus familiares. Además, se encuentran pobremente equipados en cuanto a estas tareas, porque frecuentemente han sido sobreprotegidos, sobrecontrolados y sobreevaluados, con muy pocas experiencias fuera de su casa, por lo que tienden a responder a las diversas dificultades, por medio de su cuerpo, con anorexia nervosa o con obesidad.

Debe señalarse el hecho importante de que los desordenes alimenticios tienen un origen biopsicosocial, en el cual la enfermedad existe como un conjunto de influencias biológicas, psicológicas y sociales, por lo que el propósito de este trabajo es enfatizar el aspecto psicológico, tomando en cuenta principalmente las relaciones familiares orientadas, específicamente hacia las madres de los pacientes con anorexia nervosa.

La familia es el medio ambiente en donde satisfacemos nuestras necesidades biológicas (alimentación) y emocionales (caríño, apoyo, orientación, etc.). Nada de lo que sucede en nuestro alrededor deja de repercutir en nuestro organismo. Si la vida familiar no es satisfactoria, podemos tener malestares emocionales (disgustos, tristeza, miedo) o físicos (dolores, sensaciones desagradables o una enfermedad). En la anorexia nervosa se considera que hay un alto grado de disfuncionalidad en la familia. Los miembros de la familia, particularmente la paciente y sus padres están "enredados" en las conductas alimenticias y tratan de aparentar que en el núcleo familiar no hay otros problemas o preocupaciones. Minuchin (1974) postula el "modelo de sistemas", en donde "ciertos tipos de organización familiar están muy relacionados con el desarrollo y el mantenimiento de los síndromes psicossomáticos, que juegan un papel importante en el tratamiento de la homeostasis familiar. La anorexia nervosa se define no solamente por la conducta de un miembro de la familia, sino también por la interacción de todos los miembros de ella". (p.p. 20-21).

Se considera que existe un alto grado de disfunción en toda la familia, pero en particular en relación con la madre. Smimoff (1958-59) ha sugerido que la base de la anorexia nervosa reside en un trastorno primario de la unidad madre-hijo y en la relación simbiótica existente. (citado en Thoma, 1967). Fernández y Gómez, dicen que son personas que generalmente centralizan el máximo de oralidad y libido en el hijo, porque la oralidad es el único vínculo de unión madre-hijo y es una forma de mantener la simbiosis. (citado en Feinstein et. al, 1973).

Partiendo del punto de que las madres juegan un papel muy importante en el desarrollo de la anorexia nervosa, surgió la idea de investigar mediante esta tesis, si existen características semejantes en las madres con hijas que padecen de anorexia nervosa y si existen diferencias en madres con hijas no anoréxicas.

De ahí el especial interés de abundar sobre el tema, por haber muchas especulaciones acerca de la importancia de las madres con este trastorno, pero muy pocos trabajos realizados, lo cual es de suma importancia para lograr en un futuro detectar y tratar de prevenir la enfermedad.

CAPITULO I. ANOREXIA NERVOSA.

● 1.1 Definición.

El origen de la palabra anorexia procede del griego, que significa an-sin y orexia-desear, es decir, "sin desear". La palabra anorexia es de origen femenino y etimológicamente quiere decir inapetencia o pérdida del apetito. Por tanto, anorexia es un término mal utilizado para este trastorno alimenticio, debido a que no se presenta una pérdida de apetito real hasta el final de la enfermedad, sino que trata de resistir el hambre, presentando una negativa a la comida. (Brotman, 1985).

Richard Monton, fue el primero en hablar sobre la anorexia nervosa hace aproximadamente 300 años. (citado en Miles, 1984). Tiempo después, William Gull (1874) aplicó el término "anorexia nervosa" a un grupo de pacientes con trastornos emocionales y endocrinos. (citado en Huor, 1984).

En la literatura francesa se utiliza el término de "anorexia mental", pero en la anglo-americana, se prefiere la traducción de "anorexia nervosa".

En los años 50's cualquiera que tuviera una reducción del 25% en su peso corporal, debido a causas psicológicas, era considerado como padecedor de este trastorno. (Brotman, 1985).

La anorexia nervosa es una enfermedad grave que pone en peligro la vida de quien la padece. Es un trastorno caracterizado por una preocupación del peso y de la imagen corporal, acompañado por una limitación dietética extrema, que el enfermo se impone a sí mismo. (Brotman, 1985; Balaa y Drossman, 1985; Hurn, 1977 y Maltwell, 1985).

En 1976, Salomón describe a la anorexia nervosa como una enfermedad grave, con una tasa de mortalidad substancial, que es vista frecuentemente en mujeres adolescentes, pero también en mujeres finalizando la tercera década de su vida. En ocasiones antes del inicio de la enfermedad existe obesidad y el comienzo de la anorexia nervosa puede estar asociado (pero no causado) por una dieta extremadamente rígida. La amenorrea-secundaria es un rasgo propio; a menudo las pacientes son obsesivas o histéricas en la configuración de su personalidad y muchas de ellas clínicamente son psicóticas. Centran sus vidas alrededor de un enfoque totalmente irracional hacia el alimento. No existe una causa orgánica conocida.

Debido a la gravedad de esta enfermedad se han formulado muchas hipótesis, como son las que hablan de la anorexia como una respuesta tóxica al comer, distorsiones en la percepción (falta de reconocimiento de estados de fatiga, cansancio y hambre), en la imagen corporal, lo cual acarrea un aprendizaje erróneo y también se habla en términos más orgánicos, como el de una predisposición genética, una disfunción a nivel de neurotransmisores y una disfunción hipotalámica. (Halmi, 1982).

Los individuos que padecen este trastorno dicen "que se encuentran obesos", cuando en realidad llegan a perder un 25% de su peso corporal original. No se mantiene el peso corporal mínimo normal para la edad y la talla. Están preocupados por el volumen corporal y se contemplan a menudo en el espejo. Por lo general, la disminución del peso corporal la consiguen con la reducción en la ingesta de comida o bien, con una alimentación desproporcionada en carbohidratos y grasa; provocación de vómito; utilización de laxantes y diuréticos e intenso ejercicio. Esta enfermedad en muchos casos puede conducir a la muerte.

● 1.2 Antecedentes.

A pesar de que los mitos y misterios rodean los orígenes de la anorexia nervosa, este síndrome ha sido familiar a la ciencia médica, desde hace muchos años. El primer dato médico se dice que viene del físico Genoesé en el año de 1500. (Thoma, 1967).

En 1689, en Inglaterra, Richard Morton publicó una gráfica descriptiva de los síntomas, notando la amenorrea, la falta de apetito, la constipación, la pérdida de peso y un constante interés académico. Describe a un paciente como "un esqueleto cubierto sólo con piel". (Miles y Wright, 1984).

El resurgimiento e interés por esta enfermedad fue estimulado por el trabajo de William Gull (1873) en Inglaterra y por Lasègue (1873) en Francia. (citado en Thoma, 1967).

Estos dos autores publicaron simultáneamente descripciones clínicas sobre la anorexia nervosa. En 1873 W. Gull, atribuyó la pérdida de apetito a un "mórbido estado mental" y creyó por lo tanto que su origen era central y no periférico, señaló como síntoma sobresaliente la extrema delgadez asociada con otros tan importantes como la amenorrea, constipación, pérdida de apetito, respiración lenta y ausencia de patologías somáticas. Observó la incansable actividad del anoréxico, como un persistente deseo de estar en acción a pesar de una emaciación (adelgazamiento patológico) tan severa. Reconoció la forma en que las relaciones personales del paciente con su familia tienen influencias en la aparición de esta enfermedad y recomendó un aislamiento de la familia, como un factor necesario para un buen tratamiento. Consideraba que la enfermedad era más frecuente en mujeres jóvenes, que se encontraban entre los 15 y 23 años. Creía que la anorexia nervosa no necesariamente tenía que ir acompañada por el síntoma de histeria, lo cual fue confirmado por escritores franceses como Deniau en 1883, Sollier en 1891, Girou en 1905 y Ballet en 1970. (citado en Bruch, 1985; Thoma, 1967).

En 1873 Lasègue valoró que el inicio de la sintomatología era algún desorden histérico en tracto digestivo y con base en esta concepción la denominó "anorexia histérica". También opinó que el área intelectual era anormal. (citado en Thoma, 1967).

En 1883 Huchard y sus discípulos usaron dos categorías para diagnosticar a esta enfermedad: anorexia gástrica y anorexia mental. Pacientes con problemas en el aparato digestivo que rehusaban comer, fueron asignados al primer grupo, pacientes con disturbios mentales, al segundo grupo.

Régis (1896) describió un tratado denominado "la anorexia caquética de la pubertad", en el cual se postula que este padecimiento se dá únicamente en el sexo femenino, originado por un mal funcionamiento en los ovarios. (citado en Thoma, 1967).

En 1961 Bruch notó que estos pacientes tenían una distorsión severa en cuanto a la Imágen corporal, además de haber perdido el apetito. Mayer (1963) ha enunciado como la característica principal la triada de negaciones en la anorexia nervosa: negación del hambre; del enflaquecimiento y de la fatiga. Palazzoli (1978) examinó que constituye una sobresimplificación el insistir en que la anoréxica quiere ser regresada a la infancia, más que eso, si desea ser un adulto autónomo pero en un sentido distorsionado; esto es, rechazando aquellos aspectos del cuerpo femenino que para la paciente son sumamente temidos.

Los estudios realizados hasta la fecha se dirigen particularmente hacia la distorsión de la Imágen corporal, el intenso miedo a ganar peso y al desarrollo sexual.

● 1.3 Criterios de diagnóstico.

Para diagnosticar a la anorexia nervosa se debe tomar como base la historia clínica del paciente y observar los elementos que ésta contiene.

El diagnóstico en sí depende de la identificación de ciertos factores o patrones de conducta, aunque es difícil para los médicos saber si realmente este diagnóstico es correcto, ya que el deseo por estar esbelta es muy común en las sociedades de nuestro mundo actual. (Balaa y Drossman, 1985 y Hurn, 1977).

Algunos intentos por definir claramente el diagnóstico para la anorexia nervosa, son los siguientes:

1. En 1970, el profesor Russell del Instituto de Psiquiatría de Londres, propuso tres factores esenciales para diagnosticar la anorexia nervosa. (citado en Feighner, 1972).

1.1 Comportamiento que lleva a una marcada pérdida del peso corporal. Existen características de evitación a la comida. Normalmente el sujeto utiliza diferentes recursos adicionales para asegurar la pérdida de peso: vómitos autoinducidos, autopurgantes, etc.

1.2 Desorden endócrino que se manifiesta en las mujeres (la amenorrea).

1.3 Un miedo irracional, no justificado a volverse gordo, implícito en lo que dice el paciente o en su comportamiento.

2. En 1972, Feighner, Robins y Guze, proponen el siguiente criterio para diagnosticar la anorexia nervosa.

2.1 Una edad de inicio anterior a los 25 años.

2.2 Anorexia que se acompañe de pérdida de peso, cuando menos del 25% del peso corporal original.

2.3 Una actitud distorsionada e implacable hacia el comer. Negación de la enfermedad como una falla de conocer las necesidades nutricionales.

2.3.1 Aparente disfrute en la pérdida del peso, con una afirmación abierta de que el rechazo de la comida es algo valioso.

2.3.2 Una imagen corporal deseada de extremo enflaquecimiento, con franca evidencia de que esto gratifica al paciente.

2.3.3 Una manipulación particular o peculiar de la comida.

2.4 Ninguna enfermedad que fuera responsable de la anorexia o de la pérdida de peso.

2.5 Ningún otro trastorno psiquiátrico, con particular referencia a los trastornos afectivos primarios, a la esquizofrenia, a las neurosis obsesivo compulsivas y fóbicas.

2.6 Por lo menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, bradicardia, períodos de alta actividad, o de bulimia y vómitos.

3. Walen, (1977) nos habla de la anorexia nervosa como un desorden psicogénico, en el cual el paciente voluntariamente reduce la ingesta alimenticia, resultando como consecuencia una profunda pérdida de peso de al menos un 25% del peso inicial o de un 30% por abajo de lo normal, para su estatura y sexo.

La anorexia presenta varias de estas características:

3.1 Amenorrea.

3.2 Distorsión de la Imágen corporal.

3.3 Vómito auto-inducido y uso de laxantes.

3.4 Preocupación por la preparación de los alimentos.

3.5 Fracaso al reconocer los signos internos de hambre y fatiga.

Esta condición ocurre más frecuente en mujeres y se presenta principalmente entre los 14 y 25 años de edad. El 90% de los casos de anorexia se inicia con una dieta reductiva y aunque el paciente no sea víctima de una fobia a la obesidad, casi siempre la desarrollan en el proceso de estar haciendo dieta.

El comienzo de la dieta pudo deberse a que estaban ligeramente pasadas de peso, pero de pronto adoptan hábitos alimenticios obsesivos-compulsivos, para bajar de peso como meta primordial.

4. En 1980 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS III) propone los siguientes criterios de diagnóstico.

4.1 Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde de peso.

4.2 Alteraciones de la Imágen corporal.

4.3 Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida del peso original hay que añadir el que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanza ese porcentaje.

4.4 Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal, según la edad y la talla.

4.5 Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

Diagnóstico Diferencial.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con las siguientes entidades patológicas de acuerdo con el DSM III (1980).

Con trastornos depresivos: Puede existir una pérdida de peso, pero no el miedo excesivo a la obesidad o la alteración de la Imagen corporal dada en la anorexia nervosa.

Con trastornos somáticos: Al igual que en los trastornos depresivos, puede haber una pérdida de peso, pero no el miedo excesivo a la obesidad y la alteración de la Imagen corporal dada en la anorexia nervosa.

Con la esquizofrenia: Pueden presentarse patrones de alimentación bastantes raros; sin embargo, pocas veces aparece el síndrome completo de la anorexia nervosa. En los casos que así fuera, se deben establecer ambos diagnósticos.

Con la bulimia: El factor principal es la pérdida de peso, aunque nunca es superior al 25% del peso corporal original. En un individuo con bulimia es raro que se dé un caso de anorexia nervosa, pero si esto ocurriera, habría que formular ambos diagnósticos. (bulimarexia)

● 1.4 Causas.

Las causas de la anorexia nervosa son complejas, múltiples e interactuantes, por lo que se han formulado varias hipótesis, entre ellas, las psicológicas, las fisiológicas y las sociales.

Las psicológicas hablan de una respuesta fóbica tanto a comer como a aceptar los cambios sexuales ocurridos durante la pubertad, distorsión de la imagen corporal, debido a un aprendizaje erróneo, distorsión de la percepción, que genera una falta de reconocimiento de los estados de fatiga, cansancio, hambre, predisposición familiar y una relación simbiótica entre madre e hija. (Bruch, 1985).

Desde el punto de vista fisiológico, se cree que puede existir una predisposición genética, problemas prenatales, una disfunción a nivel de neurotransmisores o hipotalámica. (Balaz y Drossman, 1985).

En cuanto a lo social, se han observado factores predisponentes, tales como una personalidad premórbida, una vida sumamente estresada, así como la edad avanzada de los padres. (Halmi, 1983).

La constancia de estos síntomas ha dado lugar a muchos y diferentes enfoques con respecto a esta enfermedad, como son la teoría socio-cultural, teoría estructural de los sistemas, teoría de la psicodinamia individual y la teoría del desarrollo psicobiológico, etc.

● 1.5 Características de pacientes anoréxicas.

Se han encontrado algunas características en común en jóvenes anoréxicas antes del inicio de su padecimiento. Por lo general, estas pacientes tuvieron una niñez sobresaliente, han sido pulcras, obedientes, deseosas de agradar, buenas en el trabajo del hogar, precozmente confiables, excelentes estudiantes y han sido el orgullo y la alegría de sus padres, los cuales ponían en ellas todas sus esperanzas. Después de una niñez de tal obediencia, la problemática que involucra la adolescencia parece insuperable debido a una deficiencia en la iniciativa y en la autonomía. En esta desesperación, ganan un sentido de logro proveniente de la manipulación de su alimentación y peso.

Al presentarse la anorexia nervosa, se desencadenan una serie de trastornos físicos, que también se muestran con cualquier otra forma de malnutrición severa. Estos trastornos incluyen amenorrea en las mujeres e impotencia en los hombres; pérdida significativa en la grasa corporal; piel reseca y en ocasiones amarillenta; pelo abundante y disturbios en la motricidad gástrica. En casos más severos se presenta una baja de temperatura en el cuerpo, letargia y bradicardia. Cuando aparecen vómitos continuos puede haber deficiencia de potasio y deshidratación. (Brotman, 1985; Halmi, 1945 y Hum, 1977).

Conviene destacar la severa similitud en apariencia física entre estos pacientes, al grado que nos hace pensar, que pertenecen a una misma familia. (Masseman, 1977).

Analizaremos algunas de las características que distinguen a la anorexia nervosa y que dan como resultado una baja de peso.

a) Edad.

La incidencia más frecuente en el padecimiento de esta enfermedad, se dá durante o inmediatamente después de la pubertad. En el 85% de los casos este padecimiento se presenta entre los 13 y los 20 años. (Brotman, 1985 y Hum, 1977), siendo aquí donde aparecen los mayores conflictos del ser humano con respecto a su identidad.

Bruch (1973) realizó un estudio en donde se pudo observar que a los 15 años es cuando se manifiesta la mayor pérdida de peso en los adolescentes. Dombey (1909-1912) ha reportado casos en infantes que fueron considerados como anorexia nervosa infantil. Uno de los pacientes fue una niña de 19 meses de edad, la cual perdió el apetito y tardó varias semanas para recuperarlo. Milner (1944), Rank (1948), Rose (1943), Sherman (1929), Sylvester (1945) y otros autores han dado detalles de la psicogénesis de severas anorexias en niños pequeños. (citado en Bruch, 1973).

Para pacientes adolescentes y adultos se ha calculado un promedio inicial de veintiuno y medio años de edad. Estos datos han sido obtenidos de una selección al azar de 245 casos de la literatura. La edad crítica se encuentra entre la pubertad y la primera mitad de los 30 años. Es raro encontrar pacientes de mayor edad. (Brotman, 1985 y Hum, 1977).

b) Sexo.

En cuanto al sexo, es más común que este padecimiento se presente en las mujeres que en los hombres. Del 90 al 95% de los pacientes anoréxicos son mujeres. (Brotman, 1985 y Hum, 1977).

Ryle (1939) llevó a cabo un estudio en el que se determinó el porcentaje de incidencia de pacientes anoréxicos dependiendo del sexo, encontrando un porcentaje menor en hombres. Bliss y Branch (1960) efectuaron otro estudio para llegar a la conclusión de que existe un 89% de mujeres anoréxicas, contra un 11% de hombres anoréxicos. Consecuentemente, esta estadística se considera elevada en cuanto al grupo de hombres. En 1983 se obtuvo una estadística de 9 mujeres por cada 10 hombres, como pacientes anoréxicos. (citado en Brotman, 1985 y Hum, 1977).

Los resultados anteriores pueden explicarse de la siguiente manera: Las mujeres dan mucha importancia a su aspecto físico y el rol social presiona más a la mujer en su apariencia personal. Otra hipótesis podría ser que los hombres anoréxicos no asistan a consulta y esto puede obedecer a que la característica más notable en las mujeres anoréxicas es la amenorrea, de la cual carecen los hombres.

c) Reducción en la nutrición.

Algo esencial o más bien obvio acerca de la anorexia nervosa es el rechazo de la comida, que puede ser parcial o absoluto; en estos casos severos se llega a la caquexia y hasta a la muerte.

Conviene señalar, que en la literatura se han visto prolongadas discusiones con respecto a si estos pacientes sufren de una verdadera pérdida de apetito; un perseverante rechazo a comer; una represión de la sensación de hambre o un fracaso al conducir sus impulsos.

Como puede apreciarse, no se trata de una falta de hambre (fenómeno fisiológico) sino de una ausencia de apetito o inapetencia (fenómeno psicopatológico). Debido a que la movilidad del estómago es igual en toda la gente, individuos que no padecen de anorexia nervosa, interpretan estas contracciones como sensaciones de hambre, mientras

que las anoréxicas no las interpretan de esta manera, son incapaces de distinguir las sensaciones de hambre y pueden asociar la ingestión de alimentos con una demostración a las expectativas del medio y no con necesidades internas. (Watz c, 1975).

Hay un aspecto en que se presenta la necesidad fisiológica de comer, constituido por exigencias químico-físicas y metabólicas, que es lo que caracteriza el hambre, ésta sería la necesidad fisiológica de las propias exigencias metabólicas. El apetito o la apetencia, es decir, el gusto por determinada comida, que se debe a la expresión oral libidinal, suele estar alterada. (Passmore, 1976).

La cuestión de los disturbios del apetito, la metabolización del consumo calórico y la ingestión de alimentos es muy compleja. Tales disturbios pueden ocasionar tanto la obesidad como el adelgazamiento. Existen casos en que el proceso de ingestión está realmente disminuido, lo que lleva al adelgazamiento y en casos extremos, a la caquexia.

La anomalía que existe en estos pacientes para reconocer las necesidades nutricionales y la no conciencia de hambre, son parte esencial de los disturbios de personalidad subyacentes, que están siempre en función de la maduración y del desarrollo del yo. Implica un problema en la ingestión; en la eliminación y en la metabolización, pero compromete siempre a las tres áreas, pues en este intrincado proceso hay siempre una constante interacción mente-cuerpo y mundo externo.

Partiendo del supuesto de que la adolescencia es la fase de los cambios más significativos, se podría concluir que la "anorexia" representaría una forma de negar tales evoluciones y transformaciones somáticas, no admitiendo la forma adulta de su cuerpo. (Fernández y Gómez, citados en Feinstein, et. al, 1973).

Es característica la paradoja del rechazo a la comida mientras exista una franca preocupación por la misma. Muchos pacientes desarrollan hábitos alimenticios muy individualistas, bizarros o raros, aunque comúnmente su restricción es de proteínas y grasas. Invariablemente comen más y más despacio, utilizando varias horas aún cuando la comida sea poca. Por lo general, el peso cae alarmantemente, en algunos casos hasta un 25% del peso original.

d) Amenorrea.

El mecanismo de la amenorrea en las mujeres y la pérdida de libido en los hombres se mantiene en controversia. Algunos autores postulan que se debe a una disfunción en el hipotálamo, mientras que otros sostienen que se debe a la pérdida de peso, a la malnutrición y al incremento de la actividad o a hipótesis psicológicas. (Brotman, 1985 y Miles, 1984).

Analizando la literatura encontramos diversas hipótesis:

1. Una disfunción en el hipotálamo.

Tanto la amenorrea como la pérdida de libido y la disminución de los niveles de testosterona son trastornos endocrínicos causados por una disfunción en el eje hipotálamo-pituitaria-ovarios, lo que explica la amenorrea. La secreción de estrógenos se ve decrementada y se presenta un patrón inmaduro en la secreción de la hormona luteinizante en los pacientes anoréxicos. (Brotman y Mallwell, 1985).

2. Pérdida de peso y malnutrición.

A la amenorrea se le considera el primer signo de la enfermedad y no aparece hasta que la pérdida de peso es considerable.

Decourt (1950) encontró que 19 de sus 24 pacientes continuaron menstruando por 10 meses hasta que desarrollaron la caquexia. En estas pacientes la menstruación fue repentina e inesperada luego de que hubo un aumento de peso. Las pacientes restantes fueron tratadas con hormonas y sólo poco después del aumento de peso se presentó la menstruación, por lo que concluyó que la menstruación se presentaría de nuevo sin la necesidad de un tratamiento hormonal. Siguió 8 de sus casos y una de sus pacientes duró 8 años sin menstruar (la pérdida de peso fue de 59 a 27 Kgs.); la paciente se recuperó sin ningún tratamiento hormonal. El autor opina que el comienzo y el final de la enfermedad están señalados por la amenorrea y por la reaparición de la menstruación respectivamente. (citado en Thoma, 1967).

Bils y Brach (1960) describen a una paciente de 30 años que continuaba menstruando regularmente, aún cuando había reducido su peso a 45 libras. Frisch y McArthur, demostraron que un adecuado peso corporal es un factor determinante en el mantenimiento del ciclo menstrual. La menstruación requiere un contenido de grasa del 22% en el cuerpo, sólo así podrá iniciarse el ciclo normal de las gonadotropinas. (citado en Brotman, 1985 y Hum, 1977).

3. Hipótesis Psicológicas.

De acuerdo con la definición de Franz Alexander (1935) la amenorrea se correlaciona con tensiones emocionales persistentes. El rechazo al rol sexual femenino juega, evidentemente, un gran papel en la vida de las pacientes y sería razonable concluir que este estado mental tiene una contraparte fisiológica. (citado en Thoma, 1967).

Kelley (1954) enfatizó que el rechazo a ser femenina no es la única causa de la falta de menstruación. Las mujeres dejan de menstruar a menudo bajo circunstancias donde peligra su seguridad o su vida. Entonces se puede decir, que las pacientes anoréxicas pueden reaccionar como si

estuvieran respondiendo a un peligro real. Es posible comparar la amenorrea que ocurre en situaciones de peligro mortal, con la amenorrea de la anorexia nervosa, ya que, en ambos casos, la cesación de la menstruación es debida a factores psicológicos y es agravada por la desnutrición y la caquexia.

En los campos de concentración y en campos de prisioneros de guerra (Sydenham, 1946) se ha observado que la amenorrea usualmente aparece antes de la pérdida de peso e indudablemente se debe a tensiones emocionales. (Kelley, 1954).

En el caso de las mujeres ante un gran peligro (como las de los campos de concentración) los factores que causaron la amenorrea son totalmente externos mientras que en la anorexia son debidos a la mente de los pacientes. Por lo que se ha visto que las causas precipitantes de la enfermedad no pueden ser reducidas a un trastorno funcional del hipotálamo; sin embargo, este trastorno está definitivamente involucrado, aunque no es esencial.

e) Vómito, uso de laxantes y diuréticos.

En la lucha contra la gordura y el miedo a la misma, los pacientes anoréxicos recurren a diferentes métodos para tratar de remover todo el alimento que no se quiere en el cuerpo.

Algunos presentan inducción al vómito, como una medida para disminuir su peso, producido por la estimulación de diferentes áreas: paladar, faringe, por irritación de las paredes del estómago, duodeno, intestino delgado, colon y vesícula biliar.

Al principio el vómito tiene que ser inducido, pero gradualmente sucede con poco esfuerzo o espontáneamente. Al momento de vomitar se contrae la musculatura y se produce una oclusión del píloro por acción

simpática y una contracción del diafragma y de los músculos abdominales, lo que ocasiona la expulsión del alimento, presentándose la hipocalcemia, que produce debilidad en los músculos, calambres, constipación e irritabilidad en el sistema nervioso central; y en algunos casos, parálisis, tétano y arritmias cardíacas, además de una hinchazón de las glándulas salivales y problemas dentales, como caries, dientes sensitivos al frío y disminución en el tamaño de éstos. (Brotman, 1985 y French, 1984).

El balance electrolítico y de fluidos es perturbado por el vómito. Esto puede llevar a una deshidratación con síntomas de aturdimiento y síncope, si el paciente pierde de 2,000 a 3,000 calorías diarias eliminadas por este método. (Brotman, 1985; Carpenter, 1978 y López A, 1983).

El vómito de la anorexia nervosa tiene lugar en secreto y es frecuentemente inducido voluntariamente. Se deriva de un sentimiento inconsciente de culpa o de necesidad de castigo (Freud, 1924), que es intensificado por las excusas artificiosas de los pacientes para tomar alimento y vomitar a escondidas. El vómito como Bahner (1954) dijo: "Sigue a las comidas como castigo y penitencia después del crimen".

Cuando todo está dicho y hecho, hace muy poca diferencia el que los pacientes vomiten a propósito o involuntariamente, en ambos casos, el negativismo dá el común denominador: en el primero, el acto es autocontrolado y lógico; en el segundo, una función biológica se ha hecho autónoma.

El abuso de laxantes es una forma inefectiva y potencialmente peligrosa de purgarse. El peso se pierde gracias a la deshidratación crónica, porque la absorción de calorías no se reduce significativamente con el abuso de estos medicamentos. Los laxantes estimulan la motricidad del colon y producen un gran volumen de diarrea líquida. El vaciado electrolítico, principalmente de potasio y bicarbonato, conduce a una acidosis metabólica. Un ciclo de comportamiento vicioso puede persistir en algunos

pacientes que toman más de 60 laxativos por día, sin tomar en cuenta las consecuencias, produciendo una hemorragia rectal debida a la irritación de la mucosa en pacientes que se purgan. (Brotman, 1985 y Carpenter, 1978).

El exceso de diuréticos es un método de purgación en pacientes que desean disminuir su peso, al suponer que esta ingestión reducirá su peso a través de la pérdida de fluidos. El riñón, a su vez, estimula la retención de sal para contener el volumen de vaciado. Con el abuso de diuréticos se presentan síntomas de deshidratación (aturdimiento y síncope) y retención de sal (edema), lo mismo que con el uso de laxantes y vómitos.

Para diferenciar a una anoréxica que se induce el vómito, de otra que ingiere diuréticos, no hay más que realizar exámenes urinarios electrolíticos. En la primera, resultará un cloruro muy bajo, mientras que en la segunda, será alto. Los individuos "purgadores" que son incapaces de mantener un nivel mínimo de potasio pueden requerir de hospitalización. (Brotman, 1985).

f) Imágen corporal.

Son muy pocas, (por no decir ninguna) las anoréxicas que tienen conciencia de su padecimiento y que lo aceptan. Para comprender esto se han hecho diversos análisis de la distorsión perceptual de las pacientes.

El concepto de Imágen corporal ha sido investigado en diversas observaciones que se han hecho a pacientes con un deterioro neurológico o con una amputación de algún miembro. Por lo que la Imágen corporal ha sido explicada de diferentes maneras:

1. Como una representación neural que determina las diversas experiencias del cuerpo.
2. Como una Imágen mental que cada quien tiene de su cuerpo.

3. Como una estructura psicológica que comprende pensamientos y sentimientos del individuo para con su cuerpo. (Garner, 1981 y Szmukler, 1984).

Cris y Kalucy (1974) corroboraron que tanto los pacientes anoréxicos, como los que no lo son, sobreestiman su talla en un grado similar; principalmente después de una alta ingesta de comida en carbohidratos. (citado en Garner, 1981) .

Askevold (1975) para medir si existía una imagen corporal distorsionada les pedía a los sujetos que se pararan frente a un papel colocado en la pared, sugiriendo que imaginaran su cuerpo frente a un espejo y con un lápiz marcaran el lugar donde vieran las partes más amplias de su cuerpo. En el grupo de anoréxicas había distorsión de su imagen corporal, tendiendo a sobreestimar sus tamaños reales, en comparación a personas no anoréxicas. La teoría del desarrollo perceptual de Piaget sugiere que el incremento en la estimación de la talla corporal puede deberse a un fenómeno de maduración. (citado en Garner, 1981).

El sentimiento de gordura que manifiestan los pacientes, les provoca un intenso miedo a la obesidad, que ocasiona una distorsión de la imagen corporal propia, negándose a aceptar tanto su apariencia esquelética como otros síntomas de su padecimiento. Para lograr el restablecimiento de la anorexia nervosa, es necesario como condición, el tener una imagen corporal realista, aún cuando el paciente aumente de peso no puede decirse que ha desaparecido su patología, porque se siguen viendo gordos y por lo tanto persisten en perder peso. (Fichter, 1986)

g) Aspectos sexuales.

Es bien cierto, que el contenido manifiesto de la conducta anoréxica está centrado alrededor de la comida; pero el contenido latente hace

referencia a una resistencia absoluta y profunda a la madurez tanto sexual como psicológica. (Palazzoli, 1978).

La adolescencia es la fase de los cambios más significativos, se podría decir, que la anorexia nervosa es una manera de negar la forma adulta del cuerpo y de suprimir el cambio psicobiológico mediante una alteración psicometabólica inducida. El adolescente no quiere perder situaciones infantiles placenteras, por lo que los anoréxicos tienen un desarrollo sexual tardío. (Fernández y Gómez, citados en Feinstein, et. al, 1973).

h) Aspectos orgánicos.

El regulador del apetito es una parte del centro del control conocido con el nombre de hipotálamo, que ocupa sólo una pequeña parte del cerebro y pesa cerca de cuatro gramos, pero tiene una gran importancia funcional que no guarda proporción con su tamaño.

El hipotálamo está situado en la región media inferior del cerebro, localizado en la parte ventral del diencefalo. Sus límites por delante son, la lámina terminal y la comisura anterior, dorsalmente está en relación con el surco hipotalámico que lo separa del tálamo; ventralmente forma el piso del tercer ventrículo y lateralmente se encuentra con el subtálamo y la cápsula interna. (citado en Carpenter, 1978 y López, 1983).

El hipotálamo tiene la función vital de modular efectos biológicos y psicológicos del organismo como son: la regulación de la excitabilidad de la corteza cerebral, la temperatura del cuerpo, el equilibrio hídrico, las reacciones viscerales, el metabolismo de los carbohidratos, el ritmo del sueño y el ritmo respiratorio y cardiovascular. De igual manera, regula la secreción de hormonas de la hipófisis, parcialmente la conducta sexual, ciertas reacciones emocionales y las sensaciones de hambre y sed. Como resultado de una serie de investigaciones (estimulación de ciertas zonas del hipotálamo y lesiones) se ha llegado a suponer y se mantiene como una

hipótesis, la existencia tanto del centro de apetito como de saciedad, localizado en la parte lateral y región ventro medial respectivamente. Asimismo, el primero coincide con el centro de la sed en cuanto a ubicación. La estimulación del centro del apetito provoca la ingestión de alimentos, mientras que la del centro de saciedad inhibe esta actividad. La lesión del área hipotalámica lateral de ambos lados puede provocar la ingestión excesiva o falta total de hambre, que frecuentemente se acompaña de reducción en la ingestión de agua. (Carpenter, 1978; Passmore, 1976 y Brotman, 1985).

Entre los principales problemas se cuentan lesiones hipotalámicas cuyo efecto reducta principalmente en amenorrea. Estudios realizados sobre la anorexia nervosa indican que la enfermedad produce alteraciones o disturbios en los centros hipotalámicos que regulan las funciones de hambre y saciedad. En un principio cuando se empezó a estudiar la relación de la anorexia con las disfunciones hipotalámicas, se creía que la primera era consecuencia directa de estas disfunciones. Sin embargo, en otros trabajos más recientes se ha demostrado que la relación es tal que es imposible hacer una separación cronológica de ambas. El desorden no es ni totalmente psicológico, ni tampoco biológico, el hipotálamo sirve como función vital para modular efectos biológicos y psicosociales del organismo. (Brotman, 1985; Balaa y Drossman, 1985; y Watz, 1975)

Miles y Wright (1984) postulan que la anorexia nervosa "envuelve un retrato de conflictos", con la implicación de que los cambios corporales en cierto momento actúan como defensa de estados mentales inaceptables.

Es común entre las pacientes con anorexia nervosa encontrar los síntomas de hipotiroidismo, que comprende, constipación, resfriados, pelo quebradizo, piel reseca, bradicardia y otros. Esto quiere decir, que clínicamente no se ha descrito un hipotiroidismo significativo. A continuación y con el propósito de lograr un mayor y mejor entendimiento y comprensión

del problema (anorexia nervosa), se procede a dar una breve explicación de las causas y efectos de los síntomas anteriores:

La bradicardia (definida como menos de 60 latidos del corazón por minuto) es probablemente el cambio cardiovascular más común encontrado en los anoréxicos y se ha reportado en el 87% de los casos. Puede ocurrir como resultado de un decremento de catecolaminas o como secundario al hipotiroidismo asociado con la reducción de peso. Inclusive, se ha postulado que la bradicardia en la anorexia nervosa es un producto de los mecanismos de conservación de la energía que disminuye el metabolismo. (Brotman, 1985).

Las anoréxicas tienen complicaciones cardíacas lo que se asocia con un incremento en el volumen del fluido extracelular. Se han reportado fallas congestivas del corazón debido a la debilidad nutricional de ese órgano, además de un decremento de la cavidad cardíaca y una mala oxigenización del miocardio. (Brotman, 1985).

Las pacientes presentan funciones cardiovasculares deficientes, como consecuencia de una disminución del abasto del oxígeno cardíaco, que debilitan las paredes ventriculares y bajan la presión sanguínea. (Balaa y Drossman, 1985).

Los pacientes con un problema alimenticio están expuestos a la constipación y a la hemorragia abdominal, que pueden ser el resultado de un retardo en el vaciado gástrico y una motricidad intestinal lenta. Es importante destacar que pueden producirse trastornos en la ingestión de alimentos, cuando existen lesiones en ciertas partes de la corteza cerebral y de estructuras que están conectadas con el hipotálamo, ya sea para provocar mayor ingestión de alimentos o inhibir esta actividad. Estos pacientes tienen también una intolerancia al frío y un incremento en el tiempo de relajación de los reflejos de los tendones. Es conveniente mencionar y dejar bien claro, el hecho de que existen datos psicológicos que indican que

el stress altera la secreción o la actividad de ciertos neurotransmisores (serotonina, dopamina y endomorfina) que influyen en la personalidad, temperamento y conducta. Las pacientes anoréxicas son extremadamente pulcras y ordenadas (obsesivas compulsivas) además de ser hiperactivas. Desde luego, no todos los datos de las pacientes con anorexia nervosa pueden ser explicados a través de la disminución de la hormona tiroidea, ya que incluso presentan sintomatología contradictoria con el hipotiroidismo, como sería la misma baja de peso, la hiperactividad y la tendencia a ser más ansiosa que depresiva. (Brotman, 1985; Balaa y Drossman, 1985 y French, 1984).

l) Actividad física y mental.

Es interesante hacer notar, la existencia bastante marcada de un contraste entre la emaciación y el hecho de que la actividad física y mental no están deterioradas, más aún, existe una gran necesidad para estar en actividad continua (hiperactividad). Asimismo, la urgencia de permanecer en movimiento es una respuesta (de la angustia del hambre) que se manifiesta a través de la actividad motora. (Passmore, 1976 y Thoma, 1967).

Puede afirmarse, que la hiperactividad síntoma generalizado en los pacientes anoréxicos, es resultado de una serie de sentimientos confusos, entre los que se destaca la depresión, inseguridad, vacío, etc. que traen consigo el aislamiento del paciente. No obstante, dicha necesidad de actividad extrema no le reditúa satisfacción verdadera. Resulta paradójico e inclusive difícil de creer el hecho de que con toda la sintomatología presentada por las anoréxicas, su actividad mental no sólo no disminuya sino que es sobresaliente, pues los pacientes invariablemente son personas inteligentes y se destacan tanto en estudios, como en actividades físicas (entiéndase deportes). (Brusch, 1985 y Passmore, 1976).

En cuanto al funcionamiento fisiológico, es trascendente, el que la generalidad de los anoréxicos no presentan deficiencia alguna de tiamina, por tal razón no mostrarán cambios neuropatológicos asociados con el aprendizaje y la memoria, lo anterior implica que la letargia no sea muy palpable. (Witt, 1985).

D) Factores sociales, culturales y económicos.

Es indispensable resaltar, que los factores socioculturales influyen de manera importante en el desarrollo de este desorden, prueba de esto son las características existentes en la generalidad de los pacientes. La sociedad, como ha sido durante mucho tiempo marca los cánones en cuanto a estética se refiere, de tal manera que todas las mujeres inmersas en ésta, actúan conforme a dichos cánones, procurando adecuarse a ellos. De esta forma, si lo vigente es poseer un cuerpo delgado, esto implicará una serie de esfuerzos conducentes a dicho modelo, en este sentido el miedo al sobrepeso juega un papel muy importante. (Balaa y Drossman, 1985 y Hour, 1984).

Los medios de comunicación vienen a reforzar de manera significativa los efectos socioculturales sobre la mujer de nuestros días, pues sostienen el mismo ideal en cuanto a belleza y perfección del cuerpo se refiere, convirtiendo lo anterior en una presión más hacia la baja de peso.

Otro factor importante es la susceptibilidad de la mujer a la crítica y a la no aceptación social sabiendo de antemano que la gordura traerá consigo críticas, rechazo, etc., todo su proceder tenderá hacia una dieta constante e ilimitada, ocasionando consecuencias en algunos casos patológicas. (Furnham, 1983 y Vandereycken, 1984).

En años anteriores se han hecho investigaciones (Huenemann, 1966) sobre la percepción que tienen las mujeres de sí mismas; para tal fin, se estudió a un grupo de mil mujeres de Inglaterra, las cuales sólo el 25%

presentaban síntomas claros de sobre peso, no obstante, el 50% se sentían excedidas, la misma investigación se realizó en Suiza, obteniéndose similares resultados. Por otra parte, se ha observado que la mayoría de los pacientes son de un nivel socioeconómico medio o alto, siendo esto comprensible, pues al tener recursos monetarios tienen mayor acceso a la moda y a los medios de comunicación, siendo más susceptible con esto, a presentar problemas de tipo anoréxico.

Todos estos factores socioculturales, no son suficientes para que la anorexia nervosa se desarrolle; pero crean un ambiente propicio para empezar el desorden en individuos predispuestos a esta enfermedad.

● 1.6 Evolución a largo plazo.

La evolución del cuadro clínico es muy variable. Puede ir desde la total recuperación aparente, hasta la muerte.

En 1980, Crisp delineó tres patrones de evolución a largo plazo:

I. **Curso saludable:** El paciente se recupera totalmente y mantiene un peso normal después de uno o más episodios de pérdida aguda de peso. La función menstrual retoma casi invariablemente a su periodicidad.

II. y III. **Estados crónicos:** Los pacientes no son capaces de mantener un peso sano en el transcurso del tiempo, aunque las hospitalizaciones temporales lo llevan a lo normal; la función menstrual será pobre o ausente. Tales pacientes recurrirán a menudo al vómito inducido y a la ingestión de laxantes, como un método para mantener bajo el peso y satisfacer el apetito.

Estas etapas se distinguen porque en el segundo estadio el peso es usualmente "intermedio", es decir, por encima de un verdadero peso anoréxico, pero muy por debajo del peso ideal. En el tercer estadio este peso es francamente anoréxico.

Morgan y Russel (1975) observaron en un plazo mínimo de 4 años lo siguiente: 39% de los pacientes tuvieron "buena" evolución (peso normal, recuperación de la función menstrual, etc.); 27% presentaron una evolución "intermedia", (dificultades menores en el mantenimiento del peso, menstruación ausente o esporádica y un mínimo ajuste psico-social); 29% padecieron una "pobre" evolución (gran pérdida de peso, menstruación ausente, sintomatología depresiva prominente); y un 5% fallecieron.

En general se observa que la evolución a largo plazo, de la anorexia nervosa tiene un curso muy variable, independientemente del enfoque terapéutico o del criterio de calificación para la evolución. (Crisp, 1980).

CAPITULO 2. LA FAMILIA.

● **2.1 Antecedentes de la familia.**

La sociología menciona entre sus postulados que tanto la sociedad entera como su célula fundamental, la familia, tienen una influencia decisiva en la producción de elementos que determinan en el individuo estados de salud y fuerza o bien, de enfermedad psíquica y emocional. El individuo es como un microcosmos de su grupo familiar, por lo que no nos queda más remedio que atribuirle características que le son propias de dicha entidad, tales como nacer, crecer, reproducirse y morir, además de cursar por ciclos o períodos vitales donde se presentan alternadamente épocas de salud o de enfermedad, con características especiales, según la etapa de su existencia. (Estrada, 1982).

En 1873, Gull recomendó un aislamiento de la familia como un factor necesario, para un buen tratamiento de lo que actualmente se conoce como anorexia nervosa; (citado en Thoma, 1967). En el año de 1975, Norgan y Russell hablan de que los factores familiares juegan un rol en la predisposición de la enfermedad; Bruch (1973; 1985) describe el funcionamiento familiar como si los miembros pudieran leer las mentes de los demás integrantes de la familia. Una serie de estudios realizados por Theander en 1970 y Hall en 1978, nos muestran que las familias con un miembro anoréxico difieren de la población general en varias dimensiones; los padres por lo general son de más edad al nacer sus hijas y casi siempre de una clase social alta o media alta. En 1982, Yager dice que la familia del anoréxico no tiene una comunicación clara y no toma en cuenta la individualidad del paciente.

La anorexia nervosa esta asociada con patrones disfuncionales específicos de la interacción familiar y por lo general, existe un alto grado

de psicopatología en la familia, en particular en la relación de la paciente con su madre.

● 2.2 Dinámica familiar funcional.

Para fines de la presente investigación el marco de referencia está basado en los principios primordiales de la teoría general de los sistemas. (Von Bertalanffy, 1984). El enfoque estructural de la familia se fundamenta, en lo importante que es estudiar al individuo en su contexto social. El hombre está determinado por su interacción con el medio, ya que no es un ser aislado sino un miembro activo de grupos sociales, por lo que la familia es un organismo por sí misma, mayor que la suma de sus miembros individuales. Actúa para mantener la estabilidad y promover el cambio y el crecimiento. Estas metas son tanto para la familia como organización, como para sus miembros individuales. La familia da con un sentido de pertenencia y apoyo, y al mismo tiempo fortalece la diferenciación y la adaptación a una cultura mayor. (citado en Bruch, 1985)

En 1974 Minuchin desarrolló un modelo estructural de la familia y su organización, para aclarar como logra mantener su integridad como unidad, promover el desarrollo individual y permitir la negociación de afecto, intimidad y respeto mutuo. Los principales conceptos de la teoría de Minuchin, son: "jerarquía", "subsistemas" y "límites".

De acuerdo a la terapia general de sistemas, la terapia familiar se apoya en conceptualizar a la familia como un sistema biopsicosococultural. Esta intenta modificar su organización, cambiando las posiciones de los miembros de ese grupo. Debido que al modificarse ofrece a sus miembros nuevas perspectivas para enfrentarse a la vida. La herramienta de este enfoque consiste en transformar el presente y no en explorar e interpretar el pasado.

En el comienzo de una familia, la joven pareja debe hacer una adaptación y enfrentarse a la realización de un cierto número de tareas. De la misma manera el nacimiento de un niño señala un cambio radical en su organización, de esta forma en diferentes periodos del desarrollo se requiere que la familia se adapte y se reestructure. Es muy importante que la pareja pueda separar las funciones de padres de las de esposos; si ésto no se lleva a cabo, la mayoría de los conflictos no resueltos entre los cónyuges son desplazados al área de la crianza del niño.

Otro de los cambios que sufre la familia va de acuerdo con los cambios de la sociedad y en este sentido tiene dos funciones:

- 1) El interno que es la protección psicosocial de sus miembros.
- 2) El externo que es la acomodación a una cultura y la transmisión de ella.

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia, los cuales pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Esta organización proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso del mantenimiento del "YO SOY" y al mismo tiempo ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles como son:

El Subsistema Conyugal, que se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de constituir una familia; tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema permite la negociación de la intimidad física y psicológica; puede tener rasgos positivos como el refugio ante el estrés externo; ser la matriz para el contacto con otros sistemas sociales, pero también puede poseer rasgos negativos, como establecer pautas transaccionales de tipo dependiente-protector, aislamiento de la

pareja ó no aceptar a su pareja como es. Aunque puede tener rasgos negativos sin que esto constituya una patología grave.

El Subsistema Parental: Su principal función es la crianza de los hijos y el mantener las expectativas de sus comportamientos según su nivel de desarrollo. Además, se debe de trazar un límite que permita el acceso del niño a sus progenitores y al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. El ser padre es un proceso extremadamente difícil; nadie lo desempeña a su entera satisfacción, pero para juzgar es necesario comprender la complejidad del proceso de educación del niño. Es imposible que los padres protejan y guíen al mismo tiempo, sin controlar y restringir. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar. El proceso de socialización es inevitablemente conflictivo. Muchas veces el terapeuta debe actuar como puente entre la criatura y el mundo extrafamiliar.

Estos problemas de transición se plantean en muchas situaciones, en este sentido uno de los desencadenantes más habituales es el comienzo de la adolescencia de los hijos; en esta época, la participación del niño en el mundo extrafamiliar se incrementa y la relación entre los hijos y los padres se ve perturbada.

El Subsistema Fraternal: Está constituido por los lazos de unión entre hermanos. Es el primer laboratorio social en el que los niños experimentan relación con sus iguales. En toda familia debe haber un balance de cada miembro al adherirse al sistema y a la vez a la autonomía para participar exitosamente fuera de ella.

En una familia es necesaria la presencia de reglas que definan quienes participan y de qué manera; a estas reglas se les denomina "límites". Su función reside principalmente en proteger las fronteras de cada subsistema y dar con ésto funcionalidad a la familia, así pues, los límites de los subsistemas deben ser claros. Sin embargo, también se encuentran los

límites "rígidos" y "difusos", los que por lo general existen en familias desligadas afectivamente.

La delimitación entre los subsistemas, la división del poder y de la autoridad, van a determinar que la familia se manifieste como disfuncional o funcional. La familia funcional, es aquella en que las fuerzas familiares se encuentran en equilibrio, que progresa de crisis en crisis, siendo capaz de resolverlas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia una mayor madurez, es decir, hacia una relación más cálida e independiente.

Lo anteriormente anotado, se refiere a un funcionamiento normal, acorde a un ciclo evolutivo, no estacionario, que sea capaz de proveer el cambio y la conducción de la autonomía de todos los participantes.

● 2.3 Dinámica familiar con un miembro anoréxico.

De acuerdo a Minuchin (1978) existe una predisposición familiar para desarrollar la anorexia nervosa. Los miembros de ella, particularmente el paciente y sus padres, están "enredados" en las conductas alimenticias.

"El modelo de sistema postula que ciertos tipos de organización familiar están muy relacionados con el desarrollo y mantenimiento de los síndromes psicósomáticos en niños, los cuales juegan un papel importante en la homeostasis familiar. La anorexia nervosa se define, no solamente por la conducta de un miembro de la familia, sino también por la interrelación de todos los miembros de la misma". (Minuchin, 1978, p.p. 20-21).

Minuchin y sus colegas (1978) efectuaron una investigación acerca de la interacción de las familias con miembros anoréxicos, en la época en que los síntomas se presentaron, haciéndola participar en una serie de tareas estandarizadas y en una entrevista para diagnosticar el estrés. Se

Identificaron 5 características de interacción familiar predominantes, que disminuyeron la eficiencia del funcionamiento familiar: entrelazamiento, sobreprotección, rigidez, falla en resolver el conflicto e involucramiento del paciente enfermo en los no resueltos por los padres.

En el entrelazamiento existe una falta de claridad en la diferenciación de roles y tareas de los padres y de los hijos. Los hermanos mayores actúan como padres y toman el rol de disciplinar a los otros hijos. Los esposos renuncian a la responsabilidad de poner reglas en la casa o uno de ellos, se colaciona con el paciente en contra de su pareja. Los intercambios diádicos son frecuentemente interrumpidos por una tercera parte, que confunde las interacciones. Los miembros de la familia esperan que los demás sepan sus pensamientos, sin que los hayan expresado y frecuentemente actúan de acuerdo a como creen que los otros están pensando. Inferen los estados de ánimo, las necesidades de los demás y se tratan de anular los intereses individuales.

La sobreprotección está caracterizada por una excesiva preocupación y reacción por el dolor de los demás. Los miembros de la familia hacen planes secretos para ayudar a los demás a evitar el estrés. Existe una relación en la cual la autonomía se sacrifica y predominan interacciones de crianza. Hay un fuerte sentimiento de vulnerabilidad entre los miembros. La paciente anoréxica es con frecuencia sobreprotegida por sus padres y hermanos, pero a la vez, ésta también sobreprotege a sus padres y hermanos.

La rigidez es medida por el grado en que una familia es o no capaz de adaptarse a una oportunidad de cambio. Las familias rígidas han establecido reglas y patrones de interacción que mantienen a pesar de las influencias del medio o de los cambios del desarrollo que ocurran dentro del núcleo familiar. Cualquier movimiento hacia el cambio es visto como una violación a las reglas familiares establecidas. Intentos de individualización, independencia y separación amenazan las formas establecidas de

Interacción familiar. Los síntomas mantienen a los adolescentes dependientes en forma infantil y los miembros de la familia, a su vez, fortalecen esta dependencia basándose en aquéllos, en lugar de proteger los cambios interaccionales necesarios para que el niño se emancipe.

Las familias con miembros anoréxicos tienen una marcada dificultad para permitir luchar por la resolución del conflicto o problema.

El último rasgo común en estas familias, es el involucramiento de la adolescente sintomática de los conflictos no resueltos de los padres. El paciente se une a uno de los padres en contra del otro, a veces es atrapado entre sus progenitores en un conflicto de lealtades, tienen un rol de mantenimiento de la integridad familiar.

Todas estas características familiares describen un contexto en el cual los rasgos psicológicos primarios de la anorexia nervosa, encajan y son adaptativos. (Bruch, 1973 y 1985).

En un contexto donde todos son vulnerables y la protección es necesaria, la confianza interpersonal no se desarrolla. En donde el conflicto y la angustia son negados en lugar de ser resueltos, la paciente no despliega una sensación de competencia y las habilidades para resolver los problemas son muy poco utilizadas. Las demandas de la interacción familiar refuerzan un retraso en el desarrollo, que causa que la adaptación al mundo extrafamiliar se dificulte más.

Los padres tienen obstáculos para colaborar, debido a los conflictos maritales no resueltos y la desconfianza mutua. Se contradicen reforzando sus posiciones opuestas. La jerarquía y el liderazgo (que podrían permitir la resolución del conflicto y mejorar las autodefiniciones en la familia) no existen. Los límites efectivos entre los subsistemas familiares están ausentes, mientras que los límites que separan a la familia del mundo exterior

son muy restrictivos. Ante estas circunstancias, la familia falla en la obtención de sus metas.

Esta descripción menciona el fenómeno familiar que mantiene y refuerza el síndrome de la anorexia nervosa. Naturalmente, no excluye los factores físicos ni psicológicos individuales, que pueden causar o mantener los síntomas.

● 2.4 Características de las madres.

Como se expresa en el inciso anterior, existen características especiales en las familias con un miembro anoréxico. Se cree que las madres de dichas pacientes tienen un papel importante en esta enfermedad. Para obtener mayores datos acerca de esto, se analizó la información contenida en la literatura, la cual es muy escasa.

Hall y Liebrich en 1986, efectuaron una investigación de la "patología del peso de 58 madres de pacientes de anorexia nervosa y de 204 de chicas escolares". En dicho estudio se investigó esta relación, utilizando un cuestionario "comida, adecuación y apariencia" (Hall, 1983), que evaluaba tanto la historia del peso como las actitudes en lo relacionado a éste, tomando en cuenta que en los grupos, el estatus socioeconómico y la estructura familiar fuera semejante.

También contestaron un cuestionario 142 madres de estudiantes de secundaria y 466 miembros del grupo "Weight Watchers", las cuales estaban comprometidas activamente en la reducción de peso. Se encontró que las madres de las pacientes anoréxicas, mostraron menos preocupación en todas las escalas estudiadas en comparación con los otros 3 grupos estudiados. Esto puede indicar que este grupo presenta dificultad para expresar preocupación en lo relacionado con el peso, tratando de negarlo o minimizarlo.

Este estudio no mostró diferencias significativas en la historia del peso de la familia y la preocupación por todo lo relacionado con el peso, es igual a las familias control.

Hall y Brown en 1983, realizaron una comparación de "Las actitudes de 20 adolescentes con anorexia nervosa y de adolescentes no-pacientes con las de sus madres"; para tratar de encontrar diferencias en actitudes sociales y personales con otras chicas de la misma edad, especialmente en el concepto relacionado con la delgadez, crecimiento, sexualidad femenina y relaciones familiares; con objeto de establecer si las pacientes están sobreidentificadas o incomprendidas por sus madres y también se hicieron comparaciones entre los juicios de las hijas de los dos grupos contestados por las madres y los juicios de las madres contestados por las hijas. Es decir, cada quien respondía el cuestionario por sí misma y luego lo resolvía según como creyera que la otra persona lo haría. En general, se puede concluir que las madres de ambos difirieron significativamente de sus hijas, cuando predijeron la variable "crecimiento".

La mayoría de las diferencias representativas entre las madres de las pacientes y sus hijas como grupo y el grupo control muestra que el de las pacientes reporta menos tensión, pleitos y enfermedad como una reacción de encubrimiento. El autor no da una explicación de los resultados, por lo que se deben tomar estos datos con demasiada cautela.

Se han hecho muchas hipótesis acerca de la relación de las madres en la etiología de la anorexia nervosa, pero ninguna ha sido probada satisfactoriamente.

CAPITULO 3: TRABAJO DE INVESTIGACION.

● 3.1 Hipótesis y variables.

El objetivo de la presente investigación es determinar si existen características de personalidad, que distingan a las madres con hijas anoréxicas, de madres con hijas no anoréxicas, así como expresar la percepción que tienen de éstas.

Para lograr el objetivo se empleó un diseño de dos grupos, con características semejantes, cuyas variables fueron:

Variable independiente.- Un grupo de madres con hijas que sufran de anorexia nervosa y un grupo de madres con hijas no anoréxicas.

Variable dependiente.- Las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en el inventario multifásico de la personalidad (MMPI) y en el cuestionario para madres de pacientes anoréxicas.

Hipótesis.-

1. Las madres con hijas anoréxicas tienden a ser infantilizantes.
2. Las madres con hijas anoréxicas favorecen relaciones de dependencia con sus hijas.
3. Las madres con hijas anoréxicas tienen una percepción poco objetiva de sí mismas y por lo tanto de sus hijas.
4. Las madres con hijas anoréxicas no favorecen que sus hijas desarrollen una percepción objetiva y realista de sí mismas.

5. Las madres con hijas anoréxicas se muestran angustiadas ante la enfermedad de sus hijas.

6. Las madres con hijas anoréxicas tienden a ser dominantes y manipuladoras.

7. Las madres con hijas anoréxicas tienden a expresar su agresividad en forma encubierta.

8. Existen discrepancias significativas en algunas subescalas del M.M.P.I. y del cuestionario para madres de pacientes anoréxicas, entre los grupos de madres con hijas anoréxicas y el grupo de madres con hijas no anoréxicas.

● 3.2 Diseño Experimental.

En la presente investigación se empleó un diseño correlacional mediante el cual se comparan dos grupos (madres con hijas anoréxicas y madres con hijas no anoréxicas), con el fin de saber las diferencias entre ambos grupos.

● 3.3 Sujetos.

Para la realización del presente estudio se eligieron 16 sujetos (madres), que fueron seleccionados de dos diferentes grupos. El primer grupo se obtuvo del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", en donde fueron entrevistadas 8 madres con hijas que padecían de anorexia nervosa, constituyendo el total de pacientes que formaba parte del proyecto de anorexia nervosa y trastornos relacionados con la alimentación. Para el segundo grupo, se eligieron a 8 alumnas que cursaban estudios de secundaria, preparatoria y universidad, que tuvieran la misma edad de las anoréxicas y cuyas madres estuvieran de acuerdo en cooperar en la tesis. Se observó que la mayoría de las pacientes anoréxicas vivían en zonas

residenciales y estudiaban en colegios particulares, por lo que se les consideró de un nivel socioeconómico medio, tomando esto como referencia para elegir el nivel correspondiente de los sujetos no anoréxicos.

● 3.4 Instrumentos.

Con el fin de obtener la información necesaria para la presente investigación, se utilizó un cuestionario para madres de pacientes anoréxicas, elaborado en colaboración con el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Dicho cuestionario se encuentra en un nivel experimental, por lo que no hay datos de confiabilidad ni de validez. El cuestionario explora áreas como: relación entre la madre y la hija, las condiciones que agravan el problema de anorexia, observaciones de algunos rasgos generales en la vida familiar y la interacción de éstos.

El cuestionario consta de 40 preguntas, 36 son de opción múltiple y 4 abiertas. Se aplicó individualmente a cada una de las madres seleccionadas.

Como segundo instrumento se utilizó el Inventario Multifásico de Personalidad, de Minnesota, conocido como el M.M.P.I. (Hathaway, 1967). Se eligió esta prueba porque mide características de personalidad, posee un coeficiente de confiabilidad y validez alto y porque al no ser una prueba proyectiva la calificación es más objetiva.

● 3.5 Procedimiento.

Para efectuar la presente investigación se aplicó tanto el cuestionario para madres como el inventario en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", a las personas pertenecientes al primer grupo y en sus hogares a las restantes, a las cuales se les pidió su cooperación voluntaria para la ejecución de la presente tesis.

Se procedió a la aplicación tanto del inventario como del cuestionario para madres de pacientes anoréxicas, los pasos a seguir fueron iguales en los dos grupos.

● 3.6 Análisis estadístico.

Se empleó la prueba t de "Student" para evaluar la significancia de las diferencias entre las medias de puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas del M.M.P.I., para los grupos de madres con hijas anoréxicas y de madres con hijas no anoréxicas.

Se ejecutó un análisis discriminante para diferenciar a los dos grupos de madres, empleando como variables dependientes las subescalas del M.M.P.I.

Para comparar las respuestas de los dos grupos, en el cuestionario para madres se usó la prueba de probabilidad exacta de Fisher; esta prueba únicamente se puede utilizar para evaluar dicotomías, las cuales se evaluaron estadísticamente, por lo que las preguntas del cuestionario que tienen más de dos respuestas no se evaluaron estadísticamente a causa del reducido tamaño de la muestra, por lo que éstas únicamente se describieron sin evaluación estadística.

CAPITULO 4: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

● 4.1 Resultados.

A causa de que la muestra de esta investigación es muy pequeña (N=8) la mayoría de los resultados del cuestionario para las madres se presentan en forma descriptiva.

En esta sección se hallan únicamente las tablas correspondientes a las preguntas del cuestionario, en donde se puede observar alguna diferencia entre los grupos y las tablas correspondientes a los resultados del M.M.P.I.

Las tablas referentes a las preguntas en que no se observaron diferencias, aparecen en el apéndice "B".

A continuación presentamos 7 tablas que muestran diferentes resultados obtenidos del cuestionario para madres de hijas anoréxicas y no anoréxicas.

Al analizar los resultados que se encuentran ilustrados en la tabla 8, se puede observar que las madres con hijas anoréxicas, presentan más sentimientos de inseguridad; incapacidad para resolver sus problemas por deficiencia del sistema defensivo; y de control de sus impulsos (factor K), además de rasgos de histeria y paranoia, que aquellas madres con hijas no anoréxicas, siendo éstas las únicas subescalas significativas.

En la tabla 9, al realizar el análisis se encontró sólo una función discriminante con un valor propio de 36.17674 que explica el 100% de la varianza. Los resultados obtenidos en las subescalas del M.M.P.I. demuestran que los rasgos de histeria (H1), paranoia (Pa), y autonomía (factor K) discriminan entre los grupos de madres con hijas anoréxicas.

TABLA 1

NUMERO DE AMIGOS QUE TIENEN LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS

	NINGUNO	POCOS	ALGUNOS	MUCHOS
ANOREXICAS	3	1	2	2
NO ANOREXICAS	0	0	3	5

TABLA 1: En los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 12, se puede observar que las hijas anoréxicas, presentan mayor dificultad para socializarse que las hijas no anoréxicas.

TABLA 2

APROVECHAMIENTO ESCOLAR DE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS,
SEGUN LA PERCEPCION DE LAS MADRES.

	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
ANOREXICAS	0	2	6
NO ANOREXICAS	2	3	3

TABLA 2: En los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 14, se puede observar que las anoréxicas presentan una tendencia hacia un aprovechamiento académico superior a las no anoréxicas.

TABLA 3

FRECUENCIA CON QUE DISCUTEN LAS MADRES CON LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS A LA HORA DE LA COMIDA.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	2	5	1	0
NO ANOREXICAS	0	3	4	1

TABLA 3: En los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 15, se muestra la frecuencia con que las madres discuten con sus hijas a la hora de la comida, presentándose una tendencia mayor hacia la fricción entre las hijas anoréxicas y sus madres.

TABLA 4

FRECUENCIA CON QUE SE AGRAVA LA RESISTENCIA A COMER DE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS CUANDO EXISTE ALGUN PROBLEMA EN CASA.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	1	5	1	1
NO ANOREXICAS	0	0	2	6

TABLA 4: Los resultados obtenidos del cuestionario - para madres, correspondiente a la pregunta 16, sugie ren que se agrava la resistencia a comer en las hijas anoréxicas, cuando existe algún problema en casa, no siendo así con las hijas no anoréxicas.

TABLA 5

FRECUENCIA CON QUE LA RESISTENCIA A COMER SE AGRAVA EN LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS, CUANDO SUFREN ALGUNA CONTRARIEDAD.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	3	4	1	0
NO ANOREXICAS	0	2	1	5

TABLA 5: Los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 17, corroboran los de la tabla 4, la cual indica que la resistencia a comer en las hijas anoréxicas parece mayor cuando sufren alguna contrariedad, lo que no se observa en las hijas no anoréxicas.

TABLA 6

ESTADO DE ANIMO DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS A LA HORA DE LA COMIDA

	ALEGRE	MAL HUMOR	TRISTE	INDIFERENTE
ANOREXICAS	1	3	2	2
NO ANOREXICAS	5	1	0	2

TABLA 6: En los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 25, se aprecia el estado de ánimo de las hijas anoréxicas y no anoréxicas a la hora de la comida, prevaleciendo en 5 de las 8 hijas no anoréxicas un estado de ánimo alegre -- mientras que 7 de las hijas anoréxicas parecen estar de mal humor, tristes e indiferentes.

TABLA 7

CAUSAS POR LAS QUE HAN INTERRUMPIDO SUS ESTUDIOS LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS.

	NO CONTESTO	HOSPITALIZACION	NO DEJO DE ESTUDIAR
ANOREXICAS	0	3	5
NO ANOREXICAS	1	0	7

TABLA 7: Los resultados obtenidos del cuestionario para madres, correspondiente a la pregunta 39, indican que 3 de las 8 hijas anoréxicas han suspendido sus estudios debido a hospitalizaciones, a diferencia del grupo de hijas no anoréxicas del cual 7 continúan estudiando.

R E S U M E N

CONCEPTO	ANOREXICAS	NO ANOREXICAS
1 SOCIALIZACION	MEJOR	MEJOR
2 APROVECHAMIENTO ACADÉMICO	MEJOR	MEJOR
3 FRICCIÓN CON LAS HIJAS DURANTE LA COMIDA	MEJOR	MEJOR
4 RESISTENCIA A LA COMIDA DEBIDO A DIVERSOS PROBLEMAS	MEJOR	MEJOR
5 RESISTENCIA A LA COMIDA CUANDO SUFREN ALGUNA CONTRARIEDAD	MEJOR	MEJOR
6 ESTADO DE ANIMO A LA HORA DE LA COMIDA	MAL MEJOR TRISTEZA INDIFERENCIA	ALEGRIA ACRABADO
7 CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE ESTUDIOS	MEJOR	MEJOR

TABLA 8

MEDIAS, ERROR STANDAR, T DE STANDAR Y PROBABILIDAD PARA CADA UNA DE LAS SUBESCALAS DEL M.M.P.I. AL COMPARAR LAS CALIFICACIONES DE MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y MADRES CON HIJAS NO ANOREXICAS

SUBESCALAS	ANOREXICAS		NO ANOREXICAS		T	P
	\bar{X}	ERROR STANDAR	\bar{X}	ERROR STANDAR		
P	.375	.375	.625	.263	-.55	.594
L	6.125	1.158	6.500	1.000	-.25	.810
F	6.750	1.998	4.125	1.109	1.15	.270
K	13.875	1.674	18.000	.964	-2.14	.051
HIPOCONDRIA	20.625	1.899	17.875	.811	1.33	.204
DEPRESION	29.375	2.026	27.250	.840	.97	.349
HISTERIA	28.375	.754	24.125	1.217	2.97	.010
PSICOPATIA	23.500	1.955	24.625	1.478	-.46	.654
MASCULINIDAD FEMINIDAD	36.250	1.292	35.000	1.282	.69	.503
PARANOIA	12.000	1.134	8.625	.962	2.27	.040
OBSESION COMPULSION	32.875	2.608	28.250	1.292	1.59	.134
ESQUIZOFRENIA	29.375	4.192	29.250	1.553	.03	.978
HIPOMANIA	20.250	1.532	18.250	.921	1.12	.282
INTROVERSION SOCIAL	32.875	2.767	29.250	1.719	1.11	.285

TABLA 9

LA LAMDA DE WILK, LAS F CORRESPONDIENTES Y LA PROBABILIDAD PARA CADA UNA DE LAS SUBESCALAS DEL M.M.P.I. OBTENIDAS POR MEDIO DEL ANALISIS DISCRIMINANTE.

VARIABLE	LAMDA DE WILK	F	PROBABILIDAD
?	.97917	.2979	.5938
L	.99572	.06017	.8098
F	.91385	1.320	.2699
K	.75423	4.562	.0508
HIPOCONDRIA	.88755	1.774	.2042
DEPRESION	.93716	.9367	.3490
HISTERIA	.61364	8.815	.0102
PSICOPATIA	.98524	.2098	.6540
MASCULINIDAD FEMINIDAD	.96741	.4717	.5034
PARANOIA	.73110	5.149	.0396
OBSESION COMPULSION	.84719	2.525	.1344
ESQUIZOFRENIA	.99994	.0007817	.9781
HIPOMANIA	.91795	1.251	.2821
INTROVERCION SOCIAL	.91875	1.238	.2846

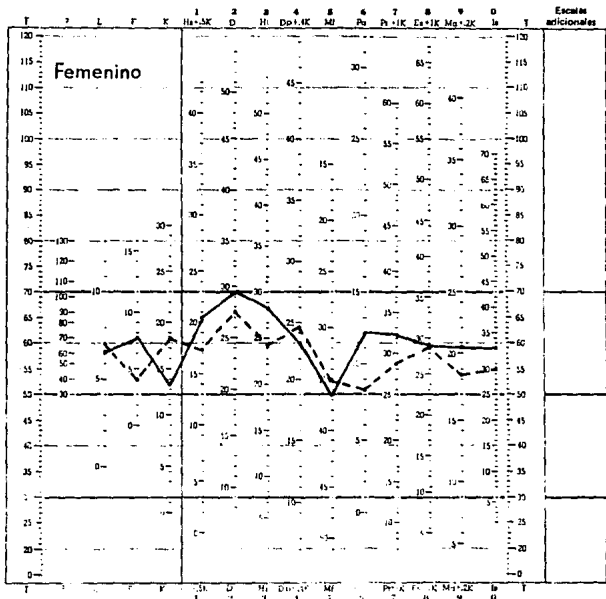
TABLA 10

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley



— ANOREXICA
 -- NO ANOREXICA

Con las tablas 8 y 9, se confirma a través del análisis discriminante y la prueba T de Student, que los rasgos de histeria, paranoia y el factor K, aparecen en forma significativa en las madres con hijas anoréxicas, que las distinguen de madres con hijas no anoréxicas.

Con base en los resultados, se puede concluir que existen varias semejanzas entre los grupos. (Las tablas aparecen en el apéndice "B").

Estas señalan que casi la totalidad de las madres son casadas, tienen un número semejante de hijos y no se detectan diferencias en cuanto a las enfermedades ni en las intervenciones quirúrgicas que han padecido. Por otro lado, no se encuentran contrastes en la frecuencia con que las hijas anoréxicas y no anoréxicas buscan a sus madres para platicar, tampoco se observan problemas de peso en las madres, ni la necesidad de una dieta de éstas. Presentan igual preocupación hacia la apariencia física de sus hijas. Asimismo, existen semejanzas en la frecuencia y tipo de castigo, que las madres con hijas anoréxicas como las madres con hijas no anoréxicas, imparten a sus hijas.

Del mismo modo se puede decir que no hay diferencias importantes en cuanto a las actividades que realizan las hijas anoréxicas y no anoréxicas.

Tanto las hijas anoréxicas como las no anoréxicas se preocupan por su peso, sin que exista diferencia en cuanto a las personas con las que comen.

Según la percepción de las madres en relación entre padre e hija, es parecida en ambos grupos. De igual manera, los resultados indican que hay semejanza en cuanto al número de padres que tienen problemas de peso.

Se nota una semejanza con respecto al tipo de problemas físicos y emocionales que presentan los otros hijos de las madres con hijas anoréxicas y no anoréxicas.

Otra circunstancia que es prudente destacar, es que las madres de hijas anoréxicas como no anoréxicas no manifiestan diferencias significativas en estas escalas: depresión, hipocondría, psicopatía, hipomanía, esquizofrenia, intereses masculinos - femeninos, obsesión - compulsión (psicastenia) y sociabilidad.

● 4.2 Conclusiones y discusión.

El objetivo fundamental de esta investigación fue determinar características existentes en madres con hijas anoréxicas y no anoréxicas.

En primer término se comentan los resultados obtenidos a partir del M.M.P.I. No se encontró estudio alguno que utilizara como instrumento de investigación el M.M.P.I., para poder comparar características de las madres con hijas anoréxicas.

Para revisar los resultados y poder interpretar objetivamente las subescalas significativas encontradas en las madres con hijas anoréxicas, se utilizaron datos de Núñez (1976) y Rivera (1986). Dichas madres se caracterizan por una incapacidad para resolver problemas, debido a deficiencias en el sistema defensivo y un pobre control de impulsos. Presentan dependencia hacia las personas por las que se sienten afectadas, existiendo una petición de afecto que se hace exagerada, con poca tolerancia a la frustración y al rechazo. Son personas rígidas, obstinadas y con actitudes de desconfianza, por lo que presentan problemas para establecer relaciones interpersonales, manifiestan sentimientos de hostilidad hacia la familia, con poco control de sus descargas agresivas.

A continuación se analizan las hipótesis :

Hipótesis 1:

Las madres con hijas anoréxicas tienden a ser infantilizantes, esta hipótesis se comprueba a través de las escalas significativas de histeria, paranoia y factor k. En estas personas se observa poca estabilidad emocional, por lo que hay una disminución de la capacidad de mantener relaciones objetivas, presentan inadecuación social. Manifiestan una actitud de "dependencia" infantil que expresa demandas orales de tipo agresivo como son las exigencias de las madres hacia sus hijas en función de exigir y pedir.

Hipótesis 2:

Las madres con hijas anoréxicas favorecen las relaciones de dependencia con sus hijas. Esta hipótesis se comprobó a través de las escalas significativas (histeria, paranoia y factor k). Las madres con hijas anoréxicas presentan dependencia hacia las personas por las que sienten afecto y esta petición de afecto se hace exagerada. Muestran una actitud de dependencia infantil que expresa demandas orales de tipo agresivo, por lo que tienden a favorecer relaciones de dependencia con sus hijas.

Hipótesis 3:

Las madres con hijas anoréxicas tienen una percepción poco objetiva de sí mismas y por lo tanto de sus hijas. Esta hipótesis se comprobó a través de la escala significativa de paranoia. Las madres con hijas anoréxicas tienden a ser paranoicas y se caracterizan por ser personas inseguras, desconfiadas, que tienden a falsear la comprensión de la realidad, a distorsionar el mundo externo y presentan distorsiones de ellas mismas por lo que proyectan en sus hijas una percepción poco objetiva o irreal de sí mismas.

Hipótesis 4:

Las madres con hijas anoréxicas no favorecen que sus hijas desarrollen una percepción objetiva y realista de sí mismas. Esta hipótesis se comprobó a través de la escala significativa de paranoia. Debido a que las madres no tienen una percepción objetiva de sí mismas, ni del mundo que las rodea, no pueden transmitir una percepción realista a sus hijas.

Hipótesis 5:

Las madres con hijas anoréxicas se muestran angustiadas ante la enfermedad de sus hijas. Esta hipótesis se comprueba parcialmente ya que las madres se preocupan cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada y corre peligro la vida de sus hijas, sin embargo cuando el peso se encuentra estabilizado tienden a impedir el tratamiento. Por lo general tienen una falta de conciencia de la enfermedad.

Hipótesis 6:

Las madres con hijas anoréxicas tienden a ser dominantes y manipuladoras. Esta hipótesis se comprueba a través de la escala significativa de histeria, debido a que son personas seductoras, rígidas, obstinadas y con actitudes de desconfianza. Presentan una conducta abiertamente teatral intensamente expresada, así como una demanda constante de apoyo esto es debido a sentimientos de desesperanza y de dependencia.

Hipótesis 7:

Las madres con hijas anoréxicas tienden a expresar su agresividad en forma encubierta. Esta hipótesis se comprueba a través de las escalas significativas de histeria, paranoia y factor K. Las personas con estas

características tienden a manifestar sentimientos de hostilidad hacia la familia, con poco control de sus descargas agresivas.

A continuación se mencionan algunos datos arrojados por el cuestionario aplicado a las madres, en donde se observa que la mayoría de los resultados de esta investigación concuerda con la bibliografía revisada.

Se detectó que las hijas anoréxicas presentaron mayor dificultad para socializar que las no anoréxicas, lo que concuerda con lo observado por Passmore (1976) y Bruch (1985) quienes describieron a los pacientes anoréxicos con sentimientos confusos, depresión, inseguridad y vacío, que traen consigo el aislamiento. Se encontró que en su estado de ánimo prevalece el mal humor o la indiferencia durante las comidas.

Igualmente se aprecia en los resultados la tendencia hacia un aprovechamiento académico superior en las hijas anoréxicas; esto confirma los hallazgos de Passmore (1976) y Bruch (1983) que manifiestan que resulta paradójico e inclusive difícil de creer, el hecho de que con toda la sintomatología presentada por las anoréxicas, su actividad mental no sólo no disminuya, sino que sea sobresaliente. En cuanto al funcionamiento fisiológico, se dice que las anoréxicas no presentan deficiencia de tiamina, y por tal razón no hay cambios asociados con el aprendizaje y la memoria (Witt, 1985), aunque en este estudio no se tomó en cuenta el coeficiente intelectual de las hijas.

Algo esencial en la anorexia nervosa es el rechazo a la comida: Fernández y Gómez (1973) mencionan que el adelgazamiento extremo puede darse sólo en determinados ambientes familiares y como una protesta contra los padres. En los resultados de esta investigación se detectó una resistencia mayor a la conducta de comer cuando existió algún problema o fricción familiar.

En cuanto a los resultados que no muestran diferencias significativas entre los grupos, se observó que ambos grupos presentaron igual preocupación hacia la apariencia física y el peso, lo cual puede fundamentarse en lo que dicen Baka y Drossman en 1985, en cuanto a que la sociedad marca los cánones de la estética, siendo vigente el poseer un cuerpo delgado.

Se valoró que la mayoría de los resultados arrojados por el cuestionario para madres de pacientes anoréxicas no mostraron diferencias entre madres con hijas anoréxicas y las no anoréxicas. Esto nos hace pensar que las características de las madres exploradoras a través del cuestionario no son suficientes para que la anorexia nervosa se desarrolle; sí influyen, más no son determinantes. Esto corrobora, lo descrito por la teoría general de sistemas, la cual se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, por lo que las causas de la anorexia nervosa son complejas, múltiples e interactuantes.

● 4.3 Limitaciones.

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue el reducido tamaño de la muestra, que se debió a la dificultad para encontrar pacientes anoréxicas. En cuanto al cuestionario para las madres, se observó la deficiencia de éste, para medir características de las madres, ya que medía en gran parte las de las hijas. Además es bien sabido, que al aplicar un cuestionario, la conducta, la reacción y la respuesta a las preguntas del examinado se ven influenciadas de cierta manera, es decir, existe un obstáculo para obtener datos confiables y objetivos. Así mismo los instrumentos utilizados no exploran la dinámica familiar.

Por último, se considera una limitante la escases del material bibliográfico acerca de este tema.

● 4.4 Sugerencias.

Se recomienda para futuras investigaciones la utilización de diferentes instrumentos que midan características de las madres, para así poder comparar los resultados de esta investigación con otras. Asimismo, se sugiere trabajar con distintos niveles socioeconómicos.

Para la realización de este estudio, uno de los obstáculos fundamentales fue el poco material bibliográfico existente sobre las madres con hijas anoréxicas. No existe suficiente información sobre las características del padre, o bien, de los hermanos de las pacientes con anorexia nervosa. Se sugiere tomar en cuenta estos temas, para mantener activo el interés y la preocupación en la investigación del problema y como una perspectiva para renovarse constantemente, a fin de superar y perfeccionar los conocimientos en investigaciones futuras, dentro del ejercicio profesional.

Valdría la pena realizar también, una investigación en la cual se puedan observar las diferencias entre madres con hijas anoréxicas y madres cuyas hijas presentan alguna otra enfermedad, y así poder comprobar si las características de las madres encontradas en esta investigación, son exclusivas para estas madres con este tipo de problema.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association.- (1980).- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**.- 3er ed.- Washinton.

Anderson A, Hedblom J, y Hubbard F.- (1983).- A multidisciplinary Team Treatment for Patients with Anorexia Nervosa and their Families.- **Int'l Journal of Eating Disorder**.- Vol 2, No. 4, Summer.

Balazs M y Drossman.- (1985).- Anorexia Nervosa and Bulimia.- **Disease a Month**.- Volumen XXXI, Num. 6, The Eating Disorder.- June.

Brotman, Andrew W, Rigotti and Herzog.- (1985).- Medical Complications of Eating Disorders: Out Patient Evaluation and Management".- **Comprehensive Psychiatry**.- Vol 26, No. 3. May-June, Pp 258 - 272.

Bruch, H.- (1973).- Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and The Person Within.- **Basic Books**.- New York.

Bruch, H.- (1985) Four Decades of Eating Disorders.- **Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia**.- Ed. Garner, D, Garfinkel P.- The Guilford Press.- New York.

Carpenter, Malcolm, B.- (1978).- **Neuroanatomía Humana**.- Buenos Aires.- Ed. El Ateneo.- Pp 448 - 486.

Crisp, A.- (1980).- **Anorexia Nervosa: Let me be**.- Ed. Academic Press Inc.- Grune y Stratton.

Estrada L.- (1982).- **Ciclo Vital**.- Ed. Posada.

Feighner, J. Robins, E. Gusy, S. et. al.- (1972) Diagnostic Criteria For use in Psychiatric Research.- **Arch. Gen Psychiatry**.- Vol 26, Pp 57 - 63.

Felstein S, Kallna, E. Knobel, M y Slaff, B. (1973).- **Psicopatología y Psiquiatría del Adolescente**.- Ed. Paidós, 1era. edición.- Pp 142 a 148.

Fichter M, Meister, I. y Joachim, K.- (1986).- The Measurements of Body Imagen Disturbance in Anorexia Nervosa.- **British Journal of Psychiatry**.- Vol 148.- Pp 453 - 461.

Freedman A. Kaplan, H y Sadock, B.- (1983).- **Compendio de Psiquiatría**.- Ed. Salvat.- 2da. reimpresión.

French, N.- (1984).- "Anorexia Nervosa and Bulimia".- **Indiana University School of Medicine**.- Vol. 4707.- No 35.- April.- Pp 241 - 245.

Furnham y Allbhar.- (1983).- Cross Cultural Differences in the Perception of Female Body Shapes.- **Psychological Medicine**.- Vol 13, Pp 829 - 837.

Garfinkel, Garner, Rose, Darby, Brandes, O' Hanlon y Walsh.- (1983) A comparison of characteristics in the Families of Patients with Anorexia Nervosa and Normal Controls.- **Psychological Medicine**.- Vol 13.- Pp 821 - 828.

Garner, D.- (1981).- Body Image In Anorexia Nervosa.- **Canadian Journal of Psychiatry**.- Vol 26.- No. 4.- June.

Hall y Brown, L.- (1983).- Acomparison of the attitudes of young Anorexia Nervosa patients and non - patients with those of their mothers.- **Med Psychol**.- Mar; 56 (pt 1).

Hall, Leibrick, Walkey and Welch.- (1986).- Investigation of 'weight pathology' of 58 Mothers of Anorexia Nervosa Patients and 204 Mothers of Schoolgirls.- **Psychological Medicine**.- Vol 16. Pp 71 - 76.

Halmi, K.- (1983).- Classification of Eating Disorders.- **International Journal of Eating Disorders**.- Vol.2.- No. 4.

Hathaway y Mc. Kinley.- (1967).- **Inventario Multifásico de la Personalidad, M.M.P.I.**- Ed. El Manual Moderno, S.A.

Huenemann, R. Shapiro, L Hampton, M and Mitchell, B.- (1966).- A longitudinal Study of Gross Body Composition and Body conformation and their association with food and activity in teenage population.- **Am. J Cilm. Nutr.**- Vol 18 Pp 325.

Hour, Gail and L.B. (1984).- "Psychological Correlates of Weight Control Among Anorexia Nervosa Patients and Normal Girls".- **British Journal of Medical.- Psychology**, Vol. 57.- Pp 61 - 66.

Hurn, J.- (1977).- Hypothalamic - Endocrine.- **University of Rochester**.- Vol 52.- Pp 711 - 716.

Kelley K, Poe J and Monroe, R. (1954).- Psychological Correlations with Secondary Amenorrhea.- **Psychosom Med**.- Vol 16:129.

Kernberg.- (1975).- **Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico**.- Ed. Pardos.- Pp 27-44.

Kernberg.- (1984).- **Trastornos Graves de la Personalidad** .- Ed. Manual Moderno.- Pp 46.

Kog. Pierloot y Vandereycken.- (1983).- **Methodological Considerations of Family Research in Anorexia Nervosa.**- *Int' Journal of Eating Disorders.*- Vol 2.- No 4 Summer.

Lopez, A.- (1982).- **Anatomía Funcional del Sistema Nervioso.**- México. Ed. Limusa, Pp. 467 - 499.

Maltwell, A.- (1985).- **Disturbances of Sleep, Appetite and Sexual Behavior.**- *Clinical Neuropsychiatry.*- 4.- 238 - 239.

Massermann J.- (1977).- **Psychodinamisme in Anorexia Nervosa and Neurotic.**- New York; I.V.P. 475 - 499.

Miles, S y Wrioth, J.- (1984).- "Psycho endocrine Interaction in Anorexia Nervosa and the Retreat from Puberty: a Study of Attitudes to Adolescent Conflict and Luteinizing Hormone Response to Luteinizing Hormone Releasing Factor in Refeed Anorexia Nervosa Subjects".- *British Journal of Medical Psychology.*- 57.- April.- 44 - 55.

Minuchin S y Baker L.- (1974).- **Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.**- Harvard University Press.- Cambridge Massachusetts. 20 - 21.

Minuchin S.- (1985).- **Familias y Terapia Familiar.**- Ed. Gedisa.- 2da. Edición.- México.

Núñez R.- (1976).- **Aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad (M.M.P.I.) a la Psicopatología.**- Editorial El Manual Moderno, S.A.- México.

Palazzoli M.- (1978).- **Self - Starvation.**- Jason Aronson.- New York.

Passmore R y Robson.- (1976).- **Tratado de Enseñanza Integrada de la medicina.**- Editorial Científico.- Vol. 3.- 2da. parte.

Rivera O.- (1987).- **Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I.**- Ed. Diana.

Solomon P. Patch, V.- (1976).- **Manual de Psiquiatría.**- Ed. El Manual Moderno.- 2da. Edición.

Szmukler, G.- (1984).- Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa.- **The British Journal of Psychiatry.**- May.- Vol 144.- 553.

Thoma, H.- (1967).- **Anorexia Nervosa.**- International Universities Press, I.N.C.- New York.

Vandereycken, Meermann (1984).- Anorexia Nervosa: is Prevention Possible?.- **Int' L Psychiatry in Medicine.**- Vol. 14 (3).

Von Bertalanffy L. (1984).- **Teoría General de Sistemas.**- Ed. Fondo de Cultura.- México.

Watz, C.- (1975).- **Behavior Therapy and Health Care.**- Principles and Applications.- General Psychology Series.- Ed. Pergamon 210 - 301.

Witt, D. Ryan, Christopher G. H.- (1985).- "Learning Deicits in Adolescents with Anorexia Nervosa".- **Journal of Nervous and Mental Disease.**- 173.- No. 3.

Yager, J.- (1982).- Family Issues in the Pathogenesis of Anorexia Nervosa.- **Psychosomatic Medicine.**- 44.- No. 1.- March.

APENDICE A

CUESTIONARIO PARA MADRES

1.- Cuál es su estado civil?

casada divorciada

viuda separada

2.- Cuántos hijos tiene?

hombres mujeres

3.- Qué enfermedades ha padecido usted?

sarampión enf. de la piel

enf. cardiacas hepatitis

enf. digestivas enf. nerviosas

paperas enf. respiratorias

varicela tuberculosis

viruela

4.- A quién le tiene su hija más confianza?

padre madre

5.- La busca a usted para platicar algún tema en especial?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

6.- Le platica su hija cosas personales a usted?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

7.- Castiga usted a su hija?

() siempre () algunas veces

() casi nunca () nunca

8.- Si la respuesta anterior es afirmativa, Cómo es este castigo?

() verbal () físico

() ambos

9.- Presenta alguno de sus otros hijos algún problema?

() físico () emocional

Qué tipo de problema? _____

10.- Cuál de sus hijos convive más?

(nombre y número que ocupa)

11.- Tiene su hija novio?

() sí () no

12.- Qué tantos amigos tiene su hija?

() ninguno () pocos

() algunos () muchos

13.- Con qué frecuencia los ve?

() poco () a veces

() mucho

14.- Cuál es el aprovechamiento de su hija en la escuela?

() bajo () regular

() bueno () excelente

15.- Tiene discusiones con su hija a la hora de la comida?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

16.- La resistencia a comer se agrava cuando existe algún problema en casa?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

17.- Esta resistencia se agrava cuando ella sufre alguna contrariedad?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

18.- Cómo es la relación entre usted y su esposo?

buena regular

mala

19.- Ha estado su hija hospitalizada a causa de la Anorexia?

sí no

20.- Ha tenido su hija otras enfermedades graves?

sí no

Cuáles? _____

21.- Usted ha tenido problemas con su peso?

sí no

22.- Ha tenido usted que llevar dieta?

sí no

23.- Se ha sometido usted a algún tratamiento para bajar de peso?

() sí () no

24.- Ha requerido usted de operaciones?

() sí () no

Cuáles? _____

25.- Cuál es el estado de ánimo de su hija a la hora de las comidas?

() alegre () mal humor

() triste () indiferente

26.- Le preocupa a usted la apariencia física de su hija?

() sí () no

27.- Le preocupa a usted el peso de su hija?

() sí () no

28.- Le preocupa a su hija su propia apariencia física?

() sí () no

29.- Le preocupa a su hija su peso?

() sí () no

30.- Ha tenido su esposo problemas de peso?

() sí () no

31.- Ha tenido su esposo que llevar alguna dieta?

() sí () no

32.- Con quién come su hija habitualmente?

() sola () con usted y sus hermanos

() con su padre () con toda la familia

() con usted () con sus hermanos

33.- Se molesta usted por que ella no quiere comer?

si no

34.- Tiene su hija conflictos con sus hermanos?

siempre algunas veces

casi nunca nunca

35.- Cuántos años tenía su hija cuando comenzó con Anorexia?

_____ años.

36.- Que hace actualmente su hija?

estudia estudia y trabaja

trabaja está en el hogar

37.- Si estudia indique qué estudios realiza y en que año está?

38.- Ha interrumpido su hija sus estudios?

si no

39.- En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa diga cuándo y el por qué?

40.- Trabaja usted fuera del hogar?

si no

APENDICE B

TABLA 1

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE HIJAS ANOREXICAS
Y NO ANOREXICAS.

	CASADAS	SEPARADAS
ANOREXICAS	8	0
NO ANOREXICAS	7	1

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 2

**NUMERO TOTAL DE HIJOS EN EL GRUPO DE ANOREXICAS
Y NO ANOREXICAS.**

	HIJAS (MUJERES)	HIJOS (HOMBRES)
ANOREXICAS	21	9
NO ANOREXICAS	18	7

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 3

ENFERMEDADES QUE HAN PADECIDO LAS MADRES DE
HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS

	SARAMPION	HEPATITIS	PAPERAS	DIGESTIVAS	RESPIRATORIAS	VIRUELA	NERVIOSAS	VARICELA
ANOREXICAS	5	2	3	5	1	0	1	6
NO ANOREXICA	5	0	2	2	2	3	2	3

TABLA 4

NUMERO DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE DE ACUERDO A LA PERCEPCION DE LAS MADRES PRESENTAN MAYOR CONFIANZA -- HACIA ESTA O HACIA EL PADRE.

	NO CONTESTARON	PADRE	MADRE
ANOREXICAS	0	3	5
NO ANOREXICAS	2	0	6

TABLA 5

FRECUENCIA CON QUE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS
 BUSCAN A SUS MADRES PARA PLATICAR ALGUN TEMA EN ES-
 PECIFICO.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
ANOREXICAS	3	5	0
NO ANOREXICAS	3	4	1

TABLA 6

FRECUENCIA CON QUE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS
LE PLATICAN COSAS PERSONALES A SUS MADRES.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	3	4	1	0
NO ANOREXICAS	4	2	1	1

TABLA 7

FRECUENCIA CON QUE LAS MADRES CON HIJAS ANOREXICAS
Y NO ANOREXICAS CASTIGAN A ESTAS.

	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	1	5	2
NO ANOREXICAS	3	3	2

TABLA 8

TIPO DE CASTIGO QUE APLICAN LAS MADRES DE HIJAS ANOREXICAS
Y NO ANOREXICAS A ESTAS

	VERBAL	FISICO	AMBOS	NO CONTESTARON
ANOREXICAS	6	0	0	2
NO ANOREXICAS	5	0	1	2

TABLA 9

TIPO DE PROBLEMA QUE PRESENTAN LOS OTROS HIJOS DE LAS
MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS

	FISICO	EMOCIONAL	NINGUNO
ANOREXICAS	1	1	6
NO ANOREXICAS	0	2	6

TABLA 10

HIJOS QUE CONVIVEN MAS CON LAS MADRES

	HIJAS ANOREX. Y NO ANORE- XICAS.	OTRO HIJO	TODOS	NO CONTESTARON
ANOREXICAS	2	3	3	0
NO ANOREXICAS	2	2	3	1

TABLA 11

HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE TIENEN NOVIO

	SI	NO
ANOREXICAS	1	7
NO ANOREXICAS	3	5

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 12

FRECUENCIA CON QUE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS
VEN A SUS AMIGAS.

	POCO	A VECES	MUCHO	NO CONTESTARON
ANOREXICAS	3	2	1	2
NO ANOREXICAS	3	2	3	0

TABLA 13

RELACION QUE EXISTE ENTRE LOS PADRES DE LAS HIJAS ANOREXICAS
Y NO ANOREXICAS

	BUENA	REGULAR	MALA
ANOREXICAS	5	2	1
NO ANOREXICAS	6	1	1

TABLA 14

NUMERO DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN ESTADO HOSPITALIZADAS A CAUSA DE LA ANOREXIA.

	SI	NO
ANOREXICAS	8	0
NO ANOREXICAS	0	8

TABLA 15

NUMERO DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN SUFRIDO DE ENFERMEADES GRAVES

	SI	NO
ANOREXICAS	3	5
NO ANOREXICAS	1	7

(NO SIGNIFICATIVO)

TABLA 16

MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN TENIDO
PROBLEMAS DE PESO

	SI	NO
ANOREXICAS	3	5
NO ANOREXICAS	5	3

(NO SIGNIFICATIVO)

TABLA 17

MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN LLEVADO DIETAS.

	SI	NO
ANOREXICAS	1	7
NO ANOREXICAS	5	3

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 18

MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE SE HAN SOMETIDO
A ALGUN TRATAMIENTO PARA BAJAR DE PESO.

	SI	NO
ANOREXICAS	1	7
NO ANOREXICAS	4	4

(NO SIGNIFICATIVO)

TABLA 19

MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN REQUERIDO DE OPERACIONES.

	SI	NO
ANOREXICAS	7	1
NO ANOREXICAS	5	3

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 20

PREOCUPACION QUE SIENTEN LAS MADRES CON HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS
ACERCA DE LA APARIENCIA FISICA DE SUS HIJAS.

	SI	NO
ANOREXICAS	8	0
NO ANOREXICAS	5	3

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 21

MADRES ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE LES PREOCUPA EL PESO DE SU HIJA.

	SI	NO
ANOREXICAS	7	1
NO ANOREXICAS	6	2

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 22

PREOCUPACION DE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS HACIA SU PROPIA APARIENCIA FISICA.

	SI	NO
ANOREXICAS	5	3
NO ANOREXICAS	8	0

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 23

PREOCUPACION DE LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS HACIA SU PESO

	SI	NO
ANOREXICAS	8	0
NO ANOREXICAS	7	1

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 2 4

PADRES DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE PESO.

	SI	NO
ANOREXICAS	3	5
NO ANOREXICAS	3	5

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 25

PADRES DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN TENIDO QUE LLEVAR UNA DIETA .

	SI	NO
ANOREXICAS	4	4
NO ANOREXICAS	3	5

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 26

PERSONAS CON QUE HABITUALMENTE COME LA HIJA ANOREXICA Y NO ANOREXICA.

	SOLA	CON SU MADRE	CON SU MADRE Y HERMANOS	CON TODA LA FAMILIA	CON SUS HERMANOS
ANOREXICAS	2	0	3	2	1
NO ANOREXICAS	2	2	2	2	0

TABLA 27

EDAD EN QUE SE INICIO EL PADECIMIENTO DE LAS HIJAS CON ANOREXIA

	NO PRESENTAN ANOREXIA	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	17 AÑOS
ANOREXICAS	0	2	1	2	1	2
NO ANOREXICAS	8	0	0	0	0	0

TABLA 2B

MADRES QUE SE MOLESTAN PORQUE SU HIJA ANOREXICA Y NO ANOREXICA NO QUIERE COMER.

	SI	NO
ANOREXICAS	6	2
NO ANOREXICAS	3	5

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 29

HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE PRESENTAN CONFLICTO CON SUS HERMANOS.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
ANOREXICAS	2	5	1	0
NO ANOREXICAS	0	6	0	2

TABLA 30

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS

	ESTUDIA	TRABAJA	ESTUDIA Y TRABAJA	ESTA EN EL HOGAR
ANOREXICAS	7	0	0	1
NO ANOREXICAS	6	1	1	0

TABLA 31

ESTUDIOS QUE TIENEN LAS HIJAS ANOREXICAS Y LAS HIJAS NO ANOREXICAS

	SECUNDARIA	PREPARATORIA	UNIVERSIDAD
ANOREXICAS	1	5	2
NO ANOREXICAS	1	5	2

TABLA 32

HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS QUE HAN INTERRUMPIDO SUS ESTUDIOS

	SI	NO
ANOREXICAS	3	5
NO ANOREXICAS	1	7

(NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 33

MADRES DE HIJAS ANOREXICAS Y NO ANOREXICAS
 QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR.

	SI	NO
ANOREXICAS	4	4
NO ANOREXICAS	0	8