

**REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL**

***Los trastornos de la alimentación y su vínculo con la  
dinámica familiar***

**Autor: Ma. de Lourdes Padilla Nuñez**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestría en Psicoterapia Familiar**

**Nombre del asesor:  
Matilde Sakruka Cohen**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA



**UMA**

**UNIVERSIDAD  
VASCO DE QUIROGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION  
Y SU VINCULO CON LA DINAMICA  
FAMILIAR”**

**TESIS DE POSTGRADO**

Para obtener el grado de :

**MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR**

Presenta

**MA. DE LOURDES PADILLA NUÑEZ**

Asesor de Tesis :

**DRA. MATILDE SAKRUKA COHEN**



AVALA

TM1442

R.V.O.E. MAES 960402

CLAVE 16PSU0020A

MORELIA, MICHOACAN 2001



**UNIVERSIDAD  
VASCO DE QUIROGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION  
Y SU VINCULO CON LA DINAMICA  
FAMILIAR”**

**TESIS DE POSTGRADO**

Para obtener el grado de :

**MAESTRIA EN PSICOTERAPIA FAMILIAR**

Presenta

**MA. DE LOURDES PADILLA NUÑEZ**

Asesor de Tesis :

**DRA. MATILDE SAKRUKA COHEN**



**R.V.O.E. MAES 960402**

**CLAVE 16PSU0020A**

**MORELIA, MICHOACAN 2001**

**TESIS DE POSTGRADO**

**LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION**

**Y SU VINCULO**

**CON LA DINAMICA FAMILIAR**

## AGRADECIMIENTOS

Al poner este título, siento dentro de mí tantas y tantas cosas, que no sé por dónde comenzar. Iré describiéndolas según vayan a mi memoria. En primer lugar recuerdo la gran oportunidad que me dieron mi esposo y mis dos hijos de haber alcanzado este grado de estudios que para mí era muy importante lograr. Recuerdo cómo desde los momentos en que tanto tenía que estudiar hasta en el momento de hacer esta tesis, estuvieron a mi lado no solo afectivamente sino hasta en teclear una computadora cada vez que yo lo necesitaba. Recuerdo cómo mi hijo Pabis, jugaba solo y me esperaba a que yo terminara día a día para poder finalmente, jugar juntos. Recuerdo cómo mi hijo Quique me apoyó con su compañía, muchas veces con lo que se me atoraba de la computación y sobre todo con sus palabras que siempre me animaban para no rendirme y seguir adelante. Cómo tú mi Pequeño, el amor de mi vida, mi compañero, mi amigo, mi colega y mi cómplice en este trabajo; trabajo en el que hemos estado juntos desde el principio hasta el fin. Yo lo expondré el día del examen, pero tú eres mi coautor y mi respaldo siempre que lo he necesitado. Gracias mil a ustedes tres, mi familia!

Por otro lado recuerdo el apoyo indirecto pero no menos importante, que he recibido de mi Mamá. Esa mujer que con su forma de actuar en la vida, me ha enseñado que tiene más de un doctorado; gracias por tu apoyo con la ortografía y por tu invaluable ayuda en el cuidado de mis hijos mientras yo realizaba el trabajo; te amo y estoy orgullosa de ser tu hija.

Quiero agradecer también a la Dra. Matilde Sakruka por ser no solo quien ha dirigido esta tesis, sino por ser también una valiosa amiga, quien en muchas ocasiones me dio realidad, consejos, compañía, impulso y mucho ánimo para terminar las cosas lo mejor y mas completas posibles, para llegar a ser una excelente profesionista como lo es ella; el tener su compañía durante el proceso de elaboración de esta tesis, me ayudo a ver el ejemplo de un ser humano y un terapeuta realmente valioso. Gracias, gracias por ayudarme a ser Maestra en Psicoterapia Familiar.

No puedo dejar pasar los recuerdos de personas como Marthita mi secretaria que tanto participó con su apoyo y ayuda continua.

A cada una de mis pacientes, que me inspiraron a hacer este trabajo día a día y cada vez con mas empeño e interés para así salir adelante; ellas como pacientes sufriendo y superando día con día su enfermedad y Yo acompañándolas, trabajando juntas en este proceso. Gracias por su inspiración y presencia que dio origen a uno de los trabajos mas importantes de mi vida.

# INDICE

## PRESENTACION

INDICE .....	1
RESUMEN .....	2
INTRODUCCION .....	3

## CAPITULO I MARCO TEORICO

1.1 Causas de los trastornos de alimentación .....	6
1.1.1 Etiología Psicológica de los trastornos de alimentación .....	9
1.2 Anorexia .....	13
1.2.1 Antecedentes históricos de la Anorexia Nervosa .....	13
1.2.2 Tipos de Anorexia .....	19
1.2.3 Diagnóstico diferencial .....	19
1.2.4 Etiología orgánica .....	20
1.2.5 Sintomatología física y conductual .....	25
1.2.6 Factores Psicológicos .....	27
1.2.7 El Matrimonio de los Padres de Anoréxicos .....	46
1.2.8 Características de personalidad .....	46
1.2.9 Relaciones entre hermanos .....	48
1.2.10 Factores Sociales .....	49
1.3 Bulimia .....	49
1.3.1 Antecedentes Históricos de la Bulimia Nerviosa .....	49

1.3.2	Criterios Diagnósticos del DSM IV sobre Bulimia Nerviosa .....	53
1.4	Trastorno Alimentario no específico .....	54
1.5	Trauma, Disociación y descontrol de impulsos en los TA .....	56
1.6	Obesidad .....	58
1.6.1	Criterios Diagnósticos .....	59
1.6.2	Factores Etiológicos de la Obesidad .....	60
1.6.3	La Familia del Obeso .....	62
1.6.4	Características de Personalidad .....	63
1.6.5	Factores Sociales .....	64
1.7	Tratamiento del paciente con Trastorno de Alimentación .....	65
1.7.1	El lugar de la familia .....	65
1.8	Dinámica Familiar .....	69
1.8.1	La interacción en sistemas rígidos .....	72
1.9	La Imagen corporal y los Trastornos de Alimentación .....	74

## **CAPITULO II METODOLOGIA**

2	Metodología .....	83
2.1	Objetivo General .....	84
2.2	Objetivo Específico .....	85
2.3	Justificación .....	85
2.4	Importancia del estudio .....	85
2.5	Planteamiento del problema .....	86
2.6	Hipótesis .....	86

2.7 Variables .....	86
2.8 Universo .....	92
2.9 Muestra de la Investigación .....	93
2.10 Instrumento .....	94
2.10.1 " Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II" .....	94
2.10.2 ITA Padilla 2000 .....	101
2.11 Aplicación y procedimiento .....	103
2.12 Análisis Estadístico .....	105
2.13 Limitaciones del estudio .....	110

### **CAPITULO III RESULTADOS**

3. Presentación y análisis .....	112
3.1 Gráficas de resultados .....	116

### **CAPITULO IV CONCLUSIONES**

Conclusiones .....	127
--------------------	-----

Apéndices .....	132
-----------------	-----

Bibliografía .....	151
--------------------	-----

## RESUMEN

El presente trabajo es una revisión bibliográfica y estadística, sobre los trastornos de alimentación tales como anorexia, bulimia, trastorno de alimentación inespecífico y obesidad. Se elaboró un instrumento denominado ITA Padilla 2000 el cual fué aplicado junto con el instrumento Faces II a una población de 34 pacientes mujeres con el fin de conocer la relación entre la dinámica familiar y cada uno de estos trastornos. Los resultados obtenidos mostraron alteraciones en la cohesión y adaptación familiar en cada uno de los trastornos. Se concluyó por lo tanto que un paciente con trastorno de alimentación requiere de terapia familiar como parte esencial en su proceso terapéutico.

## INTRODUCCION

Los problemas de anorexia y bulimia han sido ampliamente estudiados en varios países de occidente, así como en países orientales con tendencias de occidente, y en algunos países del llamado tercer mundo. En dichos estudios se ha encontrado que el porcentaje promedio de los trastornos de alimentación entre estudiantes de universidades y preparatorias, es sorprendentemente similar, oscilando entre un 4 al 13 por ciento; Siendo un porcentaje realmente alarmante considerando que estos trastornos son los únicos síndromes clasificados en el DSM IV que “ por sí mismos ” pueden llevar a desequilibrios orgánicos graves e incluso a poner en peligro la vida de quien los padece.

Actualmente se sabe que en países de Norteamérica y Europa los trastornos de alimentación (anorexia nervosa, bulimia nervosa y comer compulsivamente) afectan a un número creciente de mujeres adolescentes y adultos jóvenes. Aunque estos trastornos son más comunes en la adolescencia, se han reportado casos en niños y en mujeres de edad avanzada.

Se considera de suma importancia el conocer la magnitud de estos problemas en México, ya que hay pocos estudios al respecto. La prevalencia en estos trastornos se da básicamente en mujeres jóvenes, en edad adolescente o adulta joven. Estudios diversos muestran que la incidencia de estos trastornos crece cada vez más en los hombres, sobre todo en aquellos

cuya profesión gira alrededor de su cuerpo (actores, deportistas, bailarines, etc.), aunque en este caso quienes lo padecen lo ocultan aún más por considerar que estos son “ trastornos de mujeres” .

En la actualidad poco o nada se habla sobre trastornos de alimentación en las escuelas. Existe muy poca educación e investigación alrededor de los mismos en México. Estudios recientes indican que la prevalencia de estos trastornos, en alumnas de preparatoria es muy alta. Por lo visto en nuestro país la influencia de modelos extranjeros es muy grande, principalmente en mujeres (y hombres) de clase media y alta. Desgraciadamente el lograr que estos estándares irreales de belleza cambien pronto es muy difícil.

Pero ¿qué causa un trastorno de alimentación?. Su etiología es compleja y múltiple, pues tiene que ver con factores socioculturales, familiares, psicológicos, metabólicos e incluso se cree que también biogénéticos. En cuanto a los socioculturales; es tal la obsesión por el cuerpo, que la mayoría de las mujeres prefieren bajar de peso antes de lograr cualquier otra meta.

La familia influye también, generalmente de manera inadvertida, en el desarrollo de un trastorno alimentario; así como y de manera importante, la susceptibilidad del individuo y su psicopatología. En general, detrás de estas conductas hay siempre sentimientos que deben ser explorados a fondo.

Es el interés de esta tesis, estudiar tanto la estructura de personalidad del individuo con trastornos de alimentación, así como las características de su dinámica familiar, para así poder como terapeutas familiares prevenir y/o detener estos desordenes, que de seguir pueden llevar a consecuencias graves e incluso fatales.

En base a lo anterior, se estructuró este trabajo de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se abarcan las causas de los trastornos de alimentación, antecedentes históricos y cada uno, características clínicas diagnosticadas por el DSM III-R y DSM IV, características familiares y estructura de personalidad de cada uno.

El segundo capítulo comprende la metodología, en donde se describe el problema planteado por la presente investigación, así como también las hipótesis establecidas y la descripción de los sujetos de la investigación. Posteriormente se describe el instrumento creado para medir los trastornos de la alimentación (ITA-Padilla 2000) y el instrumento FACES II el cual mide la cohesión y adaptación familiar. También en este capítulo se describe el procedimiento y el análisis estadístico llevados a cabo. Al final de este capítulo se señalan las limitaciones del estudio.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados obtenidos en la investigación y las conclusiones teóricas y prácticas, se aportan también opiniones personales al respecto.

## Capítulo I MARCO TEORICO

### 1.1 LAS CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION

En términos absolutos, los trastornos de la alimentación se producen cuando una persona necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de un modo saludable. En lugar de cambiar su forma de relacionarse con ella misma y con su entorno, su familia, sus amigos, su comunidad y su cultura; la persona se vuelca en la comida, que le permite olvidar, le proporciona una ilusión de control, la protege de la vulnerabilidad. En lugar de escuchar las señales de su cuerpo, crea reglas; se obsesiona con cifras y rutinas en vez de confiar en la intuición y sentir y saber lo que es bueno para ella.

No existe un gen, que sea la causa de los trastornos de alimentación, y no hay una sola experiencia o presión cultural que obligue a nadie a aferrarse a la anorexia o a la bulimia. Sin embargo, hablando en términos más generales, la biología y las experiencias de una persona, su naturaleza y su educación se pueden combinar, para hacer de la manipulación comida / cuerpo el estabilizador más efectivo. Los factores específicos mencionados mas adelante no provocan por si mismos los trastornos de alimentación, cuyo origen se encuentra más bien en la persona, en la manera en que experimenta esos factores según su biología, sus experiencias anteriores, el ambiente en que se mueve y los consejos que recibe de los demás.

**El componente biológico de los trastornos de alimentación:**

Dentro de nuestra biología esta incluida nuestra estructura física y química innata. De la misma manera que cada uno de nosotros, crece hasta llegar a una altura aproximada, que esta determinada por nuestra biología, también nos desarrollamos, hasta llegar a un peso determinado que se ajusta al nivel que el cuerpo quema calorías, de manera que cuando una persona aumenta su consumo de alimentos, el metabolismo de su cuerpo también aumenta, y cuando lo disminuye, el metabolismo hace otro tanto.

**Las experiencias de la niñez: el establecimiento de las bases de los trastornos de la alimentación**

Muchos progenitores tienen problemas con la comida; a menudo hacen régimen, comentan lo que pesan y siguen diferentes dietas de moda. Con su comportamiento, envían mensajes sesgados a sus hijos sobre la manera de comportarse ante la comida, el hambre el cuerpo y el peso. La forma que tienen en la familia de tratar las emociones, se refleja directamente sobre cada uno de sus miembros.

Muchas adolescentes, aprendieron en su niñez que su cuerpo no les pertenecía, porque abusaron de ellas psicológica o sexualmente no se pretende culpar a los padres, de todos los problemas que enfrentan sus hijos. Pero, sin saberlo ni pretenderlo, los padres pueden

favorecer una atmósfera, que vuelva a su hija vulnerable al uso de la manipulación cuerpo-comida como manera de enfrentarse a las situaciones que la vida le presenta, sobre todo al cambio y a la madurez desde física como psicológica.

Nuestro ambiente no se limita a la familia. Nuestro entorno más amplio, incluso cuando somos niños da forma a nuestra personalidad. En algunas subculturas que suelen interesarse las adolescentes (el ballet, la gimnasia, el mundo de la moda y el cine, etcétera) un cuerpo delgado, es la norma para conseguir el éxito y la aprobación. Cuando en la pubertad, el cuerpo se vuelve más curvilíneo, el cuerpo se vuelve un obstáculo, que se intenta eliminar haciendo régimen.

La biología de la niña, sus experiencias y el ambiente en que se mueve moldearán su percepción de sí misma dentro de la sociedad y con los demás. También moldeará, la manera en que se relaciona con su ser más profundo. Si la relación que mantiene consigo misma es fuerte, le servirá de apoyo a través de las dificultades de la adolescencia. En caso contrario, es posible que necesite protegerse y recurrir a la seguridad relativa de afrontar las situaciones de una manera poco sana.

A las adolescentes que tienen un yo fuerte, los medios de comunicación las influyen, y las que son vulnerables acaban abrumadas por ellos. Los medios de comunicación populares, son en parte, responsables de los trastornos de alimentación, porque crean una atmósfera que alienta el seguimiento de las dietas, la obsesión por el aspecto físico y el odio al cuerpo

y a la belleza natural de la mujer. Sin embargo, a pesar de este bombardeo de comunicación los trastornos de alimentación no se imponen a nadie desde el exterior.



### 1.1.1 ETIOLOGIA PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.

El enfoque psicoanalítico considera los trastornos de alimentación como un acting-out en el cuerpo de conflictos infantiles, que provienen de los primeros cinco años de vida y que se reactivan en la segunda década de la vida.

En los últimos años, las teorías de las relaciones de "objetos tempranos", han enriquecido el tratamiento de estos pacientes tomando el síntoma desde una perspectiva Malheriana, entendido éste, como un intento repetido del paciente, de resolver un fracaso, en el desarrollo de la fase de separación-individuación en el cual no pudieron introyectarse adecuadamente los aspectos nutricios de la imagen materna.

Mahler, clasifica los estímulos entre el 1º y 4º mes de vida, como placenteros y displacenteros; Estos últimos, son proyectados fuera de la unidad madre - hijo con el objeto, de mantener intacta la diada simbiótica, pero su percepción y su clasificación no transcurre inútilmente, dejando huella en el infante y permitiendo la maduración de un paso importante; La demarcación del yo corporal.

El logro más importante en la fase simbiótica, es la catexia de la madre; al concluir el proceso, el niño debe haber logrado, catexizar a la madre y establecer una relación objetal, que en la fase de simbiosis, es vivida como objeto parcial y al finalizar la fase de separación - individuación es vivida ya como objeto total. Esto, junto con la constancia objetal emocional, dan al niño, consolidación de la individuación, cosa que no logra el individuo con trastornos en la alimentación. Bleichmar(1989).

Por otro lado, el modelo estructural enfatiza la importancia de la represión, la cual impide que se resuelvan adecuadamente los conflictos intrapsíquicos, tanto preedípicos como edípicos, dando como resultado, una deficiencia en el desarrollo psicosexual en los pacientes con trastornos de alimentación y manifestado a través de conductas exacerbadas. Bleichmar(1989).

“De acuerdo con la Psicología del Self la génesis de los trastornos de alimentación, radica en fallas narcisistas, de grandiosidad y exhibicionismo. El paciente está buscando esa confirmación del Self, el espejo que le fue negado desde pequeño. Por otra parte, el paciente intenta negar la necesidad del Self object, utilizando la comida como antídoto para sus sentimientos de debilidad y de insuficiencia relacionada con su verdadera carencia del Self object. En términos generales, estos pacientes se caracterizan por una vulnerabilidad específica en la esfera de su autoestima que los hace extremadamente lábiles ante las desilusiones y las dificultades. Una queja frecuente es un vago sentimiento de vacío y desinterés y una incapacidad para disfrutar de sus actividades intentando llenar este sentimiento de vacío a través de conductas exacerbadas”. Bleichmar(1989)

Balint(1979) en su libro " La falta Básica " describe que estos pacientes presentan la "falta de algo" que debió ser previsto desde la más temprana infancia.

La falta básica constituye un ámbito de la mente y sus características son:

- Esta basada en una relación objetal primaria diádica cuyo sentimiento principal es el amor primario (vínculo madre - hijo).
- Los sentimientos de frustración y gratificación son muy intensos, cualquier falla en el ajuste produce frustración.
- El lenguaje, no es el vehículo de comunicación entre el sujeto y el objeto. Las palabras son utilizadas, en forma vaga e imprecisa ya que su finalidad no es informar o comunicar, si no tener contacto con el otro. Puede importar más el tono de voz, que lo que se dice realmente. De esta forma las palabras son, una forma más de gratificación o frustración en el vínculo personal.

El ámbito de la falta básica es preverbal y preedípico, se constituye por las relaciones diádicas más tempranas del sujeto.

Es importante remarcar, que en este ámbito no hay conflicto, solo hay un hueco; existe una sensación, de que algo no fue completado oportunamente y pone en peligro, la estructura general de la persona, sobre todo cuando es sometida a tensión.

Respecto a la transferencia que manejan estos pacientes en tratamiento en general es una transferencia idealizadora en la que se reactiva la relación con un objeto del Self, que el niño vive como la fuente de toda calma y seguridad. Puesto que toda la felicidad reside en el objeto idealizado, el individuo se siente vacío e impotente cuando se separa de él. Kohut refiere que en estos pacientes existe una falla primaria que origina falta de cohesión del Self así como también adjudica el defecto a fallas en las respuestas empáticas de los objetos del Self, es decir de los padres reales.

“ Un objeto de Self empático es aquel que se deja idealizar por el niño o que refleja especularmente su grandiosidad para luego producir la frustración óptima que permite la desidealización progresiva del objeto del Self o del sí mismo grandioso y la consecuente internalización transmutadora”. Kohut(1971).

Kohut también habla sobre una “predisposición natural” de los pacientes, con debilidad del Self, que los hace ser susceptibles al trauma. ¿Que es lo que capacita a los padres para responder empáticamente a las necesidades del niño?. Es esencial la cohesión del Self de los progenitores, Kohut dice: “ En otras palabras, lo que influye sobre el carácter del Self del niño, no es tanto lo que los padres hacen sino lo que son”.

Respecto al tratamiento Balint (1979) propone tolerar la regresión del paciente, intentando dar coherencia con palabras al material incoherente que presenta. El análisis debe dar un tiempo y un medio con la finalidad de que el paciente llegue a ser capaz de encontrarse a si

mismo, aceptarse con su cicatriz, su falta básica y que el paciente descubra su camino al mundo de los objetos.

La recuperación por lo tanto, consistirá en establecer una nueva relación con la comida, que dependerá de cambios importantes en su estructura de personalidad y de su sistema, sin obsesionarse con los kilos que marque la báscula.

Dentro de los desordenes de alimentación reconocidas actualmente se encuentran: la anorexia nervosa, la bulimia, y el comer compulsivamente, sin embargo, como este último generalmente se une a obesidad, hemos decidido en esta tesis, incluir la obesidad abarcando únicamente el plano psicológico de esta enfermedad.



## 1.2 ANOREXIA

### 1.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA.

Los reportes históricos tempranos de mujeres, que ayunan y mueren tras su estado de inanición, son considerados por algunos teóricos, como las primeras muestras de anorexia

nervosa. Coincidimos con la posición de Habermas (1989), en la que se discute que las mujeres antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nervosa ya que faltaba un ingrediente básico, que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar. Así los informes históricos antiguos difieren de los casos modernos de varias maneras.

Por ejemplo en la Edad Media tardía, las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos, era sólo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad, el automortificarse, etc. ( Bell, 1985; Bynum, 1987). Así muchas mujeres, ayunaban con el fin de facilitar experiencias místicas. Nada como eso, es típico de la anorexia nervosa.

Muchas de las mujeres del postmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en cama, generalmente "sufriendo" de una parálisis histérica. Estas mujeres, sin embargo, se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer, por el valor que simbólicamente le dan a la comida ( Bruch, 1973). Las pacientes anoréxicas modernas en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

Así, probablemente el primer reporte que se puede considerar como un ejemplo temprano de la anorexia como la describimos hoy, es el de Morton en 1864. La primera paciente registrada como padeciendo anorexia, era una adolescente inglesa de 18 años, quien desarrolló amenorrea por "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente". Al paso del tiempo ella comía menos, perdió mucho peso y sufrió de ataques sincópaes. En 1868, en "el ultimo grado de un marasmo", buscó la ayuda de Richard Morton. Su descripción sobre la apariencia de la adolescente es la siguiente: "No recuerdo haber visto nunca, en toda mi práctica, a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumación (como un esqueleto solamente revestido con piel); Sin embargo no había fiebre, sino al contrario una frialdad en el cuerpo entero; ni tos, ni dificultad en respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones y en las vísceras, sólo su apetito estaba disminuido, y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente ". (Silverman 1983)

A pesar de los cuidados y el tratamiento de Morton su paciente no cooperó en hacer nada para recuperar la salud; empeoró, perdió aún más peso y finalmente murió.

Morton, un especialista en tuberculosis, llamó a esta enfermedad "consumición nerviosa", y estableció correctamente, mucho antes del nacimiento de la psicología, que este desorden, ahora llamado anorexia nerviosa, "casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad".

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association (1987), pasan por alto el informe de Morton y consideran que Charles Lasegue en 1873 y William Gull en 1874 (mencionados en Haberman 1989) son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos, sobre anorexia nervosa. Quizá la razón de esto, es que por primera vez en sus reportes se observa el aspecto más importante por el cual la anorexia nervosa se distingue del ayuno de las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir por primera vez, se mencionaba el criterio central de diagnóstico que diferencia la anorexia, de otro tipo de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas (Garfinkel, Garner, Kaplan y Darby 1983, Garner 1991, Toro y Vilardell 1987).

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en 1875, en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot ( Haberman1989). Charcot describe un caso, en el que él trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día mientras la revisaba, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura, la paciente le confesó que ese lazo, era la medida que su cintura nunca debía exceder "prefiero morir de hambre antes de volverme tan obesa como mi madre". Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nervosa.

A partir de esas fechas, aparecieron numerosos reportes en los que se asociaba la anorexia con los síntomas de bulimia.

En 1980 finalmente, pueden ser separados con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada DSM-III (1987).

En esa última edición, los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa son los siguientes:

A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal, por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento resultando un peso corporal del 15% por debajo del peso teórico.

B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta; por ejemplo, la persona que se queja de que "se encuentra obesa" aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.

D. En las mujeres, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Hay que distinguir entre la anorexia nervosa, de aquella anorexia, generalmente temporal, que se da conjuntamente con algunas enfermedades como en la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así

como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de esquizofrenia, en donde hay una falta de apetito pero no un miedo mórbido a engordar.

A pesar, de la gran cantidad de estudios que se han hecho alrededor de los dos tipos de anorexia, el DSM III-R no hizo una distinción clara de criterios diagnósticos para la anorexia restrictiva y la bulimia. Esta distinción finalmente se incluyó en el DSM-IV.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994) para la anorexia nervosa son:

- A. Rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura. Por ejemplo; peso corporal por debajo del 15% de lo esperado, o fracaso en mantener el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal a 15% por debajo del peso teórico.
- B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en la manera en la que el propio peso o figura corporal son experimentados, influencia extrema del peso o la figura corporales en la autoevaluación o negación de la seriedad del actual peso corporal bajo.

D. En las mujeres postmenárquicas amenorrea, es decir, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. ( Una mujer es considerada como amenorreica, si sus períodos ocurren sólo tras la administración de hormonas, como por ejemplo, estrógenos.)

### 1.2.2 TIPOS DE ANOREXIA

Tipo restrictivo: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona no se ha envuelto regularmente en "atracones" de comida, ni en conductas de purga (por ejemplo, vomito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo "atacón de comida - purga": durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona se ha involucrado regularmente en atracarse de comida, o en conductas de purgas (por ejemplo, vomito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas).

Así, finalmente en el DSM IV se aclaran las diferencias, entre la persona con anorexia y lo que Boskind - Lodhal llamada "bulimarexia".

### 1.2.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se debe prestar atención a las diferencias con los siguientes trastornos:

- Trastornos endocrinos y metabólicos, como panhipopituitarismo, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina.
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn y Esprue Celíaco.
- Infecciones crónicas y cánceres como tuberculosis y linfoma.
- Trastornos del sistema nervioso central, como tumores hipotalámicos.
- Trastornos depresivos y cierto tipo de trastornos somáticos.
- Esquizofrenia.
- Bulimia nervosa.

#### 1.2.4 ETIOLOGIA ORGANICA

Pasqualini (1973) al hablar de la etiología de la anorexia dice que la investigación de sus causas y mecanismos ha dado lugar a diversas hipótesis bien fundadas y por otro lado a interpretaciones carentes de todo fundamento.

En el momento actual y aunque subsisten algunas incógnitas es posible considerar aclaradas las circunstancias que preceden a su iniciación, con el siguiente encadenamiento patogénico:

1. La causa inicial en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades particulares han sido agrupadas en dos categorías:

- a) Un grupo en el cual la enfermedad se establece como consecuencia a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación.
- b) Un grupo calificado como histérico, que se conoce por los estigmas de la personalidad histérica y en el cual la pérdida de apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión.

La frecuencia relativa de estas dos modalidades es difícil de establecer y varía según el origen de las estadísticas. Con menor frecuencia, la circunstancia que precede a la enfermedad es un estrés no psicogénico de cualquier otra naturaleza.



2. La reacción psicogénica de asiento cortical o dondequiera que se origine, influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, con lo que queda abolida la sensación de hambre.
  
3. Las mismas influencias neurogénicas, alcanzan los núcleos hipotalámicos donde se producen los factores hipofisiotróficos de las gonadotropinas, primero de la B, y subsiguientemente de la A, con lo cual queda abolida la producción cíclica de gonadotropinas A y B, seguida de su desaparición, con lo que se establece la amenorrea. Los datos de anatomía patológica del hipotálamo en esta afección, son prácticamente nulos, en relación con la reducidísima frecuencia de autopsias completas realizadas.
  
4. La anorexia conduce a la hipofagia, con la disminución del aporte calórico, que origina la desnutrición, la desaparición del tejido adiposo y la subsiguiente acentuación del catabolismo proteico. La reducción del aporte energético es la única alteración metabólica, conservándose normal la capacidad de la utilización de glucosa.

5. La desnutrición crónica por sí misma puede incidir sobre la función gonadotrófica de la hipófisis, determinando la insuficiencia gonadotrófica secundaria que se agrega a la inicial y que contribuye a la disminución absoluta de gonadotropinas A y B. En cambio, existen evidencias de que se conserva la producción de tirotrópina. La somatropina se mantiene y hasta puede hallarse aumentada, como consecuencia de la estimulación de la hipoglucemia. La reserva de corticotropina está disminuida lo mismo que a través de otros índices de la función adrenocortical. No hay datos precisos en cuanto a la hormona antidiurética, pero atendiendo a la relativa deshidratación que sufren éstas pacientes, unida a la disminución del volumen circulatorio, es posible que esté aumentada.

Schroeder (1992) dice que no se conoce la causa de la anorexia nervosa. Aunque en múltiples anormalidades endocrinológicas la mayoría de los autores piensan que son secundarias a la desnutrición, y no a trastornos primarios. Asimismo, se piensa en un origen psiquiátrico primario, pero ninguna hipótesis psiquiátrica aislada explica de manera satisfactoria todos los casos. De manera característica, la persona proviene de una familia cuyos miembros están altamente orientados a metas y logros. Las relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas, o destructivas. Los padres suelen ser excesivamente directivos y preocupados por la delgadez y el mal aspecto físico y gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos.

Schroeder afirma que el rechazo del paciente a comer es un intento por recuperar el control de su cuerpo en desafío al control de los padres. La renuncia de las personas a habitar un cuerpo adulto también puede representar el rechazo de las responsabilidades del adulto y las implicaciones de las relaciones interpersonales del adulto.

Se han tratado de dar explicaciones genéticas, y de encontrar factores innatos que predispongan al individuo a ser anoréxico. Algunas condiciones "precursoras" de la anorexia podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición durante la niñez y pubertad temprana. De cualquier manera, todavía no hay estudios que lo comprueben.

Cuando la anorexia se instala en el individuo, se empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que la originó.

Por último, Donoso (1990) encontró que " la anorexia nervosa se da como un cambio conductual sin causa aparente, siguiéndole un periodo de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias. Los eventos desencadenantes son la aparición de los cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a dichas situaciones.

### 1.2.5 SINTOMATOLOGIA FISICA Y CONDUCTUAL.

Clínicamente, los pacientes con anorexia nervosa pueden presentar emaciación grave, y quejarse de intolerancia al frío y estreñimiento. Casi siempre hay amenorrea. En casos graves, puede haber bradicardia, hipotensión e hipotermia. La exploración muestra pérdida de la grasa corporal, piel seca y escamosa, y aumento de pelo corporal tipo lanugo. También pueden estar crecidas las parótidas y haber edema.

Los datos de laboratorio son variables, pero quizá incluya anemia, leucopenia, anormalidades electrolíticas y aumento en la creatinina sérica. Con frecuencia están aumentando los valores séricos del colesterol. Las anormalidades endocrinas incluyen valores disminuidos de hormona luteinizante y folículo estimulante, y deterioro de la respuesta de LH a la hormona liberadora de hormona luteinizante (Schroeder, 1992).

Las investigaciones indican que ocurren anormalidades fisiológicas, como irregularidades del sistema endócrino, deficiencias de neurotransmisión y problemas en los mecanismos de alimentación y digestión.

Una anoréxica presenta el siguiente cuadro: Disminución de los niveles de estrógeno, aumento en el nivel de hormona de crecimiento, disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina, anormalidades en el

metabolismo de carbohidratos, anormalidades en la regulación de la temperatura y vaciado gástrico lento.

Cada uno de estos problemas son graves, y desaparecen en el momento que el paciente recupera su peso normal, aunque quedan unas lesiones irreparables como osteoporosis, anormalidades menstruales y reproductivas.

Se ha demostrado que la glándula pituitaria no deja de funcionar, pero sí que presenta cambios adaptativos. La falta de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación, que permiten al organismo sobrevivir, aún en estado de semi - inanición. La más obvia de estas adaptaciones es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo que produce la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estas adaptaciones reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que de otra forma se perderían con la menstruación (Lucas, citado por Donoso, 1990).

Los signos físicos son los siguientes: Amenorrea, piel seca, hirsutismo, cabello seco, frágil y delgado, depósitos de grasa depletados, utilización de músculo, alopecia, degradación de uñas, hipotensión, deshidratación, edema, bradicardia, acrocianosis, hipotermia, bradipnea, estreñimiento y problemas de sueño.

En cuanto a la sintomatología conductual, el DSM III- R señala que algunas de las personas con este trastorno, no pueden mantener un control continuado sobre su restricción

voluntaria de ingerir alimentos, y pasan por episodios de bulimia (voracidad), a menudo acompañada de vómito. Muchas de estas personas sufren también de bulimia nervosa.

Son comunes la aparición de otras conductas peculiares relacionadas con la comida. Por ejemplo, las personas con anorexia nervosa, a menudo preparan comidas muy elaboradas para los demás, aunque tienden a limitar las suyas con dietas con bajo contenido en calorías. Además, la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura.

#### 1.2.6 FACTORES PSICOLOGICOS

La familia del anoréxico:

Es necesario considerar el papel de la familia en el desarrollo del desorden alimentario. Tristemente los factores socioculturales, conjugan una historia familiar de conflicto, dando como resultado una alta probabilidad de desordenes de alimentación ( u otros desordenes).

La persona en edad adolescente, lucha por madurar independiente y autónomo, dentro de una inestabilidad interna y familiar, fuerza al adolescente y a sus padres a afrontar y resolver las realidades emergentes de desarrollo. Esta inestabilidad, los hace más vulnerables a publicidad, presiones culturales y de grupo.

Dentro de una familia y una sociedad caótica, es fácil para el adolescente perderse y tratar de adquirir control, "por lo menos de su cuerpo" y así, la anoréxica controla lo poco que consume, y con ello controla, por lo menos en su fantasía, a los demás. Esa es su solución: resolver en secreto todos los problemas familiares ...y del mundo (v. Holtz, 1992).

Holtz ((1992) enumera las siguientes características de la familia de un miembro que <sup>4</sup>padece de anorexia nervosa: rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetuales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad al grupo, "la familia antes que nada", ponen una gran importancia en mantener el "stato quo", demandantes y controladores,; Ni los deseos, ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia.

Respecto a las familias de los anoréxicos, Stierlin(1990) refiere que existen lazos fuertes y característicos a través de varias generaciones. Existe un código interiorizado de conducta, construido en torno de principios (implícitos) tales como "mejor dar que recibir" la "abnegación eleva a la persona", "mis necesidades y deseos no son tan importantes como los demás".

Esta insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal siempre se manifiesta en una dinámica de unión que interfiere en la individuación de cada miembro dentro de la familia.

Existe en la familia un marcado control de impulso concentrado en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás; no sólo padres, abuelos y parientes sino también vecinos y toda la sociedad.

Con frecuencia en este tipo de preocupación por la adaptación social también entra la interiorización de ideales y logros. De ahí, que los miembros de esas familias, suelen ser muy trabajadores, ambiciosos y ciudadanos respetados a lo largo de generaciones debemos mencionar aquí una característica típica de esas familias, su sentido de justicia, en los padres existe un mandato de amar y tratar a todos los hijos por igual. Esta preocupación por la justicia, junto con la preocupación por la cohesión familiar, limita en contra de todas las alianzas o coaliciones (abiertas) dentro de la familia.

La no-individuación, conlleva a una "voluntad de unión" donde los miembros deben mantenerse unidos a toda costa. Los temores de separación y pérdida se transforman en preocupación, centrada en el bienestar físico de los demás. La agresividad se encausa por canales indirectos. La autonegación es una manera de ganar prestigio y liderazgo dentro de la familia.

Sandor Lorand menciona varias de las características de importancia etiológica en esta enfermedad:

1. El paciente con anorexia nervosa se ha sentido un hijo no deseado debido a la frustración que ha recibido de los padres, especialmente de la madre.
2. Desarrolla un super-ego extremadamente rígido, como resultado del aspecto invertido de la agresión infantil resultante de su sentimiento de "no-pertenencia".
3. El sentimiento de ser un hijo no deseado y el super ego severo hacen la identificación muy difícil, y el resultado es una estructura débil del ego.
4. La pubertad en estos pacientes esta caracterizada por el revivir vivida y dolorosamente las relaciones infantiles con el padre y la madre ,haciendo la adaptación tan difícil y carencial, como fue en a niñez temprana porque el ego estaba todavía inmaduro .
5. Muy comúnmente se encuentra depresión en estos casos, así como los síntomas de conversión histérica, la estructura de carácter muestra preponderantemente tendencias infantiles e histéricas. La depresión es el síntoma más difícil de tratar, es la causa de deseos de muerte del paciente. Sandor Lorand, ( 1943).

Joel Yager (1982), concluye que la típica familia anoréxica pertenece a la clase media alta y es exageradamente orientada a la productividad y al trabajo.

El padre y la madre y en general los demás miembros de la familia, se preocupan por tener una línea delgada, y llevan asiduamente entrenamientos corporales. Aparentemente afirma Yager, estas familias están "en orden", aunque se preocupan demasiado en su apariencia publica. Tratan de defender obsesivamente una fachada simpática para evitar recibir reprimendas sociales.

Detrás de estas apariencias, acechan los conflictos ocultos entre la pareja. Según Yager(1982) y muchos otros autores, el matrimonio de los padres del paciente es emocionalmente insípido, y los sentimientos entre ellos, especialmente los sexuales, se encuentran apagados. Para suplir estos sentimientos, aspiran ambos a encontrar su felicidad fuera de la relación conyugal, la madre se vuelca a los hijos, el padre al trabajo.

Las conversaciones entre los miembros de la familia, se limitan a un campo de temas muy estrecho, y rechazan fóbicamente cualquier tema que pudiera despertar el odio y el coraje que flamea dentro.

Los padres canalizan sus cargas y sentimientos erróneos y sobrecargan a los hijos, la madre los sobreprotege, y no se separa de ellos. Ya que ellos quedaron atrás en el encuentro de sí mismos, temen ahora la madurez psicológica de sus hijos en crecimiento. En esta situación permanente, se inclina un hijo vulnerable, generalmente la hija, más a la alabanza y a la censura de sus padres que las necesidades de su propio cuerpo. Nunca aprendió a definirse como si misma ni a practicar un autocontrol sobre su cuerpo. Yager opina, que es un hueco

en él yo de las anorecticas, el cual es cubierto provisionalmente con la aprobación de los padres. En una fase crítica de la adolescencia, se desata finalmente la enfermedad mediante la ocurrencia de acontecimientos desagradables, ó el comienzo de una dieta aprobada por los padres.

Rolf Degen ( 1982), afirma que según las observaciones hechas por varios investigadores “la sintomatología anoréctica, se deriva de las interacciones familiares y que tanto la sintomatología, como las alteraciones coordinan una función bien delimitada en la economía psíquica de la familia”.

Hay también unanimidad en la opinión de que estas familias, esconden cualquier sentimiento que pueda reflejar su explosividad, y de que crean modales que son perjudiciales al crecimiento de la personalidad. A esto agregan los investigadores de medicina psicosomática de la universidad de Heidelberg que la atmósfera en estas familias es, en una medida anacrónica, enemiga del sexo.

Salvador Minuchin ( 1981) afirma que el padecimiento se presenta casi siempre en la pubertad y, por lo tanto, las pacientes viven todavía con sus padres, hay para él dos explicaciones claras, ellas se definen contra su destino de ser mujer y además con su enfermedad cumplen con el “contrato familiar”, de ser ellas las responsables de la infelicidad en el hogar.

Afirma también, que cuando se observa a la familia junta, resalta la falta de sentido en las interacciones familiares, aun cuando se haya dado cuenta tantas veces de lo inefectivo de estas. Nunca pueden llegar a una solución, ni conclusión y vuelven a caer en el mismo modelo de interacción sin salida.

“En las sesiones terapéuticas, al tratar los padres de convencer a la hija de que coma, se repite siempre el mismo patrón, la madre pide, el padre interviene para debilitar la orden y continua pidiendo con ruegos, encarecidamente la hija se niega, el padre entra con casi una orden la hija vuelve a negarse, etc. Con cada nueva sesión se hacen las peticiones más intensas y al final no cambia nada. La familia da la impresión al terapeuta de que cada vez que están por llegar a una decisión uno de ellos reaccionaba de tal forma que la solución del conflicto quedaba muy lejos de nuevo y ellos regresaban a la repetición del mismo modelo que no querían terminar”. Salvador Minuchin(1981).

Especialmente los padres en forma alternada desbarataban sus esfuerzos. Ante estos esfuerzos se da también la demostración del paciente, de su capacidad de resistencia, manipula con preguntas y comentarios sin importancia. Se siente desamparada, pero de ninguna manera sin poder. Al llegar a un diagnóstico de anorexia nervosa, este, dice, Minuchin, parece ser válido para toda la familia.

La etiología de la anorexia es planteada también como patología familiar por H. Bruch (1982), como un desarrollo contradictorio del paciente de apariencia perfeccionista, en un escenario determinado, y de una impotencia paralizante ante la presencia de responsabilidad e independencia.

Las pacientes han sido niñas bien cuidadas, a quienes les fueron ofrecidos, las ventajas y privilegios de la educación moderna. Sin embargo, se les aplanó la confianza en sus propios recursos internos, ideas y autonomía. La complacencia agradable fue una forma de vida durante la niñez, cambiando eventualmente a su negativismo indiscriminado, el motor de su conducta después de que la enfermedad se hace manifiesta, cuando la vida demanda de ellas mas que obediencia robótica.

Una clara evidencia de descuido y falta de atención a las necesidades y emociones de la paciente, puede reconocerse aún en las transacciones familiares después de desarrollada la enfermedad. Uniformemente, al dar las historias, los padres se concentran en la pérdida de peso como único síntoma , y en lo " ridículo " de la enfermedad. Sobretudo la madre comenta no entender como es que su hija está tan delgada pues según ellas, come bien, siendo que ellas son testigos de que no comen sino bocados.

Estas familias no muestran señales dramáticas de discordia, sin embargo, fracasan en transmitir al hijo un sentido de efectividad adecuado.

El análisis del patrón transaccional entre los padres del paciente y este , revelan que este se logra a través de la sutil desatención de las indicaciones y señales que envía el niño acerca de sus necesidades , y superponiendo un cuidado adecuado que garantiza según la concepción de la madre , un desarrollo normal . Esta privación de la secuencia natural de sentir incomodidad, enviar señal , recibir respuesta apropiada , sentir satisfacción, provoca un

fracaso en el aprendizaje esencial temprano, resultando en una alteración en los estados de alerta de las funciones corporales incluyendo las nutricionales, y en un defectuoso concepto corporal. Si las respuestas a las indicaciones iniciadas por el niño, son continuamente inapropiadas o contradictorias, él fallará en desarrollar un sentido de pertenencia de su propio cuerpo. En lugar de esto, sentirá que él, no tiene control de sus funciones, con frecuencia le faltará, la conciencia de estar viviendo su propia vida, y estará convencido de la ineffectividad de todos sus esfuerzos.

Cuando los impulsos y necesidad originales o indiferenciados del niño son confirmados o corroborados, , o cuando esta confirmación o corroboración es contradictoria , o poco clara, cae el niño en confusión , en cuanto intenta diferenciar entre las alteraciones biológicas y sus experiencias emocionales e interpersonales , y estará poco convencido de su propia permanencia, formará límites del yo muy difusos y se sentirá desamparado ante la influencia de las fuerzas externas. Los pacientes con anorexia nervosa se enfrentan a la vida con esta orientación psíquica básica. Este patrón transaccional no es específico de la anorexia, sin embargo, es la matriz en la que se desarrolla como una manifestación tardía después de que otros esfuerzos de alcanzar una identidad autónoma han fracasado.

A pesar de que la relación entre los padres es conflictiva y poco emocional y de que en general la situación familiar es en el fondo intolerable, los padres transmiten al paciente la sensación de que ellos están dando de todo en abundancia, y de manera perfecta y que lo mismo esperan a cambio. Esta es una característica común en estas pacientes, creen que su tarea es dar a los padres la sensación de que ellas son exitosas. Sin embargo, ellas viven la casi siempre buena o excelente situación económica de los padres, y las buenas disponibilidades culturales, como exigencias exageradas que las presionan constantemente.

Muchas pacientes reconocen haber vivido solo para llenar las expectativas de la familia, dicen haber vivido con el temor de no ser suficientemente capaces y de dar la impresión de un desilusionante fracaso. Este dramático malestar e insuficiencia, componen un tema central en la anorexia nervosa un tema que se esconde detrás de la ocupación y preocupación por el peso y el ayuno.

Una característica común en todas las familias es que la futura paciente no es vista, ni reconocida como un individuo con derechos propios, sino que es valorada como alguien que debe hacer la vida y experiencia de los padres algo más satisfactorio y pleno. Comúnmente, se desarrollan lazos estrechos e intercambio de ideas y sentimientos; al observar a la familia es raro que uno de sus miembros se exprese con palabras directas sobre sus pensamientos y sentimientos. Cada uno parece saber lo que el otro siente, y lo que en verdad quiere decir, devaluando al mismo tiempo lo que aquel dijo.

Toda la situación familiar se ve agravada a través de la enfermedad pues esta ejerce una fuerza explosiva sobre la familia en general. Los padres rechazan tomar la responsabilidad, esperan que la paciente se sienta culpable por la infelicidad y preocupación que les ha provocado. En lugar de buscar armonía, la vida familiar se ve dominada por peleas abiertas, explosiones de coraje y reproche culpándose los padres y la paciente mutuamente.

Toda la vida de la paciente ha estado constituida por una desigualdad de poderes. La amable sumisión del niño, esconde el hecho de que los padres le robaron el derecho de conducir su propia vida.

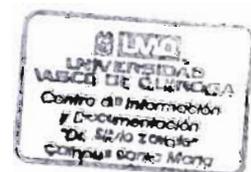
La incapacidad del niño a una constructiva autoafirmación, y el consecuente déficit en el desarrollo de su personalidad, es el resultado de patrones de interacción establecidos ya en la edad temprana del niño. Y la falta de reconocimiento de los padres del excesivo control que han ejercido sobre este, con su incapacidad de desistir a este control, pertenecen a los mismos patrones de interacción que propician y mantienen la enfermedad.

Según Rolf Degen (1982) gracias a los trabajos realizados por Salvador Minuchin y Mara Selvini Palazzoli, se han delineado cuatro constelaciones interactivas de las familias anoréxicas:

1. Involucramiento. Este aspecto significa que los miembros de la familia y sus interacciones están tan envueltos, que pierden su individualidad. Están tan exageradamente involucrados en las situaciones de los otros, que uno de los miembros

podría contestar preguntas básicas de los otros. Cuando uno de los socios de esta comunidad obsesiva se atreve a articular sentimientos y pensamientos propios, este intento se ve saboteado desde un principio. El sujeto en cuestión se ve constantemente interrumpido, criticado, descalificado, cuestionado en su credibilidad y con eso se ve despojado de su oportunidad de definirse él mismo y a los demás como un ser delimitado.

2. Sobreprotección. Todos se preocupan demasiado en el bienestar de los demás y reaccionan ante la mínima señal de inconformidad o de miedo de ellos. La paciente con anorexia se siente de fuerte manera responsable por el bienestar y aflicciones de la familia.
3. Rigidez. Las familias anorexógenas son muy resistentes ante modificaciones y cambios. Las reordenaciones les parecen falta de sentido, se ven a si mismos engañosamente como libres de conflictos y preocupaciones. Todas las dificultades normales en el curso de la pubertad de los hijos podrían quebrar esta falsa esencia familiar, y por lo tanto, son devaluadas con notable tenacidad.
4. Falta de resolución de conflictos. Con frecuencia cualquier desacuerdo entre los miembros de la familia es sencillamente negado. Cuando llega a haber cualquier diferencia de opiniones, estas se suavizan a través de cambios de tema u objeciones distractoras y al mismo tiempo se corta cualquier ataque auténtico.



Características de la Madre. Es uniforme la opinión de los autores de que particularmente la actitud de la madre y su carácter son centrales en el curso del padecimiento; y de que la patogénesis de la Anorexia Nervosa se encuentra desde la relación más temprana con la madre, lo cual explica la dificultad de las personas anoréxicas de pasar de una a otra etapa del desarrollo psíquico.

En su mayoría, las madres son mujeres de carrera, que creen haber sacrificado sus aspiraciones profesionales a causa de la familia. A pesar de su inteligencia y cultura, prácticamente todas renuncian a su carrera después del matrimonio. Se someten en muchas cosas a sus maridos sin embargo no los respetan. Aparentan ser concienzudas en su concepto de maternidad. Su necesidad de tener su concepción de una vida perfecta, domina la vida familiar y es superimpuesta a los pacientes, incluyendo un control completo sobre sus funciones corporales.

Rowland (1970) habla de la evidencia de un elemento común de interferencia en los procesos de identificación temprana debida a la poco usualmente severa alteración en la relación madre-hijo, resultando ésta en un serio desorden del ego.

“La madre parece identificar al hijo con un hermano o niño muerto hacia el cual ha habido deseos de muerte y ambivalencia. Estas madres tratan entonces de manejar el intenso rechazo, deseos de muerte y sentimientos de culpa hacia el hijo o hija que padecerán la enfermedad, sobrealimentándolo, sobretolerando y prolongando la intensa relación simbiótica a través de los años tempranos. La madre debe alimentar al hijo para detenerse de

matarlo. Estos niños muestran bulimia y anorexia alternadamente y con frecuencia son obesos en la etapa de latencia. En la pubertad la defensa bulímica deja de ser aceptable para la madre, dice Rowland y comienza la dieta, en las mujeres, como una búsqueda de masculinidad". Rowland(1970).

El sentimiento de desamparo del ego, y la depresión como síntoma del padecimiento es explicado por Selvini (1979) como elementos derivados de las experiencias tempranas de alimentación, con una madre que substituye un control rígido sobre las funciones corporales por una comprensión afectiva de las necesidades propias del infante. Con los cambios físicos de la adolescencia, la paciente experimenta su cuerpo como peligroso, destructivo y en continuo crecimiento e intenta controlarlo reduciendo la ingestión de alimentos a un nivel mínimo pero estable.

Este maravilloso balance cuenta para la excepcional estabilidad del síndrome anoréctico y para las formas suaves en que a veces se presenta la enfermedad en las cuales las defensas del ego mantienen un mínimo peso que no es dramático ni peligroso pero sí rígidamente fijado y determinado.

El conflicto latente asume usualmente el carácter de una lucha primitiva por el control entre la madre y la hija, ésta es marcadamente estereotipada y uniforme excepto en la severidad de la regresión. Esta lucha, es prevalecida por un intenso negativismo, relacionado a las formas más tempranas de auto-afirmación en el ego en desarrollo, cuando la retención del aire, el rechazo al alimento, la retención de heces y el rechazo a sonreír o a hablar, son los

únicos medios del infante para resistirse a los intentos de la madre de controlar todas sus funciones corporales. Este intenso negativismo es inicialmente pasivo e indirecto, velado por la educación, hipocresía y negación mutua en una hija que ha sido siempre extraordinariamente obediente. Pero conforme la enfermedad avanza, la ambivalencia primitiva del conflicto y la hostilidad intensa mutua entre la madre y la hija se vuelve cada vez más directa y consciente.

La fuerte necesidad de estas madres de ejercer un control absoluto sobre las necesidades y funciones de sus hijas, es expresada de una forma sutil, indirecta, pero presionante de sobre-solicitud, auto-sacrificio, generosidad excesiva y preocupación por el bienestar del paciente. La hipocresía en la naturaleza de estas actitudes de auto-sacrificio es reflejada con frecuencia en la preocupación de la salud física, rectitud moral y la importancia de las apariencias externas. La ambivalencia disfrazada emerge después de una manera violenta y en formas de conducta y actitudes impredecibles, alternando entre períodos de atención constante al paciente, seguidos de una ausencia total o entre indulgencia total y coerción abrupta. Una paciente describió a su madre como incapaz de entender el concepto "suficiente", ya fuera reteniendo la comida totalmente o forzando demasiado cuando la paciente pedía una cantidad moderada. En la descripción de estas madres por los internistas o trabajadores sociales se incluían frases como "un tirano angelical" o "su amarga dulzura".

En términos de estructura del ego, hay evidencia de una diferenciación temprana incompleta entre madre e hija, un defecto del ego recíproco. Como resultado, la madre experimenta inconscientemente a su hija, sus atributos físicos e intelectuales como parte de sí misma, para ser usados como extensiones narcisistas de su propio ego, como adquisiciones placenteras o dolorosas pérdidas dependiendo del éxito o fracaso de la hija. A su vez, la hija experimenta sus propios atributos y logros como posesión de la madre y los usa para gratificar a la madre o para destruirlos en venganza contra ella. En opinión de Pilot (1970) este aspecto de la enfermedad puede entenderse como una neurosis mutua, casi como una "folie a deux", en la cual la simbiosis original madre-hija no fué meramente un factor predisponente sino el comienzo de un proceso que estaba continuamente activo de manera latente o clínicamente manifiesto "hasta que la muerte las separe". En esta compleja interacción recíproca, las tendencias sexuales agresivas, auto-destructivas y restitutivas fueron todas movilizadas. En un nivel la paciente trata de liberarse del control materno, y por el otro, busca restablecer la unidad original madre-hija enfermando.

Los defectos en la estructura del ego de la madre afectan a todos sus hijos pero como regla solamente una hija desarrolla Anorexia Nervosa. Según Pilot, la selección del hijo destinado a enfermar parece estar basado en la destreza con la cual algunos atributos unidos de ese hijo, llenaban ciertas necesidades narcisistas especiales de la madre. Cada una de las pacientes observadas por este autor poseía alguna cualidad que la hacía singular a los ojos de su madre y que la apartaba del resto de sus hermanos, ya fuera por una virtud de belleza

física, inteligencia superior o la distinción de ser la mas obediente, la hija "buena". La destrucción de este atributo único, parecía ser una de las causas inconscientes de la enfermedad; una vez mas la paciente era separada, esta vez por su enfermedad que atraía especial atención como un padecimiento extraño. Entonces el conflicto madre-hija se restablece y es ahora la paciente quien lucha por el control forzando a los médicos y a su familia a someterse a la invencible arma de rechazar el alimento.

En casos extremos, hay un cambio de papeles absoluto reemplazando el control original de la madre por la tiranía de la paciente hacia ella a través de su enfermedad.

El narcisismo de las madres se puede observar en su especial preocupación por las apariencias, pelo y ropa, modales educados, la amenidad superficial de la vida social, moralidad y observancia religiosa. Se preocupan demasiado con el que dirán de los vecinos, tienen una capacidad poco usual de negación, conciliación, basada en la fantasía de que lo que no fue visto o dicho nunca ocurrió. Ya que la paciente comparte exactamente estas actitudes y lee los pensamientos más profundos de la madre casi como los suyos, toma lugar una interacción compleja de espionaje entre ellas, cada una negando saber lo que la otra sabe. Es muy común ver que en público se comportan una con la otra con una amabilidad impecable, y en forma privada, ambas se quejan indignamente de la otra y sus decepciones. Algunas de las características exhibicionistas de la enfermedad son derivadas de estos conflictos narcisistas.

Hay algunos autores que señalan a la madre " anorexógena " como pariente muy cercana de la madre " esquizofrenógena ". También ella es extremadamente sobreprotectora, y ahoga a su hijo con su circunspección omnipresente. Al hijo le queda así prohibida la libertad de pensar y actuar como sí mismo hasta que entra en la pubertad a la huelga de hambre para afirmarse a sí mismo contra el inexorable reglamento.

Características del Padre. Comúnmente se encuentra que el padre de la enferma a pesar de ser exitoso social y económicamente y muchas veces destacados políticos, hombres de negocios a quienes se les reconoce públicamente, se sienten los que ocupan el segundo lugar en la familia después de la madre; Se sienten los "segundos mejores".

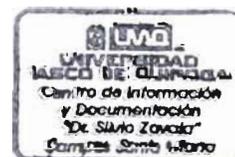
Le da importancia a la apariencia corporal, admira la buena condición física y la belleza y esperan de sus hijos un buen comportamiento y logros medibles tanto académicos como deportivos.

En casi todos los casos, de pacientes anorécticas reportados, los padres son descritos como muy reservados, tranquilos y como la figura pasiva de la constelación familiar. Generalmente son tan reservados que no es posible obtener ninguna información de su parte, también debido a su falta de participación. Es la madre la que decide todo en la familia. El padre queda relegado a proveer su salario, mantener el auto en buen estado y estar en casa cuando se necesita. Con frecuencia se escuchan descripciones del padre como "Es como un niño chiquito, sin dignidad y un compañero pasivo en el matrimonio".

En un estudio realizado por Rowland ( 1970) se encontró que un poco más de un tercio de estos hombres eran abiertamente infelices en su matrimonio; muy rara vez hacían frente a la situación, más bien la evadían; algunos se mantenían ocupados en el trabajo, otros trataban de evitar a sus esposas mediante hobbies, o simplemente manteniéndose ausentes. La mayoría de los esposos mantenían muy pobres relaciones sexuales con sus esposas, relaciones muy poco frecuentes y poco disfrutables. La incidencia de matrimonios infelices en estos padres lo hace un factor de consideración para el tratamiento, especialmente para tratar a la familia entera.

Los padres son descritos como mucho más distantes que la madre, como figuras sombrías. Tienden a pasar poco tiempo en casa y cuando están, pasan el tiempo haciendo otras cosas en lugar de estar con la paciente. Una paciente expresó "siempre estaba alrededor pero no alrededor de mí, como yo tanto lo deseaba".

A pesar de las diferencias particulares a cada caso el común denominador de los padres de la paciente anoréctica es el de una figura sombría, pasiva, débil, dominado por la madre y a la vez exigente de logros en los hijos. Por un lado por la gran importancia que dan a las apariencias y por otro por un deseo de realizarse y obtener seguridad a través de ellos.



### 1.2.7 LOS MATRIMONIOS DE LOS PADRES DE ANORÉXICOS.

Stierlin (1990) refiere que los progenitores de los miembros anoréxicos con frecuencia habían sido en sus propias familias, los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres. Con una mezcla de resignación de alivio, optan por un matrimonio de "conveniencia" en el que el interés mutuo la, comprensión y la armonía son más importantes que el "amor". El sexo matrimonial pierde importancia, a los cónyuges les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos con sus propios padres, que buenos amantes el uno con el otro: La madre es responsable de administrar el hogar y educar a los hijos, el padre de ganar el pan y la seguridad financiera de la familia.

Esta estabilidad en los matrimonios de los padres de las anoréxicas, suele lograrse a expensas de ciertas restricciones y cierta rigidez usando por lema "no hay que dejarse llevar por las emociones, debe conservarse la armonía, respetar las convicciones y mantenerse juntos a cualquier precio".

### 1.2.8 CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD:

Donoso (1990) destaca que las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo. Existe un

alejamiento de lo sensual, y las necesidades más primarias, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; presentan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia.

El conjunto de estas características responde plenamente al modo de interacción familiar y a las actitudes y valores de los padres de estos pacientes.

Al surgir el síndrome, el comportamiento global resulta significativamente alterado, lo que se transforma en una conducta que Bruch (citado por Donoso 1990) señala que bordea lo psicótico. Es entonces cuando los pacientes son caracterizados como sensitivos, dependientes, introvertidos, ansiosos, obstinados, manipuladores y perfeccionistas. Se observa un comportamiento obsesivo - compulsivo; depresión (periodos de llanto, disturbios en el sueño), marcado desinterés sexual y aislamiento.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que se han indicado como comunes a estados de desnutrición: la irritabilidad, labilidad emocional, depresión, aislamiento y desinterés sexual.

Un problema grave es la regresión que presentan los pacientes, en el cual la persona no quiere crecer, la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe un gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de "detener" el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

Otro síntoma que se encuentra presente con mucha frecuencia y que es llamativo es la depresión, lo cual indica que su presencia da un pronóstico menos favorable; el mecanismo principal involucrado en estas depresiones parece ser el enojo contra uno de los padres, y con mayor frecuencia hacia la madre.

La alteración en la imagen corporal es una característica clínica de importancia central en la anorexia nervosa, ya que de este síntoma, dependen en gran parte el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La anoréxica es identificada por su apariencia de esqueleto, por la negación de su anormalidad y por el esfuerzo de mantener esta apariencia. Los pacientes declaran "que son demasiado gordos", aún cuando su apariencia es totalmente contraria; o bien han alcanzado su peso "ideal" y buscan mantenerlo a cualquier precio. El aumento de algunos kilos durante el tratamiento es vivido como "un paso hacia la obesidad".

#### 1.2.9 RELACIONES ENTRE HERMANOS.

Generalmente la relación con los hermanos es ambivalente y cargada de tensiones. Sin embargo como el credo familiar impone armonía, y prohíbe la envidia y el odio, la anoréxica trata de hacer que la relación con la hermana parezca armoniosa, amistosa y nada problemática.

Si la paciente es hija única. La madre tiene esa sola hija ante quien probar que es bondadosa y protectora, y solo esa hija (encubiertamente) la recompensa por los extremos de

abnegación. Además solo tiene esa única hija con la cual mantener una relación confidencial, que suele llegar a ser mas estrecha que la sostenida con el padre ( cada vez mas aislado).

#### 1.2.10 FACTORES SOCIALES.

Holtz (1992) propone el siguiente cuadro de factores socioculturales: presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis para la delgadez, como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad, bombardeo de mensajes de la industria de las dietas, a través de medios de comunicación, alta competencia.

### 1.3 BULIMIA

#### 1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA.

De la bulimia (o la conducta búlímica) si existen reportes muy tempranos y certeros. Desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy conocemos como bulimia: "Antiguamente, los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados engullían grandes

cantidades de comida, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería" (Fischer, 1976).

El término bulimia se deriva de "bulimy" en griego y se traduce como hambre excesiva o "hambre de buey" (Kaplan y Garfinkel, 1984). Galen (en Siegel, 1973) describe las palabras griegas

"kynosorexia" o hambre canina como sinónimos de la bulimia, considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal, que conduce a un deseo exagerado de alimento, y frecuentes ingestiones que pueden ligarse al vómito. Severos copiosos movimientos del vientre.

En el Talmud (400 -500 a.c.) el término "bool-mut" se utiliza para describir un síndrome en el cual, una persona está tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento, como su nivel de consciencia respecto de acontecimientos externos, se encuentran disminuidos. Este síndrome era considerado de peligro mortal (Vander Eycken, 1985).

Blinder, j. Y Cadenhead, k. (1986) hacen una notable reseña sobre la historia de la bulimia, donde señalan que "en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades". Mencionan que James en 1743 empleó el término "boulimos" en asociación con "caninus appetitus" y "fames canina" para describir la forma en la que la persona vomitaba como un perro, para aliviar el estómago luego de ingerir demasiada comida, y que en 1825 Hooper utilizó los

términos "bulimia emética", "bulimia canina" y "cynorexia" para designar un apetito voraz seguido de vómito.

Los primeros reportes sobre conducta bulímica ya como tal, datan del siglo XIX, aunque generalmente la asocian a la anorexia nervosa. Como se mencionó anteriormente, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, fueron los primeros en utilizar este término de "anorexia nervosa". Curiosamente, los casos que mencionan presentan pacientes anoréxicos que también muestran síntomas bulímicos. Así Lasegue (1873) reportó que numerosas anoréxicas vomitaban tras ser obligadas a comer (en Haberman, 1989), y Gull (1874) describió un caso de sobrealimentación en una paciente que pensaba en "comida de gato podrida" mientras comía lo cual la hacía vomitar.

Haberman (1989) menciona en su estudio algunos reportes tempranos de bulimia asociada con la anorexia. Entre los que menciona se encuentran; Soller en 1891, quien reitera lo observado por Lasegue, agregando que probablemente las anoréxicas se provocaban el vómito "a fin de contrarrestar la obligación de comer". Bouveret quien publicó en 1893 sus observaciones sobre el vómito autoinducido en siete de sus pacientes; Girou, quien en 1905 dio un informe detallado sobre una paciente anoréxica, que por más de un año se provocó el vómito después de cada comida para evitar el ganar peso; Janet, en 1908 escribió que el vomitar dentro de la anorexia es más común de lo que se cree y reportó dos casos de pacientes que mostraban esa conducta, y Schottky, en 1932 describió a un paciente que, en vez de provocarse él vomito, usaba una manguera para vaciar su estómago.

Otros estudios, mencionados por Blinder y Cadenhead (1986), como el de MacKensie en 1895, describen casos de vómito atribuidos a dolores gástricos, en pacientes con anorexia nervosa. Menciona también a Janet, que en 1903 presentó un subgrupo de pacientes anoréxicas a las que describió como "obsesivas", "caracterizadas por persistentes sensaciones de hambre, una intensa aversión por el cuerpo, e intensos pensamientos centrados en la comida, y en el control de los impulsos hacia la misma."

Ahora en cuanto al uso de laxantes, numerosos reportes del siglo XIX se referían al consumo de vinagre, por parte de las anoréxicas así como por adolescentes normales por creer que este actuaba como laxante, (Habermas, 1989).

El abuso de laxantes o de medicina para la tiroides, con el propósito de controlar peso fué reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, desde los años 30 en adelante.

El primer artículo popular sobre los desórdenes de alimentación, fué publicado el 21 de agosto de 1926 en el periódico norteamericano "The Saturday Evening Post", titulado "gordura y moda", por W. Hutchinson. La asociación Medica Americana estaba consciente de la búsqueda de delgadez por parte de las mujeres desde 1920.

En 1939 Berkman descubrió que las pacientes con anorexia nervosa se autoinducían vomito asociados con la sensación de saciedad. Waller y Kaufman (1940) describieron dos historiales clínicos de mujeres que primero se sobrealimentaban con dulces y luego, como reacción a esta conducta, pasaban hambre, debido a fantasías que vinculaban al embarazo con la sobrealimentación.

Sin embargo, la bulimia nervosa no es considerada como síndrome hasta 1940: El trabajo de Ludwig Binswager en 1944 es quizá el reporte mas temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Binswager describe el famoso caso de Ellen West, seudónimo para una paciente que había sido tratada 30 años antes.

### 1.3.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM IV SOBRE BULIMIA NERVIOSA.

- A). Episodios reiterados de accesos compulsivos de ingestión de alimentos (rápido consumo de grandes cantidades de comida en un período de tiempo discontinuo).
- B). Sensación de falta de control sobre la conducta de falta de alimentación durante los accesos compulsivos de ingestión de comida.

C). La persona recurre con regularidad a los vómitos autoinducidos, el empleo de laxantes o diuréticos, la dieta o ayuno estricto, o la realización de ejercicios vigorosos para evitar el aumento de peso.

D). Promedio mínimo de dos episodios semanales de atacar la comida compulsivamente durante por lo menos tres meses.

E). Preocupación excesiva y persistente por la forma del cuerpo y el peso

Tipos específicos: Existen también dos tipos de BN:

a) Purgativo : la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes o diuréticos.

b) No Purgativo: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como el ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y / o diuréticos.

#### 1.4. TRASTORNO ALIMENTARIO INESPECIFICO (TAI)



Esta categoría es para los trastornos de comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los desórdenes de comer específicos ya descritos (AN y BN), pero pueden ser igualmente graves. Es posible que:

- 1) Se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que el individuo tiene menstruaciones regulares.
- 2) Se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que a pesar de su pérdida significativa de peso el peso esperado para el individuo se encuentre en un rango normal.
- 3) Se encuentren todos los criterios para una BN, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses.
- 4) Un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida ( por ejemplo, vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas).
- 5) Un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida.
- 6) Exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la BN (también se le llama BED: " binge eating disorder " en ingles; Algo así como trastorno de comer por atracones). En el DSM IV se define " atracón " como el consumo a lo largo de un período corto de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Un período corto significa aquí, un período limitado, por lo

general inferior a dos horas. El atracón no tiene porque producirse en un solo lugar; un individuo puede empezarlo en un restaurante y continuarlo después en su casa. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, a pesar de que el tipo de comida que se ingiere en los atracones puede ser variada, casi siempre, se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico. Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida, que por una ansia de comer determinado tipo de alimento. Los atracones se realizan en general a escondidas, o con disimulo, los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

## 1.5. TRAUMA, DISOCIACION Y DESCONTROL DE IMPULSOS EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En lo tocante a los trastornos alimentarios, la gravedad de los antecedentes traumáticos parece relacionada con mayor sintomatología bulímica (Waller, 1993) así como una mayor morbilidad, en especial respecto de los trastornos del estado de ánimo, los rasgos de personalidad fronteriza, y los problemas de impulsividad.

Lacey y Evans (1986) han propuesto la expresión "bulimia multiimpulsiva " para referirse a aquellos pacientes que no solo se dan atracones, vomitan y se purgan, sino que además tienen problemas de alcoholismo y abuso de drogas, cleptomanía, automutilación y promiscuidad sexual. La combinación de los trastornos alimentarios con otras perturbaciones mentales, puede señalar la existencia de un trastorno de personalidad fronteriza, que se caracteriza fundamentalmente por una gran inestabilidad del talante, la conducta y las relaciones personales.

Así pues estos pacientes probablemente debido a su impulsividad, trastornos de la identidad, alteraciones en el estado de ánimo y relaciones personales inestables, corren un mayor riesgo de sufrir nuevas experiencias traumáticas dentro y fuera del medio familiar.

El manejo de esta impulsividad, y los riesgos a los que la paciente se enfrenta serán estudio de otras tesis, sin embargo no quisimos dejar pasar sin mencionar los demás síntomas que manifiestan las pacientes con trastornos de la alimentación ya que estos tienen una repercusión directa con el medio familiar y viceversa.

## 1.6. OBESIDAD

Pasqualini (1973) dice que la obesidad es el estado en el cual el organismo acumula un exceso de tejido adiposo, con desviación notoria de la conformación somática. En otros términos, podría definirse como una hiperplasia e hipertrofia difusa del tejido adiposo; este tejido superfluo se distribuye en el celular subcutáneo, pero abarca también otras áreas. Cuando los cúmulos son encapsulados y circunscritos se trata de lipomatosis. En relación con el peso corporal el exceso de tejido adiposo es de magnitud muy variable, pues se relaciona con el resto de los tejidos, principalmente el esqueleto y los músculos estriados, estimándose que existe obesidad cuando el cuerpo sobrepasa en un 10 % al que corresponde de acuerdo con el sexo y la talla, estimado sobre bases estadísticas. En estas condiciones, el tejido adiposo está aumentando aproximadamente en un 20%.

Cormillot (citado por Fernández, 1992) define la obesidad, como una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para guardar su equilibrio en el peso normal, siendo generalmente este exceso, debido a los hidratos de carbono, y/o a una mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa, y/o una disminución en la actividad física.

Bray (1989) dice que por definición, hay obesidad cuando el tejido adiposo constituye una fracción mayor que la "normal" del peso corporal total. En varones de 18 años, aproximadamente 15 al 18 % del peso corporal es grasa. La grasa correspondiente para mujeres es de 20 a 25%. El porcentaje de peso corporal que es grasa suele aumentar con la edad, pero esto quizá no sea necesario o deseable. La obesidad se ha definido como un contenido de grasa corporal mayor de 25% del peso corporal total para los varones y mayor del 30 % para las mujeres.

Schroeder (1992) plantea que el Instituto Nacional de la Salud define a la obesidad como un peso relativo mayor de 120%: la leve es un peso relativo de 120 a 140 %; la moderada es un peso relativo de 140 a 200 % y la grave o mórbida es un peso relativo mayor de 200 %.

### 1.6.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Según Suros y Suros (1953) la mejor manera de diagnosticar la obesidad es visualmente. Es útil objetivar nuestra impresión con un calibrador de pliegues cutáneos o acudiendo a la báscula y toma de la talla. Si se repiten los exámenes, se obtiene una gráfica útil para comprobar la eficacia de un tratamiento y perfilar un diagnóstico.

Hay que recordar que el peso esta constituido por diferentes componentes corporales entre los cuales el tejido adiposo es el más ligero; precisa descartar todas las causas circulatorias,

renales, etc. Que pueden originar una retención acuosa en esos tejidos. También el desarrollo excesivo de la musculatura corporal puede dar la falsa impresión de obesidad.

#### 1.6.2. FACTORES ETIOLOGICOS DE LA OBESIDAD:

- a) causas genéticas de obesidad (como por ejemplo los síndromes de BerdetBiedl, de AlstromHallgren, de Cohen, de Carpenter, de PraderWilli).
- b) causas endocrinas (fallas en la hipófisis, enfermedad suprarrenal, enfermedades ováricas, hiperinsulinismo)
- c) inactividad física
- d) dieta
- e) obesidad hipotalámica
- f) fármacos
- g) factores psicológicos y socioeconómicos.

Guwton (1986) propone la siguiente clasificación de obesidad:

1. **Obesidad de tipo psíquico:** los estudios llevados a cabo con pacientes obesos, demuestran que muchos deben su condición a factores psíquicos; tal vez el más frecuente sea la idea de que una alimentación completa son, tres comidas copiosas al día. Además, se sabe que hay aumento de peso ante situaciones de tensión, como la muerte de un ser querido o la presencia de una enfermedad grave. Parece que el comer se asocia con la disminución de tensión.
2. **Anormalidades hipotalámicas como causa de obesidad;** la lesiones en los núcleos ventromediales del hipotálamo causan ingestión excesiva de alimento, estas lesiones se acompañan de excesiva producción de insulina que , a su vez , aumenta el depósito de grasa. Además muchos tumores de hipófisis que invaden el hipotálamo se asocian con obesidad progresiva.
3. **Factores genéticos de la obesidad;** esta claro que hay familias de obesos. Los genes pueden modificar la nutrición de distintas maneras, por ejemplo: a) causando anomalía en el centro de la ingestión de alimentos, que estabilice el nivel de las reservas alimenticias arriba o abajo de lo normal, b) aportando una anomalía psíquica que suprime el apetito y haga que el comer se haga un mecanismo de escape.
4. **Sobre nutrición durante la infancia como posible causa de obesidad:** la formación de nuevas células grasas es en especial rápida durante los primeros años de vida,

y cuanto mayor el almacenamiento de grasas, mayor también el número de células adiposas. En niños obesos el número de células adiposas es hasta 3 veces mayor que en niños normales. Sin embargo, en la adolescencia el número de células grasas se conserva igual para el resto de la vida. Por lo tanto, se ha sugerido que la alimentación de los niños, sobre todo, en la lactancia, puede producir obesidad de por vida.

### 1.6.3. LA FAMILIA DEL OBESO:

En sus estudios de niños obesos, se descubrió que a menudo las madres eran incapaces de darles un verdadero amor maternal, pues ellas mismas tenían necesidades insatisfechas de ser dependientes y amadas. Sin embargo, sí podían dar a sus hijos alimento y cuidados conscientes. El dar comida terminó siendo, tanto en la madre como en el niño, sustituto de dar amor, a la manera de los procesos primarios. Este último queda con el ansia irracional de comida, por que nunca se satisficieron sus ansias de amor, excepto a un nivel primitivo, de alimentación (Cameron, 1992).

Fernández, M. (1992) establece que la madre del obeso suministra a su hijo lo que ella siente que él necesita, y esto no siempre corresponde a las necesidades del pequeño. También sugiere que si la madre se encuentra en conflicto con la comida, se puede establecer un

patrón de conducta alimenticia lleno de cargas emocionales, que el niño introyecta y más tarde lleva a cabo.

Los padres obesos tienen mayores posibilidades de tener descendencia obesa, 40% si uno de los padres es obeso y 70% si ambos la presentan. Las cifras hablan por sí mismas, la obesidad es una condición con alta incidencia familiar.

#### 1.6.4. CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

Fernández (1992) establece que la obesidad se centra en el período de separación de la diada, así se recurre a la obesidad como un mecanismo de compensación en el momento de la separación. Por otra parte, señala que las personas obesas, no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, y como resultado, comen inapropiadamente en respuesta a la activación emocional, manteniendo este comportamiento, a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

Por último, al hablar de la psicodinamia del obeso, Pérez (1993) comenta que el obeso tiene la sensación de rechazo, debido a su imagen corporal, lo cual, lo lleva a ser inseguro y agresivo pasiva o activamente, se cobra entonces la sensación, de menosprecio comiendo y agrediendo física y emocionalmente; por lo tanto, sus afectos guardan siempre la hostilidad y es el aparato psíquico quien los procesa de manera que no les puede dar una

salida adecuada o adaptativa al servicio del yo. Los afectos en el obeso en última instancia son impulsos que él satisface parcialmente a través de la comida, ya que no se puede decir que la persona degusta el alimento, sino que más bien lo engulle semimasticándolo y tratando de llenar un hueco, un “vacío difícil de llenar” referido por Balint como “falta básica” (1979).

El obeso tiene dos esquemas corporales; uno incluye su envoltorio adiposo y otro, que es el esquema de un ser frágil, flaco y vulnerable, hambriento de cariño con constante e insaciable hambre interna.



El niño obeso por otro lado es un niño “asexuado” (esto no quiere decir que no tenga sexualidad, sino que pareciera que está anulada debido a su sobrepeso). Para él, lo sexual se liga con lo emocional, en las sensaciones de rechazo, su propia imagen mental se lo manifiesta; además tiene poca tolerancia a la frustración y como salida recurre a la alimentación.

#### 1.6.5. FACTORES SOCIALES

Socialmente la obesidad hoy en día es estigmatizada como una incapacidad física. Diversas investigaciones muestran que se ha ido acumulando la discriminación en contra de los obesos. El obeso sufre, no solo por el estigma de su obesidad, sino también por ser culpado

de su condición. A diferencia de otras personas con incapacidades físicas, los obesos son etiquetados bajo términos que implican una responsabilidad personal (flojo, débil, autodestructivo, etc.) (Brownell, 1982). Es importante señalar, que la frecuencia de la obesidad aumenta día con día, llegando incluso a afectar del 20 al 25 % de la población adulta (con amplias variaciones radicales regionales).

## 1.7. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ALIMENTACION

El tratamiento del paciente con trastornos de alimentación se ha realizado desde hace mucho tiempo con varios enfoques psicológicos, utilizando desde métodos conductistas, hipnosis, terapia con enfoque psicoanalítico etc. Todos estos tratamientos, coinciden en el trabajo personal, unido al trabajo familiar. Siendo esta tesis de orientación principalmente familiar empezare por describir lo que dicen varios autores al respecto.

### 1.7.1. EL LUGAR DE LA FAMILIA

En el tratamiento de los trastornos de alimentación se podría recomendar la participación de la familia al menos por dos motivos: 1) es posible que las tensiones familiares conduzcan a un incremento del trastorno, 2) los integrantes de la familia se enfrentan a las

consecuencias impredecibles de los síntomas del paciente que no logran comprender ( De Wacher y Lange, 1996).

Tratar con la familia no significa automáticamente que se le aplicara terapia familiar. Además se deben de tener en cuenta las siguientes contraindicaciones para la terapia familiar conjunta ( Vandereycken, 1995):

- Cuando los padres están divorciados o separados. La terapia familiar podría reforzar la idea de que es posible que la familia vuelva a unirse, fantasía o deseo presente en muchos anoréxicos.
- Cuando uno de los progenitores manifiesta una psicopatología grave ( por ejemplo, psicosis maniacodepresiva). En ese caso es necesario proteger la vulnerabilidad del progenitor.
- Cuando un progenitor ha abusado física o sexualmente de su pareja o de su hijo. En este caso se debe proteger a la víctima y evitar que tenga que enfrentar dilemas de lealtad.
- Cuando las interacciones familiares son muy negativas o destructivas. Ello aumenta el riesgo que las confrontaciones directas en presencia de un terapeuta pueden generar mayores problemas.

Vanderlinden y Vandereycken (1999) , abogan por un enfoque familiar constructivo y flexible de los trastornos alimentarios. En la practica puede abarcar desde grupos de

orientación para padres, hasta la terapia familiar clásica, desde encuentros informales con los progenitores, hasta una terapia de pareja, según el análisis funcional del trastorno alimentario dentro del contexto familiar y la buena disposición de los integrantes de la familia para hacer terapia.

Los principios o pautas para un enfoque orientado hacia la familia que se indican a continuación son más importantes aún que los métodos terapéuticos: (Vandereycken, 1995).

- Una crisis familiar no indica una patología familiar; se debe partir del supuesto de que los padres hicieron todo lo que pudieron, pero carecieron de ciertas aptitudes esenciales para solucionar problemas.
- Todo tipo de problemas familiares o interacciones conflictivas pueden ser tanto la causa como la consecuencia del trastorno alimentario; por lo tanto, se debe considerar al paciente al mismo tiempo como víctima y artífice de la situación.
- No se debe de considerar que los padres son culpables sino conjuntamente responsables, del desarrollo del trastorno alimentario. Ello implica que su cooperación en el tratamiento es muy valiosa.

- Se debe hacer participar a los hermanos y hermanas en el tratamiento no solo porque es posible que padezcan la misma situación del paciente, sino porque también, pueden funcionar como consultores confiables y excelentes coterapeutas

El punto más difícil y más crítico, en el tratamiento de adolescentes anoréxicos o bulímicos, surge cuando el terapeuta intenta manejar el tema de separación - individuación, que casi siempre se ubica en el centro mismo del trastorno de alimentación. A menudo los progenitores temen perder a su hijo, pero pasan por alto que ya han perdido contacto con él debido al trastorno alimentario. La crisis inevitable durante la terapia se superará cuando todos se den cuenta que al finalizar el tratamiento todas las partes involucradas saldrán beneficiadas ( Vandereycken, 1995).

Desde el trabajo individual, se habla de hacer continuamente que el paciente tenga contacto con sus emociones, propiciando que las hable y no las actúe, así como de la manifestación que expresa su cuerpo en cada una de las mismas; se mencionan diferentes instrumentos desde dibujos, hasta llevar un diario para hacer más objetivo el trabajo de sus impulsos en cada sesión, analizando desde como empieza y como termina cada episodio del trastorno; Al mismo tiempo se trabaja con su relación de objetos, encaminándose a que la paciente integre a sus objetos en forma global y aprenda una nueva forma de vivir con su falta básica. Todo este tratamiento se complementa con terapia de grupo y en caso que sea necesario, con terapia familiar o de pareja, así como sugiriéndole a la paciente el hacer ejercicio " por gusto ", como el baile, para dejar sentir su cuerpo sin rigidez se recomiendan

también masajes profesionales, donde le den a la paciente la oportunidad de sentir y de espejear su cuerpo en forma sana para que así la paciente integre su cuerpo como único y propio y lo defienda ante todo.

## 1.8. DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es un conjunto de interacciones entre padres e hijos que influyen en la adaptación personal y social de un individuo. (Ackeman 1976; Satir 1985; Watzlawick 1985; Minuchin 1986). Hurlock (1980), destaca que el sistema familiar permite la adaptación; La influencia de las relaciones familiares sobre la adaptación social de los hijos, al fomentar en ellos determinadas actividades y pautas de conducta. Las esferas sobre las que influye la familia son;

- a). Adaptación personal: permite el adecuado desarrollo de un autoconcepto e identidad del individuo.
- b). Adaptación social; el individuo se amolda a las costumbres del grupo, aprende a comunicarse con otros, a participar en actividades y a expresar afecto por otros.

La dinámica familiar debe ser un conjunto de relaciones flexibles, que sirvan de medio de contención y seguridad para el individuo, y al mismo tiempo permitir la suficiente libertad para realizar acciones autónomas e individuales. En otras palabras, una familia puede ser considerada como un sistema que, por paradójico que parezca, debe seguir experimentando cambios a fin de sobrevivir como sistema. Los cambios ocurridos en determinados puntos surgen de las distintas exigencias inherentes al progreso de los ciclos vitales de cada miembro, individualmente, y de la familia como un todo. Los hijos crecen y dejan el hogar; los padres, al quedarse solos, nuevamente deben de reorganizar sus existencias, tal vez asumiendo mayor responsabilidad por sus propios padres envejecidos, y así sucesivamente. Podemos decir que la medida en que puede describirse a una familia como funcional ó " sana " está en relación directa, con la medida en que sus miembros son capaces de enfrentar dichos cambios, los previsibles tanto como los imprevisibles, reformulando sus relaciones, reajustándolas, y experimentando cambios ellos mismos.

Sin embargo, no todo cambio es necesariamente sinónimo de desarrollo. Reservamos el empleo del termino "desarrollo", para los casos en que los miembros de una familia dan signos de pasar por un proceso continuado de individuación. Por individuación queremos significar, básicamente lo siguiente:

1. Ser capaz y estar dispuesto a trazar fronteras internas y externas, distinguiendo claramente entre mis percepciones, mis deseos, mis fantasías, mis derechos y mis

deberes (particularmente los relacionados con mi cuerpo y sus necesidades), y las percepciones, deseos, fantasías, derechos y deberes de los demás.

2. Ser capaz y estar dispuesto a definir y alcanzar satisfactoriamente metas y objetivos propios, que difieran de los declarados deseables por el medio.
3. Ser capaz y estar dispuesto a aceptar una amplia gama de aspectos contradictorios, y a menudo penosos de sí mismo y resistir la tensión producida por esa ambivalencia.
4. Ser capaz y estar dispuesto a asumir responsabilidad por la propia conducta (algo estrechamente relacionado con el punto 3).

La individuación, en este sentido, se ve acompañada de manera característica, por un sentido de libertad personal y autonomía. No obstante, solo podemos hablar de desarrollo en una familia, si la individuación también significa que los miembros no solo se vuelven más independientes, sino que, a la vez, moldean sus relaciones con personas tanto dentro como fuera de la familia de modos nobles, y por lo general más complejos. Así, el desarrollo significa que hay un progreso hacia niveles siempre novedosos de individuación y de relación. O, dicho en otros términos, el desarrollo significa "progreso en la individuación dentro de las relaciones" (Karpel, 1976; Simón, 1988, Stierlin, 1978; 1983; Stierlin y otros, 1980).

### 1.8.1. LA INTERACCION EN SISTEMAS RIGIDOS

Describimos un sistema familiar como más o menos rígido según el grado de dificultad que tienen sus miembros en alcanzar ciertos equilibrios en respuesta a desarrollos ocurridos durante el ciclo vital.

La flexibilidad y la rigidez, no son características intrínsecas de la estructura de un determinado sistema, dependen de las variaciones que se producen en el estado y la dinámica del sistema en un momento y lugar particulares.

Un sistema familiar se vuelve rígido, cuando una acumulación de funciones o la incapacidad de modificar estas funciones en el curso del tiempo, interfiere con las necesidades de diferenciación de sus miembros. En el caso de los trastornos de la alimentación así sucede, impidiéndose constantemente la diferenciación sobre todo de los hijos.

Las personas adictas a la comida, pasan su vida esperando sentirse completas. La pequeña niña asustada, sigue asustada y sigue esperando lo que nunca recibió. En su incapacidad para escuchar a la niña que vive en ella, la misma incapacidad que tuvieron sus padres, confunde la añoranza de sentirse querida y aceptada por la añoranza de estar esbelta.

Las personas adictas a la comida comen, o no comen mucho más que alimento, se comen emociones relacionadas con la comida, en la mayoría de los casos desean ingerir alimentos que se relacionan con momentos de la infancia.

Las personas adictas a la comida expresan con facilidad sus pensamientos, pero no pueden fácilmente expresar sus emociones.

En esencia, podríamos decir, que un atracón es una explosión de emociones.

La gordura o la anorexia, son una enfermedad social. No se trata de falta de control, o falta de voluntad. Se relaciona con la necesidad de protección, con las ideas que tenemos acerca de la sexualidad, con la definición de límites, con la formación de los hijos, y sobre todo con un acumulo de ira.

Si el paciente con trastornos de alimentación empieza a detectar sus emociones, y a usarlas más como guía, que como un obstáculo, podrá vivir en el momento presente , crear límites , y alcanzar su intimidad de manera no amenazante .

## 1.9. LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION

En un inicio el bebe se encuentra en un estado de narcisismo primario, toda la libido se encuentra concentrada en su propio cuerpo, lo que lo mantiene desconectado del mundo exterior. Sin embargo se hacen indispensables los cuidados por parte del objeto que se traducirán en sensaciones y experiencias placenteras para el niño, las cuales, a su vez, se almacenarán en la memoria dando inicio a esta estructura llamada imagen corporal; esto es, se empiezan a establecer los límites corporales del niño.

Solo cuando el niño empieza a tener conciencia del mundo exterior, pasando al narcisismo secundario, se comienza a tener una concepción del propio cuerpo en posición con el mundo exterior. Esta concepción del cuerpo no es un fenómeno aislado ya que va de la par con la evolución de las fronteras yoicas que en un futuro consolidarán el Sef ; el sentido de identidad.

En este momento se hacen indispensables las relaciones interpersonales, que le permitan al infante, experimentar su propia corporeidad, lo que no solo se limita al cuerpo, sino además, a la mente y al mundo exterior, dentro del marco de la relación establecida con el objeto ( la madre).

Es dentro de esta relación, sobre la base de las interacciones corporales de gran intensidad gracias a las cuales, la imagen corporal así como el self del niño pueden estructurarse o vitalizarse. El niño se ve a sí mismo y a su cuerpo a través del contacto e interacción con la madre.

Esta estrecha e íntima relación entre madre e hijo van proporcionando la seguridad, la confianza y la autonomía para que el bebe pueda continuar su camino hacia la integración de su propia individualidad.

Ahora bien, en el caso de la mujer, es necesario que internalice y se identifique con el cuerpo femenino de la madre que le permita lograr una identidad sexual bien afianzada. Lo anterior, solo se logra si esta madre es capaz de disfrutar su cuerpo, de aceptarlo, de amarlo y de disfrutar su sexualidad adulta en una relación plena con su pareja. Si esto sucede, la madre comunicará a la niña este sentir, y le permitirá que ella a su vez, pueda separarse y experimentar su propio cuerpo con la seguridad y la aceptación internalizado de esta madre, de este modo tendrá la oportunidad futura de lograr una satisfacción similar en sus relaciones de pareja.



Sin embargo cuando esto no sucede; cuando la madre se encuentra a disgusto con su cuerpo, consigo misma y en su relación de pareja el proceso de separación individuación se verá seriamente afectado y limitado. Este hecho tendrá como consecuencia, que la imagen corporal, así como la identidad del niño se enajenen, esto significa que, la experiencia de su

cuerpo, de su ser, así como sus pensamientos y fantasías se confundan con los de su madre y los de sus futuros objetos. El niño no tendrá la posibilidad de regular su autoestima, ni consolidar su identidad; Experimentará su cuerpo como ajeno y su identidad como “prestada “. Vivirá sujeto a los deseos y exigencias de los demás, lo que lo colocará, en una situación extrema al enfrentarse a un mundo agresivo sin ningún tipo de armadura emocional con la cual poder defenderse.

Esto es lo que sucede a una persona con trastorno de alimentación: por un lado vive en un mundo caótico y angustiante, sin herramientas emocionales que le permitan afrontarlo o controlarlo, por otro lado, se le presenta el fantasma de un cuerpo que no le es grato. Insatisfecho con su realidad e insatisfecho con lo que él es, se le presenta la oportunidad de “mejorar” su cuerpo, de hacerlo más a su gusto (o lo que ella cree que es su deseo), pero más importante se le presenta la oportunidad desesperada de poder controlar, y tener algo por seguro; Su peso.

El controlar su peso, crea la ilusión de posible bienestar emocional, el individuo considera que el moldear su cuerpo basándose en estándares de belleza dictados por la sociedad, le proporcionará esa seguridad, identidad y satisfacción que sólo conoció en su infancia temprana sin darse cuenta que este sentido de vacío que experimenta se deriva de conflictos más profundos que sólo su peso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Balint, M. (1979). *The Basic Fault*. London Tavistock. La falta básica. Buenos Aires Paidós. 1982.

Bustamante, B. (2001). "Transmisión transgeneracional de la imagen corporal distorsionada: en pacientes con un trastorno de alimentación". Tesina para obtener Título de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana. México D.F.

Bray, G. (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 1, 191-218.

Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, Prevalent and Refractory Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, (6), 820-840.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York.: Raven Press.

Blinder, B. y Cadenhead, K. (1986). Bulimia: Una reseña histórica. En Feinstein S. y Sorosky A. (compiladores). *Trastornos de Alimentación*, 1988. 23-35. Buenos Aires: Nueva Visión.

Crispo, R. Figuerola, E. Guelar, D. (1998). *Anorexia Bulimia*. Gedisa. Barcelona.

DSM-III.R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1988. (1987, versión original de la American Psychological Association). Barcelona: Masson. P. 84,85.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1994). Washington: American Psychological Association.

Donoso, M. (1990). Algunas características de personalidad en pacientes del sexo femenino con Anorexia Nerviosa. Universidad Iberoamericana: México, D. F. (Tesina de Licenciatura en psicología).  
DSM III.R. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Fernández, M. (1992). Evaluación de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad. Universidad Iberoamericana: México, D.F.(Tesina de Licenciatura en psicología).

Fischer, M. (1976). The Art of Eating. Nueva York: Vintage.

Garfinkel, P., Kaplan, A., Garner, D. y Darby, P. (1983). The Differential Diagnosis of vomiting and Weight Loss as a Conversion Disorder from Anorexia Nervosa. American Journal of Psychiatry, 140, 1019-1022.

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

Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10,(1), 17-26.

Guwton, D. (1986). *Tratado de fisiología médica*. México: Interamericana.

Holtz, V. (1992). Factores psicobiosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudios piloto en una preparatoria. Universidad Iberoamericana: México, D.F. (Tesis de Licenciatura Psicología)

H.Stierlin, G Weber, (1990). *¿Que hay detrás de la puerta de la familia?.* Barcelona Gedisa.

Jack Elvin.(1999) *Fundamentos de estadística aplicada a ciencias sociales*.Arla.

Judi Hollis (1990). *La obesidad es un problema familiar*. Promexa.

Kaplan, A. y Garfinkel, P. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry* 141, 721

Kohut H, (1971). *The Analysis of the self*. New York: Int. Univ. Press *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorroutu. 1977. (1977) *The Restoration of the self* - New York Int. Univ. Press. *La restauración del si mismo*. Barcelona: Paidas . 1980.

Kohut H,(1984). How Does Analysis Cure? Chicago: Univ. Chic. Press. ¿Como cura el análisis? . Paidos . Buenos Aires.

Kolodny , NJ. ( 1998). Cuando la comida es tu enemiga . Granica , S.A.

Lacey , J, H. (1990) . Incest , incestuous fantasy & indecency : Aclinical catchment area study of normal weight bulimic women . British Journal of Psychiatry , 157 , 399- 403.

Morris, Ch. (1987). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall.

Norberto, M. Bleichmar, Celia Leïberman de Bleichmar. (1989).El psicoanálisis después de Freud Teoria y Clinic. Eleia Editores.

Olson,D.(1979) Circumplex model of marital and family systems: II Cohesion and Adaptability dimensions,Family types and clinical applications. Family process 18.3-28USA.

Olson, D . , Partner , J. Y Bell , R . , (1982 ) . " Faces II family Adaptability and cohesion evaluation scales " , family social science, St. Paul , University of Minnesota .

Peggi Claude - Pierre, 1997). !Alerta; Anorexia y Bulimia. Javier Vergara.

Pasqualini, R. (1973). Endocrinología Vol. 11. Barcelona: Científico Médica.

Sandor Lorand , (1943) , Eating disorders : Obesity and Anorexia Nervosa . Nueva York: Basic Books .

Schoreder, S. (1992). Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Manual Modelo.

Surós, J. Y Surós, A. (1953). *Semiología Médica y técnica exploratoria*. México: Salvant Editores.

Siengel, R. (1973). *Galen on Psychopathology and function and diseases of the Nervous System*. Nueva York: Karger.

Silverman, J. (1983). *Anorexia Nervosa: Clinical and Metabolic Observations*. *International Journal of Eating Disorders*, 24. 159.

Szamos, K. (1987). *Comer compulsivamente como romper la esclavitud laberinto hacia la libertad*. Alpe.

Vandereycken, W. (1985). *Bulimia has different meanings*. *American Journal of Psychiatry*, 142, 141, 142.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Van Dryck, R. & Delacroix, O. (1992). *Hypnotizability and dissociation in a group of fifty eating disorder patients : Preliminary findings*, In W. Bongartz (Ed), *Hypnosis : 175 years after Mesmer* ( pp.291-295). Konstanz : Universitats- Verlag.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M (1995). *Disociative symptoms in eating disorders : A follow - up study*. *Europea eating disorders review*, 3, 174-184.

Vanderliden , J ., Vandereycken , W (1999) . Trauma , disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios .Ediciones Granica , S.A.

Virginia Satir, (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax México.

Villarreal, L.(1999) . ¿ De que tenemos hambre realmente? . Océano .

Waller, J. y Kaufman, M. (1940). Anorexia Nervosa: a Psychosomatic Entity. Psychosomatic Medicine, 2, 3-16.

Waller,G.(1993<sup>a</sup>). Sexual abuse and eating disorders: Borderline personality disorder as a mediating factor? British Journal of Psychiatry,162,771-775.

Waller,G.(1993<sup>b</sup>). Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa :Evidence from two separate case series. Journal of Psychosomatic Research,37,1-7.

## METODOLOGIA

Después de haber revisado el marco teórico correspondiente al tema de los trastornos de alimentación, desde una perspectiva individual y familiar. En el siguiente capítulo se describen, el problema planteado en esta investigación y las hipótesis establecidas. Así mismo se detallan los instrumentos utilizados y por último, se analiza el procedimiento estadístico llevado a cabo, y las limitaciones que hubieron de enfrentarse en la realización de dicha investigación.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

**Conocer las características de la dinámica familiar que se dan en el paciente con trastornos de alimentación.**

#### **2.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

**2.2.1. Conocer el funcionamiento de la familia del paciente con trastornos de alimentación en los parámetros de cohesión y adaptación.**

**2.2.2. Conocer las características de la dinámica familiar en cada una de las patologías de la paciente con trastornos de alimentación; Resaltando sus similitudes y diferencias.**

### 2.3. JUSTIFICACION:

En general se sigue creyendo que los trastornos de alimentación se limitan a un problema de hábitos alimenticios, a la falta de voluntad, a una cuestión médica, a la moda y en muchos casos las familias los refieren como “caprichos de las hijas por no querer engordar”; otros han preferido pensar que en nuestro país este tipo de enfermedad no existe. No obstante la anorexia, la bulimia y el comer compulsivamente son trastornos mucho más frecuentes de lo que la gente cree. Afectan y contaminan las relaciones familiares, sociales, interpersonales, escolares y laborales pero sobre todo afectan la relación del individuo consigo mismo y con su familia.

Por todo esto se decidió llevar a cabo el presente estudio con el fin de obtener tanto la incidencia de estas enfermedades en la ciudad de Morelia Michoacán, así como analizar las características de las familias y su influencia directa en este tipo de pacientes.

Lo anterior permitirá poder utilizar la Terapia Familiar como un complemento importante en la Terapia Individual de los pacientes con estos trastornos y desarrollar también en futuras generaciones una interacción familiar más funcional.

### 2.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

La importancia de este estudio radica, en que nos da una idea “relativa” sobre la presencia de los trastornos de alimentación en nuestro país, en particular en la ciudad de



Morelia Michoacán, así como también nos ayuda a conocer la relación que dichos trastornos tienen, con la dinámica que se maneja en cada familia para así poderlos tratar, identificar y en su momento prevenir.

## 2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existe un tipo específico de Dinámica Familiar en los pacientes con trastornos de alimentación?

## 2.6. HIPOTESIS

- No existe un tipo específico de Dinámica Familiar en los pacientes con trastornos de alimentación.
- Si existe un tipo específico de Dinámica Familiar en el paciente con trastornos de alimentación.

## 2.7. VARIABLES

Dependientes Dinámica Familiar. (funcional y disfuncional)

Independientes Trastornos de Alimentación.

## VARIABLE DEPENDIENTE

### DINAMICA FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL; conjunto de interacciones entre padres e hijos que influyen en la adaptación personal y social de un individuo. ( Ackerman, 1976. Satir, 1985. Watzlawick, 1985. Minuchin, 1986. Baverman, 1986.)

DEFINICION OPERACIONAL: Se utilizo el instrumento Faces II ( family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II ) , instrumento desarrollado por Olson , Spenkle y Russell , en 1979 para evaluar las dimensiones y conceptos relacionados con el Modelo Circumplejo ; el cual integra los conceptos de cohesión y adaptabilidad familiar.

## VARIABLE INDEPENDIENTE

### TRASTORNOS DE ALIMENTACION

DEFINICION CONCEPTUAL: Alteraciones graves de la conducta alimentaria el DSM-IV incluye 3 diagnósticos específicos; La anorexia nervosa, la bulimia nervosa y el trastorno de alimentación inespecífico, y en todos existe alteración de la percepción de la forma y el peso corporal.

DSM -IV incluye un apartado de trastornos de conducta alimentaria específico donde entran los comedores compulsivos. La obesidad no la incluye el DSM-IV ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos y conductuales. Sin embargo cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología este hecho se debe indicar y anotar.

Para hablar de obesidad se define como paciente con más de 20% de un peso corporal según las tablas de talla y peso estándares.

#### DEFINICION OPERACIONAL

Se les pidió a las pacientes que respondieran un instrumento (ITA PADILLA 2000) creado para esta tesis ( contenido en los anexos) que consta de varias partes:

- a) datos demográficos
- b) 60 reactivos sobre síntomas relacionados con trastornos de alimentación

Dicho instrumento fue creado después de haber consultado los siguientes autores: Szamos(1987),Kolodny(1998),Villarreal(1999),Crispo y Col(1998) y Hollis(1990).

Los anteriores autores en sus libros sugieren varias preguntas útiles para diagnosticar un trastorno de alimentación tanto en forma general como específica aunque este grupo de preguntas no aparece descritas como un test validado.

La elaboración de este instrumento fue basada también en la práctica clínica dentro del propio consultorio tomando en cuenta los síntomas repetitivos manifestados por las pacientes y sus familiares con diagnóstico clínico previo de un trastorno de alimentación.

En total fueron reunidos 60 reactivos, clasificados de la siguiente manera:

- 15 reactivos referentes a trastornos de alimentación en general
- 15 reactivos referentes a síntomas "específicos" sobre anorexia
- 15 reactivos referentes a síntomas "específicos" sobre bulimia
- 15 reactivos "específicos" sobre obesidad

Es importante aclarar que el término "específicos" es debido a la interrelación existente entre las patologías mencionadas.

## CATEGORIAS INDICADORES, RELACIONES Y PREDICCIONES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

#### Trastornos de alimentación:

En este rubro existen tres categorías que van de lo disfuncional a lo funcional.

#### A) Preocupación extrema por el peso y forma corporal.

Prácticas reiterativas ( diariamente) de control de peso.

Relación constante entre los estados de ánimo y la interacción con la comida.

#### B) Preocupación por el peso y forma corporal " relativas ".

Prácticas de control de peso no más de tres veces por año.

Relación " en ocasiones " de los estados de ánimo y la interacción con la comida.

#### C) No existe preocupación extrema por el peso y forma corporal específicas, sin embargo existen ocasionalmente manifestaciones de autoconcepto alteradas.

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### Dinámica Familiar:

En este rubro existen también tres categorías que van de lo disfuncional a lo funcional. Midiendo principalmente cohesión y adaptación familiar.

A) Nivel de cohesión alto y de adaptación baja.

La familia no permite la individuación de sus miembros.

La autodeterminación y la autonomía son mínimas.

La familia no se adapta a cambios en el sistema.

La familia cae en el extremo donde se da una desvinculación y desorganización tanto en forma individual como familiar, prevaleciendo el (no al cambio).

B) Nivel de cohesión medio y adaptación medio, permitiendo la individuación y autonomía de sus miembros sin dejar a un lado el sentido de pertenencia e identidad.

C) Nivel de adaptación medio que se acopla a los cambios familiares sin llegar a producirse un ambiente rígido ó caótico.

La familia presenta alto grado de autodeterminación entre sus miembros, así como de autonomía e individuación.

La familia presenta ajustes relativamente rápidos al cambio como resultado de los límites claros.

Se predice que las variables dependiente e independiente se relacionan directamente en cada uno de sus tres incisos, correspondiendo directamente el inciso de la variable dependiente A, con el inciso A de la variable independiente y así sucesivamente.

## 2.8. UNIVERSO

El estudio fué realizado en un consultorio particular en Morelia Michoacán aplicado a mujeres adolescentes y adultas jóvenes entre los 14 y los 60 años de edad con diagnóstico clínico de trastorno de alimentación realizado por nutriólogos o psicólogos anteriores.

## 2.9. MUESTRA DE INVESTIGACION:

Características de la muestra: La muestra quedo constituida por 34 mujeres adolescentes y adultas de 14 a 60 años de edad, solteras estudiantes y profesionistas de nivel socioeconómico medio alto y alto. Dicha muestra fué tomada de un consultorio particular, conociendo todos los casos como psicoterapeuta durante aproximadamente 6 meses como mínimo.

### TIPO DE MUESTREO

Intencional no probabilístico



### TIPO DE ESTUDIO

De campo

## 2.10. INSTRUMENTO

Para la elaboración de esta tesis se aplicaron dos instrumentos que aparecen en los anexos.

A continuación se describen las bases teóricas de cada uno.

### 2.10.1. " Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II "

Instrumento desarrollado por Olson, Spenkle y Russell, en 1979 para evaluar las dimensiones y conceptos relacionados con el Modelo Circumplejo.

El desarrollo del Modelo Circumplejo se inicio el año de 1976, como resultado de la necesidad de integrar los conceptos de cohesión y adaptabilidad. Conceptos utilizados en terapia familiar, sociología familiar y otras disciplinas vinculadas a estas.

De esta manera Olson y Cols, a través de una amplia revisión bibliográfica, observaron que las escalas de adaptabilidad y cohesión eran dos dimensiones sobresalientes en una gran variedad de campos de las ciencias sociales. Y así las unieron en un solo modelo que llamaron Circumplejo, la idea es ubicar a las familias en estudio en una matriz circunfleja por las dos dimensiones centrales de cohesión y adaptabilidad. Demasiada o muy poca adaptabilidad o cohesión familiar, es disfuncional, el área central de la matriz esta vista como el área de funcionamiento óptimo, esto significa, será el área donde con mayor probabilidad se localicen los sistemas familiares funcionales.

El área central del modelo contiene 4 tipos de familias que son moderadas en ambas dimensiones de adaptabilidad y cohesión. Los cuatro tipos centrales se caracterizan por funcionar con:

Separatividad Flexible

Cercanía Flexible

Separatividad Estructurada

Cercanía Estructurada

Los 4 tipos extremos que se supone están relacionados con disfunciones familiares se caracterizan por:

Desvinculación Caótica

Amalgamamiento Caótico

Desvinculación Rígida

Amalgamamiento Rígido

**Cohesión Familiar.**- lazos emocionales que tiene los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía que experimentan cada individuo dentro de su grupo familiar. Los cuatro niveles de cohesión familiar que incluye el modelo son los siguientes:

1. Familia desvinculada, nivel de cohesión muy baja
2. Familia separada, nivel de cohesión moderadamente baja
3. Familia conectada, nivel de cohesión moderadamente alto
4. Familia amalgamada, nivel de cohesión muy alto

El tipo de familia desvinculada se caracteriza por tener lazos muy débiles de cohesión y alta autonomía con respecto a la familia, es decir, un nivel de cohesión muy bajo. Los tipos de familia clasificados como separadas y conectadas acusan un funcionamiento familiar más efectivo, conservando un buen grado de autonomía; Dentro de estos niveles de cohesión familiar la familia manifiesta tendencias funcionales ante situaciones de demanda, ajustes y cambios.

Por último, el tipo de familia amalgamada en el que existe un nivel de cohesión muy alto, no permite la individuación de sus miembros y consiguientemente la autodeterminación y autonomía de los miembros es mínima.

Los conceptos interrelacionados con la dimensión de cohesión son:

Grado de independencia de los miembros, tipos de lazos familiares, presencia o no de coaliciones, manejo del tiempo, nivel de respeto al espacio propio, físico o emocional,

interacciones de la familia con los amigos de los miembros, grado de autonomía en decisiones individuales y nivel de Involucramiento en los intereses y recreaciones.

**Adaptabilidad Familiar.**- se refiere a la habilidad de un sistema familiar para cambiar tanto sus estructuras de poder como sus roles y reglas de relación en respuesta a estrés provocados por circunstancias internas o externas. Incluye los 4 siguientes niveles:

1. Familia caótica, nivel de adaptabilidad muy alto.
2. Familia flexible, nivel de adaptabilidad moderadamente alto
3. Familia estructurada, nivel de adaptabilidad moderadamente bajo
4. Familia rígida, nivel de adaptabilidad muy bajo

La familia caótica, se caracteriza por tener un nivel de adaptabilidad muy alto. Los tipos de familia flexible y estructurada tienen un nivel de adaptabilidad moderado, lo que les permite un mejor funcionamiento en un momento de crisis, en cambio las familias rígidas presentan un muy bajo nivel de adaptabilidad. (Olson 1979)

Debido a que el modelo es dinámico se supone que en el transcurso del tiempo puedan ocurrir cambios en los tipos de familia. De esta forma, la clasificación que se haga de la

familia puede moverse libremente en cualquier dirección como producto de la situación, estado, ciclo vital familiar o socialización que se haga de los miembros de la familia.

A continuación se presentan dos cuadros con los conceptos interrelacionados con las dimensiones de cohesión y adaptación familiar.

## DIMENSION DE COHESION FAMILIAR

Conceptos interrelacionados

COHESION	DESVINCLADA muy baja	SEPARADA baja a moderada	CONECTADA moderada a alta	AMALGAMADA muy alta
INDEPENDENCIA	muy alta dependencia de los miembros de la familia.	moderada independencia	moderada dependencia	alta dependencia
LAZOS FAMILIARES	lazos externos abiertos lazos internos cerrados generacionales rigidos.	lazos internos y externos semiabiertos; lazos generacionales claros.	lazos externos semiabiertos; internos abiertos; generacionales claros.	lazos externos cerrados.
COALICIONES	coaliciones debiles usadas como escapatoria.	coalicion marital clara	coalicion marital fuerte	coaliciones madre-hijo
TIEMPO	tiempo separado de la familia al máximo (física o emocionalmente).	tiempo juntos y separados es importante	tiempo juntos es importante tiempo separados esta permitido por razones probadas.	tiempo juntos a su maximo, tiempo separados esta permitido al minimo.
ESPACIO	espacio separado es exigido tanto física como mentalmente.	espacio separado. Se man tiene algun espacio familiar.	espacio familiar al máximo espacio privado al mínimo.	poco o ningún - espacio privado en casa
AMIGOS	amigos individuales , pocos amigos familiares.	algunos amigos individuales. Algunos amigos familiares.	algunos amigos individuales. Algunas actividades con pareja y amigos familiares.	amigos individuales - limitados. Se ve a la pareja y a los amigos con toda la familia junta.
TOMA DE DECISIONES	decisiones individuales	la mayoría de decisiones se toman individuales, las menores en forma familiar.	se comparten las decisiones individuales. La mayoría de las decisiones tomadas pensando en la familia.	todas las decisiones se toman en familia.
INTERESES Y RECREACIONES	principalmente actividades individuales. No se involucra a la familia en las actividades.	algunas actividades familiares espontaneas. Se soportan las actividades individuales.	algunas actividades familiares en horario. La familia involucrada en intereses individuales.	la mayoría o todas las actividades deben hacerse en familia.

## DIMENSION DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Conceptos Interrelacionados

	CAOTICA muy alta	FLEXIBLE moderada - alta	ESTRUCTURADA moderada - baja	RIGIDA muy baja
ADAPTABILIDAD				
ASERTIVIDAD	estilo pasi - vo-agresivo.	solamente asertivo	generalmente asertivo	estilo pasi - vo-agresivo.
CONTROL	no existe lider	igualitaria con cambios fluidos	democrática con lider estable	lider autoritario
DISCIPLINA	Laissez Faire	democratica con conse - cuencias impredecibles	democrática con conse - cuencias predecibles	autocrítica de masiado es - tricta
NEGOCIACION	negociación sin un fin. Po bre resolu - ción de pro - blemas	buena negociación buena resolución de pro - blemas	estructurada	limitada con pobre resolu ción de pro - blemas
ROLES	cambio dra - mático de - roles	se comparten roles cambio dramático de roles	se comparten algunos roles	rigidez de ro les y esteroti pia de estos
REGLAS	muchas re - glas implíci - tas y pocas explícitas	algunas reglas cambian mas reglas implícitas	pocas reglas cambian más reglas explícitas	reglas rigidas demasiadas explícitas po cas implíci - tas

## PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL CUESTIONARIO FACES II

Para calificar el cuestionario en sus dos dimensiones, Cohesión y Adaptación y obtener el tipo de familia, se debe realizar el siguiente procedimiento:

1. Se toman los valores asignados a los reactivos de la hoja de respuestas del cuestionario y se distribuyen como aparecen en el anexo 9.
2. Los totales encontrados deberán ubicarse en el cuadro que aparece en el anexo 10, el cual proporciona el tipo de familia .

### 2.10.2 ITA PADILLA 2000

El instrumento ITA Padilla 2000, es un instrumento creado para fines específicos de esta tesis donde después de haber realizado una amplia revisión bibliográfica, Szamos(1987), Colodni(1998), Villarreal(1999), Crispo y Col.(1998) y Hollis(1990), sobre cada uno de los trastornos de alimentación.

Fue creado un estudio piloto consistente en 80 reactivos aplicado a 15 pacientes no contados en la muestra. El estudio piloto constaba de:

- 20 reactivos referentes a trastornos de alimentación en general
- 20 reactivos referentes a síntomas de anorexia



- 20 reactivos referentes a síntomas de bulimia
- 20 reactivos referentes a síntomas de obesidad

Posteriormente fueron eliminadas 5 preguntas de cada categoría por su formulación mal elaborada, por ser poco claras ó por ser repetitivas; quedando finalmente un total de 60 reactivos, con 15 reactivos en cada categoría siendo mezclados al azar para su aplicación.

#### PROCEDIMIENTO DE CALIFICACION DEL CUSTIONARIO ITA PADILLA 2000

El cuestionario ITA Padilla 2000, contiene una hoja de respuestas con cuatro columnas, cada columna tiene quince reactivos con dos opciones de respuesta (SI-NO). Para calificarlo se suma cada opción positiva (SI) de cada columna y se saca el promedio por columna. Cuando el resultado por columna es mayor de 7 se considera que el paciente califica para tener en caso de la primera columna datos de trastorno de alimentación en general. En el caso de la segunda columna datos de anorexia. En el caso de la tercera datos de bulimia y en el caso de la cuarta datos de obesidad.

Para clasificar al paciente con trastorno de alimentación inespecífico, se determinó que las pacientes con un resultado de 7 o mayor, en la columna de datos de trastornos de alimentación en general, serían calificadas como positivas, así como si las pacientes presentaban datos de 2 o más trastornos esto es , si presentaban , 7 o más de 7 en más de una columna .

## 2.11. APLICACIÓN Y PROCEDIMIENTO

Después de haber realizado una amplia revisión bibliográfica sobre los trastornos de alimentación y haber tenido experiencia clínica con familias y pacientes que sufren este trastorno, se decidió realizar éste estudio para observar en forma más objetiva las características familiares de dichos pacientes, construyéndose primero un instrumento para medir el tipo de trastorno de alimentación que presentaba la paciente.

Para esto se realizó un estudio piloto con 15 pacientes con 80 reactivos quedando al final 60 reactivos únicamente las preguntas que se eliminaron se encuentran en los anexos, dichas preguntas se eliminaron por estar contenidas dentro de preguntas anteriores, por ser confusas, o por ser muy escasa la muestra piloto que las contestó afirmativamente.

Como resultado de este estudio quedó el instrumento ITA PADILLA 2000, donde se incluyeron, tanto preguntas que contienen los síntomas comunes de los trastornos de alimentación en general ( 15 reactivos), así como síntomas "específicos" de anorexia, bulimia y obesidad con 15 reactivos respectivamente, quedando un total de 60 reactivos, los cuales se mezclaron para su aplicación. Dichas preguntas se encuentran en los anexos.

Posteriormente a todas las pacientes se les aplicó el instrumento Faces II descrito anteriormente. Ambos instrumentos se aplicaron en forma individual, de manera

autoadministrable calificándose posteriormente cada uno de ellos como se describe en la sección de instrumentos.

Finalmente se llevó a cabo un análisis estadístico de los resultados obtenidos en los instrumentos para así llegar a las conclusiones correspondientes en esta tesis .

## 2.12. ANALISIS ESTADISTICO



## LA CHI CUADRADA PARA COHESION Y ADAPTACION

Frecuentemente, el investigador se interesa en el número de sujetos, objetos y respuestas que se clasifican en distintas categorías. Por ejemplo, un grupo de pacientes puede clasificarse con el tipo preponderante de sus respuestas a un test determinado y el investigador puede predecir la predominancia de ciertos tipos sobre otros. En el caso de los niños, pueden clasificarse de acuerdo con los modos mas frecuentes de sus juegos, para probar la hipótesis de que los modos difieren en frecuencia. Una clasificación de personas puede dividirlos con respecto a su opinión, definiéndolas como "a favor de" , "indiferentes a" u "opuestos a" , para permitir que el investigador pruebe la hipótesis, diferentes frecuencias en las respuestas.

La prueba Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) es adecuada para analizar datos como estos. El número de categorías puede ser de dos o más. La técnica es del tipo de bondad de ajuste, que puede usarse para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número observado de objetos y respuestas de cada categoría y un número esperado, basado en la hipótesis de nulidad.

Con el fin de comparar un grupo de frecuencias observado, con uno esperado debemos, por supuesto, ser capaces de indicar que frecuencias son esperadas. La hipótesis de nulidad establece la proporción de objetos que caen en cada una de las categorías de la población presumida. Esto es, a partir de la hipótesis de nulidad poder deducir cuales son las

Con el fin de comparar un grupo de frecuencias observado, con uno esperado debemos, por supuesto, ser capaces de indicar que frecuencias son esperadas. La hipótesis de nulidad establece la proporción de objetos que caen en cada una de las categorías de la población presumida. Esto es, a partir de la hipótesis de nulidad poder deducir cuales son las frecuencias esperadas. La técnica de la Chi cuadrada prueba, si las frecuencias observadas están suficientemente próximas a las esperadas, que podrían ocurrir conforme a  $H_0$ .

Donde  $O_i$  es el número observado de casos clasificados en la categoría  $i$ , y  $E_i$  es el número esperado de casos en la categoría  $i$ .

Si el acuerdo entre las frecuencias observadas y esperadas es grande, la diferencia ( $O_i - E_i$ ) será pequeña, y consecuentemente,  $X^2$  será también pequeña. Si la divergencia es grande el valor de la  $X^2$  será también grande. En pocas palabras entre más grande sea  $X^2$ , mayor será la probabilidad de que las frecuencias observadas no provengan de la población en la que se baso la hipótesis de nulidad.

En lo que se refiere al análisis de cohesión de la muestra analizada se obtuvieron los siguientes resultados:

	SIN COMPROMISO	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
ANOREXIA	2	4	0	2
INDETERMINADO	10	1	0	1
SANO	6	2	3	2

Por lo tanto tenemos que la tabla de frecuencias esperadas será la siguiente:

	SIN COMPROMISO	SEPARADA	CONECTADA	AMALGAMADA
ANOREXIA	4.4	1.7	0.7	1.2
INDETERMINADO	6.5	2.5	1.1	1.8
SANO	7.1	2.8	1.2	2

Al aplicar :

$$\chi^2 = \sum_{t=1}^k \frac{(O_t - E_t)^2}{E_t}$$

obtenemos  $\chi^2=12.99$  con seis grados de libertad. Este resultado es mayor que 12.592, el cual es el mínimo requerido para rechazar la hipótesis de nulidad. En consecuencia podemos inferir los resultados obtenidos de nuestra muestra y aceptar la hipótesis alternativa.

De manera análoga se intento hacer la prueba de  $\chi^2$  para el apartado de adaptación, teniendo la siguiente tabla de distribución de frecuencias observadas:

	CAOTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RIGIDA
ANOREXIA	2	2	2	2
INDETERMINADO	3	0	2	7
SANO	2	3	1	6

Y la tabla de frecuencias esperadas tomara la siguiente forma :

	CAOTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RIGIDA
ANOREXIA	1.75	1.25	1.25	3.75
INDETERMINADO	2.625	1.875	1.875	5.625
SANO	2.625	1.875	1.875	5.625

Como podemos observar, la distribución de frecuencias observadas no son muy distintas a las - frecuencias esperadas, lo cual nos hace prever que las diferencias (  $O_t - E_t$  ) son muy pequeñas

Al aplicar la fórmula de  $\chi^2$  obtenemos un resultado de 5.3143 que es muy inferior al 12.592 requerido con seis grados de libertad necesarios para rechazar la hipótesis de nulidad. Por lo tanto no tenemos la seguridad para inferir los resultados a la población.

Los resultados estadísticos de estas tablas serán comentados con detalle en el capítulo IV.

### 2.13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones encontradas en la presente investigación son las siguientes:

- a) La población a la que se aplicó el instrumento fue pequeña (34 pacientes), por lo tanto los resultados no pueden ser universales.
- b) Los instrumentos no fueron validados debido a lo pequeño de la muestra, por lo que se sugiere utilizarlos para validarlos en estudios posteriores.
- c) Se sabe de la existencia del instrumento FACES III sin embargo al no haber sido posible localizarlo, éste no fué aplicado.

Por lo tanto, las conclusiones a las que se llegaron no pueden ser desligadas de este contexto.

Bibliografía:

Jack Elvin,(1999). Fundamentos de Estadística aplicada a Ciencias Sociales.Arla.

Olson,D.(1979). Circumplex model of marital and family systems: II Cohesion and Adaptability dimensions,Family types and clinical applications.Family Process 18.3-28USA.

Olson,D.,partner,J.Y Bell,R;(1982).Family Adaptability and Cohesion evaluation scales,family social science,St.Paul,University of Minnesota.



## CAPITULO III

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios FACES II e ITA PADILLA 2000.

Estos datos nos permitieron llegar a las conclusiones descritas en el Capítulo IV.

### 3.1. RESULTADOS

Después de haber aplicado los instrumentos, Faces II e ITA Padilla 2000 en las 34 pacientes de la muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

De las 34 pacientes referidas con síntomas de trastornos de alimentación, 65% mostraron síntomas positivos en el Test ITA Padilla 2000 distribuido de la siguiente forma:

- 37% síntomas de anorexia
- 4.5% síntomas de bulimia
- 4.5% síntomas de obesidad
- 54% síntomas de trastornos de alimentación inespecífico.

Por otra parte del total de la muestra el 35% no manifestaron síntomas de trastorno de alimentación que fueran detectables por este Test considerándose entonces para fines estadísticos como “pacientes sanas”.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos mediante el Instrumento FACES II se encontraron los siguientes resultados:

#### a) Cohesión Familiar:

- Pacientes con anorexia, 50% manifestaron familias separadas, 25% familias sin compromiso o sin involucramiento afectivo y 25% familias amalgamadas.
- Pacientes con Bulimia, 100% manifestaron familias sin compromiso o sin involucramiento afectivo.
- Pacientes con obesidad, 100% manifestaron familias sin compromiso o sin involucramiento afectivo.
- Pacientes con síntomas inespecíficos de TA, 84% manifestaron familias sin compromiso, 8% familias separadas y 8% familia amalgamada.
- Pacientes "sanos", 50% manifestaron familias sin compromiso, 25% familias conectadas, 17% familias separadas y 8% familias amalgamadas.

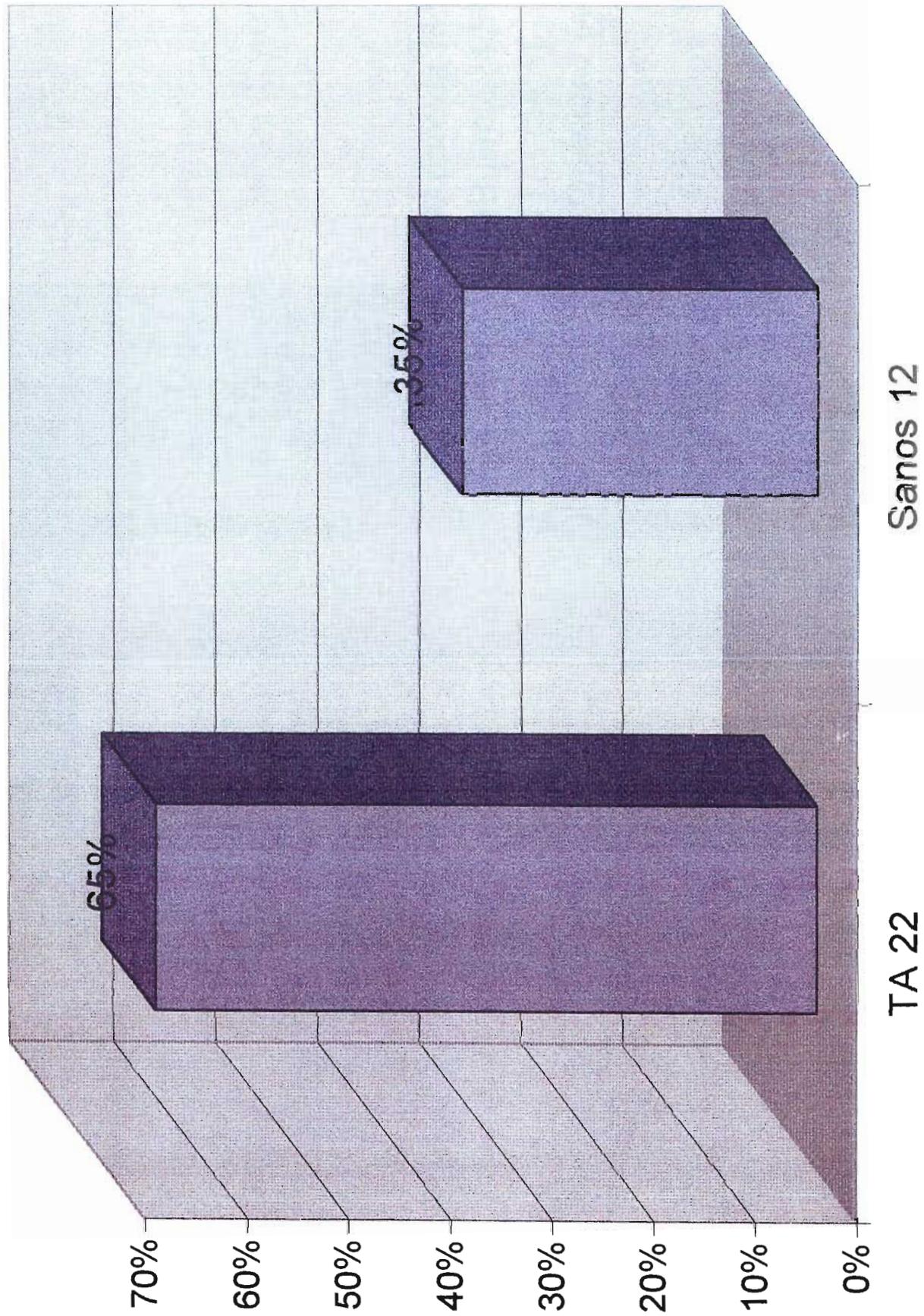
**b) Adaptación Familiar:**

- Pacientes con síntomas de anorexia, 25% familias caóticas, 25% familias flexibles, 25% familias estructuradas y 25% familias rígidas.
- Pacientes con síntomas de bulimia, 100% familias rígidas.
- Pacientes con síntomas de obesidad, 100% familias rígidas.
- Pacientes con síntomas inespecíficos de TA, 58.3% familia rígida, 25% familias caóticas y 16.7% familias estructuradas.

- Pacientes "sanos", 50% familias rígidas, 25% familias flexibles, 12.5% familias caóticas y 12.5% familias estructuradas.

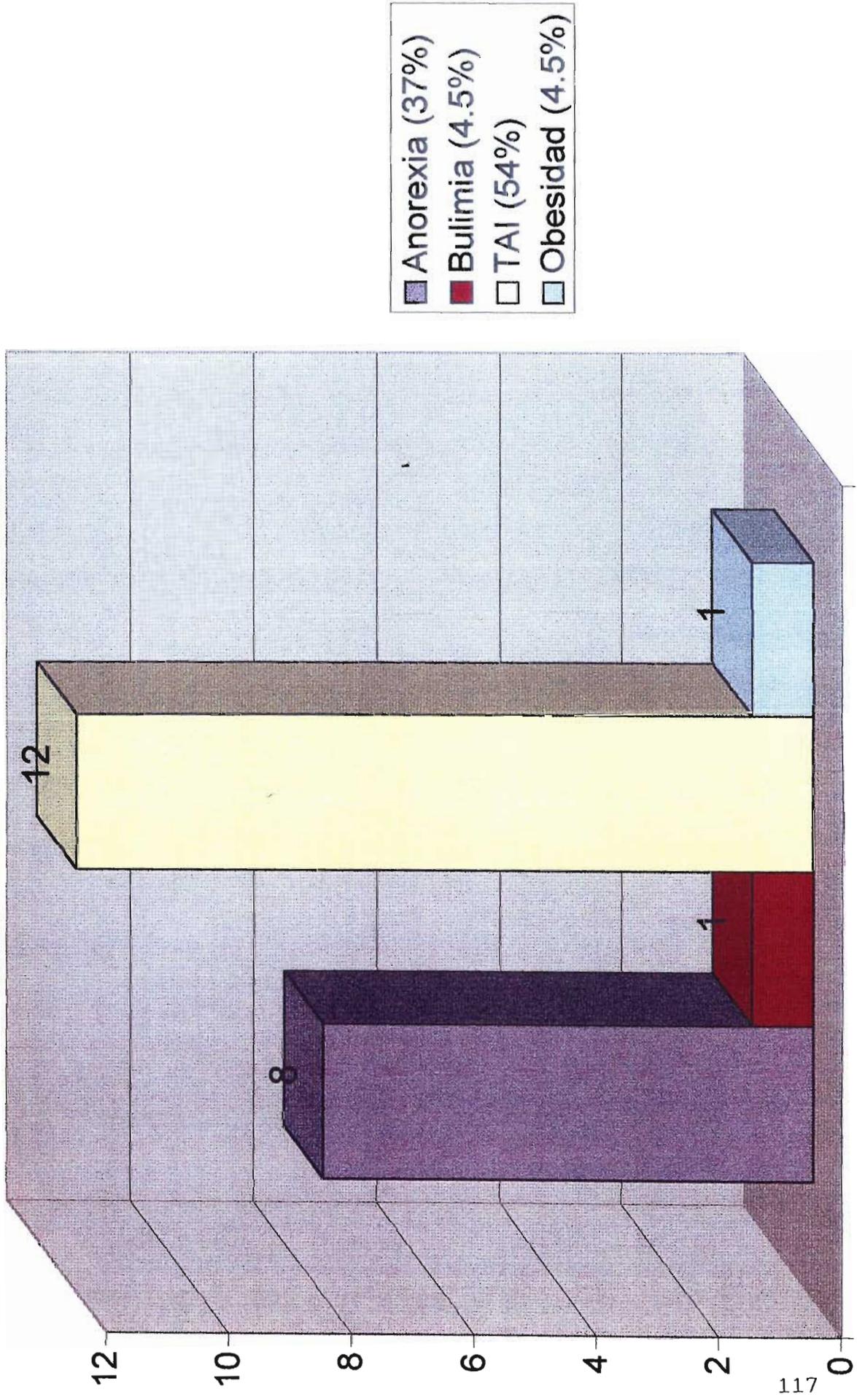
Los anteriores resultados se observan con mayor objetividad en las siguientes gráficas.

# Pacientes con Trastorno de alimentación y Pacientes sanos

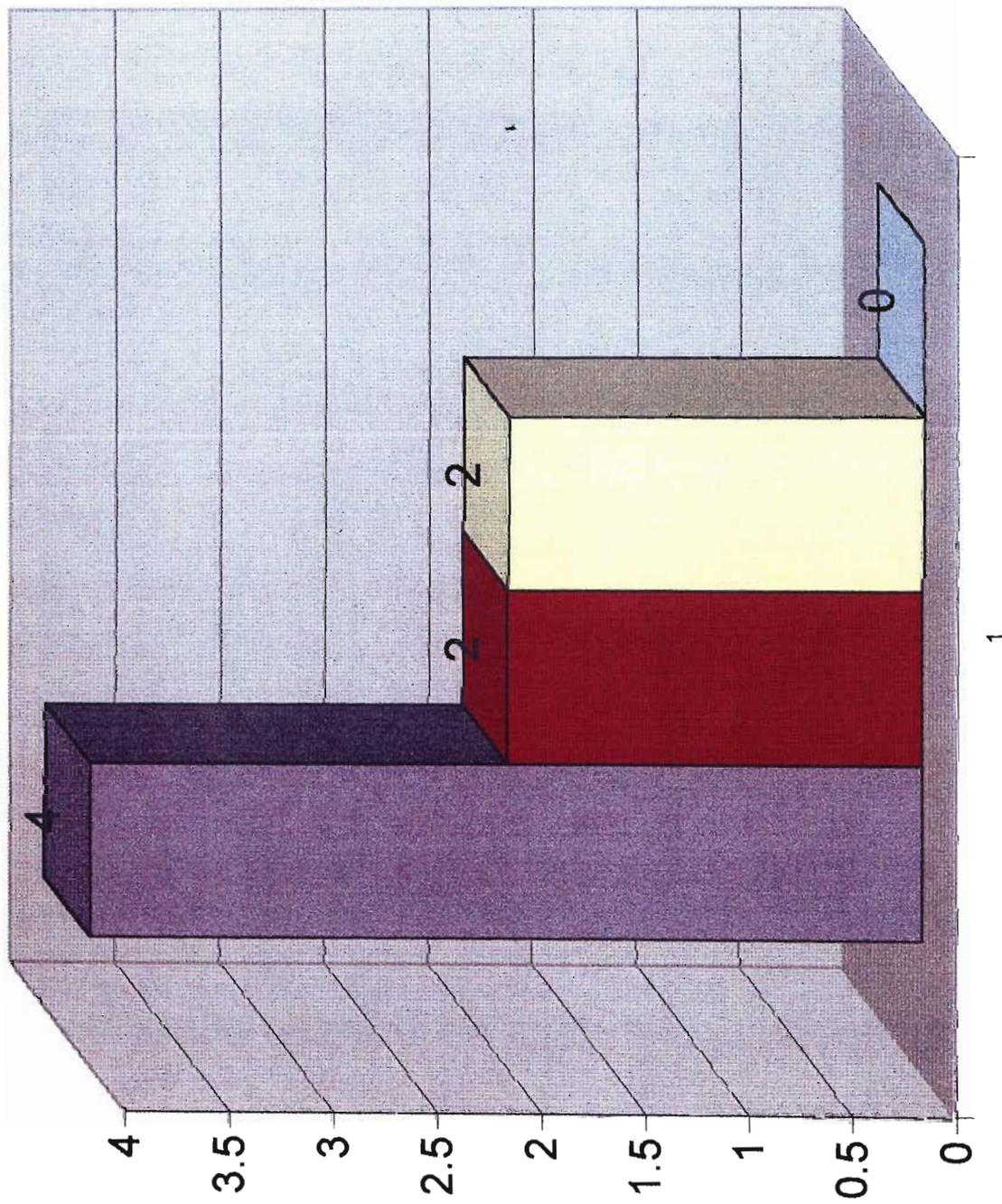


Total = 34 casos

# Distribucion de Pacientes con TA



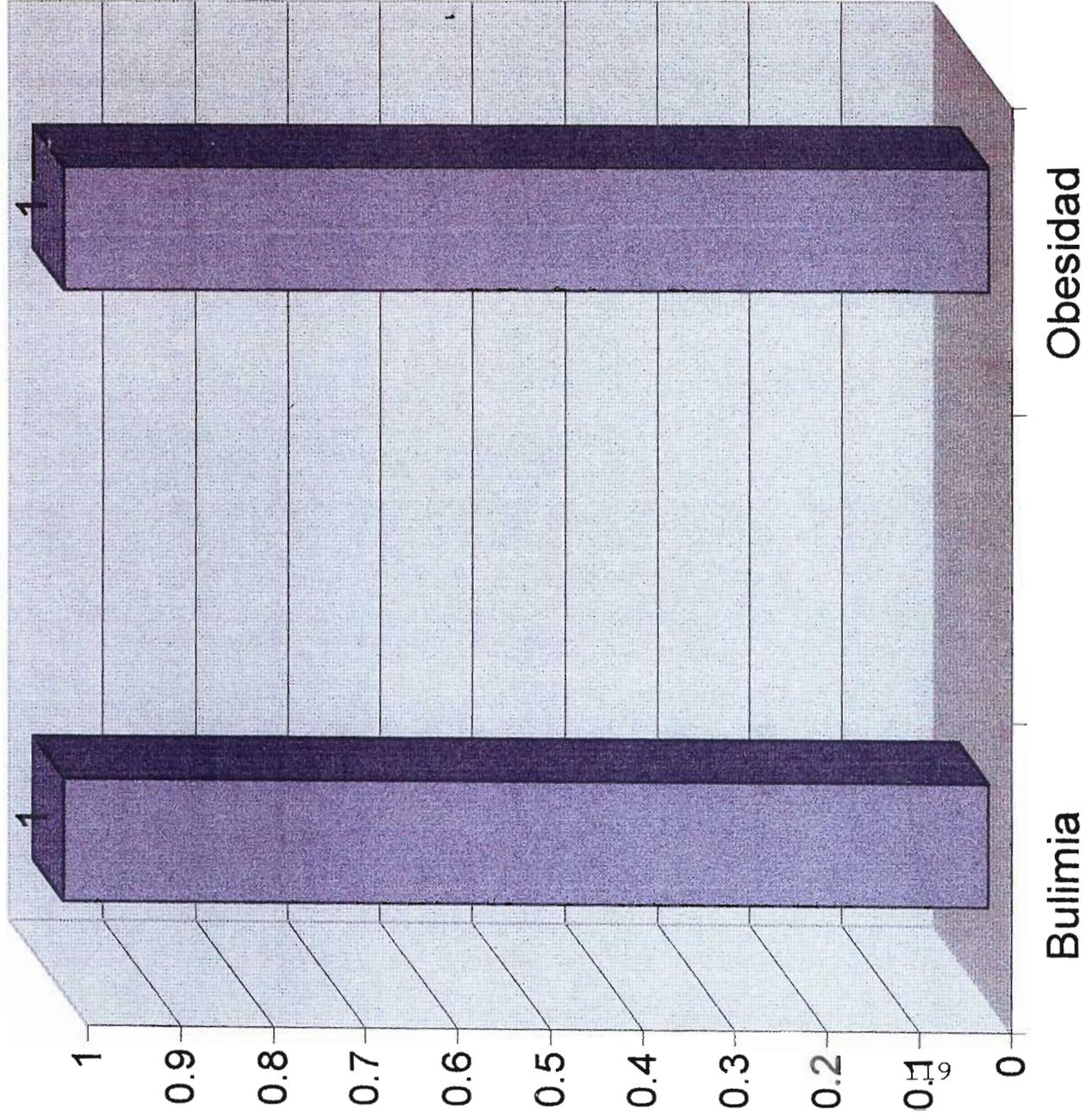
# Anorexia y Cohesion Familiar



Funcional (Separada, Conectada)  
Disfuncional (Sin compromiso, Amalgamada)

Total = 8 casos

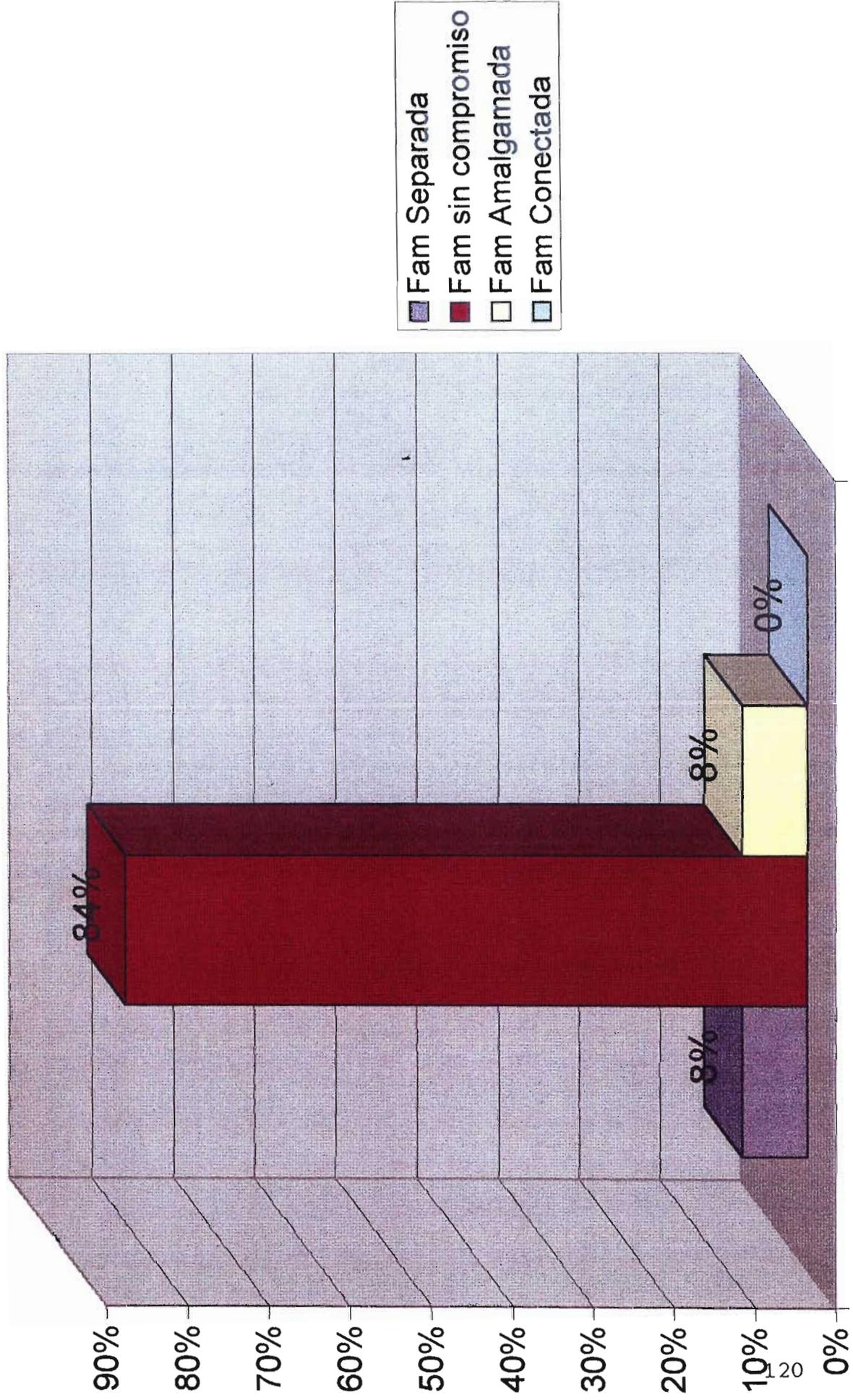
# Obesidad , Bulimia y Cohesion Familiar



■ Fam. SIN COMPROMISO

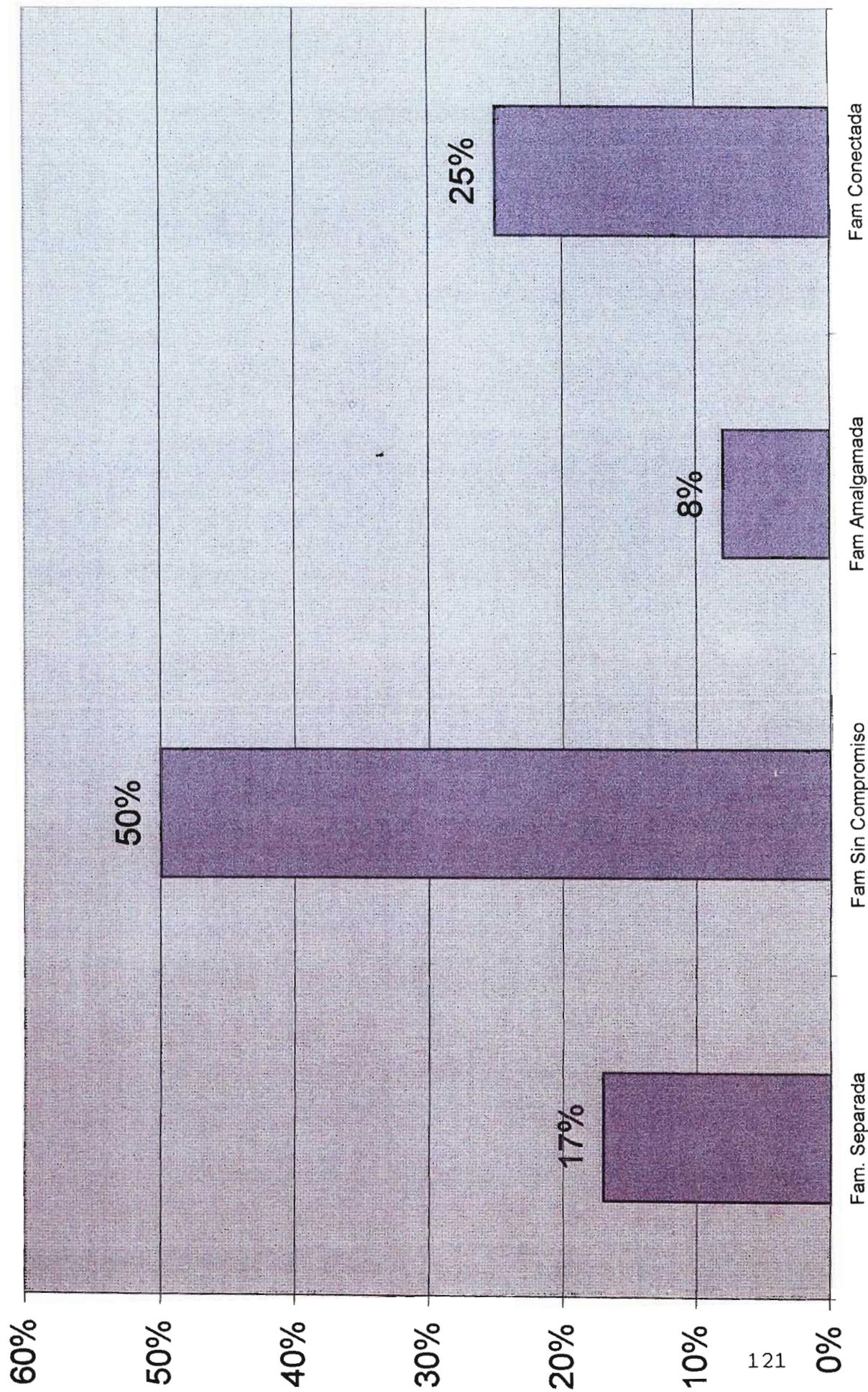


# Trastorno de Alimentación Inespecifico y Cohesion Familiar



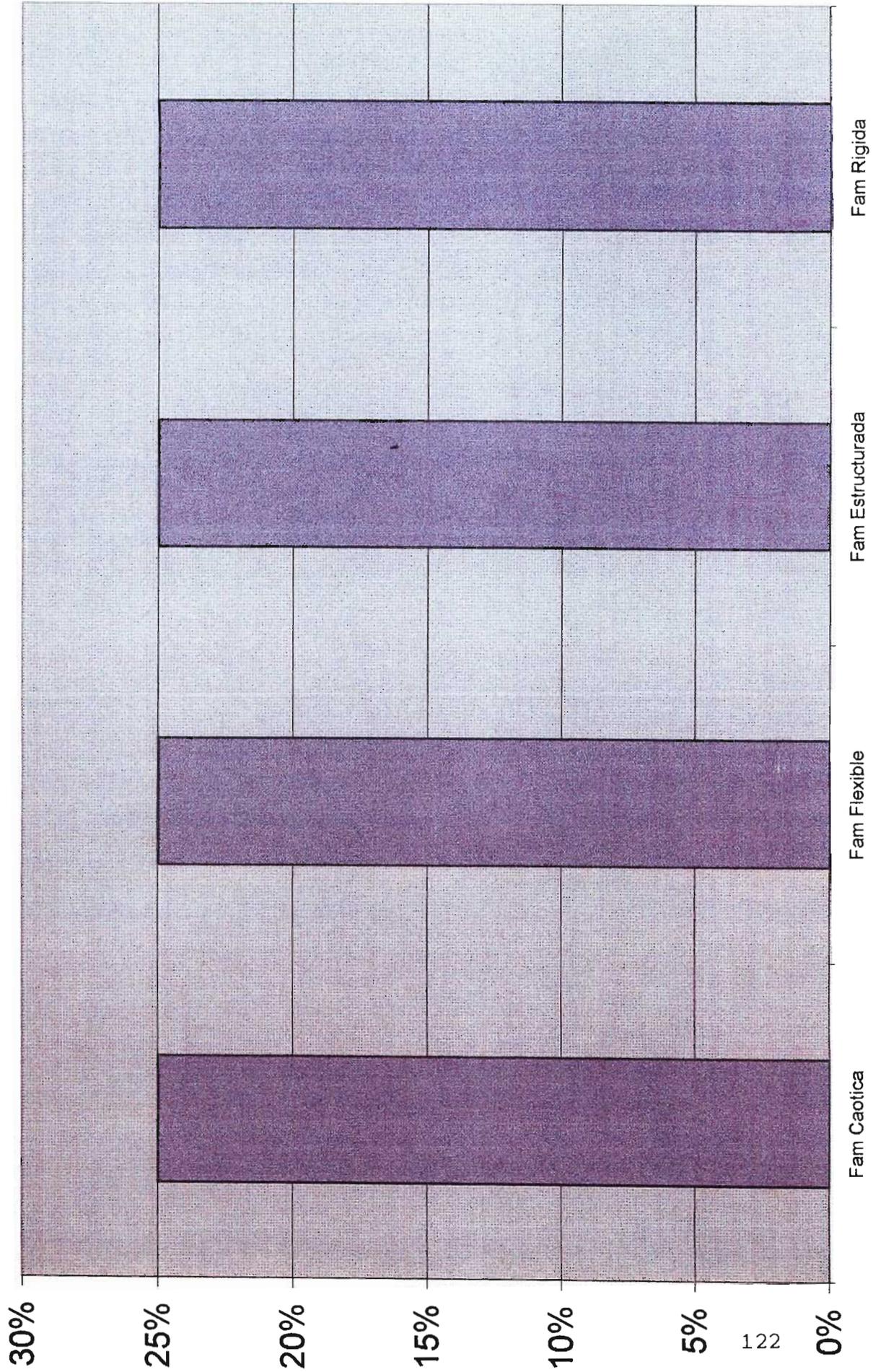
Total = 12 casos

# Pacientes Sanos y Cohesion Familiar



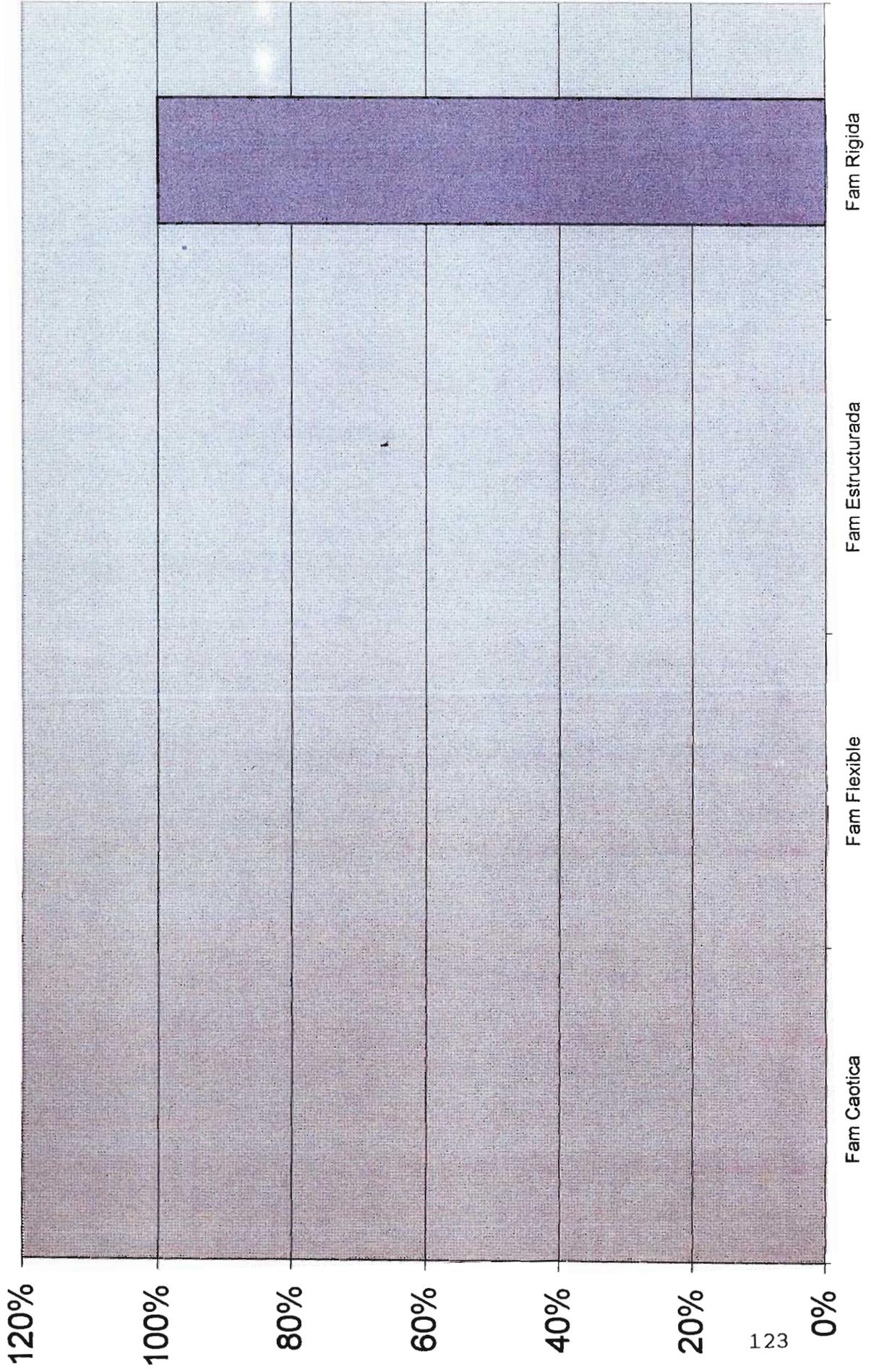
**Total = 121 casos**

# Anorexia y Adaptacion Familiar



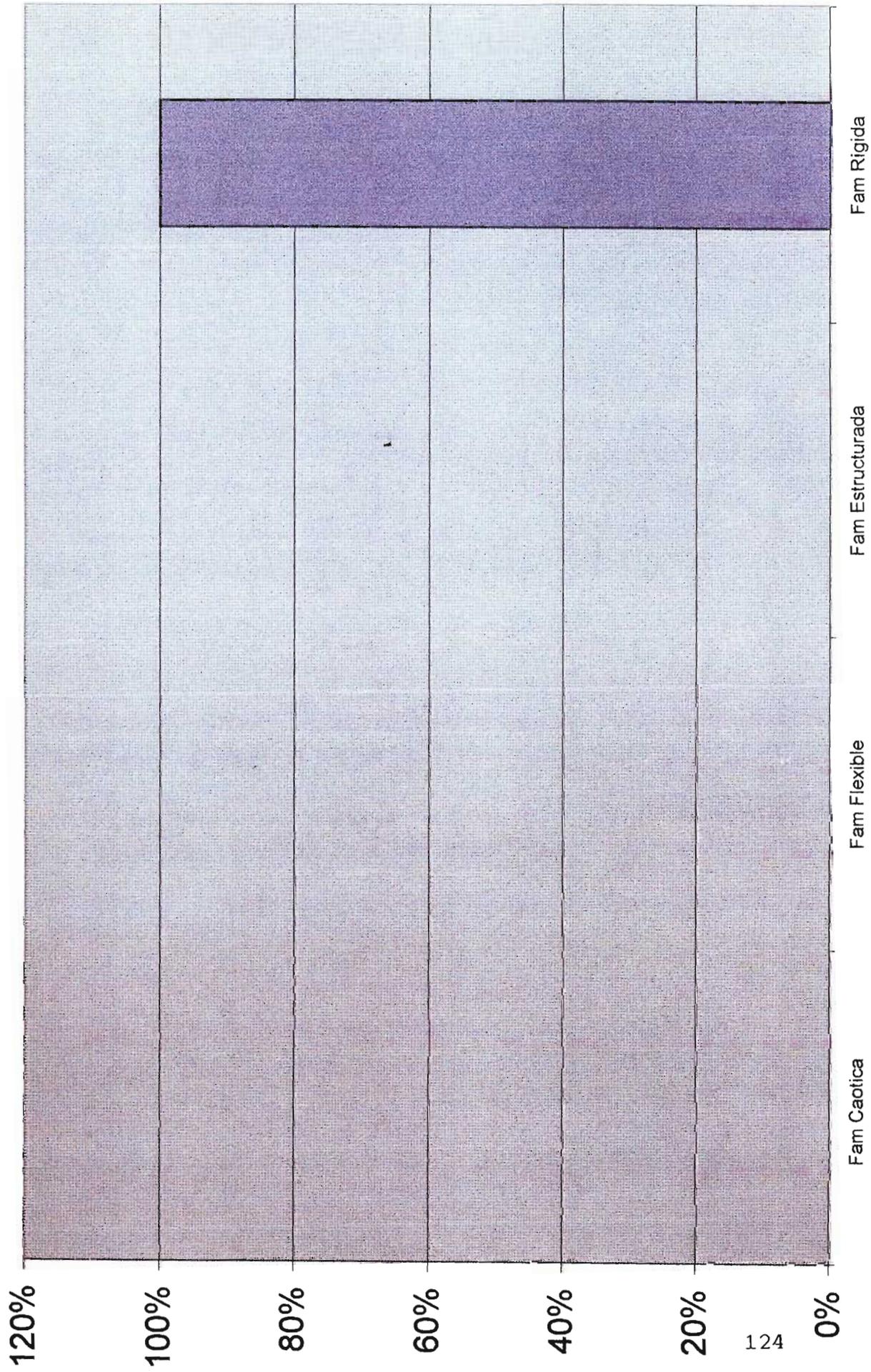
**Total = 8 casos**

# Bulimia y Adaptacion Familiar



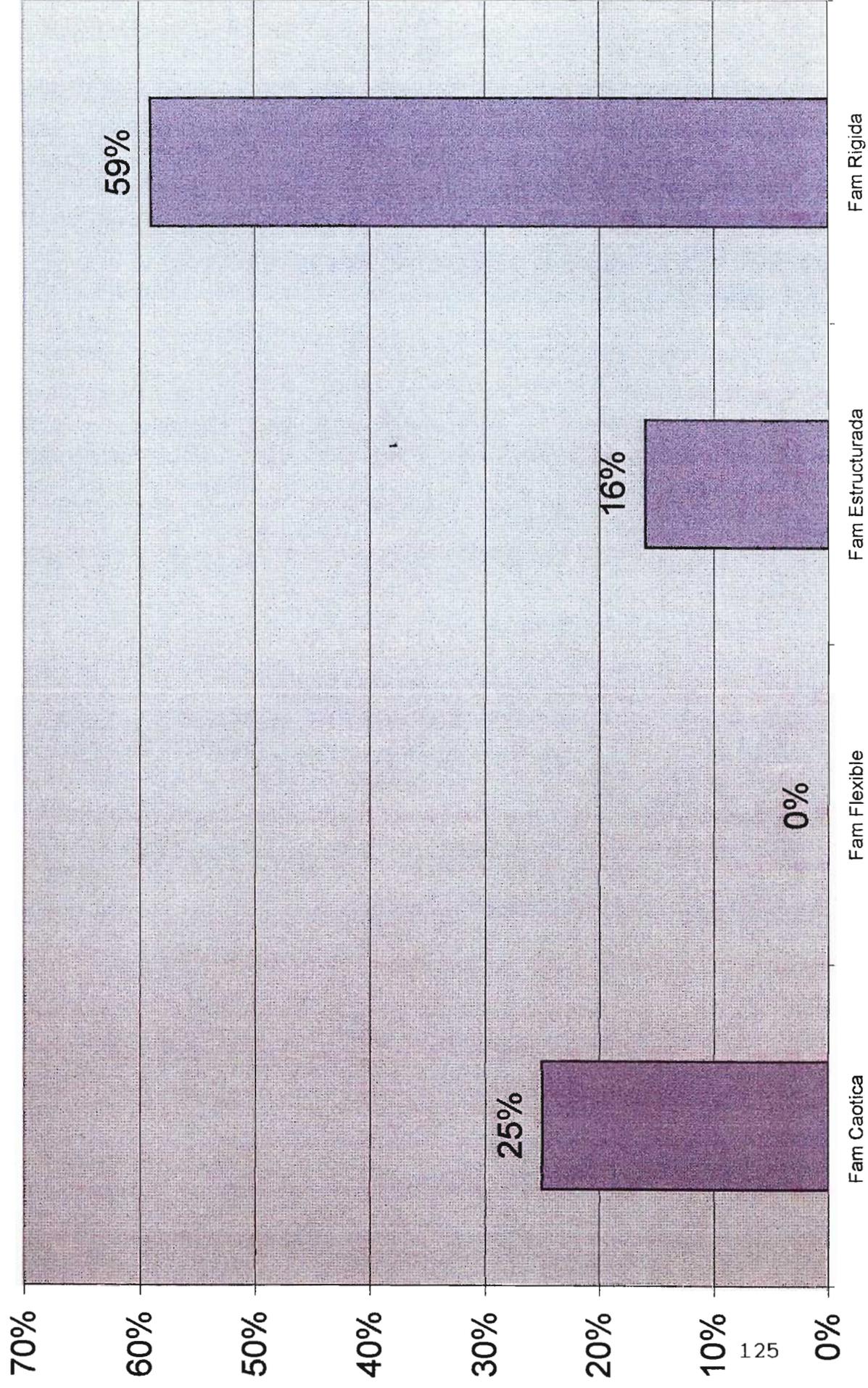
**Total = 1 caso**

# Obesidad y Adaptacion Familiar



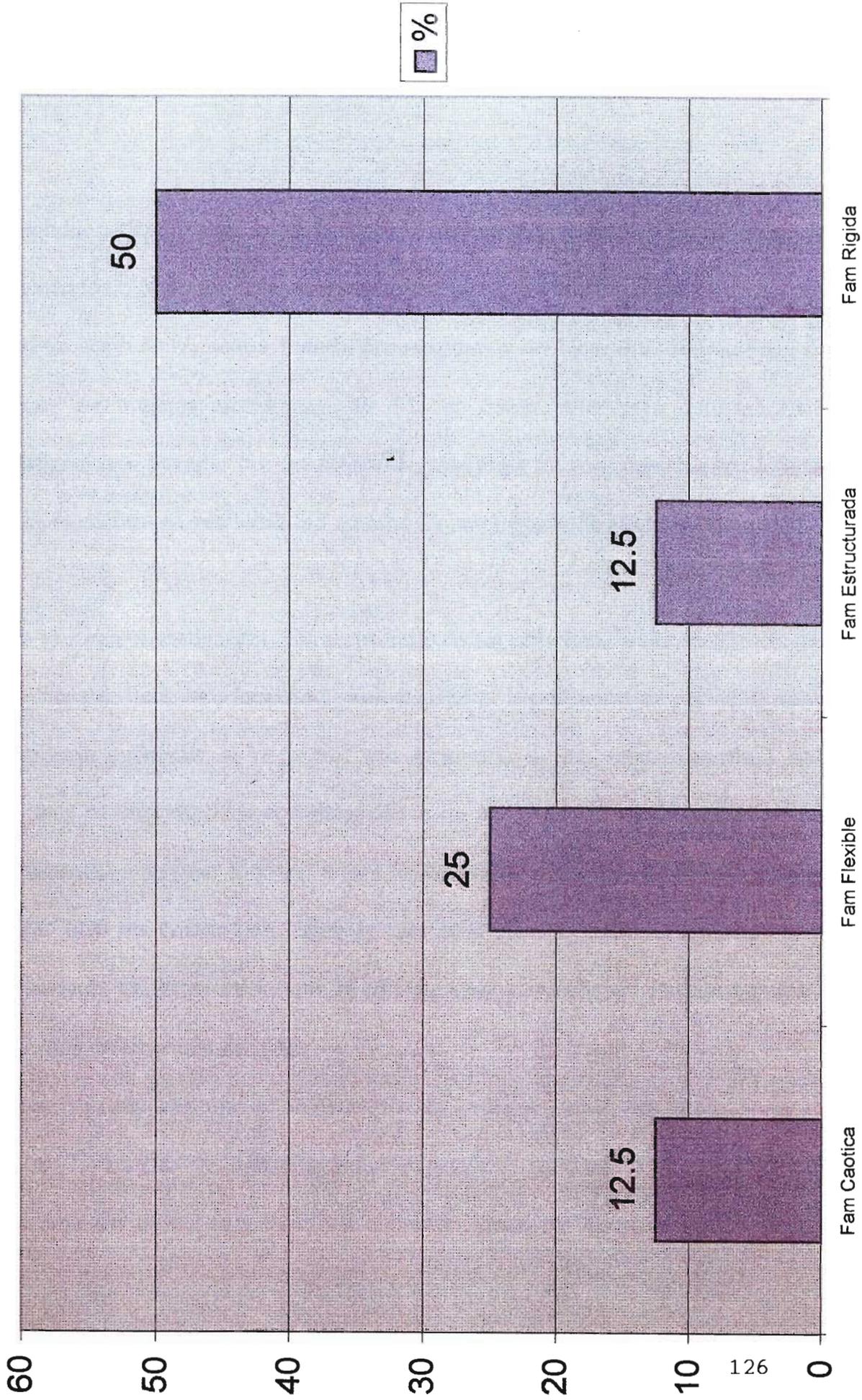
**Total = 1 caso**

# Trastorno de Alimentación Inespecifico y Adaptacion Familiar



**Total = 125 casos**

# Pacientes Sanos y Adaptacion Familiar



**Total = 12 casos**

## CAPITULO IV CONCLUSIONES

Habiendo realizado una amplia revisión bibliográfica sobre el tema “trastornos de alimentación”, pudimos darnos cuenta que aunque se trata de un “tema de actualidad”, la información se encuentra basada principalmente en biografías de pacientes o casos clínicos de mujeres americanas. En México existe muy poca información sobre investigaciones llevadas a cabo acerca de este tema en este país. Menos información aún, se encuentra en esta localidad de Morelia en el estado de Michoacán.

En la presente investigación, nos sorprendió en un principio, la alta incidencia que este padecimiento tiene en la localidad, pues al estudiar la población de pacientes de un solo consultorio particular, se encontró, una incidencia de 34 casos durante 1 año. Los pacientes fueron referidos con diagnóstico de trastorno de alimentación, ya sea por alteraciones en su peso corporal, o por trastornos de autoimagen. El instrumento ITA Padilla 2000 fue creado para fines de esta tesis y le fue aplicado a estos pacientes, encontrando en forma inicial que el 65% de ellos manifestaban síntomas claros de un trastorno de alimentación (TA).

Al estudiar cada trastorno de alimentación en forma separada, nos pudimos dar cuenta, que el “Trastorno de Alimentación Inespecífico” predominó entre ellos con una incidencia del 54%, pues es difícil encontrar casos de Anorexia y ó Bulimia como

síntomas puros, sin embargo, pudimos comprobar también mediante la aplicación del instrumento, que los trastornos de alimentación se originan cuando una persona necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de una "manera saludable" ; En lugar de cambiar su forma de relacionarse tanto con ella misma como con su entorno, familia, amigos, comunidad y su cultura, esta persona se vuelca en la comida lo cual le permite olvidar, le proporciona una ilusión de control y la protege de su vulnerabilidad.

La protege también de su "falta básica," entendida como ese hueco donde existe la sensación de que "algo" no fue completado oportunamente y pone en peligro la estructura general de la persona y sobretodo cuando es sometida a una tensión.

Aún cuando sabemos que los TA no se imponen a nadie desde el exterior , nos decidimos a estudiar en esta tesis, la influencia que la familia y la sociedad tienen indirectamente en ellos .

En cuanto a la familia, encontramos datos importantes. Muchos progenitores tiene ya problemas con la comida, a menudo hacen régimen, comentan lo que pesan y siguen diferentes dietas de moda. Con su comportamiento, envían mensajes sesgados a los

hijos, sobre la manera de comportarse ante la comida el hambre y el peso. Esto ocurrió en el 100% de nuestras pacientes.

La bibliografía señala, que las familias con trastornos de alimentación manifiestan las siguientes características:

Rigidez, Sobreprotección, aglutinamiento, límites confusos, intrusión, falta de relaciones objetales, falta de empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflictos y resistencia al cambio.

Basándose en lo anterior, aplicando el instrumento ITA Padilla en nuestra población de estudio encontramos lo siguiente:

- En cuanto a Cohesión familiar, predominaron las familias desvinculadas (anorexia 50%, bulimia 100%, obesidad 100%, sana 50%, trastorno inespecífico 84%). Estas familias se caracterizan por una alta independencia de los miembros de la familia, lazos externos abiertos y lazos internos cerrados, lazos generacionales rígidos, coaliciones débiles usadas como escapatoria, tiempo separado de la familia al máximo tanto física como emocionalmente, espacio separado exacerbado tanto física como mentalmente, amigos individuales y pocos amigos familiares, toma de decisiones en forma individual, intereses y recreaciones individuales.

- En cuanto a los datos de adaptación familiar, se obtuvieron los porcentajes mas altos en familia rígida ( anorexia 25%, bulimia 100%, obesidad 100%, sana 50%, inespecifico 58.3%) con las siguientes características: Estilo pasivo-agresivo de asertividad, con un líder autoritario, disciplina demasiado estricta, negociación limitada con pobre resolución de problemas, autocrítica severa, rigidez de roles y estereotipia de los mismos, reglas rígidas. En cuanto a la adaptación familiar llama la atención el porcentaje tan cercano que manifestaron las pacientes con TAI 58.3% y las pacientes sanas 50% pudiendo intuir que el sistema familiar sociocultural en la ciudad de Morelia Michoacán, maneja en cuanto a adaptabilidad se refiere familias con características rígidas y desvinculadas. Dichas características son promovidas en la localidad por la sociedad y el malentendimiento de la religión desencadenando finalmente una disfunción familiar con características típicas en cuanto a trastorno de alimentación se refiere pues según los datos de la literatura obtenida aunque desde "afuera" las familias se observan como "unidas y perfectas" existe una soledad interna en cada uno de sus miembros, que origina que este "hueco" sea llenado con cualquier tipo de dependencia siendo este caso la comida.

Es por todo esto que sugerimos un tratamiento individual, grupal y familiar en cada caso encontrado con Trastorno de Alimentación ya que aunque no se tiene el dato exacto en este estudio, en cada una de estas familias no-solo se encuentra este tipo de

dependencia sino que existen también otros miembros de la misma familia con alcoholismo ó farmacodependencia que nos habla de la necesidad tan alta de tratamiento familiar en nuestra sociedad Michoacana que nos ayude a un nuevo manejo de la dinámica familiar ya sin apariencia de “perfecciones” sino con familias más reales y abiertas al cambio.

### 3.3. SUGERENCIAS

Después de las conclusiones obtenidas en este estudio, sugerimos, se dé un uso posterior al instrumento ITA Padilla 2000 para su validación y se abran más líneas de investigación en el tema y su relación con otras patologías. Sugerimos al mismo tiempo, que dichas investigaciones se realicen en el estado, ya que tener mayor información sobre este tema sería de gran beneficio para las familias Michoacanas.

## APENDICES



## REACTIVOS CLASIFICADOS SEGÚN CADA PATOLOGIA

### PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA GENERAL DE TRASTORNO

#### DE ALIMENTACION:

1. Has tenido problemas con tu peso por más de cinco años. (SI) (NO).
2. Has intentado muchas veces bajar de peso siguiendo dietas restrictivas, vomitando, usando laxantes ,o medicamentos para provocar el vómito .(SI)(NO).
3. Te pesas en la báscula más de una vez por semana.(SI)(NO).
4. Comes tentempiés antes de salir a comer con otra persona(SI)(NO).
5. Comes de pie.(SI)(NO).
6. Te irritas cuando se pospone la hora de comer. (SI)(NO).
7. Tu vestuario cambia constantemente de talla.(SI)(NO).
8. Comes con bastante ansiedad.(SI)(NO).
9. En una fiesta pasas la mayor parte del tiempo junto a la mesa de botanas constantemente evitas la zona donde está colocada la comida.(SI)(NO).
10. Has tratado de seguir más de una de las dietas que se ponen de moda.(SI)(NO).

11. Te burlas de ti misma antes que los otros lo hagan.(SI)(NO).
12. Comen tus amigas tanto como tú, y se sienten avergonzadas.(SI)(NO).
13. Pospones los festejos con el pretexto de esperara que controles tú peso.(SI)(NO).
14. Te has encontrado en una situación en la que no puedes dejar de comer.(SI)(NO).
15. Después de comer té quedas dormido. (SI)(NO).

## OBESIDAD

- 1.-Envidias a las personas delgadas o normales.  
(SI) (NO)
- 2.-Compites con las personas delgadas.  
(SI) (NO)
- 3.-Recurres a la comida para huir de tus problemas.  
(SI) (NO)
- 4.-Dedicas mucho tiempo a pensar en la comida(comprarla, prepararla, salir a comer). (SI) (NO)
- 5.-Evitas las charlas sobre comida y peso, o constantemente hablas de comida y peso. (SI) (NO)
- 6.-Siempre estás a "dieta" (ayunando, atiborrándote, con bulimia)  
(SI) (NO)
- 7.-Comes a escondidas en público (cuando vas de compras, mientras manejas.)  
(SI) (NO)
- 8.-Te adelantas a la escasez y comes mucho para evitar el "hambre".  
(SI) (NO)
- 9.-Sientes el impulso de comer y comer todo el tiempo, o justo después de comer. (SI) (NO)
- 10.- Niegas que has subido de peso, o no puedes ver la relación entre la comida ingerida y el peso aumentado.  
(SI) (NO)
- 11.-No tienes conciencia de la cantidad de una ración normal. (SI)  
(NO)
- 12.-Te sientes atrapado (la comida es salvación y también destrucción). (SI)  
(NO)
- 13.-Intentas desesperadamente controlar tu alimentación y tu peso siguiendo dietas de moda, tomando pastillas, usando trajes para sudar, haciendo ejercicio, etc. (SI) (NO)
- 14.-Te sientes asustado o "diferente", alejado de otras personas. (SI)  
(NO)
- 15.- Existe antecedentes de obesidad en tu familia . (SI)  
(NO)

## ANOREXIA

1. Te horroriza la posibilidad de engordar.(SI)(NO).
2. Aunque logres bajar de peso con algún plan, te sigue horrorizando la posibilidad de engordar. (SI)(NO).
3. Piensas que estás gordo aunque otros digan que estás flaco.(SI)(NO)
4. Estas por lo menos, 25% por abajo del peso corporal mínimo proyectado para tu edad.(SI)(NO).
5. Definitivamente te niegas a estar en el peso corporal medio recomendado para ti por los médicos.(SI)(NO).
6. Has sentido un frío exagerado, hinchazón, presión sanguínea baja y pulso lento. (SI)(NO).
7. Menstrúas irregular, o no menstrúas. (SI)(NO).
8. En ocasiones comes y después vomitas. (SI)(NO).
9. Los demás ven tu figura de una manera y tú de otra. (SI)(NO).
10. A veces te repugna la comida. (SI)(NO).

11. Te gusta preparar alimentos aún cuando tú no comas.(SI)(NO).

12. Has ayunado para controlar tu peso.(SI)(NO).

13. Te has provocado vómito después de comer.(SI)(NO).

14. Tomas laxantes con frecuencia. (SI)(NO).

15. Te sientes culpable cada vez que comes. (SI)(NO).

## BULIMIA

1. Te atiborras de comida ( ingieres grandes cantidades de comida en intervalos muy cortos de tiempo.(SI)(NO).
2. Sientes una vez que has empezado a atiborrarte, que no puede<sup>s</sup> detenerte voluntariamente.(SI)(NO).
3. Cuando te atiborras sueles hacerlo en secreto y ocultándote. (SI)(NO).
4. Aún cuando estas trabajando tienes que salirte a comer "algo", o te inunda la ansiedad. (SI)(NO).
5. Tiendes a consumir grandes cantidades de alimento chatarra. (SI)(NO).
6. Cuando te atiborras, comes alimentos de alto contenido calórico que se ingieren fácilmente.(SI)(NO).
7. Para dejar de atiborrarte, vomitas, te duermes, esperas a que alguien te interrumpa o te retuerces del dolor. (SI)(NO).
8. Té despiertas en la noche para comer. (SI)(NO).
9. Temes ser anormal. (SI)(NO).

10. Cuando ciertos alimentos están en la despensa, sientes que te están llamando. (SI)(NO).
11. Después de comer exageradamente sientes culpa. (SI)(NO).
12. Cuando visitas ciertas tiendas de abarrotes compras muchos alimentos chatarra al mismo tiempo. (SI)(NO).
13. Existe alguna hora del día que no puedas dejar de pensar en comer.(SI)(NO).
14. Prefieres los alimentos dulces a salados. (SI)(NO).
15. Aún cuando usas laxantes o vomitas, tú peso no ha disminuido más de 5kg al año.(SI)(NO).

PREGUNTAS QUE SE ELIMINARON POR ESTAR CONTENIDAS DENTRO DE PREGUNTAS ANTERIORES, POR SER CONFUSAS, O POR SER MUY ESCASA LA MUESTRA PILOTO QUE CONTESTABA AFIRMATIVAMENTE.

#### SINTOMAS DE TRASTORNO DE ALIMENTACION EN GENERAL

1. Piensas que en ciertas ocasiones imponen ciertos alimentos.
2. Hueles la comida antes de comerla.

3. Sientes que eres un objeto cuando los demás describen tú cuerpo.
4. Por lo general limpias el plato tengas o no tengas hambre.
5. A lo largo de tu vida has perdido más de 45 kg.

### ANOREXIA

1. Evitas los alimentos que contienen azúcar.
2. Ingieres alimentos dietéticos.
3. Te pesas varias veces al día.
4. Sientes que los demás te presionan para comer.
5. Haces dieta constantemente.

### BULIMIA

1. Estas consciente de que tu patrón de alimentos no es normal.
2. Disfrutas al probar nuevos alimentos.
3. Te sientes mal si comes golosinas.
4. Comes lo mismo todos los días.

5. Te encanta comer carne.

## OBESIDAD

1. Quieres ser delgado , en este momento es lo que más te importa en la vida .
2. Si fueras delgado tú vida sería mucho mejor de lo que es en este momento.
3. Si fueras delgado tendrías menos miedo de hacer cosas nuevas, y de conocer gente.
4. Ya has hecho dietas en el pasado.
5. Gastas mucho dinero por semana, en comida que la mayoría de la gente , cosidera que es de escaso valor nutritivo.

INSTRUMENTO : FACES II - ITA PADILLA 2000

A) DATOS - DEMOGRÁFICOS .

- 1.- Edad
- 2.-Escolaridad
- 3.- Ocupación
- 4.- Peso
- 5.- Talla
- 6.-¿ Ha recibido tratamiento Psicológico? Si es así, de qué tipo y por cuánto tiempo.

B) A continuación se le presenta varias proposiciones. En la hoja de respuestas anota lo siguiente.

- Un 1.- sí esta en completo desacuerdo  
Un 2.- sí está parcialmente en desacuerdo  
Un 3.-ni acuerdo ni desacuerdo  
Un 4.- parcialmente deacuerdo  
Un 5.-totalmente deacuerdo

- 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles. ----
- 2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión. ----
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los mismos miembros de la misma familia. ----
- 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes. ----
- 5.- Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto. ----
- 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina. ----

- 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto. -----
- 8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones. -----
- 9.- En nuestra familia cada quién escoge su camino. -----
- 10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia. -----
- 11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente los amigos más íntimos de los otros miembros de la familia. -----
- 12.- Es difícil saber cuales son las reglas que se siguen en nuestra familia. -----
- 13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar. -----
- 14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren. -----
- 15.- Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades. -----
- 16.- Cuando hay que resolver problema, aceptamos las sugerencias de los niños. ---
- 17.- Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. -----
- 18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia. -----
- 19.- Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia. -----
- 20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas. -----
- 21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer. -----
- 22.- En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades. -----
- 23.- Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia. -----
- 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia. -----
- 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa. -----
- 26.- Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos. -----
- 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien. -----
- 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos. -----
- 29.- En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total. -----
- 30.- Miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros -----
- 31.- En tu familia se asocia la comida con momentos de bienestar y convivencia.----

C) A continuación hay una serie de afirmaciones acerca de las interacciones que existen entre usted y la comida marque con una X en la hoja de respuestas, en la columna que corresponda (SI) y (NO) según sea cada pregunta:

1-¿Las tenido problemas con tu peso por más de 5 años?

2-¿Te horroriza la posibilidad de engordar?

3-¿Te atiborras de comida (ingieres grandes cantidades de comida en intervalos muy cortos de tiempo)?

4-¿Envidias a las personas delgadas o "normales"?

5-¿Has intentado muchas veces bajar de peso siguiendo dietas restrictivas, vomitando, usando laxantes o medicamentos para provocar el vómito.?

6-¿Aunque logres bajar de peso con algún plan, ¿te sigue horrorizando la posibilidad de engordar?

7-¿Sientes una vez que has empezado atiborrarte, que no te puedes detener voluntariamente?

8-¿Compites con las personas delgadas?

9-¿Te pesas en la bascula mas de una vez por semana?

10-¿Piensas que estas gordo aunque, otros te digan que estas flaco?

11-¿Cuando te atiborras, ¿sueles hacerlo en secreto y ocultándote?

12-¿Recurre a la comida para huir de tus problemas?

13-¿Comes tentempiés antes de salir a comer con otra persona?

14-¿Estás, por lo menos 25 por ciento por abajo del peso corporal mínimo proyectado para tu edad?

15-¿Aun cuando estas trabajando, tienes que salirte a comer "algo" o te inunda la ansiedad?.

16-¿Dedicas mucho tiempo a pensar en la comida (comprarla, prepararla, salir a comer) ?.

17-¿Comes de pie?

18-¿Definitivamente te niegas a estar en el peso corporal medio recomendado para ti por los médicos?.

19-¿Tienes a consumir grandes cantidades de alimentos chatarra?.

20-¿Constantemente hablas de comida y peso?.

21-¿Te irritas cuando se pospone la hora de comer?.

22-¿Las sentido un frío exagerado, hinchazón, presión sanguínea baja y pulso lento?.

23-¿Comes alimentos de alto contenido calórico, que se ingiere fácilmente?.

24-¿Siempre estás a "dieta"?

- 25-¿Tu vestuario varía constantemente de tallas?
- 26-¿Si eres mujer, ¿menstrúas irregularmente o no menstrúas?
- 27-¿Para dejar de atiborrarte, ¿vomitas, te duermes, esperas que alguien te interrumpa o te retuerces del dolor, (en otras palabras rara vez tomas la decisión de dejar de comer)?
- 28-¿Comes cuando vas de compras o en le coche?
- 29-¿Comes con bastante ansiedad?
- 30-¿En ocasiones, ¿comes y después vomitas?
- 31-¿Te despiertas en la noche para comer?
- 32-¿Te adelantas a la escasez y comes mucho para evitar el "hambre"?
- 33-¿En una fiesta pasas la mayor parte del tiempo junto a la mesa de botanas o constantemente evitas la zona donde está la comida?
- 34-¿Los demás ven tu figura de una manera y tu de otra?
- 35-¿Temes ser "normal"?
- 36-¿Sientes el impulso de comer y comer, todo el tiempo o justo después de comer?
- 37-¿Has tratado de seguir más de una de las dietas que se ponen de moda?
- 38-¿A veces te repugna la comida?
- 39-¿Cuando ciertos alimentos están en la despensa, sientes que te están "llamando"?
- 40-¿Niegas que has subido de peso o no puedes ver la relación entre el peso aumentado y la comida ingerida?
- 41-¿Te burlas de ti mismo antes de que otros lo hagan?
- 42-¿Te gusta preparar alimentos aun cuando tu no coma?
- 43-¿Después de comer exageradamente sientes culpa?
- 44-¿No tienes conciencia de la cantidad de una ración normal?
- 45-¿Comen tus amigas tanto como tu y se sienten avergonzadas?
- 46-¿Has ayunado para controlar tu peso?
- 47-¿Cuando visitas ciertas tiendas de abarrotes compras muchos alimentos chatarra al mismo tiempo?
- 48-¿Te sientes atrapado (la comida es salvación y destrucción) ?
- 49-¿Pospones los festejos con el pretexto de "esperarte" a que controle mi peso?
- 50-¿Te has provocado vomito después de comer?
- 51-¿Existe alguna hora del día que no puedas dejar de pensar en comer?
- 52-¿Intentas desesperadamente controlar tu alimentación y tu peso siguiendo dietas de moda, tomando pastillas, usando trajes para sudar, haciendo ejercicio, etc.?
- 53-¿Te has encontrado en la situación de que no puedes dejar de comer?
- 54-¿Tomas laxantes con frecuencia?
- 55-¿Prefieres los alimentos dulces a salados?

56-¿Te sientes asustado o "diferente", alejado de otras personas?

57-¿Despues de comer te quedas dormido?

58-¿Te sientes culpable cuando comes?

59-¿Aun cuando usas laxantes o vomitas tu peso no ha disminuido mas de 5 kg. al año.

60-¿Existen antecedentes de obesidad en tu familia?



## HOJA DE RESPUESTAS

1- (SÍ) (NO)	2- (SÍ) (NO)	3- (SÍ) (NO)	4- (SÍ) (NO)
5- (SÍ) (NO)	6- (SÍ) (NO)	7- (SÍ) (NO)	8- (SÍ) (NO)
9- (SÍ) (NO)	10- (SÍ) (NO)	11- (SÍ) (NO)	12- (SÍ) (NO)
13- (SÍ) (NO)	14- (SÍ) (NO)	15- (SÍ) (NO)	16- (SÍ) (NO)
17- (SÍ) (NO)	18- (SÍ) (NO)	19- (SÍ) (NO)	20- (SÍ) (NO)
21- (SÍ) (NO)	22- (SÍ) (NO)	23- (SÍ) (NO)	24- (SÍ) (NO)
25- (SÍ) (NO)	26- (SÍ) (NO)	27- (SÍ) (NO)	28- (SÍ) (NO)
29- (SÍ) (NO)	30- (SÍ) (NO)	31- (SÍ) (NO)	32- (SÍ) (NO)
33- (SÍ) (NO)	34- (SÍ) (NO)	35- (SÍ) (NO)	36- (SÍ) (NO)
37- (SÍ) (NO)	38- (SÍ) (NO)	39- (SÍ) (NO)	40- (SÍ) (NO)
41- (SÍ) (NO)	42- (SÍ) (NO)	43- (SÍ) (NO)	44- (SÍ) (NO)
45- (SÍ) (NO)	46- (SÍ) (NO)	47- (SÍ) (NO)	48- (SÍ) (NO)
49- (SÍ) (NO)	50- (SÍ) (NO)	51- (SÍ) (NO)	52- (SÍ) (NO)
53- (SÍ) (NO)	54- (SÍ) (NO)	55- (SÍ) (NO)	56- (SÍ) (NO)
57- (SÍ) (NO)	58- (SÍ) (NO)	59- (SÍ) (NO)	60- (SÍ) (NO)

# FACES II ITEMS

by

David H. Olson, Joyce Portner, and Richard Bell

1. Family members are supportive of each other during difficult times.
2. In our family, it is easy for everyone to express his/her opinion.
3. It is easier to discuss problems with people outside the family than with other family members.
4. Each family member has input in major family decisions.
5. Our family gathers together in the same room.
6. Children have a say in their discipline.
7. Our family does things together.
8. Family members discuss problems and feel good about the solutions.
9. In our family, everyone goes his/her own way.
10. We shift household responsibilities from person to person.
11. Family members know each other's close friends.
12. It is hard to know what the rules are in our family.
13. Family members consult other family members on their decisions.
14. Family members say what they want.
15. We have difficulty thinking of things to do as a family.
16. In solving problems, the children's suggestions are followed.
17. Family members feel very close to each other.
18. Discipline is fair in our family.
19. Family members feel closer to people outside the family than to other family members.
20. Our family tries new ways of dealing with problems.
21. Family members go along with what the family decides to do.
22. In our family, everyone shares responsibilities.
23. Family members like to spend their free time with each other.
24. It is difficult to get a rule changed in our family.
25. Family members avoid each other at home.
26. When problems arise, we compromise.
27. We approve of each other's friends.
28. Family members are afraid to say what is on their minds.
29. Family members pair up rather than do things as a total family.
30. Family members share interests and hobbies with each other.



Family Social Science  
University of Minnesota  
297 McNeal Hall  
St. Paul, Minnesota 55108

# FACES II: Cutting Points

## C O H E S I O N

### DISENGAGED SEPARATED CONNECTED ENMESHED

PARENTS (56.9 or below) PARENTS (57.0-65.0) PARENTS (65.1-73.0) PARENTS (73.1 and above)  
 ADULES (47.9 or below) ADULES (48.0-56.0) ADULES (56.1-64.0) ADULES (64.1 and above)

<b>CHAOTIC</b> PARENTS 56.1 or above ADULES 52.1 or above			
<b>FLEXIBLE</b> PARENTS 50.1-56.0 ADULES 45.1-52.0			
<b>STRUCTURED</b> PARENTS 44.0-50.0 ADULES 38.0-45.0			
<b>RIGID</b> PARENTS 43.9 or below ADULES 37.9 or below			

## ADAPTABILITY

In plotting the couple or family's cohesion and adaptability scores into the Circumplex Model, try to mark the specific location within the particular type that most accurately reflects the actual scores.

NAME: \_\_\_\_\_  
 FAMILY MEMBER: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_  
 SEX: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_  
 EVALUATION: \_\_\_\_\_  
 (Pre/Post/FU)  
 TOTAL COHESION: \_\_\_\_\_  
 TOTAL ADAPTABILITY: \_\_\_\_\_  
 FAMILY TYPE: \_\_\_\_\_

	Parents (n=2,030)		Adolescents (n=416)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Cohesion	64.9	8.4	56.3	9.2
Adaptability	49.9	6.6	45.4	7.9

**Cohesion      Separated**  
**Adaptability Structured**

How would you describe your family now ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 11 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_
- 17 \_\_\_\_\_
- 19 \_\_\_\_\_
- 21 \_\_\_\_\_
- 23 \_\_\_\_\_
- 25 \_\_\_\_\_
- 27 \_\_\_\_\_
- 29 \_\_\_\_\_
- 30 \_\_\_\_\_

- 2 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_
- 18 \_\_\_\_\_
- 20 \_\_\_\_\_
- 22 \_\_\_\_\_
- 24 \_\_\_\_\_
- 26 \_\_\_\_\_
- 28 \_\_\_\_\_

36 +

18 +

15 - Sum 3,9,15,19,25,29

9 - Sum: 12,24,28

41 + Sum all other  
odd numbers plus  
item 30

36 + Sum all other even  
numbers item 30

Total cohesion

Total adaptability

## BIBLIOGRAFIA.

Balint, M. (1979). *The Basic Fault*. London Tavistock. La falta básica. Buenos Aires Paidós. 1982.

Bustamante, B. (2001). "Transmisión transgeneracional de la imagen corporal distorsionada: en pacientes con un trastorno de alimentación". Tesina para obtener Título de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana. México D.F.

Bray, G. (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 1, 191-218.

Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, Prevalent and Refractory Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, (6), 820-840.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York.: Raven Press.

Blinder, B. y Cadenhead, K. (1986). Bulimia: Una reseña histórica. En Feinstein S. y Sorosky A. (compiladores). *Trastornos de Alimentación*, 1988. 23-35. Buenos Aires: Nueva Visión.

Crispo, R., Figueroa, E., Guelar, D. (1998). *Anorexia Bulimia*. Gedisa. Barcelona.

DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 1988. (1987, versión original de la American Psychological Association). Barcelona: Masson. P. 84,85.

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994). Washington: American Psychological Association.

Donoso, M. (1990). *Algunas características de personalidad en pacientes del sexo femenino con Anorexia Nerviosa*. Universidad Iberoamericana: México, D. F. (Tesina de Licenciatura en psicología).  
DSM III-R. (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Fernández, M. (1992). *Evaluación de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad*. Universidad Iberoamericana: México, D.F. (Tesina de Licenciatura en psicología).

Fischer, M. (1976). *The Art of Eating*. Nueva York: Vintage.

Garfinkel, P., Kaplan, A., Garner, D. y Darby, P. (1983). *The Differential Diagnosis of vomiting and Weight Loss as a Conversion Disorder from Anorexia Nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1019-1022.

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

Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10,(1), 17-26.

Guwton, D. (1986). Tratado de fisiología médica. México: Interamericana.

Holtz, V. (1992). Factores psicobiosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudios piloto en una preparatoria. Universidad Iberoamericana: México, D.F. (Tesis de Licenciatura Psicología)

H.Stierlin, G Weber, (1990). ¿Que hay detrás de la puerta de la familia?. Barcelona Gedisa.

Jack Elvin.(1999) Fundamentos de estadística aplicada a ciencias sociales.Arla.

Judi Hollis (1990). La obesidad es un problema familiar. Promexa.

Kaplan, A. y Garfinkel, P. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry* 141, 721

Kohut H, (1971). *The Analysis of the self*. New York: Int. Univ. Press *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorroutu. 1977. (1977) *The Restoration of the self* - New York Int. Univ. Press. *La restauración del si mismo*. Barcelona: Paidas . 1980.

Kohut H,(1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: Univ. Chic. Press. *¿Como cura el análisis?* . Paidos . Buenos Aires.

Kolodny , NJ. ( 1998). *Cuando la comida es tu enemiga* . Granica , S.A.

Lacey , J, H. (1990) . *Incest , incestuous fantasy & indecency : Aclinical catchment area study of normal weight bulimic women* . *British Journal of Psychiatry* , 157 , 399- 403.

Morris, Ch. (1987). *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice-Hall.

Norberto, M. Bleichmar, Celia Leiberman de Bleichmar. (1989).*El psicoanálisis después de Freud Teoria y Clinic*. Eleia Editores.

Olson,D.(1979) *Circumplex model of marital and family systems: II Cohesion and Adaptability dimensions,Family types and clinical applications*. *Family process* 18.3-28USA.

Olson, D . , Partner , J. Y Bell , R . , (1982 ) . " *Faces II family Adaptability and cohesion evaluation scales* " , *family social science*, St. Paul , University of Minnesota .

Peggi Claude - Pierre, 1997). *!Alerta; Anorexia y Bulimia*. Javier Vergara.

Pasqualini, R. (1973). *Endocrinología Vol. 11*. Barcelona: Científico Médica.

Sandor Lorand , (1943) , Eating disorders : Obesity and Anorexia Nervosa . Nueva York: Basic Books .

Schoreder, S. (1992). Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Manual Modelo.

Surós, J. Y Surós, A. (1953). Semiología Médica y técnica exploratoria. México: Salvant Editores.

Siengel, R. (1973). Galen on Psychopathology and function and diseases of the Nervous System. Nueva York: Karger.

Silverman, J. (1983). Anorexia Nervosa: Clinical and Metabolic Observations. International Journal of Eating Disorders, 24. 159.

Szamos , K. (1987) . Comer compulsivamente como romper la esclavitud laberinto hacia la libertad. Alpe .

Vandereycken, W. (1985). Bulimia has different meanings. American Journal of Psychiatry, 142, 141, 142.

Vanderlinden , J ., Vandereycken, W ., & Van Dryck , R . & Delacroix , O. (1992) . Hypnotizability and dissociation in a group of fifty eating disorder patients : Preliminary

findings , In W. Bongartz (Ed) , Hypnosis : 175 years after Mesmer ( pp.291-295). Konstanz :  
Universitäts- Verlag.

Vanderlinden , J., Vandereycken, W ., & Probst , M (1995). Dissociative symptoms in eating  
disorders : A follow – up study . *Europea eating disorders review* , 3, 174-184.

Vanderliden , J ., Vandereycken , W (1999) . Trauma , disociación y descontrol de los  
impulsos en los trastornos alimentarios .Ediciones Granica , S.A.

Virginia Satir, (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax México.

Villarreal, L.(1999) . ¿ De que tenemos hambre realmente? . Océano .

Waller, J. y Kaufman, M. (1940). Anorexia Nervosa: a Psychosomatic Entity. *Psychosomatic  
Medicine*, 2, 3-16.

Waller,G.(1993<sup>a</sup>). Sexual abuse and eating disorders: Borderline personality disorder as a  
mediating factor? *British Journal of Psychiatry*,162,771-775.

Waller,G.(1993<sup>b</sup>). Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa :Evidence from two separate  
case series. *Journal of Psychosomatic Research*,37,1-7.