

Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria

DRA. RAQUEL ZAMORA¹, LIC. AIRAM MARTÍNEZ², CLAUDIA GAZZO³, SOLEDAD CORDERO⁴

Resumen

El presente trabajo tuvo por objetivo buscar antecedentes personales y familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra estar alerta y realizar tareas de prevención para evitar el desarrollo de dichas enfermedades.

Se analizaron 39 pacientes con trastornos alimentarios que consultaron en un centro especializado de atención de adolescentes entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999. Se compararon con un grupo control de 39 pacientes que también consultaron en la institución con otros diagnósticos psiquiátricos. Los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente con la prueba del Chi cuadrado. Se concluyó que la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres

entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón-purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad.

Dichas pacientes presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales, tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia, que el grupo control.

Las madres y padres presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que los del grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas.

Las madres presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que las del grupo control, las diferencias no fueron significativas.

Palabras clave: CONDUCTA ALIMENTARIA
TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS
ANOREXIA NERVIOSA
BULIMIA

1. Médica pediatra y psiquiatra. Terapeuta cognitivo-comportamental (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta). Coordinadora médica del Centro de Atención Psiquiátrico – Psicológico con Tratamientos Actualizados (CAPTA). Secretaria de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay.

2. Licenciada en psicología. Terapeuta cognitivo-comportamental. Coordinadora de Psicología del Centro de Atención Psiquiátrico – Psicológico con Tratamientos Actualizados (CAPTA).

3. Licenciada en psicología. Terapeuta en neurolingüística. Psicóloga del Centro Diurno para Trastornos de la Conducta Alimentaria de CAPTA.

4. Licenciada en psicología. Terapeuta cognitivo-comportamental en formación. Realizó pasantía en CAPTA.

Fecha recibido: 4 de mayo de 2001

Fecha aprobado: 23 de julio de 2002

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo procurar antecedentes pessoais e familiares de pacientes com transtornos de conduta na alimentação (anorexia e bulimia nervosa) com intenção de conhecer possíveis fatores de risco que permitam ao médico pediatra estar alerta e realizar trabalhos de prevenção para evitar o desenvolvimento destas patologias. Analisaram-se 39 pacientes com transtornos na alimentação num centro de especialização em atenção de adolescentes entre 26 de outubro de 1995 e 23 de setembro de 1999. Compararam-se com um grupo controle de 39 pacientes que também consultaram na instituição com outros diagnósticos psiquiátricos.

Os resultados de ambas populações foram processados estatisticamente com a prova do Chi quadrado.

Concluiu-se: 1) A população de pacientes com transtornos de conduta na alimentação esteve constituída quase exclusivamente por mulheres entre 12 e 26 anos de idade. Predominou o subtipo bulimia "atración purga" seguido pela anorexia restritiva. As três quartas partes apresentavam comorbilidade com transtornos do estado de ânimo e/ou transtornos por ansiedade. 2) Estas pacientes apresentavam significativamente uma quantidade maior de antecedentes de desordens na alimentação e anomalias do peso, tanto no primeiro ano de vida como no resto da infância, que o grupo controle. 3) As mães e pais apresentaram maiores percentagens de sobrepeso e preocupação pelo físico do que os do grupo de controle, embora as diferenças não foram significativas. 4) As mães apresentaram maior percentagem de sobreproteção com seus filhos do que as do grupo de controle, as diferenças não foram significativas.

Palabras chave: CONDOTA NA ALIMENTAÇÃO
TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO
ANOREXIA NERVOSA
BULIMIA

Introducción

Como plantea V. J. Turón Gil, en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) así como en otras enfermedades, además del tratamiento, las medidas de prevención pueden llegar a reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar el pronóstico ⁽¹⁾. Para trabajar a nivel de prevención primaria en TCA es importante conocer si hay antecedentes personales o familiares que nos puedan ayudar a mostrar grupos de riesgo. El español Toro menciona como factores de riesgo: el sexo femenino, la situación de pubertad, la personalidad previa, el sobrepeso y obesidad, la actividad física excesiva y por ende como actividades de alto riesgo: la danza, la gimnasia rítmica y las carreras, para la anorexia y la lucha, el boxeo, el culturismo para la bulimia ⁽²⁾. Destaca como importante factor de riesgo el modelo estético corporal delgado, mediatizado por múltiples factores que se potencian mutuamente: modas del vestir, progresiva exhibición del cuerpo, empresas dedicadas a la elaboración de productos y servicios para adelgazar, la publicidad consiguiente, la existencia de personajes famosos mostrando su delgadez corporal, el rechazo psicosocial al sobrepeso (confundiéndolo con obesidad), la influencia de los medios de comunicación de masa y sobre todo los cambios sobrevenidos en el papel e imagen social de la mujer. También la dieta alimentaria restrictiva se considera un factor de riesgo, pues es el inicio de los fenómenos "malnutricionales" que van a dar lugar al desarrollo, arraigo y agravamiento de estas enfermedades. Hay circunstancias que al producir insatisfacción por el propio cuerpo y/o adelgazamiento pueden dar lugar a un TCA. Dentro de ellas tenemos estados de ansiedad y depresión con pérdida de peso, estancias en otros países con diferentes dietas, embarazo, baja estatura, vegetarianismo y concepciones afines, accidentes con alguna consecuencia deformante, dismorfofobias, trastornos obsesivos. El factor de riesgo aumenta cuando hay perturbaciones de la personalidad que se reflejan en trastornos que aparecen como una continuación de dificultades surgidas y no resueltas de la niñez y que se agravan en la adolescencia. Dentro de los factores familiares relacionados se habla de madres o hermanas mayores que constituyen modelos físicos de delgadez. Los comentarios reiterados en el seno familiar sobre los cuerpos y siluetas de los/las adolescentes también son riesgosos. Ciertas patologías familiares, de tipo interaccional se consideran también predisponentes, en esta área se encuentran los aportes de Salvador Minuchin y Palazolli ⁽³⁾. Según este último, las familias de anoréxicas en general son unidas en demasía, presentando alianzas secretas entre sus miembros. El hijo no tiene energía para una vida propia, son personas sin identificación. En tanto la

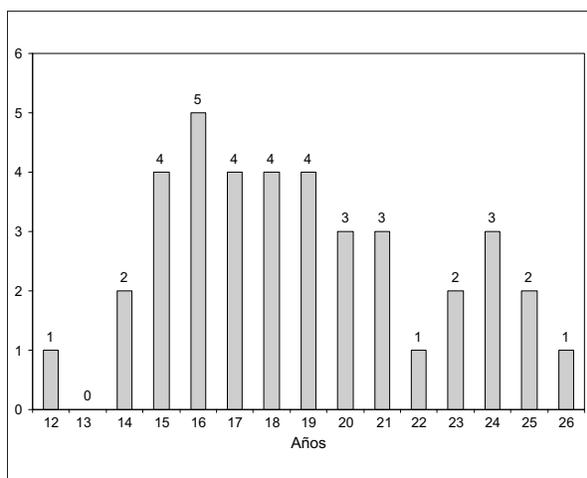


Figura 1. Distribución por edad y sexo.
N=39. 38 femenino, 1 masculino (16 años)

familia de las bulímicas son conflictivas y desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros.

Objetivos

Buscar antecedentes personales y familiares de los pacientes que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria; de manera de conocer posibles factores de riesgo que permitan al médico pediatra estar alerta y realizar tareas de prevención para evitar el desarrollo de dichas enfermedades, o hacer un diagnóstico precoz antes que el desorden se instale totalmente y se complique.

Metodología

Se analizaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de todos los casos derivados a un centro privado especializado en la atención de adolescentes (Centro de Atención Psiquiátrico-Psicológico con Tratamientos Actualizados) en los que se realizó diagnóstico de trastorno alimentario en el período comprendido entre el 26 de octubre de 1995 y el 23 de setiembre de 1999. Para el diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria así como del tipo y subtipo se usaron los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV) ⁽⁴⁾. A nuestro centro son derivados adolescentes con diferentes conflictivas, en general afectivo-conductuales, ya sea para un diagnóstico y/o tratamiento. Por esta razón tenemos sistematizada la exploración a través de entrevistas al joven y a su familia, así como diferentes cuestionarios que investigan hábitos,

presencia de ansiedad, depresión, conductas auto y heteroagresivas, características de personalidad, antecedentes personales y familiares; cuando se sospechan enfermedades específicas o se quiere profundizar en las mismas se eligen inventarios o escalas ya diseñadas con dichos fines ⁽⁵⁻⁷⁾. De todo este material, para esta investigación se recogieron datos en relación al período fetal y perinatal, antecedentes personales en relación al peso, a la alimentación, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la infancia, de enfermedades físicas y actividades relacionadas al desarrollo de la patología, tipo de trastorno alimentario y comorbilidad. Se incluyeron datos de la madre y el padre en relación a sus características físicas, a la alimentación, a la presencia de trastornos psiquiátricos, a las características del tipo de vínculo con el hijo. El equipo también cuenta con una nutricionista, cuya participación es sugerida a todos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, pero en algunos casos la familia plantea que ese seguimiento, así como el del médico clínico, será realizado a través de los técnicos del sistema prepago (mutualista o seguro de salud) que le da cobertura. Por esta razón no siempre figura en nuestras fichas clínicas el seguimiento de los datos antropométricos en forma sistematizada.

Se seleccionó en forma intencional una población control, con pacientes derivados al mismo centro en el período estudiado y en los que se diagnosticaron otros desórdenes psiquiátricos diferentes a los trastornos de conducta alimentaria. La población control se asemeja a la población con TCA en cuanto a distribución por sexo, edad, período de ingreso, entre otras variables. Esta población control fue analizada igual que la anterior.

A posteriori los resultados de ambas poblaciones fueron procesados estadísticamente aplicando la prueba de Chi cuadrado.

Resultados

A. Características de la población de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (TCA)

A.1. Distribución por sexo y edad (figura 1)

De los 39 pacientes estudiados, 38 correspondieron al sexo femenino y sólo hubo un caso masculino.

Las edades estuvieron entre los 12 y 26 años, ubicándose aproximadamente la mitad entre los 16 y 19 años.

A.2. Distribución según tipo y subtipo de TCA

El 48% fueron diagnosticados como bulímicas, en su mayoría tipo atracón-purga. El 38% correspondió a anoréxicas, predominando el tipo restrictivo.

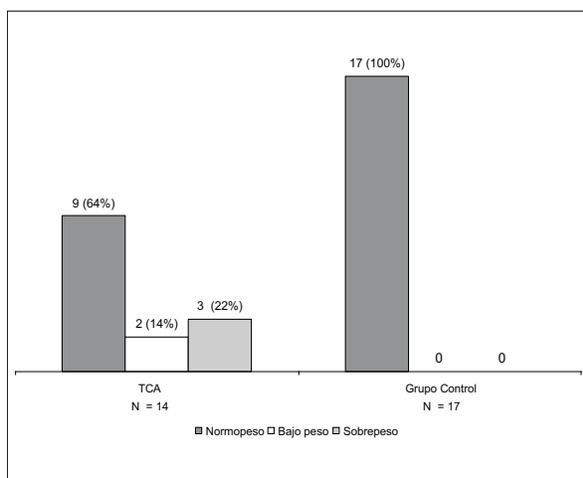


Figura 2. Peso en el primer año de vida. N=31. Chi cuadrado = 7,24

El 14% correspondió a trastornos alimentarios no especificados.

B. Antecedentes personales de la población de pacientes con TCA comparados con el grupo control

Se analizaron variables como características del embarazo, tipo de nacimiento, presencia de enfermedad perinatal, madurez del recién nacido al nacer, peso al nacimiento sin encontrarse diferencias entre ambas poblaciones.

B.1. Peso y conducta alimentaria en el primer año de vida

De los 31 casos que se disponía de información nos encontramos con que en el grupo control todos los casos habían tenido un incremento de peso adecuado, mientras que en el 36% los niños que desarrollaron TCA en la adolescencia, presentaron un incremento en más (sobrepeso) o un incremento deficitario (figura 2).

La conducta alimentaria fue anómala en 26% del grupo de pacientes con TCA mientras que sólo en el 5% del grupo control (figura 3).

B.2. Peso y problemas alimentarios del segundo año de vida al finalizar la infancia

Al analizar el aumento de peso a partir del segundo año y durante el resto de la infancia encontramos que mientras en el grupo control el incremento fue inadecuado en 30% este porcentaje asciende a 68% en quienes desarrollaron TCA en la adolescencia, predominando el sobrepeso (40%), bajo peso (20%) y oscilaciones (6%) (figura 4).

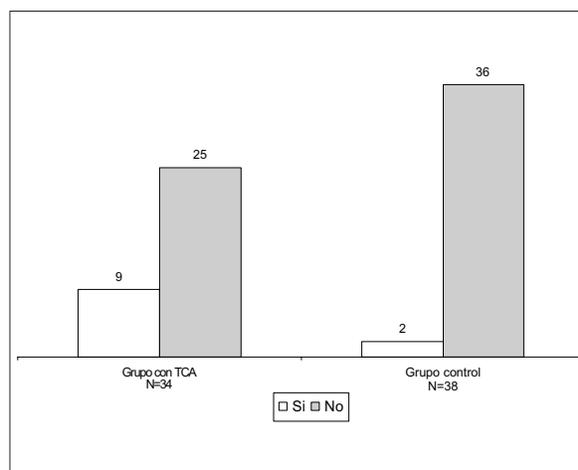


Figura 3. Problemas alimentarios en el primer año de vida. N=72. Chi cuadrado = 6,23

La conducta alimentaria fue anómala en el 18% de los pacientes con TCA mientras que sólo 3% del grupo control (figura 5).

B.3. Comorbilidad de otras patologías en pacientes con TCA comparados a grupo control

En tres cuartas partes (30 en 39), el trastorno se asoció a trastornos de estado de ánimo y en otro tanto a trastorno de ansiedad. Sólo un caso en treinta y nueve presentó abuso de sustancia.

B.4. Trastornos de personalidad en pacientes con TCA comparados con grupo control

En el grupo de TCA predominan los trastornos de personalidad actuadora (histriónico, narcisista, borderline), continuándoles los de tipo ansioso (obsesivo, evitativo, dependiente), situación que se invierte en el grupo control donde hay un franco predominio de los trastornos del grupo ansioso seguido por los actuadores.

Se analizaron también antecedentes de patologías psiquiátricas durante la infancia, encontrándose en los pacientes con TCA una tendencia a haber tenido con mayor frecuencia trastornos de ansiedad, depresión, del control de los esfínteres o somatizaciones. También se analizaron los antecedentes personales de maltrato físico y abuso sexual.

C. Antecedentes de progenitores de pacientes con TCA, comparados con el grupo control

C.1. Características físicas de las madres (figura 6)

En los casos donde la información figuraba, observamos que fue notorio el predominio de alteraciones en el peso de las madres siendo más frecuente la obesidad.

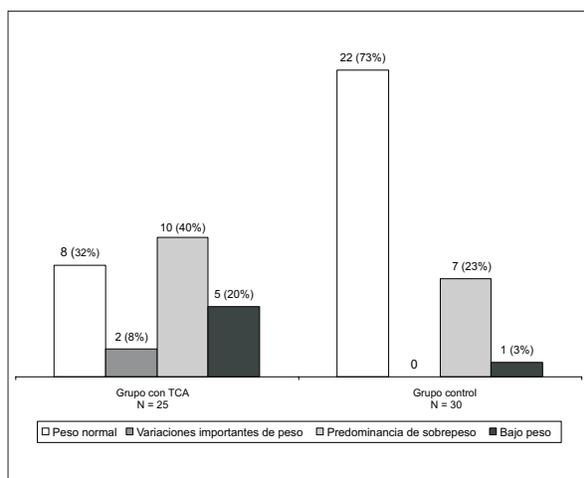


Figura 4. Peso durante la infancia.
N=55. Chi cuadrado = 9,4

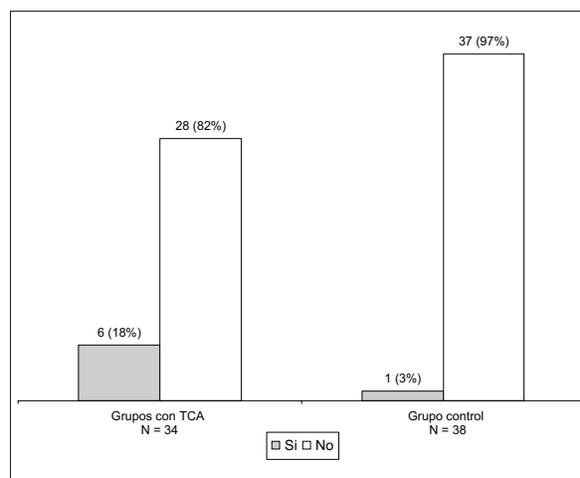


Figura 5. Problemas alimentarios en la mayor parte de la infancia.

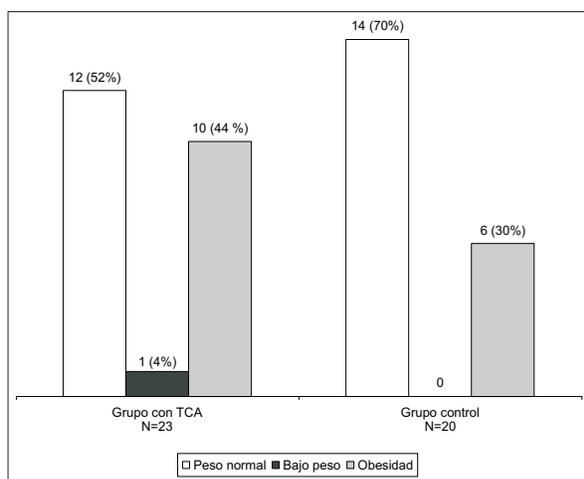


Figura 6. Características físicas de las madres.

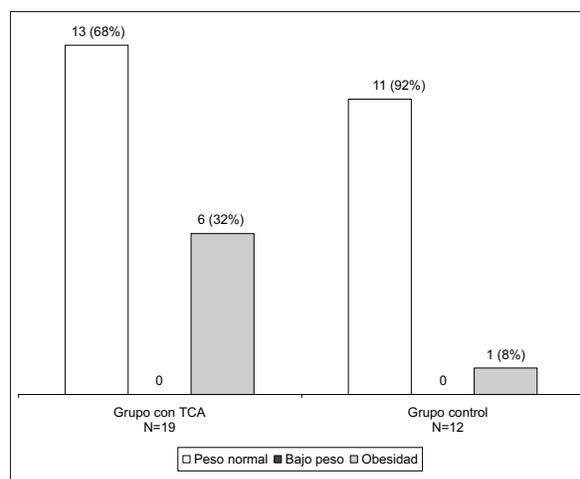


Figura 7. Características físicas de los padres.

También se encontró que las madres de los pacientes con TCA presentaban mayor preocupación por su físico (preocupación excesiva por engordar, realización de dietas, operaciones estéticas) que en el grupo control. El procesamiento estadístico no mostró diferencias significativas. Estas tendencias quizás lleguen a hacerse más evidentes al tener una población mayor.

C.2. Características físicas de los padres (figura 7)

También en los padres predominan los casos de obesidad y hay mayor preocupación por el físico que en el grupo control sin llegar a ser significativas las diferencias.

C.3. Tipo de vínculo entre madre e hija (figura 8)

En el caso de la madre aparece fundamentalmente como más sobreprotectora que en el grupo control. Las diferencias no son significativas.

Comentarios y discusión

La población estudiada cumplió con las características de otras poblaciones ya analizadas por nuestro equipo (8), otros autores uruguayos (9) y demás trabajos realizados en otros medios (10,11) ya que hubo un significativo predominio del sexo femenino, siendo las edades de mayor frecuencia la adolescencia y juventud.

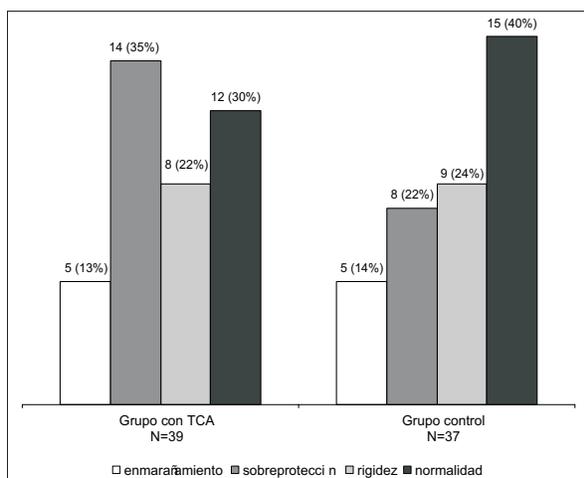


Figura 8. Tipo de vínculo de las madres con hija/o.

El tipo y subtipo de trastorno alimentario cumplió con las mismas características predominando la bulimia con atracón-purga, seguida por la anorexia restrictiva.

En cuanto a la comorbilidad fue alta, especialmente con trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos como también aparece en otras poblaciones ⁽¹²⁾. También los rasgos de personalidad predominantes en anoréxicas y bulímicas guardan relación con hallazgos de otros autores ^(13, 14).

Este trabajo tenía como objetivo fundamental la búsqueda de antecedentes personales que nos pudieran ayudar a encontrar en niños indicadores de un posible desarrollo de estas enfermedades.

De las diferentes variables analizadas se encontraron algunas que los resultados arrojan diferencias significativas respecto a otros adolescentes también derivados a consulta psiquiátrica pero por otro tipo de patologías. El peso en el momento del nacimiento no ofrece diferencias en ambas poblaciones, sin embargo el análisis del aumento ponderal en el primer año de vida muestra que aquellos niños que desarrollaron TCA tienen significativamente más sobrepeso o más bajo peso que el resto. La situación se hace más notoria cuando se analiza el aumento ponderal durante el resto de la infancia, teniendo estos niños mayor predominancia de sobrepeso, seguida por aquellos con curvas ponderales deficitarias y por algunas con variaciones importantes del peso (alternancia entre exceso y déficit según diferentes períodos). Parecería que estas diferencias en el peso están acompañadas de trastornos en la conducta alimentaria tal como la describen especialmente sus madres, son jóvenes que dieron problemas “para ser alimentadas”. Como en el proceso alimentario sabemos que es muy importante el papel que juega la madre, no podemos con estos datos sa-

ber si las conflictivas son fundamentalmente por características de las niñas o por características de las madres que hacen un problema de la alimentación de sus hijos.

A nivel de la infancia también aparecen antecedentes de patología psiquiátrica infantil donde destacamos la angustia por separación, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, los trastornos del control de los esfínteres, pero no en mayores porcentajes que en otros pacientes derivados a psiquiatra en la adolescencia.

Se buscó también si madres y padres presentaban, en el momento de las consultas de sus hijos, problemas con su peso y la alimentación, si bien encontramos mayores porcentajes de obesidad en estos progenitores no llegaban a conformar diferencias significativas.

En relación a la presencia de psicopatología, en las madres predominaron los trastornos depresivos y ansiedad al igual que para el resto de los adolescentes derivados a consulta. En los padres la situación fue semejante, apareciendo también porcentajes más altos de adicciones que en las madres pero sin diferencias significativas en relación a padres de otras familias.

En cuanto al tipo de vínculo con las hijas, lo más sobresaliente fue el hallazgo de sobreprotección por parte de las madres pero, si bien los porcentajes fueron mayores que con otros pacientes, tampoco las diferencias fueron significativas.

De acuerdo al trabajo, la tercera parte de la población que presenta TCA en la adolescencia y juventud ha comenzado con trastornos de la conducta alimentaria y del peso corporal desde el primer año de vida. Y en el resto de la infancia los trastornos alimentarios son presentados por dos de cada tres pacientes, por lo tanto sólo una tercera parte de las jóvenes que desarrollan el trastorno no tienen el antecedente de trastornos alimentarios y alteraciones de la curva ponderal, posiblemente estas sean las que en la etiología de la enfermedad influyan más factores ambientales en el período de la adolescencia, pero en la gran mayoría los antecedentes familiares son muy importantes, especialmente los relacionados al proceso alimentario y al aumento de peso. Es fundamental que el pediatra siga con atención a las niñas que presentan trastornos en la curva ponderal, especialmente a aquellas con sobrepeso porque además de los riesgos de enfermedades endócrinas, cardiovasculares, metabólicas, está el riesgo del desarrollo de estos trastornos complejos y serios. Dentro de los elementos a investigar en estos casos es el tipo de relación entre la madre y la hija, ya que la presencia de sobreprotección aumenta los riesgos. Las madres sobreprotectoras son aquellas que tienen inseguridades respecto a que sus hijas sean capaces por sí mismas de ir dando diferentes pasos propios del crecimiento y por eso hacen por ellas más de lo que deben, dificultando así el

proceso de independización y creando temor en el/la hijo/a a crecer. Recordemos que uno de los problemas que tienen las chicas con TCA es el temor a crecer, el temor a convertirse en mujeres y en parte la génesis de esta situación está en que desde pequeñas no se les ha enseñado a dar pasos por ellas mismas sino que, por el contrario, se ha transmitido el mensaje de que no son capaces. Por esta razón es muy frecuente que, además, presenten trastornos afectivos y ansiosos que también implican dificultades en el proceso de maduración. Si la mayor parte de estas chicas han tenido sobrepeso, es muy posible que sus madres las hayan sobrealimentado. A esto se agrega más tarde que al sentirse inseguras comen con ansiedad. Por los resultados vistos, el pediatra también debe estar atento a investigar sobre el tipo de vínculo, reconocer cuándo la madre es sobreprotectora. Si la niña presenta, además, psicopatologías infantiles como angustia de separación (dificultad de separarse de sus padres, rechazo a ir al preescolar o a la escuela, imposibilidad de quedarse una noche a dormir en otro lugar sin los padres), si somatiza especialmente a nivel digestivo (dolor abdominal crónico, elementos de gastritis u otros problemas funcionales), si es ansiosa o miedosa (temor a dormir con la luz apagada por periodos más largos que los que cualquier niño puede presentar, temores específicos a animales, a la gente, timidez), o si es excesivamente responsable con sus estudios y sus expectativas de logros, el pediatra debe profundizar su exploración y seguimiento por el posible riesgo de desarrollo de una anorexia nerviosa. También si la niña con trastornos alimentarios y sobrepeso presenta características como impulsividad, tendencia a la acción, es algo teatral y seductora o tiene dificultades de autocontrol, debe hacerse un seguimiento más directo y no sólo enviar a dietista o médico especializado en nutrición, sino también pedir una consulta con psiquiatra infantil pues puede llegar a presentar una bulimia nerviosa.

Teniendo en cuenta las recomendaciones recientemente explicitadas, quizás los pediatras puedan colaborar a disminuir la aparición de anorexia y bulimia nerviosa, dos enfermedades que van en aumento, son muy severas y requieren largos tratamientos que hasta el momento, a nivel nacional y mundial, sólo logran 50% de mejorías⁽⁸⁾.

Conclusiones

La población de TCA estuvo constituida casi exclusivamente por mujeres entre 12 y 26 años de edad. Predominó el subtipo bulimia atracón-purga, seguido por la anorexia restrictiva. Las tres cuartas partes presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y/o trastornos por ansiedad.

Los pacientes con TCA presentaban significativamente mayor cantidad de antecedentes de desórdenes alimentarios y anomalías ponderales (sobrepeso, bajo peso, variaciones importantes de peso), tanto en el primer año de vida como en el resto de la infancia que el grupo control.

Las madres y padres de los pacientes con TCA presentaron mayores porcentajes de sobrepeso y preocupación por el físico que el grupo control, aunque las diferencias no fueron significativas.

Las madres de los pacientes con TCA presentaron mayor porcentaje de sobreprotección sobre sus hijos que el grupo control, tampoco las diferencias fueron significativas.

Summary

The objective of this paper was to study the personal and family history of patients with eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) so as to identify possible risk factors that might help the pediatrician in becoming aware and carrying out prevention strategies in order to avoid the development of these disorders.

Thirty-nine patients with eating disorders were studied, who consulted a specialized center for the treatment of adolescents in the period from October 26, 1995 to September 23, 1999. These were compared with a control group of 39 patients who also consulted the clinic but with different psychiatric diagnoses. The results of both populations were statistically processed with the Chi square test. It concludes that:

The population with eating disorders consisted almost exclusively of women with ages ranging from 12 to 26. The predominant subtype was binge-purge bulimia, followed by restrictive anorexia. Seventy five percent had co-morbidity with mood disorders and/or anxiety disorders.

Those patients had a significantly greater background of eating disorders and weight problems, both in their first year of life and in the rest of their childhood, compared with the control group.

The mothers and fathers had greater percentages of overweight and concern for their physical appearance than the control group; however these were not significant differences.

The mothers had a greater percentage of overprotection of their children than the control group; the differences were not significant.

Key words: FEEDING BEHAVIOR
EATING DISORDERS
ANOREXIA NERVOSA
BULIMIA

Bibliografía

1. **Turón Gil VJ.** Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997.
2. **Toro J.** Prevención de la anorexia y la bulimia nerviosas. *Nutr Obes* 1999; 2: 91-4.
3. **Fasolo C, Do Valle Chagas Diniz TC.** Aspectos familiares. En: Antunes Nunes MA, Apolinario JC, Galvao Abuchaim AL, et al. Trastornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998: 77-85.
4. **American Psychiatric Association.** DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
5. **Beck A.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 12: 57-62.
6. **Rojas E, Reig MJ, De las Heras J, et al.** Diagnostic validity of the evaluation scale of anxiety by Rojas. Procedente del 10º World Congress of Psychiatry; 1996 Aug 23-28; Madrid, España; 1992: 151.
7. **Myers I.** Manual: The Myers-Briggs Type Indicator. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1962.
8. **Zamora R, Martínez A.** Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo- comportamental y farmacológico de pacientes con trastornos alimentarios. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(3): 416-29.
9. **Bagattini CM de.** Trastornos severos de la alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia. *Rev Psiquiatr Urug* 1998; 62(2): 17-35.
10. **American Psychiatric Association.** Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2ª ed. Washington: APA, 2000.
11. **Chinchilla Moreno A.** Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1995.
12. **Melin P.** Comorbidade dos transtornos alimentares. En: Nunes MA. Trastornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998: 97-110.
13. **Vaz Leal F, Salcedo Salcedo MS.** Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: un estudio controlado. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*; 1993; 25(5):181-7.
14. **Bertera HJ, Fraise MM, Saba G.** Subtipos clínicos en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. *Comunicaciones (AAP)* 1995; 2(3): 31-44.

Correspondencia: Centro de Atención Psiquiátrico-Psicológica con Tratamientos Actualizados (CAPTA). Silvestre Blanco 2487 bis. CP 11300. Montevideo, Uruguay.
E-mail: captauru@netgate.com.uy



Fundación Médica Mauricio Gajer

La Fundación Médica Mauricio Gajer, estimulando la investigación en pediatría, otorgará un premio de \$ 10.000 (diez mil pesos uruguayos) al mejor trabajo de Pediatra Joven.

El jurado estará compuesto por un miembro de la Fundación Médica Mauricio Gajer, un miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Pediatría y un miembro del Comité Editorial de la revista "Archivos de Pediatría del Uruguay".

Se considerará como trabajos de "Pediatra Joven" a aquellos cuyos autores representen en las 2/3 partes o más a residentes o postgrados de pediatría.

Comité Editorial de "Archivos de Pediatría del Uruguay"