



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
División de Enseñanza y Capacitación.

Tesis para obtener el grado de especialista en
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

*Ambiente y Funcionamiento Familiar en Pacientes
Adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Presenta:

Dr. Mauricio Leija Esparza.

Tutor Teórico

Dr. Juan Manuel Saucedo García.

Profesor del Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
Facultad de Medicina, UNAM.

Tutor Metodológico

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores.

Investigadora del Departamento de Psicofarmacología del Desarrollo.
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

México. D.F. 2010



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.

Resumen

Antecedentes. Desde las primeras descripciones de los trastornos alimentarios, los investigadores han encontrado que las familias de las pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa presentan un alto nivel de disfunción familiar. Estas familias 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, menos orientación hacia actividades recreativas y menor apoyo emocional. Sin embargo, aún no se ha descrito qué grupo de síntomas se encuentran más relacionados con el grado de disfunción o con la calidad del ambiente familiar en este tipo de pacientes.

Objetivos. Describir la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria así como sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) en una muestra de pacientes adolescentes hospitalizadas por diversos tipos de psicopatología; y establecer el tipo de relación existente entre el funcionamiento-calidad del ambiente familiar y la severidad de la psicopatología alimentaria.

Material y Métodos. El estudio incluyó a un grupo de 36 pacientes mujeres adolescentes hospitalizadas debido a cualquier tipo de psicopatología en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Se realizó la entrevista *Mini-Kid* para determinar las categorías diagnósticas presentes en la muestra. Además de esto, las pacientes contestaron una serie de escalas autoaplicables (*Eating Disorder Inventory*, *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* y la *Escala de Figuras de Niños*). Para estimar la puntuación de la *Escala del Ambiente Familiar Global*, se realizó a las pacientes una entrevista no estructurada en torno a la calidad del ambiente familiar (considerado de forma retrospectiva) y se complementó la información con la contenida en los expedientes clínicos.

Resultados. El 39% de la muestra presentó un trastorno alimentario (17 % un trastorno específico y 22% un trastorno no especificado), el 42% presentaba únicamente insatisfacción corporal y solo el 19% de la muestra se encontraba libre de psicopatología alimentaria. La puntuación media del *Eating Disorder Inventory* (58.22) se encontró por arriba de lo que algunos autores han sugerido como punto de corte para anorexia nerviosa. La media (2.16) de la puntuación de la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* se encontró en el límite inferior normal y la *Escala del Ambiente Familiar Global* mostró una media (62.8) que correspondería a un ambiente familiar situado entre la categoría de malo y moderadamente insatisfactorio.

La muestra total fue dividida en dos subgrupos, uno de ellos agrupó a las pacientes que contaban con criterios para un trastorno de la conducta alimentaria (incluyendo los no especificados) y el otro subgrupo incluyó al resto de las pacientes. Las medias de la puntuación del *Eating Disorder Inventory* fueron mayores en el subgrupo con trastornos alimentarios con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$). De manera similar la insatisfacción con el peso y la figura actual así como la insatisfacción a futuro mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Las puntuaciones en las escalas que midieron funcionamiento y calidad del ambiente familiar no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número o tipo de diagnósticos presentes en estos subgrupos.

También se decidió dividir el total de la muestra en dos subgrupos, uno de ellos con disfunción familiar (puntuación en la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* ≥ 2.17) y otro sin disfunción familiar (puntuación < 2.17). El grupo con disfunción familiar presentó una mayor tendencia a cursar con episodio depresivo mayor y fobia social con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). De forma similar se decidió dividir el total de la muestra en dos subgrupos, uno de ellos con alta-moderada calidad del ambiente familiar (puntuación en *Escala del Ambiente Familiar Global* ≥ 70) y otro con baja calidad del ambiente familiar (puntuación < 70), sin embargo estos subgrupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Se encontró una correlación positiva ($r = 0.34$) entre la puntuación total del *Eating Disorder Inventory* y la puntuación de la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* ($p < 0.05$). La subescala del *Eating Disorder Inventory* que tuvo mayor correlación fue la de *sintomatología bulímica* ($r = 0.51$) seguida por la de *inefectividad y baja autoestima* ($r = 0.43$), ambas estadísticamente significativas ($p < 0.01$). En cambio, la *Escala del Ambiente Familiar Global* no mostró correlaciones altas ni significativas con el *Eating Disorder Inventory*.

Conclusiones. Los trastornos de la conducta alimentaria representan una importante causa de morbilidad en las poblaciones clínicas de mujeres adolescentes; así mismo, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados superan en prevalencia a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La disfunción familiar es una variable que se relaciona con la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente los síntomas bulímicos y la baja autoestima. Este hallazgo resulta relevante ante el hecho de poder determinar qué grupo de síntomas podrían mejorar inicialmente con una intervención familiar encaminada a tratar un trastorno alimentario.

Al parecer la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva, no tiene un impacto directo en la presencia de un trastorno alimentario, lo que puede quizá solamente propiciar la presencia de variables mediadores que se relacionen con la presencia de psicopatología.

Índice de Cuadros y Figuras.

Cuadro 1. Características socio-demográficas y diagnósticos más frecuentes de la muestra.....	19
Cuadro 2. Estadística descriptiva de diversos parámetros obtenidos de la muestra.....	20
Cuadro 3. Comparación del Índice de Masa Corporal, las puntuaciones obtenidas en las escalas y el número de diagnósticos entre el subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios y el subgrupo libre de patología alimentaria.....	21
Cuadro 4. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios y un subgrupo libre de patología alimentaria.....	22
Cuadro 5. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con disfunción familiar y un subgrupo sin disfunción familiar.....	23
Cuadro 6. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con alta-moderada calidad del ambiente familiar y un subgrupo con baja calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva.....	24
Cuadro 7. Correlación entre la Subescala de McMaster y las subescalas del <i>Eating Disorder Inventory</i>	24
Cuadro 8. Correlación entre la <i>Escala del Ambiente Familiar Global</i> y las subescalas del <i>Eating Disorder Inventory</i>	25
Figura 1. Proporción de acuerdo a los síntomas alimentarios presentes en la muestra.....	19

Contenido

I. Introducción.....	1
II. Marco teórico y antecedentes.....	2
A. Panorama histórico de los trastornos alimentarios y su relación con el ambiente familiar.....	2
B. Consideraciones actuales sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el ambiente familiar.....	4
III. Planteamiento del problema.....	8
IV. Justificación.....	9
V. Hipótesis.....	10
VI. Objetivos.....	11
VII. Material y Métodos.....	12
A. Tipo de estudio.....	12
B. Universo del estudio.....	12
C. Criterios de inclusión.....	12
D. Criterios de exclusión.....	12
E. Procedimiento.....	12
F. Definición operativa de las variables, tipos de variables y escalas de medición.....	13
G. Instrumentos utilizados.....	13
H. Pruebas estadísticas.....	16
VIII. Consideraciones éticas.....	18
IX. Resultados.....	19
X. Discusión.....	26
XI. Conclusiones.....	29
XII. Bibliografía.....	30
XIII. Apéndice.....	34
A. Eating Disorder Inventory.....	34
B. Subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster.....	36
C. Escala de Figuras de Niños.....	37
D. Escala del Ambiente Familiar Global.....	38
E. Carta de consentimiento informado.....	39
F. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	40

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 está obligado a descartar cuando acuden a su consulta mujeres jóvenes. 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 más de la feminidad. ¿En qué momento se rompen los estándares de belleza y sana vanidad para convertirse en puertas de entrada a la psicopatología?

A pesar de los notables avances en el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, los trastornos alimentarios aún representan un gran reto para los clínicos. Su génesis aun queda poco esclarecida a la luz de los progresos de la genética y las neurociencias. Síntomas tales como la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el propio peso o figura persisten por años teniendo poco efecto las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

Con cada vez mayor claridad podemos apreciar que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan a formar parte del campo de la psiquiatría infantil y de la adolescencia. Con frecuencia vemos que la anorexia y la bulimia nerviosa se presentan en edades más tempranas en contraste con las primeras descripciones de estos trastornos. Ante esto se vuelve apremiante la necesidad de comprender la psicopatología alimentaria desde una perspectiva del desarrollo, teniendo presente las influencias del medio ambiente –entre ellas la familia- así como la existencia de periodos críticos que confieren mayor vulnerabilidad.

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 insatisfacción con la apariencia como un proceso normal de la adolescencia, y por otro lado el inicio de una serie de alteraciones que entran en el terreno de los trastornos mentales.

II. Marco teórico y antecedentes.

A. Panorama histórico de los trastornos alimentarios y su relación con el ambiente familiar.

Contrario a lo que muchos han creído, el estudio de los trastornos alimentarios y su relación con el ambiente familiar nació en el Siglo de las Luces junto con la Ciencia Psiquiátrica. Su fundador, Philippe Pinel habló sobre la anorexia (*l'anorexie*) y la bulimia (*la boulimie*) en su célebre obra *Nosografía Filosófica*. En dicho tratado se refirió a una mujer de treinta años con un temperamento “*linfático y melancólico*” quien no seguía las reglas habituales de la alimentación y padecía una “*neurosis del estómago*”, llegando al grado de perder por completo la sensación del apetito. Con respecto a la bulimia, Pinel se refirió a ella como “*hambre canina*”, consideraba que la voracidad obedecía algunas veces a conformaciones particulares del estómago y en otras ocasiones podía tener un origen nervioso. De acuerdo a la descripción de Pinel, el paciente con bulimia ingería dos o tres veces más alimento que el habitual y era padecida por gente joven, por aquellos que tendían a realizar ejercicios enérgicos, por los cazadores y por los soldados hambrientos. (Pinel, 1813).

Dora B. Weiner quien ha estudiado a profundidad la vida y obra de Pinel, escribió:

En su *Nosografía*, Pinel utilizó numerosas historias de enfermedades individuales para ilustrar las variedades nosológicas. Esta profusión de ejemplos clínicos fascinaba a los estudiantes, quienes apreciaban igualmente la lógica de su presentación [...] Lo que ya queda muy claro en esta primera versión, es que al tratar de la anorexia y de la bulimia, por ejemplo, Pinel señaló tanto las causas psicológicas como las causas fisiológicas de estos trastornos. (Weiner, 2002)

Tras revisar 265 historiales de pacientes que tuvieron a Pinel como médico tratante, Weiner demostró el interés de este médico ilustre en conocer a profundidad el caso de cada paciente así como su contexto familiar:

Los cientos de enfermos mentales de un gran hospital público nunca vieron hasta entonces a un médico tomarse de este modo el tiempo necesario para intentar comprender sus casos individuales [...] frecuentemente un miembro de la familia brindaba informaciones complementarias. Pinel se informaba sobre la historia de cada enferma, sobre las relaciones intrafamiliares, sobre el estado de salud de sus ascendientes, descendientes y colaterales. (Weiner, 2002)

Es de suponerse entonces que Pinel evaluaba el ambiente familiar de las pacientes anoréxicas y bulímicas que eran llevadas a la Salpêtrière. Este grupo de pacientes también participaba en lo que él llamó “*tratamiento moral*”. Resulta interesante que el primer paso de este tratamiento psicológico implicaba una intervención que consideraba separar a la paciente de su familia. De acuerdo a Weiner:

Pinel pensaba que para que un tratamiento tuviera éxito, sería necesario inicialmente aislar de sus familias a las enfermas. (Weiner, 2002)

No queda duda que, adelantándose a su tiempo, Pinel fue capaz de comprender el efecto que la familia ejercía sobre uno de sus miembros considerado enfermo. También pudo vislumbrar lo que casi dos siglos más tarde recibiría el nombre de emoción expresada, considerando necesario alejar al paciente de sus familiares para buscar la recuperación. En su *Tratado Médico-Filosófico de la Enajenación del Alma o Manía* escribió respecto a los enfermos mentales:

¿Se desea que cada uno esté en una estrecha reclusión en el seno de su familia? He aquí un perpetuo obstáculo para que no recobre su salud. (Pinel, 1804)

En 1864 un médico inglés, William Mithney Gull, comenzó a estudiar a algunas pacientes caracterizadas por emaciación extrema y de quienes se pensaba padecían tuberculosis latente o enfermedad mesentérica. A Gull le llamó la atención que dicha afección atacara predominantemente a personas del sexo femenino y principalmente entre las edades de dieciséis y veintitrés años. A este padecimiento le dio el nombre de *apepsia histérica* o *anorexia histérica*. (Gull, 1894). En este periodo de tiempo varios médicos, entre ellos Charles Laségue, habían descrito las características clínicas de la anorexia nerviosa. Gull resalta entre todos ellos, pues según Detlev W. Ploog, no solo se interesaba en el ambiente familiar de las anoréxica sino que separaba a las pacientes de sus familias una vez que éstas habían alcanzado cierta ganancia de peso. (Ploog, 1987)

Para fines del siglo XIX, quien fuese al igual que Pinel médico en jefe de la Salpêtrière, Jean Martin Charcot, y posiblemente ignorando los detalles del “*tratamiento moral*” de su antecesor, describió el “*aislamiento*” como un recurso terapéutico en las pacientes con anorexia nerviosa. En sus *Lecturas Clínicas Sobre las Enfermedades del Sistema Nervioso*, Charcot describió el caso de una paciente anoréxica de 14 años, cuyos padres habían establecido comunicación con él por carta y finalmente la habían llevado a París:

Se estableció el aislamiento y los resultados fueron rápidos y maravillosos. La niña se quedó exclusivamente con una monja quien ejerció funciones de enfermera, y con el médico de la familia. Lloró un poco al principio pero una hora más tarde se sintió menos solitaria que lo que esperó inicialmente [...] En los siguientes días ella tomó un poco de leche, algo de vino, sopa, y finalmente un poco de carne. Su estado nutricional comenzó a mejorar, lento pero progresivamente. (Charcot, 1889)

Llegado el siglo XX, Sigmund Freud quien en su juventud fue alumno de Charcot, también atribuyó una gran importancia al ambiente familiar de las pacientes que sufrían anorexia. En una de sus primeras publicaciones, 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. (Freud, 1895)

A raíz de esta y otras observaciones, los psicoanalistas del siglo XX consideraron que las experiencias tempranas, en donde el ambiente familiar y las figuras parentales tienen un papel preponderante, predisponían al desarrollo de los trastornos alimentarios.

En la década de los 70, Salvador Minuchin describió la interacción típica de las familias de pacientes con anorexia en quienes encontró que prevalecía la negación, la tendencia a evitar la resolución de conflictos y la pobre conciencia de necesitar ayuda especializada. Minuchin dio los primeros pasos hacia la creación de un enfoque terapéutico, el modelo estructural, que no solo sería el punto de partida para tratar los síntomas de la anorexia sino de otros padecimientos que tienen lugar en lo que él llamó “*las familias psicósomáticas*”. (Minuchin, 1978). En la misma década, Mara Selvini-Palazzoli quien inició su carrera como terapeuta de anoréxicas, se dio cuenta de las dificultades del trabajo individual con este tipo de pacientes, sus intervenciones dieron un giro cuando decidió adoptar una orientación puramente sistémica. Para Selvini-Palazzoli, la anoréxica era solo el paciente designado, quien respondía a las demandas del sistema familiar. (Selvini-Palazzoli, 1988).

Para el año de 1979, Gerald Russell describió las características clínicas de la bulimia nerviosa tal como la conocemos hoy (Russell, 1979). Russell fue pesimista en cuanto a la respuesta al tratamiento y el pronóstico que podían tener estas pacientes, llegando a considerar a la bulimia como una variante “ominosa” de la anorexia nerviosa. Sin embargo atribuyó una importancia capital a la intervención con los padres.

Trabajar en la relación con los padres debe ser una característica prominente de las intervenciones psicoterapéuticas. (Russell, 1979).

Aunque muchos conceptos y orientaciones de tratamiento expuestos hasta aquí han sido abandonados, los investigadores de años recientes aún siguen centrando su atención en el ambiente familiar que rodea a las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

B. Consideraciones actuales sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el ambiente familiar.

Recientemente diversos autores (Kucharska-Pietura, 2004) han encontrado que las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, 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.

Kinzl y cols. estudiaron a 202 mujeres de la población general a quienes se aplicó el *Eating Disorder Inventory* y el *Biographic Inventory for Diagnosis of Behavioral Disturbances*. Tras analizar los resultados que arrojaron estos instrumentos, los autores sugirieron que un ambiente familiar adverso podría representar un importante factor etiológico para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. (Kinzl, 1994)

En otro estudio, Fairburn y cols. encontraron que diversos problemas en los progenitores de pacientes con bulimia nerviosa, incluyendo el trastorno por uso de alcohol, jugaban el papel de factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno. (Fairburn, 1997)

Además, Palmer reportó altas tasas de experiencias sexuales adversas en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, considerando el efecto de la experiencia traumática en la autoestima como una de las variables mediadoras. (Palmer, 1990) De forma semejante, Bulik y cols. encontraron que el abuso sexual en la infancia representaba un factor de riesgo para que las pacientes con anorexia nerviosa desarrollaran bulimia nerviosa en el futuro. (Bulik, 1997).

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 trastornos de la conducta alimentaria, 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 bulimia nerviosa que en aquellas que padecen anorexia nerviosa. (Stein, 1994)

En un estudio realizado por Vidovic y cols. se evaluaron a 76 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria 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 trastornos alimentarios, salvo las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva, 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 anorexia nerviosa restrictiva 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 trastornos de la conducta alimentaria, cuando un miembro de la familia padece anorexia nerviosa restrictiva la percepción de estas dificultades se encuentra disminuida, lo cual podría predisponer a la negación y a la evitación de la resolución de conflictos, así como a la pobre conciencia de necesitar ayuda especializada, apoyando de esta manera el concepto de "*familias anoréxicas*". (Vidovic, 2005)

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 trastornos de la conducta alimentaria.

Eagles y cols. realizaron un estudio para determinar si la composición familiar de las pacientes con anorexia nerviosa 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 anorexia nerviosa 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 anorexia nerviosa 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. (Eagles, 2005) 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 trastornos de la conducta alimentaria (Favaro, 2006). Otra explicación posible para los hallazgos del estudio de Eagles 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. demostraron la importancia de la influencia, tanto positiva como negativa, que ejercían las hermanas de las pacientes con anorexia nerviosa, tanto en la respuesta al padecimiento como en el impacto que ejercía este trastorno en los padres (Honey, 2006).

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. (Eagles, 2005)

En muchas ocasiones el pobre desempeño de los padres a nivel familiar podría predisponer a que las hijas desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria, o bien perpetuar el padecimiento. Algunos investigadores (Espina, 2003) 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 trastorno de la conducta alimentaria 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. analizaron a un grupo de 74 parejas que contaban con una hija con un trastorno de la conducta alimentaria. 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 trastorno de la conducta alimentaria en comparación con el grupo que se encontraba libre de psicopatología. (Espina, 2003).

Dare y cols. han utilizado las puntuaciones del *Eating Disorder Inventory* para valorar los progresos en la terapia familiar para pacientes con anorexia nerviosa. Al dar seguimiento por un año a un total de 40 pacientes anoréxicas y a sus familias, concluyeron que las subescalas del *Eating Disorder Inventory* son sensibles a los

cambios que ocurren durante la terapia familiar de pacientes con anorexia nerviosa. Además, dos subescalas del *Eating Disorder Inventory*, 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. (Dare, 2000).

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 bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. (Schmidt, 2007)

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 trastorno de la conducta alimentaria. A pesar de ello, como fue demostrado por Berg y Hodes, una evaluación global es poco común. De los 66 psiquiatras a quienes encuestaron, la mayoría no evaluaba ni ofrecía tratamiento a la familia de las pacientes que eran detectadas con un trastorno de la conducta alimentaria, esto a pesar de que el 89% de ellos estaban conscientes de que los hijos de las pacientes eran individuos en riesgo de desarrollar diversos trastornos mentales. (Berg, 1997)

III. Planteamiento del problema.

¿Existe una relación entre ambiente-funcionamiento familiar y la psicopatología alimentaria en las pacientes con trastornos alimentarios?

IV. Justificación.

Dado que el funcionamiento y la calidad del ambiente familiar tiende a mostrar una relación directa con el tipo o gravedad de la psicopatología presente en muchos trastornos psiquiátricos, es necesario determinar cuáles son las variables que se encuentran influidas por las características del grupo familiar en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

V. Hipótesis.

El grado de psicopatología relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria tendrá una relación directa con el nivel de funcionamiento familiar actual y con la calidad del ambiente considerado retrospectivamente.

VI. Objetivos.

- A.** Describir la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) así como sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) en una muestra de pacientes adolescentes internadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

- B.** Establecer el tipo de relación existente entre el nivel de funcionamiento familiar medido por la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* de McMaster y la psicopatología alimentaria medida por el *Eating Disorder Inventory* en una muestra de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria incluyendo sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados).

- C.** Establecer el tipo de relación existente entre la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva por la *Escala del Ambiente Familiar Global* y la psicopatología alimentaria medida por el *Eating Disorder Inventory* en una muestra de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria incluyendo sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados).

VII. Material y Métodos.

A. Tipo de estudio. De acuerdo a la clasificación de Dawson-Sunders esta investigación se considera un estudio de observación-transversal. (Dawson-Saunders, 1993)

B. Universo del estudio. El estudio incluye a un grupo de 36 pacientes adolescentes hospitalizadas debido a cualquier tipo de psicopatología en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. La muestra estuvo constituida por todas las pacientes que quisieron participar en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión para el mismo.

C. Criterios de inclusión:

1. Ser paciente del género femenino internada en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
2. Tener una edad comprendido entre 10 y 17 años
3. Desear participar en el estudio.

D. Criterios de exclusión:

1. Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante que imposibilite la aplicación de instrumentos.
2. Presentar síntomas psicóticos (alucinaciones e ideas delirantes) al momento de realizar las evaluaciones o encontrarse en un estado de agitación que imposibilite la aplicación de los instrumentos.
3. No saber leer o escribir.

E. Procedimiento

1. Ubicación espacio-temporal.

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en el periodo noviembre 2009 - enero 2010, se captó a un grupo de 36 pacientes que fueron hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres de esta institución.

2. Procedimientos para la recolección de la información.

Se utilizaron los expedientes clínicos de las pacientes con el fin de obtener la información necesaria para evaluar de forma retrospectiva la calidad del ambiente familiar, esta información se complementó con una entrevista no estructurada realizada a la paciente en la que se evaluaron principalmente los aspectos sugeridos por Rey, a saber: estabilidad de la residencia familiar, cambios en las figuras parentales a lo largo del tiempo, disarmonía parental, consistencia y adecuación de la disciplina y de la imposición de límites, consistencia de las expectativas, afecto y cuidados apropiados, pobreza y enfermedades o minusvalías en los padres o hermanos (Rey, 1997b). Posterior a esto se obtuvo la puntuación estimada a través de la *Escala del Ambiente Familiar Global*.

El *Mini-Kid* fue aplicado por el investigador principal en el área de hospitalización, al momento de aplicar el módulo de *Estado por Estrés Postraumático* siempre se interrogó sobre el antecedente de abuso sexual.

Los instrumentos autoaplicables (*Eating Disorder Inventory*, *Subescala de Funcionamiento General de la Familia* de McMaster y la *Escala de Figuras de Niños* de Collins) fueron contestados por las pacientes igualmente en el área de hospitalización. La mayoría de las pacientes complementaron todas las evaluaciones en el mismo día, otras, debido a manifestarse irritables o cansadas se les brindó la opción de realizar las evaluaciones en dos días (ver Instrumentos utilizados).

Finalmente se emplearon las básculas de la Unidad de Adolescentes Mujeres para documentar el peso y la talla de las pacientes.

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

- 1. Puntuación del *Eating Disorder Inventory*.** Variable intervalar. Obtenida de la calificación total dada por el instrumento autoaplicable y la calificación de cada una de las subescalas.
- 2. Puntuación de la *Escala del Ambiente Familiar Global*.** Variable intervalar. Obtenida de la calificación total de dicho instrumento.
- 3. Puntuación de la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster*.** Variable intervalar. Obtenida de la calificación total de dicho instrumento.
- 4. Puntuación de la *Escala de Figuras de Niños de Collins*.** Variable intervalar, obtenida de la discrepancia entre el peso idealizado en el momento actual y el peso percibido actual, y de la discrepancia entre el peso idealizado para la edad adulta y el peso percibido actual.
- 5. Diagnósticos en Eje I.** Variables nominales. Obtenidos de una entrevista clínica basada en el *MINI-Kid*

G. Instrumentos utilizados:

1. *Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory)*.

Es un cuestionario autoaplicable diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. (Garner, 1983)

Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes: (Ver Apéndice)

- 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.

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

El *Eating Disorder Inventory* ha sido adecuadamente validado en la población mexicana (García-García, 2003; Unikel, 2006) reportándose un alfa de Cronbach de 0.85 y una adecuada correlación con subescalas del *SCL-90* y el *Inventario de Autoestima de Coopersmith*. Actualmente existe el informe de los puntos de corte para cada trastorno alimentario (anorexia nerviosa restrictiva=41.9, anorexia nerviosa compulsivo-purgativa=53.6, bulimia nerviosa purgativa=66.7, trastorno de la conducta alimentaria no especificado=50.1) (Unikel, 2006), y el análisis de la sensibilidad y especificidad de los mismos para la puntuación total (sensibilidad de 90.9% y especificidad de 80%) en pacientes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria. (García-García, 2003)

2. Escala del Ambiente Familiar Global (Global Family Environment Scale).

Es un instrumento que evalúa la calidad del ambiente familiar de forma retrospectiva, tomando en cuenta el peor ambiente familiar durante un periodo de al menos 12 meses. (Ver Apéndice)

La forma de calificar es en base a un continuo hipotético entre el 1 y el 90, siendo las puntuaciones más altas (81-90) una descripción de un ambiente familiar estable, seguro y enriquecedor, con una crianza consistente, así como disciplina y expectativas razonables; mientras que las calificaciones más bajas (1-10) reflejan un ambiente familiar muy perturbado, que a menudo resulta en que el niño sea custodiado por el estado, institucionalizado, o bien la evidencia de grave abuso, abandono o deprivación extrema. (Rey, 1997a)

Se ha reportado una confiabilidad intraclase de 0.82 - 0.84 para casos reportados en viñeta, de 0.90 para registros médicos y 0.89 para entrevistas clínicas. La consistencia interna se ha reportado con $r=0.91$. (Rey, 1997a)

Un estudio que incluyó a 87 profesionales de la salud de diversos países y lenguas no reportó diferencias significativas en el acuerdo de los evaluadores con respecto al país, lengua, entrenamiento o grupo profesional (confiabilidad intraclase=0.84). Para los clínicos que hablaban español se reportó una confiabilidad interevaluador de 0.82. (Rey, 2000) Dicho instrumento se ha utilizado para estudiar población mexicana. (Chan-Díaz, 2004)

3. Subescala de Funcionamiento General de la Familia (General Functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device).

Este instrumento es una versión abreviada del *Family Assessment Device* y proporciona una medida del funcionamiento psicológico de la familia evaluando las dimensiones relacionadas a: resolución de problemas, comunicación, roles,

respuestas afectivas, compromiso emocional y control de conducta. (Ver Apéndice)

Es autoaplicable y consta de 12 reactivos, de los cuales seis reflejan un funcionamiento adecuado y los otros seis un funcionamiento patológico. Las categorías de respuesta son “siempre”, “a veces”, “casi nunca” y “nunca”, las de los reactivos pares se califican de 1 a 4 y las de los reactivos nones de 4 a 1, la suma total se divide entre 12. La calificación final va del 1.0 al 4.0, los puntajes más altos se relacionan con mayor patología familiar. Una puntuación por arriba de la percentila 90 es la que corresponde a 2.17, arriba de la cual se considera que la familia es disfuncional.

Esta escala fue utilizada para medir el funcionamiento familiar en la *Ontario Child Health Study*. (Byes, 1988) Este estudio reportó que las puntuaciones de la subescala correlacionaban con el funcionamiento familiar medido por el instrumento de *Valoración Familiar y la Estructura Familiar* ($p=0.003$) con una alfa de Cronbach de 0.86. La validez de constructo se midió con variables familiares incluidas en los datos del *Ontario Child Health Study* (FUI 16 y FACES II) con correlación por arriba de 50. (Byes, 1988)

Esta escala ha sido ampliamente utilizada en población mexicana. (Chan-Díaz, 2004; Saucedo-García, 1997; Lopez-Peña, 2006)

4. Escala de Figuras de Niños (*Child Figure Rating Scale*).

Esta escala, diseñada por Collins y cols., consiste en varias series de dibujos representando niños y niñas, así como mujeres y hombres adultos con diferente peso corporal. Se pide al niño(a) que señale cuál de todas ellas representa mejor la percepción que tiene de su propio peso y figura, posteriormente se le pide que indique cuál de las figuras representa su peso y cuerpo idealizado, finalmente se le pide que señale cuál de las figuras de adultos representa mejor su ideal de peso y figura para el futuro. En el estudio original los autores también solicitaron a lo(a)s niño(a)s que señalaran el peso idealizado actual y a futuro que ellos creían conveniente para el sexo contrario. (Collins, 1991)

Para fines prácticos, en la presente investigación se utilizó una forma abreviada de esta escala, mostrando solo tres series o hileras de dibujos representando a niñas (las primeras dos) y mujeres adultas (la tercera) con diferente peso corporal. (ver Apéndice). Se pidió a las pacientes que en la primera serie de figuras señalaran cuál de todas ellas representaba mejor la percepción que tenían de su propio peso y figura, posteriormente se les pidió que en la segunda serie indicaran cuál de las figuras representaba su peso y cuerpo idealizado, finalmente se les pidió que en la tercera serie señalaran cuál de las figuras de mujeres adultas representaba mejor su ideal de peso y figura para el futuro.

A través de restar la posición numérica que ocupa cada figura idealizada de la figura escogida como el peso y figura real se obtuvo un indicador que representó el grado de insatisfacción corporal. Si el resultado era cero, la insatisfacción resultaba nula; si el resultado era negativo la paciente deseaba ser más delgada; y si el resultado era positivo, la paciente deseaba ganar peso.

De acuerdo a Collins la confiabilidad prueba re-prueba dio por resultado un coeficiente de 0.71 para la primer serie de dibujos, de 0.59 para la segunda serie, y de 0.55 para la tercera. La validez de criterio se estimó con correlaciones entre

el índice de masa corporal, el peso y la selección de figuras de la primera serie. La correlación con el peso corporal resultó en un valor de $r=0.36$, $p<0.05$; la correlación con el índice de masa corporal mostró un valor de $r=0.37$, $p<0.05$. (Collins, 1991).

5. *Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-Kid):*

La *MINI* es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Explora para detección y/u orientación diagnóstica los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se ha probado su validez y confiabilidad de acuerdo al *SCID*. (Sheehan, 1997) La *MINI* está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Su sensibilidad para las categorías diagnósticas en concordancia con el *SCID-P* fue de 0.70 o mayor, la especificidad fue estimada en 0.85 o mayor para todas las categorías. (Sheehan, 1997) Su confiabilidad interevaluador fue estimada con un coeficiente *kappa* en rangos de 0.88-1.0, la confiabilidad prueba-reprueba fue estimada con un coeficiente *kappa* de 0.76-0.93. (Sheehan, 1998)

La entrevista *MINI-Kid* fue desarrollada por los mismos autores con la finalidad de contar con un instrumento que fuese más corto y fácil de administrar en comparación con otros aplicables a niños y adolescentes, utiliza un lenguaje más fácil de entender para este grupo de edad conservando las características esenciales del *MINI*. (Lecrubier, 1997)

H. Pruebas estadísticas.

1. Para describir las características de la población estudiada se utilizaron parámetros relacionados a la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión).
2. Se utilizó la prueba *t de Student* para comparar las variables intervalares de un grupo de pacientes con trastornos alimentarios incluyendo sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) y un grupo de pacientes sin dichos trastornos.
3. Se utilizó la prueba de *chi cuadrada* para comparar las categorías diagnósticas en un grupo de pacientes con trastornos alimentarios incluyendo sus formas subclínicas (trastornos de la conducta alimentaria no especificados) y un grupo libre de dicha patología.
4. Se utilizó la prueba de *chi cuadrada* para comparar las categorías diagnósticas en un grupo de pacientes con disfunción familiar y un grupo sin disfunción familiar.
5. Se utilizó la prueba de *chi cuadrada* para comparar las categorías diagnósticas en un grupo de pacientes con alta-moderada calidad del ambiente familiar y un grupo con baja calidad del ambiente familiar.

6. Para determinar la correlación existente entre la calidad del ambiente familiar y el grado de psicopatología alimentaria del grupo en estudio se utilizó el *coeficiente de correlación de Pearson*.
7. Para determinar la correlación existente entre el nivel de funcionamiento familiar y el grado de psicopatología alimentaria del grupo en estudio se utilizó el *coeficiente de correlación de Pearson*.

Estas pruebas se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.

VIII. Consideraciones éticas.

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

Tanto a la paciente como a los familiares responsables se les aseguró la completa confidencialidad de la información obtenida. Los nombres, registros e instrumentos de cada paciente sólo estuvieron en poder del investigador principal quien fue el encargado de aplicarlos y calificarlos.

Los progenitores de las pacientes firmaron una carta de consentimiento bajo información (Ver Apéndice)

Tras la evaluación de cada paciente, se agregó una nota al expediente clínico con el resultado de los instrumentos aplicados así como observaciones relacionadas a los síntomas alimentarios y al ambiente familiar.

Este proyecto de investigación fue aprobado por la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, quedando registrado con la clave IT2/03/1109.

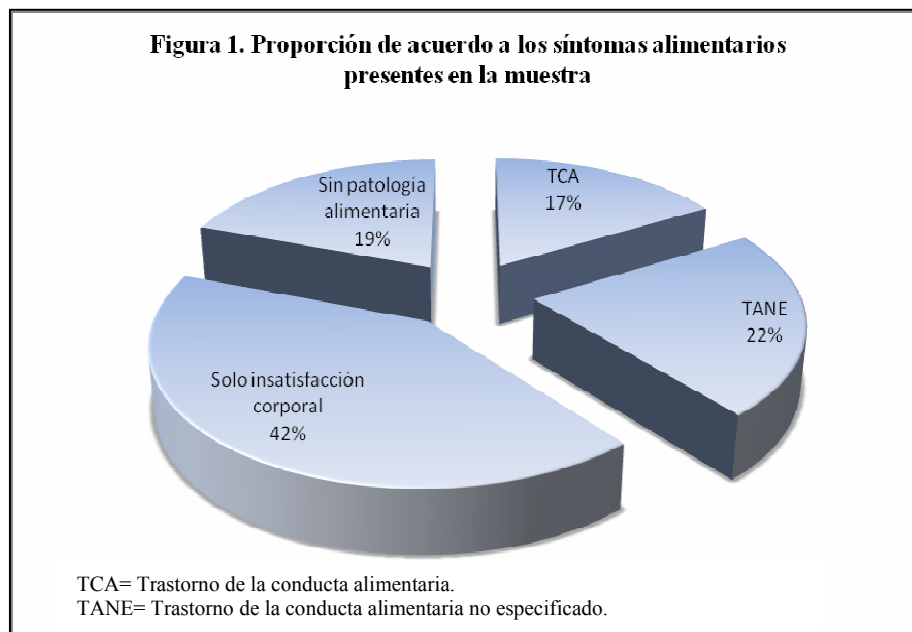
IX. Resultados.

En el Cuadro 1 se muestran las características socio-demográficas de las 36 pacientes que fueron reclutadas para la realización del presente estudio, así como los diagnósticos más frecuentes de acuerdo a las categorías del *Mini-Kid*.

La media del número de diagnósticos presentes en cada paciente fue de 4.91, con una desviación estándar de 6.75.

Cuadro 1. Características socio-demográficas y diagnósticos más frecuentes de la muestra		
	N	%
Edad:		
10-12 años	5	13.8
13-15 años	18	50.0
16-17 años	13	36.1
Ocupación:		
Estudiante	20	55.5
Empleada	2	5.5
Sin ocupación	14	38.8
Escolaridad:		
Primaria	5	13.8
Secundaria	20	55.5
Preparatoria	11	30.5
Nula	0	0.0
Lugar de residencia:		
D.F.	21	58.3
Otros estados	15	41.66
Diagnósticos más frecuentes:		
Trastornos disocial	18	50.0
Trastorno depresivo mayor	12	33.2
Trastorno de ansiedad por separación	11	30.5
Episodio maniaco/hipomaniaco	10	27.7
Abuso/dependencia de sustancias	10	27.7
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	10	27.7

En esta muestra de pacientes hospitalizadas hubo trastornos de la conducta alimentaria tanto a nivel clínico como subclínico en el 39% de los casos, como se muestra en la Figura 1.



Las pacientes que cumplieron criterios para un trastorno de la conducta alimentaria fueron diagnosticadas a través del *Mini-Kid* (en este subgrupo de pacientes solo se encontraron pacientes con bulimia nerviosa, no existió un caso de anorexia nerviosa en la muestra), aquellas que presentaron un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) fueron diagnosticadas a través de interrogar directamente (entrevista no estructurada) las características señaladas en el DSM-IV (ver Apéndice) ya que no existe a la fecha un instrumento para diagnosticar trastornos no especificados. Del total de la muestra una paciente presentó un diagnóstico de TANE 1 (anorexia nerviosa subclínica), dos pacientes presentaron un TANE 3 (bulimia nerviosa subclínica), tres pacientes presentaron un TANE 4 (puede representar formas subclínicas tanto de anorexia como de bulimia nerviosa), y dos pacientes presentaron un TANE 6 (trastorno por atracón o formas subclínicas de bulimia nerviosa).

La insatisfacción corporal fue considerada si la paciente tenía puntuaciones negativas (deseaba ser más delgada) en la *Escala de figura de Niños* de Collins.

Cabe señalar que del grupo de pacientes que sólo presentaba insatisfacción corporal, casi la mitad (46%) tenían síntomas relacionados a la conducta alimentaria en el pasado.

En el Cuadro 2 se muestran las medias y desviaciones estándar de la edad, el índice de masa corporal y las puntuaciones de las escalas.

Cuadro 2. Estadística descriptiva de diversos parámetros obtenidos de la muestra				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	10	17	14.72	1.86
Índice de Masa Corporal	17.33	33.41	23.29	3.97
<i>Eating Disorder Inventory</i>	7	144	58.22	40.66
<i>Subescala de McMaster</i>	1.16	3.5	2.16	0.58
<i>Escala del Ambiente Familiar Global</i>	10	83	62.83	15.53
Insatisfacción actual (<i>Escala de Figuras de Niños</i>)	-6	1	-1.5	1.69
Insatisfacción a futuro (<i>Escala de Figuras de Niños</i>)	-6	1	-1.97	1.71

Como puede notarse la media del Índice de Masa Corporal se situó en el rango normal (20-24.9 kg/m²), sin embargo, esto contrastó con la puntuación del *Eating Disorder Inventory* cuya media se encontró por arriba de lo que algunos autores han sugerido como punto de corte para anorexia nerviosa. La media de la puntuación en la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster* se encontró en el límite inferior normal y la *Escala del Ambiente Familiar Global* mostró una media que correspondería a un ambiente familiar situado entre la categoría de malo y moderadamente insatisfactorio.

Es de resaltar que un gran porcentaje de pacientes refirieron desear tener un cuerpo más delgado (una figura y media de discrepancia con la percepción del peso actual en la *Escala de Figura de Niños* de Collins), y aún más para la vida adulta (casi dos figuras de discrepancia con la percepción del peso actual).

La muestra fue dividida en dos grupos, uno de ellos agrupó a las pacientes que contaban con criterios para un trastorno de la conducta alimentaria (incluyendo los trastornos de

la conducta alimentaria no especificados) y el otro grupo incluyó al resto de las pacientes.

El Cuadro 3 muestra los resultados de la prueba *t de Student* aplicada a estos grupos.

Cuadro 3. Comparación del Índice de Masa Corporal, las puntuaciones obtenidas en las escalas y el número de diagnósticos entre el subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios y el subgrupo libre de patología alimentaria.					
	Pacientes con TCA* N=14	Pacientes sin TCA N=22	<i>t</i> Student		
	Media (DE)	Media (DE)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Índice de Masa Corporal	24 (4.0)	22 (3.7)	1.8	34.0	0.07
EDI Subescalas:					
Conciencia interoceptiva	13.5 (9.3)	6.3 (7.1)	2.6	34.0	0.01
Desconfianza interpersonal	6.5 (6.2)	5.2 (3.2)	0.7	17.6	0.4
Impulso a la delgadez	12.6 (6.2)	4.1 (5.6)	4.2	34.0	0.00
Inefectividad y baja autoestima	12.8 (7.6)	4.9 (5.5)	3.3	21.5	0.00
Insatisfacción corporal	17.1 (8.8)	5.8 (6.22)	4.5	34.0	0.00
Miedo a madurar	9.5 (5.9)	6.6 (5.3)	1.5	34.0	0.13
Perfeccionismo	8.1 (6.0)	5.27 (4.2)	1.6	34.0	0.10
Sintomatología bulímica	6.9 (7.0)	1.27 (2.16)	2.9	14.5	0.01
EDI puntuación total	87.2 (42.6)	39.7 (26.5)	3.7	19.4	0.00
Subescala de McMaster	2.2 (0.67)	2.1 (0.53)	0.4	34.0	0.68
EAFG	63.9 (10.2)	62.1 (18.3)	0.3	34.0	0.74
Insatisfacción actual	-2.9 (1.4)	-0.5 (1.0)	-5.4	34.0	0.00
Insatisfacción a futuro	-3.2 (1.6)	-1.0 (1.1)	-4.5	34.0	0.00
Número de diagnósticos	5.9 (3.5)	4.4 (3.6)	1.1	34.0	0.23

* Incluye trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

TCA= Trastorno de la conducta alimentaria. EDI= *Eating Disorder Inventory*. EAFG= *Escala del Ambiente Familiar Global*.

También se realizó la prueba de chi cuadrada para determinar si existían diferencias en las frecuencias de los diagnósticos proporcionados por el *Mini-Kid* en cada uno de estos subgrupos. Como se muestra en el Cuadro 4 no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Cómo se mencionó anteriormente, al interrogar el módulo de *Estado por Estrés Postraumático* del *Mini-Kid*, se interrogó acerca del antecedente de abuso sexual, resultando presente en el 50% de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (incluyendo los trastornos de la conducta alimentaria no especificados) y en el 54.5% de las pacientes libres de sintomatología alimentaria, sin que la diferencia en ambos subgrupos fuera estadísticamente significativa.

Cuadro 4. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios y un subgrupo libre de patología alimentaria.

	Pacientes con	Pacientes sin	<i>Chi cuadrada</i>	
	TCA*	TCA	X^2	<i>p</i>
	N=14	N=22		
	Frec (%)	Frec (%)		
Trastorno depresivo mayor	5 (41.7)	7 (58.3)	0.0	1.00
Trastorno distímico	1 (50.0)	1 (50.0)	0.0	1.00
Episodio maniaco/hipomaniaco	5 (50.0)	5 (50.0)	0.2	0.64
Trastorno de angustia	3 (60.0)	2 (40.0)	0.3	0.58
Agorafobia	4 (66.7)	2 (33.3)	1.14	0.28
Trastorno de ansiedad por separación	4 (36.4)	7 (63.6)	0.0	1.00
Fobia social	4 (57.1)	3 (42.9)	0.45	0.50
Fobia específica	1 (20.0)	4 (80.0)	0.19	0.66
Trastorno obsesivo-compulsivo	1 (33.3)	2 (66.7)	0.0	1.00
Trastorno por estrés postraumático	0 (0.0)	4 (100.0)	1.3	0.25
Abuso/dependencia de alcohol	3 (37.5)	5 (62.5)	0.0	1.00
Abuso/dependencia de sustancias	5 (50.0)	5 (50.0)	0.21	0.64
Trastornos de tics	0 (0.0)	1 (100.0)	0.0	1.00
TDAH	5(50.0)	5 (50.0)	0.21	0.64
Trastorno disocial	9 (50.0)	9 (50.0)	1.05	0.30
Trastorno negativista desafiante	0 (0.0)	5 (100.0)	2.03	0.15
Trastornos psicóticos	4 (44.4)	5 (55.6)	0.00	1.00
Trastorno de ansiedad generalizada	4 (57.1)	3 (42.9)	0.45	0.50

TCA= Trastorno de la conducta alimentaria. TDAH= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

* Incluye trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Para determinar si existían diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de cada una de las categorías diagnósticas proporcionadas por el Mini-Kid en relación con el funcionamiento familiar, se decidió dividir el total de la muestra en dos subgrupos, uno de ellos con disfunción familiar (puntuación en *Subescala de McMaster* ≥ 2.17) y otro sin disfunción familiar (puntuación en *Subescala de McMaster* < 2.17).

Como se observa en el Cuadro 5 el grupo con disfunción familiar presentó una mayor tendencia a cursar con episodio depresivo mayor, fobia social y trastorno negativista desafiante, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El resto de los diagnósticos no mostraron diferencias.

Cuadro 5. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con disfunción familiar y un subgrupo sin disfunción familiar.

	Pacientes con disfunción familiar	Pacientes sin disfunción familiar	<i>Chi cuadrada</i>	
	N=14 Frec (%)	N=22 Frec (%)	X^2	<i>p</i>
Trastorno depresivo mayor	8 (66.7)	4 (33.3)	4.2	0.04
Trastorno distímico	0 (0.0)	2 (100)	0.17	0.67
Episodio maniaco/hipomaniaco	5 (50.0)	5 (50.0)	0.2	0.64
Trastorno de angustia	2 (40.0)	3 (60.0)	0.0	1.00
Agorafobia	2 (33.3)	4 (66.7)	0.0	1.00
Trastorno de ansiedad por separación	6 (54.5)	5 (45.5)	0.82	0.36
Fobia social	6 (85.7)	1 (14.3)	5.7	0.01
Fobia específica	3 (60.0)	2 (40.0)	0.3	0.58
Trastorno obsesivo-compulsivo	2 (66.7)	1 (33.3)	0.17	0.68
Trastorno por estrés postraumático	3 (75.0)	1 (25.0)	1.05	0.30
Abuso/dependencia de alcohol	3 (37.5)	5 (62.5)	0.0	1.00
Abuso/dependencia de sustancias	3 (30.0)	7 (70.0)	0.08	0.76
Trastornos de tics	0 (0.0)	1 (100.0)	0.00	1.00
TDAH	5 (50.0)	5 (50.0)	0.21	0.64
Trastorno disocial	10 (55.6)	8 (44.4)	2.9	0.08
Trastorno negativista desafiante	3 (60.0)	2 (40.0)	0.3	0.58
Trastornos psicóticos	3 (33.3)	6 (66.7)	0.00	1.00
Anorexia nerviosa	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
Bulimia nerviosa	3 (60.0)	2 (40.0)	0.30	0.58
Trastorno de ansiedad generalizada	3 (42.9)	4 (57.1)	0.0	1.00

TDAH= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Para determinar si existían diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de cada una de las categorías diagnósticas proporcionadas por el *Mini-Kid*, esta vez en relación a la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva por la *Escala del Ambiente Familiar Global*, se decidió dividir el total de la muestra en dos subgrupos, uno de ellos con alta-moderada calidad del ambiente familiar (puntuación ≥ 70) y otro con baja calidad del ambiente familiar (puntuación < 70).

El Cuadro 6 muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas en estos dos subgrupos.

Cuadro 6. Comparación de las frecuencias de las categorías diagnósticas en un subgrupo de pacientes con alta-moderada calidad del ambiente familiar y un subgrupo con baja calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva.

	Pacientes con baja calidad del ambiente familiar	Pacientes con alta calidad del ambiente familiar	<i>Chi cuadrada</i>	
	N=18 Frec (%)	N=18 Frec (%)	X^2	<i>p</i>
Trastorno depresivo mayor	4 (33.3)	8 (66.7)	1.12	0.28
Trastorno distímico	1 (50.0)	1 (50.0)	0.0	1.00
Episodio maniaco/hipomaniaco	6 (60.0)	4 (40.0)	0.13	0.71
Trastorno de angustia	2 (40.0)	3 (60.0)	0.0	1.00
Agorafobia	2 (33.3)	4 (66.7)	0.20	0.65
Trastorno de ansiedad por separación	4 (36.5)	7 (63.6)	0.52	0.46
Fobia social	3 (42.9)	4 (57.1)	0.0	1.00
Fobia específica	3 (60.0)	2 (40.0)	0.0	1.00
Trastorno obsesivo-compulsivo	0 (0.0)	3 (100.0)	1.45	0.22
Trastorno por estrés postraumático	1 (25.0)	3 (75.0)	0.18	0.59
Abuso/dependencia de alcohol	3 (37.5)	5 (62.5)	0.16	0.68
Abuso/dependencia de sustancias	7 (70.0)	3 (30.0)	1.24	0.26
Trastornos de tics	0 (0.0)	1 (100.0)	0.0	1.00
TDAH	4 (40.0)	6 (60.0)	0.13	0.71
Trastorno disocial	10 (55.6)	8 (44.4)	0.11	0.73
Trastorno negativista desafiante	1 (20.0)	4 (80.0)	0.92	0.33
Trastornos psicóticos	4 (44.4)	5 (55.6)	0.0	1.00
Anorexia nerviosa	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
Bulimia nerviosa	4 (80.0)	2 (40.0)	0.92	0.33
Trastorno de ansiedad generalizada	1 (14.3)	6 (85.7)	2.93	0.92

TDAH= Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Finalmente se realizó la prueba de *correlación de Pearson* para estimar el grado de asociación entre la sintomatología alimentaria medida por el *Eating Disorder Inventory* y las variables relacionadas a la familia (funcionamiento y calidad del ambiente). Los Cuadros 7 y 8 muestran estos resultados.

Cuadro 7. Correlación entre la Subescala de McMaster y las subescalas del Eating Disorder Inventory

EDI Subescalas	<i>r</i>	<i>p</i>
Conciencia interoceptiva	0.25	0.14
Desconfianza interpersonal	0.20	0.23
Impulso a la delgadez	0.16	0.34
Inefectividad y baja autoestima	0.43	0.009
Insatisfacción corporal	0.15	0.35
Miedo a madurar	0.14	0.38
Perfeccionismo	0.31	0.06
Sintomatología bulímica	0.51	0.001
Puntuación del EDI total	0.34	0.03

EDI= *Eating Disorder Inventory*.

Cuadro 8. Correlación entre la EAFG y las subescalas del Eating Disorder Inventory

EDI Subescalas	<i>r</i>	<i>p</i>
Conciencia interoceptiva	0.28	0.09
Desconfianza interpersonal	0.04	0.79
Impulso a la delgadez	0.06	0.71
Inefectividad y baja autoestima	0.24	0.14
Insatisfacción corporal	0.07	0.68
Miedo a madurar	0.27	0.10
Perfeccionismo	0.23	0.17
Sintomatología bulímica	0.19	0.26
Puntuación del EDI total	0.23	0.17

EDI=*Eating Disorder Inventory*. EAFG= Escala del Ambiente Familiar Global.

X. Discusión.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran la elevada prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en una población clínica hospitalizada (39% de la muestra), en la cual los trastornos no especificados (TANE) superaban en frecuencia a las formas específicas. Cabe señalar que menos del 20% de la muestra se encontraba libre de algún trastorno de la conducta alimentaria y estaba además conforme con sus dimensiones corporales.

Los TANE han sido subestimadas en la investigación, no obstante se ha reportado que representan hasta tres cuartas partes del total de trastornos alimentarios en poblaciones no clínicas (Machado, 2007). En la muestra reclutada para presente estudio, se encontró que los TANE representan el 56% del total de trastornos alimentarios. No cabe duda que los TANE 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 anorexia o bulimia nerviosa. Es erróneo considerar que los TANE, por caer en la categoría de “no especificados” representan siempre cuadros leves o forma atenuadas de padecimientos específicos. De hecho, en una muestra de mujeres mexicanas estudiadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría, aquellas que presentaban un TANE tuvieron una puntuación media en *el Eating Disorder Inventory* más alta que la que correspondía a las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y muy similar a las pacientes con anorexia nerviosa compulsivo-purgativa. (Unikel, 2006)

Se ha estimado que si se modifican los criterios de los trastornos específicos, casi el 40% de los casos de TANE se considerarían anorexia o bulimia nerviosa. Estas observaciones pueden ser la base para la modificación de criterios en posteriores clasificaciones (Wilfley, 2007).

La *Escala de Figuras de Niños* de Collins evidenció la alta prevalencia de insatisfacción con el propio peso o figura en población clínica adolescente. El 42% de la muestra, pese a no cumplir con los criterios para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, o un TANE, deseaban tener un cuerpo más delgado. Este mismo porcentaje fue encontrado por Collins al evaluar la insatisfacción corporal en un grupo de niñas (media= 7.9 años) que cursaban los primeros años de educación básica. (Collins, 1991) Aquí cabe señalar que el proceso mismo de la adolescencia puede acompañarse de una gran insatisfacción con la propia apariencia. (López-Gómez, 1988)

Otro hallazgo relevante fue la alta comorbilidad psiquiátrica presente en al grupo de pacientes con trastornos alimentarios (cada paciente cumplió criterios para 6 diagnósticos psiquiátricos en promedio), lo cual nos habla quizá de un grupo específico de pacientes cuyas características no sería posible extrapolar a una población no clínica o a un servicio ambulatorio. La presencia de un trastorno disocial en el 64% de las pacientes con trastornos alimentarios (representada principalmente por pacientes con bulimia nerviosa y sus formas subclínicas) nos conduce a las afirmaciones de algunos investigadores, que han considerado dividir a la bulimia nerviosa en dos subgrupos: uno en el que sólo existe la tendencia a presentar comorbilidad con depresión y otro que es altamente comórbido, en el que existe la tendencia a presentar, además de depresión, trastorno antisocial de la personalidad, trastornos de ansiedad y consumo de sustancias. (Duncan, 2005) También se ha reportado que los TANE que se encuentran relacionados

con la bulimia cursan con mayor comorbilidad que los que se relacionan con la anorexia nerviosa. (Eddy, 200) Desde la década de los noventa, Lacey acuñó el término *bulimia multi-impulsiva* para designar a una variante de la bulimia nerviosa con alta tendencia a conductas impulsivas, principalmente dependencia a sustancias e intentos de suicidio. (Lacey,1993) Cabe señalar que en la muestra reclutada para el presente estudio, el 71% de las pacientes con un trastorno alimentario presentaba riesgo suicida de acuerdo al *Mini-Kid*.

Resulta importante resaltar el hecho de que la disfunción familiar, estimada por la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster*, marcó una diferencia en cuanto a la frecuencia con la que se presentaban algunos diagnósticos, a saber: episodio depresivo mayor y fobia social. La alta frecuencia de este último diagnóstico (42% de las pacientes con disfunción familiar, en contraste con el 4.7% reportado en la población general por Medina-Mora en el 2003) nos muestra una característica esencial de este subgrupo, el temor a ser expuesto a la burla y la humillación. Estos síntomas podría contribuir a la exacerbación de un trastorno alimentario, pues es bien sabido que la insatisfacción con el propio peso se acompaña de la creencia de que otros se burlarán. Es de resaltar el hecho de que una de las subescalas del *Eating Disorder Inventory* que mayor correlación tuvo con la Subescala de McMaster fue la de “*inefectividad y baja autoestima*.”

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible afirmar que la hipótesis que dio origen a este proyecto se confirmó de forma parcial. La severidad de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, medidos por el *Eating Disorder Inventory*, tuvo una correlación positiva con el nivel de funcionamiento familiar estimado por la *Subescala de Funcionamiento General de la Familia de McMaster*. Sin embargo, no existió una correlación entre el *Eating Disorder Inventory* y la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva por la *Escala del Ambiente Familiar Global*. La explicación a ello posiblemente consista en que los síntomas relacionados a los trastornos alimentarios son más reactivos a las características familiares actuales que a aquellas que se presentaron en el pasado. También es posible suponer que el funcionamiento familiar actual se puede ver afectado por la presencia de sintomatología relacionada a los trastornos de la alimentación en uno sus miembros. No hay que olvidar que al tratarse de una correlación solo es posible afirmar que hay una asociación entre las variables, sin que podamos determinar causalidad y sin que sea posible establecer si una variable se comporta como dependiente o independiente.

Un hallazgo relevante fue que la subescala de *sintomatología bulímica* del *Eating Disorder Inventory*, fue la que mayor correlación tuvo con el funcionamiento familiar, resultando estadísticamente significativa. Podría suponerse que entre más alto es el nivel de disfunción familiar mayor tendencia tendrá una adolescente a presentar atracones y vómitos. Desde esta perspectiva podría parecer que estos hallazgos apoyan la interpretación psicodinámica de la bulimia nerviosa, en donde los atracones simbolizan la marcada dependencia a figuras significativas, y los vómitos el deseo de expulsar un objeto malo introyectado. (Gorjón-Cano, 2001)

Sin embargo, dada la imposibilidad de hacer inferencias más allá de una simple asociación entre variables, cabría la posibilidad de que por algunos periodos el bajo funcionamiento familiar propiciara los síntomas bulímicos y que en otros periodos dichos síntomas impactaran el funcionamiento familiar creando así un círculo vicioso.

Espina y cols. consideraron la presencia de este proceso circular en la expresión de los trastornos de la conducta alimentaria (Espina, 2003). Sin embargo, es necesario enfatizar el hecho de que las conductas purgativas (vómitos, uso de laxante o diuréticos) ocurren fuera de la vista de la familia, en el baño. Igualmente sucede con los atracones como lo expresa el ítem sesenta y uno del *Eating Disorder Inventory* “*como o bebo a escondidas*”; también el DSM-IV se refiere al síntoma de “*comer a solas para esconder su voracidad*” (American Psychiatric Association, 1994).

Una aplicación posible a estos hallazgos puede consistir en evaluar con el *Eating Disorder Inventory* los progresos realizados en terapia familiar en las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, considerando como mejores indicadores del nivel de funcionamiento la subescala de *síntomas bulímicos* y la de *inefectividad y baja autoestima*. La puntuación total del *Eating Disorder Inventory* puede ser igualmente útil para este fin, recordemos que algunos ítems de este instrumento evalúan directamente aspectos relacionados al ambiente familiar, por ejemplo el ítem décimo tercero expresa: “*mi familia solo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de los habitual*”, y el ítem 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 los pacientes. (Ver Apéndice)

Dare y cols. han utilizado el *Eating Disorder Inventory* para evaluar los progresos en terapia familiar de las pacientes anóxicas (Dare, 2000); los hallazgos obtenidos en la presente investigación pueden hacer extensiva dicha aplicación a la totalidad de los trastornos alimentarios incluyendo los no especificados.

Posiblemente las puntuaciones obtenidas en la *Escala del Ambiente Familiar Global*, que considera el peor ambiente familiar vivido por el paciente por un tiempo mayor a un año, influya solamente en la predisposición a la psicopatología y no en la intensidad de los síntomas actuales (al menos en lo que respecta a los trastornos alimentarios). Cabe señalar que la media de edad de la muestra fue de 14.7 años y que en la gran mayoría de las pacientes el peor periodo de tiempo al que estuvieron expuestas en cuanto a calidad del ambiente familiar, había acontecido en los primeros años de su vida, principalmente relacionado a abandono, pobre supervisión de los padres, dificultades económicas, cambio en las figuras parentales por separación o divorcio, alcoholismo o dependencia a sustancias de los padres y evidencia de abuso o maltrato infantil. No cabe duda que estos eventos pasados deben haber ejercido su impacto en la psicopatología de las adolescentes de la muestra, sin embargo este fenómeno no fue posible medirlo con los instrumentos empleados en este estudio.

XI. Conclusiones.

Los trastornos de la conducta alimentaria representan una importante causa de morbilidad en las poblaciones clínicas de mujeres adolescentes; así mismo, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados superan en prevalencia a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, haciendo necesaria su pronta identificación y el inicio de tratamientos encaminados a evitar la evolución a formas más severas.

La insatisfacción con el propio peso y figura se encuentra presente en la mayoría de las pacientes que se encuentran hospitalizadas en un servicio de atención psiquiátrica, determinar el grado de importancia de este fenómeno y el riesgo que confiere para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria requiere estudios de seguimiento con muestras más grandes.

La disfunción familiar es una variable que se relaciona con la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente los síntomas bulímicos y la baja autoestima. Este hallazgo resulta relevante ante el hecho de poder determinar qué grupo de síntomas podrían mejorar inicialmente con una intervención familiar encaminada a tratar un trastorno alimentario.

Al parecer la calidad del ambiente familiar medido de forma retrospectiva, no tiene un impacto directo en la presencia de un trastorno alimentario u otra entidad diagnóstica, lo que puede quizá solamente propiciar la presencia de variables mediadores que se relacionen con la presencia de psicopatología.

XII. Bibliografía.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed.* Washington: Masson; 1994.

Berg B, Hodes M. Adult psychiatrists' knowledge of the adjustment of children whose mothers have eating disorders. *European Eating Disorders Review* 1997; 5: 25-32.

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* 1997; 185: 704-707.

Byes J, Byrne C, Boyle M, Offord D. Ontario Child Health Study: reliability and validity of the general functions Subscale of the McMaster Assessment Device. *Family Process* 1988; 27: 97-104.

Chan-Diaz G: *Ambiente y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión.* Tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia. México, D.F. 2004.

Charcot JM. *Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System delivered at the Infirmary of La Salpêtrière.* Traducción al inglés por Thomas Savill. Londres: The New Sydenham Society; 1889.

Collins MA. Body Figure Perceptions and Preferences Among Preadolescent Children. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10: 199-208.

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. *European Eating Disorders Review* 2000; 8: 369-383.

Dawson-Saunders B, Trapp R. *Bioestadística Médica.* México: Manual Moderno; 1993.

Duncan AE, Neuman RJ, Kramer J, Kuperman S, Hesselbrock V, Reich T, Bucholz K. Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders? *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 19-25.

Eagles J, Johnston M, Millar H. A case-control study of family composition in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 38:49-54.

Eddy KT, Doyle AC, Hoste RR, Herzog DB, Grange D. Eating Disorder Not Otherwise Specified in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47: 156-164.

Espina A, Ochoa I, Ortego A. Dyadic adjustment in parents of daughters with eating disorder: *European Eating Disorders Review* 2003; 11: 349-362.

Fairburn C, Welch S, Doll H, Davies B, O'Connor M. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 509-517.

Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 82-88.

Freud S. *Estudios sobre la histeria*. España: Biblioteca nueva, 2002 (1895).

García E, Vázquez V, López J, Arcila D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México* 2003; 45: 206-210.

Garner D, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2: 15-34.

Gorjón-Cano S. Aspectos psicodinámicos y sistémicos de los trastornos de la alimentación. *Psiquiatría* 2001; 17(3): 89-93.

Gull WW. *Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*, en A Collection of The Published Writings. Editado por Acland TD. Londres, The New Sydenham Society, 1894, pp 305-314.

Honey A, Clarke S, Halse C, Kohn M, Madden S. The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa for adolescent girls. *European Eating Disorders Review* 2006; 14: 315-322.

Kinzl J, Traweger C, Guenther V, Biebl W. Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1127-1131.

Kucharska-Pietura K, Nikolaou V, Masiak M, Treasure J. The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35: 42-47.

Lacey, J.H: Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nerviosa. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163:190-194.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12:224-231.

López-Gómez MI: *La Encrucijada de la Adolescencia. Psicología de la Adolescencia Normal*. México: Distribuciones Fontamara, 1988.

Lopez-Peña MA, Saucedo-García JM, Cuevas-Urióstegui ML. Funcionamiento familiar y su relación con bajo rendimiento escolar, la adaptación psicosocial y psicopatología en adolescentes mayores. *Psiquis* 2006; 15(1):13-23.

Machado P, Machado B, Goncalves S, Hoek H: The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders* 2007, 40; 212–217.

Medina-Mora MA, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 2003; 26:1-16

Minuchin S, et al: *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Estados Unidos de Norteamérica: Harvard University Press; 1978.

Palmer, R. Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 699-703.

Pinel P. *Nosographie Philosophique ou La Method de L'analyse Appliquée a la Medicine*. Quinta edición. Volumen tercero. Paris : Chez J.A.Brosson; 1813.

Pinel P. *Tratado Médico-Filosófico de la Enagenación del Alma o Manía*. Traducción al castellano por Luis Guarnerio y Allavena. Madrid: Imprenta Real; 1804.

Ploog D, Pirke K: Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1987; 17: 843-859.

Rey JM, Singh M, Hung S, Dossetor DR, Newman L, Plapp JM, Bird KD. A global scale to measure the quality of the family environment. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 817-822.

Rey JM. *Escala del Ambiente Familiar Global (EAFG). Descripción y Manual de Entrenamiento*. Versión española: Victor Peralta, Manuel J. Cuesta y Alfredo Martínez-Larrea; 1997 (manual no publicado, obtenido de forma gratuita directamente con el autor, e-mail: jrey@mail.usyd.edu.au)

Rey JM, Peng R, Morales-Blanuez C, Widyawati I, Peralta V, Walter G. Rating the quality of the family environment in different cultures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39(9): 1168-1174.

Russell G: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9: 429-448.

Sauceda-Garcia JM, Ortiz-De la Rosa LT, Fajardo-Gutierrez A, Cárdenas-Zetina JA. La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. *Gaceta Médica de México* 1997; 133 (3) 203-209.

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. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 591–598.

Selvini-Palazzoli M, et al. *Paradoja y Contraparadoja*. España: Paidós; 1988.

Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.

Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (supl 20): 22-33.

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* 1994; 35: 733-748.

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* 2006, 29: 44-51.

Vidovic V, Juresa V, Begovac I, Mahnik M, Tocilj G. Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2005; 13: 19–28.

Weiner DB. *Comprender y Curar. Philippe Pinel (1745-1826) La medicina de la mente.* México: Fondo de Cultura Económica; 2002.

Wilfley D, Bishop M, Wilson G, Agras W: Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders* 2007, 40: S123–S129.

XIII. Apéndice.

A. Eating Disorder Inventory

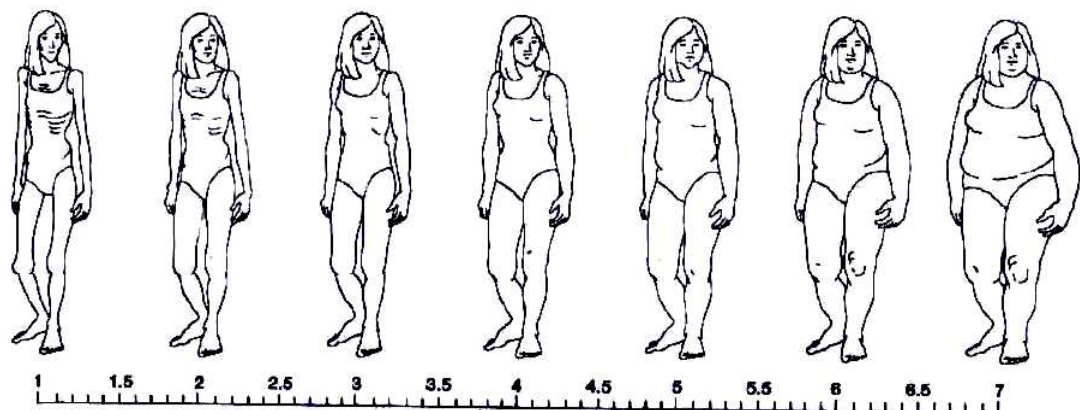
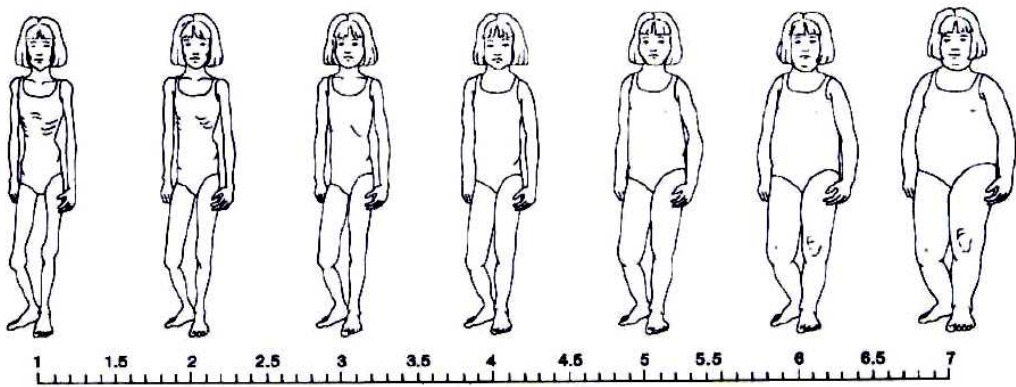
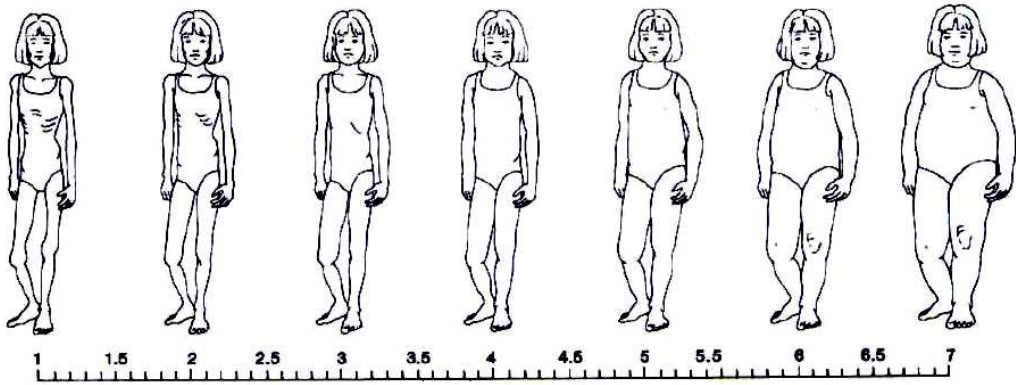
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa						
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande						
3. Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia						
4. Como, cuando estoy disgustada						
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 los logros o resultados que están por encima de lo habitual						
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño						
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 era 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 pompas o glúteos						
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
33. No sé 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 disgustada 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 acercárseme 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 pompis o glúteos 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. Subescala de Funcionamiento Global de la Familia de McMaster

	Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Es difícil planear cosas porque no nos ponernos de acuerdo.				
2. Cuando tenemos un problema nos apoyamos unos a otros.				
3. Cuando sentimos tristeza no nos lo decimos.				
4. Se respeta la manera de ser de los demás.				
5. Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones.				
6. Nos decimos lo que sentimos unos a otros.				
7. Hay muchos rencores.				
8. Nos sentimos aceptados como somos.				
9. Llegar a una decisión es un verdadero problema.				
10. Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas.				
11. No nos llevamos bien cuando estamos juntos.				
12. Nos tenemos confianza unos a otros.				

C. Escala de Figuras de Niños



D. Escala del Ambiente Familiar Global.

Código

- 90** **Ambiente familiar adecuado.** Estable, seguro y enriquecedor para el niño, la crianza es consistente, con afecto, disciplina y expectativas razonables.
- 81**
80 **Ambiente ligeramente insatisfactorio.** Principalmente estable y seguro, pero hay algunos conflictos e inconsistencias en torno a la disciplina o expectativas (p.e. un padre puede que a menudo esté ausente o no disponible debido a una enfermedad o por motivos laborales; un niño puede caracterizarse por recibir un tratamiento especial), algún cambio de residencia y escuela.
- 71**
70 **Ambiente moderadamente insatisfactorio.** Moderados conflictos parentales (que pueden haber desembocado en separación o divorcio), conflictos moderados o actitud inadecuada en relación a la disciplina y expectativas. La supervisión o crianza por parte de los padres es moderadamente insatisfactoria, frecuentes cambios de residencia y escuela.
- 60**
- 51**
50 **Ambiente familiar malo.** Conflictos parentales continuos, separación hostil con problemas de custodia de los niños, exposición a más de un padre/madre putativo/a, sustancial inconsistencia parental, o crianza inadecuada, algún abuso (por parte de figuras parentales o hermanos) o abandono, escasa supervisión, cambios muy frecuentes de residencia o escuela.
- 40**
- 31**
30 **Ambiente familiar muy malo.** Varias figuras parentales (padres de facto) generalmente de corta duración, graves conflictos parentales, crianza inconsistente o inapropiada, evidencia de abusos importantes (p.e. disciplina cruel) o abandono, o grave ausencia de supervisión parental.
- 20**
- 11**
10 **Ambiente familiar extremadamente malo.** Ambiente familiar muy perturbado, que a menudo resulta en que el niño sea custodiado por el estado, institucionalizado, o que viva en un piso protegido en más de una ocasión. Evidencia de grave abuso o abandono, o privación extrema.
- 1**
0 **No hay suficiente información para puntuar la escala.**

E. Carta de Consentimiento Informado

México, D.F. a _____

Por este medio se brinda autorización y consentimiento para que la paciente _____, quien se encuentra internada en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, participe en el proyecto de investigación sobre el ambiente familiar y los trastornos alimentarios que realiza el Dr. Mauricio Leija Esparza (este proyecto de investigación se encuentra registrado en la División de Investigación con clave IT2/03/1109).

Dicha participación consistirá en la aplicación una entrevista (Mini-Kid) y una serie de escalas (*Eating Disorder Inventory*, Subescala de Funcionamiento Global de la Familia, Escala del Ambiente Familiar Global y *Child Figure Rating Scale*), así como la obtención de datos del expediente clínico.

Dicha investigación y los resultados que arroje no tendrá ninguna repercusión negativa en el tratamiento ni en el seguimiento de la paciente aún cuando ésta no deseara participación en su realización.

Firma de conformidad:

Responsables (padre o madre)

Investigador

Testigo

F. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

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.

TANE 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

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.

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.

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).

TANE 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

TANE 6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

(American Psychiatric Association, 1994)