



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE

Universidad Nacional Autónoma de México.
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.
Facultad de Medicina.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Departamento de Enseñanza.

Proyecto de tesis para obtener el grado de especialista en psiquiatría

***Índice de Masa Corporal y Actitudes Hacia la
Alimentación en Madres de Pacientes con Trastornos
de la Conducta Alimentaria***

Presenta:

Dr. Mauricio Leija Esparza.

Tutor teórico:

Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo.

Coordinador de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Tutor metodológico:

Ing. José Francisco Cortés Sotres.

Subdirector de Información y Des. Organizacional.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

México, D.F. a 22 de febrero del 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Al Dr. Alejandro Caballero Romo por estimular mi interés en los trastornos de la conducta alimentaria, y sobre todo por su tiempo invertido en asesorar sesiones bibliográficas, seminarios y proyectos de investigación que constituyeron una parte importante de mi formación como psiquiatra.

A todo el equipo de trabajo de la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría, por brindar las facilidades y el espacio para que pudiera realizarse este proyecto. Estoy en deuda con todos ellos.

Índice

I.	Introducción	4
II.	Marco teórico y antecedentes.	6
III.	Planteamiento del problema o la pregunta de investigación.	38
IV.	Justificación.	39
V.	Hipótesis.	40
VI.	Objetivos.	41
VII.	Material y métodos.	43
VIII.	Consideraciones éticas.	48
IX.	Resultados.	49
X.	Discusión.	66
XI.	Limitaciones del estudio.	71
XII.	Conclusiones	72
XIII.	Referencias bibliográficas	73
XIV.	Apéndice	81

I. Introducción

No cabe duda que los trastornos de la conducta alimentaria han venido a formar parte de una transición epidemiológica de la cual hemos sido testigos en los últimos años. Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa han mostrado un incremento en su prevalencia, al grado que representan patologías que cualquier médico esta obligado a descartar cuando acuden a su consulta mujeres jóvenes. Al igual que la *histeria* en la época victoriana, los trastornos alimentarios representan un enorme espectro que ha permeado en diversos grados la vida de las mujeres de nuestro siglo. Incluso podríamos llegar a pensar que la preocupación por estar delgada bien podría ser actualmente un componente de la feminidad.

Las motivaciones que tiene una adolescente o una mujer joven para dejar de comer son muy diferentes (incluso contrastantes) a las que tenía una mujer de principios del siglo xx, o las de una mujer de la Edad Media o de inicios de la era cristiana. Las anoréxicas sufren en carne propia los estragos de las demandas irracionales de nuestra civilización, tener un cuerpo delgado aún a costa de cualquier cosa, de lo que sea, a costa de dejar que el cuerpo se consuma solo; y para ello hay que dominar una de las necesidades más apremiantes del ser humano: el hambre (y dominarla de buena gana). “*Cuando ayunes, unge tu cabeza y lava tu rostro*” dice una porción del Evangelio, ahora, dos mil años después, este mandato es el estandarte de muchas mujeres, pero con una diferencia, el ascetismo y el estoicismo están ahora al servicio de un único fin: el culto a la delgadez.

Las bulímicas en cambio, pagan el precio por sus ingestas compulsivas de comida, experimentando sentimientos de culpa y escondiéndose de la mirada de los demás, “*En el pecado esta la penitencia*” reza un dicho popular. Pero ésto no les basta, pues les es necesario vomitar o purgarse, para regresar aquello que creen ilícitamente haber tomado.

No podemos dejar de mencionar el hecho de que un gran grupo de patologías relacionadas con la alimentación caen en el rubro de *“trastornos no especificados”*, entre ellos el trastorno por atracón, el cual es padecido por los llamados *“comedores compulsivos”*, quienes no sólo experimentan la dificultad para controlar el impulso por comer sino que además deben soportar el estigma social de la obesidad. El estar obeso ya no es sinónimo de salud, riqueza o bienestar, como se creía antes. De hecho, hubo un tiempo en que los ricos eran obesos y los pobres delgados, ahora no sólo parece que se ha invertido esta relación, sino que además la obesidad aumenta cada día más entre la población, haciéndola blanco fácil para trastornos físicos y mentales.

No podemos dejar de mencionar el hecho de que todos, en cierta medida, hemos contribuido al culto a la delgadez, o por lo menos hemos tolerado pasivamente su expresión. Hemos presenciado en las últimas décadas en las portadas de las revistas y en los concursos de belleza a modelos desfilando ante nuestros ojos luciendo un cuerpo *“anoréxico”* (ya no podríamos decir *“escultural”*, ya que la *escultura* de la Venus de Milo, por ejemplo, resulta demasiado obesa ante el patrón predominante actual).

Los trastornos de la conducta alimentaria cobran ahora un especial interés no sólo para médicos y psiquiatras, sino para sociólogos, antropólogos, filósofos, historiadores y otros estudiosos del campo de las humanidades, debido a que forman parte de un grupo de patologías que están en gran medida moldeadas por los valores promovidos por nuestra cultura. Los trastornos alimentarios son uno de los fenómenos de nuestro siglo, fenómeno que aún no logramos dominar y que eventualmente cobra vidas. Por tal motivo es necesario que los profesionales de la salud mental se sitúen en la delgada brecha que divide, por un lado, la influencia cultural negativa relacionada con el peso y la figura, y por otro lado la sensación de malestar e insatisfacción que produce el no *“adaptarse”* a esos estándares patológicos, adaptación que de lograrse (¡y de no lograrse!) puede desembocar en un trastorno mental.

II. Marco teórico y antecedentes

1. Los trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una importante causa de morbilidad física y psico-social en mujeres adolescentes y adultos jóvenes. La causa de los TCA es compleja y poco entendida. Ciertos factores de riesgo, biológicos y ambientales, han sido identificados y ampliamente descritos, sin embargo se desconoce como interactúan entre ellos para desencadenar y mantener la enfermedad. La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) comparten un mismo núcleo psicopatológico, el cual es esencialmente el mismo en mujeres y en hombres: la sobrevaloración del peso y la figura.¹

Russell² describió la BN por primera vez en 1979, al analizar una serie de treinta casos de pacientes cuya principal característica era una urgencia irresistible por comer en exceso, seguida por vómitos autoinducidos o uso de laxantes, así como la presencia de miedo patológico a ganar peso. La mayoría de estas pacientes (80%) tenían una historia previa de AN, por lo que Russell se refirió a esta entidad como “*una variante ominosa*” de la AN. En 1980, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* tercera edición (DSM-III), incluyó este síndrome bajo el nombre de “*bulimia*”, al que más adelante, tras la revisión del manual, se la agregó el término “*nerviosa*” para distinguir al síndrome del síntoma. A partir de entonces la BN ha sido descrita por muchos investigadores, se ha incluido en las actuales clasificaciones (DSM-IV, CIE-10) y se han establecido los criterios para el diagnóstico de dicho padecimiento. El DSM-IV³ define a la BN como un trastorno cuya característica esencial es la presencia de atracones, en los que la persona consume en un corto espacio de tiempo, una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían, seguida de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

En el año 2004, Russell⁴ publicó un artículo titulado “*Pensamientos en el vigésimo quinto aniversario de la bulimia nerviosa*” en donde mencionó estar mayormente convencido de

que la BN era un nuevo trastorno, resaltó la importancia de los factores socioculturales para el desarrollo de este padecimiento y señaló el hallazgo de Kendler ⁵ referente a que los sujetos nacidos antes de 1950 tenían menor probabilidad de desarrollar BN en comparación con las personas nacidas después de 1959 (se considera que antes de los años sesenta los casos de BN eran muy esporádicos, además de que debido a no existir un consenso sobre su diagnóstico y clasificación, no eran reportados).

La prevalencia para la BN ha sido reportada del 1 % en mujeres jóvenes (aunque se ha reportado una prevalencia para formas subclínicas hasta del 5.4 %), se considera que el grupo de mayor riesgo se encuentra en la edad comprendida entre los 20 y 24 años. ⁶

A diferencia de la BN, la AN fue descrita a lo largo de todo el siglo XX y existen los primeros reportes desde finales del siglo XIX, principalmente por William Gull en Inglaterra y Charles Lasègue en Francia.⁷ De acuerdo a Bojorquez *“Estos dos médicos describieron un síndrome, caracterizado por ayuno prolongado que conducía a la emaciación, e incluso a la muerte, y que parecía relacionado con factores psicológicos y familiares, el cual afectaba a jóvenes hijas de la burguesía en Francia e Inglaterra.”* ⁸ Algunos investigadores ^{9,7} creen que varias formas de auto-inanición fueron practicadas principalmente por mujeres a lo largo de la historia, motivadas por factores religiosos y sociales; de forma que el síndrome tal como lo conocemos hoy, bien puede ser un trastorno que ha acompañado a la humanidad a través de las épocas, y hoy sólo tiene algunas características diferentes que le impone nuestra cultura. Recordemos lo expuesto por Birnbaum (citado por Littlewood ¹⁰) quien en 1923 planteó la diferencia entre los factores patogénicos, los cuales causaban la enfermedad, y los factores patoplásticos, que daban contorno a las enfermedades individuales, cuya forma y características básicas ya estaban biológicamente establecidas.

El DSM-IV ³ define a la AN como un trastorno caracterizado por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso, una alteración significativa en la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo así como la presencia de amenorrea.

Actualmente la prevalencia de la AN ha sido reportada del 0.3%, algunos estudios sugieren que esta cifra está aumentando. La edad de inicio se encuentra generalmente entre los 15 y los 19 años. Se sabe (como fue notado por Russell) que del 8% al 62% de los individuos

con un diagnóstico inicial de AN desarrollan síntomas bulímicos en algún punto durante el transcurso de la enfermedad, siendo más frecuente dentro de los primeros 5 años.¹¹ La AN es la que reviste mayor importancia desde el punto de vista médico debido a las complicaciones que puede acarrear la desnutrición y por las elevadas tasas de mortalidad reportadas por diversos autores. Steinhausen,¹² tras analizar 119 series de pacientes que incluyeron un total de 5,590 anoréxicas, encontró un promedio de mortalidad del 5%. Revisando diversos estudios epidemiológicos reportados en las últimas décadas, Laird Birmingham ¹³ encontró una tasa estandarizada de mortalidad que iba del 0.71 al 17.8. Aunque las tasas varían de un investigador a otro, no cabe duda que la AN bien podría considerarse, al menos desde esta perspectiva, el trastorno psiquiátrico más grave, de forma que clínicos e investigadores deberían centrar sus esfuerzos en diseñar intervenciones terapéuticas más adecuadas para este padecimiento.

Tanto la AN y la BN representan los TCA mejor descritos; sin embargo, en los últimos años los investigadores han volcado su atención a las formas subclínicas de estos trastornos, conocidos como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) ya que también representan una causa importante de morbilidad así como de demanda de atención psiquiátrica. También es importante mencionar que este grupo representa a los TCA más comunes en el ámbito clínico y también en la población general. En un estudio de prevalencia en población no clínica, realizado en Portugal por Machado y cols.¹⁴ encontraron que los TANE representan tres cuartas partes del total de TCA encontrados (2.37% de la muestra), en contraste con las cifras de AN y BN encontradas en dicha población (0.39% y 0.30% respectivamente). Si bien aún no se han desarrollado investigaciones suficientes para caracterizar adecuadamente a estos trastornos y la actual clasificación los agrupa como “*no especificados*”,³ no cabe duda que pueden representar formas iniciales de trastornos específicos cuya pronta detección podría influir en su futuro desarrollo. También es importante señalar que una gran cantidad de pacientes que son diagnosticados como TANE pudieran en realidad padecer formas atípicas de AN o BN. Se ha estimado que si se modifican los criterios de los trastornos específicos, casi el 40% de los casos de TANE se considerarían AN o BN. Estas observaciones pueden ser la base para la modificación de criterios en posteriores clasificaciones.¹⁵

Por tal motivo el presente estudio incluye todas las formas de TCA incluidas en el DSM-IV: AN, BN y las seis variantes de TANE.

2. Los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

En los últimos años se han investigado múltiples factores de riesgo para desarrollar estos trastornos. No queda duda que el género y la edad temprana, así como el hecho de vivir en una sociedad occidental son factores de riesgo bien identificados.¹

La historia familiar de TCA ha sido identificada como un factor de riesgo importante. Strober y cols.¹⁶ analizando una muestra de 152 pacientes con AN y 171 pacientes con BN la cual incluyó a sus familiares de primer grado (290 y 297 respectivamente), encontró que el 14.1% de los familiares de las pacientes con AN padecían un TCA (incluyendo formas subclínicas), igualmente 14.8% de los familiares de las pacientes con BN sufrían algún TCA. Esto contrastó con un grupo control libre de patología psiquiátrica en quienes se encontró que sólo el 3.1% de los familiares padecían algún TCA.

Lilenfeld y cols.¹⁷ propusieron un modelo de vulnerabilidad familiar común, confirmando la presencia de TCA en familiares de pacientes con AN o BN, así como trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor. Respecto a este último trastorno cabe mencionar que desde el inicio de la década de los ochenta Hudson y cols.¹⁸ habían encontrado que el riesgo de que un familiar de un paciente con un TCA padeciera un trastorno del estado del ánimo era similar al encontrado en familiares de pacientes con trastorno bipolar.

Diversos estudios en genética molecular¹⁹ han contribuido a identificar los genes involucrados en la génesis de estos trastornos, los investigadores han centrado su atención en los polimorfismos de los genes relacionados a la serotonina, debido a que este sistema de neurotransmisión es importante en la regulación del apetito. El gen 5-HT_{2A}R ha recibido particular atención después de haberse encontrado una asociación entre la variación alélica

de la región promotora y la presencia de AN. Algunas regiones genómicas de los cromosomas 1 y 10 también han mostrado tener genes de susceptibilidad para la AN así como para otros TCA.

Estos hallazgos parecen resaltar la importancia de ciertos factores biológicos en la génesis de estos trastornos. Algunos de estos factores biológicos actúan en etapas muy tempranas de la vida y mantienen latente el desarrollo de un TCA hasta que el individuo llega a la adolescencia o a la adultez temprana.

Cnattingius y cols.²⁰ encontraron que algunos factores perinatales como el parto pretérmino y el trauma al nacimiento representaban un factor de riesgo para desarrollar AN o BN. De igual forma Favaro y cols.²¹ hallaron una correlación positiva entre diversas complicaciones obstétricas y perinatales (anemia, diabetes mellitus gestacional, preeclampsia, infarto de placenta, bajo peso al nacimiento y otras) y el riesgo de desarrollar estos trastornos. Encontraron también que la edad de inicio de la AN se anticipaba en relación directa con el número de complicaciones perinatales. Estos autores propusieron que una alteración en el neurodesarrollo podría estar implicada en el desarrollo de los TCA. Sin embargo, haciendo a un lado los factores biológicos, cabe mencionar que tres años antes, este mismo grupo de investigadores²² evaluó diversas áreas urbanas y suburbanas de Italia con el fin de determinar la prevalencia de los TCA en la población general. Uno de los hallazgos más relevantes del estudio fue que el grado de urbanización de una población tenía un impacto significativo en la prevalencia de la AN, la BN y el trastorno por atracón.

Actualmente son muchos los investigadores que otorgan un mayor peso a los factores socioculturales como elementos de riesgo para el desarrollo de un TCA.

Lindberg y Hjern²³ tras evaluar el impacto de diversos factores biológicos y socioculturales en una amplia muestra de población sueca, encontraron que los factores de riesgo más importantes para desarrollar AN fueron relacionados al contexto sociocultural del individuo, apoyando la hipótesis de una etiología sociocultural de la AN.

En un estudio ampliamente citado, Becker y cols.²⁴ evaluaron el impacto en las conductas y actitudes alimentarias en mujeres adolescentes de la República de las Islas Fiji tras la introducción de la televisión. Esta población fue seleccionada debido a la extremadamente baja prevalencia de TCA (sólo había sido reportado un caso de AN en 1990). El estudio se realizó en la provincia de Nadroga ya que hasta 1995 dicha población no había sido expuesta a la señal de televisión. Cabe mencionar que los valores tradicionales de Fiji respecto a los ideales del cuerpo alientan una constitución robusta, contrario a los ideales expuestos en la tradición occidental. Sesenta y tres mujeres adolescentes participaron en el estudio en 1995, a un mes de haber sido introducida la televisión en dicha comunidad, sesenta y cinco mujeres fueron evaluadas en 1998, tres años después de haber comenzado a estar expuestas a este medio de comunicación. A ambas muestras se les aplicó el *Eating Attitudes Test* de 26 ítems (EAT-26). De acuerdo a como se había esperado, mientras en el primer grupo solo el 12.7% obtuvo una calificación mayor de 20 en dicho instrumento, el segundo grupo obtuvo puntuaciones mayores de 20 en el 29.2% de las adolescentes encuestadas. Cabe mencionar que la presencia de vómitos autoinducidos para bajar de peso fue del 0% en las adolescentes estudiadas en 1995 y del 11.8% para el grupo analizado tres años después. Este estudio representó la primer investigación acerca del impacto de los medios masivos de comunicación en los valores y actitudes de una comunidad tradicional así como la influencia en el desarrollo de comportamientos y creencias propios de los TCA.

Algunos autores han propuesto que el grado de “occidentalización” de una población tiene una correlación directa con la aparición de los TCA. También es importante señalar que esta “occidentalización” refleja en gran medida los valores de la cultura norteamericana. Aquí vale la pena mencionar lo expresado por Joan Brumberg (citado por Bojorquez⁸):

“Los americanos exportan trastornos de la alimentación junto con hamburguesas McDonald’s, películas de Disney, e imágenes de Michael Jordan”

En este trabajo nos centraremos en el ambiente familiar y en los aspectos referentes a la relación madre-hija como factores de riesgo posiblemente implicados en el desarrollo de los TCA.

3. El ambiente familiar como factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Los primeros médicos que describieron la AN (Morton en 1689; Gull en 1873 y Lasègue en 1873), si bien asumieron que una de las causas era una disfunción del sistema nervioso central, también asociaron dicha condición con cierta influencia patológica de la familia de las pacientes. Ploog y Pirke ²⁵ mencionan que William Gull separaba a las pacientes de sus familias una vez que éstas habían alcanzado cierta ganancia de peso.

En las últimas décadas los investigadores han centrado su atención en el ambiente familiar que rodea a las pacientes con TCA. Se ha descrito que algunas experiencias premórbidas, las cuales tienen lugar en el núcleo familiar, pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de un TCA.

Kinzl y cols.²⁶ estudiaron a 202 mujeres de la población general a quienes se aplicó el *Eating Disorder Inventory* (EDI) y el *Biographic Inventory for Diagnosis of Behavioral Disturbances*, los resultados sugirieron que un ambiente familiar adverso podría representar un importante factor etiológico para el desarrollo de un TCA.

En otro estudio, Fairburn y cols.²⁷ encontraron que diversos problemas en los progenitores de pacientes con BN, incluyendo el trastorno por uso de alcohol, jugaban el papel de factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

Además, Palmer ²⁸ reportó altas tasas de experiencias sexuales adversas en mujeres con TCA, considerando el efecto de las experiencia traumática en la autoestima como una de las variables mediadoras. De forma semejante, Bulik y cols.²⁹ encontraron que el abuso sexual en la infancia representaba un factor de riesgo para que las pacientes con AN desarrollaran BN en el futuro.

El ambiente familiar disfuncional en el que tienen lugar estas experiencias sexuales adversas posiblemente tenga mayor impacto en predisponer inicialmente a patologías del

Eje II que del Eje I, y de esta forma crear un ambiente propicio para el desarrollo de cualquier trastorno mental. El abuso sexual, a pesar de estar presente en una gran cantidad de casos de pacientes con TCA, no es considerado actualmente como un factor de riesgo específico para el desarrollo de estos trastornos.

También hay que recordar que un ambiente familiar disfuncional puede caracterizarse, además del abuso sexual, por el abuso físico ejercido por uno de los miembros hacia los demás, el cual se observa con más frecuencia en pacientes con BN que en aquellas que padecen AN.³⁰

Diversos autores ³¹ han encontrado que las familias de pacientes con TCA, tienden a diferenciarse de las familias controles principalmente por presentar mayores conflictos, mayor desorganización familiar, menor adaptabilidad y cohesión, pobres cuidados de los padres hacia los hijos, presencia de sobreprotección de uno de los padres, menos orientación hacia actividades recreativas y menor apoyo emocional.

En un estudio realizado por Vidovic y cols.³² se evaluaron a 76 pacientes con TCA y a 29 de sus madres, con el fin de investigar la percepción que ambas tenían respecto a diversas características familiares (cohesión, comunicación y adaptabilidad). Tras aplicar el *Family adaptability and cohesion scales* y el *Parent-Adolescent Communication Form*, encontraron que las pacientes con TCA, salvo las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), consideraban a sus familias con menor cohesión y menor adaptabilidad que la percepción que tenían de sus familias un grupo de controles. Además, las pacientes percibieron la comunicación con sus madres como alterada. Las madres de las pacientes percibieron también menor cohesión y flexibilidad en su familia con respecto a las madres de los controles, también consideraron alterada la relación madre-hija pero su apreciación de la intensidad de estas dificultades fue menor a la reportada por sus hijas. Un hallazgo interesante fue que las pacientes con ANR tuvieron una percepción de los conflictos familiares semejante al reportado por los controles. Los autores concluyeron que si bien los conflictos familiares están presentes en grado importante en las familias de pacientes con TCA, cuando un miembro de la familia padece ANR la percepción de estas dificultades se encuentra disminuida, lo cual podría predisponer a la negación y a la evitación de la

resolución de conflictos (lo cual tradicionalmente se ha considerado como la interacción típica de las “*familias anoréxicas*”), así como a la pobre conciencia de necesitar ayuda especializada.

Algunas características relacionadas a la composición del grupo familiar han sido estudiadas por diversos autores con el fin de comprender mejor la etiología de los TCA.

Eagles y cols.³³ realizaron un estudio para determinar si la composición familiar de las pacientes con AN estaba implicada en la etiología de este trastorno, dado el antecedente de estudios con metodología muy débil en este rubro. La composición familiar de 259 pacientes con AN fue comparada con un grupo control integrado por 200 sujetos sanos. Se analizó la composición familiar en base al número de hermanas, el número de hermanos y el número de nacimiento que ocupaba la paciente. Las pacientes con AN resultaron ocupar un lugar más tardío en el número de hijos comparadas a los controles, también tendían a tener menos hermanos masculinos que los controles. Una explicación biológica para ello es que al tener la madre mayor edad aumenta el riesgo de problemas perinatales lo cual en previos estudios se ha asociado al desarrollo de TCA.²¹ Otra explicación posible para los hallazgos de este estudio es que al tener las pacientes anoréxicas mayor número de hermanas aumenta la posibilidad de que aprendan por imitación conductas alimentarias desadaptativas que pudiera expresarse en una hermana mayor (también Honey y cols.³⁴ demostraron la importancia de la influencia, tanto positiva como negativa, que ejercían las hermanas de las pacientes con AN, tanto en la respuesta al padecimiento como en el impacto que ejercía este trastorno en los padres), también cabe señalar que las características que adopta la madre son diferentes cuando predominan en número las hijas que cuando predominan los hijos varones, reportando algunos autores que las madres tienden a ser más dominantes en este último caso.

En muchas ocasiones el pobre desempeño de los padres a nivel familiar podría predisponer a que las hijas desarrollen un TCA, o bien perpetuar el padecimiento. Algunos investigadores³⁵ han encontrado que los padres parecen ser más inadecuados en su papel cuando el grado de satisfacción en su relación conyugal es pobre. Algunos han supuesto

que la desavenencia entre los padres favorece la presencia de “rasgos rígidos” de personalidad. Además, es muy frecuente que uno de los padres involucre a los hijos en los conflictos conyugales o bien que limite su autonomía, lo cual puede llevar a que las hijas expresen, a través sus conductas alimentarias, conflictos que no se expresan por otras vías (hay que considerar que la inanición por si sola es una forma de agresión la cual genera altos niveles de ansiedad en los miembros de una familia).

Es importante tomar en cuenta que los padres de adolescentes que sufren un TCA generalmente presentan mayores dificultades en su relación conyugal y un mayor grado de insatisfacción que los padres de adolescentes sin estos trastornos, por tanto el éxito en el tratamiento de estos padecimientos implicará una intervención a nivel familiar. Se cree que la mala relación conyugal podría influir negativamente en los hijos creando un proceso circular en el que la expresión de trastornos mentales en estos últimos exacerbaría las dificultades entre los padres.

Espina y cols.³⁵ analizaron a un grupo de 74 parejas que contaban con una hija con un TCA. Se propusieron medir el grado de desavenencia conyugal en cada una de las parejas y lo compararon con parejas de la población general. Tras aplicar, entre otros instrumentos, el *Dyadic Adjustment Scale*, encontraron que el grado de desavenencia entre las parejas era mayor en el grupo que incluía a hijas con un TCA en comparación con el grupo que se encontraba libre de psicopatología.

Vale la pena mencionar que el EDI, incluye algunos ítems que abordan algunos aspectos relacionados con el ambiente familiar o bien características de las pacientes que se han gestado en la familia, el ítem décimo tercero expresa “*mi familia solo valora como buenos logros los resultados que están por encima de los habitual*” y el cuadragésimo tercero expresa “*mis padres han esperado cosas excelentes de mi*”. Además la subescala de “*miedo a madurar*” valora características que sin duda tuvieron su origen en las relaciones tempranas de la paciente. Por tal motivo, Dare y cols.³⁶ han utilizado las puntuaciones del EDI para valorar los progresos en la terapia familiar para pacientes con AN. Al dar seguimiento por un año a un total de 40 pacientes anoréxicas y sus familias, concluyeron que las subescalas del EDI son sensibles a los cambios que ocurren durante la terapia

familiar de pacientes con AN. Además, dos subescalas del EDI, las correspondientes a “inefectividad” y “desconfianza interpersonal” mostraron cambios que diferenciaron la terapia familiar separada (en donde los padres de la paciente son vistos aparte) y la terapia familiar conjunta a favor de esta última. (Sin embargo, es importante mencionar que algunos autores han demostrado la superioridad de la terapia cognitivo-conductual guiada al auto-cuidado sobre la terapia familiar en pacientes con BN y TANE)³⁷

Estos hallazgos resaltan la importancia de valorar la dinámica familiar al entrevistar por primera vez y al dar seguimiento a las pacientes que padecen un TCA. A pesar de ello, como fue demostrado por Berg y Hodes,³⁸ una evaluación global es poco común. De los 66 psiquiatras a quienes encuestaron, la mayoría no evaluaba ni ofrecía tratamiento a la familia (incluyendo a los hijos) de las pacientes que eran detectadas con un TCA, esto a pesar de que el 89% de ellos estaban concientes de que los hijos de las pacientes eran individuos en riesgo de desarrollar diversos trastornos mentales.

4. El papel de la madre en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y algunas consideraciones etnopsicológicas.

Para muchos autores del ámbito psicoanalítico la figura de la madre juega un papel importante en el inicio y desarrollo de los TCA. En las pacientes anoréxicas, por ejemplo, el cuerpo es percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y no empática, y la inanición puede tener el significado inconsciente de detener el crecimiento de este objeto interno intrusivo y de este modo destruirlo.³⁹ Desde esta perspectiva, diversas características (físicas y psicológicas) de las figuras parentales podrían actuar como factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. Además, algunos autores⁴⁰ han descrito que la relación con los padres probablemente influya en el bajo nivel de estructuración psicológica y la autoagresión descrita en este tipo de pacientes.

Santiago Ramírez, quien fué uno de los principales representantes de la escuela psicoanalítica en México, habló sobre la importancia de la relación madre-hijo en el

desarrollo futuro de alteraciones en los hábitos alimentarios. Citando el ejemplo de una madre judía inmigrante que llega a un país americano, comenta:

*“Al tener a su hijo criollo, en el país que le dio albergue, va a mitigar muchas de sus penas, de sus angustias y de sus temores en la relación con el hijo... Será así como el niño comerá no únicamente lo que biológicamente necesita sino también todo aquello de lo que la madre careció cuando a su vez era niña... será objeto de una sobrealimentación... Tanto en las normas seguidas ante la alimentación como en las relativas al trato social, la madre estará reparando aquello que sufrió, aquello de lo que se vio privada.”*⁴¹

Resulta interesante como algunos aspectos –quizá psicopatológicos- que tienen relación con las experiencias pasadas de la madre juegan un papel importante en los hábitos alimentarios que transmite a los hijos; más adelante Ramírez expresa el sentir de la madre hacia su hijo:

*“come por todo lo que yo no comí, por todas las privaciones de mi infancia miserable, por todo aquello que siempre desee y no tuve.”*⁴¹

Este autor también nos explica la forma en que estos hábitos alimentarios son interiorizados y llegan a formar parte de las conductas habituales de un individuo:

*“Esta forma específica de manejar la necesidades instintivas del niño trae consigo el que éste incorpore en su interior la fórmula de la madre, y que sometiéndose a ella la repita una y otra vez, en forma estereotipada. Al principio, el niño supo que siguiendo las normas de su madre lograba su afecto, supo que recibía amor y atención cuando su conducta era eco de la de ella... Más tarde cuando el niño deja de serlo para transformarse en hombre, la madre se ha convertido de figura exterior en internalizada... Este niño, con esta dinámica, a quien la madre ha enseñado a calmar su ansiedad comiendo, ha quien la madre ha privado de la posibilidad de derivar al exterior las tensiones por medio del movimiento, se transformará en un sujeto obeso.”*⁴¹

Desde luego que la postura de este autor es completamente psicoanalítica y este marco no pretende explicar de la misma forma todos los casos de sobrepeso y obesidad que observamos en la clínica (por ejemplo, se ha podido documentar que los niños con bajo peso al nacimiento tienden a ser obesos ⁴². Partiendo del hallazgo de que la ingesta de alimento en ratas de experimentación es más elevada en crías de madres desnutridas, se cree que la hiperfagia es una consecuencia de la “programación” fetal ⁴³. Algunos han propuesto que cambios en la concentración de leptina durante el desarrollo fetal determinan la ingesta de alimento en la vida adulta ⁴⁴).

Además de la posibilidad de que una madre exprese su amor o “premie” a su hijo a través de la comida, también encontramos que puede suceder lo contrario, la privación del alimento puede ser una forma de castigar a los hijos. Josep Toro en su libro *El Cuerpo como Delito*, hablando sobre el modelo de la familia burguesa victoriana, comenta:

*“Los métodos de control se asociaban frecuentemente a los alimentos. Los niños debían comer cuanto se preparara para ellos, y si un alimento les disgustaba eran castigados obligándoles a ingerir una ración más. Por el contrario irse a la cama sin cenar era la forma usual de castigar el comportamiento incorrecto.”*⁹

Sin embargo el modelo de “familia burguesa victoriana” aún permea en nuestros días, como lo han demostrado Lacey y Smith ⁴⁵ quienes en una muestra de 20 mujeres bulímicas encontraron que el 25% de ellas habían usado la comida como una forma de castigar a sus hijos, principalmente al retirarles las golosinas.

En una de sus primeras publicaciones, Sigmund Freud relata el caso de una paciente (Emmy de N.) que sufría de *anorexia histérica*. Estando bajo hipnosis, Freud le pregunta: “¿por qué no puede usted comer más?” a lo que la paciente contesta:

“Siendo niña, me negaba a veces, por puro capricho, a comer la carne que me servían. Mi madre se mostraba siempre muy severa en tales ocasiones, y como castigo me hacía comer dos horas después lo que me había dejado, sin calentarlo ni cambiarlo de plato. La carne

*estaba entonces fría y la grasa se había solidificado en derredor... Aún veo ante mí el tenedor que mi madre me hacía coger... Una de sus púas estaba algo doblada. Cuando ahora me siento a la mesa veo siempre delante el plato con la carne fría y la grasa solidificada.”*⁴⁶

En este ejemplo vemos cómo las experiencias tempranas relacionadas a la alimentación, en donde la madre tiene un papel preponderante, predisponen al desarrollo de un TCA.

James Dobson en su célebre libro *Atrévete a Disciplinar* en donde aconseja a los padres y maestros sobre la educación y el cuidado de los niños, se plantea la pregunta: “¿debe un padre o una madre obligar al niño a comer?” a lo que contesta: “No. En realidad, la mesa es un posible campo de batalla”. Dobson habla de la mesa como un punto de conflicto común a nivel familiar; conciente de los efectos a largo plazo que pudieran comenzar a gestarse en la salud mental de los niños, expresa: “Los niños comerán tanto como necesiten...De hambre no se van a morir. ¡Lo prometo!”⁴⁷

Para este especialista la batalla en la mesa del comedor es algo que aún prevalece, y que debería pasar a la historia.

Debido a esto algunos investigadores se han centrado en buscar formas de tratamiento que aminoren los conflictos que tienen lugar en torno a la mesa, más aún si el origen de dichos conflictos tiene lugar en una madre con un TCA. Stein y cols.⁴⁸ después de dar seguimiento a 77 mujeres con síntomas bulímicos y a sus respectivos hijos por un periodo de 13 meses, encontraron que la terapia con *video-feedback* disminuía de forma significativa la presencia de conflictos a la hora de la comida, además de que tenía un impacto positivo en la relación de estas mujeres con sus hijos. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos no debemos olvidarnos de la importancia de la psicoeducación, ya que es notoria la desinformación que prevalece en muchos padres de familia quienes subestiman los efectos que pueden tener en los hijos los conflictos y las dificultades que surgen a la hora de la comida.

No podemos dejar a un lado algunos aspectos socioculturales relativos a nuestro medio, los cuales podrían ser relevantes para comprender el origen de los TCA al menos en nuestro país. Empecemos por mencionar el hecho de que una gran cantidad de hogares sufren el abandono del padre. Joaquín Antonio Peñalosa en su libro *Vida, Pasión y Muerte del Mexicano* lo expresa claramente haciendo la siguiente observación:

*“El primer mestizo nació de un padre ausente y una madre soltera. Después de más de cuatro siglos, la historia sigue siendo casi igual.”*⁴⁹

Respecto a esto, Octavio Paz en su conocido ensayo *El Laberinto de la Soledad*, comenta:

*“La extraña permanencia de Cortés y de la Malinche en la imaginación y en la sensibilidad de los mexicanos actuales revela que son algo más que figuras históricas: son símbolos de un conflicto secreto, que aún no hemos resuelto”*⁵⁰

Citando nuevamente a Santiago Ramírez, en su libro *El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones*, comenta en relación a la figura del padre:

“La participación del padre en el hogar es limitada, se trata más bien de un ser ausente, que cuando eventualmente se presenta es para ser servido, admirado y considerado. Los contactos emocionales con la madre son mínimos, al igual que con el hijo”.⁴¹

Y esto también nos remonta al periodo de la conquista, pues según Octavio Paz:

*“Es imposible no advertir la semejanza que guarda la figura del «macho» con la del conquistador español. Ése es el modelo –más mítico que real- que rige las representaciones que el pueblo mexicano se ha hecho de los poderosos: caciques, señores feudales, hacendados, políticos, generales, capitanes de industria. Todos ellos son «machos»...”*⁵⁰

Hay que recordar que el “machismo”, durante muchas décadas, ha puesto a la mujer en una posición vulnerable a la patología mental; desde antes de su nacimiento la mujer mexicana es blanco de influencias culturales negativas, como expresó Díaz-Guerrero:

“Antes de que nazca un niño, en el seno de la familia mexicana, existen ya en forma activa una serie de expectativas o anticipaciones específicas. Hay muchas sociedades en donde la preferencia es por niños y no por niñas. En México es más grave el apremio: ¡debe ser niño! El nacimiento de una niña, a menos que acontezca después de uno o dos, pero con preferencia de tres niños, tiene sus rasgos de tragedia emotiva.” ⁵¹

Más adelante Díaz-Guerrero comenta:

“Así la esposa mexicana entra, mucho antes de la maternidad, en el camino real de la abnegación, la negación de todas sus necesidades y la prosecución absoluta de la satisfacción de las de todos los demás.” ⁵¹

Por otro lado, el niño mexicano, además de experimentar el abandono del padre, pronto es nuevamente “abandonado” por su madre al ser desplazado por un nuevo hermano. De acuerdo a Santiago Ramírez, la historia del abandono del padre se repite, pues cuando el niño crece y comienza a formar una familia tiene lugar una reexperimentación de emociones “...desde que la mujer se embaraza, su actitud [del hombre] cambia por completo; el nacimiento de su hijo le hace recordar el remoto nacimiento del hermano menor que lo desplazó del paraíso”,⁴¹ esta reexperimentación de sentimientos negativos le hace abandonar el hogar.

De esta forma, en nuestro país se repite perpetuamente el ciclo de la unión y desunión de un hombre “macho” y una mujer abnegada.

Es importante señalar que en otros países un comportamiento maladaptativo del padre, tal como lo vemos en México, puede predisponer al desarrollo de un TCA. En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York por Johnson y cols,⁵² encontraron que el

comportamiento maladaptativo del padre, más que el de la madre (medido por la *Disorganizing Poverty Interview*), predispone al desarrollo de un TCA en los hijos durante la adolescencia y la edad adulta temprana. Los autores comentan: *“la asociación entre la conducta maladaptativa del padre y el desarrollo de un TCA en los hijos fue en parte mediado por la baja identificación de los hijos con la figura paterna. Los adolescentes que no se identificaron con su padre tuvieron un elevado riesgo para desarrollar un TCA”*

Moorhead y cols.⁵³ estudiaron los predictores tempranos para el desarrollo de TCA, incluyeron un grupo de 21 mujeres con historia de TCA y un grupo de 47 mujeres controles, encontraron que el grupo de mujeres que desarrolló un TCA tuvieron el antecedentes de diversos eventos familiares adversos entre los que se incluía la ausencia del padre del hogar. El 19% de las pacientes con TCA reportaron la ausencia del padre, en contraste con el grupo control, en el que sólo el 2.2% reportó esta dificultad familiar.

Quizá la falta de identificación con una de las figuras parentales pudiera tener sus efectos a largo plazo al influir en la formación de rasgos maladaptativos de personalidad (Johnson y cols.⁵⁴ encontraron una asociación entre la conducta de los padres durante los años de la crianza y el riesgo para trastornos de personalidad en los hijos)

Desde esta perspectiva no sería raro suponer que el abandono temprano que sufren los niños de nuestro país bien pudiera forjar en ellos una personalidad dependiente. Otro psicoanalista, Calvin Hall, comenta:

“La madre puede controlar la conducta del bebé dándole alimento cuando es obediente a sus deseos y retirándoselo cuando no obedece. Como el dar alimento se asocia con el amor y la aprobación, y la negativa de alimentos con el rechazo y la desaprobación, el bebé siente angustia cuando la madre lo rechaza o lo abandona, pues esto significa la pérdida del deseable abastecimiento oral. Si se acumula mucha angustia sobre esta amenaza a los placeres orales del bebé, éste tiende a depender demasiado de la madre y también de otra gente. Desarrolla una actitud de dependencia hacia el mundo. En lugar de aprender a satisfacer sus necesidades mediante sus propios esfuerzos, espera que le den las cosas

*cuando se porta bien y que se las quiten cuando se porta mal. Se dice entonces que tal persona tiene una estructura caracterológica de dependencia oral.”*⁵⁵

Cuando Erich Fromm visitó nuestro país, invitado por la Universidad Nacional Autónoma de México,⁵⁶ realizó un estudio sobre las características psicológicas de los habitantes de una población del estado de Morelos. Parte del legado de Fromm a México fue esta investigación publicada en un libro bajo el título *Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano*. Aunque el estudio abarca únicamente población rural, los hallazgos que obtuvo pueden ser el punto de partida para entender un sinnúmero de fenómenos que observamos en la población general.

Al estudiar la orientación del carácter de esta población, encontró que la que más predominaba (44% del total) era la orientación “receptiva”. Respecto a esto comenta:

*“La especial estructura mexicana tiene también otro elemento clave que es decisivo en la formación del carácter receptivo: la fijación materna”*⁵⁷

Y en otro contexto añade:

*“Un elemento clave en el carácter de los aldeanos es la fijación a la madre o la dependencia de ella... solo el 4% de los aldeanos no tiene fijación materna y casi la mitad (47%) se diagnosticaron como intensamente fijados a la madre. Al otro 49% se le calificó como moderadamente fijado a la madre. La fijación al padre es menos común y menos intensa que la fijación a la madre.”*⁵⁷

Partiendo del concepto de que la personalidad dependiente tiende a prevalecer en nuestra población ¿qué sucede cuando una mujer es abandonada por su cónyuge, y cómo puede esto influir en sus hábitos alimentarios? (Aquí es importante señalar que de acuerdo al EDI, la puntuación que obtiene una persona en la subescala de “miedo a madurar” bien pudiera ser un estimador de sus rasgos dependientes de personalidad, respecto a esto dos items ilustran perfectamente algunas características de la dependencia, el tercero: “Me gustaría

poder regresar a la seguridad de la infancia” y el trigésimo quinto: “Las exigencias del adulto son demasiado grandes.”)

Siempre y cuando haya disponibilidad de alimento, la dependencia de la mujer que es abandonada puede transformarse ahora en una “adicción” a la comida. Fromm, hablando sobre las orientaciones del carácter, escribió: *“el tipo receptivo se caracteriza por su gran afición a la comida y la bebida. Tales personas tienden a compensar su ansiedad y depresión comiendo y bebiendo”* ⁵⁸ (Esta observación realizada por Fromm, que parte del concepto de carácter oral de Freud, ha sido confirmada por la investigación; Fassino y cols.⁵⁹ encontraron que las mujeres obesas que padecían trastorno por atracón, presentaban puntuaciones más bajas en la dimensión de *auto-dirección* del *Inventario de Temperamento y Carácter* en comparación con los controles).

Carlos Fuentes en su libro *La Frontera de Cristal* narra la historia de un chef que padecía obesidad, el escritor describe cómo sus atracones tenían origen en sentimientos de soledad y rechazo, pues este personaje trataba de *“...compensar la imposibilidad erótica con la posibilidad culinaria.”* ⁶⁰ Respecto a esto vale la pena señalar que von Soest y Wicstrom,⁶¹ al dar seguimiento por cinco años a una muestra de 2601 adolescentes, han podido documentar que el hecho de vivir con una pareja (al menos para las mujeres) es un factor que reduce los síntomas bulímicos. Estos investigadores infieren que *“cuando se establece una relación, la motivación para ser delgado quizá se reduce, este cambio es el responsable de producir menos síntomas bulímicos en personas que viven con su pareja en comparación con los solteros”*. También es importante mencionar que algunos autores ⁶² han reportado que los estados de ánimo disfóricos, principalmente la ansiedad, pueden precipitar la presencia de atracones.

No sería raro, entonces, que un gran porcentaje de mujeres que han sufrido el abandono de su pareja y desempeñan el papel de madres pudieran padecer de sobrepeso u obesidad. Las características del cuerpo de la madre bien podrían representar un temor para las hijas en la pubertad o adolescencia, dicho en palabras de Josep Toro:

“el temor a acabar teniendo un cuerpo como el del padre o la madre (obesos), y mil cosas más, pueden poner en marcha la decisión de adelgazar y, a partir de ésta, el proceso anoréxico.”⁹

También algunos investigadores han observado que cuando existe la ausencia de uno de los padres el otro asume un papel dominante en la familia. Peter Dally,⁶³ tras estudiar 140 casos de AN encontró que en el 40% de las familias la madre ejercía un papel dominante (sólo en el 17% el padre ejercía un papel de dominio). También cabe mencionar que de este grupo de madres, más de la mitad eran de apariencia “robusta”.

Con respecto a la actitud de las madres ante su propia constitución física, Benninghoven y cols.⁶⁴ realizaron un estudio en el que se analizó las alteraciones de la imagen corporal presentes en un grupo constituido por 29 madres de pacientes con AN y 20 madres de pacientes con BN. Las madres de dichas pacientes tuvieron la tendencia a subestimar las dimensiones de su propio cuerpo; es decir, al restar las dimensiones objetivas de su cuerpo de la percepción subjetiva del mismo, resultaba en una cantidad negativa (la medición de la grasa corporal se realizó objetivamente por bioimpedancia y la apreciación subjetiva de la madre a través de un programa de computación que exhibía imágenes en un continuo de diferentes constituciones físicas).

Estos hallazgos quizá nos muestren que existe la posibilidad de que muchas madres de pacientes anoréxicas o bulímicas subestimen su propio peso corporal y de esta forma, en caso de que presenten sobrepeso u obesidad, no busquen tratamiento médico. Así, las hijas podrían albergar resentimiento contra sus madres por mostrarse indiferentes ante las dimensiones de su cuerpo y a la vez estar atemorizadas de que en un futuro exhiban la misma constitución física.

También es importante analizar cuál es la actitud de los padres mexicanos ante su propio sobrepeso u obesidad, la cual, en contraste con las nuevas generaciones, parece que en su tiempo no resultaba en una fuente de preocupación importante. Pañalosa señaló hacia el inicio de la década de los setenta:

*“el mexicano no está dispuesto a luchar a cuerpo limpio contra la obesidad y, si alguna vez se decide por seguir algún tratamiento que pudiera dejarlo altivo y lineal cual silueta de antena, lo abandona a las primeras de cambio”.*⁴⁹

Esta descripción contrasta completamente con la actitud que adopta una paciente anoréxica hacia su propio peso, expresado en palabras de Salvador Rocha Pineda:

*“La pasión por el propio cuerpo lleva a la anoréxica, como toda pasión, hasta los límites de lo humano. Ahí muy cerca de la locura y de la santidad, se enfrasca en una lucha cuerpo a cuerpo con su piel hasta que logra vencer el hambre, orgullosa exhibe su victoria en carne propia.”*⁶⁵

Este contraste nos puede ayudar a entender el conflicto que puede desencadenarse al convivir bajo un mismo techo unos padres obesos y una hija que lucha contra el miedo a engordar.

También cabe señalar que los padres de las pacientes con trastornos alimentarios, aún cuando pudieron haber sido delgados en su niñez y adolescencia, posiblemente la constitución de su cuerpo haya cambiado (quizá por multitud de factores, algunos desconocidos) para el momento en que nacieron sus primeros hijos. Nuevamente Peñalosa señala respecto a la cultura mexicana:

*“Me dicen que casarse y engordar es aquí asunto de rutina, desde luego en ellas, y por concomitancia en ellos”.*⁴⁹

Este escritor también habla sobre los hábitos alimentarios del mexicano, los cuales son necesarios tomar en cuenta para ampliar nuestro entendimiento sobre el contexto en que se desarrollan los TCA:

“Desde que le quitaron el biberón, abandonó la leche para siempre, pero se bebe de uno a dos litros diarios de refresco, que no tienen ningún valor nutritivo...Desordenadísimo para comer y goloso por definición, el mexicano no engulle lo que le nutre sino lo que le gusta.

Así se pasa el día devorando un surtido rico de esa infinita variedad de “antojitos” que, junto con la bandera y el himno nacional, integran la sustancia de la patria... Que teniendo un taco en la mano y un refresco en la otra, eso es vida...” ⁴⁹

Es importante señalar que algunos estudios han arrojado resultados en contra de la hipótesis de que la obesidad en los padres es un factor de riesgo para la AN. Fairburn ⁶⁶ encontró un odds ratio menor a 1 (0.9) al estudiar la obesidad de los padres como factor de riesgo para el desarrollo de AN, lo cual nos podría llevar a pensar que el exceso de peso de los padres es quizá un factor protector para la AN. Sin embargo, retomando el tema del abandono que sufre la mujer en nuestro país y el posible papel de abnegación ante el cuidado de los hijos, Fairburn encontró en este mismo estudio que una persona tiene cuatro veces más posibilidades de desarrollar AN si existe historia de depresión en alguno de los padres (la cual por sí misma puede predisponer a obesidad ⁶⁷), y 3.5 veces más posibilidades de desarrollar este trastorno si existe el antecedente de sobreprotección materna. De hecho, Tata y cols.⁶⁸ encontraron una correlación positiva entre la sobreprotección materna (medida por el *Parental Bonding Instrument*) y las puntuaciones del EAT-40 aplicado a un grupo de mujeres jóvenes.

Dally ⁶³ también describió la relación que las madres tenían con sus hijas anoréxicas como sobreprotectora (37% de su muestra estudiada, siendo ésta la actitud parental que más prevaleció) además de que ejercían limitación para la libertad y el desarrollo de las hijas, ya que tendían a preocuparse en exceso por la salud de ellas así como por su porvenir. Dally describe que a su vez las hijas expresaban “*sentimientos de ambivalencia considerable*” hacia su madre. Esto nos lleva al tema de la agresividad en las pacientes con TCA, expresado en palabras de Anthony Storr:

“la dependencia y la agresividad están íntima y recíprocamente ligadas [...] cuanto más dependa una persona de otras, más agresividad latente habrá dentro de ella. Dependencia de una persona significa estar en poder de ella; y, consiguientemente, es experimentar su poder, como una influencia limitadora que debe ser superada.” ⁶⁹

Un hallazgo interesante, reportado por Rowa y cols.⁷⁰ es referente al hecho de que las pacientes con AN tienden a tener mayores dificultades en la relación con su madre conforme se incrementa la edad de las primeras. Los autores explican este hallazgo haciendo referencia a que estas pacientes cursaban con padecimientos de mayor cronicidad que las anoréxicas de menor edad y esto dificultaba más la relación madre-hija. Sin embargo, quizá la explicación esté dada por el hecho de que una paciente con AN que permanezca más años bajo el cuidado de su madre expresará mayor agresividad hacia ella en su intento un tanto inconsciente por vencer la dependencia. También hay que señalar el hecho de que, al menos en nuestro país, los hijos tienden a permanecer cada vez más años en el hogar (debido probablemente a factores económicos, al incremento en la edad promedio para contraer matrimonio o al incremento de los años de preparación académica que son necesarios para tener mayor competitividad). Quizá muchos hijos de familia que inician la adultez temprana no están dispuestos a sujetarse a los límites impuestos por los padres en el hogar y esto constituye una fuente de conflictos. Esta transición a formas de familia con hijos mayores ha sido descrita en la prosa de Carlos Fuentes:

*“Elvira se daba cuenta de que cada vez más los hijos se quedaban en casa más allá de los treinta años o regresaban a ella a la edad de Cristo, como su hijo Abel, o se disponían a envejecer en el hogar [...] Si los hijos eran alambristas en el circo de la vida, los padres serían la red de seguridad que recibía sus caídas y les impedía morir estrellados”*⁷¹

Pero no solo la AN podría dispararse por factores relacionados con la figura materna, sino también la BN. Desde el punto de vista psicoanalítico las pacientes con este trastorno utilizan sus propios cuerpos como objetos transicionales. La lucha por la separación de la figura materna queda representada por la ambivalencia frente a la comida; el alimento pasa a representar el deseo de fusionarse con el cuidador y el vómito representa inconscientemente el deseo de separación.³⁹ Jeannette Hamui, psicoterapeuta jungiana, en su novela casi autobiográfica *Alicia en el país de las quesadillas* relata el efecto que provocaba en la protagonista la presencia de la madre en el momento en que se atracaba de comida:

*“En ocasiones fui descubierta por ella y de sólo ver su cara enfurruñada por mi delito, me daban ganas de volver el estómago. Por desgracia en ciertos momentos esa era una más de mis desagradables cualidades: comer abundantemente hasta hartarme; luego me venía un sentimiento de culpa, aparecía la vergüenza y echaba todo fuera. Así era como, según yo, borraba mi pecado y la sacaba a ella.”*⁷²

Estas conductas purgativas realizadas en el contexto de querer “sacar” a la madre, si bien son citadas de una narración literaria, constituyen observaciones hechas por algunos autores y que en cierta medida han podido ser documentadas en la literatura especializada. Okon y cols.⁷³ encontraron que las peleas en el hogar eran predictores positivos para la presencia de síntomas bulímicos en las horas subsiguientes del día. (Cabe mencionar que en este estudio los conflictos con el padre no eran predictores de atracones)

Además, en este texto vemos cierta agresividad latente de la protagonista expresada hacia la figura materna. En el caso de una paciente que sufra un TCA quizá esta agresividad latente tiende a expresarse de dos formas: indirectamente, a través de conductas autolesivas (Favaro y Santonastaso⁷⁴ han dividido las conductas autolesivas de las pacientes con BN en dos dimensiones: compulsivas, tales como la tricotilomanía y la onicofagia las cuales han sido reportadas como las más comunes y relacionadas con mayor brevedad del padecimiento; e impulsivas, tales como lacerarse la piel o quemarse, estando estas últimas relacionadas con historia de abuso sexual, intentos de suicidio y depresión), o bien en forma de violencia explícita dirigida hacia la madre o algún otro miembro de la familia. Citando nuevamente a Carlos Fuentes, en su libro *Todas las Familias Felices*, a través del diálogo de un personaje expresa claramente este tipo de dinámica familiar:

*“yo vengo de una familia en la que cada miembro dañaba de algún modo a los demás. Luego, arrepentidos, cada uno se dañaba a sí mismo [...] Cada uno construía su propia cárcel.”*⁷¹

Carlos Fuentes usa el término “cárcel” quizá para describir la pérdida de comunicación que puede tener lugar en cada miembro de una familia disfuncional. Hay que considerar que

esta característica es un elemento a tener presente cuando abordamos una familia en la que uno de sus miembros padece un trastorno mental. Harry Stack Sullivan ⁷⁵ resaltó la importancia de las dificultades en la comunicación que tenían lugar entre los individuos que sufrían trastornos mentales graves. De hecho, el EDI en los ítems vigésimo tercero y trigésimo cuarto, correspondiente a la subescala de *desconfianza interpersonal*, explora esta característica: “*Me comunico fácilmente con los demás*” y “*Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás*”. Las dificultades en la comunicación de las pacientes con AN también tienen relevancia desde una perspectiva clínica y pueden ayudarnos a entender mejor la dinámica que se crea alrededor de ellas. Kucharska-Pietura y cols.⁷⁶ estudiaron un grupo de 30 pacientes con AN y lo compararon con un grupo de sujetos control con el fin de investigar la habilidad de las pacientes para reconocer emociones en otros individuos. Tras mostrarles una serie de fotografías de rostros expresando diversas emociones y tras la aplicación del *Voice Emotion Recognition Test*, encontraron que las pacientes anoréxicas poseían menor habilidad que los controles para reconocer signos faciales de emociones negativas así como cambios emocionales expresados a través de la voz. Los autores concluyeron que estas deficiencias explican en parte la falta de empatía que expresan este tipo de pacientes y la pobre comunicación interpersonal.

Estos hallazgos nos llevan a abordar el tema de la alexitimia en las pacientes con TCA. Si bien esta característica ha sido descrita en pacientes con AN, Schmidt y cols.⁷⁷ tras analizar a 173 pacientes con TCA que incluía pacientes con BN, ANR y AN compulsivo-purgativa (ANCP), encontraron que los tres grupos de pacientes exhibieron puntuaciones más altas en la *Toronto Alexithymia Scale* en comparación con el grupo control. Por tanto, concluyeron que tanto las pacientes con AN como las pacientes con BN eran “*considerablemente más alexitímicas*” que los controles sanos. Además, tras valorar la alexitimia en pacientes bulímicas, antes y después del tratamiento farmacológico, las puntuaciones de la escala permanecieron estables, a pesar de que el manejo produjo una mejoría clínica significativa. Por tanto, consideraron que al menos en las pacientes bulímicas, la alexitimia era un “rasgo” poco afectado por el tratamiento y sin correlación con la mejoría clínica.

También hay que tomar en cuenta que los TANE pueden presentar algún grado de alexitimia junto con la sintomatología alimentaria que les es propia. Carano y cols.⁷⁸ al estudiar un grupo de 101 pacientes con trastorno por atracón (TANE 6), encontraron una prevalencia

de alexitimia del 39.6% (con una puntuación mayor a 61 en la *Toronto Alexithymia Scale*), también cabe mencionar que en este estudio la alexitimia fue relacionada con síntomas de mayor gravedad, pobre autoevaluación, mayor insatisfacción corporal y sintomatología depresiva más acusada en comparación con los pacientes con trastorno por atracón que no eran alexitímicos.

Además, hay que considerar que las dificultades en la comunicación no sólo pueden tener origen en la paciente que sufre AN o BN, sino en su madre, como tiende a suceder en el ambiente sociocultural que predomina en nuestro país. Muchas madres pudieran tardar en reconocer (o quizá soslayar) la presencia de un TCA en sus hijas debido a la pobre comunicación entre ambas. Oscar Lewis en su singular obra *Los Hijos de Sanchez*, en la que retrata algunos aspectos relevantes de la dinámica familiar en México, escribe respecto a las madres mexicanas:

“Si ellas se fijan en algo raro de sus hijas no tienen el valor suficiente para preguntarle... una palabra para sacarle la verdad. Y dejan todo así hasta que su desengaño es peor” ⁷⁹

Además de lo que ya se ha comentado, es importante mencionar que una mujer que desarrolla un TCA puede predisponer a sus hijos al desarrollo de psicopatología alimentaria aún desde la etapa del embarazo, el puerperio y la lactancia.

En un estudio reciente realizado por Bulik ¹¹ se analizó el IMC que tenían las madres de pacientes con AN durante la etapa de la gestación. Esta investigadora encontró que un peso bajo durante la gestación estaba relacionado con el riesgo de que el producto desarrollara AN en el futuro. Desde esta perspectiva, Bulik concluye que las madres que sufren AN tienden a tener una ganancia de peso menor durante el embarazo, con el riesgo de tener productos nacidos con bajo peso y con la consecuencia de que éstos tiendan a padecer enfermedades crónicas en el futuro (incluyendo AN), formando así, junto con los factores genéticos involucrados, lo que ella llama un “*ciclo de riesgo*”.

Lacey y Smith ⁴⁵ estudiaron los efectos del embarazo en 20 pacientes con BN, si bien encontraron que hacia el tercer trimestre los síntomas alimentarios habían remitido en el 75% de la muestra (y en el resto habían disminuido de forma considerable), el impacto de este trastorno en el recién nacido era evidente. Más de la mitad de las pacientes expresaron la preocupación de que sus hijos fueran obesos “*igual que ellas*” y 15% de ellas tenían a sus hijos con un peso por debajo del esperado.

De forma similar, Agras y cols.⁸⁰ examinaron el efecto de los TCA presentes en las madres de hijas en la etapa de lactancia con seguimiento hasta la etapa escolar, encontraron que las hijas de madres con TCA dejaban de recibir la lactancia hasta nueve meses más tarde en comparación con las hijas de madres sin TCA. Cuando las niñas tenían 2 años de edad, las madres presentaban preocupación por el peso de sus hijas y a la edad de 5 años las niñas mostraban irritabilidad, llanto y tristeza con más frecuencia que el grupo control; se consideró que estos hallazgos podrían representar factores de riesgo para el desarrollo de TCA en hijas de madres con estos padecimientos.

Otros estudios también han demostrado que las actitudes hacia la alimentación y hacia el peso en los progenitores pueden predisponer al desarrollo de TCA en los hijos. Stein y cols.⁸¹ encontraron que los hijos de madres con TCA tenían un peso corporal menor que el grupo control, más adelante ⁸² al examinar el papel del conflicto entre las madres con TCA y sus hijos a la hora de comer, demostraron que los infantes modificaban sus apreciaciones hacia la comida en base a la actitud de sus progenitores.

Hodes y cols.⁸³ evaluaron a los hijos de madres con TCA (la edad de ellos se encontraba en un rango muy amplio pues estaba comprendida entre los 9 meses y los 25 años), analizaron el impacto que ejercía en ellos este tipo de trastornos en la madre. Utilizando una base de datos de una clínica de atención a pacientes con TCA, se seleccionó una muestra de pacientes que contaran con diagnóstico de AN o BN y tuvieran al menos un hijo. Trece pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 5 de ellas con AN y 8 con BN; el estudio incluyó a 26 hijos de dichas pacientes. Los autores reportaron diversos trastornos psiquiátricos en la mitad de los niños; se documentó la presencia de trastorno disocial,

trastorno oposicionista desafiante, enuresis, trastorno obsesivo compulsivo y la presencia de AN en dos de los hijos incluidos en el estudio. Cabe mencionar que el tipo y grado de psicopatología que fue detectada en los hijos de las pacientes no diferenció a las que padecían AN de las que padecían BN; sin embargo, en cuanto al nivel de crecimiento de los hijos existió una diferencia entre ambos grupos. Los hijos de madres con AN eran más delgados (con una mayor tendencia en las niñas) respecto a los hijos de madres con BN. De los dos niños a los que se les detectó sobrepeso, ambos eran hijos de madres con BN. Además de esto se encontró que el ambiente familiar que rodeaba a los hijos de las pacientes era adverso ya que se reportaron dificultades conyugales, dificultades en las relaciones familiares y bajo funcionamiento social en las madres de los niños.

En realidad existen pocos estudios que evalúen la percepción que tienen los padres “sanos” de la figura y el peso de sus hijos. Con respecto a esto, Holmn-Denoma y cols.⁸⁴ evaluaron a 93 padres de niños de 36 meses de edad; cabe mencionar que los autores no encontraron una diferencia estadísticamente significativa en la percepción que los padres tenían del peso de sus hijos, de hecho el 76% de los padres consideraban a sus hijos con un peso “promedio” y el 13% consideraban a sus hijos “delgados”. Sin embargo, los investigadores encontraron algunas diferencias de género en cuanto a lo que los padres percibían de las conductas alimentarias de sus hijos. Ambos padres tendían a reportar que sus hijas consumían “*bastante comida*” y las madres refirieron además que sus hijas tenían “*buen apetito*” en comparación con sus hijos varones. Además, ambos padres estaban preocupados de que sus hijos varones comenzaran a presentar bajo peso, pero no existía esta preocupación en relación con las hijas. Es interesante ver cómo la percepción de los padres acerca de las conductas alimentarias de sus hijos varía de acuerdo al género de éstos. Estos hallazgos quizá nos sugieren que existen aún muchas creencias culturales presentes en las familias con respecto a cuánto debe de comer una niña y cuánto debe de comer un niño. Nuevamente vemos reminiscencias de la época victoriana en nuestros días, en donde la mujer tenía una posición de mayor vulnerabilidad que el hombre para desarrollar un TCA. Citando una vez más a Toro:

“...el médico contribuía al mantenimiento de la mujer en su ámbito doméstico, al control represivo de su actividad sexual, e incluso al control alimentario. Por supuesto, las normas y comportamientos implícitos en todo ello, asumidas e interiorizadas por las mujeres adultas, debían ser transmitidas a sus hijas en el seno de esa vida familiar que el varón, el padre, controlaba severamente [...] El pudor femenino, atributo máximo de la mujer victoriana, implicaba la anulación de cualquier manifestación que pudiera interpretarse como señal sexual. Pero la mujer, la muchacha que no era capaz de dominar su apetito alimentario, no tenía por qué hacerlo con sus deseos sexuales. Hambre e impulso sexual parecían estar estrechamente asociados [...] las madres eran las responsables de adiestrar el apetito de sus hijas [...] limitar la ingestión alimentaria, era lo correcto, lo elegante lo moral.”⁹

Además de lo ya mencionado, no podemos pasar por alto el hecho de que al presentarse un TCA en una hija de familia, la relación madre-hija probablemente muestre un deterioro significativo, esto si tomamos en cuenta que la mayoría de las veces es la madre quien más interacciona con el padecimiento de la hija. Perkins y cols.⁸⁵ realizaron un estudio para determinar el impacto emocional que ejercía sobre los cuidadores un paciente con un TCA, así como el impacto ejercido en la relación entre ambos (la mayor parte de la muestra estaba representado por las madres de las pacientes). Hay que recordar que la emoción expresada es una característica que tiende a estar presente en cuidadores de pacientes con trastornos mentales, algunos estudios ⁸⁶ han mostrado que el sobreinvolucramiento emocional es consecuencia de las características del padecimiento sufrido en el paciente. (Anteriormente se habían realizado estudios similares en cuidadores de pacientes con esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar y enfermedad de Alzheimer, solo recientemente se ha considerado a los TCA como potenciales generadores de malestar emocional en quienes ejercen los cuidados de un paciente con estas características). Los autores de este estudio evaluaron una muestra de 20 cuidadores de pacientes con BN. Los cuidadores reportaron como una experiencia estresante el desempeño de este papel, así como dificultades y sentimientos negativos hacia las pacientes (Winn y cols. ⁸⁷ reportaron que el 56.3% de los cuidadores de adolescentes con BN cursaban con algún trastorno mental) .

Algunas madres reportaron haber advertido cambios conductuales en sus hijas y algunos realizaron el intento de hablar de esto con ellas, sin embargo éstas tendían a negar las conductas o bien se mostraban poco comunicativas. A algunas madres les fue difícil distinguir estas conductas alteradas compatibles con los TCA de las conductas normales propias de la adolescencia. Cabe señalar que los autores reportaron que la mayoría de las madres se sintieron responsables del desarrollo del TCA de sus hijas, experimentaron sentimientos de culpa y algunas reportaron que sus propios hábitos y actitudes hacia la alimentación habían influido en el comportamiento de las pacientes. Los autores de este estudio publicaron más adelante ⁸⁸ que este grupo de 20 cuidadores expresaron la necesidad de obtener más información, consejería, orientación, así como la necesidad de hablar con otros acerca de sus experiencias, los autores sugieren que preservar la salud mental de las personas allegadas a pacientes con TCA debe ser una de las metas del tratamiento orientado a la mejoría de estos padecimientos.

Igualmente Haigh y Treasure ⁸⁹ encontraron que en los cuidadores de las pacientes con AN prevalece una carencia de información en torno a este tipo de patología y generalmente se sienten poco apoyados por las instituciones que brindan atención a estos trastornos. Estos autores desarrollaron un instrumento para medir las necesidades que presentan los cuidadores de pacientes con TCA; esto sin duda representa uno de los primeros pasos para hacer intervenciones familiares basándonos en características que le son propias a los familiares de pacientes con AN o BN.

Si bien en este apartado hemos citado de forma alternada investigaciones de la literatura especializada junto con algunas fuentes más bien literarias, no podemos negar que en ocasiones debemos recurrir a las observaciones que han realizado personas del campo de las humanidades con el fin de obtener una visión más amplia del trastorno que deseamos estudiar. Además, no debemos olvidar que esto puede constituir un punto de partida para investigaciones de un rigor científico.

5. El *Eating Disorder Inventory* y las actitudes hacia la alimentación en madres de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Entre los antecedentes del presente estudio cabe mencionar que el EDI fue utilizado por Woodside y cols.⁹⁰ para evaluar las actitudes hacia la alimentación en padres de pacientes con TCA. Se aplicó este instrumento a un total de 107 madres y 78 padres. El grupo de madres obtuvo puntuaciones globales más altas y estadísticamente significativas en comparación con los controles (dentro de las subescalas del EDI tuvieron puntuaciones más altas la de *impulso por la delgadez, ineffectividad y conciencia interoceptiva*). A diferencia de las madres, los padres no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el EDI.

Este estudio apoyó la hipótesis de que la preocupación por el peso y la figura que exhiben las pacientes con TCE puede tener un origen familiar en el que la madre juega un papel principal.

6. El índice de masa corporal de las madres de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Con respecto a los puntos a investigar en el presente proyecto, es necesario mencionar que existen pocos estudios que correlacionen directamente el índice de masa corporal (IMC) de las madres y la presencia de un TCA en las hijas.

Fairburn y cols.⁶⁶ estudiando población de Oxford, analizaron una muestra de 67 mujeres con historia de AN y 102 pacientes con historia de BN, encontraron que la presencia de obesidad en los padres representaba un factor de riesgo para el desarrollo sólo de este último trastorno.

May y cols.⁹¹ evaluaron a los padres y a los hijos adolescentes de un total de 191 familias norteamericanas, encontraron que existía una correlación positiva entre el IMC de los padres y las preocupaciones relacionadas al peso en los hijos (la media del IMC de las

madres fue de 25.84 y la media en los padres fue de 28.21), cabe resaltar que la correlación con el IMC de ambos padres fue mayor entre las hijas que entre los hijos varones.

Como hemos podido ver, los TCA son un grupo de entidades susceptibles de ser influidos por una enorme cantidad de factores, entre ellos el ambiente familiar y la figura materna; sólo podremos diseñar estrategias terapéuticas eficaces cuando logremos comprender al menos en cierta medida las dimensiones psicopatológicas implicadas en este tipo de trastornos.

III. Planteamiento del problema o la pregunta de investigación

¿Existe una asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y las actitudes hacia la alimentación en las madres con respecto a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en sus hijas?

¿Existen diferencias entre las madres de hijas con TCA vs madres de hijas control* respecto a su IMC y sus actitudes hacia la alimentación?

* Trastorno depresivo mayor

IV. Justificación

Dado que el grado de obesidad y las actitudes hacia la alimentación varían ampliamente de acuerdo a cada cultura, es necesario determinar qué factores intervienen en el desarrollo de los TCA en nuestro país.

Esto permitirá ampliar nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo implicados en el desarrollo de estos trastornos y así poder diseñar estrategias para prevenirlos y modificar su curso.

Los resultados obtenidos pueden ser la base para posteriores investigaciones que busquen establecer la relación existente entre diversas características maternas y la presencia de un TCA en las hijas.

V. Hipótesis

Las madres de pacientes con TCA tendrán un IMC significativamente más alto que las madres de pacientes con otro padecimiento psiquiátrico (trastorno depresivo mayor). Las madres de pacientes con TCA también exhibirán rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) con una mayor puntuación en los instrumentos *Eating Disorder Inventory* (EDI) y *Eating Attitudes Test* (EAT-40).

VI. Objetivos

1. General:

- a) Comparar el IMC y las actitudes hacia la alimentación de las madres de pacientes con un TCA (AN, BN y trastornos de la conducta alimentaria no especificados) con las madres de pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM).
- b) Determinar si existe una correlación entre el IMC de las madres de pacientes con TCA y las puntuaciones que obtengan en el EAT-40 y en cada una de las subescalas del EDI.

2. Específicos:

- a) Comparar el IMC entre las madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas (TANE 1 y 2), las madres de pacientes con BN y sus formas subclínicas (TANE 3,4,6) y las madres de pacientes con TDM.
- b) Comparar las puntuaciones obtenidas en cada una de las 8 subescalas del EDI en las madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas, BN y sus formas subclínicas y TDM.
- c) Comparar las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 en las madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas, BN y sus formas subclínicas y TDM.
- d) Determinar si existe una correlación entre el IMC y las puntuaciones obtenidas en las subescalas del EDI y en el EAT-40 tanto en el grupo de madres de pacientes con TCA (el cual se subdividirá en madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas y madres de pacientes con BN y sus formas subclínicas) como en el grupo de madres de pacientes con TDM.

- e) Determinar el porcentaje de pacientes que acuden al servicio de Preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) y son diagnosticados con un TCA.
- f) Describir las características sociodemográficas de las pacientes que acuden al servicio del Preconsulta del INPRF y son diagnosticadas con un TCA.
- g) Describir y comparar la distribución de los diagnósticos realizados a las pacientes con TCA en el servicio de Preconsulta y los realizados en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del INPRF.
- h) Determinar el grado de cumplimiento terapéutico, medido por la asistencia a las citas médicas, de las pacientes canalizadas a la CTCA.

VII. Material y Métodos

1. Tipo de estudio:

De acuerdo a la clasificación tradicional esta investigación se considera un estudio retrospectivo, transversal, comparativo y observacional.⁹²

2. Universo de estudio:

El estudio incluye a las madres de pacientes mujeres que hayan acudido al servicio de Preconsulta del INPRF en el cuatrimestre agosto – noviembre del año 2007 y que tras ser evaluadas hayan sido canalizadas a la CTCA de dicha institución. La muestra estuvo constituida por madres que desearan participar y a las que fuera posible contactar (durante la realización de la historia clínica, la consulta de primera vez en la CTCA, las consultas subsecuentes o bien por invitación telefónica) y además cumplieran con los criterios de inclusión. La muestra del grupo control consistió en madres de pacientes con diagnóstico de TDM que acudieran al servicio de Preconsulta. Cada grupo se apegó a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión del grupo de casos:

- A. Ser madre de una paciente con diagnóstico de AN, BN o un TANE constatado en el expediente clínico.
- B. Tener una edad comprendido entre 28-60 años
- C. La edad de su hija debe estar comprendida entre los 13-35 años.
- D. No contar con el diagnóstico de un TCA.
- E. Desear participar en el estudio.

b) Criterio de exclusión en el grupo de casos:

- A. Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante.
- B. No saber leer o escribir.

c) Criterios de inclusión del grupo de controles:

- A. Ser madre de una paciente que haya acudido al servicio de Preconsulta y contar con el diagnóstico psiquiátrico de TDM.
- B. Tener una edad comprendida entre 28-60 años
- C. La edad de su hija debe estar comprendida entre los 13-35 años.
- D. No contar con el diagnóstico de un TCA.
- E. Desear participar en el estudio.

d) Criterios de exclusión del grupo de controles:

- A. Ser madre de una paciente que cuente con diagnóstico de AN, BN o un TANE.
- B. Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante.
- C. No saber leer o escribir.

3. Procedimiento:

a) Ubicación espacio-temporal:

El estudio se realizó en el INPRF, se captó a las madres de las pacientes que durante el cuatrimestre agosto-noviembre del 2007 acudieron a solicitar atención psiquiátrica.

b) Procedimientos para la recolección de la información:

- A. Se utilizaron las básculas disponibles en el INPRF para obtener el IMC de las madres participantes.

B. Se utilizó el expediente clínico para constatar el diagnóstico de las hijas.

C. Se consultaron los registros del sistema electrónico del INPRF para obtener algunos datos sociodemográficos de las pacientes.

4. Definición operativa de las variables, tipos de variables y escalas de medición:

a) IMC. Variable intervalar. Medida a través de peso/talla² (Kg/m²)

b) Puntuación EDI. Variable intervalar. Obtenida de la calificación total dada por el instrumento autoaplicable y la calificación de cada una de las subescalas.

c) Puntuación EAT-40. Variable intervalar. Obtenida de la calificación total de dicho instrumento.

d) Diagnósticos en Eje I de las hijas. Variable nominal. Obtenidos de una entrevista clínica realizada en el servicio de Preconsulta (para ambos grupos), y en caso de TCA el diagnóstico se confirmará a través de la entrevista realizada en CTCA y documentado en expediente clínico. Los diagnósticos corresponderán a categorías clasificadas en el DSM-IV TR

5. Instrumentos utilizados:

a) EDI: es un cuestionario diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la AN y BN.⁹³

Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes:

A. Impulso a la delgadez (7 ítems).

B. Sintomatología bulímica (7 ítems).

- C. Insatisfacción corporal (9 ítems).
- D. Inefectividad y baja autoestima (10 ítems).
- E. Perfeccionismo (6 ítems).
- F. Desconfianza interpersonal (7 ítems).
- G. Conciencia interoceptiva (10 ítems).
- H. Miedo a madurar (8 ítems).

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca» y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total de este cuestionario puede oscilar entre 0 y 192 (ver Apéndice).

Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que la puntuación total. Es un instrumento autoaplicado.

El EDI ha sido adecuadamente validado en la población mexicana ^{94, 95} y actualmente existe el informe de los puntos de corte, el análisis de la sensibilidad y especificidad de los mismos para la puntuación total y cada una de las subescalas del instrumento en pacientes diagnosticados con TCA.

b) EAT-40: es un cuestionario diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes en la AN, ^{96, 97} proporcionando asimismo un índice de gravedad del trastorno.

Consta de 40 ítems que se agrupan en 7 factores diferentes:

- A. Preocupación por la comida.
- B. Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
- C. Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos.
- D. Restricción alimentaria (dieta).
- E. Comer lentamente.
- F. Comer clandestinamente.
- G. Presión social percibida para aumentar peso.

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de “siempre” a “nunca” y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos (ver Apéndice).

Es un instrumento autoaplicado y al igual que el EDI ha sido adecuadamente validado en población mexicana.⁹⁸

Se ha reportado su confiabilidad con un alpha de 0.79 a 0.94⁹⁶

5. Pruebas estadísticas:

- a) Para comparar los IMC de las madres de pacientes con TCA con el de madres de pacientes con trastorno depresivo mayor, se utilizó la prueba *t de Student*, sin embargo usamos el *análisis de varianza* (ANOVA) cuando conformamos tres grupos (madres de pacientes con AN, BN y TDM). Se buscó determinar que, en caso de existir diferencias, éstas no se debieran al azar.
- b) También se utilizó la prueba de *t de Student* con el fin comparar las puntuaciones de ambos instrumentos (EDI y EAT-40) en madres de pacientes con TCA, y en madres de pacientes con trastorno depresivo mayor. Se buscó determinar que la diferencia en estas puntuaciones fuera estadísticamente significativa.
- c) Para determinar la correlación entre el IMC y las puntuaciones en las subescalas del EDI y el EAT-40 se utilizará el *coeficiente de correlación de Pearson*.

Estas pruebas se realizarán utilizando el paquete estadístico SPSS versión 10

VIII. Consideraciones Éticas.

Debido a ser un estudio observacional y que no involucra tratamientos puede considerarse una investigación con riesgo mínimo.

El consentimiento informado se obtendrá verbalmente solicitando a las madres de las pacientes de la CTCA su participación voluntaria para el estudio (el Comité de Ética del INPRF solo pide carta de consentimiento informado en investigaciones con riesgo mayor al mínimo). Se les pedirá que llenen los dos instrumentos y se les pedirá autorización para registrar su peso y su talla.

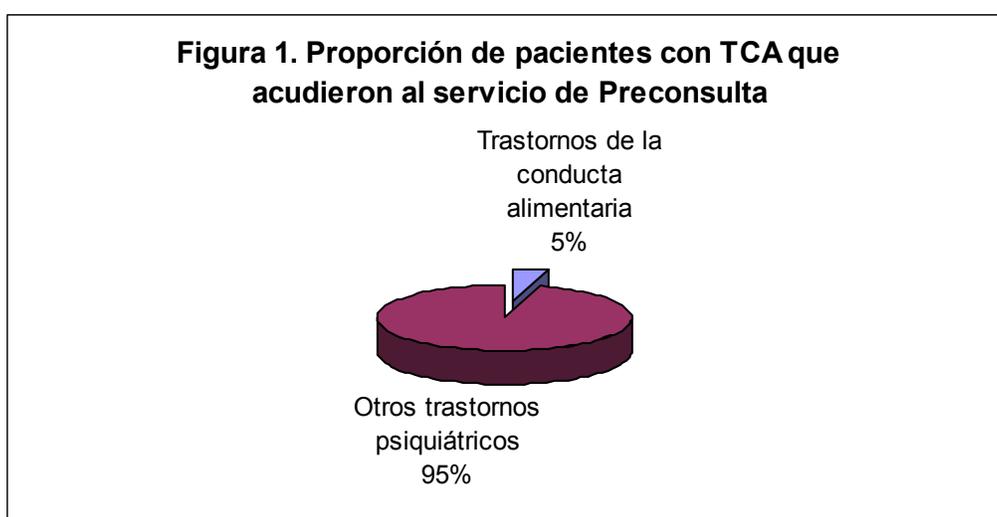
Se les asegurará la completa confidencialidad de la información obtenida. No se solicitará el nombre de la madre sino que se registrarán los instrumentos con el nombre de la hija. Dichos instrumentos sólo estarán en poder del investigador principal quien será el encargado de aplicarlos y calificarlos. Las medidas para proteger la confidencialidad de los instrumentos serán las mismas que se siguen con el expediente clínico.

A las madres de pacientes con TCA que obtengan una puntuación alta en los instrumentos mencionados (principalmente EAT-40 con puntuación igual o mayor a 30) se les ofrecerá una valoración más amplia, y en caso de requerirlo, tratamiento y seguimiento en la institución.

A las madres de pacientes que tengan un IMC entre 30-39.9 Kg/m² (obesidad grado I y II), serán canalizadas a un servicio de medicina interna de un hospital general (para detección de diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, etc), que en caso de contar con derechohabencia corresponderá a la institución afiliada, o si carecen de la misma se referirán al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. En caso de que las madres de las pacientes tengan un IMC de 40 Kg/m² o más (obesidad grado III ó morbida), serán canalizadas a la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y la Nutrición “Salvador Zubirán”.

IX. Resultados:

En el periodo de agosto a noviembre del año 2006, de acuerdo al registro electrónico del INPRF, en el servicio de Preconsulta se realizaron un total de 2,318 valoraciones psiquiátricas, de las cuales 116 pacientes fueron diagnosticados con un TCA. Como puede apreciarse en la figura 1, esta cifra representa el 5.0 % de los pacientes que acudieron durante este periodo a buscar atención psiquiátrica.



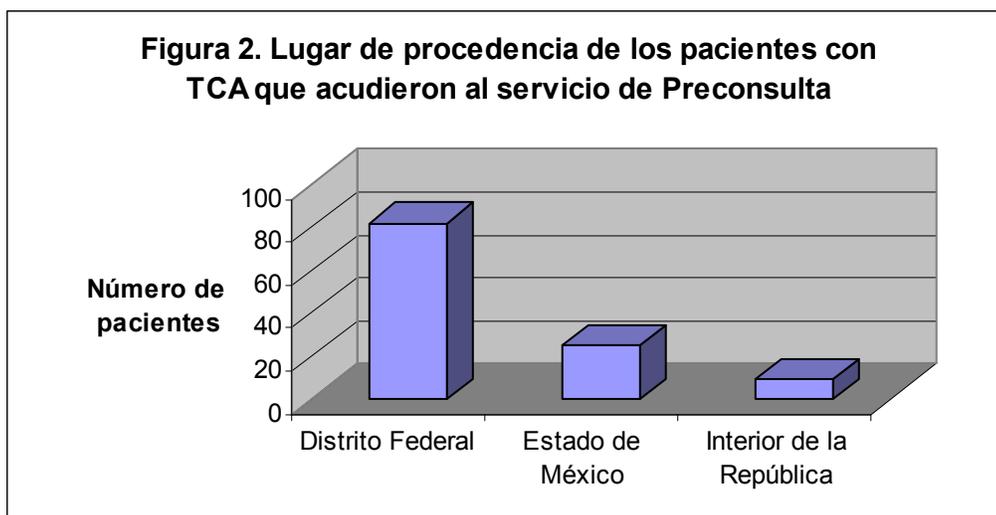
Del total de pacientes diagnosticados con un TCA, 108 (93.1%) fueron mujeres y 8 (6.8%) fueron hombres, resultando una proporción aproximada mujer-hombre de 13:1.

La media para la edad de las pacientes fue de 20.7 años (DE = 6.13, rango: 13-47). Solo 5 pacientes (4.3%) estaban casadas, 3 (2.5%) estaban divorciadas y una (0.8%) vivía en unión libre, el resto (92.2%) eran solteras. Algunas características sociodemográficas de este grupo de pacientes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con TCA que acudieron al servicio de preconsulta

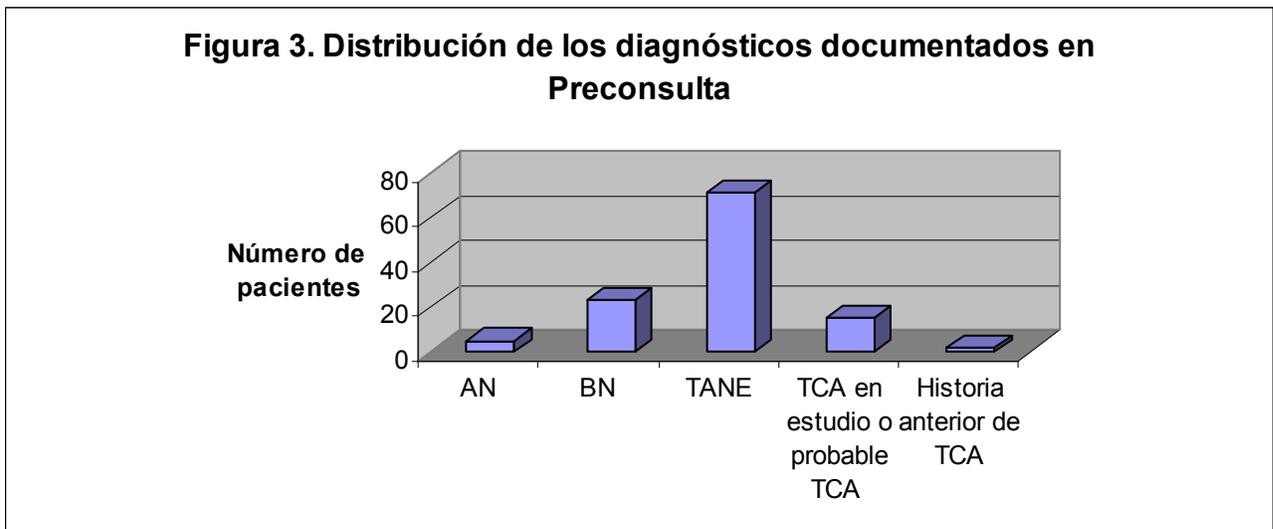
	N	%
Estado Civil:		
Soltera	107	92.2
Casada	5	4.3
Divorciada	3	2.5
Viuda	0	0
Unión libre	1	0.8
Ocupación:		
Estudiante	71	61.2
Empleada	12	10.3
Hogar	13	11.2
Sin ocupación	15	12.93
Otros	5	4.3
Escolaridad:		
Primaria	1	0.8
Secundaria	31	26.7
Preparatoria	49	42.2
Carrera técnica	4	3.4
Licenciatura	28	24.1
Postrado	2	1.7
Nula	1	0.8

En cuanto al lugar de residencia encontramos que 25 de los pacientes (21.5%) provenían del estado de México, 9 de ellos (7.7 %) provenían del interior de la república (Morelos, Querétaro, Michoacán, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Guanajuato y Guerrero) y el resto (82 pacientes representando el 70.6 % de la muestra) provenían del Distrito Federal.



En cuanto a la distribución de los TCA de acuerdo al diagnóstico dado en preconsulta, encontramos que la mayor parte de las pacientes (71, representando el 61.2% del total) fueron diagnosticados como TANE, 23 pacientes (19.8%) fueron diagnosticados como BN y solo 5 pacientes (4.3%) recibieron el diagnóstico de AN.

Dos pacientes (1.7%) fueron diagnosticados con historia anterior de TCA sin presentar sintomatología actual. En 6 pacientes (5.1%) el diagnóstico en Preconsulta no fue claro para el médico por lo que se categorizaron en el expediente como TCA “en estudio” y el resto (9 pacientes correspondiendo al 7.7% de la muestra) el diagnóstico fue de “probable” o “descartar” un TCA.

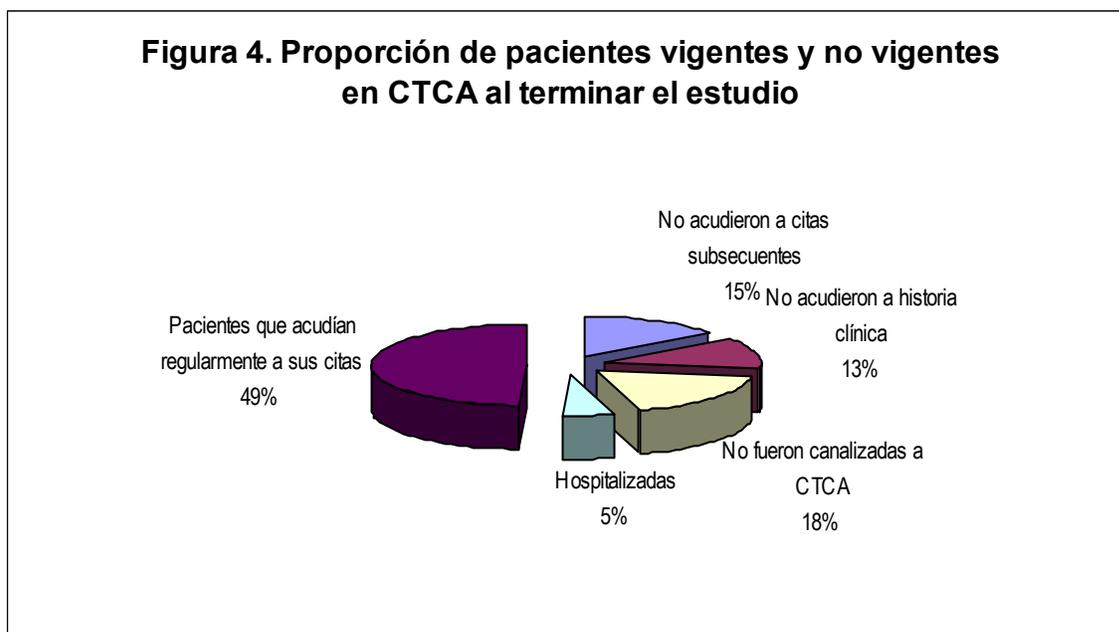


Es importante mencionar que para el momento en que se concluyó la recolección de los datos (cuatro meses después de que se comenzaron a captar pacientes del servicio de Preconsulta) 17 pacientes (14.6% del total) habían dejado de acudir a sus citas subsecuentes a la CTCA, también cabe mencionar que un total de 15 pacientes (12.9%) que fueron valoradas en el servicio de Preconsulta no acudieron a la realización de la historia clínica en la CTCA. Por tanto, el 27.5% de las pacientes que fueron evaluadas en el servicio de Preconsulta y canalizados para su manejo a la CTCA ya no eran pacientes activas en las agendas electrónicas del INPRF para el momento en que se analizaron los datos. Cabe señalar que de esta proporción de pacientes el 28.1% de ellas no radicaban en el Distrito Federal.

También es importante señalar que 21 pacientes (18.1%) diagnosticadas en Preconsulta con un TCA no fueron enviadas a la CTCA por considerarse que, debido principalmente a lo poco acusado de los síntomas, podrían ser tratados en el servicio de consulta externa de psiquiatría, con la opción de que el médico tratante solicitara interconsulta a CTCA (ninguna de estas pacientes tuvo diagnóstico de AN, y solo una fue diagnosticada como BN; la mayoría de ellas correspondían a TANE, a historia de TCA, o bien a TCA “en estudio” así como TANE “probable” o “a descartar”).

De las pacientes evaluadas en preconsulta una de ellas (0.8%) fue hospitalizada y 5 (4.3%) fueron canalizadas a otras instituciones para manejo hospitalario (Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro). De las pacientes referidas a otras instituciones ninguna acudió nuevamente al INPRF para continuar con tratamiento externo.

En resumen podríamos decir que del total de pacientes diagnosticadas en Preconsulta con un TCA durante el cuatrimestre estudiado, la mitad de ellas (50.7%) no eran pacientes activas de la CTCA para el momento en que se analizaron los datos.

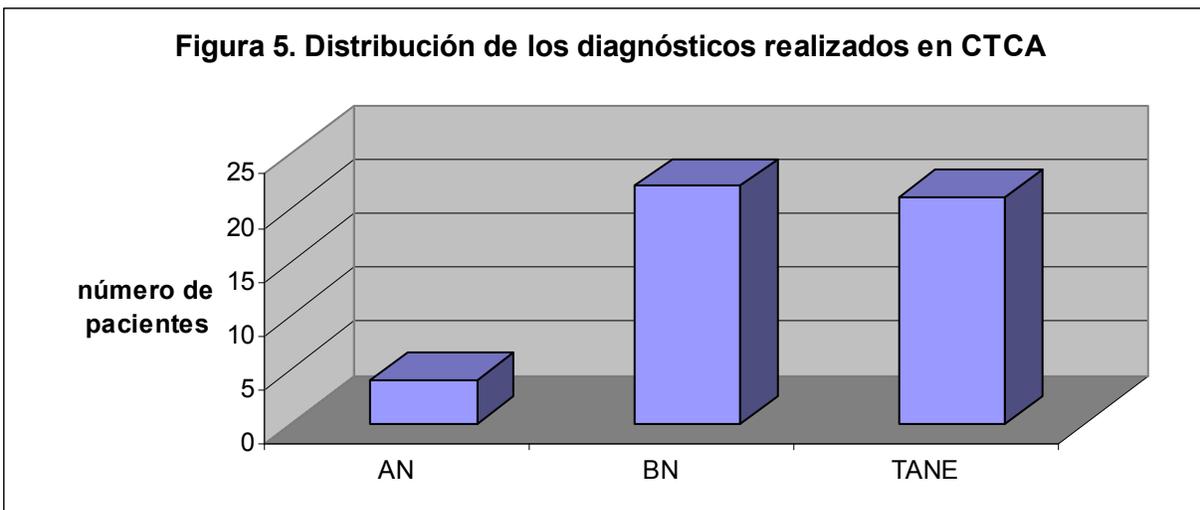


Si bien el total de las pacientes captadas recibió un diagnóstico en el servicio de Preconsulta, solo una tercera parte (37.0%) recibió un diagnóstico en la CTCA (como ya se

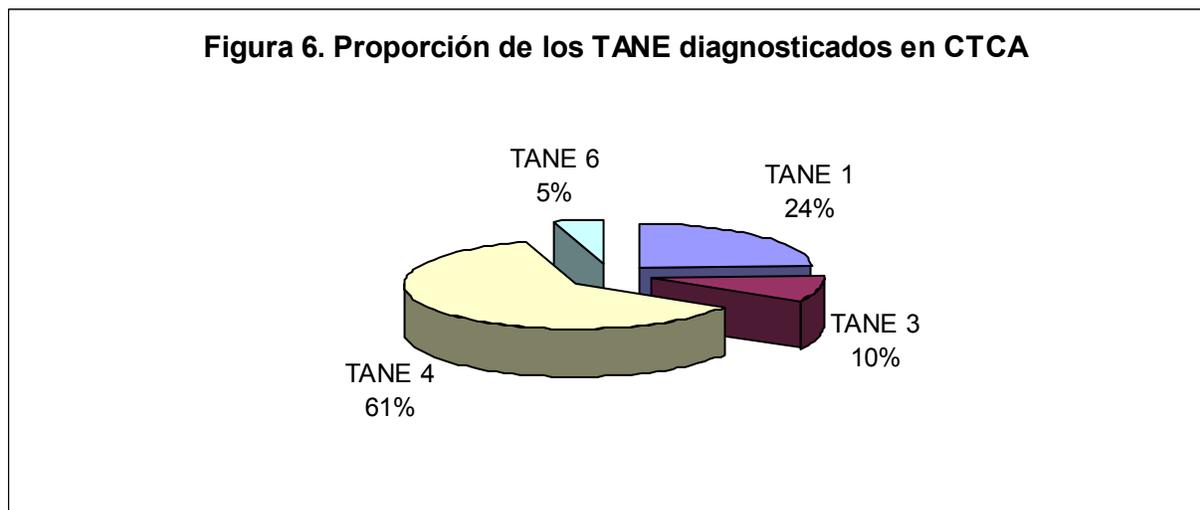
comentó una gran parte del total de pacientes dejó de acudir a sus posteriores valoraciones o bien no fueron pacientes canalizadas a CTCA).

Los diagnósticos difirieron en ambas valoraciones; sólo en el 20.9% de las pacientes el diagnóstico fue exactamente el mismo en el servicio de Preconsulta y en la CTCA.

En la figura 5 se muestra la proporción de diagnósticos realizados en la CTCA, como podrá observarse esta gráfica varía mucho en relación con la figura 3 que muestra la distribución de diagnósticos realizados en Preconsulta. Mientras en este último servicio predominaba por mucho el diagnóstico de TANE, en la CTCA tanto TANE como BN se encontraban en una proporción similar.



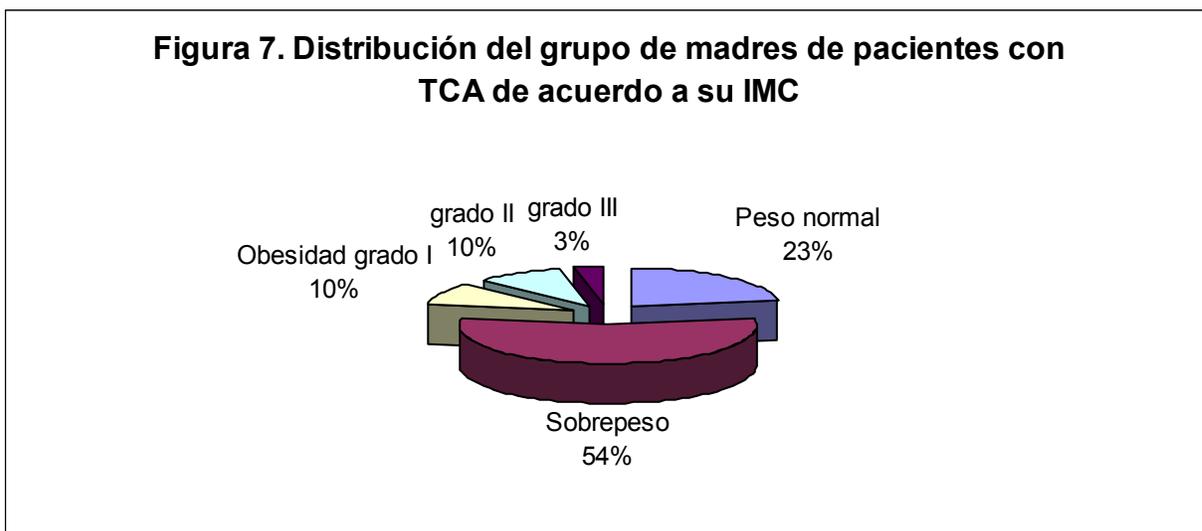
La proporción de los TANE se muestra en la fiugra 6 (no se realizaron diagnósticos de TANE 2 ni de TANE 5 en la CTCA durante el periodo de realización del estudio):



Las madres de las pacientes que permanecieron activas en la CTCA fueron consideradas para ser incluidas en el presente estudio. Sin embargo, 4 pacientes (y sus respectivas madres) fueron descartados por ser del sexo masculino, las madres de dos pacientes se mostraron renuentes a participar en el estudio por lo que también fueron excluidas. veinte pacientes fueron descartadas ya que no fue posible contactar a la madre para que llenara los instrumentos, esto debido a que en muchas ocasiones la paciente acudía a su consulta sola o bien en compañía de su pareja o de otros familiares. A algunas madres se les contactó por teléfono pero no pudieron acudir para la realización del estudio ya que radicaban en el Estado de México.

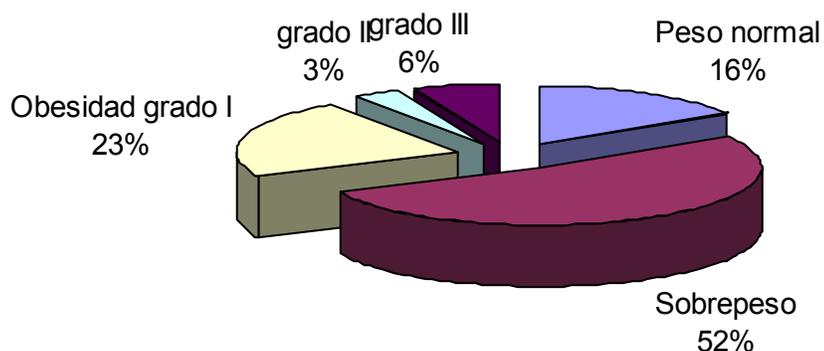
Finalmente, 31 madres de pacientes con TCA fueron incluidas como parte de la muestra para la realización del presente estudio. También se incluyeron 31 madres de pacientes con TDM.

La media para la edad de las madres de las pacientes con TCA fue de 45.38 años (DE=5.77, rango = 34-55) y la media para el IMC fue de 28.11 Kg/m² (DE=5.68, rango= 19.02-45.40) La figura 7 muestra la proporción de las madres de las pacientes con TCA de acuerdo a su IMC.



La media del IMC para el grupo de madres de pacientes con TDM (contrario a lo que se esperaba) fue discretamente mayor que la media del grupo en estudio: 28.92 Kg/m²

Figura 8. Distribución del grupo de madres de pacientes con TDM de acuerdo a su IMC



Como puede apreciarse, en el grupo de madres de pacientes con TCA solo el 23% tenían un peso normal, en comparación con el grupo control en el que solo el 16% de las madres tenían un peso normal.

Como puede apreciarse en la tabla 2, la diferencia en ambos grupos, respecto al IMC no fue estadísticamente significativa.

Tabla 2. Comparación de los IMC de ambos grupos

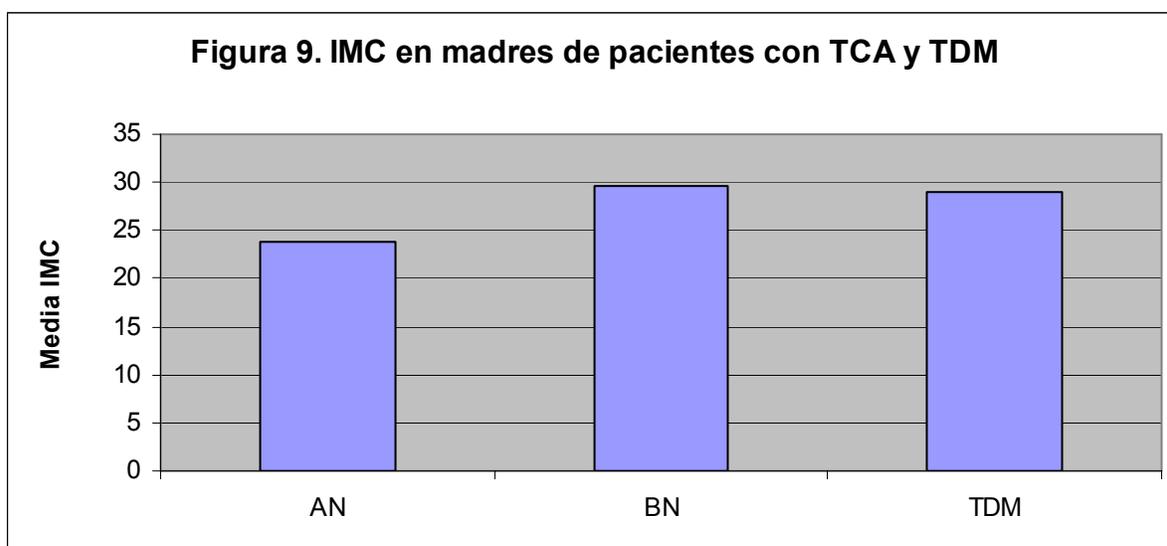
IMC:	Madres de pacientes con TCA N=31	Madres de pacientes con TDM N=31	t Student
Media	28.11	28.92	<i>t=.556</i> <i>p=.580</i>
DE	5.68	5.89	
Rango	19.02 - 45.40	19.84 - 45.99	

Sin embargo, al dividir el grupo de madres de pacientes con TCA en dos subgrupos integrados por madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas (TANE 1 y 2) y madres de pacientes con BN y sus formas subclínicas (TANE 3,4,6), las diferencias en el IMC fueron estadísticamente significativas.

Tabla 3. Comparación de los IMC entre las madres de pacientes con AN, BN y TDM.

IMC:	Madres de pacientes con AN N=8	Madres de pacientes con BN N=23	Madres de pacientes con TDM N=31	ANOVA
Media	23.83	29.59	28.9	<i>F=3.376 p=.041</i>
DE	2.99	5.67	5.89	
Rango	19.02 - 27.55	21.82-45.4	19.84 - 45.99	

Como puede apreciarse en la figura 9, mientras las madres de pacientes con BN y TDM tienden a cursar con sobrepeso, las madres de pacientes con AN tienden a mantener un peso normal.



También, contrario a lo que se esperaba, las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas al grupo de madres de hijas con TCA y al grupo de madres de hijas con TDM no mostraron una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 4. Comparación de las puntuaciones obtenidas en las escalas en los dos grupos principales.

Instrumentos aplicados:	Madres de pacientes con TCA	Madres de pacientes con TDM	<i>t</i> Student	
	N=31	N=31	<i>t</i>	<i>p</i>
	Media (DE)	Media (DE)		
EDI Subescalas:				
Conciencia interoceptiva	3.80 (4.36)	2.58 (2.15)	1.400	0.166
Desconfianza interpersonal	4.38 (3.53)	5.16 (3.14)	0.911	0.366
Impulso a la delgadez	3.32 (4.19)	4.03 (4.18)	0.666	0.508
Inefectividad y baja autoestima	3.70 (4.83)	3.70 (3.83)	0.000	1.00
Insatisfacción corporal	7.12 (6.09)	6.19 (4.44)	0.689	0.483
Miedo a madurar	4.58 (3.87)	3.61 (2.94)	1.108	0.272
Perfeccionismo	4.35 (3.53)	3.29 (2.66)	1.339	0.186
Sintomatología bulímica	0.41 (1.17)	0.70 (1.69)	0.782	0.437
EDI puntuación global	31.70 (21.83)	29.29 (11.25)	0.548	0.585
EAT-40	15.32 (7.42)	13.70 (6.56)	0.905	0.369

Tampoco existieron diferencias al dividir el grupo de madres de pacientes con TCA en dos subgrupos como sucedió con respecto al IMC. Las figuras 10 y 11 muestran de forma más esquemática las sutiles diferencias en las puntuaciones de las escalas en ambos grupos.

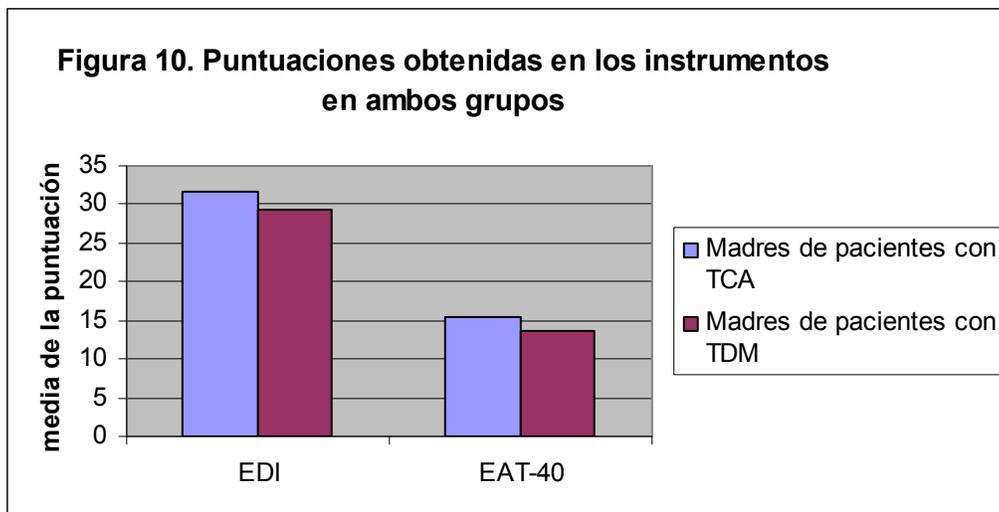
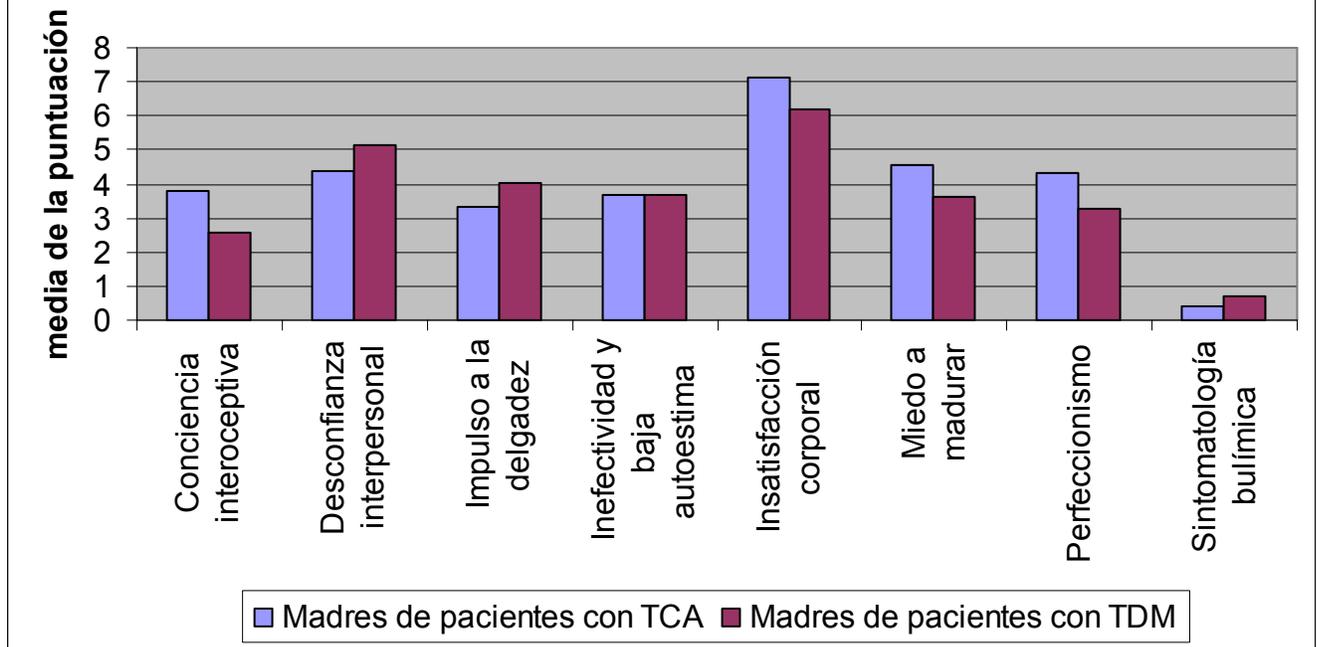


Figura 11. Puntuaciones obtenidas en las subescalas del EDI en ambos grupos



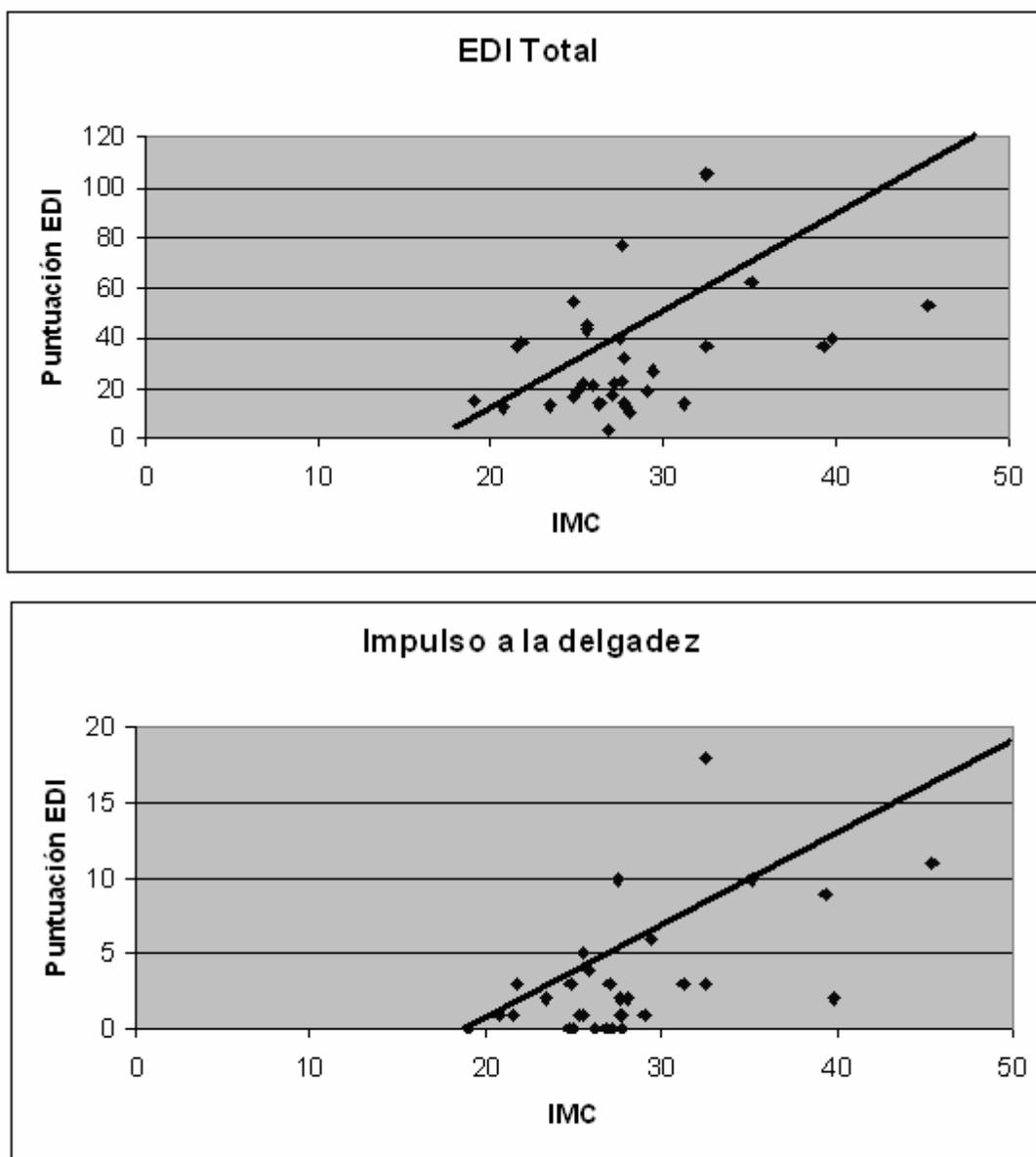
Cabe señalar que el IMC del grupo de madres de pacientes con TCA mostró una correlación lineal con algunas subescalas del EDI así como con el EAT-40.

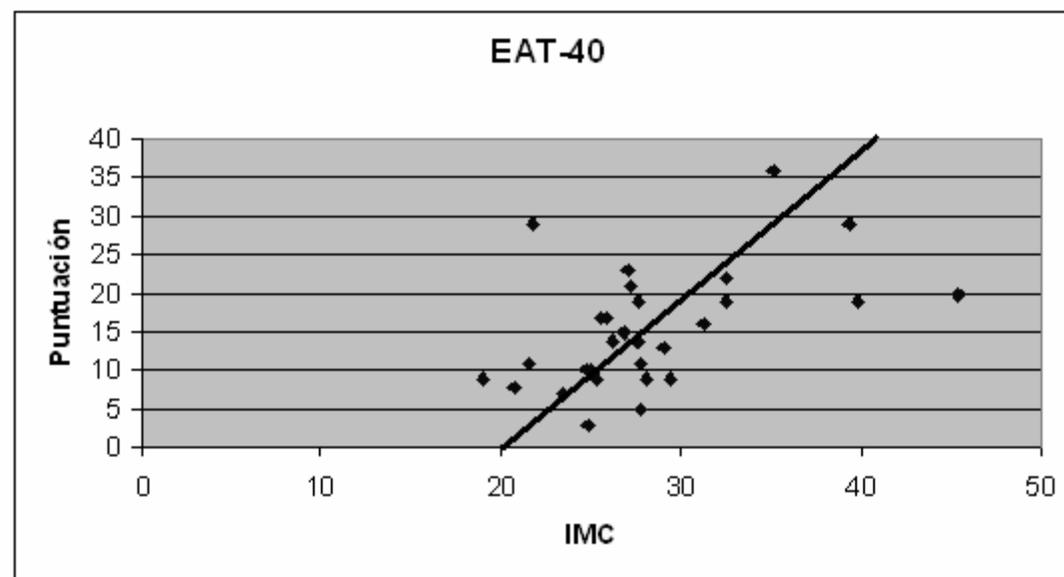
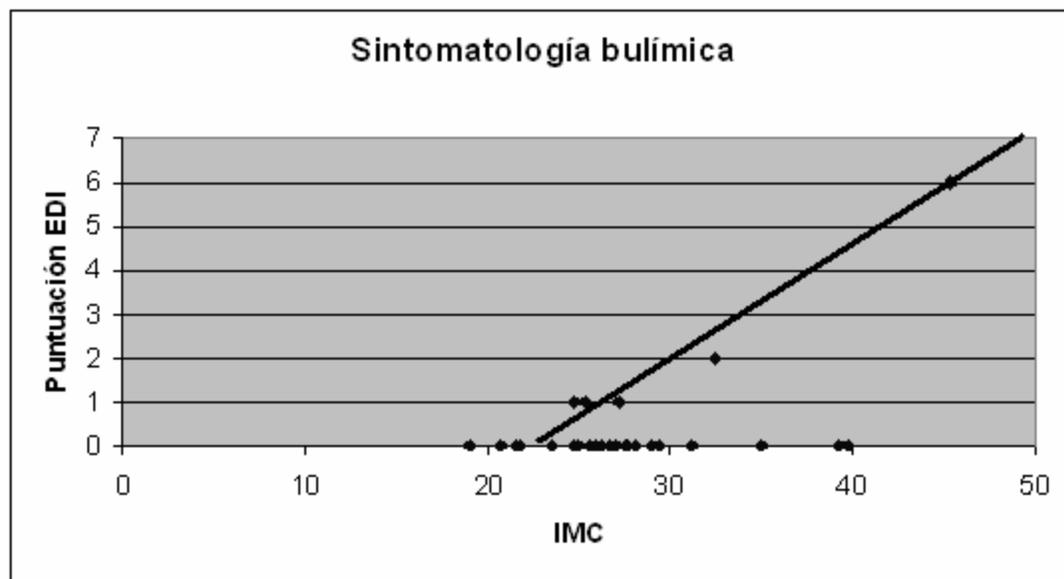
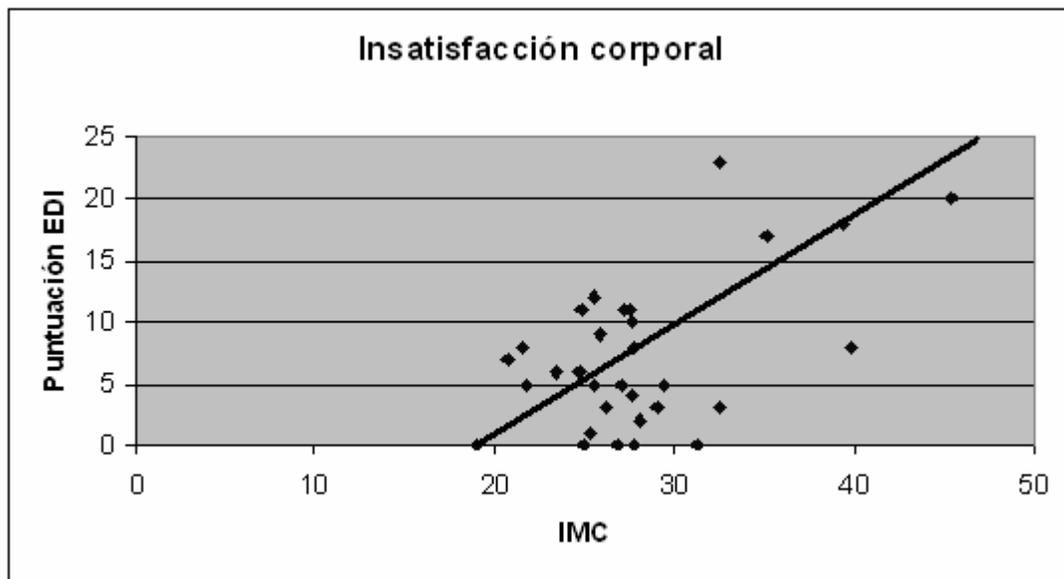
Tabla 5. Correlación entre el IMC y los instrumentos aplicados en el grupo de madres de pacientes con TCA

EDI Subescalas	<i>r</i>	<i>p</i>
Conciencia interoceptiva	-0.01	0.941
Desconfianza interpersonal	0.15	0.407
Impulso a la delgadez	0.57	0.001
Inefectividad y baja autoestima	0.16	0.384
Insatisfacción corporal	0.54	0.002
Miedo a madurar	0.07	0.721
Perfeccionismo	0.1	0.575
Sintomatología bulímica	0.57	0.001
Puntuación del EDI total	0.38	0.036
EAT-40	0.5	0.005

Como puede apreciarse en la tabla 5, la puntuación total del EDI mostró una correlación lineal positiva baja con una $p = 0.036$; además, las subescalas de *impulso a la delgadez*, *insatisfacción corporal* y *sintomatología bulímica* presentaron una correlación lineal positiva moderada, todas ellas estadísticamente significativas. También la puntuación total del EAT-40 mostró una correlación lineal positiva moderada estadísticamente significativa. Las figura 12 muestra por medio de gráficas de dispersión la correlación existente entre el IMC de las madres de pacientes con TCA y aquellas escalas y subescalas que mostraron una asociación lineal significativa entre ambas variables:

Figura 12. Correlación entre el IMC y las escalas y subescalas que mostraron una asociación estadísticamente significativa en el grupo de madres de pacientes con TCA





Es importante mencionar que también el IMC de las madres de pacientes con TDM mostró una correlación positiva con algunas puntuaciones obtenidas en el EDI y el EAT-40 como se aprecia en la tabla 6:

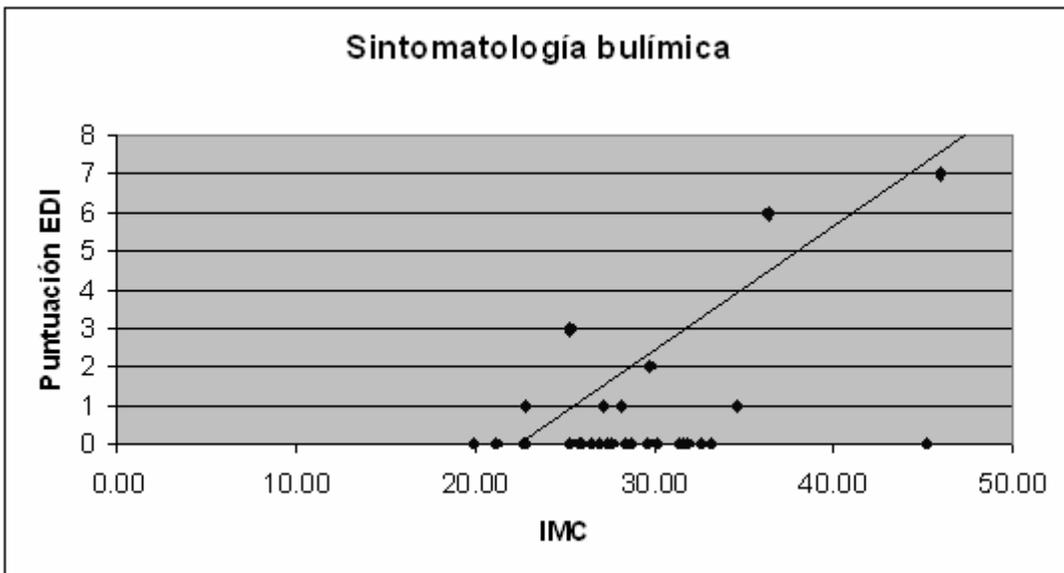
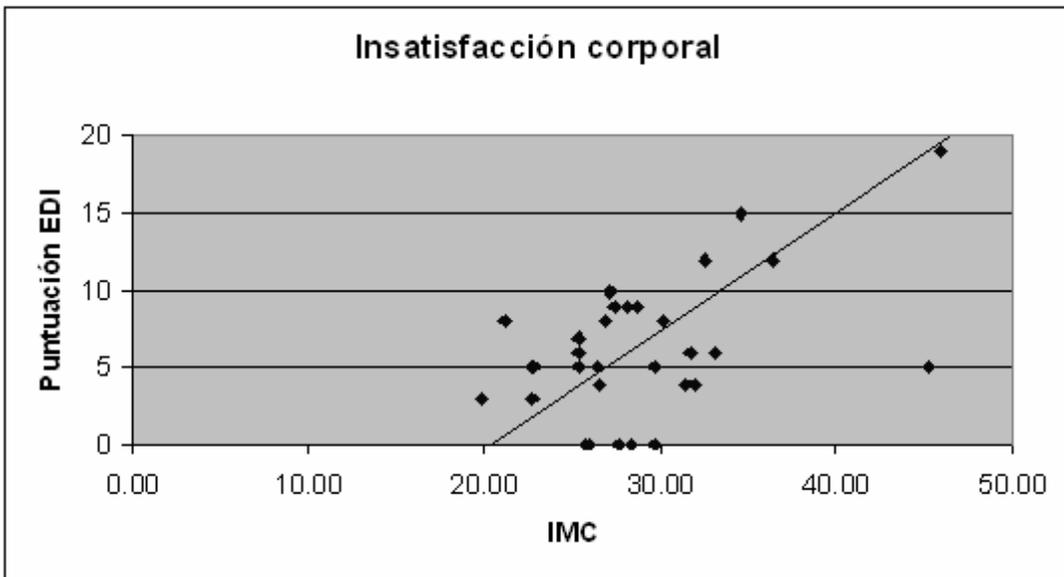
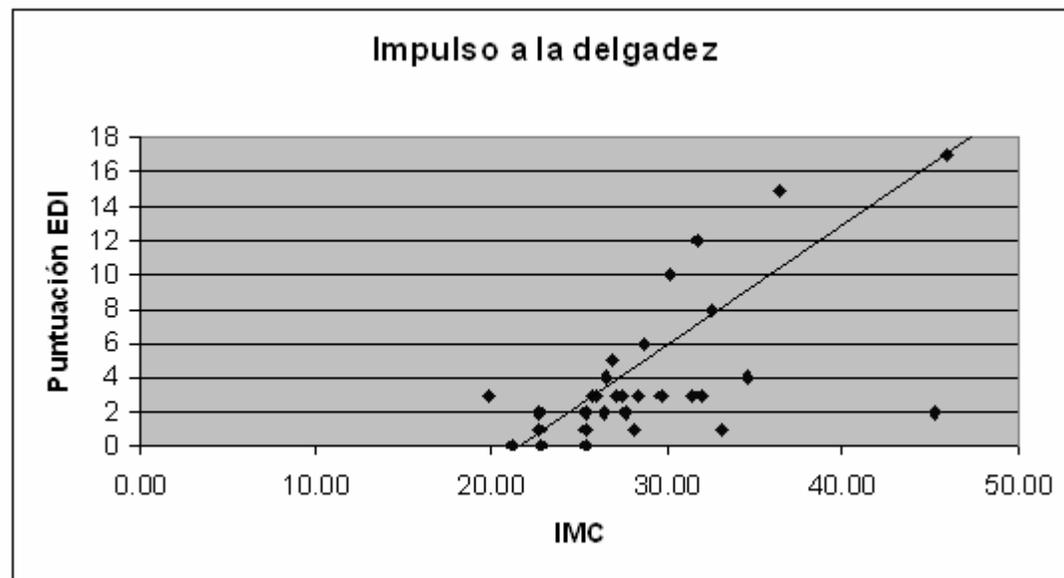
Tabla 6. Correlación entre el IMC y los instrumentos aplicados en el grupo de madres de pacientes con TDM		
EDI Subescalas	r	p
Conciencia interoceptiva	-0.067	0.719
Desconfianza interpersonal	-0.296	0.106
Impulso a la delgadez	0.597	0.000
Inefectividad y baja autoestima	-0.162	0.384
Insatisfacción corporal	0.495	0.005
Miedo a madurar	-0.206	0.266
Perfeccionismo	0.127	0.496
Sintomatología bulímica	0.507	0.004
Puntuación del EDI total	0.319	0.08
EAT-40	0.667	0.000

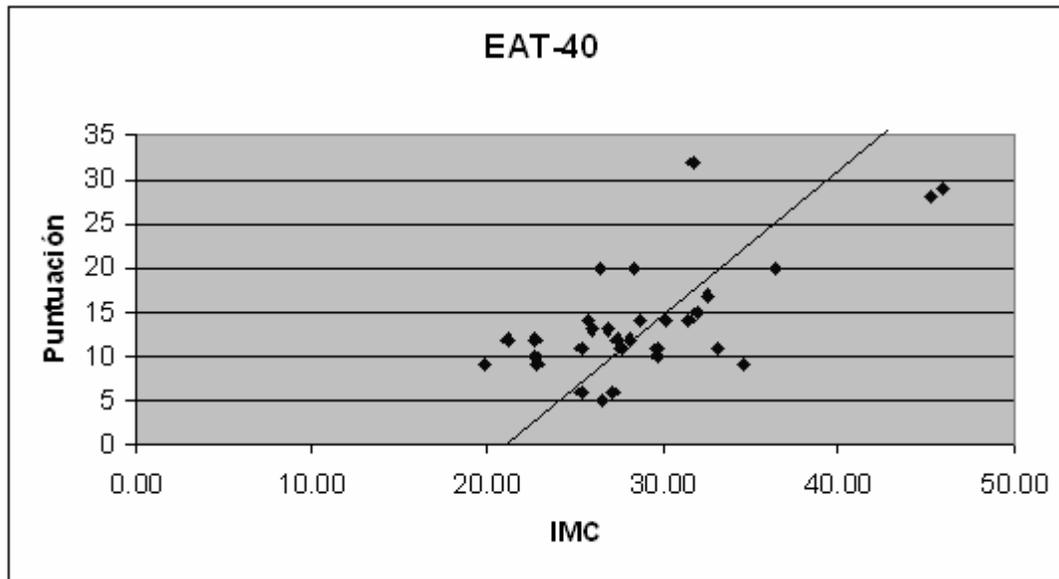
De forma similar a las madres de pacientes con TCA, las madres de pacientes con TDM mostraron una correlación moderada entre el IMC y las puntuaciones de las subescalas del EDI: *impulso a la delgadez*, *insatisfacción corporal* y *sintomatología bulímica*; así como una correlación con el EAT-40, todas estadísticamente significativas.

A diferencia del grupo de madres de pacientes con TCA, las puntuación total del EDI no tuvo una correlación estadísticamente significativa.

La figura 13 esquematiza por medio de gráficas de dispersión las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas entre estas variables.

Figura 13. Correlación entre el IMC y las escalas y subescalas que mostraron una asociación estadísticamente significativa en el grupo de madres de pacientes con TDM.





Como puede apreciarse tanto el grupo de madres de pacientes con TCA como el de madres de pacientes con TDM tuvieron un comportamiento muy similar en cuanto a la correlación del IMC y algunas puntuaciones de los instrumentos aplicados. De hecho, las madres de pacientes que mostraron puntuaciones altas en el EAT-40 estaban igualmente distribuidas en los dos grupos. Un total de dos madres (una de cada grupo) obtuvieron una puntuación mayor de 30 en el EAT-40 (punto de corte) , y un total de seis madres (tres de cada grupo) tuvieron puntuaciones límites (28-29 puntos). Es importante hacer notar que ninguna de las madres que obtuvieron estas calificaciones altas en el EAT-40 tenían una hija con AN (además, como ya se expuso, ninguna de las madres de pacientes con AN cursaba con obesidad).

Si bien el grupo de madres de pacientes con AN y el grupo de madres de pacientes con BN fueron similares en cuanto a las puntuaciones obtenidas en los instrumentos, no lo fueron en cuanto a la relación que tenían esas puntuaciones con su propio IMC.

Mientras las madres de las pacientes con AN incrementaban su *impulso a la delgadez* (por ejemplo: preocupándose por su peso, siguiendo dietas, experimentando culpa relacionada a la ingesta de alimentos, etc) en la medida en que se incrementaba su IMC; las madres de pacientes con BN incrementaban no sólo su *impulso a la delgadez*, sino su *insatisfacción*

corporal (por ejemplo: preocupándose por las dimensiones y la forma de diversas partes de su cuerpo) y la *sintomatología bulímica* (por ejemplo: comiendo excesivamente) en la medida en que se incrementaba su IMC.

Las tablas 7 y 8 muestran la correlación entre las puntuaciones de los instrumentos y el IMC en estos subgrupos.

Tabla 7. Correlación entre el IMC y los instrumentos aplicados en el grupo de madres de pacientes con AN y sus formas subclínicas		
EDI Subescalas	r	p
Conciencia interoceptiva	-.222	.597
Desconfianza interpersonal	.224	.594
Impulso a la delgadez	.696	.055
Inefectividad y baja autoestima	.292	.482
Insatisfacción corporal	.332	.421
Miedo a madurar	.230	.584
Perfeccionismo	.074	.862
Sintomatología bulímica	.198	.638
Puntuación del EDI total	.505	.201
EAT-40	.642	.086

Tabla 8. Correlación entre el IMC y los instrumentos aplicados en el grupo de madres de pacientes con BN y sus formas subclínicas		
EDI Subescalas	r	p
Conciencia interoceptiva	.005	.983
Desconfianza interpersonal	.119	.588
Impulso a la delgadez	.588	.003
Inefectividad y baja autoestima	.116	.600
Insatisfacción corporal	.537	.008
Miedo a madurar	-.033	.879
Perfeccionismo	.105	.633
Sintomatología bulímica	.592	.003
Puntuación del EDI total	.340	.113
EAT-40	.416	.048

Otro aspecto que debemos mencionar es que realizamos la prueba del *coeficiente de correlación de Pearson* para determinar la relación entre las puntuaciones del EDI y el EAT 40 de cada madre de los dos principales grupos estudiados. En el grupo de madres de pacientes con TCA ambas puntuaciones tuvieron una correlación lineal estadísticamente significativa ($r=.419$ $p=.019$) mientras que en el grupo de madres de pacientes con TDM esta correlación no estuvo presente ($r=.241$, $p=.191$).

X. Discusión.

La gran mayoría de las pacientes que acudieron a Preconsulta en busca de atención psiquiátrica y fueron diagnosticadas como TCA, eran mujeres, solteras, estudiantes de preparatoria y principalmente radicaban en el Distrito Federal. Con respecto al total de pacientes valorados en Preconsulta que fueron diagnosticados como TCA (5%), esta cifra supera a la prevalencia reportada para la AN y la BN (0.5-1% y 1-3%, respectivamente ³) debido fundamentalmente a que nuestra población estudiada es clínica y los pacientes fueron reclutados de un hospital de especialidad. También la relación mujer-hombre reportada en la literatura para AN y BN (9:1) ³ fue mayor en la población que estudiamos (13:1), la razón de ello probablemente se deba a que en nuestra relación no solo incluimos casos de AN y BN sin también de TANE para los que hay poca estadística descrita, quizá también esta mayor polaridad mujer-hombre encontrada refleja la poca frecuencia con la que el sexo masculino busca atención psiquiátrica, al menos en nuestro medio.

De forma similar a lo reportado por Machado y cols,¹⁴ en nuestra población seleccionada los trastornos no especificados representaban las tres cuartas partes del total de TCA.

La media correspondiente a la edad de las pacientes de nuestra población seleccionada (20.7 años) corresponde, a pesar de ser una muestra heterogénea, a la reportada para la BN la cual se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta,³ en contraste con la edad de inicio de la AN la cual ha sido reportada antes del final de la adolescencia. Quizá los pocos casos de AN presentes en la población que seleccionamos no tuvieron un impacto en la edad promedio en la que se presentaron las pacientes a su consulta de primera vez, además posiblemente la edad de inicio de los TANE sea muy similar a la de la BN.

La diferencia que reportamos entre el diagnóstico realizado en Preconsulta y el que se realizó a las pacientes en CTCA posiblemente se deba a la dificultad para clasificar a los TANE. En primer lugar, la entrevista realizada en Preconsulta en muchas ocasiones no diferenció los tipos de TANE sino sólo los trastornos específicos, esto posiblemente debido

al hecho de que el médico de Preconsulta no estaba familiarizado con cada uno de los tipos de TANE. En segundo lugar, hay que recordar que un TCA que se presenta al momento de la evaluación como un trastorno subclínico, puede ser categorizado como un TANE o bien como un trastorno específico “en remisión”. La relación de los casos de TANE con respecto a los demás trastornos específicos disminuyó notablemente en los diagnósticos realizados en la CTCA (de hecho los TANE y la BN se diagnosticaron casi con la misma frecuencia, en contraste con los diagnósticos realizados en Preconsulta), la explicación a ello posiblemente se deba a que muchos TANE detectados en preconsulta no fueron canalizados a la CTCA por no presentar sintomatología acusada.

Llama la atención que casi una tercera parte de las pacientes valoradas en Preconsulta y canalizadas a CTCA dejaron de acudir a sus citas en el periodo que comprendió los 4 meses del estudio. De hecho, algunas pacientes ni siquiera acudieron a su cita para realización de la historia clínica. Quizá esta cifra refleje la pobre conciencia de enfermedad que tienen las pacientes con TCA, o bien la poca respuesta de la familia en el cuidado de la paciente, o posiblemente la presencia de actitudes negativas hacia el tratamiento farmacológico. Sin embargo, este hallazgo puede ser un punto de partida para investigar cuál es el motivo por el que las pacientes con TCA abandonan el tratamiento.

El hecho de no haber encontrado casos de TANE 2 y TANE 5 posiblemente se deba a que es difícil encontrar casos de anorexia nerviosa en los que la paciente mantenga un peso dentro del esperado y haya cursado con amenorrea. También es difícil que los casos de pacientes que mastican y escupen busquen atención psiquiátrica debido a que esta conducta tiene pocas o nulas consecuencias médicas.

Como esperábamos al inicio de esta investigación, encontramos que las madres de las pacientes con TCA tendían a presentar sobrepeso y obesidad (media del IMC=28.11 Kg/m²), esta cifra contrasta con la encontrada por May y cols.⁹¹ quienes reportaron una media de 25.84 Kg/m² en un grupo de madres de familia reclutadas de población norteamericana, si bien es cierto que la muestra de estos investigadores era no clínica, el

IMC de las madres de su muestra correlacionó positivamente con la preocupación que tenían las hijas acerca de su propio peso corporal.

Posiblemente el IMC que encontramos en las madres de las pacientes esté jugando un papel importante en la sintomatología alimentaria de las hijas. También cabe señalar que, en contraste con lo reportado por Benninghoven y cols.⁶⁴, en el que las madres de las pacientes subestimaban su propio peso corporal, en nuestra muestra el IMC estuvo asociado positivamente con las propias puntuaciones en el EAT-40 y con las subescalas del EDI correspondientes a *insatisfacción corporal*, *impulso por la delgadez* y *síntomas bulímicos*.

No podemos dejar de mencionar el hecho de que el grupo de madres de pacientes con TDM también presentó tendencia al sobrepeso (media=28.92) siendo el IMC discretamente superior al del grupo estudiado. No existieron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos; sin embargo, al subdividir el grupo de TCA en madres de pacientes con AN y madres de pacientes con BN (en los que se incluyó formas subclínicas de ambos padecimientos), se hizo evidente la presencia de diferencias en la media del IMC, las cuales fueron estadísticamente significativas. Las madres de pacientes anoréxicas tendían a mantener un peso normal (media IMC=23.83 Kg/m²), de hecho, la madre con el peso más bajo de nuestra muestra pertenecía a este grupo, también en este grupo el IMC mayor registrado fue de 27.55 Kg/m² en contraste con los grupos de madres de pacientes con BN y TDM en los que el IMC mayor registrado fue de 45.40 y 45.99 Kg/m² respectivamente.

No existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones obtenidas en las escalas en ambos grupos, llama la atención que tanto en el grupo de madres de pacientes con TCA como en el grupo de madres de pacientes con TDM, el IMC correlacionó positivamente con las subescalas *impulso por la delgadez*, *insatisfacción corporal*, *síntomas bulímicos* y la puntuación total del EAT-40 (cabe mencionar que en el grupo de madres de hijas con TDM la puntuación total del EDI no tuvo una correlación estadísticamente significativa con el IMC, en contraste con el grupo de madres de pacientes con TCA). Este comportamiento similar posiblemente este reflejando la relación existente entre los TCA y los trastornos del estado de ánimo,¹⁸ así como el componente genético de estos dos tipos de trastornos. No hay que olvidar que las madres de pacientes con TDM son

una población vulnerable a cursar con cuadros depresivos debido a la tendencia familiar presente en los trastornos del estado del ánimo, también hay que tener presente que la relación entre depresión y obesidad es un hecho bien documentado.⁶⁷

Hay que considerar también el hecho de que la obesidad es una variable susceptible de ser influida por una gran cantidad de factores, posiblemente por este motivo el IMC no diferenció al los dos principales grupos estudiados. Sin embargo, al dividir la muestra en tres grupos (madres de pacientes con AN, BN y TDM) encontramos resultados semejantes a los reportados por Fairburn⁶⁶ (en donde la obesidad en los padres estaba relacionada con el riesgo de que las hijas desarrollaran BN pero no AN), observando la presencia de tendencia al sobrepeso y obesidad en las madres de pacientes con BN pero no en las madres de pacientes con AN. En este hecho también es posible observar en cierta medida el posible componente genético de estos dos tipos de trastornos, pues la diferencia en el IMC presente en las madres de pacientes con AN y BN quizá refleje en cierta proporción el IMC de sus hijas.

Este estudio nos muestra también la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad presente en la población mexicana (la prevalencia de sobrepeso en la mujer mexicana fue reportada de 36.3% en el año 2000, actualmente en ambos sexos la cifra se estima superior al 60%;⁹⁹ de acuerdo a la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*,¹⁰⁰ 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 66.7% de los hombres tienen prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad), en nuestra muestra el 80.5% del total de las madres padecían sobrepeso u obesidad. Hay que tomar en cuenta que la obesidad al estar relacionada con la presencia de trastornos del estado de ánimo, no debe pasar desapercibida ante una valoración psiquiátrica. Estos hallazgos pueden servir de apoyo a otros estudios que llevan a considerar la posibilidad de incluir a la obesidad dentro de las futuras clasificaciones de los trastornos psiquiátricos.¹⁰¹

Aunque no detectamos trastornos del estado del ánimo en las madres de ambos grupos (debido a que no formaba parte de los objetivos de la presente investigación) es posible inferir que un porcentaje considerable de madres podrían padecer síntomas afectivos, esto

si consideramos, en primer lugar, el hecho de que ambos grupos cursaban en cierta medida con insatisfacción corporal (las madres de pacientes con TCA tuvieron una media en la puntuación de la subescala de *insatisfacción corporal* dentro del percentil 25 reportado para la AN)¹⁰² y en segundo lugar si consideramos el hecho de que el 64.5% del total de las madres contestaron el ítem trigésimo del EDI “*tengo amistades íntimas*” como “*nunca*” o “*casi nunca*”; de lo cual se infiere que dichas madres carecían de apoyo emocional cuando quizá la mayoría de ellas ejercían el cuidado de la hija con TCA.

Un hecho evidente es que las madres de ambos grupos estudiados no eran indiferentes a su propio sobrepeso u obesidad, como quedó demostrado por la correlación entre el IMC y algunas puntuaciones de las escalas aplicadas (también esta correlación podría significar la presencia de TCA subclínicos no susceptibles de ser detectados por instrumentos convencionales). Por tanto, es importante considerar también al grupo de madres de adolescentes y adultos jóvenes, como un sector de la población susceptible no sólo al sobrepeso y a la obesidad, sino también a la influencia de los estándares culturales de nuestro medio que generan insatisfacción en las personas que sufren esta compleja patología.

X. Limitaciones.

Debido al tamaño de la muestra el subgrupo de madres de pacientes con AN resultó muy pequeño (N= 8) en comparación con el grupo de madres de pacientes con BN (N=23), sin embargo, a pesar de ello las diferencias en algunas variables fueron estadísticamente significativas.

También hay que tomar en cuenta que la división de los grupos se realizó integrando a los TANE dentro de las categorías de AN y BN, al ser éstos “trastornos no especificados” quizá representen entidades más heterogéneas de lo que suponemos.

También es importante aclarar que la entrevista realizada en el servicio de Preconsulta posiblemente no detectó algunas formas subclínicas de trastornos alimentarios, por lo que quizá algunos pacientes con TCA (TANE) no fueron diagnosticados al acudir a su primer valoración psiquiátrica afectando nuestra estadística descriptiva.

Además, es importante mencionar que sería conveniente reproducir esta investigación comparando madres de pacientes con TCA con madres de controles sanos, ya que un diseño así podría mostrar mayores diferencias en las variables estudiadas.

XI. Conclusiones.

Los resultados obtenidos en este estudio nos orientan a tomar en cuenta la presencia de sobrepeso y obesidad en las madres de pacientes con TCA y a considerar a este grupo como vulnerable al desarrollo de TCA incluso en formas subclínicas, lo cual resultó evidente ante la correlación encontrada entre el IMC y el resultado de las escalas aplicadas.

También los resultados de este estudio nos llevan a considerar la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso no sólo en la población general, sino en el sector de la población en donde un miembro de la familia padece algún trastorno psiquiátrico, de forma que podamos diseñar planes de tratamiento orientados al manejo de ambas entidades.

Nuevamente hemos visto que la psicopatología observada en un paciente tiende a extenderse a otros miembros de su núcleo familiar, con el consecuente impacto que esto pudiera tener en el proceso de recuperación y respuesta al tratamiento. Por tanto es necesario evaluar, al menos en cierta medida, las características del grupo familiar de aquellos individuos que buscan atención psiquiátrica.

XII. Referencias Bibliográficas

1. FAIRBURN C, HARRISON P: Eating disorders. *Lancet*, 361: 407-416, 2003.
2. RUSSELL G: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 429-448, 1979.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed*. Masson. Washington, 1994.
4. RUSSELL G: Thoughts on the 25th Anniversary of Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*, 12: 139-152, 2004.
5. KENDLER K, MACLEAN C, NEALE M, KESSLER R, HEATH A, EAVES L: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 148: 1627-1637, 1991.
6. HOEK H, VAN HOEKEN D: Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, 34: 383-396, 2003.
7. BEMPORAD J: Self-Starvation Through the Ages: Reflections on the Pre-History of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 19: 217-237, 1996.
8. BOJORQUEZ I: La Relación entre Cultura y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cuatro Enfoques Conceptuales. *Psicología Iberoamericana*, 13: 96-103, 2005.
9. TORO J: *El cuerpo como delito*. Ariel. España, 1999.
10. LITTLEWOOD R: From categories to contexts: a decade of the “New Cross-Cultural Psychiatry”. *Br J Psychiatry*, 156: 308-327, 1990.
11. BULIK C: Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. *Int J Eat Disord*, 37: S2-S9, 2005.
12. STEINHAUSEN, H: The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry*, 159: 1284-1293, 2002.
13. LAIRD BIRMINGHAM C, SU J, HLYNSKY J, GOLDNER E, GAOM E: The Mortality Rate from Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 38:143-146, 2005.
14. MACHADO P, MACHADO B, GONCALVES S, HOEK H: The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *Int J Eat Disord*, 40: 212-217, 2007.

15. WILFLEY D, BISHOP M, WILSON G, AGRAS W: Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *Int J Eat Disord*, 40: S123–S129, 2007.
16. STROBER M, FREEMAN R, LAMPERT C, DIAMOND J, KAYE W: Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *Am J Psychiatry*, 157: 393-401, 2000.
17. LILENFELD L, KAYE W, GREENO C, et al: A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 603-610, 1998.
18. HUDSON J, POPE H, JONAS J, YURGELUN-TODD D: Family History Study of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Br J Psychiatry*, 142, 133-138, 1983.
19. KLUMP K, GOBROGGE K: A Review and Primer of Molecular Genetic Studies of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 37: S43–S48, 2005.
20. CNATTINGIUS S, HULTMAN C, DAHL H, SPAREN P: Very Preterm Birth, Birth Trauma, and the Risk of Anorexia Nervosa Among Girls. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 634-638, 1999.
21. FAVARO A, TENCONI E, SANTONASTASO P: Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 82-88, 2006.
22. FAVARO A, FERRARA S, SANTONASTASO P: The Spectrum of Eating Disorders in Young Man Women: A Prevalence Study in a General Population Sample. *Psychosomatic Medicine*, 65: 701-798, 2003.
23. LINDBERG L, HJERN A: Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *Int J Eat Disord*, 34: 397-408, 2003.
24. BECKER A, BURWELL R, GILMAN S, HERZOG D, HAMBURG P: Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 180: 509-514, 2002.
25. PLOOG D, PIRKE K: Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 17: 843-859, 1987.
26. KINZL J, TRAWEGER C, GUENTHER V, BIEBL W: Family background and sexual Abuse Associated With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 151: 1127-1131, 1994.
27. FAIRBURN C, WELCH S, DOLL H, DAVIES B, O'CONNOR M: Risk Factors for Bulimia Nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 509-517, 1997.

28. PALMER, R: Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. *Br J Psychiatry*, 156: 699-703, 1990.
29. BULIK C, SULLIVAN P, FEAR J, PICKERING A: Predictors of the Development of Bulimia Nervosa in Women with Anorexia Nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 704-707, 1997.
30. SCHMIDT U, HUMFRESS H, TREASURE J: The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 5: 184-207, 1997.
31. ROWA K, KERIG P, GELLER J: The Family and Anorexia Nervosa: Examining Parent-Child Boundary Problems. *Eur Eat Disorders Rev*, 9: 97-114, 2001.
32. VIDOVIC V, JURESA V, BEGOVAC I, MAHNIK M, TOCILJ G: Perceived Family Cohesion, Adaptability and Communication in Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 13: 19-28, 2005.
33. EAGLES J, JOHNSTON M, MILLAR H: A Case-Control Study of Family Composition in Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disorders*, 38:49-54, 2005.
34. HONEY A, CLARKE S, HALSE C, KOHN M, MADDEN S: The Influence of Siblings on the Experience of Anorexia Nervosa for Adolescent Girls. *Eur Eat Disorders Rev*, 14: 315-322, 2006.
35. ESPINA A, OCHOA I, ORTEGO A: Dyadic Adjustment in Parents of Daughters with Eating Disorder: *Eur Eat Disorders Rev*, 11: 349-362, 2003.
36. DARE C, CHANIA E, EISLER I, HODES M, DODGE E: The Eating Disorder Inventory as an Instrument to Explore Change in Adolescents in Family Therapy for Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*, 8: 369-383, 2000.
37. SCHMIDT U, LEE S, BEECHAM J, et al: A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents With Bulimia Nervosa and Related Disorders. *Am J Psychiatry*, 164: 591-598, 2007.
38. BERG B, HODES M: Adult Psychiatrists' Knowledge of the Adjustment of Children whose Mothers have Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 5: 25-32, 1997.
39. KAPLAN H, SADOCK B: *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. España, 2001.
40. LARTIGUE, T: *El cuerpo y el psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Editores de textos mexicanos. México, 2006.

41. RAMÍREZ S: *El Mexicano. Psicología de sus motivaciones*. Grijalbo. México, 1977.
42. GLUCKMAN P, HANSON M: Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease. *Science*, 305: 1733-1736, 2004.
43. VICKERS, BREIER B, CUTFIELD W, HOFMAN P, GLUCKMAN P: Fetal origins of hyperphagia, obesity, and hypertension and postnatal amplification by hipercaloric nutrition. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 279:83-87, 2000.
44. DÖTSCH J, RASCHER W, MEIBNER U: Perinatal programming of appetite control by leptin? *European Journal of Endocrinology*, 151: 159-160, 2004.
45. LACEY J, SMITH G: Bulimia Nervosa. The Impact of Pregnancy on Mother and Baby. *Br J Psychiatry*, 150: 777-781, 1987.
46. FREUD S: *Estudios sobre la histeria*. Biblioteca nueva. España, 2002.
47. DOBSON J: *Atrévete a Disciplinar*. Ed. Vida. Estados Unidos de América, 1993.
48. STEIN A, WOOLLEY H, SENIOR R, et al: Treating Disturbances in the Relationship Between Mothers With Bulimic Eating Disorders and Their Infants: A Randomized, Controlled Trial of Video Feedback. *Am J Psychiatry*, 163: 899-906, 2006.
49. PEÑALOSA J: *Vida, Pasión y Muerte del Mexicano*. Ed. Jus. México, 2003.
50. PAZ O: *El laberinto de la soledad. Postdata. Vuelta a El laberinto de la soledad*. FCE. México, 2004.
51. DIAZ-GUERRERO R: *Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología*. Trillas. México, 2003.
52. JOHNSON J, COHEN P, KASEN S, BROOK J: Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *Am J Psychiatry*, 159: 394-400, 2002.
53. MOORHEAD D, STASHWICK C, REINHERZ H, GIACONA R, STREIGEL-MOORE R, PARADIS A: Child and Adolescent Predictors for Eating Disorders in a Community Population of Young Adult Women. *Int J Eat Disord*, 33: 1-9, 2003.
54. JOHNSON J; COHEN P, CHEN H, KASEN S, BROOK J: Parenting Behaviors Associated With Risk for Offspring Personality Disorder During Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 579-587, 2006.
55. HALL C: *Compendio de Psicología Freudiana*. Paidós. México, 2003.

56. DE LA FUENTE R, CAMPILLO C: La psiquiatría en México: Una Perspectiva Histórica. *Gaceta Médica de México*, 111: 421-436, 1976.
57. FROMM E, MACCOBY M: *Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano*. FCE. México, 1995.
58. FROMM E: *Ética y Psicoanálisis*. FCE. México, 1985.
59. FASSINO S, LEOMBRUNI P, PIERO A, DAGA G, AMIANTO F, ROVERA G, ROVERA G: Temperament and Character in Obese Women With and Without Binge Eating Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43: 431-437, 2002.
60. FUENTES C: *La Frontera de Cristal*. Ed. Planeta DeAgostini. España, 2002.
61. VON SOEST T, WICHSTROM L: Cohabitation Reduces Bulimic Symptoms in Young Women. *Int J Eat Disord*, 39: 484-491, 2006.
62. MASHEB R, GRILO C: Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord*, 39:141-146, 2006.
63. DALLY P: *Anorexia Nervosa*. Grune & Stratton Inc. Reino Unido, 1969.
64. BENNINGHOVEN D, TETSCH N, KUNZENDORF S, JANTSCHKEK G: Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 118– 123, 2007.
65. ROCHA S: Anorexia Nervosa. La pasión del cuerpo según la anorexia. *Espectros del Psicoanálisis*, 2: 45-76, 1998.
66. FAIRBURN C, COOPER Z, DOLL H, WELCH S: Risk Factor for Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 468-476, 1999.
67. SIMON G, VON KORFF M, SAUNDERS K, et al: Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 824-830, 2006.
68. TATA P, FOX J, COOPER J: An Investigation into the Influence of Gender and Parenting Styles on Excessive Exercise and Disordered Eating. *Eur Eat Disorders Rev*, 9: 194-206, 2001.
69. STORR A: *La Agresividad Humana*. Alianza Editorial. España, 2004.
70. ROWA K, KERIG P, GELLER J: The Family and Anorexia Nervosa: Examining Parent-Child Boundary Problems. *Eur Eat Disorders Rev*, 9: 97-114, 2001.
71. FUENTES C: *Todas las Familias Felices*. Alfaguara. México, 2006.

72. HAMUI J: *Alicia en el país de las quesadillas. La mujer que salió del espejo*. Ed. Planeta. México, 2005.
73. OKON D, GREENE A, SMITH J: Family Interactions Predict Intraindividual Symptom Variation for Adolescents with Bulimia. *Int J Eat Disord*, 34: 450–457, 2003.
74. FAVARO A, SANTONASTASO P: Different Types of Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40: 57-60, 1999.
75. SULLIVAN H: *La Entrevista Psiquiátrica*. Ed. Psique. Argentina, 1977.
76. KUCHARSKA-PIETURA K, NIKOLAOU V, MASIAK M, TREASURE J: The Recognition of Emotion in the Faces and Voice of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 35: 42–47, 2004.
77. SCHMIDT U, JIWANY A, TREASURE J: A Controlled Study of Alexithymia in Eating Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 54-58, 1993.
78. CARANO A, DE BERARDIS D, GAMBI F, et al: Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord*, 39: 332–340, 2006.
79. LEWIS O: *Los Hijos de Sánchez. Autobiografía de una familia mexicana*. Mortiz. México, 1979.
80. AGRAS S, HAMMER L, McNICHOLES F: A Prospective Study of the Influence of Eating-Disordered Mothers on Their Children. *Int J Eat Disord* 25: 253-262, 1999.
81. STEIN A, WOOLLEY H, COOPER S, FAIRBURN C: An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 733-748, 1994.
82. STEIN A, WOOLLEY H, McPHERSON K: Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry*, 175: 455-461, 1999.
83. HODES M, TIMIMI S, ROBINSON P: Children of Mothers with Eating Disorders: A Preliminary Study. *Eur Eat Disorders Rev*, 5: 11-24, 1997.
84. HOLM-DENOMA J, LEWINSOHN P, GAU J, JOINER T, STRIEGEL-MOORE R, ORTAMENDI A: Parents' Reports of the Body Shape and Feeding Habits of 36-Month Old Children: An Investigation of Gender Differences. *Int J Eat Disord*, 38: 228–235, 2005.
85. PERKINS S, WINN S, MURRAY J, MURPHY R, SCHMIDT U: A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia Nervosa. Part 1: The Emotional Impact of Caring. *Int J Eat Disord*, 36: 256-268, 2004.

86. VAN OS J, MARCELIS M, GERMEYS I, GRAVEN S, DELESPAUL P: High Expressed Emotion: Marker for a Caring Family? *Comprehensive Psychiatry*, 42: 504-507, 2001.
87. WINN S, PERKINS S, WALWYN R, et al: Predictors of Mental Health Problems and Negative Caregiving Experiences in Carers of Adolescents with Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 40: 171–178, 2007.
88. WINN S, PERKINS S, MURRAY J, MURPHY R, SCHMIDT U: A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia Nervosa. Part 2: Carers' Needs and Experiences of Services and Other Support. *Int J Eat Disord*, 36; 269-279, 2004.
89. HAIGH R, TREASURE J: Investigating the Needs of Carers in the Area of Eating Disorders: Development of the Carer's Needs Assessment Measure (CaNAM). *Eur Eat Disorders Rev*, 11: 125-141, 2003.
90. WOODSIDE D, BULIK C, HALMI K, et al: Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, 31: 290-299, 2002.
91. MAY A, KIM J, McHALE S, CROUTER A: Parent–Adolescent Relationships and the Development of Weight Concerns From Early to Late Adolescence. *Int J Eat Disord*, 39: 729–740, 2006.
92. MENDEZ I, NAMIHIRA D, MORENO L, SOSA C: *El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. Trillas. México, 2001.
93. GARNER D, OLMSTED M, POLIVY J: Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 2: 15-34, 1983.
94. GARCIA E, VAZQUEZ V, LOPEZ J, ARCILA D: Validez Interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex*, 45: 206-210, 2003.
95. UNIKEL C, BOJORQUEZ I, CARREÑO S, CABALLERO A: Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 29: 44-51, 2006.
96. GARNER D, GARFINKEL P: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 273-279, 1979.
97. GARNER D, OLMSTED M, BOHR Y, GARFINKEL P: The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12: 871-878, 1982.

98. ÁLVAREZ G: Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México, 1999.
99. SANCHEZ C, PICHARDO E, LOPEZ P: Epidemiología de la Obesidad. *Gac Méd Méx*, 140: S3-S20, 2004.
100. OLAIZ G, RIVERA J, SHAMAH T, et al (editores): *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2006.
101. DEVLIN M: Is There a Place for Obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord*, 40: S83–S88, 2007.
102. BOBES J, et al: *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría editores. España, 2002.

XIII. Apéndice

1. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado ³

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

- a) TANE 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- b) TANE 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- c) TANE 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- d) TANE 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- e) TANE 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- f) TANE 6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

2. Instrumentos utilizados

a) Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI)

A. Items:

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca»

1. Como dulces y carbohidratos (pan, patitas, etc.) sin sentirme nerviosa
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande
3. Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia
4. Como cuando estoy disgustada
5. Me atraco de comida
6. Me gustaría tener menos edad
7. Pienso en seguir una dieta
8. Me asusto cuando mis sensaciones o sentimientos son demasiado intensos
9. Pienso que mis piernas son demasiado anchas
10. Me siento inútil como persona
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13. Mi familia solo valora como buenos logros los resultados que están por encima de los habitual
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niña
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos
16. Me aterroriza ganar peso
17. Confío en los demás
18. Me siento sola en el mundo
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo control
21. Me siento confundida ante las emociones que siento
22. Prefiero ser adulto que niña

23. Me comunico fácilmente con los demás
24. Me gustaría ser otra persona
25. Exagero a menudo la importancia del peso
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento
27. Me siento inadaptada
28. Cuando estoy comiendo demasiado, siento que no puedo parar de hacerlo
29. Cuando estaba niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros
30. Tengo amistades íntimas
31. Me gusta la forma de mis nalgas
32. Me preocupa el deseo de estar mas delgada
33. No sé qué es lo que está pasando dentro de mí
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes
36. Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor
37. Me siento segura de mi misma
38. Pienso en comer en exceso
39. Me siento feliz de ya no ser una niña
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no
41. Tengo una pobre opinión de mi misma
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mi
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y como demasiado cuando estoy sola
47. Después de haber comido poco me siento excesivamente llena
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niñas
49. Si subo un poco de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando
50. Pienso que soy una persona útil

51. Cuando estoy enojada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente o si no mejor no hacerlas
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercármese o entablar amistad
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado
56. Me siento interiormente vacía
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas
60. Tengo sentimientos o sensaciones que no puedo identificar claramente
61. Como o bebo a escondidas
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado
63. Mis metas son excesivamente altas
64. Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer

B. Calificación ¹⁰²

La puntuación en cada área se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los ítems que la componen:

- Impulso a la delgadez: ítems 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 (en los ítems 7, 11, 16, 25, 32 y 49: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En el ítem 1: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Sintomatología bulímica: ítems 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Insatisfacción corporal: ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62 (en los ítems 2, 9, 45 y 59: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto;

resto, 0 puntos. En los ítems 12, 19, 31, 55 y 62: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

- Inefectividad y baja autoestima: ítems 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56 (en los ítems 10, 18, 24, 27, 41 y 56: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 20, 37, 42 y 50: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Perfeccionismo: ítems 13, 29, 36, 43, 52, 63 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Desconfianza interpersonal: ítems 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57 (en los ítems 34 y 54: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 15, 17, 23, 30, y 57: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Conciencia interoceptiva: ítems 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64 (en los ítems 8, 21, 33, 40, 44, 47, 51 60 y 64: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En el ítem 26: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Miedo a madurar: ítems 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58 (en los ítems 3, 6, 14, 35 y 48: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 22, 39 y 58: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor presencia del rasgo.

b) Test de Actitudes en el Comer (EAT-40)

A. Items:

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca»

1. Me gusta comer con otras personas
2. Preparo comidas para otros pero yo no me las como
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas
4. Me da mucho miedo pesar demasiado
5. Procuro no comer aunque tenga hambre
6. Me preocupo mucho por la comida
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (por ejemplo pan, arroz, papa)
11. Me siento llena después de las comidas
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más
13. Vomito después de haber comido
14. Me siento muy culpable después de comer
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
17. Me peso varias veces al día
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada
19. Disfruto comiendo carne
20. Me levanto pronto por las mañanas
21. Cada día como los mismos alimentos
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
23. Tengo la menstruación regular

24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
26. Tardo en comer más que las otras personas
27. Disfruto comiendo en restaurantes
28. Tomo laxantes (purgantes)
29. Procuro no comer alimentos con azúcar
30. Como alimentos dietéticos
31. Siento que los alimentos controlan mi vida
32. Me controlo en las comidas
33. Noto que los demás me presionan para que coma
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
35. Tengo estreñimiento
36. Me siento incómoda después de comer dulces
37. Me comprometo a hacer dietas
38. Me gusta sentir el estómago vacío
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

B. Calificación:¹⁰²

La puntuación total del EAT-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 ítems que componen el test:

- En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca, 3 puntos; casi nunca, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- En el resto de ítems (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastantes veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Los autores proponen como punto de corte en el EAT-40: una puntuación total de 30