



LA TRANSMISIÓN INTRA E INTERGENERACIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTORES:

GAMBOA, Florencia

GUARNIERI, Leila

KRUSE, Lisi

NUDELMAN, Pamela

DIRECTOR:

Dr. Prof. PERSANO, Humberto

CO-DIRECTOR/A:

Lic. SHAKESPEAR, Sofía

TRABAJO FINAL DE GRADO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
JUNIO 2016

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan como entidades complejas, en cuya génesis intervienen diversos factores. En la bibliografía analizada se encuentra que la familia ocuparía un lugar importante en la transmisión de conductas de riesgo relacionadas con la alimentación. Surge la necesidad de indagar acerca de qué aspectos estarían involucrados en dicha transmisión. Como resultado se hallaron los siguientes factores: la dinámica familiar, la relación madre-hija, los rasgos de personalidad materna y paterna, los antecedentes de la madre en relación a la figura corporal y las diferencias existentes entre hermanos.

Se concluye que todos ellos se interrelacionan y junto a la vulnerabilidad individual podrían propiciar la aparición los TCA.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, familia, transmisión, factores de riesgo.

ABSTRACT

Eating disorders occur as complex entities which stem from the interaction of several factors. It is found, through the analysis of the bibliography selected, that family plays a fundamental role in the transmission of risk behaviors connected to eating. It then becomes necessary to inquire about which aspects would be involved in this transmission. As a result, the following factors have been found to interplay: family dynamics, mother-daughter relationship, parental personality traits, the mother's background history concerning body image and differences among siblings.

As a conclusion, it can be said that all the factors previously mentioned are interconnected and, along with individual vulnerability, they might contribute to the onset and development of eating disorders.

Key words: Eating Disorders, family, transmission, risk factors.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
OBJETIVOS GENERALES	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
III. CONCEPTUALIZACIONES Y GENERALIDADES	4
DSM IV	4
TEORÍA DEL APEGO	7
PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN	11
EPIDEMIOLOGÍA	14
ETIOLOGIA	17
IV. DESARROLLO	20
VULNERABILIDAD INDIVIDUAL	20
DINÁMICA FAMILIAR	21
RASGOS DE PERSONALIDAD MATERNA Y PATERNA	26
RELACIÓN MADRE-HIJA	29
ANTECEDENTES MATERNOS: DIETAS, RESTRICCIÓN, DISTORSIÓN DE SU IMAGEN CORPORAL, OBESIDAD	32
TCA EN RELACIÓN A LOS HERMANOS	35
V. CONCLUSIONES	38
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VII. ANEXO	47

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se presentan como entidades complejas en cuya génesis intervienen diversos factores, por lo que su estudio requiere un abordaje multi e interdisciplinario.

Al indagar en la bibliografía actual sobre los factores que podrían predisponer su aparición y mantenimiento, aparece de manera recurrente que uno de los factores sería el papel que ocupa la familia en la transmisión de las conductas de riesgo, que podría explicarse por la transferencia de normas, creencias, experiencias personales o imitación de las propias actitudes de los padres, relacionadas con la alimentación, las cuales acompañarán al individuo a lo largo de su vida.

Como una forma de abordar y analizar de manera ordenada la multiplicidad de factores involucrados, se desarrollarán aspectos tales como la dinámica en las familias de personas con TCA, los rasgos de personalidad y las relaciones entre sus miembros, principalmente el vínculo madre-hija, que muchos autores de la bibliografía utilizada han destacado entre los otros factores mencionados; dentro de esta relación se hace hincapié en los hábitos alimentarios de la madre y sus antecedentes en cuanto a patologías alimentarias como obesidad y de qué manera esto podría influir en el desarrollo de TCA en los hijos. Cabe aclarar que los factores mencionados tendrían lugar en una persona que presente determinada vulnerabilidad individual como un factor necesario para desencadenar el trastorno.

Lo anteriormente descrito abre la puerta a una serie de interrogantes como:

¿Se transmiten los TCA?, ¿De qué forma ocurre esta transmisión? ¿Cuáles son los aspectos involucrados en la misma? Si se transmite de forma intergeneracional, entonces, ¿por qué se transmite a un hijo y no a todos?, ¿qué ocurre con la transmisión intrageneracional? Si bien la bibliografía hallada no resultó clarificadora en ésta última pregunta, la misma quedará abierta para futuras revisiones.

II. OBJETIVOS

a) OBJETIVOS GENERALES

-Realizar una revisión bibliográfica acerca de la transmisión intra e intergeneracional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Describir cómo es la dinámica de las familias con algún miembro con TCA.

-Definir rasgos de personalidad materna y paterna cuyos hijos presentan TCA.

-Conocer qué aspectos del vínculo madre-hija incidirían en el desarrollo de la patología alimentaria.

-Describir las características personales que harían a la vulnerabilidad para desarrollar algún TCA.

-Relacionar las conductas y antecedentes alimentarios de la madre con el posible desarrollo de TCA de sus hijos.

-Conocer los aspectos involucrados en la génesis de TCA en hermanos.

III. CONCEPTUALIZACIONES Y GENERALIDADES

a) DSM IV

El DSM es el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) el cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales, entre ellos los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La última edición del Manual fue publicada en el año 2013. Los criterios del mismo se adjuntan en el [ANEXO I](#), debido a que por el carácter reciente de su publicación, los estudios utilizados en la bibliografía están basados en la versión anterior (DSMIV [1](#)).

A continuación se detallan los criterios diagnósticos para TCA según DSMIV ([1](#))

ANOREXIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso

normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

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

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

BULIMIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos

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

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

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

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

b) TEORÍA DEL APEGO

Para comenzar a introducir el tema sobre la transmisión de los trastornos alimentarios, es preciso describir las distintas posturas que se conocen sobre lo que

ocurre con los vínculos y el desarrollo psíquico durante los primeros años de vida, lo cual podrá determinar rasgos de personalidad, actitudes y conductas a futuro.

Según John Bowlby (2), quien se interesó en el desarrollo infantil y fue uno de los pioneros en publicar trabajos al respecto, el apego es un vínculo emocional profundo y perdurable que conecta una persona a otra a través del tiempo y el espacio, que puede no ser recíproco.

Tipos de apego

Durante los años sesenta, Schaffer y Emerson (1964) (2) pusieron de manifiesto que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé.

La psicóloga Mary Ainsworth (2), en el análisis de los datos que había recogido en sus observaciones, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. También reveló la importancia de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño. Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: niños de *apego seguro* que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de *apego inseguro*, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres.

Ainsworth diseñó una situación experimental, la Situación del Extraño, que es una situación de laboratorio donde la madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La

madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:

1. *Niños de apego seguro*: Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria.

En otras observaciones, estas madres habían sido calificadas como muy sensibles a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. En cuanto a los niños, lloraban poco en casa y usaban a su madre como una base segura para explorar.

Ainsworth creía que estos niños mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. Sus madres les habían dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la Situación del Extraño les animaba a explorar los alrededores. Al mismo tiempo, sus respuestas a su partida y regreso revelaban la fuerte necesidad que tenían de su proximidad.

2. *Niños de apego inseguro-evitativo*: Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre

como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento.

Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño en principio su conducta podría interpretarse como saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales que habían sufrido muchos rechazos en el pasado. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y distantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación.

La interpretación global de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia., intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones.

3. *Niños de apego inseguro-ambivalente*: Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Sus conductas variaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e

insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

Más recientemente se ha propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado *inseguro desorganizado/desorientado* que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos, y que inicialmente eran considerados como inclasificables. Se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión monótona y triste. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

c) PROCESO DE SEPARACIÓN INDIVIDUACIÓN

Para continuar desglosando la etiología de los TCA, se describe el proceso de separación-individuación desarrollado por la psicoanalista y pediatra Margaret Mahler, ya que varios estudios coinciden en resaltar la importancia de los vínculos primarios entre padres e hijos durante la búsqueda de la propia identidad y su relación con el posterior desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en ellos.

Margaret Mahler hizo un aporte importante con su descripción del desarrollo de la personalidad en la infancia temprana (3). Ella consideraba que la personalidad

empieza en un estado de fusión con otras personas, en especial con la madre y afirmaba que los recién nacidos no parecen distinguir entre ellos mismos y los demás.

La teoría de Mahler se concentra al principio en el proceso por el que el infante asume su propia identidad física y psicológica, distinta de la de otras personas. El desarrollo del Yo implica separarse del estado de fusión total y convertirse en un individuo independiente.

Esta autora dividió el desarrollo del niño en tres fases:

Autismo normal: Durante este período, que abarca el primer mes de vida, los estados del sueño del recién nacido sobrepasan a los de vigilia y son reminiscentes de los estados primarios que prevalecían en la vida intrauterina.

Simbiosis normal: En este período, comprendido entre los 2 y los 3 meses, el aumento de la vigilia y la experiencia perceptiva del mundo permite una distinción gradual entre lo que está dentro y lo que está fuera, lo que es placentero y lo que no. La característica esencial de esta fase es una fusión con la representación de la madre.

Separación-individuación: Está compuesta por 4 subfases:

- *Diferenciación*. La atención del niño durante los primeros meses había estado dirigida hacia dentro y ahora se hace más externa. Alrededor de los siete u ocho meses, el bebé empieza a alejarse de la madre, durante breves períodos ya que después tiene que hacer comprobaciones visuales o táctiles con ella. La conducta de extrañar y la ansiedad de los niños de siete u ocho meses indican el progreso en la subfase de diferenciación.

- *Práctica*. La práctica se da desde los 9 meses hasta los 15 ó 18 meses. Los primeros pasos independientes en posición erguida del niño marcan el inicio del período de práctica por excelencia, con una substancial ampliación de su mundo y su realidad.

- *Reacercamiento o Aproximación*. La capacidad del niño para caminar y alejarse de la madre junto con el comienzo de la cognición representacional que es el precursor del habla, hacen del niño una persona mucho más diferenciada y autónoma. Hacia los 18 meses, el niño ha madurado lo suficiente como para reconocer su indefensión e independencia de un modo nuevo. Durante esta fase, hay un cambio en su vida emocional, con una mayor susceptibilidad a la frustración, más temores a la pérdida de objetos, mayor conciencia de la separación y mayor ansiedad a causa de aquella. Mahler describió que el niño alterna períodos de gran necesidad de intimidad y períodos de necesidad de distanciamiento, necesita que le renueven las energías mediante el contacto corporal y también mediante el lenguaje y otros tipos de comunicación.

Aquí la actitud de la madre resulta extremadamente importante. La madre que rechaza al niño por su mayor independencia hará que éste sienta que es peligroso tener más autonomía. El niño no debe considerar a la madre como una extensión de sí mismo, ni la madre debe considerar al niño como una extensión de ella misma. Si la madre y el niño se van alejando y acercando con fluidez dentro de un rango óptimo de intimidad y distancia, el niño aprenderá gradualmente que resulta seguro sintiéndose recompensado y buscará mayor autonomía y que puede hacerlo sin temor a perder la relación con la madre y el padre.

- *Constancia del objeto.* Mahler llama a la siguiente subfase la consolidación de la individualidad y los inicios de la constancia emocional del objeto. Esta etapa comienza entre los 24 y 30 meses y puede durar unos dos o tres años más, o por el resto de la vida. Es en este momento cuando el niño da pasos progresivos hacia la integración del objeto, la estabilidad afectiva y una síntesis entre las experiencias buenas y malas previamente separadas.

d) EPIDEMIOLOGÍA

La *epidemiología* tiene como objetivo describir la aparición de los trastornos, determinar los factores asociados con su inicio y controlar su distribución, por lo tanto, aporta información fundamental para el análisis de posibles factores de causalidad.

En cuanto a la distribución en función del tipo de TCA entre los países occidentales, apenas se encuentran diferencias; son menos frecuentes los casos mixtos de pacientes con sintomatología de AN y BN, seguidos de AN, a continuación la BN y, con una frecuencia mucho mayor, los casos de Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). Con respecto a la variable edad, la franja etaria para el comienzo de AN y BN se sitúa con mayor frecuencia entre los 15 y los 25 años.

A pesar de los numerosos trabajos realizados hasta la fecha, la investigación epidemiológica de los TCA todavía se encuentra en la fase de determinar la incidencia y la prevalencia en muchas poblaciones y establecer comparaciones entre estos datos. Los estudios epidemiológicos pueden llegar a diferentes resultados en función de las variables de la población estudiada, tales como edad y sexo, pero también en función del método de selección y de diagnóstico. Muchos estudios se centran sólo en una única muestra seleccionada, presentan los resultados de da-

tos originarios de los servicios de salud, lo que aumenta los problemas metodológicos.

Cabe aclarar que actualmente, con el DSMV (4) se eliminó el criterio que hacía referencia a la amenorrea, el cual presentaba más dificultades para poder establecer el diagnóstico con las versiones anteriores, por lo tanto ahora se incluye fácilmente a la población adolescente.

Según la Organización Mundial de la Salud (5) los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados. En todo el mundo el 1% de la población sufre anorexia nerviosa, el 3% bulimia nerviosa, el 26,3% obesidad y el 3,5% otros tipos de trastorno alimentario.

En un trabajo realizado por Bedoya González K M, Ríos Ríos C. (2015) (6) los autores sustentan que los adolescentes latinoamericanos presentan conductas de dietas similares a los países industrializados como en el caso de Estados Unidos, lugar en el que los TCA poseen alta incidencia y son un problema de salud pública.

En Argentina, Rutzstein G et. al. (2010) (7) en un trabajo de doble fase (donde además de cuestionarios autoadministrados se realizó una entrevista “cara a cara” con la población estudiada) llevado a cabo con estudiantes de entre 13 y 18 años de escuelas medias de Buenos Aires, se encontró que los casos confirmados con diagnóstico de TCA alcanzan al 14.1% de la muestra total de mujeres (40/283) y al 2.9% de la muestra total de varones (5/171), siendo la proporción de mujeres significativamente mayor que la de varones.

De la muestra total de mujeres, el 13.1% (37/283) presenta TANE, el 0.7% (2/283) bulimia nerviosa (BN) y el 0.4% (1/283) anorexia nerviosa (AN).

Respecto a la población masculina, todos los casos de TCA presentaban TANE. No se halló bulimia nerviosa, ni anorexia nerviosa.

Por otra parte, en Colombia según Bedoya González K, Ríos Ríos C.2015) (6), las cifras de prevalencia de acuerdo con un estudio realizado en población escolar de Bogotá y Sogamoso, son de 0.8% para AN y 3,25% para BN, evidenciando una similitud con las cifras de los países desarrollados, sin encontrar diferencias entre estratos socioeconómicos.

En una revisión llevada a cabo en México en el año 2013 por Mariscal Rodríguez G L, (8) se concluyó que en el año 2000, a nivel mundial, la tasa de incidencia de AN en la población de entre 10 y 30 años de edad fue de 17 y 19 casos entre 100,000 habitantes y en el caso de BN fue de 50 por cada 100,000 habitantes. En México hay pocos datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en pre-adolescentes, pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad de 12 a 19 años, presentan alto riesgo de padecer un TCA.

Por otra parte, en un estudio longitudinal con estudiantes universitarias mexicanas en 1994 encontraron que la tasa de prevalencia de los TCA fue de 0.49%: el de BN 0.14% y el de TCANE de 0.35%; mientras que en el 2002 fue de 1.1%: el de BN de 0.24% y el de TCANE de 0.91%, demostrando que estos datos fueron en aumento con el paso de los años.

Por último, cabe agregar que según Swanson S A, et al. (2011) (9) en Estados Unidos en una muestra representativa de 10123 adolescentes de 13 a 18 años, la

prevalencia estimada de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones fue de 0,3%, 0,9% y 1,6%, respectivamente.

Todos los estudios coinciden en señalar que la incidencia de los TCA es mayor en población adolescente, aunque por ejemplo, Barrionuevo en el trabajo presentado por Bedoya González K, Ríos Ríos C. (2015) (6), afirma que se encuentran “picos” en dicha población, con una mayor incidencia a los 13 años y en menor cantidad a los 17–18 años.

e) ETIOLOGIA

La etiología de estos trastornos es compleja y no está totalmente resuelta. Existiría una combinación de factores tales como los biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos, como ya se mencionó al describir la Teoría del Apego y el Proceso de separación- individuación (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos); como sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética).

El modelo propuesto con mayor frecuencia (10) señala que existirían factores predisponentes individuales: psicológicos, físicos y socioculturales, que cuando están presentes obligan al equipo de salud a estar muy atentos para prevenir un TCA; más aún si a los anteriores se suman factores precipitantes, que determinan que la paciente inicie una dieta sin estar con sobrepeso u obesidad, y procesos perpetuantes, que hacen que mientras más se demore en iniciar el tratamiento más costará revertirlos

FACTORES PREDISPONENTES

- Ser mujer, especialmente en países industrializados.
- Tener historia familiar de trastornos alimentarios.
- Herencia
- Ser perfeccionista y complaciente con los demás.
- Tener dificultad para comunicar las emociones negativas.
- Tener dificultad para resolver conflictos.
- Tener baja autoestima.
- Tener padres sobreprotectores.
- Experiencias de vida adversas (abuso sexual).
- Presión del medio sobre la mujer (ideal de figura corporal).
- Desbalance en los neurotransmisores (serotonina).
- Dieta (factor predictor más importante, asociado a presiones individuales, interpersonales y socioculturales).

FACTORES PRECIPITANTES

- Dieta: precursor necesario, pero no suficiente para explicar la precipitación.
- Dinámica familiar y comentarios negativos de la familia y los amigos acerca de la apariencia, peso o figura y/o eventos negativos como pérdida afectiva, fracaso académico o conflicto familiar.
- Dificultad con las tareas del desarrollo en la transición a la adultez.
- Abuso sexual.

FACTORES PERPETUANTES

-Procesos biológicos relacionados con la desnutrición y la realimentación (cambios en tasas metabólicas, función gastrointestinal, sistema endocrino, entre otros).

-Procesos psicológicos.

IV. DESARROLLO

Factores familiares que influirían en la transmisión de los TCA

A los fines de este trabajo se hará hincapié en los factores familiares pero, cabe aclarar, que éstos sólo podrían influir en la transmisión de los TCA en una persona si existiera una *vulnerabilidad individual*.

VULNERABILIDAD INDIVIDUAL

Las características de personalidad que pueden influir en el desarrollo de trastornos relacionados con la alimentación comienzan a delinearse con los vínculos primarios que se establecen entre padres e hijos. Dentro de un trabajo realizado por Behar A R, Arancibia M. (2014) ([11](#)), se cita al reconocido John Bowlby quien cuando describe la Teoría del Apego, explica que el vínculo emocional que establece la (el) niña (o) con sus padres, le proporciona la seguridad indispensable para un buen desarrollo de su personalidad. En los TCA, el apego con las madres suele ser ambivalente, del tipo evitativo en la anorexia nerviosa, con gran dificultad para confiar y depender de los demás, mientras que en la bulimia nerviosa predomina el tipo ansioso, generador de relaciones interpersonales inseguras, desconfianza interpersonal, con gran preocupación por el posible abandono. Se enfatiza en la importancia que adquiere el TCA materno en el desarrollo del mundo interno infantil.

Borrego Hernando O. (2000) (12) describe los rasgos de personalidad de quienes padecen algún TCA y expresa que en general, son personas ambiciosas, autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios y que tienen dificultades para interpretar y expresar sus emociones. A nivel familiar se da mucha importancia a la apariencia y al éxito. Hasta que aparece la enfermedad, son hijos obedientes y con gran dependencia parental. Tienen dificultades en la maduración y separación de la familia. Inicialmente el único síntoma de rebeldía es a través del rechazo alimentario. Además, agrega que suelen presentar antecedentes de obesidad en mayor o menor grado.

Por su parte, Agüera Z et. al. (2011) (13) describe que en numerosos estudios se han analizado las características de temperamento y carácter en sujetos diagnosticados de un TCA y la mayoría de los mismos, coinciden al obtener puntuaciones similares en determinados rasgos de personalidad, tales como elevada evitación del daño, baja autodirección y baja cooperatividad.

a) DINÁMICA FAMILIAR

Los TCA al igual que la mayoría de las enfermedades que aquejan a la sociedad, derivan de una etiología multicausal. Sin embargo el papel de la familia adquiere especial importancia ya que representa el núcleo primario en el cual se transmiten normas, roles costumbres y hábitos que influyen en el estilo de vida y actitudes alimentarias.

López C, Herrero O, Botella L. 2014) (5) en su trabajo *“Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria”*

hablan que ya desde los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1970) se advertían problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían un TCA. Estos autores indican que la relación entre TCA y una dinámica familiar conflictiva se hace evidente en el hecho de que más de un tercio de los pacientes diagnosticados con TCA destacan la disfunción familiar como un factor contribuyente al desarrollo de su trastorno. Concretamente, mencionan el exceso de control, poca relación con el padre, tensión familiar y maltrato psicológico vivido como factores que los llevan a sufrir elevado nivel de estrés y frustración. Los pacientes explican que viven en un ambiente familiar conflictivo y muy exigente que los presiona a ser perfectos.

Al respecto, Vázquez Velázquez V y Reidl Martínez L M. (2013) (14) agregan que los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar en los que los síntomas de la hija con TCA desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y así el TCA mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y que evita conflicto.

Además, López C, Herrero O y Botella L (2014) (5) agregan que en las relaciones familiares de estos pacientes coexisten problemas de comunicación, dificultades para expresar sus sentimientos, conflictos familiares con tendencia a la evitación, falta de seguridad y atención, y el deseo de tener relaciones familiares más cálidas y afectivas.

Más recientemente se empezaron a publicar estudios sobre las posibles diferencias en el funcionamiento familiar según la tipología de TCA, algunos de ellos

apuntan que las familias de las pacientes que sufren anorexia nerviosa suelen tener altos niveles de cohesión y un bajo nivel de expresividad y conflictividad. En cambio, las pacientes que sufren bulimia nerviosa tienden a vivir en un ambiente familiar desorganizado, en el que los niveles de conflictividad y hostilidad suelen ser altos.

Características de las familias según el trastorno presente

TRASTORNO	DINÁMICA FAMILIAR
TCA en general	<p>Nivel elevado de cohesión</p> <p>Sentimiento de desvalorización</p> <p>Exceso de control</p> <p>Poca relación con el padre</p> <p>Tensión familiar, ambiente familiar conflictivo y exigente</p> <p>Maltrato psicológico</p> <p>Madres preocupadas por la imagen corporal</p> <p>Problemas de comunicación</p> <p>Relación conyugal conflictiva</p> <p>Vivencias de triangulación: involucrar a los hijos en sus desacuerdos</p> <p>Deseo de relaciones familiares cálidas y afectivas</p>

Anorexia Nerviosa	Altos niveles de cohesión Bajo nivel de expresividad y conflictividad Vínculo de apego inseguro: ausente, débil o ambivalente
Bulimia Nerviosa	Ambiente familiar desorganizado Altos niveles de conflictividad y hostilidad Vínculo de apego ambivalente

Fuente: Elaboración propia

Otro de los puntos que se nombra es que generalmente en estas familias los padres tienen una relación conyugal conflictiva que los lleva a involucrar a los hijos en sus desacuerdos, éstos pueden ser utilizados para desviar los conflictos, con el objetivo de conseguir mantener el equilibrio. Esta dinámica de triangulación ya fue anticipada en otros estudios que afirmaban que generalmente uno de los padres, mayoritariamente la madre, está muy implicada en la vida del hijo y en su trastorno, siendo el padre quien tiene un rol más periférico. Sin embargo en otros estudios nombrados se considera que es la relación con la figura paterna la que tiene un papel fundamental en el desarrollo del TCA, dándose una falta de calor afectivo y aceptación en la relación con el padre y, además, mayor agresividad y negligencia en comparación con la relación con la madre. Más recientemente, se ha observado que las pacientes con TCA tienden a tener una visión más negativa del padre que la población normal.

Según un estudio realizado por León Hernández y Aizpuru De La Portilla (2010) (15) son distintas las maneras en que el entorno familiar puede contribuir al desa-

rrollo de estos padecimientos. Dichos autores argumentan que la presión de padres a hijas para controlar el peso, se asocia al desarrollo de sintomatología de TCA desde los primeros años de vida.

Ésta influencia familiar en las conductas de riesgo podría explicarse por la transmisión de normas o imitación de las propias actitudes de los padres, ya que desde muy temprana edad, los niños se conducen alimentariamente de una manera muy similar a ellos. Al respecto se encontró que aquellas madres que restringían su alimentación, también demostraban preocupación por el peso de sus hijas.

A su vez, se ha documentado que las burlas o bromas tanto de familiares como de amigos o compañeros, se asocian con insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos e intentos suicidas.

Existen distintas vías por las cuales se presenta la transmisión generacional en el seno familiar, sin embargo se encontró que lo que diferenciaba a las mujeres con TCA de aquellas que no lo desarrollaron fueron los antecedentes de estos trastornos en ambos padres o hermanos.

En este sentido, Ruiz Martínez et al. (2013) [\(16\)](#) resaltan estudios realizados con hijos de madres que han padecido algún TCA. Las madres con historia de TCA indican mayor estrés, mayores complicaciones perinatales y mayor depresión en comparación con aquellas que no presentan la patología.

Sin embargo, los autores mencionan otras investigaciones en las que se hallaron que si bien la preocupación alimentaria de la madre tiene una correlación baja con la misma preocupación en las hijas, el nivel de preocupación de los padres directamente no se relaciona con dichas actitudes de las hijas. Por otro lado, nin-

guno de los factores encontrados en las hijas distingue a los familiares de las personas con TCA. Por lo que los autores concluyen que las tendencias transgeneracionales tienen un poder limitado y no es posible atribuirles una causalidad directa en la presencia de los TCA.

En cuanto al análisis de psicopatologías, se identificó la presencia de depresión en padres de personas con AN y BN, y de manera específica la personalidad obsesivo compulsiva en los progenitores de personas con AN; en tanto que los padres de pacientes con BN presentan antecedentes de abuso y dependencia de drogas. Asimismo los resultados apoyan la tendencia de que algunos de los padres presentan psicopatología alimentaria ampliando que esta tendencia incluye también a los hermanos.

b) RASGOS DE PERSONALIDAD MATERNA Y PATERNA

Con respecto a las características de personalidad de las madres de las jóvenes con TCA, según el psiquiatra Eduardo Chandler (2001) ([17](#)), suelen ser mujeres cuidadas en su aspecto personal, atentas a las formas, a lo estético, a lo que muestran y a lo que ven.

En general, son mujeres que arrastran una historia de insatisfacciones personales y un vínculo de sometimiento y dominación por parte de su propia madre pero que tienen la sensación de haberse ocupado de sus hijas de la mejor forma.

Además, Vázquez Velázquez V y Reidl Martínez L M. (2013) ([14](#)) explican que las madres de de hijas con anorexia o bulimia parecen mujeres sacrificadas, dispuestas a hacerse cargo sin limitación alguna de tareas ajenas, e incapaces de

hacer algo agradable para sí mismas. Raras veces saben divertirse y bromear. Tienen gran dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia. Son mujeres firmes y eficientes, pero infelices, obligadas a estar siempre a la altura de sus propias expectativas. El componente del deber coarta su disponibilidad al contacto interpersonal. Les cuesta trabajo ser introspectivas y constantemente buscan aceptación y empatía.

Dentro del mismo trabajo se referencian otros estudios que han hallado que las madres de hijas con AN son más ansiosas, deprimidas y alexitímicas que las madres de hijas sin ese trastorno, pero iguales a las madres de hijas con BN.

Además, son personas muy activas, con tendencia a criticar a los demás y especialmente a recriminar con facilidad a sus hijas. Son madres presentes físicamente, psíquicamente lejanas y que generaron dependencia en su hija, no permitiéndole manifestar sus necesidades, ya que siempre estuvieron dispuestas a satisfacerlas de antemano.

Los autores describen que la sobreoferta de alimentos desde los primeros años de vida, cargada de exigencias y controles se va tornando insoportable para la hija y comenzar a rechazarla y a retraerse dentro de sí, es el único recurso que le permite salvaguardar un espacio mental y vivencial propio ante una madre que tiende a reducirla a un ser sin autonomía.

La niña crece sin seguridad en sí misma, ligada en forma dependiente a su madre y controlada por ella y sólo pudiendo hacer y pensar lo que sabe que su madre aprueba que haga y piense.

Este autor manifiesta que con el desarrollo hormonal y de un nuevo cuerpo, sumado a las condiciones psíquicas y vinculares existentes al momento, aparece

en la joven un particular estado depresivo, que marca la entrada al comienzo de un trastorno alimentario como una forma de desplazamiento de las tensiones psíquicas acumuladas hacia el área del comer y de los alimentos.

A diferencia de las características de las madres, Chandler (17) describe que los padres varones suelen ser pasivos y distantes, con escaso contacto con su familia y que no han tenido (por imposibilidad personal directa o porque no le fue dado) un lugar de significación en un mundo donde la madre es todo para la hija.

Esta madre omnipotente, no permite que su hija desee un padre, representante natural del mundo externo y hacia quien normalmente se dirige la pequeña en un proceso natural de separación e individuación. Recordemos que es en el momento de mayor dificultad en separarse de la madre donde hace, normalmente, su aparición la figura del padre y donde cobra fuerza una verdadera relación hija-padre.

Las niñas necesitan del papá para tramitar la separación e individuación respecto de la madre. El padre aparece, en las jóvenes que padecen algún TCA, como una “presencia muda”. Su papel está desdibujado, no busca ni le es ofrecido un lugar al lado de su hija ni entre ella y la madre. Se presenta como una figura pasiva que rehúsa asumir un liderazgo personal de su familia y tiende, más que a tomar decisiones, a esperar que las tome su esposa.

Son hombres de inclinación cultural, intereses intelectuales y para quienes sólo importa el trabajo y el éxito, son y se ven a sí mismos como buenas personas y para todo son responsables.

c) RELACIÓN MADRE-HIJA

Habiendo abordado las principales características de personalidad, es necesario desarrollar cómo se relacionan e interactúan los diferentes integrantes de la familia según dichos rasgos.

Facchini M. (2006) (18) en concordancia con otros autores ya nombrados, explica que las madres tradicionalmente han tenido una poderosa influencia sobre las ideas relacionadas con el peso corporal, la figura y la alimentación de sus hijas. Por ejemplo, Ruiz Martínez, et al. (2013) (16) argumentan que la relación está mediada por la desorganización a la hora de comer, fuerte control materno y falta de armonía entre los miembros de la familia.

Al respecto, se evaluó a las madres de hijas con TCA, encontrando que reportan peores relaciones con sus hijas, y que también tuvieron mala relación con sus propias madres, coincidiendo en este aspecto con lo que afirma Chandler (2001) (17), cuando dice que “son mujeres que arrastran una historia de insatisfacciones personales y un vínculo de sometimiento y dominación por parte de su propia madre”. En este sentido, y retomando las ideas de Behar y Arancibia (2014) (11) sobre los diferentes tipos de apego, este autor concluye que la mayoría mostraban un vínculo afectivo inseguro, y que las madres habían vivido este tipo de unión también con su propia madre; además se agrega que presentan mayores vínculos evitativos y ansiosos que aquellas personas sin TCA.

Chandler (17) agrega que las experiencias básicas interpersonales más significativas de las pacientes con TCA son con su madre quien, con sus características psicopatológicas, aporta una fuente etiológica central (aunque no única) en la génesis de estos trastornos.

Este autor afirma que ya desde niñas, estas pacientes se encuentran con una madre sobreprotectora, invasora e incapaz de disfrutar el contacto corporal con su hija. Fue una madre que no supo decodificar correctamente los sentimientos de la niña cuando era bebé. En relación esto, Behar y Arancibia (2014) (11), argumentan que un amamantamiento prolongado favorece un apego vincular positivo madre-hija(o), de suma importancia como ya fue expuesto, ayuda a la pérdida de peso postparto y proporciona a la madre una oportunidad para restablecer hábitos alimentarios saludables para su hija(o).

Las madres de estas niñas desconocieron las necesidades de su hija, y por eso ellas desconocen luego las de su propio cuerpo. Así, durante su crecimiento y en el marco de un vínculo pasivo, sumiso y dependiente, mostrará entender fácilmente los estados de ánimo de su madre, aunque no así sus propias necesidades.

Chandler (2001) (17) además, hace referencia a que la madre de estas pacientes es la típica madre sacrificada, hipercrítica y rígida que cumple con sus deberes y cuyo marido está ausente, volviendo a coincidir en este punto con otros autores que también nombran a la figura paterna con un rol “periférico” o “ausente”. La madre premia con su aprobación a la niña, cada vez que ésta le demuestra que lo importante en su vida es lo intelectual y el deporte, donde el afecto precisamente no tiene fuerte presencia, sino donde prevalece la rivalidad competitiva y el esfuerzo por triunfar. Así, la niña no aprende a disfrutar, sino a ser la mejor para reafirmarse como “objeto de orgullo” para su madre, quien también se reafirma, a sí misma de este modo mediante un mecanismo de identificación narcisista.

Siguiendo la misma línea de pensamiento otros autores como Vázquez Velázquez y Reidl Martínez (2013) (14) describen en su trabajo a las madres como personajes fuertes, rígidos, dominantes y poco cálidos.

Por otro lado, revelan la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de ellas, donde predominan las amenazas y tentativas de suicidio. Indican que en los primeros años de desarrollo evolutivo, específicamente en el periodo de lactancia, este estado depresivo materno impide la empatía necesaria entre la niña y su madre. Esto concuerda con lo que plantean tanto Behar A R., Arancibia M. (2014) (11) como Chandler E. (2001) (17) quien afirma que la madre “no supo decodificar correctamente los sentimientos de la niña cuando era bebé”.

Dentro de este estudio se destacan tres puntos que resultan fundamentales en la génesis de los TCA. En primer lugar, el rechazo por parte de la adolescente a su propia sexualidad y a los cambios que acontecen en su cuerpo durante la pubertad, muy especialmente a la aparición de la menstruación; en segundo término, el rechazo hacia la figura materna (“Por nada del mundo quisiera ser como ella”), y por último el rechazo al papel nutricional de la mujer, esto es, rechazo de la madre como dispensadora de alimento y de lo que esto simboliza.

Por lo expuesto, las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo, como han demostrado diversos autores al afirmar que la psicopatología de la madre se asocia con el desarrollo de conductas alimentarias anormales en sus hijos, lo que podría desencadenar TCA.

La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas, ya se manifiesta desde los estadios tempranos del desarrollo, y posteriormente esta

influencia se puede potenciar o perpetuar según la importancia que den a la apariencia y a la conducta alimentaria, o en base a la persuasión que estas llevan a cabo para que sus hijas pierdan o controlen su peso.

d) ANTECEDENTES MATERNOS: DIETAS, RESTRICCIÓN, DISTORSIÓN DE SU IMAGEN CORPORAL, OBESIDAD

Otro aspecto importante es comprender y establecer si las conductas o actitudes de las madres se relacionan con las alteraciones en la conducta alimentaria de los hijos.

Algunos autores ya mencionados como Vázquez Velázquez y Reild Martínez (2013) ([14](#)) han encontrado una relación entre la dieta por parte de las madres y su restricción en el niño. Se ha señalado a la dieta materna como predictora de la dieta en las hijas.

Se observó que cuando las madres exigen a sus hijos a hacer dieta, estos a su vez hacen más dietas, presentando periodos alternados de atracones y ayunos y salteando comidas, incluso una vez que han normalizado su peso corporal. Estas madres que exigen a sus hijos hacer dieta tienden a ver a sus hijos con sobrepeso, a pesar de que generalmente presentan un peso adecuado. En cuanto a la preocupación de la madre para que la figura corporal se parezca al ideal aceptado socialmente y haga un considerable esfuerzo por parecerse a dicha figura ideal, se ha demostrado el desarrollo de inquietudes en los hijos por el peso y por hacer dietas constantemente. Esto sugiere que los niños que perciben que sus madres intentan frecuentemente perder peso son más propensos a desarrollar la misma preocupación, lo que apoya la hipótesis de

que el papel que desempeñan las madres en la transmisión de los valores culturales acerca del peso y la figura ideal es vital.

Field A E et. al (2008) ([19](#)) en un estudio prospectivo durante 7 años donde se realizó un seguimiento de niños y niñas de entre 9 y 15 años, determinaron que aquellas niñas menores de 14 años cuyas madres tenían antecedentes de un trastorno alimentario fueron casi 3 veces más propensas que sus pares para iniciar la purga al menos semanalmente. Sin embargo, la historia materna de un trastorno alimenticio no estaba relacionada con riesgo de comenzar a comer compulsivamente o de purga en adolescentes mayores, tanto en mujeres como en varones.

En los hombres, comentarios negativos sobre el peso por parte de los padres fue predictivo de empezar a manifestar atracones al menos semanalmente.

Según Behar A R y Arancibia M (2014) ([11](#)) existe una asociación específica entre los TCA infantiles y maternos. En una investigación llevada a cabo con niños con anorexia nerviosa, trastorno emocional evitativo alimentario o comer selectivo, un alto porcentaje de las madres informó una historia de TCA en comparación con muestras comunitarias donde el porcentaje fue entre 3 y 5 veces menor.

En contraposición, otras investigaciones indican que tanto las madres de hijas con TCA como las controles se someten a dieta frecuentemente y que al realizar análisis inferenciales la dieta e imagen corporal de las madres no predicen la dieta y la satisfacción corporal de las hijas

Ruiz Martínez et. al. (2010) ([20](#)) en un estudio con niñas en edad preescolar, afirman que sus madres les transmitían mensajes acerca de la necesidad de per-

der peso, lo que podía llevarlas a desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y peso en la pre adolescencia.

Facchini (2006) (18) argumenta que una madre obsesionada por el tamaño de sus caderas transmite a su hija una visión no sólo de ella misma sino del mundo que la rodea: "algo falla en vos si no sos delgada". Las actitudes de la madre respecto de su propio cuerpo podrían influir de manera significativa no sólo sobre el sentimiento de identidad femenina de su hija sino también sobre las actitudes hacia su floreciente cuerpo. Muchos trabajos muestran la relación que existe entre problemas alimentarios o una pobre estima corporal en las niñas y madres que hacen comentarios explícitos respecto del peso de sus hijas o modelan una excesiva preocupación acerca de su propio cuerpo (una madre que vive quejándose de estar gorda, que comienza y abandona distintas dietas, que hace actividad física que odia con la única finalidad de bajar de peso, que comenta constantemente sus vaivenes con la balanza, etc.). Por otra parte, se observó que las madres de hijas con trastornos alimentarios fueron más críticas de la apariencia de sus hijas, más perfeccionistas y con mayor preocupación por el peso y la figura en general, que madres de hijas sin trastorno alimentario.

La conducta dietante materna, así como la identificación con las hermanas mayores, tendría mayor influencia que la paterna sobre las actitudes y conductas de la hija al respecto, pero cabe destacar que los comentarios por parte de un miembro de la familia del género masculino (padres, hermanos varones) sobre figuras femeninas delgadas que promueven esa imagen corporal ideal a menudo se citan como precipitantes de una conducta dietante y los padres de hijas con anorexia nerviosa restrictiva muestran mayores niveles de perfeccionismo.

Las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad.

Cabe aclarar que el sólo hecho de hacer dieta por parte de la madre no es el único factor de riesgo, sino también el restringir el acceso a alimentos de sus hijos, fomentando la necesidad de perder peso o condicionando en ellos los atracones o ayunos, pueden contribuir a la transmisión de conductas riesgosas.

Lo citado anteriormente indica que las madres efectivamente comunicarían a sus hijos su propia actitud hacia el cuerpo y que estos la interiorizarían.

Otro de los factores influyentes en el desarrollo de TCA, encontrado en la bibliografía, es la presencia de obesidad en las madres. Vázquez Velázquez V y Reidl Martínez (2013) ([14](#)), reconocen que la obesidad en la madre es uno de los principales factores de riesgo para que alguno de los hijos desarrolle TCA. Asimismo, encuentran que la obesidad en la madre es el predictor más significativo de la obesidad de los niños. Estos autores concluyen que no sólo la obesidad determina las conductas en la madre, sino que también el miedo de ser o de convertirse en obesas hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijos, y eso puede condicionar la restricción en su alimentación.

e) TCA EN RELACIÓN A LOS HERMANOS

La influencia de los hermanos también puede incrementar o disminuir el riesgo de trastornos alimentarios.

Vázquez Arévalo y Raich Escursell (21) ya en 1997 hipotetizaban que la presencia de una hermana mayor con gran preocupación por el peso y exagerados esfuerzos dietéticos podía tener gran influencia, como lo es en los casos de hermanos con adicciones a diferentes sustancias o alcoholismo, que son más propensos a conductas adictivas.

Por otra parte, en un estudio de Borrego Hernando O. (2000) (12) se pone de manifiesto que el cúmulo familiar de estos trastornos alimentarios, así como su predominio entre el sexo femenino, sugiere la existencia de predisposición genética a la enfermedad.

Este autor agrega que los TCA comparten marcadores biológicos con otras patologías psiquiátricas, como trastornos depresivos, de personalidad, neurosis obsesiva, déficit en el control de los impulsos y abuso de alcohol y otras sustancias, que pueden coexistir en el paciente o formar parte de sus antecedentes familiares psiquiátricos.

Más recientemente otros autores han abordado las diferencias encontradas entre hermanos. Por ejemplo, Vázquez Velázquez y Reidl Martínez (2013) (14), agregan que en un estudio con gemelas monocigóticas discordantes en el diagnóstico de bulimia nerviosa se encontró que la gemela que había tenido historia de BN reportó sentir menor calidez pero más sobreprotección de parte de su madre durante la infancia. Los autores mencionan que es posible que la experiencia de tener bulimia altere la percepción de la crianza en la infancia debido al efecto del “esfuerzo por encontrar un significado”, que se refiere a la búsqueda de explicaciones para su padecimiento en las experiencias pasadas. Esta experiencia puede también influir en el desarrollo del temperamento. Las influencias ambientales

que llevan a una baja autoestima y a un alto grado de impulsividad (como en el caso de la bulimia) pueden poner en riesgo a una persona a ser tratada de diferente manera por su madre o llevar a una percepción distorsionada del trato que recibió cuando era niña. Al respecto, Agüera Z et al.(2011) ([13](#)) afirman que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran parcialmente determinados, tanto por factores familiares, ambiente compartido, factores genéticos, así como por la interacción entre unos y otros. Sin embargo ni unos ni otros, de forma independiente, explicarían el riesgo de padecerlos. En su estudio se hace hincapié en el reciente interés por analizar la relevancia de los factores ambientales no compartidos, entre los cuales se han descrito el trato diferencial que pueda darse a los hermanos por parte de los padres, rasgos de personalidad, el estilo relacional de los sujetos, experiencias vividas, entre otras características específicas para la posterior aparición de un trastorno de la conducta alimentaria.

Estos factores explicarían la razón por la cual hermanos gemelos, que han crecido en el mismo ambiente familiar, pueden diferenciarse respecto a su conducta alimentaria, siendo patológica en unos casos mientras que en otros no, completando la hipótesis propuesta anteriormente por Vázquez Velázquez y Reidl Martínez (2013) ([14](#)).

Por todo lo citado, queda en evidencia que efectivamente son múltiples los factores involucrados en la transmisión intra e intergeneracional de los TCA, como también los puntos de vista de diferentes autores, por lo que el abordaje de los mismos requiere un análisis minucioso, que contemple un amplio espectro de investigaciones.

V. CONCLUSIONES

Al intentar responder los interrogantes planteados al comienzo de este trabajo, se encontró que la familia ocuparía un lugar preponderante en la transmisión de normas, conductas y hábitos relacionados con la alimentación y la imagen corporal.

A lo largo de esta revisión, se exponen las diversas posturas y la variabilidad de resultados hallados en diferentes estudios, ya que algunos autores plantean la disfunción familiar como un factor desencadenante de la patología alimentaria y otros, en cambio, sugieren que las tendencias transgeneracionales tienen un poder limitado y no es posible atribuirles una causalidad directa en la presencia de los TCA.

Dentro de los integrantes de la familia, la mayoría de los estudios ponen el foco principal en la madre como una figura dominante y en contraposición, al padre se lo ubica en un segundo plano, como un ser presente sólo en determinados momentos del desarrollo, aunque sus intervenciones podrían tener consecuencias altamente significativas, por lo cual no ocuparía un lugar menos importante.

Respecto a la influencia que ejercería la figura materna, la bibliografía analizada pone de manifiesto que la misma se iniciaría desde los estadios tempranos del desarrollo, y posteriormente esta influencia se podría potenciar o perpetuar según la importancia que las madres otorguen a la propia apariencia física y/o a la conducta alimentaria, como también en base a la persuasión que efectúen sobre sus hijos.

En cuanto al papel que ocuparían los hermanos, se halló escasa bibliografía, donde se los ubica como referentes a través de ciertas conductas de riesgo, mencionando específicamente la adicción a diferentes sustancias. Cabe aclarar que investigaciones recientes apuntan hacia la existencia de un factor genético, pero aún no hay evidencia suficiente que permita afirmar dicha hipótesis.

Por lo expuesto anteriormente, la dinámica familiar, los rasgos de personalidad materna y paterna, la conducta dietante de la madre con sus antecedentes de patología alimentaria y el ambiente compartido entre hermanos, podrían contribuir al desarrollo TCA, aunque no explicarían por sí solos su aparición, ya que existiría una vulnerabilidad individual que albergaría todos estos factores mencionados y que explicaría por qué en un mismo ambiente familiar un miembro desarrolla la patología y otros no.

A modo de cierre, cabe destacar que al indagar acerca de la relación de TCA entre hermanos y al papel que ocuparía la figura paterna, se encontró escasa bibliografía, lo cual significó una limitante al momento de intentar realizar inferencias en la presente revisión. Por lo tanto, sería fundamental la realización de futuras investigaciones que amplíen la temática de estudio abordando dichos aspectos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2001. 1088 p.

(2) Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Rev. de Psiquiat. y Psicología del Niño y del Adolescente. [Online]. 2004; 4(1): 65-81. Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>

(3) Betancourt M L, Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Médica. [Online]. 2007; 48 (3): 24-51. Citado el 03-03-2016. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vuniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>

(4) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. 2013. 492 p.

(5) López C, Herrero O, Botella L. Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. Rev. de Psicot. [Online] 2014; 25 (99): 69-81. Citado el 29-05-2016. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/271839121_Dinmica_familiar_y_vnculo_parental_en_pacientes_diagnosticados_de_Trastorno_de_la_Conducta_Alimentaria._\(Family_Dynamics_and_Parental_Bonding_in_Eating_Disorders\)/links/5613eace08aec622440fdb8a.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/271839121_Dinamica_familiar_y_vnculo_parental_en_pacientes_diagnosticados_de_Trastorno_de_la_Conducta_Alimentaria._(Family_Dynamics_and_Parental_Bonding_in_Eating_Disorders)/links/5613eace08aec622440fdb8a.pdf)

(6) Bedoya González K M, Ríos Ríos C. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes. Universidad Católica de Pereira. [Online] 2015. Citado el 18-05-2016. Disponible en:

<http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/3293/DDEPCEPNA15.pdf?sequence=1>

(7) Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Scappatura M L. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online] 2010; 1 (1) 48-61. Citado el 19-05-2016. Disponible en:

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/6/15>

(8) Mariscal Rodríguez G L. Influencias socioculturales asociadas a la percepción corporal en niño(a) s: una revisión y análisis de la literatura. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online] 2013; 4 (1): 58-67. Citado el 25-05-2016. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100007

(9) Swanson S A, Crow S J, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas K R. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Archives of General Psychiatry [Online]. 2011; 68 (7). p. 714-723. Citado el 20-04-2016. Disponible en:

<https://psychiatry-training.wiki.otago.ac.nz/images/a/af/Swanson11.pdf>

(10) Marin B V. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes. Rev. Chil. Nutr. [Online]. 2002; 29 (2): 86-91. Citado el 27-02-2016. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002

(11) Behar A R, Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). Rev. Chil. Pediatr. [Online]. 2014; 85 (6): 731-739. Citado el 07-03-2016. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n6/art12.pdf>

(12) Borrego Hernando O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Información terapéutica del sistema nacional de salud [Online]. 2000; 24 (2): 44-50. Citado el 05-03-2016. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>

(13) Agüera Z, Jiménez Murcia S, Granero R, Penelo E, Wagner G, Karwautz A, Riesco N, Menchón J M, Fernández Aranda F. Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online] 2011; 2 (1): 53-61. Citado el 08-03-2016. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100006

(14) Vázquez Velázquez V, Reidl Martínez L M. El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. Psicología y Salud [Online]. 2013; 23 (1): 15-24. Citado el 07-04-2016. Disponible en:

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Ver%C3%B3nica%20V%C3%A1zquez%20Vel%C3%A1zquez.pdf>

(15) León Hernández R C, Aizpuru De La Portilla A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online]. 2010; 1 (2):112-118. Citado el 07-03-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200004

(16) Ruiz Martínez A O, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz J M, Viladrich Segué S C, Halley Castillo M E. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online]. 2013; 4 (1): 45-57. Citado el 09-03-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006

(17) Chandler E. Escisión y Contexto en la Anorexia Nerviosa. Revista Actualidad Psicológica [Online]. 2001; (288). Citado el 07-03-2016. Disponible en: <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/default/files/Escisi%C3%B3n%20y%20Contexto%20Revisado.pdf>

(18) Facchini M. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? Arch. Argent. Pediatr [Online]. 2006; 104 (4): 345-350. Citado el 11-03-2016. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n4a12.pdf>

(19) Field A E, Javaras K M, Aneja P, Kitos N, Camargo C A, Taylor C B, Laird M N. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine [Online]. 2008; 162 (6): 574-579. Citado el 28-05-2016. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652375/>

(20) Ruiz Martínez A O, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz J M, Trujillo Chi Va-
cuán E M. Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus pa-
dres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud* [Onli-
ne]. 2010; 20 (2):169-177. Citado el 20-03-2016. Disponible en:

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Ana-Oliva-Ruiz-Martinez.pdf>

(21) Vázquez Arévalo R, Raich Escursell R M. El papel de la familia en los Tras-
tornos Alimentarios. *Psicología Conductual* [Online] 1997; 5 (3):391-407. Citado
el 20-02-2016. Disponible en:

<http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1997/art05.3.05.pdf>

(22) Ruiz Martínez A O, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz J M, López Aguilar X,
Álvarez Rayón G, Tena Suck A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la pro-
tección de trastornos del comportamiento alimentario. *Univ. Psychol.* [Online].
2010; 9(2): 447-455. Citado el 20-04-2016. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a12.pdf>

(23) Agut M, García Alonso I, De La Gandara Martin J, Vegas Miguel M. La es-
tructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp. Psiquiatr.*
[Online]. 2014; 42(6): 80-267. Citado el 22-02-2016. Disponible en:

<http://actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-267-280-402585.pdf>

(24) Portela de Santana M L, Da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich R
M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la
adolescencia; una revisión. *Nutr. Hosp.* [Online]. 2012; 27(2): 391-401. Citado el

22-02-2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200008&script=sci_arttext&lng=esja.org

(25) Cruzat C, Ramírez P, Melipillan R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Psykhe [Online]. 2008; 17 (1):81-90. Citado el 09-03-2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100008

(26) Maglio A, Molina M. La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? Rev. Mex. de Trastor. Aliment. [Online] 2012; 3 (1): 1-10. Citado el 09-03-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100001

(27) Otero M C. Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. [Online]. 2011; 13 (4). Citado el 19-05-2016. Disponible en: http://www.siicsalud.com/pdf/td_salud_mental_13_4_d2811.pdf

(28) Del Bosque Garza J M, Caballero Romo A. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Online]. 2009; 66 (5): 398-409. Citado el 09-03-2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002

(29) Losada A V, Leonardelli E, Magliola M. Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Online]. 2015; 18 (1) 381p. Citado el 04 -02-2016. Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art19.pdf>

(30) Salgueiro M C, Kirszman D. Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: el rol de la familia. Revista Argentina de Clínica Psicológica [Online]. 2012; 21 (2). 161-171. Citado el 21-02-2016. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/2819/281927588008/>

(31) De los Santos A. Nuevas familias y conducta alimentaria. Trastornos de la conducta alimentaria [Online]. 2007; (5) 439-456. Citado el 18-01-2016. Disponible en:

http://www.tcasevilla.com/archivos/nuevas_familias_y_conducta_alimentaria.pdf

VII. ANEXO

DSMV

ANOREXIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la auto percepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC >17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Subtipos

La mayoría de individuos con el tipo de anorexia con atracones/purgas, que se atracan de comida, también se purgan a través del vómito auto provocado o la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con este subtipo de anorexia nerviosa no se atracan de comida, pero se purgan regularmente después de consumir pequeñas cantidades de alimentos. El intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno no es infrecuente; de este modo, la descripción del subtipo se debería utilizar para describir los síntomas actuales más que para describir un curso longitudinal.

BULIMIA NERVIOSA

Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej. vómito auto provocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (ej., en servicios de urgencias).



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.istacala.unam.mx/>

Family factors associated to Eating Disorders: a review

Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión

Ana Olivia Ruiz Martínez¹, Rosalía Vázquez Arévalo², Juan Mammel Mancilla Díaz², Carme Viladrich i Segnés³, María Elizabeth Halley Castillo⁴.

¹ Universidad Autónoma del Estado de México CU Zumpango, México.

² Universidad Nacional Autónoma de México, IES Itzamal, México.

³ Universidad Autónoma de Barcelona, España.

⁴ Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, ISEM, México.

Abstract

From a multifactorial perspective this study present a review about the family factors associated to eating disorders, considering theoretical and empirical contributions in national and international journals articles. The find of the research about the *Eating Disorders and Family*, indicate that the principal topics investigated are: family functioning, daughters and fathers relationships, stressful experiences, family psychopathology, attitudes and behaviors about weigh, eating and body image in the affected families. We conclude recognizing the heterogeneity of the families with Eating Disorders and the complex combination of family factors associated to eating psychopathology. More research is suggested about: family functioning in EDNOS patients, the father's role, protective factors, coping stress, body image and family food.

Resumen

Desde una perspectiva multifactorial el presente trabajo es una revisión sobre los factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), considerando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en artículos nacionales e internacionales. Los resultados de la búsqueda sobre *TCA y familia*, indican que los principales tópicos investigados son: funcionamiento familiar, relaciones hija-padres, experiencias estresantes, psicopatología familiar, actitudes y conductas hacia el peso, alimentación e imagen corporal en las familias afectadas. Se concluye reconociendo la heterogeneidad de las familias con TCA y la compleja combinación de factores familiares asociados a la psicopatología alimentaria. Se sugiere mayor investigación sobre: funcionamiento familiar de las personas con TCANE, el papel del padre, factores de protección, afrontamiento al estrés, imagen corporal y alimentación familiar.

INFORMACION ARTICULO

Recibido: 30/01/2013
Revisado: 18/04/2013
Aceptado: 03/06/2013

Key words: Eating disorders, family, functioning, psychopathology.

Palabras clave: Trastornos alimentario, familia, funcionamiento, psicopatología.

Introducción

La influencia familiar dentro del campo de la psicopatología reviste singular importancia dado el papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales. Desde la perspectiva multifactorial se reconoce la contribución familiar en cualquier psicopatología y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) no son la excepción (Dare, 1993; le Grange, Binford & Loeb, 2005; Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

Ante la inquietud de ofrecer un marco de referencia amplio que permita comprender de mejor manera la compleja relación entre la psicopatología ali-

mentaria y la familia, la presente revisión aborda los factores familiares asociados a los TCA, retomando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en la literatura internacional. Dado que estos trastornos se presentan mayoritariamente en mujeres, los factores analizados se centran en dicha población, se incluyen aquellos tópicos que han mostrado relevancia en las recientes investigaciones especializadas, ofreciendo así, una aproximación que va desde el funcionamiento familiar hasta las actitudes y conductas asociadas a la alimentación, imagen corporal y peso en las familias afectadas.

La relación entre la familia y los TCA se ha abordado desde antaño. Se señala que desde el siglo XVII se recomendaba alejar a la hija con AN (Anorexia Nerviosa) de su familia como parte del tratamiento

Correspondencia: Dra. Ana Olivia Ruiz Martínez. E-mail: ana_olivia@yahoo.com.mx
Camino viejo a Jilotezingo continuación calle Rayón, Valle Hermoso, Zumpango, Estado de México, C.P. 55600. Tel. 01 (591) 917 27 02, Tel. 01 (591) 917 41 39.

El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial

The role of the mother in eating disorders: A psychosocial perspective

Verónica Vázquez Velázquez¹ y Lucy María Reidl Martínez²

RESUMEN

Se presenta una revisión de la literatura publicada acerca del papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria desde una perspectiva psicosocial. Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y bulimia nerviosas y el trastorno por atracón, son patologías psiquiátricas influenciadas por factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales. En el contexto familiar, resulta necesario precisar el papel que juega la madre en relación con el desarrollo y mantenimiento de conductas alimentarias desadaptadas y de la insatisfacción corporal, características presentes en dichos trastornos. En el presente estudio se aborda la obesidad en las madres, sus dietas restrictivas, su insistencia para que sus hijas pierdan o controlen su peso, la importancia que conceden a la apariencia y a la figura corporal ideal de la sociedad, sus conductas alimentarias compulsivas y las restricciones que ejercen sobre la alimentación de los hijos, todo lo cual son factores de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias desadaptadas, insatisfacción corporal y alteraciones en las sensaciones de hambre-saciedad en los hijos.

Palabras clave: Madre; Anorexia; Bulimia; Conducta alimentaria; Psicopatología.

ABSTRACT

A review of published literature on the role of the mother in developing eating disorders is presented, from a psychosocial perspective. Eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, are psychiatric pathologies influenced by genetic, psychological, social and environmental factors. Within the family context, it is necessary to clarify the role of the mother in relation to the development and maintenance of maladaptive eating behaviors and body dissatisfaction, frequently present in these disorders. Findings analysis suggest that the main risk factors for the development of maladaptive eating behaviors include: presence of obesity in the mother, restrictive dieting, persuading their daughters to lose or control their weight, excessive importance by mothers to body appearance and shape determined by society, compulsive eating, restrictions by mothers on their daughters eating behavior, psychopathology and the presence of an eating disorder in the mother. These factors also acted as likely predictors of dissatisfaction and altered hunger-satiety sensations in their children.

Key words: Mother; Anorexia; Bulimia; Eating behavior; Psychopathology.

¹ Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 06760 México, D.F., México, tel. (55)5487-09-00, ext. 5068, correo electrónico: verovelazquez@yahoo.com. Artículo recibido el 27 de noviembre de 2011 y aceptado el 23 de enero de 2012.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)56-22-15-63, correo electrónico: lacym@mam.mx.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:
<https://www.researchgate.net/publication/271839121>

Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Article · January 2014

READS
335

3 authors, including:



[Carlota López](#)

Fundacio Blanquerna

2 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE



[Luis Botella](#)

Universitat Ramon Llull

279 PUBLICATIONS 612 CITATIONS

SEE PROFILE