

Trastornos del Comportamiento Alimentario en un Área de Salud, análisis de su situación evolutiva y su relación con variables personales y familiares

A. Rodríguez Martín¹, J.P. Novalbos Ruiz¹, J.M. Martínez Nieto¹,
L. Escobar Jiménez², A.L. Castro de Haro¹

Resumen

Introducción: El objetivo del estudio es conocer las características clínicas de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) de nuestra área de salud, y la asociación de factores personales y familiares con la evolución de la enfermedad.

Material y Método: Estudio transversal en 120 pacientes con TCA atendidos en la Sección de Endocrinología y Nutrición Clínica de nuestro Hospital. Se aplicaron los cuestionarios EDI, Apgar Familiar y nivel socioeconómico (García-Caballero); analizados mediante regresión logística, T-test y Anova, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

Resultados: Predominan los cuadros de AN restrictiva de presentación aguda reciente. Destacan las crisis en cuadros bulímicos y la evolución más prolongada en la AN (duración media: 32,6 meses). Encontramos diferencias cualitativas en la comorbilidad física en los distintos tipos de trastornos alimentarios (osteoarticulares, gastrointestinales, hematológicos, etc.) y un predominio de comorbilidad psíquica en las formas agudas, principalmente en la bulimia y formas mixtas. La disfuncionalidad familiar y el consumo de tóxicos se asocian a la presencia de una mayor comorbilidad física o psíquica. El tiempo de evolución más prolongado se relaciona con el sexo femenino, la clase social más deprimida y la disfuncionalidad familiar.

Palabras clave: Adultos. Adolescente. Anorexia Nerviosa. Bulimia Nerviosa. Epidemiología.

Summary

Introduction: The objective of this study is to know the clinical characteristics of patients with eating disorders behaviour (EDB) of our area of health, analyzing the influence of personal and familiar factors on the evolution of the disease.

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz

²Servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital U. Puerta del Mar (Cádiz)

Correspondencia: Dra. Amelia Rodríguez Martín

E.U. Ciencias de la Salud

Avda. Duque de Nájera 18

11002 Cádiz

E-mail: amelia.rodriguez@uca.es

Method: A cross-sectional study in 120 patients presenting EDB attended in the Section of Endocrinology and Clinical Nutrition of our Hospital. The EDI, Apgar Family, and Garcia Caballero questionnaires were applied, in conjunction with clinical records. Tests of association, techniques of multinomial logistic regression, the T-test and Anova, Kruskal-Wallis and U of Mann-Whitney were utilised.

Results: A predominance of restrictive AN cases, of recent acute presentation. Crises are predominant in bulimic cases. A qualitative difference is observed in physical comorbidity in the different types of eating disorder, and psychiatric comorbidity in the acute forms, principally in bulimia and mixed forms. The family dysfunction and toxic consumption were associated to the presence of a greater physical or psychic comorbidity. The longer time of evolution is related to feminine sex, the social class more depressed and family dysfunction.

Key words: Adult. Adolescent. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Eating disorders. Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) constituyen los desórdenes mayores de conducta alimentaria de origen psíquico y los más importantes en el conjunto de los trastornos de la alimentación.

En los últimos años estos trastornos han adquirido gran resonancia social, observándose una mayor significación del cuerpo como distingo social y medio de competitividad, sobrevalorándose la apariencia física y la delgadez, pudiendo iniciar los malos hábitos alimentarios que pueden abocar en la adolescencia en verdaderos trastornos del comportamiento alimentario.

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria oscila entre 4,6 y 4,8 por 100.000, situándose la incidencia de AN en torno al 8,2 por 100.000. Esta incidencia acontece sobre todo en mujeres, cada vez a edades más tempranas con un predominio entre los 12-25 años; no obstante en la actualidad se están incrementando los casos en hombres. La mortalidad de la AN oscila entre un 2% y un 20%.

La etiología de estos trastornos es multicausal. Se habla de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Entre los primeros, cada vez se concede una mayor importancia a las características psicológicas de los pacientes y a los factores genéticos, hormonales, de funcionalidad familiar y factores socioculturales como la publicidad y la moda. Entre los factores precipitantes destacar la insatisfacción con el peso y figura corporal, y la presencia de actitudes alimentarias

restrictivas. Es importante conocer la influencia de cada uno de estos factores para poder actuar correctamente de forma preventiva.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología es muy amplia presentando tanto una afectación física (como trastornos gastrointestinales, osteoarticulares, hematológicos etc., frutos de los desequilibrios nutricionales), así como psíquica de mayor o menor complejidad, destacando los cuadros depresivos, de ansiedad y obsesivo compulsivos principalmente. Atendiendo a la evolución de estos procesos podemos diferenciar las formas agudas, bien sean de reciente aparición o la presencia de una crisis en un cuadro en evolución, y las formas evolutivas más o menos estables o en vías de resolución.

Estas características clínicas y estadios evolutivos parecen estar influidos por diversos factores epidemiológicos, que incrementarían la complejidad y evolución de estos procesos. Por tanto, este hecho debe tenerse en cuenta de forma relevante para una correcta actuación terapéutica que favorezca la resolución de estos problemas.

Hasta la fecha el número de estudios sobre TCA en los países mediterráneos es todavía limitado. En España, la mayoría de los estudios se centran en poblaciones urbanas del centro y norte del país con mejores indicadores socioeconómicos y culturales, mientras que los estudios de TCA en Andalucía son muy escasos, presentando nuestra zona unas connotaciones socioculturales y económicas inferiores al resto de la geografía nacional.

Por todo ello, nos planteamos la realización de este estudio en la provincia de Cádiz, con el

objetivo de describir la complejidad clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en sus distintos estadios evolutivos; analizando la posible influencia de factores epidemiológicos que pudieran agravar estos procesos, tales como lactancia, consumo de tóxicos, prácticas purgativas, ejercicio físico, prácticas sexuales, características psicológicas de los pacientes e influencias socio-familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal sobre pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, atendidos en la Sección de Endocrinología y Nutrición Clínica del hospital Puerta del Mar de Cádiz (unidad de referencia de la provincia) durante el año 2002. Se define como caso: toda persona con edad comprendida entre los 12 y 40 años de la provincia de Cádiz diagnosticada de AN y/o BN según los criterios establecidos por el DSM-IV 1. Las formas mixtas estarán integradas por cuadros de AN en los que aparecen brotes bulímicos, o bien un cuadro de BN que avoca en un AN.

En cuanto a la evolución clínica, se consideraron formas agudas, aquéllas que presentaban de forma florida la sintomatología descrita para los cuadros de anorexia y bulimia nerviosa; dentro de estos cuadros agudos, distinguimos entre formas recientes cuando se trataban de casos incidentes de nuevo diagnóstico, y cuadros de crisis cuando se había producido una agudización en un paciente diagnosticado hace más de dos años, encontrándose con anterioridad en una situación de estabilidad. De otro lado, se consideró la fase de estabilidad o evolución si el diagnóstico de trastorno del comportamiento alimentario había sido realizado hace más de dos años, no presentando un cuadro sintomatológico completo de acuerdo a la clínica recogida en el DSM-IV.

Considerando que los porcentajes encontrados de algunos factores de exposición influyentes en estos trastornos han oscilado entre el 40-45%, y para un riesgo esperado de 2,5 el número de casos necesarios era de 100-104 sujetos. Finalmente se han recogido 120 casos, la muestra incluye casos hospitalarios y ambulatorios, tanto incidentes como prevalentes.

Los instrumentos utilizados en la realización del estudio han sido:

A.- Eating Disorder Inventory (EDI), que evalúa actitudes hacia la ingesta y comportamientos alimentarios y que tiene la ventaja de estar adaptado a la población española. Consta de 11 subescalas (8 originales y tres más de la versión española) que describen un conjunto de factores importantes en las alteraciones de la conducta alimentaria. En el análisis de sus resultados, tienen mayor importancia clínica las puntuaciones en los factores que la puntuación total del Cuestionario. No se trata de un instrumento diagnóstico, sino que su utilidad principal es la observación y evaluación precisa de ciertos rasgos psicológicos relevantes para comprender y tratar los TCA.

B.- Cuestionario sobre el funcionamiento de la familia a partir del test de Apgar familiar, teniendo en cuenta la adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función de la familia. Se habla de familias normofuncionales (7-10 puntos), moderadamente disfuncionales (4-6 puntos) y gravemente disfuncionales (0-3 puntos).

C.- Valoración socioeconómica de la familia utilizando el test de García Caballero, dado que se ajusta a las características de la población española y su cumplimentación no presenta grandes dificultades. Se establecen seis clases sociales, con puntuaciones que oscilan entre 6 y 36, valorándose la profesión del padre, profesión de la madre, instrucción del padre, instrucción de la madre, características de la vivienda y características del barrio.

D.- Historia clínica y de hábitos alimentarios: recoge las características y hábitos del joven, antecedentes personales y familiares, así como los datos clínicos, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Entre las variables recogidas figuran el consumo de sustancias tóxicas tales como tabaco, alcohol y otras drogas, así como el consumo de sustancias purgativas específicamente laxantes, diuréticos y fibras.

Los cuestionarios fueron autoadministrados citando a los pacientes en grupos de 6-8. Los datos relativos a tratamientos actuales y situación

clínica (aguda –reciente o crisis– y en evolución) fueron recogidos a partir de las historias clínicas del hospital con el consentimiento de los pacientes; en el caso de pacientes menores de 18 años se solicitó autorización a los padres o tutores para la participación en el estudio. Los pacientes fueron pesados y tallados por el mismo personal.

Los datos obtenidos han sido tabulados y analizados empleando el programa estadístico SPSS v10. La asociación entre variables cualitativas se analiza mediante test de chi-cuadrado y test exacto de Fisher. Se emplean técnicas de regresión logística multinomial para estudiar la asociación de variables sociofamiliares y personales con los diferentes estadios evolutivos y complejidad clínica de la enfermedad. La comparación de medias se realiza mediante T-test y ANOVA, y cuando no se cumplen las asunciones de aplicación de los test paramétricos mediante Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se han estudiado un total de 120 sujetos (Tabla 1), de ellos 111 (92,5%) eran mujeres y 9

(7,5%) hombres. La edad media ha sido de 21,65 años con una desviación típica de 5,77. En cuanto al nivel de estudios, en general se observa una buena formación académica entre todos los pacientes que poseen algún trastorno del comportamiento alimentario, siendo ésta mejor en los pacientes con AN, en los que el 35% eran universitarios, seguidos de los estudiantes de COU y FPII (31,7%).

En relación a las características clínicas de nuestros pacientes, el 67,5% presentan un cuadro de AN (el 52% forma restrictiva y el 15% purgativa), el 15% presentan BN (8,3% con sobrepeso y 6,3% normopeso) y el 17,5% formas mixtas. Atendiendo a su grado de evolución, el 14,2% de estos trastornos se presentan de forma aguda reciente, un 11,7% son crisis de procesos ya instaurados y el 74,2% en evolución (figura 1). Las crisis son más frecuentes entre los enfermos bulímicos, y tanto las formas agudas recientes como los cuadros evolutivos predominan entre los pacientes con AN.

En cuanto al tiempo de evolución de estos procesos, la media es de 32,6 meses, siendo ésta superior en los cuadros de AN seguidos de la BN

Tabla 1
Caracteres generales de la población estudiada

	Clasificación Pacientes según EDI			
	Anorexia	Bulimia	F. mixtas	Total
Sexo Varones	8 (9,9%)	1 (5,6%)	0	9 (7,5%)
Mujeres	73 (90,1%)	17 (94,4%)	21 (100%)	111 (92,5%)
Nivel de estudios				
EGB	3 (3,7%)	2 (11,1%)	1 (4,7%)	6 (5,0%)
BUP - FP1	24 (29,6%)	3 (16,6%)	7 (33,3%)	34 (28,3%)
COU-FP2	24 (29,6%)	8 (44,4%)	6 (28,5%)	38 (31,7%)
Universitarios	30 (37,0%)	5 (27,7%)	7 (33,3%)	42 (35,0%)
Consumo de tóxicos				
Tabaco	31 (38,2%)	7 (38,9%)	9 (42,9%)	47 (39,2%)
Alcohol	20 (24,7%)	4 (22,2%)	9 (42,9%)	33 (27,5%)
Otros tóxicos	4 (4,9%)	1 (5,5%)	1 (4,7%)	6 (5,0%)
Empleo de sustancias sin indicación medica	21 (25,9%)	7 (38,8%)	8 (38,0%)	36 (30,0%)
Empleo de medicamentos	1 (1,2%)	5 (27,7%)	0	6 (5,0%)

(N: 120)

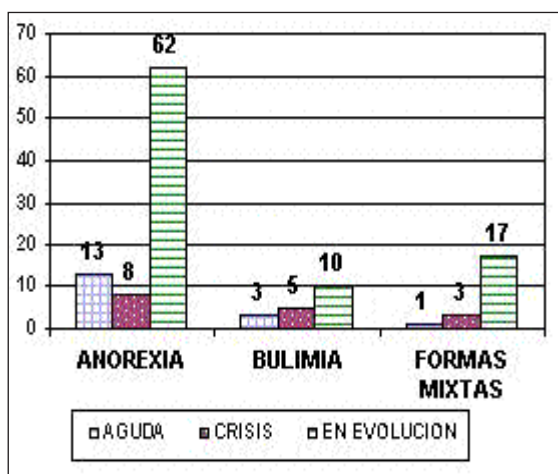


Figura 1
Estadio evolutivo de los TCA

y formas mixtas; así mismo se observa como este periodo de evolución va a ser superior en las situaciones agudas en crisis, tal y como recoge la tabla 2.

Los valores correspondientes al peso, talla e índice de masa corporal (IMC) vienen recogidos en la tabla 3, observándose diferencias marcadas entre pacientes anoréxicos, bulímicos y formas mixtas. Se observan valores inferiores de índice

de masa corporal cuando los cuadros clínicos tanto de AN, BN o formas mixtas se encuentran en una fase aguda o de crisis, existiendo claras diferencias significativas con las formas estables o en evolución. Por ello, tanto el tipo de TCA como el grado de evolución de los mismos y la consideración de ambos hechos conjuntamente se relacionan significativamente con el IMC, pudiéndose afirmar que éste va a ser significativamente menor en los anoréxicos y cuadros agudos y en crisis. Estas diferencias relativas al IMC y tipo de TCA se establecen principalmente entre AN y BN, BN y formas mixtas y no entre AN y formas mixtas.

En relación a la principal sintomatología presente entre los pacientes con AN, BN y formas mixtas, se observa como en la AN predomina la falta de apetito (50%), estreñimiento (34,5%), pérdida de peso (32,5%) y amenorrea (30%); por el contrario, entre los pacientes con BN hay que destacar la presencia de vómitos (61%), seguido del estreñimiento (33,3%); en las formas mixtas la pérdida de peso (57%) es el síntoma más relevante, seguido de la pérdida de apetito (47,6%) y los vómitos (38%).

Al considerar las patologías asociadas en los distintos tipos de trastornos del comportamiento

Tabla 2
Edad inicio y tiempo de evolución según formas clínicas y evolución

	N	Promedio	IC95%	F*	p
EDAD DE INICIO (años)					
TODOS LOS CASOS	120	18,93	17,99	19,87	
ANOREXIA	81	18,12	17,10	19,13	3,981
BULIMIA	18	21,72	18,58	24,86	
FORMAS MIXTAS	21	19,66	17,05	22,28	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (meses)					
TODOS LOS CASOS	120	32,60	25,68	39,51	
ANOREXIA	81	33,80	24,11	43,49	0,235
BULIMIA	18	33,27	18,64	47,91	
FORMAS MIXTAS	21	27,38	20,09	34,66	
FORMAS AGUDAS	17	10,94	7,00	14,88	4,34
EN EVOLUCIÓN	89	34,12	26,11	42,12	
CRISIS	14	49,21	19,59	78,83	

*ANOVA

Tabla 3
Valores antropométricos en las distintas formas de TCA. Media (IC95%)

	Anorexia	Bulimia	F. mixtas	Total
	Media (IC95%)	Media (IC95%)	Media (IC95%)	Media (IC95%)
Edad (años)	20,9 (19,7 - 22,1)	24,5 (20,9 - 28,0)	21,9 (19,2 - 24,6)	21,6 (20,6 - 22,7)
Peso (Kg)	52,2 (50,2 - 54,3)	74,3 (62,9 - 85,7)	51,7 (48,4 - 54,9)	55,4 (52,9 - 58,0)
Talla (metros)	1,62 (1,60 - 1,64)	1,62 (1,57 - 1,67)	1,61 (1,58 - 1,63)	1,62 (1,60 - 1,63)
IMC	19,6 (19,0 - 20,3)	28,1 (24,3 - 31,9)	19,9 (18,6 - 21,2)	21,0 (20,1 - 21,9)

alimentario, se observa un número similar de sujetos afectados con patologías físicas en los tres cuadros clínicos (AN, BN y formas mixtas); predominando en la AN las alteraciones osteoarticulares, fundamentalmente cuadros de osteoporosis y osteopenia, patologías respiratorias, alteraciones hematológicas y gastrointestinales. No se ha encontrado entre los enfermos de AN, a diferencia de los casos de BN y formas mixtas, ningún caso de diabetes. Hay que destacar el predominio de patología psíquica que se asoció con cuadros bulímicos y formas mixtas ($p < 0,05$), encontrándose un 67% de enfermos bulímicos con patologías psíquicas frente al 36% hallado entre los anoréxicos. Los cuadros clínicos predominantes son los depresivos y ansiedad (figura 2).

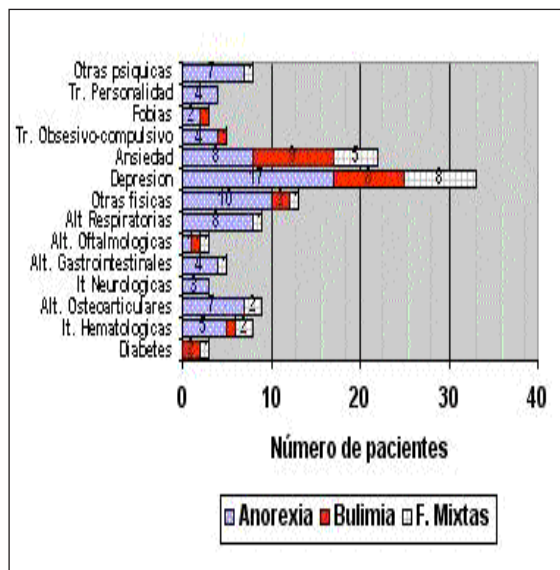


Figura 2
Comorbilidad: Patología física y psíquica

Al analizar cada uno de los TCA atendiendo a su estado evolutivo, nos encontramos un número muy similar de sujetos con patologías físicas asociadas, tanto en las formas agudas como en evolución. En cambio, el número de pacientes con patologías psíquicas predominan en las formas agudas en relación a las formas evolutivas, no encontrándose entre los pacientes con formas agudas de AN diferencias en la sintomatología psíquica dependiendo de si éstas eran recientes o se trataba de una crisis; por el contrario, en las situaciones de crisis de pacientes bulímicos sí existe una mayor asociación, tanto con patologías físicas como psíquicas.

En lo que respecta a la posible influencia de patologías previas padecidas por familiares (padres y hermanos) y existencia de algún TCA en los pacientes, no se ha encontrado asociación entre antecedentes patológicos de los padres (depresión, obesidad, diabetes, drogadicción u otros procesos) y aparición de alguno de estos trastornos alimentarios. Un 9,2% de pacientes presentaron entre los antecedentes familiares un hermano también afecto con algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario (5% a los hombres y un 4,2% a mujeres).

Mediante regresión logística nominal se investigó la influencia sobre la presentación de patología asociada (física, psíquica o ambas) de factores epidemiológicos tales como el sexo, nivel de estudios, funcionalidad familiar, clase social, consumo de tóxicos y sustancias sin indicación médica, relaciones sexuales y otros cofactores como el IMC o la lactancia. Se observó cómo el hecho de que los pacientes con AN presenten una mayor frecuencia de patologías tanto físicas, psíquicas o ambas va a estar asociado con

el IMC (p:0,01), grado de funcionalidad familiar (p:0,01), consumo de tabaco (p:0,02) y otros tóxicos(p:0,01) y la práctica de relaciones sexuales (p:0,09); no asociándose con otros factores como la clase social, el sexo, nivel de estudios u otros. En el caso de la BN y formas mixtas, el escaso número de pacientes existentes no permite una clara obtención de un modelo con las diferentes variables estudiadas, no obstante de entre ellas el grado de funcionalidad familiar fue la variable que pesó más a la hora de realizar la predicción.

Al considerar la relación entre el estadio evolutivo, en el que se encuentran los diferentes trastornos del comportamiento alimentario, y las diversas variables epidemiológicas anteriormente enunciadas, se observa cómo en los pacientes con AN sólo el IMC y consumo de medicamentos están asociados con la diferenciación entre formas agudas o en evolución; por el contrario, tanto en la BN como en las formas mixtas no parece existir ninguna relación entre las variables anteriormente mencionadas y las formas evolutivas de estos procesos.

Hay que resaltar la influencia de distintos factores epidemiológicos en el tiempo de evolución de estos trastornos tales como el sexo, siendo más prolongada en las mujeres, en pacientes con clase social más deprimida, con un mayor grado de disfuncionalidad familiar y con patologías psíquicas asociadas como trastornos de personalidad, fobias, e intentos de autólisis (Tabla 4).

Por todo ello, podríamos concluir afirmando que hay un predominio de cuadros anoréxicos en nuestro entorno, observándose su relación con el IMC fundamentalmente en las formas agudas tanto recientes como en crisis. La sintomatología y las patologías asociadas a estos procesos difieren entre unos cuadros y otros, predominando las alteraciones psíquicas en la bulimia y formas mixtas sobre todo en situaciones de crisis; existiendo una asociación entre la complejidad patológica y estadios evolutivos con diversos factores epidemiológicos.

DISCUSIÓN

La distribución de los distintos tipos de trastornos del comportamiento alimentario en la pro-

Tabla 4
Valores promedio del tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas en relación a los factores pronósticos (IC95%)

FACTORES PRONÓSTICOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (MESES) IC95%
Sexo	
Varones	3,7 24,8
Mujeres	26,6 41,4*
CLASE SOCIAL	
I	-35,1 41,1
II	17,5 69,7*
III	20,9 52,2*
IV	23,2 34,8
V	16,3 43,0
DISFUNCIÓN FAMILIAR	
Familia funcional	20,9 32,3
Disfunción moderada	26,8 76,1*
Disfunción grave	17,5 47,2
COMORBILIDAD	
Depresión	-4,42 26,4
Trastornos personalidad	13,2 88,4*
Ansiedad	-24,8 10,9
T. Obsesivo compulsivo	-45,9 23,4
Fobias	43,5 126,9*
Intentos de suicidio	Dif 21,6 (1,07 42,26)*
Presencia de vómitos	Dif -7,02 (-22,8 8,79)
Uso de laxantes	Dif -2,63 (-23,0 17,7)
Conductas bulímicas	Dif 9,42 (-6,5 25,3)

* Diferencia estadísticamente significativa

vincia de Cádiz, aunque sigue un patrón similar al descrito en términos generales en diferentes países, predominan de forma más elevada los cuadros de Anorexia Nerviosa, fundamentalmente la forma restrictiva frente a la purgativa; le siguen en orden de frecuencia las formas mixtas, y finalmente los cuadros bulímicos. En gran medida estos trastornos se dilatan en el tiempo dado que son procesos de larga duración, no estando exentos de recaídas o crisis a lo largo de su evolución.

De forma clara, se confirma la estrecha relación existente entre el IMC y los diferentes tipos

de TCA en sus distintos estadios evolutivos. Es por tanto un signo predictor de estos procesos. Es en la Anorexia Nerviosa y formas mixtas donde la repercusión del IMC es mayor, fundamentalmente en las situaciones agudas o de crisis, hecho influenciado por la situación de inanición y rechazo al alimento que se presenta en estos cuadros. Constituye por tanto un signo de alerta y alarma frente a estas patologías.

La comorbilidad presente tanto en los pacientes anoréxicos como bulímicos es muy variable, ésta va a depender de la realización de un tratamiento adecuado pudiéndose reducir sustancialmente. No parecen ser tantas las diferencias cuantitativas; –número de pacientes con patologías asociadas en los distintos tipos de pacientes con TCA–, como cualitativas, –tipo de patologías–, predominando en nuestros pacientes con AN alteraciones osteoarticulares, (valores algo más elevados que los descritos en la literatura), patologías respiratorias, alteraciones hematológicas y gastrointestinales. En términos generales son fundamentalmente las patologías osteoarticulares debido a la disminución de la densidad ósea, osteoporosis y osteopenia, las que suelen asociarse con una mayor frecuencia sobre todo a los cuadros de Anorexia Nerviosa, seguido de los trastornos gastrointestinales. Este hecho debe ser considerado frente a una adecuada actuación terapéutica.

Sí hay que considerar, de forma relevante, la comorbilidad psiquiátrica asociada a estos trastornos. En algunos estudios se ha encontrado una tasa de comorbilidad relativamente alta (del 11-37%) entre los TCA y el trastorno obsesivo-compulsivo, estando nuestros datos en consonancia con la mayoría de estos trabajos, aunque con valores algo inferiores. Entre los pacientes con Bulimia nerviosa destaca de forma significativa la presencia de cuadros depresivos, de ansiedad y obsesivo compulsivos. Entre nuestros pacientes anoréxicos destacan, aunque no tan acusadamente como se manifiesta en otros estudios, los cuadros depresivos. Diversos autores afirman que aunque a veces la depresión es una consecuencia de la inanición y del aislamiento social presentes en la Anorexia Nerviosa, en otras muchas ocasiones la depresión puede ser primaria, no siendo infrecuente incluso que anoréxicas recuperadas mantengan niveles altos de depre-

sión, siendo ésta mayor entre las mujeres. Parece existir una asociación entre la aparición de cuadros depresivos y el grado de funcionalidad y apoyo familiar recibido. En nuestros pacientes aunque los cuadros depresivos se han mantenido en los distintos estadios evolutivos de la AN, han sido más frecuentes entre los pacientes con cuadros agudos. En la misma línea estos autores defienden que la comorbilidad psiquiátrica varía también con el sexo fundamentalmente en la Bulimia Nerviosa, y así en los hombres bulímicos aparecen con más frecuencia rasgos de perfeccionismo y susceptibilidad, mientras que en las mujeres por el contrario predomina fundamentalmente una preocupación por el peso y obsesión por la delgadez. No obstante, este hecho no hemos podido confirmarlo, por lo que nos situaríamos más bien en la línea de otros estudios que no establecen diferencias de género.

En relación a la comorbilidad existente según el estadio evolutivo de los distintos trastornos del comportamiento alimentario, no aparecen diferencias en cuanto al número de pacientes con comorbilidad física; hecho que habla a favor de la persistencia de estas patologías asociadas a lo largo de la evolución de los diferentes cuadros alimentarios, si bien hay que tener en cuenta que en ningún momento fue evaluada la diferencia en la gravedad de estos procesos. En cambio, si analizamos la comorbilidad psíquica en los diferentes estadios evolutivos, encontramos un predominio de estas patologías en las anorexias agudas recientes y en las crisis de pacientes bulímicos. Encontramos que las formas evolucionadas más o menos estables se caracterizan por una menor patología psíquica asociada. Por tanto, se observa cómo existen diferencias de comorbilidad psíquica tanto atendiendo al tipo de trastorno alimentario como al estadio evolutivo en el que se encuentre.

Es importante poder valorar desde un punto de vista epidemiológico, el peso específico que diversos factores epidemiológicos pueden tener ante una mayor o menor complejidad mórbida asociada a los cuadros de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y formas mixtas, hecho que permitirá un mayor conocimiento de estos procesos. Aunque nuestros resultados apuntan en la misma línea de los emitidos por otros autores, el

peso específico alcanzado –en lo referente a la asociación entre funcionalidad familiar, consumo de tóxicos, prevalencia de síntomas psíquicos o IMC y morbilidad asociada– es considerablemente mayor, fundamentalmente el grado de funcionalidad familiar, hecho que parece estar íntimamente interrelacionado con las características psíquicas de estos pacientes tal y como hemos podido observar en los resultados del EDI. No podemos afirmar que variables como el nivel de estudios ejerzan una influencia sobre la clínica de los pacientes, puesto que aunque existen diferencias a nivel académico, éstas no reflejan necesariamente diferencias culturales que son las que muy posiblemente se relacionan con las vivencias, con las características psicológicas y mantenimiento de conductas alimentarias, teniendo su reflejo en patologías físicas.

Un aspecto novedoso que recoge este trabajo es la valoración de la influencia de diversos factores epidemiológicos, tanto en la complejidad clínica y estadios evolutivos de los TCA, como en el tiempo de evolución de los mismos. Así, podemos afirmar que la evolución de los pacientes viene marcada por las características asistenciales o modelos de tratamiento empleados, pero también, por factores epidemiológicos de índole personal y familiar sobre los que habrá que incidir en dichos tratamientos. A través del presente trabajo, por tanto, se ha tratado de conocer la relación de estos factores con los distintos tipos de trastornos del comportamiento alimentario, sus estadios evolutivos y con la comorbilidad asociada; el siguiente paso sería analizar la influencia que los cambios de estas variables ejercen frente a la respuesta de los distintos tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C.:** Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight related characteristics and psychological health. *Pediatrics* 2003; 111: 67-74.
2. **Álvarez Hernández J, Cancer Cinchón E, Blanco Carrera C, Rubio García E.:** Anorexia y bulimia nerviosa. Valoración diagnóstica y terapéutica. En: Escobar Jiménez L, Aguilar Diosdado M, editors. *Nutrición y hormonas*. Madrid (Spain): Ergon, 2001: 301-316.
3. **Baker D, Roberts R, Towell T.:** Factors predictive of bone mineral density in eating disordered women: a longitudinal study. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 29-35.
4. **Bean P, Weltzin T.:** Evolution of symptom severity during residential treatment of females with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2001; 9: 513-25.
5. **Bergstrom E, Stenlund H, Svedjehall B.:** Assessment of body perception among Swedish adolescents and young adults. *J. Adolesc. Health* 2000; 26: 70-5.
6. **Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R et al.:** The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117(5): 521-537.
7. **CIE-10.** Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid :Izquierdo, 1996.
8. **Chinchilla Moreno A.:** Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Madrid: Masson, 1995.
9. **Davis C, Claridge G, Fox J.:** Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 67-73.
10. **Echeburua E, Marañón I.:** Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual* 2001; 9: 513-25.
11. **Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL.:** Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1999; 40(6): 434-441.
12. **Garner D, Olmstead M, Polivy J.:** Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int Eat Dis* 1983; 2: 15-34.
13. **Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P.:** Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 32: 253-70.
14. **Guerro-Prado D, Barjau Romero JM.:** Television, printed mass media and their relationship with eating disorders. *Med Clin.* 2002; 16: 119: 666-70.
15. **Herpertz DB, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Heberbrand J, Remschidt H.:** Prospective 10 year follow-up in adolescent anorexia nervosa course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2001; 42: 603-12.
16. **Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS.:** Eating

- disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6): 545-552.
17. **Joiner ET, Katz J, Heatherton TF.:** Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 191-97.
 18. **Kohn M, Golden NH.:** Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Paediatr. Drugs.* 2991; 3: 91-9.
 19. **Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT.:** Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J. Am. Acad. Child: Adolesc. Psychiatry* 2001; 40: 1434-40.
 20. **Lennkh C, de Zwaan M, Bailer U et al.:** Osteopenia in anorexia nervosa: specific mechanisms of bone loss. *J. Psychiatr. Res.* 1999; 33: 349-56.
 21. **Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton LJ.:** The ups and downs of anorexia nervosa. *INT. J. Eat. Disord.* 1999; 26: 397-405.
 22. **Oliveri B, Gómez-Accoto C, Mautalen C.:** Osteomalacia in a patient with severe anorexia nervosa. *Rev. Rhum. Eng. Ed* 1999; 66: 505-8.
 23. **Patrick L.:** Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Altern. Med. Rev* 2002; 7: 184-202.
 24. **Pérez Gaspar M, Gual P, de Irala Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S.:** Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med. Clin.* 2000; 114: 481-6.
 25. **Pichat P.:** DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona (Spain): Masson, 1995.
 26. **Pla C, Toro J.:** Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8 year longitudinal study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 100: 441-6.
 27. **Ricca V, Mannucci E, Calabro A, Bernardo MD, Cabras PL, Rotella CM.:** Anorexia nervosa and celiac disease: two case reports. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 119-22.
 28. **Rodríguez Martín A, Ruiz Jiménez MA.:** Epidemiología y prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. In: Escobar Jiménez L, Aguilar Diosdado M, editors. *Nutrición y hormonas.* Madrid (Spain): Ergon, 2001: 301-316.
 29. **Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E.:** The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies. *Eat. Weight. Disord.* 2000; 5: 52-61.
 30. **Smilkstein G.:** The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6(6): 1231-1239.
 31. **Soyka LA, Grinspoon S, Levitsky LL, Herzog DB, Klibanski A.:** The effects of anorexia nervosa on bone metabolism in female adolescents. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1999; 84: 4489-96.
 32. **Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Schuessler G.:** Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 72-75.
 33. **Toro J.:** Epidemiology of eating disorders. *Med Clin.* 2000; 15; 114: 543-4.
 34. **Treasure J, Serpell L.:** Osteoporosis in Anorexia nervosa. *Hosp. Med.* 1999; 60: 477-80.
 35. **Westen D, Harnden FJ.:** Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis II. *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158: 547-62.
 36. **Westermeyer J, Specker S.:** Social resources and social function in comorbid eating and substance disorder: a matched-pairs study. *Am. J. Addict.* 1999; 8: 332-6.
 37. **Wiederman MW, Oryor TL.:** Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 90-5.
 38. **Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E et al.:** Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and woman with eating disorders in the community. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 570-4.
 39. **Zonnevillage-Bender MJ, van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, van Engeland H.:** Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11(1): 38-42.