

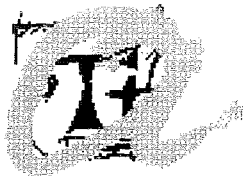
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DIAGNOSTICO Y SINTOMOLOGIA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE POBLACION
GENERAL CARACTERISTICAS Y FACTORES PREDICTORES
Gentzane Carbajo Areitiobiritxinaga
ISBN:/DL:T-344-2008

**DIAGNOSTICO Y SINTOMATOLOGIA
ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES DE POBLACION GENERAL:
CARACTERISTICAS ASOCIADAS Y
FACTORES PREDICTORES.**

Gentzane Carbajo Areitiobiritxinaga

TESIS DOCTORAL

1998



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
FACULTAT DE CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ I
PSICOLOGIA

C1614-82060

0126-35560

**DIAGNÓSTICO Y SINTOMATOLOGÍA
ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES DE POBLACIÓN GENERAL:
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS Y FACTORES
PREDICTORES.**

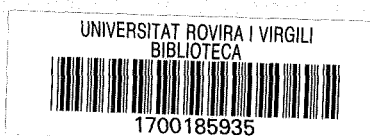
DIRECTORES:

- *Dra. Josepa Canals Sans*
- *Dr. Joan Fernández Ballart*



AUTORA: GENTZANE CARBAJO AREITIOBIRITXINAGA

Tarragona, Mayo de 1.998





Carretera de Valls, s/n
43007 Tarragona
Tel. +34 (9)77 - 55 80 75
Fax +34 (9)77 - 55 80 88

Dra. Josepa Canals Sans, professora titular de Psicopatologia Infantil de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia i **Dr. Joan Fernández Ballart**, professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública de la Universitat Rovira i Virgili, directors d'aquesta tesi doctoral

CERTIFIQUEM:

Que la doctoranda Gentzane Carbajo Areitiobiritxinaga llicenciada en grau en Ciències de l'Educació i Psicologia, ha treballat sota la nostra direcció la tesi doctoral titulada: "*Diagnóstico y sintomatología alimentaria en una muestra de adolescentes de población general: características asociadas y factores predictores*", i que pot ser presentada davant el tribunal corresponent per a l'obtenció del grau de Doctora.

Dra. Josepa Canals Sans

Dr. Joan Fernández Ballart

Tarragona, 11 de maig de 1998.

Esta tesis la dedico a mis padres,
Luis y Edurne.

En estas líneas quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo:

A la Dra. Fina Canals por iniciarme en el campo de la investigación, orientarme con su experiencia y ser un punto de referencia importante tanto a nivel personal como en mi actividad profesional..

Al Dr. Joan Fernández, por su ayuda en la dirección de esta tesis doctoral y su gran colaboración y predisposición para solucionar mis dudas.

A Jordi Bladé, por su asesoramiento y gran ayuda en el tratamiento estadístico.

A la Unidad de Pediatría de la Universidad Rovira i Virgili, en especial al Dr. Carles Martí Hennenberg por la coordinación del proyecto al que pertenecen los resultados de este estudio. También a la Dra. Clivillé y Dra. Moreno por la valoración somática de la muestra.

A Teresa Arrufat, Isabel Ferré e Isabel Gallart y el resto de compañeros de Psicología, que también participaron en el estudio.

Al Area de Metodología de la Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología, en especial al Dr. Pere Joan Ferrando, por su ayuda técnica.

A todos los adolescentes que han participado en el estudio, por su buena predisposición a colaborar durante todos estos años, así como a los directores de los centros escolares de Reus, Antigua Universidad Laboral y La Salle (Tarragona).

También quiero agradecer al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 94/0866. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid), por la ayuda otorgada a este proyecto.

A mi familia y Mikel, ya que todos ellos han mostrado una gran paciencia y me han animado y apoyado durante todo este tiempo.

A mis compañeros del CAP de Hospitalet, en especial al Dr. Jose Angel Bilbao y al Dr. Lluís Colomé, por su gran disponibilidad e interés en ayudarme en todo lo que intento emprender.

A todos mis amigos, por animarme y también distraerme cuando ha sido necesario.

A todos ellos, muchas gracias

INDICE

INDICE

0. INTRODUCCIÓN

I. PARTE TEORICA

1. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	3
1.1. Anorexia nerviosa	3
1.1.1. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa.....	3
1.1.2. Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa	4
1.1.3. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa	12
1.2. Bulimia nerviosa.....	14
1.2.1. Antecedentes históricos de la bulimia nerviosa.....	14
1.2.2. Aspectos clínicos de la bulimia nerviosa.....	15
1.2.3. Criterios diagnósticos de la bulimia.....	18
1.2.4. La delimitación diagnóstica entre anorexia y bulimia.....	21
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	24
2.1. Epidemiología de la anorexia nerviosa y sintomatología alimentaria.....	25
2.2. Epidemiología de la bulimia nerviosa.....	27
2.3. Epidemiología de los trastornos alimentarios en varones.....	30
2.4. Estudios epidemiológicos en poblaciones no occidentales.....	31
3. ETIOPATOGENIA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.....	33
3.1. Factores socioculturales.....	35
3.2. Factores psicológicos y psicopatológicos.....	37
3.3. Factores biológicos.....	41

4. COMORBILIDAD: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON OTRAS ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS.....	45
5. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	51
5.1. Clasificación de los instrumentos de evaluación.....	51
5.2. Otros cuestionarios de evaluación de la anorexia y bulimia nerviosas..	58
5.3. Las entrevistas como métodos de valoración de los trastornos alimentarios.....	60
5.3.1. Entrevistas estructuradas para población infanto-juvenil.....	60
5.3.2. Entrevistas estructuradas en población adulta.....	62

II. PARTE EMPIRICA

1. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	
1.1.Hipótesis.....	67
1.2. Objetivos.....	68
2. MATERIAL Y METODO	
2.1. Sujetos.....	70
2.1.1. Marco demográfico.....	70
2.1.2. Selección de la muestra.....	70
2.1.3. Temporalización y número de sujetos.....	71
2.2. Procedimiento	73
2.2.1. Procedimiento: Primera fase (1988-1991).....	73
2.2.2. Procedimiento: Segunda fase (1994/95).....	74
2.3. Instrumentos.....	78
2.3.1. "Eating Attitudes Test".....	78
2.3.2. "Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría".....	78
2.3.3. "State Trait Anxiety Inventory"/"State Trait Anxiety Inventory for Children".....	79

2.3.4. "Beck's Depression Inventory"/"Children's Depression Inventory" ..	80
2.3.5. "Culture Free Self-Esteem Inventory Adults and Children"	81
2.3.6. "Escala de autoestima de Rosenberg"/ "Adolescent Life Change Event Scale"	83
2.3.7. Cuestionario de datos sociodemográficos y hábitos tóxicos.....	84
2.3.8. "Eysenck's Personality Questionnaire Junior"	85
2.3.9. Test de percepción de diferencias o "CARAS"	86
2.3.10. "Test de aptitudes mentales primarias"	86
2.3.11. "Test de aptitudes escolares"	86
2.3.12. Medidas antropométricas.....	87
2.4. Análisis estadísticos.....	89

3. RESULTADOS

3.1. Pérdida de la muestra.....	91
3.2. Características psicométricas del EAT.....	92
3.2.1. Resultados del análisis factorial y fiabilidad a los 18 años	92
3.2.2. Resultados del análisis factorial y fiabilidad a los 13-14 años.....	102
3.2.3. Resultados del análisis factorial y fiabilidad a los 14-15 años.....	105
3.2.4. Validez discriminante del EAT: Sensibilidad y Especificidad.....	111
3.2.5. Análisis cuantitativo del cuestionario EAT.....	115
3.3. Prevalencia de conductas a riesgo de trastorno alimentario.....	120
3.3.1 Prevalencias de comportamiento alimentario alterado a los 13-14 años y 14-15 años.....	120
3.3.2. Prevalencia de comportamiento alimentario alterado a los 18 años.....	120
3.4. Incidencia y persistencia de las conductas a riesgo de trastorno alimentario.....	122

3.4.1. Incidencia de síntomas en la conducta alimentaria.....	122
3.4.2. Persistencia de síntomas en la conducta alimentaria.....	124
3.5. Prevalencia de diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y comorbilidad.....	127
3.5.1. Porcentajes de prevalencia de diagnóstico de la conducta alimentaria.....	127
3.5.2. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria.....	129
3.6. Características psicológicas, cognitivas y antropométricas asociadas a la sintomatología de riesgo de trastorno alimentario: Resultados transversales	130
3.6.1. Cuestionarios de depresión.....	131
3.6.2. Pruebas de autoestima.....	132
3.6.3. Cuestionarios de ansiedad.....	135
3.6.4. Cuestionarios de personalidad.....	136
3.6.5. Test de percepción de diferencias o Caras.....	138
3.6.6. Aptitudes mentales primarias.....	138
3.6.7. Escala de acontecimientos vitales.....	139
3.6.8. Hábitos tóxicos.....	141
3.6.9. Antecedentes familiares psicopatológicos.....	144
3.6.10. Nivel de escolarización.....	146
3.6.11. Medidas antropométricas.....	147
3.6.12. Correlación del EAT con el resto de pruebas psicológicas, cognitivas y antropométricas.....	149
3.7. Factores explicativos de sintomatología y patología alimentaria a los 18 años: análisis transversal.....	153
3.7.1. Variables explicativas de sintomatología alimentaria.....	153
3.7.2. Variables explicativas de diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria.....	158
3.8. Factores predictores de sintomatología y patología alimentaria a los 18 años: análisis longitudinal.	161
3.8.1. Variables predictoras de sintomatología alimentaria.....	162
3.8.2. Variables predictoras de diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria.....	175

4. DISCUSION

4.1 Discusión sobre aspectos metodológicos.....179

 4.1.1. Pérdida de la muestra..... 179

 4.1.2. Elección de los instrumentos de evaluación de la conducta alimentaria.....179

4.2. Características psicométricas del EAT.....182

 4.2.1. Factorización y fiabilidad.....182

 4.2.2. Validez discriminante: Sensibilidad y Especificidad..... 184

 4.2.3. Análisis cuantitativo de las puntuaciones medias del EAT y sus factores.....185

4.3. Prevalencia, incidencia y persistencia de conductas a riesgo de trastorno alimentario.....187

 4.3.1. Prevalencia de sintomatología.....187

 4.3.2. Incidencia y persistencia.....191

4.4. Prevalencia de diagnóstico alimentario.....194

4.5. Características psicológicas y psicopatológicas asociadas a la patología alimentaria.....195

4.6. Variables antropométricas y sociodemográficas asociadas a la patología alimentaria.....200

5. CONCLUSIONES202

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....205

7. ANEXOS.....229

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

Las normas culturales que definen el ideal estético han facilitado el aumento de la incidencia de algunas enfermedades. En los últimos años los valores relacionados con la moda han favorecido la promoción de una imagen de delgadez, con lo cual se ha incrementado el número de personas afectadas de anorexia y bulimia nerviosas. Sin embargo, aún es más relevante el significativo aumento de toda una serie de comportamientos y actitudes patológicas relacionadas con los hábitos alimentarios. Dentro de estas actitudes y conductas destacan, sobre todo, la preocupación y la sobrevaloración excesiva del peso, la insatisfacción entre peso/volumen, el aumento en el número de individuos que inician conductas encaminadas a la reducción de peso mediante dietas restrictivas y/o ejercicio intensivo. Estas características, que pueden encontrarse dentro de una población normal, configuran un grupo a riesgo de patología alimentaria más severa sobre el cual es preciso tomar medidas de prevención.

Por otro lado, diferentes estudios han puesto de manifiesto que, si bien los trastornos de alimentación no son infrecuentes entre la población adulta, la incidencia máxima aparece en el período adolescente. Y no solamente existe riesgo en los individuos que deben prestar una mayor atención hacia una figura delgada debido a sus actividades recreativas, competitivas y profesionales. Dentro de la población adolescente y preadolescente se pueden encontrar toda una serie de conductas y actitudes alimenticias que pueden ser consideradas como factores de riesgo para desarrollar una alteración del comportamiento alimentario. Para detectar esta sintomatología existen cuestionarios de autoevaluación que a pesar del problema de no estar adaptados culturalmente a nuestro entorno, tienen algunas ventajas, ya que permiten la evaluación sistemática de áreas del problema, procuran datos válidos y pueden ser administrados fácilmente por personal no específicamente entrenado. Así, la Atención Primaria de Salud y el sistema escolar son medios idóneos para el cribado. No hay que olvidar la complejidad sintomática de estos trastornos en los que es muy importante la interacción entre el ámbito de lo

psicológico y lo somático, y que tienen serias consecuencias tanto sociales como psicológicas que afectan al desarrollo social, emocional y educacional. De ahí, que desde mi trabajo como profesional de la Atención Primaria de Salud, haya centrado el interés de mi trabajo de tesis en detectar conductas y actitudes en la ingesta que pueden ser consideradas a riesgo de patología en población general, en el conocimiento de la epidemiología, tanto la prevalencia como los factores de riesgo, además de adaptar un instrumento válido para el cribado de estas alteraciones, y detectar qué variables pueden predecir el riesgo tanto de diagnóstico como de sintomatología para poder desarrollar programas de prevención.

I.- PARTE TEÓRICA

1.- CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**1.1. ANOREXIA NERVIOSA.****1.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.**

Si bien es posible encontrar referencias sobre la existencia de enfermedades psicopatológicas en autores como Hipócrates, no es hasta 1879 cuando se empezaron a realizar estudios para la comprensión, tratamiento y evaluación de los trastornos propios de la infancia y adolescencia. Anteriormente a esta fecha, en 1660 la anorexia nerviosa se definía como un síndrome progresivo de desgaste, pérdida de apetito y depresión, pero no como una enfermedad orgánica obvia. De hecho, el ayuno ha sido una costumbre relacionada con casi todas las religiones. El cristianismo a partir del siglo III e inicios del IV estableció el ayuno como una práctica religiosa de gran relevancia. Ya en la Edad Media, escritos religiosos e históricos reflejan la existencia de un gran número de mujeres religiosas que practicaban el ayuno como medio para protegerse de las fuerzas del mal. Bell (citado por Toro, 1996) revisó documentos históricos desde el siglo XIII hasta la actualidad y concluyó que muchas de estas mujeres eran auténticas anoréxicas nerviosas aunque en estos casos la causa era religiosa. Posteriormente, la práctica de dietas restrictivas se desligó de las creencias religiosas acercándose más a la búsqueda de conseguir una aceptación social identificándose mediante el ayuno con cuerpos milagrosos, doncellas de espíritu sano, etc.

El término "anorexia nerviosa" fue usado por primera vez por GULL en 1888, siendo su informe la base de los estudios actuales. Pero este término fue enseguida atacado, porque se consideró que sugería que la pérdida de apetito era la característica central de la enfermedad, mientras que lo que muchos profesionales deseaban era enfatizar elementos del trauma y la histeria presentes en la patología. Los médicos de aquel tiempo, a pesar de la presencia de una amplia variedad de enfermedades que se observaban en los niños y que se caracterizaban por la demacración, comenzaron a identificar algunos síntomas anoréxicos que aún hoy se pueden observar en pacientes con anorexia.

A través de los años, y a partir de diversas investigaciones, se ha conseguido una gran sofisticación en el conocimiento y comprensión de este tipo de patología, y ello ha permitido establecer las características del síndrome.

1.1.2. ASPECTOS CLINICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

La combinación de las características diagnósticas que a continuación se describirán es aceptada, aunque algunos profesionales discrepan sobre la relativa importancia de algunos de los síntomas que componen el trastorno anoréxico.

Por ejemplo, Bruch (1962) afirmaba que la característica patognomónica de la anorexia nerviosa era la sobreestimación de la imagen corporal. Pero en la actualidad, muchas de las actitudes y conductas asociadas a lograr un cuerpo socialmente deseable son comunes entre adolescentes normales, bulímicos y anoréxicos. En un estudio reciente se examinaron las actitudes hacia la comida, el peso, la imagen deseada en jóvenes de 15 a 19 años con y sin trastorno alimentario. Los resultados sugieren que las chicas que se autodefinían con sobrepeso y las que tenían patología obtenían puntuaciones más altas en insatisfacción corporal, presión social y sintomatología depresiva que las que tenían peso normal (Vidovic y col., 1997).

La anorexia nerviosa podría ser definida como un trastorno de origen psíquico que afecta a las conductas alimentarias fundamentalmente, y cuya repercusión somática sitúa el problema en el ámbito de la patología psicosomática (Tomás y Bassas, 1990; Buddeberg y col., 1997). Estos autores plantean el tema de la triada sintomática, sugiriendo que la anorexia nerviosa podría ser definida como el "Síndrome de las tres A", ya que según su opinión el trastorno se caracteriza principalmente por adelgazamiento, anorexia y amenorrea. Esta última característica excluiría a los varones, los cuales también puede desarrollar anorexia nerviosa, aunque los datos estudiados hasta el momento indican que las alteraciones en la ingesta aparecen más frecuentemente entre las chicas que entre chicos (Ledoux y col., 1991; Murnen y Smolak, 1997). Además, según algunos estudios, parece ser que la presentación puede diferir según sexos. Por ejemplo,

Sharp y col. (1994) compararon las características clínicas que presentaban 24 anoréxicos con la clínica que presentaban anoréxicas hospitalizadas. Se hallaron diferencias en algunos aspectos. La edad de inicio era de 18.6 como media, la presentación a los 20.2 años, y con una duración de sólo 1.6 años, edades más tardías que las relativas a la anorexia desarrollada por mujeres.

Carlatt y col. (1997) evaluaron todos los casos de trastornos alimentarios en varones atendidos en el Hospital de Massachusetts desde 1980 a 1994 para conocer la etiología y las características clínicas, así como el pronóstico de estas enfermedades en el sexo masculino. Concluyeron que había una mayor prevalencia de bulimia que de anorexia aunque no pudo comprobar diferencias en los aspectos clínicos. Pero observaron que los trastornos en la identidad sexual eran un factor de riesgo específico en los varones, sobre todo, en los que presentaban patología bulímica. El 42 % de los varones bulímicos tenía una orientación homosexual o bisexual, mientras que el 58% de los anoréxicos se consideraba asexual, lo cual, según este estudio, complicaba el pronóstico de la enfermedad.

De hecho, otros estudios también han comprobado que los varones anoréxicos demuestran psicopatologías más severas que las mujeres con igual diagnóstico (Mangweth y col., 1997). Además, estos varones han sido descritos como más resistentes al tratamiento y peor pronóstico de la enfermedad que en mujeres (Andersen y DiDomenico, 1992; Carlatt y col., 1997). Sin embargo Woodside y Kaplan (1994) mostraron en su investigación que aunque los varones con diagnóstico de trastorno alimentario obtienen puntuaciones más bajas en el E.A.T. (Garner y Garfinkel, 1979) y E.D.I. (Garner y col., 1983) que las mujeres, en general, las observaciones clínicas son similares en ambos grupos y tienen una respuesta similar al tratamiento realizado en un hospital de día (Woodside y Kaplan, 1994).

1.1.2.1. Edad de inicio.

En general en cuanto a la **edad de inicio de la patología**, la anorexia y bulimia nerviosas han estado generalmente unidas a la infancia, adolescencia e inicio del período adulto. Y aunque aparecen en porcentajes importantes en

poblaciones adultas, se entiende que estas enfermedades tienen su origen en épocas precoces, apoyado por las investigaciones que resaltan que las estrategias de control del peso, como dietas, vómitos, uso de laxantes, etc. pueden aparecer en edades tempranas. Hacia los doce años ya se tiende a usar estos hábitos, y más, sobre todo, en el curso de la adolescencia. Muchos investigadores opinan que el trastorno anoréxico surge durante el proceso puberal o justo en el inicio de la adolescencia (Toro y Vilardell, 1987; Ledoux y col., 1991; Morande y col., 1991; Phelhs y Bajorek, 1991; Raich y col., 1991). Sobre este tema, los profesionales, en general, enfatizan que la anorexia nerviosa no es un trastorno limitado a darse entre las chicas, después de la pubertad. Aceptan que el pico de incidencia máxima está entre 16-18 años, cuando muchas chicas han acabado el colegio, pero la enfermedad puede darse tanto en el período prepúber como en adultos. Para Dally y Gómez (1979), aunque la alteración es esencialmente un trastorno de la pubertad, algunos pacientes pueden tener anorexia durante toda la etapa infantil cuando el rechazo hacia la comida y las alteraciones de peso son considerados síntomas infantiles comunes. De hecho, existe documentación sobre casos de anorexia nerviosa en niños de 7 años, tal y como señalan Lawrence y Thelen (1995).

Walters y Kendler (1995) en su último estudio epidemiológico realizado observaron que la mayoría de los sujetos habían comenzado el cuadro entre el inicio de la adolescencia y los 20 años. Pero también advirtieron que existía un significativo grupo de anoréxicos que habían desarrollado la anorexia en edades maduras. Años antes, Garfinkel y Garner (1982) obtuvieron datos similares, observando en su estudio la tendencia tardía a presentar síntomas en pacientes diagnosticados de anoréxicos. De los 290 casos estudiados, 17% habían iniciado los síntomas después de los 20 años, y el 5% después de los 25.

A pesar de estos últimos datos señalados, es reconocido que en las fases puberal y adolescente es cuando los mecanismos de la pubertad producen en el anoréxico latente una amenaza de aumento de peso, en un momento en el que el individuo está muy sensible. Esta sensibilidad de los adolescentes a los cambios puberales es universal. Solamente en un mínimo porcentaje de sujetos, el trastorno anoréxico precede a las alteraciones propias del período puberal. Por ejemplo, es evidente que muchos anoréxicos son rollizos o gordos antes de la manifestación de la enfermedad (Canals y col., 1992).

En general, entre los profesionales que investigan y trabajan en este campo se está de acuerdo que la anorexia es un trastorno que se manifiesta preferentemente en la adolescencia, principalmente entre los 13 y los 17 años, aunque se podía establecer el período entre los 10 y los 25 años, e incluso con la posibilidad de prolongarlo (Madruga y col., 1994). Además, los datos estudiados hasta el momento muestran que la anorexia es un trastorno que afecta fundamentalmente a chicas adolescentes y jóvenes adultas pero es considerado raro entre varones.

Es importante clarificar esta cuestión sobre el inicio de la patología por dos razones fundamentalmente: en primer lugar, la edad de inicio puede tener un impacto en el pronóstico de la enfermedad, tal y como han sugerido algunos autores (Garfinkel y Garner, 1982; Russell, 1988; Woodside y Garfinkel, 1992) además de relevar información importante sobre factores implicados en su etiología (Heavy y col., 1989); en segundo lugar, es importante para examinar las influencias genéticas en estos trastornos.

Por otra parte, existen evidencias de que los síntomas anoréxicos y bulímicos tienen pautas independientes de inicio, a pesar de que, como se expondrá en el apartado siguiente, pueden darse a la vez en la misma persona. Se ha observado que la edad de riesgo de inicio de bulimia nerviosa es más corta que la edad de comienzo de los síntomas anoréxicos (Walters y Kendler, 1995). Sin embargo, pese a todo, parece ser, tal y como muestra el estudio de Hindler y col., (1995), que no ha habido cambios en la edad de inicio de ambas patologías en los últimos 30 años.

Como estudios anecdóticos cabe citar dos investigaciones que relacionan el inicio de un trastorno en la conducta alimentaria en el período post-menopáusico (Kellett y col., 1976; Launer, 1978).

1.1.2.2. La dieta restrictiva y sus complicaciones físicas.

La negativa a mantener el peso corporal dentro de la normalidad y el intenso miedo a engordar pueden inducir a la práctica de una **dieta**.

En muchas ocasiones, el uso de una dieta para perder peso puede ser considerado un factor de riesgo alimentario como diferentes estudios han señalado (French y col., 1995; Stein y col., 1997; Patton y col., 1997). El peso puede llegar a ser obsesivamente mantenido. Se puede observar que algunos adolescentes se pesan continuamente, sobre todo, después de la ingesta de comida.

Esta práctica de dietas restrictivas, que en ocasiones van acompañadas de episodios bulímicos, además del uso de otros métodos para perder peso, como la utilización de laxantes y diuréticos y la inducción al vómito, son nefastos para el organismo, provocando múltiples **complicaciones físicas** como: trastornos cardiovasculares, osteoporosis, trastornos pulmonares, alteraciones bioquímicas, gastrointestinales, renales, ginecológicos, endocrinos, neurológicos, laringológicos, hematológicos, dermatológicos, así como complicaciones dentales.

A continuación se describen algunos de los resultados obtenidos por diferentes investigaciones recientes que se han llevado a cabo sobre este tema.

- En concreto, sobre los trastornos cardiovasculares algunos estudios indican un decremento de la modulación de la velocidad del corazón en adolescentes con anorexia nerviosa (Kreipe y col., 1995); Kollai y su equipo también concluyen que se produce una disminución del volumen sanguíneo con hipotensión y bradicardia (Kollai y col., 1995). Otros señalan que la anorexia nerviosa parece ser la causa de anormalidades en la válvula mitral del corazón y reducción de la masa del ventrículo izquierdo (Simone y col., 1994).

- Alteraciones óseas: El calcio depositado durante la adolescencia determina el riesgo de osteoporosis y fractura en la edad adulta. La masa del hueso depende de la cantidad de calcio, del desarrollo puberal, ejercicio y de factores genéticos y sociales. Desafortunadamente, durante la pubertad existe una necesidad tremenda de calcio, y la mayor parte de los adolescentes llevan una dieta deficiente en calcio. A esta situación se debe añadir que las chicas son el doble de deficitarias que los chicos, y que la anorexia nerviosa y las dietas restrictivas son factores que contribuye en la aparición de alteraciones óseas. Sobre este tema se han llevado a cabo diversas investigaciones recientemente (Kotler y col., 1994; Key y Key, 1995; McGee, 1997; Ward y col., 1997).

- Trastornos respiratorios: Como señala Murciano (1995), la función diafragmática se ve severamente afectada por la malnutrición. De hecho, cuando se da un soporte nutricional mejoran los resultados de las espirometrías, favoreciendo la función diafragmática.

- Alteraciones bioquímicas: Estudios como los de Patchell y col. (1994) y Kennedy (1995), informan que la anorexia está asociada a cambios en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y neuroquímico. Las anomalías neuroquímicas aparecen como las responsables de la depresión y la ansiedad que frecuentemente manifiestan los anoréxicos (Devlin y Walsh, 1989; Berck y col., 1997).

- Trastornos gástricos: los anoréxicos presentan náuseas post-prandiales y distensión abdominal. Como ha señalado Buchman y col. (1994), las disfunciones gastrointestinales son la consecuencia, pero no la causa de la malnutrición característica de la anorexia nerviosa.

- Síntomas cutáneos: las manos y los pies presentan un aspecto azulado debido a la acrocianosis. Y el cutis tiene una apariencia amarilla como resultado de una inanición que produce un déficit en la liberación de caroteno (Siddiqui y col., 1994).

- También se produce un trastorno funcional en el sistema hipotálamo-hipofisario (Magiakou y col., 1997): el hipotálamo dirige algunos de los procesos vitales del cuerpo. Es un órgano que enlaza centros nerviosos que conectan con otras áreas del cerebro y con la hipófisis. Es la principal vía de salida de órdenes y controla las funciones de nutrición, reproducción y aspectos de la conducta emocional. El hipotálamo posterior controla los escalofríos y la sensación de hambre y saciedad.

Muchos de estos síntomas físicos pueden ser efectos del **estado de inanición** al que llegan los anoréxicos. Estos efectos son ampliamente descritos en el trabajo de Schebendach y col. (1997). Los principales indicadores de este estado de inanición son: aspecto demacrado, estreñimiento, cutis seco y uñas quebradizas.

En las anoréxicas, si la patología continúa, los cambios metabólicos y la deficiencia de estrógenos provocan en la paciente amenorrea, hipotermia, anemia, lanugo y leucopenia. Por otra parte, en ambos sexos, las anormalidades y complicaciones tiroidales, cardíacas y renales no son inusuales.

1.1.2.3. Manifestaciones conductuales no alimentarias.

Acerca de su **conducta**, los adolescentes con anorexia nerviosa realizan un trabajo cuidadoso y perfeccionista, y es frecuente observar un estado de hiperactividad, que en la mayor parte de los casos convierte a la persona con anorexia en alguien con altos niveles de actividad, que práctica un sobreesfuerzo excesivo. Algunos estudios recientes señalan la hiperactividad como un factor de mantenimiento de la patología anoréxica muy importante (Davis, 1997). Por todas estas características, en esta patología suele observarse un rendimiento escolar brillante, siendo estudiantes considerados dentro del ámbito académico como modelos. Un estudiante con anorexia tiene como foco fundamental de su vida el trabajo escolar, el ejercicio intensivo y la dieta. Y quizás sea esta una de las razones por las cuales el sistema educacional ha ignorado las cuestiones referidas a tratamiento. Sin embargo, a causa de que la cantidad calórica admitida es insuficiente para su alto nivel de actividad, la productividad de su trabajo y su concentración decrecen, por lo que los resultados académicos también decrecen a la larga. De esta forma, a todos los trastornos psicológicos, fisiológicos, alteraciones en el sistema familiar y social característicos de la anorexia nerviosa se le añade el fracaso escolar (Toro y Vilardell, 1987).

En referencia al tema de la **sexualidad** en los trastornos de ingesta, las jóvenes con desórdenes en su conducta alimentaria rechazan fisiológicamente el tema de la sexualidad. En el 80% de las personas con anorexia se puede encontrar insuficiencia en su vida sexual, y en estas alteraciones participan factores biológicos y psicosociales (Leon y col., 1985). Estos autores observaron que la edad, nivel de educación, estado civil, situación laboral y social, relaciones paternas, peso, edad de inicio y duración de la enfermedad no tenían una correlación significativa con la calidad de vida sexual de las anoréxicas.

Sin embargo, a pesar de que el interés sexual se ha comprobado que queda disminuido o anulado, hay que considerar que no puede ser estudiada con los mismos parámetros la conducta sexual de una anoréxica en edad puberal y la de una anoréxica adulta.

Raboch y Faltus (1991) estudiaron 30 mujeres adultas anoréxicas comparándolas con un grupo de 50 mujeres control. Encontraron que el desarrollo heterosexual en el estadio inicial de la enfermedad era normal, pero la adaptación psicosexual posterior se encontraba perjudicada. Algunos estudios sugieren que los neurotransmisores del sistema nervioso central a través de su relación con el sistema neuroendocrino (hipotálamo-hipófisis) juegan un papel decisivo en las disfunciones sexuales. Las hormonas son muy importantes para la adaptación psicosocial de la mujer. Las alteraciones en las gónadas se ha considerado como uno de los aspectos más importantes de la anorexia nerviosa (Abraham y Beaumont, 1982). Estos autores pudieron observar que las anoréxicas con una menstruación regular difieren significativamente en su actividad sexual de las pacientes con alteraciones en la menstruación, mientras que la pérdida de peso no era un factor significativo.

Crisp y col. (1976) postularon que la anorexia nerviosa constituye una respuesta fóbica a la comida como resultado de una tensión social y sexual generada por los cambios físicos asociados a la pubertad. Sin embargo, otros autores como afirman que los conflictos sexuales no son la causa de la anorexia pero pueden ser uno de los factores precipitantes (Leon y col., 1985; Wiederman y col., 1996; Wiederman y Pryor, 1997).

En los varones anoréxicos, algunos autores han postulado la aparente existencia de una gran proporción de preocupaciones sexuales y más concretamente de homosexualidad (Fichter y col., 1985; French y col., 1996; Mangweth y col., 1997; Carlatt y col., 1997).

1.1.2.4. Manifestaciones cognitivas.

Dentro de la clínica anoréxica son muy importantes las distorsiones cognitivas respecto a su propio cuerpo. No se aceptan, sobreestiman su talla y su

imagen corporal. Por muy delgada que sea su silueta, nunca llegan a reconocer sus medidas o su forma real. Estas alteraciones de la imagen corporal se dan en diferentes partes del cuerpo, pero sobre todo en las caderas, abdomen y glúteos. En el apartado 3.2. se describen estudios sobre la imagen corporal.

1.1.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA.

Bassoe (1990) describe las siguientes características como aspectos esenciales para la diferenciación de la anorexia respecto a otros trastornos:

1. La edad de inicio es generalmente la pubertad.
2. Casi todos los pacientes son mujeres.
3. Hay una fuerte resistencia física a la ingesta.
4. Episodios de inducción al vómito.
5. Amenorrea.
6. Uso excesivo de laxantes, que aceleran la pérdida de peso .
7. La desnutrición produce graves efectos físicos que pueden llevar a la muerte.

Sin embargo, en los últimos 10 años los criterios diagnósticos más utilizados han sido los del DSM-III (A.P.A., 1980), DSM-III-R (A.P.A., 1987) y DSM-IV (A.P.A., 1994), y también los de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 1992). Estos criterios diagnósticos generalmente incluyen conductas y actitudes anormales hacia la comida y el peso, pérdida de peso y amenorrea.

En el **DSM-III-R**, los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa son los siguientes:

- a)- Rechazo contudente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo considerando la edad y la talla. Pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico.
- b)- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c)- Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.

d)- En las mujeres pospuberales, ausencia de por los menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se señala que también se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones únicamente aparecen con tratamientos hormonales.

En el **DSM-IV**, los criterios no han variado y se mantienen las mismas consideraciones para el diagnóstico, especificando en el diagnóstico si se trata de **Tipo restrictivo** (cuando durante el episodio de anorexia, la persona no recurre de forma regular al abuso de laxantes y otros métodos de purga o ingestas compulsivas) o **Tipo compulsivo/purgativo** (en el caso de que el anoréxico sí recurra a métodos purgantes o realice episodios bulímicos). También se contempla la categoría de **trastorno de la conducta alimentaria no especificado** que incluye aquellos trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992), se considera la anorexia nerviosa y la anorexia nerviosa atípica. Para el diagnóstico de anorexia nerviosa, la **CIE-10** exige que se cumplan todas las alteraciones siguientes:

a).- Existencia de una pérdida significativa de peso, es decir, un índice de Quetelet (Peso/Talla^2) $< 17,5$.

b).- La pérdida de peso debe estar causada por la propia persona, y ello lo ha logrado a partir de la evitación del consumo de alimentos que ellos consideran que engordan, y por uno o más de los siguientes síntomas: autoinducción al vómito, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c).- Distorsión de la imagen corporal, que contempla la persistencia de pavor ante la gordura o flaccidez de las formas corporales.

d).- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida de interés sexual así como disminución de la potencia sexual. También pueden darse concentraciones altas de la hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías

en la secreción de insulina.

e).- Si el inicio de la patología es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones puberales, o incluso llega a detenerse. En el caso de que el enfermo se recupere, la pubertad suele completarse, aunque en el caso de las chicas, la menarquía es tardía.

Además en esta clasificación de la CIE-10, se utiliza el término de **anorexia nerviosa atípica** para ser aplicado en aquellos casos que presentan un cuadro clínico característico pero en los que no se detecta uno o más de los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso. También se pueden incluir aquí, como detalla la OMS, los enfermos que tengan todos los síntomas importantes pero en grado leve.

1.2. BULIMIA NERVIOSA

1.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA BULIMIA.

Galeno consideraba que la bulimia estaba causada por un estado de ánimo alterado que inducía al sujeto a tener una sensación de hambre exagerada, ingerir compulsivamente y en ocasiones vomitar. En los siglos XVIII y XIX, los diccionarios médicos describían la bulimia como una curiosidad médica, pero tuvieron que pasar muchos años para que llegara a reconocer la bulimia como una enfermedad independiente de la anorexia. En 1825 Hooper utilizó los términos "bulimia emética" y "cinorexia" para describir aquellos casos que presentaban un apetito exagerado seguido de vómitos. En 1979, Russell llevó a cabo la descripción de bulimia nerviosa, y posteriormente en 1980 fue el momento en el que se incluyó la bulimia como cuadro sintomático en el DSM-III, reconociendo que la ingesta compulsiva y la inducción al vómito podían darse en personas que no eran obesas ni presentaban un trastorno anoréxico. Fue en este momento cuando se aceptó oficialmente en el mundo científico la existencia de un nuevo síndrome alimentario (Vandereycken, 1995).

1.2.2. ASPECTOS CLÍNICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA.

Según la definición de Cordero y Ramos (1987), la bulimia nerviosa podría ser definida como un trastorno de la conducta alimentaria cuya característica principal es la aparición recurrente de episodios de voracidad de corta duración en los que se ingiere, con rapidez y normalmente a escondidas, una gran cantidad de alimentos y la duración de este problema tiene un promedio de 5,2 años. Sin embargo, a pesar que, como ya se ha mencionado, finalmente se reconoce la bulimia como un síndrome particular, independiente de la anorexia, las personas que padecen este trastorno tienen algunas semejanzas, aunque también diferencias, respecto a los anoréxicos. En este sentido, al igual que las personas que padecen anorexia nerviosa, los bulímicos están exageradamente preocupados por el **modelo de delgadez** que se promueve desde el sistema social. Sin embargo, la mayor parte de los bulímicos se mantienen dentro de un peso normal, aunque este trastorno puede darse en personas anoréxicas o demasiado gruesas.

Así, la imagen corporal es uno de los puntos en común de estos desórdenes alimenticios tanto de la anorexia como de la bulimia. El rasgo que los diferencia es el proceso que siguen para alcanzar la delgadez. Según el modelo de los límites de la alimentación (Herman y Polivy, citados por Larraburu, 1986), el bulímico transgrede el límite de la saciedad y sólo se detiene cuando alcanza el límite de su capacidad física y le es imposible continuar, y no cuando la saciedad le es desagradable.

En cambio, el bulímico restrictivo aunque ingiera comida siempre estará presionado por el límite de la saciedad, mientras que el anoréxico tiene un límite de dieta más bajo y cualquier cantidad de alimento por debajo del límite es tolerable, pero no por encima de dicho límite.

1.2.2.1. Episodios de hiperfagia

El atracón, núcleo central de la bulimia, puede definirse como un episodio de ingesta incontrolada en el que se consume una gran cantidad de comida en un

breve período de tiempo con la percepción de falta de control. Además de estos rasgos se subraya la aparición de emociones negativas tras la realización del episodio que lleva a la persona a efectuar lo que se denominan conductas compensatorias como el uso y abuso de laxantes y diuréticos, enemas, fármacos anorexígenos, actividad física excesiva, inducción al vómito y/o dieta estricta.

Durante estos episodios lo que normalmente suelen ingerir son alimentos fácilmente disponibles, de acceso restringido, que no sea necesario ser cocinados y en general hay una mayor preferencia por alimentos sólidos. Suelen atracarse en solitario y la duración de estos episodios es difícil de calcular, ya que en ocasiones no se puede delimitar cuando acaba el atracón y empieza el vómito porque algunas personas bulímicas encadenan estas dos fases del ciclo, de forma que no es fácil precisar el tiempo que dura (Mora y Raich, 1993).

La causa del inicio de estos ciclos de grandes ingestas-purgas debe buscarse en las normas que la sociedad plantea sobre la delgadez. A partir de estas normas, muchos adolescentes empiezan una dieta y seguidamente se aferran a un régimen calórico riguroso. Después, los individuos con anorexia negarán el hambre que sienten y rechazarán la comida, mientras que en el caso de los bulímicos, comerán excesivamente. Ellos mismos abusarán de los vómitos provocados, los laxantes y diuréticos, y comenzarán a practicar un ejercicio enérgico como compensación entre la necesidad de ejercer un autocontrol y la necesidad de comer. Con las técnicas de purgación, a menudo aprendidas de sus amigos, los bulímicos gradualmente se convierten en adictos al ciclo comilonas-purgas-ejercicio que provocan numerosas complicaciones a nivel físico.

1.2.2.2. Complicaciones físicas.

Estos episodios con atracones seguido de las purgas y/u otras formas compensatorias que pueden provocar numerosas consecuencias físicas, sobre todo, a nivel gastrointestinal como describen Anderson y col. (1997). La naturaleza de estas alteraciones dependerá de:

- (A)- El método de purga.
- (B)- La frecuencia de la conducta purgante.
- (C)- La salud general del bulímico.
- (D)- El tipo de comida consumida en los episodios de ingesta.

Cuando repetidamente se induce al vómito manualmente, puede darse insensibilidad en la caja torácica. Esta insensibilidad es debida a las repetidas contracciones abdominales para la facilitación del vómito. Por otro lado, la alta concentración de ácido en la boca puede causar una erosión dental y caries.

Los cambios gastrointestinales producen una ampliación de la glándula parótida, además de disrupción o bloqueo del canal salival, dilatación gástrica y del esófago con posibles hernias, dolor abdominal, hernia de hiato, pancreatitis, etc.

En el caso de los bulímicos que abusan de la inducción al vómito, se puede llegar a desarrollar una cardiopatía que es también una importante complicación (Kreipe y col., 1995).

El uso intensivo de laxantes produce un vientre no sensible. Por ello, las dosis suelen ser aumentadas frecuentemente para obtener el resultado deseado.

El incremento de las dosis es un proceso que se autoperpetúa, ocasionando una dependencia crónica de los laxantes. Si el bulímico intentara interrumpir el uso de laxantes, con ello no conseguiría que volvieran a darse los movimientos normales intestinales. A menudo suele ser éste el hecho que apura al bulímico y le hace solicitar la asistencia médica. No será hasta meses después de sucesivo tratamiento con fibras naturales laxantes cuando el paciente conseguirá unos movimientos espasmóticos normales.

Y tanto con la repetición de episodios de vómito como con el abuso de laxantes se produce una notable pérdida de potasio. Esta deficiencia de potasio puede favorecer la debilidad muscular y provoca palpitaciones, arritmias, convulsiones y/o muerte súbita. Pero, a pesar de estos efectos, un estudio (Phelphs y Bajorek, 1991) encontró que la mayor parte de sujetos con bulimia examinados gozan de buena salud en lo referente al corazón. Muy probablemente esto sea debido a las calorías digeridas a pesar de las purgas. Aunque muchos individuos con bulimia suponen que la cantidad calórica ingerida es eliminada mediante las

purgas y los vómitos, no ocurre así, y a pesar de estas conductas siempre hay una parte de la cantidad ingerida que se mantiene (Toro, 1996). Además, contrariamente a la creencia popular, el uso de laxantes no erradica muchas calorías (Agras, 1987).

En cuanto a las alteraciones bioquímicas relacionadas con la bulimia, un estudio reciente (Wlodarczyk y Bisaga, 1995) muestra un decremento de la actividad de la serotonina y noradrenalina y altos niveles de fluidos cerebrospinales.

1.2.2.3. Características psicológicas.

Al igual que las anoréxicas, las personas con bulimia experimentan fluctuaciones de humor que acaban en un porcentaje muy elevado en depresión, aunque algunos bulímicos suelen presentar, sobre todo al principio, alivio a su tensión mediante el vómito después de los episodios hiperfágicos.

Sintiéndose fuera de control e inútiles, los bulímicos se pesan frecuentemente, con la esperanza de que las purgas y el ejercicio les beneficiará. El ciclo de la dieta se restringe, y normalmente se sigue el ciclo comilona-purga, acompañadas de algunas variaciones de humor.

A menudo los bulímicos mantienen una fachada ante la sociedad. Se muestran extrovertidos y mucho más activos interpersonalmente y sexualmente que los sujetos que padecen anorexia nerviosa. El bulímico tiende a desarrollar contactos superficiales, y se esfuerza, aunque no mucho, en mantener relaciones personales o lograr una vida apropiada.

1.2.3. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA.

Los criterios de Russell (1979) para la detección de bulimia son considerados por algunos profesionales más satisfactorios que los criterios actuales detallados en el DSM-III-R (A.P.A., 1987), DSM-IV (A.P.A., 1994) y CIE-10 (O.M.S., 1992). Para el diagnóstico de bulimia nerviosa, Russell resaltaba los siguientes criterios: en primer lugar, los individuos padecen una necesidad poderosa de

sobrealimentarse; segundo, los bulímicos tratan de evitar los efectos engordantes de la comida mediante la inducción al vómito y/o abusan de laxante; y tercero, manifiestan un miedo mórbido a engordar.

Sin embargo, para Larraburu (1986), el vómito autoinducido no es síntoma necesario para el diagnóstico. Para esta autora, es importante diferenciar entre bulímicos vomitadores y no vomitadores. Según sus afirmaciones, todos los bulímicos no son vomitadores, pero la mayoría de vomitadores si son bulímicos, en concreto entre el 50% y el 100%. Incluso los vómitos pueden aparecer antes o después de las grandes ingestas de alimento. Mora y Raich (1994) realizan una revisión de todas las clasificaciones propuestas sobre los diferentes subtipos de bulimia nerviosa y señalan la excesiva proliferación de tipificaciones que en ocasiones no tienen una fundamentación consistente. Concluyen que existen suficientes evidencias para diferenciar entre bulímicas con peso normal, bulímicas que presentan sobrepeso, y bulímicas con infrapeso. Y creen que lo mejor es seguir aquellas clasificaciones que favorecen la intervención, el tratamiento y se basan en datos empíricos, como es el caso de la propuesta de clasificación del DSM-IV.

El **DSM-III-R** (A.P.A., 1987) expone 5 criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

1. Episodios recurrentes de grandes ingestas: rápida consumición de grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.
2. Sentimientos de falta de control en la conducta alimenticia durante las grandes ingestas.
3. Inducción regular al vómito, uso de laxantes o diuréticos, dieta estricta, alternada con comilonas, o ejercicio fuerte para prevenir el aumento de peso.
4. Un mínimo de dos episodios bulímicos a la semana en un período de 3 meses.
5. Existencia de ideas persistentes sobre la forma del cuerpo y el peso.

En el **DSM-IV** (A.P.A., 1994) los criterios son:

A. Presencia de atracones recurrentes, caracterizándose por ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a lo que ingeriría una persona en un tiempo similar, y por sensación de falta de control sobre la ingesta.

B. Conductas compensatorias inapropiadas, que aparecen de forma repetida y que tienen como objetivo no aumentar peso (vómitos, laxantes, etc)

C. Tanto los atracones como las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos 2 veces semanales durante tres meses.

D. La autoevaluación está influida de forma exagerada por el peso y la silueta

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

Y se especifica que puede ser de **tipo purgativo** (cuando la persona durante el episodio de bulimia nerviosa se provoca el vómito o usa laxantes de forma regular) o de **tipo no purgativo** (cuando adopta otras conductas compensatorias inadecuadas como un ejercicio exagerado o una dieta estricta).

Por otro lado, la **Clasificación Internacional de Enfermedades** (CIE-10, O.M.S., 1992) destaca las siguientes pautas e indica que deben estar presentes todas ellas para llevar a cabo un estricto diagnóstico de bulimia nerviosa:

a).- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de tal forma que la persona termina por sucumbir, presentándose episodios de polifagia durante los cuales ingiere grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo.

b).- La persona intenta compensar el aumento de peso mediante uno o más de los métodos siguientes: inducción al vómito, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos como anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos.

c).- Presencia de un miedo morboso a aumentar de peso, y la persona se fija una meta de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad. Suelen darse frecuentemente antecedentes previos de anorexia nerviosa con intervalos entre ambos trastornos de varios meses o años.

Al igual que con la anorexia nerviosa, la CIE-10 distingue la **bulimia nerviosa atípica**, que se aplicaría en los casos que los que no aparecen una o más de las características principales de bulimia. Estas personas suelen tener un peso normal o incluso superior, pero manifiestan episodios recurrentes de ingesta excesiva además de vómitos y purgas.

1.2.4. LA DELIMITACIÓN DIAGNOSTICA ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA.

Sin embargo, a pesar de los detallados criterios que aparecen en el DSM III, DSM-III-R y DSM-IV, así como en la CIE-10, no está del todo claro que la anorexia y la bulimia nerviosas sean síndromes separados. Así, algunos profesionales los consideran polos extremos de un mismo trastorno; otros creen que son manifestaciones no idénticas de un síndrome nuclear, mientras que otra postura es que la bulimia es la manifestación de la cronificación de la anorexia. De hecho, la existencia de subtipos dentro de la anorexia nerviosa ha sido descrita por numerosos clínicos desde Janet en 1903, quien dividía los anoréxicos en obsesivos e histéricos. Dally y Gómez (1969) añadieron a estos dos subtipos un tercero para los pacientes con rasgos mixtos.

La práctica clínica demuestra la limitación de los criterios diagnósticos actuales ya que el solapamiento de síntomas es patente en la anorexia y bulimia. Debido a ello, en ocasiones se requiere un doble diagnóstico. Actualmente, se clasifica en anoréxicos tipo restrictivo, anoréxicos tipo bulímico, y un diagnóstico independiente de bulimia nerviosa para los bulímicos que no presentan bajo peso. En este sentido, en un estudio centrado en la cuestión de los subtipos (DaCosta y Halmi, 1992), se define como rasgos predominantes de la anorexia un irracional deseo de conseguir un cuerpo delgado, intenso miedo a engordar, percepción distorsionada de su apariencia y amenorrea, siendo estos rasgos comunes a anoréxicos-bulímicos y anoréxicos restrictivos. Los "binge-eating" representarían

pérdida de control como reacción a la sensación de hambre, mientras que los vómitos y las purgas serían un intento de controlar y mantener el peso ideal. Y aunque existe la bulimia "pura", suele ser frecuente que el bulímico tenga oscilaciones de peso con presencia de un cuadro anoréxico, tratándose entonces de "bulimarexia" término introducido en 1976 (Toro, 1990).

Además de estos tipos, hay casos en los que no se cumplen los criterios diagnósticos de anorexia y que pueden corresponder a estados pre-clínicos o residuales (anorexia-like, anorexia atípica descrita antes en la CIE-10 o el trastorno no especificado del DSM-IV) (Larraburu, 1986; Walters y Kendler, 1995). Estos últimos autores citados, Walters y Kendler, han realizado un estudio con el objetivo de examinar la relación entre la anorexia nerviosa definida de forma estricta y lo que ellos denominan el "síndrome anoréxico" o "anorexia-like". Plantean que la anorexia-like es probablemente más común que la anorexia nerviosa, corroborando los datos de otros estudios (Meadows y col., 1986; King, 1989), y sugieren que podría existir un continuum de patología en el que la anorexia nerviosa definida de forma clásica representaría el extremo de mayor gravedad. En 1990 se llevó a cabo una investigación para determinar si la anorexia-like era cualitativamente diferente de la anorexia nerviosa, no encontrándose rasgos demográficos o psicológicos que distinguieran individuos diagnosticados de ambos trastornos (Bushnell y col., 1990).

También en referencia a la bulimia se ha obtenido en población general un número significativo en una muestra de varones y mujeres de individuos con clínica suficiente para realizar el diagnóstico de bulimia pero que no cumplían con todos los criterios diagnósticos. Por ello se plantea que se tendrían que tener, al igual que ocurre con la anorexia, otro tipo de conceptualización del trastorno que contemplara varios niveles de vulnerabilidad, distinguiendo entre un síndrome que cumpliera todos los criterios y un "partial-syndrome" que correspondería en bulimia lo que en anorexia se ha denominado "anorexia-like" (Garfinkel y col., 1995). Siguiendo estas líneas, Mora y Raich (1994) realizan una revisión para examinar los problemas de delimitación diagnóstica del síndrome bulímico respecto a categorías limítrofes como la anorexia nerviosa y la ingesta compulsiva. A partir de las evidencias científicas sugieren la existencia de una entidad psicopatológica presente en

pacientes obesos así como en algunas personas con un peso normal. Esta entidad estaría caracterizada por la presencia de episodios de hiperfagia con malestar debido a ello, pero sin utilizar procedimientos purgativos o compensatorios para el control del peso, y no sería posible el diagnóstico de bulimia, sino de ingesta compulsiva.

2- EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Varios estudios sobre la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria han sido llevados a cabo en los últimos años. Sin embargo, la información epidemiológica sobre la prevalencia de los trastornos anoréxicos y bulímicos en población general es, a pesar del interés creciente de los clínicos, limitada debido a tres motivos principalmente. Por un lado, la existencia de diversas definiciones de diagnóstico, como se ha señalado en el apartado 1; en segundo lugar, los diferentes métodos de recogida de datos; y, por último, el uso de muestras con edad limitada. A ello se debe añadir que es difícil calcular la verdadera prevalencia debido a la escasa predisposición de los anoréxicos y bulímicos a admitir su enfermedad y su habilidad para ocultar las conductas anómalas que realizan. A pesar de ello, es necesaria la investigación epidemiológica de estos trastornos ya que a partir de la información recogida se favorece la planificación del tratamiento y la elaboración de programas de intervención. Además, conocer la prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosas en diferentes culturas, por ejemplo, es imprescindible para la formulación de hipótesis sobre los factores sociales que contribuyen en su etiología. En este sentido, si bien es cierto que algunos investigadores han propuesto como explicación de la etiología de la anorexia la existencia de una reacción a un ambiente familiar rígido o una disfunción hipotalámica, la realidad es que existen escasos datos empíricos que de forma objetiva estudien los posibles mecanismos etiológicos de estos desórdenes alimentarios (Walters y Kendler, 1995).

La mayor parte de los estudios realizados muestran que la prevalencia de las alteraciones en la ingesta continúa incrementándose (Halmi y col. 1991; Eagles y col., 1995; Stein y col., 1997) y advierten que el progresivo aumento de la incidencia es muy alarmante. Eagles y sus colaboradores realizaron un estudio exhaustivo de los diagnósticos de anorexia nerviosa efectuados por los servicios de psiquiatría en el norte de Escocia entre 1965 y 1991, y detectaron el incremento antes citado. Estos datos corroboran las conclusiones de un estudio publicado en 1994 (Moller-Madsen y Nystrup, 1994). Un grupo de investigadores daneses observaron que en hospitales habían aumentado alarmantemente las admisiones de personas afectas de trastornos alimentarios. La incidencia de las admisiones se

había incrementado de 0.42/100.000 en 1970 a 1.36/100.000 en 1988. Y concretamente en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 24 años se incrementó hasta 8.97/100.000 en 1989. De hecho, estudios anteriores habían apuntado que cada año 3 de cada 10.000 jóvenes europeas padecería un trastorno anoréxico (Toro y Vilardell, 1987).

A continuación se describen diferentes estudios epidemiológicos, aunque la información se amplía en el apartado de la discusión.

2.1. EPIDEMIOLOGIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA.

De entre los desarreglos alimentarios la **anorexia nerviosa** representa la forma menos común pero más severa de trastorno alimentario.

Si bien todas las investigaciones que han estudiado los aspectos epidemiológicos de los trastornos en la conducta alimentaria, han comprobado que la prevalencia de anorexia nerviosa es alta, y que suele ser mayor entre las jóvenes de las clases sociales más elevadas, los datos encontrados entre adolescentes y jóvenes de países occidentales son diferentes según los autores consultados. La prevalencia estimada en población general se encuentra entre 0.1% al 1% pero varía dependiendo del tipo y edad de la población estudiada, el método utilizado y los criterios diagnósticos. Por ejemplo, la amenorrea era un criterio diagnóstico de anorexia nerviosa en el DSM-III-R y en la versión más actualizada DSM-IV, pero no era así en la anterior versión (DSM-III).

En Europa, concretamente en Suecia, Rastam y col. (1989) estudiaron los trastornos en la conducta de ingesta en escolares de 15 años en un área urbana. Detectaron una prevalencia de diagnóstico de anorexia nerviosa en chicas de 0.84%. El 85% de los casos cumplían los criterios establecidos por el DSM-III-R para el diagnóstico de la enfermedad. Estos resultados confirman que la anorexia es más común entre la población que lo que había sido previsto por algunos investigadores. En cambio el porcentaje de prevalencia de bulimia nerviosa en este estudio era muy bajo. En Suiza, se estudió el período de 1931 a 1960, con una incidencia de 0.24 casos/100.000 habitantes y por año, y se observó un

aumento de 0.45/100.000 de 1950 a 1960 (Theander, 1970). Un estudio similar pero realizando una revisión del período 1970-1989, en población danesa, puso en evidencia que los porcentajes de anorexia desde 1970 a 1984 se habían mantenido relativamente constantes, con una media de 1,6 por 100.000 habitantes, pero en el período 1985-1989 era de 6.8 por 100.000 (Pagsberg y Wang, 1994).

En España, durante los años 1985, 1986 y 1987 se llevó a cabo un estudio con una muestra de estudiantes madrileños y se diagnosticó un 0.31% de anorexia nerviosa, 1,25% de bulimia nerviosa y detectaron un 7% de población de riesgo aunque no cumplían el diagnóstico. Todos estos porcentajes se refieren a población femenina (Morande y col., 1987).

En población catalana, Raich y col. (1991) realizaron un estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de BUP y FP en 8 ciudades de Cataluña. Encontraron que la mayor parte de la población estudiada presenta conductas normales ante la alimentación (70-90%), pero que entre 1-2% manifestaba conductas trastornadas, aunque este estudio no realizó el diagnóstico de anorexia. Encontraron un mayor incremento según aumentaba la edad en ambos sexos. Así, mientras el incremento en mujeres era progresivo, en varones el incremento mayor se daba entre los 15-16 años, sin embargo en cualquier edad las mujeres tenían una puntuación más alta.

En población norteamericana, algunas investigaciones estiman que una de cada 200-250 mujeres entre 13 y 22 años sufren anorexia, y que entre el 20-30% de las chicas en edad escolar controla su peso a través de conductas como la inducción al vómito y el uso de laxantes y diuréticos (Hesse-Biber, 1991). Otros investigadores como Rasic Lachenmeyer y Muni-Brander (1988) mediante el EAT encontraron un alto porcentaje de desórdenes alimentarios en una población adolescente no clínica. También Maloney y col. (1985) hicieron un estudio epidemiológico utilizando el Eating Attitudes Test en una muestra de 318 chicos y chicas de edad escolar. Sus resultados muestran que el 45% de los escolares querían estar más delgados, el 37% incluso había intentado perder peso, mientras que un 6.9% puntuaron como anoréxicos. Una aportación importante de esta

investigación fue la comprobación de la preocupación por la dieta y las actitudes anómalas en la ingesta que aparecen en estas edades. De hecho, seguir una dieta para perder peso es una práctica muy extendida entre las mujeres jóvenes. En referencia a este tema, y con el objetivo de examinar los cambios psicológicos asociados a la práctica de la dieta, French y col. (1995) realizaron un estudio longitudinal durante tres años consecutivos en estudiantes de 12 a 15 años de Minnesota. La muestra estaba compuesta de 852 chicas pertenecientes a un nivel social medio-alto. El 29% de la muestra fue clasificada como frecuentes seguidores de dieta, el 35% no hacían dieta nunca y el 36% eran intermitentes, es decir, alternaban períodos de dieta con períodos de alimentación normal.

Más recientemente se han realizado estudios epidemiológicos con el objetivo de evaluar la prevalencia de diagnóstico alimentario, con resultados similares (Mitrany y col., 1995; Mangweth y col., 1995). Esta enumeración de investigaciones podría ser extensísima y todas ellas tendrían en común el diagnóstico de patología alimentaria entre sus objetivos.

2.2. EPIDEMIOLOGIA DE LA BULIMIA NERVIOSA.

En la epidemiología de la **bulimia nerviosa** los estudios sobre prevalencia e incidencia en población general son aún más escasos y con una menor base empírica que los realizados sobre anorexia, si bien en los últimos años han aparecido publicadas diferentes investigaciones dirigidas hacia el estudio de la epidemiología de este trastorno.

En 1990, Fairburn y Beglin revisaron más de 50 estudios realizados en población clínica, principalmente, y población general con este objetivo. Se concluyó que la frecuencia de la bulimia nerviosa varía de forma importante en función de la metodología utilizada al igual que ocurre con la anorexia nerviosa. Sobre este tema, posteriormente Garfinkel y su equipo de trabajo atribuyen esta variabilidad de los resultados epidemiológicos a cuatro factores principalmente (Garfinkel y col., 1995). En primer lugar, al hecho de utilizar métodos de muestreo

diferentes, ya que los estudios se realizan en colegios, institutos o en poblaciones clínicas. Estos grupos son fácilmente obtenibles pero no son representativos de la población a gran escala, como también apunta Martínez Mallén en un estudio realizado en población barcelonesa (Martínez Mallén y col., 1993).

En segundo lugar, Garfinkel y col. (1995) señalan que los porcentajes de respuesta varían significativamente. Algunos estudios que presentan bajos porcentajes también tienen una clara probabilidad de sesgo. Las respuestas pueden no ser representativas de la población de la que han sido obtenidas.

Por otro lado, los métodos de detección de casos varían. Los estudios que usan respuestas de cuestionario autoevaluativos para el diagnóstico de bulimia nerviosa pueden haber sobreestimado la frecuencia de este síndrome. Fairburn y Beglin (1990) observaron que los porcentajes de prevalencia obtenidos con cuestionarios pueden ser hasta tres veces más altos que los determinados mediante entrevistas.

Y finalmente, debe tenerse en cuenta que las definiciones del síndrome bulímico continúan desarrollándose: los estudios que utilizan como criterios para el diagnóstico los establecidos en el DSM-III muestran porcentajes hasta de 2 a 4 veces más altos que aquellos que utilizan los criterios más rigurosos de Russell o los del DSM-III-R y DSM-IV. La mayor parte de los criterios propuestos para la bulimia nerviosa en el DSM-IV han sido apoyados por datos empíricos pero el criterio de frecuencia de 2 o más episodios bulímicos por semana durante tres meses era arbitrariamente adoptado tanto por el DSM-III-R como por el DSM-IV, y son pocas las investigaciones que apoyen tal criterio en relación al curso de la enfermedad (Garfinkel y col., 1995). De hecho este estudio de Garfinkel detecta un número significativo de mujeres tanto en población general con clínica suficiente para realizar el diagnóstico de bulimia nerviosa pero que no cumple con el criterio de frecuencia. Por este motivo enfatizan la arbitrariedad de dicho criterio.

Y a causa de todas estas diferencias en metodología, los estudios realizados desde 1980 hasta la fecha actual muestran diferentes prevalencias. Aquellas investigaciones que han utilizado como método las entrevistas con criterios rigurosos han sido bastantes consistentes y sitúan una prevalencia de bulimia nerviosa entre población joven que oscila alrededor del 1 al 1,5%. Hoek

(1991) detectó una incidencia de bulimia en el período 1985-1986 de 9.9 por año por cada 100.000 habitantes, pero no lo pudo comparar con otros estudios porque no presentaban el porcentaje de incidencia. Garfinkel y col. (1995) siguiendo los criterios del DSM-III-R en una muestra de 8116 individuos obtuvo una prevalencia entre mujeres de 15 a 65 del 1.1 % y en varones de 0.1% y, a pesar de que resulta difícil comparar estos datos con otros debido a las diferentes metodologías utilizadas, sí son comparables con algunos estudios como el de Bushnell y col. (1990) que obtuvieron una prevalencia similar en mujeres de Nueva Zelanda también utilizando los criterios del DSM-III-R, siendo el porcentaje obtenido de 1.6% en población general. Kendler (1991) obtuvo un resultado más alto: 2.8%. En este estudio el período de riesgo mostraba un efecto cohorte, ya que los individuos nacidos después de 1960 diferían de los nacidos anteriormente. Tanto Garfinkel como Kendler estudiaron una muestra compuesta por personas de 15 a 65 años. Y también Garfinkel encontró una reducción similar en cuanto a la edad de inicio. Los dos grupos nacidos entre 1950-1959 y después de los 60 son similares con una edad media de inicio de 18 años. Estos datos están de acuerdo con los de otros estudios clínicos (Woodside y Garfinkel, 1992). En el estudio de Hoek el 43% de los bulímicos tenía una edad entre 20-24 años, siendo un grupo en su mayoría universitario que realizaba sus estudios en grandes ciudades. Un dato curioso de esta investigación de Hoek es que la prevalencia de bulimia nerviosa era tres veces más alta en grandes ciudades (más de 100.000 habitantes) que en pequeñas poblaciones rurales. La anorexia nerviosa se detectó con igual frecuencia en áreas de diferente nivel de urbanización. Esta diferencia entre ambos trastornos podría ser explicada, como expone el autor, por la diferencia en la distribución de la edad entre anorexia y bulimia. Los bulímicos son, en general, más mayores que los anoréxicos. Sin embargo, estudios epidemiológicos realizados en población francesa (Ledoux y col., 1991) sugieren que la prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes francesas no es tan alta como en los estudios realizados en población norteamericana. Así, Ledoux detectó un grupo de jóvenes que presentaba síntomas de bulimia 0.2% en chicos y 1.1% en chicas, según los criterios del DSM-III-R. Otro estudio en un área suburbana encontró una prevalencia de bulimia de 0.473 en chicas de 16 a 24 años. La incidencia de anorexia era de 2.6 y 3.9 de bulimia (Cullberg y Engström-Lindberg, 1988). En general, se estima que en Inglaterra, Suiza, Alemania,

Australia y Nueva Zelanda, la prevalencia de bulimia entre adolescentes de edades entre 14-18 años está entre 1.1%-12.6% (Raich y col., 1992).

Basándose en el diagnóstico y en la sintomatología, se llevó a cabo una investigación realizada en California (Killen y col, 1994) en una muestra de adolescentes utilizando como instrumento de cribado el EDI (Garner y col., 1983). Detectaron un 4.3% de adolescentes con sintomatología de riesgo. También usaron la entrevista DICS (Spitzer y col., 1987) para realizar el diagnóstico, pero únicamente un caso cumplía con todos los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa.

También en población norteamericana se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de bulimia nerviosa en Florida. Se detectó una prevalencia de 1.1% para el total de la muestra (2.115 adultos de edades comprendidas entre 18 y 96 años), y un porcentaje de 4.1% en el grupo de mujeres, con edades entre 18-30 años, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Rand y Kuldau, 1992). Estos autores destacan que las conductas bulímicas son más comunes entre las mujeres que en los varones de lo esperado, sobre todo en mujeres jóvenes con bajo nivel económico. No encontraron diferencias entre las mujeres estudiantes y las que no habían cursado estudios.

2.3. EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN VARONES

Como antes se ha mencionado, los estudios clínicos realizados sobre los trastornos en la conducta de ingesta incluyen una minoría de varones. Los datos estudiados hasta el momento muestran que la anorexia es un trastorno que afecta fundamentalmente a chicas adolescentes y jóvenes adultas pero es considerado raro entre varones. De hecho, como ya se ha apuntado en apartados anteriores, se estima que solamente un 8% de la población diagnosticada de anorexia nerviosa son varones (Ledoux y col., 1991). La cuestión de la existencia de anorexia nerviosa en varones ha sido fuertemente debatido debido a que, como ya se ha mencionado, los profesionales resaltan la amenorrea como principal criterio diagnóstico. Sin embargo, pese a todo, su presencia en varones ha sido descrita desde la primera definición médica del síndrome por Morton en 1689 (Hamlett y Curry, 1990). Sin embargo, como han apuntado diferentes autores se necesita mucha más información específica sobre los trastornos de ingesta en varones, ya

que los conocimientos empíricos y clínicos son incompletos (Rasic Lachenmeyer y Muni-Brander, 1988).

Crisp y col. (1976) presentaron en su informe que mientras uno de cada 100 escolares tenía anorexia, sólo 1 de cada 15 de los casos eran varones. Estos autores consideran que los chicos son generalmente resistentes a desarrollar la anorexia, y sólo llegan a desarrollar esta enfermedad dentro del contexto de una grave psicopatología y/o obesidad premórbida. El estudio se realizó con escuelas privadas y públicas. Y observaron que entre los varones que asistían a escuelas privadas o públicas no existían diferencias, pero las chicas de escuelas privadas presentaban conductas alimentarias más alteradas. Por otra parte, un estudio observó un incremento en la incidencia de la anorexia nerviosa en varones de aproximadamente un 5% según los criterios del DSM-III-R en 1985 y de un 10% en 1987 (Romeo, 1994).

Algunos investigadores creen que es posible que la enfermedad no sea diagnosticada entre los varones porque para un número importante de profesionales clínicos la amenorrea sigue siendo considerada como un rasgo esencial para el diagnóstico.

2.4. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EN POBLACIONES NO OCCIDENTALES

Los primeros estudios sobre problemas de alimentación se enfocaron en gran medida sobre grupos caucásicos, reflejando y reforzando también la premisa de que "la anorexia y bulimia son enfermedades occidentales. La prevalencia de los trastornos alimentarios entre las diferentes culturas varía y no existe ninguna cultura totalmente inmune a estas alteraciones, si bien se han realizado escasas investigaciones, aunque más recientemente ha habido un número cada vez mayor de estudios que tienen en cuenta las actitudes y los desórdenes alimentarios entre mujeres de origen étnico no caucásico (Waller, 1992). No obstante, se ha podido observar que estos trastornos son prácticamente inexistentes en negros africanos (Famuyiwa, 1988). En cambio, la incidencia de los trastornos en la alimentación

entre la población negra norteamericana puede incrementarse debido a que en Estados Unidos principalmente existe una mejora en el estatus socioeconómico, y a esto se le añade el que la distribución de clase de la anorexia empieza a ser uniforme (Robinson y Andersen, 1985). En Egipto, una investigación reciente detectó en estudiantes mediante el EAT un 11.4% de adolescentes con puntuaciones superiores a 30. De este porcentaje 3 casos cumplían el diagnóstico de bulimia nerviosa según los criterios diagnósticos de Russell (Nasser, 1994).

En Asia, dos investigaciones recientes han realizado una evaluación sobre la prevalencia de bulimia nerviosa en poblaciones asiáticas. Chun y col. (1992) detectaron un porcentaje de bulimia nerviosa del 1.1%, utilizando cuestionario y entrevistas, y siguiendo los criterios del DSM-III-R. El otro estudio detectó una prevalencia superior (3.4%) de bulimia nerviosa (Szmuckler, 1993).

También en población asiática, Walker y col. (1991) estudiaron adolescentes de 14-19 años en muestras rurales y urbanas de la India. El 31.5% de las jóvenes negras de áreas rurales se sentían insatisfechas con su cuerpo, mientras que en poblaciones urbanas este porcentaje era superado por un 60.2% de chicas insatisfechas. En adolescentes indias el porcentaje de insatisfacción era de 37.1%, mientras que en la población blanca el porcentaje era el más alto con un 74.1% de chicas no contentas con su imagen.

Las causas de estas diferencias no están del todo claras, pero puede ser que las personas no blancas probablemente tengan menores inquietudes sobre su salud que las personas de raza blanca.

Pese a todo, algunos investigadores opinan que una estimación del verdadero porcentaje de desórdenes alimentarios en grupos no blancos es imposible sin una amplia investigación epidemiológica (Dolan, 1991).

3.- ETIOPATOGENIA

3. ETIOPATOGENIA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA

Muchos autores se han interesado por los factores etiopatogénicos implicados en la génesis de la anorexia y bulimia nerviosas. Se ha sugerido que la anorexia y la bulimia nerviosas podrían compartir factores etiológicos comunes (Katz, 1987; Toner y col., 1988; Walters y Kendler, 1995). En general, muchos clínicos están de acuerdo que los trastornos de alimentación están determinados multifactorialmente y hasta ahora no ha podido ser encontrada una única causa en los diferentes casos estudiados (Hesse-Biber, 1991; Toro, 1995).

Según Ordeig (1989), el modelo etiológico multicausal de las patologías en la ingesta analiza la interacción entre un conjunto de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que predisponen, desencadenan y mantienen el trastorno. En este sentido Rolls (1988) plantea que la complejidad de los factores culturales, biológicos y sociales, que influyen en el individuo a la hora de adquirir una serie de hábitos y conducta alimentaria, dificultan el estudio de la etiología de los trastornos de la alimentación.

Si en el apartado 2 se apuntaba la cuestión de cuál es la edad de riesgo de inicio de las patologías alimentarias, la revisión de la literatura muestra que no existe un gran acuerdo sobre cuál es el elemento o factor detonante que provoca el inicio de la enfermedad.

El inicio de estas patologías podría estar relacionado con síntomas psicológicos tales como la excesiva preocupación por el peso y la figura y la práctica de una dieta (Woodside y Garfinkel, 1992; Huon, 1994; Fairburn y col., 1997). Otros estudios han identificado las siguientes características entre los adolescentes con riesgo de desarrollar una alteración en la alimentación: la edad abarca el momento previo o posterior a la pubertad, historia familiar con antecedentes de patología alimentaria y/o trastorno afectivo, actual reducción de peso y dieta, comilonas habituales y miedo mórbido a ganar peso y/o distorsión de la imagen corporal. Actualmente, y relacionado con las clasificaciones de anorexia y bulimia, se está barajando la posibilidad de una continuidad etiológica en la anorexia y anorexia-like (Walters y Kendler, 1995).

Las investigaciones de Basso (1990), sugieren que la predisposición a desarrollar anorexia o bulimia nerviosas podría estar desencadenada por la pérdida de peso debido al inicio de una dieta o por enfermedad. Este autor también observó

que el desarrollo de síntomas mentales unidos a pensamientos y conductas patológicas, así como alteraciones en los centros neurales del hambre y la saciedad, sugieren una disfunción cerebral.

Incluso la baja estatura también se ha barajado como posible factor etiológico. En el estudio de Brinch y Mantghorpe (1987) que durante 10 años se llevó a cabo en Dinamarca, la posibilidad de la baja estatura como factor etiológico de la anorexia aparecía en 3 casos de los 21 pacientes explorados. Esta hipótesis había sido sugerida previamente, pero estos investigadores no pudieron en sus estudios mantener el criterio de la baja estatura como una condición común en pacientes con cuadros premórbidos de anorexia nerviosa.

Desde una perspectiva feminista, para Elks (1994) la anorexia nerviosa puede ser originada en parte por el efecto de un esfuerzo por demorar el papel de mujer adulta esposa y madre. Según esta autora, la anoréxica al perder peso consigue una forma andrógina y un papel contrario al papel de dependencia juvenil, en un deseo de independencia y autoafirmación.

Otros factores como el nivel de colesterol, el hábito de fumar y la hipertensión arterial fueron identificados a través de un estudio prospectivo como intensificadores de riesgo de desarrollar un trastorno en la ingesta (Leon y col., 1989). Estos mismos autores creen en la posibilidad de llegar al conocimiento de la etiología de un trastorno anoréxico o bulímico a través de un estudio longitudinal, tratando factores como el nivel de impulsividad y otras variables sociales, personales y nutricionales. De esta forma, las diferentes combinaciones de factores de riesgo pueden ser predichas al inicio de una patología en la alimentación de un individuo.

Sin embargo, a pesar de las diferentes posibilidades que se investigan sobre la etiología de los trastornos en la alimentación, todos los estudios realizados sobre el tema aceptan el modelo bio-psico-social, basado en múltiples factores de riesgo (Toro, 1990, 1995, 1996). Estos factores de riesgo son las variables socioculturales y los aspectos familiares, los factores psicopatológicos y los factores genético-biológicos, cada uno de los cuales se describe a continuación.

3.1. FACTORES SOCIOCULTURALES.

Los factores socioculturales son importantes en el desarrollo de los trastornos en la conducta alimentaria en jóvenes adolescentes, aunque también existan otros factores implicados en su etiopatogenia.

La anorexia nerviosa fue primero descrita en Occidente y era un fenómeno raro o simplemente no existía en culturas orientales, pero la frecuencia de su presencia ha aumentado en todo el mundo en las pasadas dos décadas, probablemente como consecuencia de cambios en las normas culturales y en los conceptos de belleza femeninas. A ello hay que añadir el proceso de occidentalización que están sufriendo otras culturas, en las cuales los valores occidentales se están incrementando. Por ejemplo, un estudio sobre los trastornos del comportamiento alimentario en población israelita musulmana, cristiana y druida, señaló que las actitudes de las adolescentes más expuestas a los ideales de estética occidentales, con un conflicto entre el ideal moderno y el tradicional, eran similares a las actitudes de pacientes anoréxicas (Apter y col, 1994).

Es evidente que la incidencia de los trastornos alimentarios ha ido aumentando de acuerdo con las tendencias de la sociedad, una sociedad que gratifica y enfatiza la delgadez como un criterio de autoafirmación y esto es un factor de riesgo como han apuntado diversos autores (Iancu y col. 1994; Sohlberg y Strober, 1994; French y col, 1997).

Por otra parte, las influencias socioculturales son más persuasivas en las mujeres quienes parecen ser más vulnerables a las modas, a los modelos estéticos imperantes, publicidad, etc. De hecho, en el trastorno anoréxico, el 95 % son mujeres. Y el DSM-III-R presenta datos en los cuales un 4,5 % frente a sólo un porcentaje de 0.40% de los hombres presenta conductas bulímicas. A este respecto, Anderson y DiDomenico (1992) hipotetizan que la diferencia en la incidencia de los trastornos de ingesta entre varones y hembras pueden estar correlacionadas con una diferente percepción de las normas socioculturales. Y, además, hay que considerar que los hombres que sufren trastornos anoréxicos y bulímicos están frecuentemente relacionados con la lucha libre, la gimnasia o la

danza, actividades en las que los asuntos relacionados con el peso y la imagen corporal son muy significativos. Sobre este tema se han preocupado diferentes investigaciones, ya que se considera que las presiones de la competitividad para alcanzar un cuerpo esbelto y atlético pueden ser muy importantes en la etiología de las alteraciones anoréxicas y bulímicas en los deportistas. Archinard y col. (1995) analizaron la alta prevalencia de bulimia nerviosa en gimnastas rítmicos y deportistas de élite que realizaban duros entrenamientos. Esta investigación concluye que debido a la posibilidad de la influencia del ejercicio físico excesivo en la adolescencia en la aparición de la sintomatología alimentaria es necesario realizar estudios con escalas estandarizadas y muestras amplias. Sobre la cuestión del ejercicio físico, Michielli y col. (1994) afirman que aunque el ejercicio aeróbico puede estar contraindicado en pacientes diagnosticados de anorexia debido al alto coste calórico, una actividad que no gaste calorías excesivamente podría ser útil en el tratamiento, ya que aseguraría que el peso ganado estaría distribuido de una forma más estética.

Otra investigación sobre este tema muestra que los factores desencadenantes de una alteración en la conducta alimentaria en deportistas son períodos prolongados de dieta debido a las competiciones, frecuentes fluctuaciones de peso, repentino incremento en el volumen de entrenamiento y acontecimientos traumáticos tales como lesiones o pérdida del entrenador (Sundgot-Borgen, 1994). Este autor entrevistó a 117 atletas considerados a riesgo de trastorno alimentario. Comprobó que 92 de estos gimnastas cumplían los criterios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. También Grange y col. (1994) examinaron la presencia de síntomas alimentarios en 49 gimnastas con una edad de 18 años. Se les administró el cuestionario Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979) en el inicio de su año académico. Después a los que superaron la puntuación de corte mayor o igual a 30 en esta prueba se les administró una entrevista semiestructurada para determinar el diagnóstico. La anorexia nerviosa pudo ser diagnosticada en dos estudiantes (4.1% de la muestra), mientras que 4 (8.2%) presentaban un "síndrome parcial" de anorexia nerviosa. En 1997, Sands y col. (1997) han señalado la importancia de la actividad física como factor predisponente a los trastornos alimentarios.

También el **sistema familiar** se ha identificado como un posible factor de riesgo alimentario. Todos los trastornos conductuales y cognitivos característicos de estas patologías se reflejan en situaciones de verdadera tensión que incluso llegan al dramatismo. Por otro lado, algunos estudios han señalado que los modelos alimentarios que ofrecen las familias y algunos rasgos como la inestabilidad emocional y la imagen corporal de los familiares pueden tener cierta influencia en la génesis de estas patologías (Steiger y col., 1996; Villejo y col., 1997).

3.2. FACTORES PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS.

Dentro de los factores implicados en la etiopatogenia de la anorexia y bulimia nerviosas, los aspectos psicológicos tienen gran relevancia. De hecho, todos los modelos explicativos de los trastornos del comportamiento alimentario señalan la importancia de las variables psicológicas en la aparición de los problemas de peso y en el desarrollo de síntomas como las ingestas abusivas y las purgas, y también en la génesis de la anorexia y bulimia (Striegel-Moore, 1995; Fairburn y col., 1997). Pero además de las características psicológicas, los trastornos psiquiátricos se han estudiado ampliamente. De hecho, la trascendencia de estos factores ha originado que aumente el interés por las características de personalidad y afectividad de los jóvenes con desórdenes alimenticios, así como por la dimensión actitudinal y familiar.

Según Rosen y col. (1989), parte de la vulnerabilidad psicológica de estas personas procede de niveles significativos de conflictos familiares, como la falta de expresiones afectivas, niveles elevados de conflicto, modelo de progenitores faltos de normas y valores de control, además de enfatizar el éxito académico por encima de todo, y de un insignificante soporte emocional por parte de la familia. Otros estudios sugieren que los anoréxicos y bulímicos son individuos temperamentamente incapaces de amoldarse a los desafíos de la adolescencia (Sohlberg y Strober, 1994), y, concretamente, Vitousek y Manke (1994) describen a los anoréxicos restrictivos como conformistas y obsesivos, mientras que los bulímicos se caracterizarían por su alta inestabilidad afectiva y su elevada impulsividad. Por otro lado, Button (1990) define el estado psicológico general de las

personas a riesgo de una alteración anoréxica y bulímica, caracterizado, según sus estudios, por un sentimiento personal de ineffectividad y de dependencia respecto a la aprobación de otros, todo ello unido a una sensación de gran ansiedad y tendencias obsesivo-compulsivas. En este sentido, dos estudios recientes, señalan la alta prevalencia de trastornos obsesivo-compulsivos en personas afectadas por anorexia o bulimia y resaltan que esta prevalencia podría estar correlacionada con la severidad del trastorno, además de señalar que los trastornos de la conducta alimentaria preceden al diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (Tamburrino y col., 1994; Thiel y col., 1995; Toro, 1996). De hecho, Toro (1990) ya apuntaba la relación entre trastorno alimentario y obsesividad. La ideación de muchas adolescentes referida a la comida, a su peso y a su cuerpo reviste rasgos evidentemente obsesivos. Por otro lado, los rasgos de sintomatología depresiva así como la inestabilidad afectiva de estas personas son a menudo evidentes. Patton (1988 citado por Mora y Raich, 1993) realizó un estudio longitudinal prospectivo en adolescentes y observó mediante un análisis discriminante que la presencia de sintomatología depresiva e inestabilidad emocional eran buenos predictores de diagnóstico alimentario. Otras variables fueron el sobrepeso, los rasgos obsesivos y familiares que realizaban dieta. De hecho existe una compleja asociación entre patología alimentaria y depresión, y debe ser entendida como una interacción, sin creer que, por ejemplo, la anorexia puede ser una variedad del trastorno afectivo. Es mejor seguir el planteamiento de Toro (1990) que señala que cada cuadro clínico, depresivo o alimentario, puede predisponer a la aparición del otro. En el apartado 4 se habla acerca de la relación entre depresión y trastorno alimentario.

Desde una perspectiva psicodinámica, Sánchez-Cardenas y col. (1995) cuestionan el papel de la psicopatología del duelo en la génesis de los síntomas anoréxicos, y sugieren que la falta de integración de una relación de objeto satisfactoria podría interferir en los tipos de relaciones y simbolización frecuentemente observados en la semiología de la anorexia adolescente.

Sin embargo, tal y como apuntan Vitousek y Manke (1994), la considerable heterogeneidad que existe entre los subtipos de anorexia y bulimia complica la interpretación de los datos acerca de las características de personalidad de las personas afectadas por estos trastornos, y a ello se debe añadir la influencia de

variables como la depresión y las secuelas del estado de inanición, la falta de sinceridad o distorsión de la información que dan los tests, y la edad temprana de inicio.

Dentro de los factores psicológicos y psicopatológicos debe hacerse mención a una característica propia de la anorexia y bulimia que es la distorsión de la imagen corporal, ya que para muchos profesionales es la base del desarrollo de los trastornos alimentarios (Coleman, 1987). El término imagen corporal se refiere a la representación que en nuestra mente tenemos de la talla, la figura y la forma de nuestros cuerpos. La persona con trastornos en la ingesta no accede fácilmente al conocimiento de su propio cuerpo. Un alto nivel de insatisfacción conduce a algunas mujeres a la práctica de una dieta estricta. Se ha sugerido que, en los individuos vulnerables, la práctica de una dieta puede estar asociada con el inicio de un trastorno alimentario. No obstante, la insatisfacción por la figura, cuando está unida a otros factores de vulnerabilidad, es frecuente que inicie un desorden alimentario (Salmons y col., 1988; Toro, 1996).

Hay que considerar que la preocupación sobre la figura y el menosprecio de la imagen corporal, que no ha sido exhaustivamente examinada en la anorexia nerviosa, puede ser de gran importancia en la clínica de la anorexia y bulimia nerviosas. Sin embargo, la mayoría pero no todos los pacientes con patologías alimentarias tiene distorsiones en su imagen corporal. Las personas anoréxicas o bulímicas con alteraciones sobre su figura parecen tener afectado el funcionamiento del lóbulo parietal en el hemisferio derecho. Esto correlaciona con las descripciones neurológicas de síndromes del lóbulo parietal en los que los pacientes pueden reconocer una parte del cuerpo pero no la identifican como propia (Horne y col., 1991).

Los jóvenes anoréxicos pretenden cambiar mediante el rechazo de la alimentación defectos de su cuerpo como la anchura de las caderas, muslos, pechos e incluso una hipotética obesidad. Las ideas que tienen sobre su propia figura son erróneas. Los investigadores y clínicos saben que estos enfermos tienen alterado el conocimiento de su cuerpo por alteraciones en sus mecanismos cognitivos o perceptivos (Rojo y Turón, 1989; Waller y Meyer, 1997). Existen también implicaciones psicológicas y conductuales en esta insatisfacción corporal. Algún estudio ha sugerido que hombres y mujeres pueden diferir en dos aspectos

en referencia a la satisfacción: las dimensiones, que son la base de la satisfacción corporal, y la dirección de la insatisfacción (Silberstein y col., 1988).

Como vemos, en la anorexia nerviosa la imagen corporal es mal valorada por el sujeto. Bruch (1962) fue el primero en dar importancia a esta perturbación que posteriormente se incluyó en el DSM-III y DSM-III-R como criterio necesario para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

En la distorsión de la figura en la anorexia existen conceptos cognitivos y culturales que pueden interaccionar entre ellos. Así, la alteración de la imagen corporal puede estar influida por cuestiones como la ganancia de peso, la duración de la estancia en el hospital en caso de ingreso y la disminución de la vigilancia del mismo paciente sobre su figura (Leon y col., 1985). Para Garner y Garfinkel (1981) la imagen corporal negativa tiene dos componentes: por una parte, la distorsión en la percepción de la talla, que implica la sobreestimación de distintas partes del cuerpo y, por otra, una alteración cognitivo-afectiva, que provoca preocupación e insatisfacción por la figura.

También en la bulimia nerviosa los pacientes tienen actitudes hacia su figura y peso similares a los encontrados en la anorexia nerviosa. Los bulímicos son personas intensamente preocupados por el aumento de peso, sensibles ante las pequeñas variaciones del peso y sobre todo, tienen un gran deseo de perder kilos. Igualmente, sienten gran preocupación por su figura. Estas preocupaciones parecen motivar las alteraciones conductuales de estas personas (Cooper y Taylor, 1988; Probst y col., 1997).

Uno de los aspectos de la psicopatología específica de la bulimia que ha sido investigado es uno de los componentes de la imagen corporal negativa antes mencionados y que es la estimación de la talla. Algunos autores han realizado tratamientos usando los métodos objetivos descritos por Slade (1988) pero sus investigaciones son difíciles de interpretar porque las estimaciones de los sujetos sobre su talla están altamente influenciados por la situación de test. Los bulímicos frecuentemente afirman que se sienten gordos. De hecho, ha sido debatido que las actitudes negativas sobre la imagen corporal pueden ser de más importancia clínica en estos pacientes que la sobreestimación de la talla (Cooper y Taylor, 1988). Algunos autores se han interesado si las chicas con episodios bulímicos evidenciaban distorsiones cognitivas específicas relativas a la comida, alimentación,

figura y peso (Dristchel y col., 1991; Thompson y col., 1987; Toray y Cooley, 1997). En estos estudios se pudo observar frecuentemente que el estilo de pensamiento de los pacientes con trastornos en la ingesta está caracterizado por distorsiones cognitivas acerca de la imagen corporal y peso, similares a las identificadas en pacientes depresivos. Estos datos han sugerido que los estilos depresivos de pensamiento de sobregeneralización y abstracción selectiva están presentes en la patología alimentaria.

Por otro lado, aunque la literatura es contradictoria acerca de la posible conexión entre abuso sexual y desarrollo de una patología alimentaria, algunos estudios revelan una mayor frecuencia de abuso sexual en pacientes con anorexia y bulimia que en sujetos controles (Kopp, 1994; Rorty y col., 1994; Berger y col., 1995). Más recientemente, Wonderlich (1997) también ha estudiado la relación entre abuso sexual y trastornos alimentarios, y sus conclusiones son que el abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo más importante para la bulimia nerviosa que para la anorexia, principalmente cuando hay una importante comorbilidad.

De hecho, el abuso sexual parece tener un efecto significativo en la autopercepción de la imagen, el concepto de identidad, la autoafirmación y la relación interpersonal (Kearney-Cooke y Striegel-Moore, 1994). Sin embargo, un estudio de Schaaf y McCanne (1995) realizado en 670 estudiantes informa que no hay evidencias de que el abuso sexual o físico estuviera asociado con el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal, además de no confirmar la hipótesis de la relación con los trastornos en la conducta alimentaria, aunque sí que se reconocía que las víctimas de abuso sexual manifiestan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos, incluidos los alimentarios.

3.3. FACTORES BIOLÓGICOS.

La vulnerabilidad biológica representa otro factor de riesgo. El modelo de vulnerabilidad biológica sugiere que la dieta estricta unida a algunos niveles de inestabilidad metabólica es uno de los factores precursores de los trastornos alimentarios. Cuando uno ingiere un alimento cualquiera, los carbohidratos

estimulan la secreción de insulina, lo cual a su vez estimula el incremento de la síntesis de la serotonina. Este nivel elevado de serotonina estimula la región medial hipotalámica y da como resultado el decremento de la cantidad de comida admitida. Por este motivo, existe un gran interés por estudiar la relación entre la dieta, la actividad serotoninérgica y la conducta alimentaria de los sujetos con anorexia y bulimia (Rolla y col., 1994; Washburn y col., 1994; Skare y col., 1995). Generalmente, el estado hiposerotoninérgico se da en las personas con bulimia hasta después de recobrar el peso, mientras que en los anoréxicos los bajos niveles de serotonina metabolizados conducen a la alteración en la regulación serotoninérgica central (Ayuso Gutiérrez y Ayuso Mateos, 1990). Sin embargo, los resultados son difíciles de interpretar, ya que los datos premórbidos son raramente aprovechados aunque ha habido un reciente progreso en el conocimiento de la neurobiología de los trastornos del comportamiento alimentario.

Varios estudios han apuntado que las alteraciones tiroideas están relacionadas con el peso y el estado nutricional (Lesem y col., 1994). En referencia a este tema, una investigación reciente de Tiller y col. (1995) concluye que hay un incremento de la prevalencia de trastornos anoréxicos y bulímicos en pacientes femeninas con el tiroides alterado.

Por otra parte, Chipkevitch (1994) plantea que un trastorno en **la estructura hipotalámica** podría estar relacionado con la génesis de la patología alimentaria. Aunque la anorexia nerviosa es generalmente concebida como un trastorno primariamente psicógeno, lesiones estructurales del hipotálamo en animales y en humanos sugieren, según este trabajo, la probabilidad de la existencia de un trastorno no identificado en la estructura hipotalámica podría ser la causa de la anorexia. También en este estudio se observa una inusual alta prevalencia del 33% de tumores cerebrales en los 21 casos de pacientes anoréxicos estudiados. Parece que este tipo de tumores en la zona hipotalámica están más relacionados que otros a la hora de influir en el sistema límbico hacia el desarrollo de un síndrome anoréxico. Sobre este tema se ha hipotetizado que en el trastorno anoréxico existe una disfunción hipotalámica, y esta disfunción altera el eje **hipotálamo-hipófisis-glándulas externas**. Dentro de este eje, hay alteraciones en el hipotálamo, la hipófisis anterior y las gónadas, y se ha planteado (Lewis, 1996) que estas

alteraciones serían las que provocan la amenorrea a través de la disminución de las hormonas FSH y LH. Estas hormonas son las gonadotrofinas y se liberan por la hipófisis.

También existen alteraciones en el eje **hipotálamo-hipófisis-glándulas adrenales**, que provocan un aumento del cortisol. Diferentes estudios han sugerido que una disminución de la serotonina, con aumento de los opioides endógenos, incremento del cortisol en plasma, así como el aumento de la hormona liberadora de cortisol (CRH), parecen ser secundarias a la malnutrición (Lewis, 1996). También este autor señala que si bien la amenorrea se da cuando el peso está por debajo del nivel crítico, la falta de menstruación puede aparecer antes de la pérdida de peso. Esto conduce a la hipótesis que el trastorno hipotalámico es primario en el origen del trastorno anoréxico. Se da también importancia a la actuación de las influencias psicológicas sobre el hipotálamo a través de mecanismos que aún no están del todo delimitados

El factor genético se considera importante como factor etiológico de estas alteraciones en la alimentación. La revisión de la literatura (Hebebrand, 1995) sobre las implicaciones genéticas en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa demuestra que muchos de los estudios genéticos se han concentrado en la valoración de la psicopatología familiar mientras que otros tienen el objetivo de analizar el fenotipo corporal en referencia a probables trastornos. Este autor señala además que los estudios epidemiológicos sugieren que las mujeres son más propensas a desarrollar una bajo peso excesivo o una obesidad extrema, siendo estos estados considerados de riesgo. Una de las conclusiones del estudio de Rolls (1988) es que las personas tienen la necesidad de aprender, desde edades tempranas, a comer y poseen una predisposición genética universal como, por ejemplo, el gusto por lo dulce. Por esta razón, Rolls opina que la influencia de los factores genéticos en las diferencias individuales respecto a hábitos y actitudes alimentarias es mínima. Contrariamente, otros trabajos de investigación apoyan la presencia de un componente genético (Holland y col., 1984; Kendler y col., 1991; Walters y Kendler, 1995; Toro, 1996).

En el sexo femenino se ha obtenido en anoréxicas un 50% de concordancia entre gemelos monocigóticos, en comparación al 7% en gemelos dicigóticos, En

varones la concordancia no está comprada. En bulimia, los porcentajes de concordancia son del 33% en gemelos monocigóticos y 0% en dicigóticos (Lucas, 1996). Además también se señala que tener un familiar de 1º y 2º grado con trastorno en la conducta alimentaria aumenta 4 o 5 veces la probabilidad de desarrollar anorexia o bulimia.

Pero de todas formas, de momento sabemos que se hereda una vulnerabilidad a padecer este tipo de trastornos pero no se ha averiguado exactamente qué mecanismos se heredan.

4.- COMORBILIDAD

4. COMORBILIDAD: LOS TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON OTRAS ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS

Las alteraciones en la conducta alimentaria pueden estar asociadas a otro género de psicopatologías como son los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, alteraciones afectivas, drogodependencias y descontrol de impulsos.

Desde los primeros estudios de investigación que se realizaron sobre los desórdenes en la conducta alimentaria hasta el momento actual, se han podido observar las alteraciones psicológicas y psicopatológicas que presentaban los pacientes con anorexia y bulimia nerviosas (Fornari y col., 1992, Brewerton y col., 1995; Lilienfeld y col., 1997).

Las contradicciones encontradas en los resultados obtenidos por los diversos estudios en esta área están relacionadas en gran medida por el instrumento de clasificación empleado, incluso en el caso de que los instrumentos estén basados en las mismas estructuras conceptuales (DSM-III; DSM-III-R; DSM-IV). Esto muestra la necesidad de una especial atención al contenido específico de los instrumentos empleados. A pesar de ello, hay una abundancia de evidencias clínicas vinculadas a rasgos de personalidad de estas personas. Los clínicos hablan de rasgos de estrés y obsesión, repulsión hacia la comida, propensión a la ansiedad y rasgos histéricos, rasgos de personalidad histriónica, introversión y esquizoidia.

Sin embargo, es posible que los adolescentes con conductas alimentarias patológicas presenten en la vida cotidiana una personalidad completamente sensata y razonable, mal entendida o interpretada por los padres y los médicos, y apoyado por otros profesionales. Así, para Tomás y Bassas (1990), la conducta de los anoréxicos se caracteriza por ser una conducta prudente, apareciendo como individuos sometidos y normatizados. Sin embargo estos investigadores han podido observar una serie de actitudes psicológicas y psicopatológicas de los adolescentes con anorexia nerviosa: desconocimiento de la propia delgadez, debido a un trastorno de percepción de la imagen corporal, deseo de adelgazar y miedo a engordar con medidas de control excesivas, actitudes particulares ante la

comida y las necesidades fisiológicas de su cuerpo, así presentan un interés exagerado por la alimentación, se provocan vómitos, suelen darse episodios bulímicos, sienten placer ante la sensación de apetito, conducta hiperactiva, falta de la noción de fatiga y voluntad de autosufrimiento. Sexualmente, presentan un rechazo fisiológico a todo lo relacionado con el tema de la sexualidad y suelen caracterizarse por anhedonia.

También los desórdenes psicológicos son comunes en la bulimia nerviosa. Larraburu (1986) describe a los individuos bulímicos en comparación con los anoréxicos, como personas más proclives a la conducta de robo, con abuso de alcohol y drogas y con más tendencia a la conducta vomitiva. También esta autora destaca la mayor incidencia, entre el grupo de pacientes bulímicos, de intentos de autolisis, así como una mayor labilidad en el estado de ánimo, respecto a las personas diagnosticadas como anoréxicas. Se debe considerar que, pese a esta descripción de conductas alteradas, los bulímicos son en un principio más sanos psicológicamente que los anoréxicos. Reconocen que sus conductas ante la alimentación no son normales y se consideran enfermos. Este autoreconocimiento de su comportamiento aberrante les produce una serie de sentimientos negativos relacionados con la tristeza, la debilidad de su carácter, la sensación de culpa y también, la vergüenza. Todo ello les conduce al abuso de alcohol y drogas como salida de escape de su estado y, en los casos más extremos, intentos de suicidio, como ya se ha descrito.

Ledoux y col. (1991) en un estudio epidemiológico realizado en una muestra de 3.288 escolares de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años, observaron que problemas somáticos, fatiga, dificultades en el sueño y síntomas de depresión aparecían más frecuentemente en el grupo diagnosticado de bulímico según los criterios del DSM-III-R, así como en el grupo con sintomatología pero que no podían ser diagnosticados como bulimia nerviosa. En el grupo diagnosticado de anorexia se pudo detectar trastornos obsesivo-compulsivos, perfeccionismo exagerado, aislamiento social reflejado en la falta de amistades. Incluso se pudo diagnosticar síndrome de Asperger y síndrome de Tourette. Todos estos diagnósticos indican la total interacción entre los problemas de relación social y las tendencias obsesivo compulsivas de estas personas.

Aunque generalmente se asume que las variables de personalidad representan rasgos estables característicos del funcionamiento de personalidad de cada individuo, no está claro hasta qué punto la psicopatología puede influir en los resultados. En este sentido, Steiger y col. (1991) encontraron en su estudio altas prevalencias de trastorno de la personalidad dentro de poblaciones con desórdenes en la conducta alimentaria. Sin embargo, no detectaron en los resultados obtenidos en su estudio evidencias que sugiriesen que las alteraciones de personalidad de individuos con trastorno en su conducta alimentaria fueran proporcionales a los síntomas de ingesta. Las diferencias de personalidad entre el grupo restrictivo y el grupo bulímico podían estar presentes en el inicio de la enfermedad, y quizás esto ya refleje unos rasgos de personalidad premórbidos asociados a síntomas de desorden en la ingesta. Estos rasgos podrían hacer que la cronicidad y severidad de la enfermedad potencialmente importante confundiera en la valoración de la relación entre trastorno alimentario y trastorno de personalidad.

Los clínicos hace tiempo que están intrigados por la cuestión de que los desórdenes alimenticios pueden estar relacionados de alguna forma con la depresión. Aunque la existencia de síntomas depresivos en la anorexia y bulimia nerviosas ha sido sujeta recientemente a estudios sistemáticos, hay observaciones clínicas de síntomas depresivos en individuos con alteraciones en la ingesta que datan de mediados de los años 40, cuando Binswanger describió síntomas de humor depresivo, sentimientos de inutilidad, ansiedad, aislamiento e intentos de autolisis en pacientes con rasgos anoréxicos o bulímicos (Devlin y Walsh, 1989). Otros estudios han informado que aproximadamente una tercera parte de las personas con trastornos en el comportamiento alimentario sufren depresión mayor (Gershon y col., 1984; Vidovic y col., 1997). Y, según se señala en la CIE-10, no son raros síndromes parciales de anorexia o bulimia acompañados de síntomas depresivos, que en el caso de que estos síntomas satisfagan las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico.

Las anormalidades en la alimentación son síntomas cardinales de melancolía en la infraingesta y de depresión en el caso de la sobrealimentación.

Ledoux y col. (1991) en su investigación epidemiológica confirmaron que los adolescentes con síntomas de trastorno en la ingesta son más depresivos que el grupo sin síntomas. El autor se planteó si el estado depresivo era causa o consecuencia de la anorexia y bulimia. Los pocos estudios que hay se han dirigido a síntomas específicos y han sugerido que un locus de control externo podría estar asociado seguramente con las grandes ingestas y vómito. De esta forma, se ha postulado teóricamente que las comilonas representan un mecanismo de defensa frente a la depresión. Y se ha hipotetizado que aspectos del individuo con episodios bulímicos podrían estar relacionados con puntuaciones en la escala de depresión del MMPI (Hood y col., 1982).

En lo referente a las diferencias en las funciones psicológicas de los bulímicos y los anoréxicos, Swain y col. (1991), no encontraron discrepancias entre bulímicos, anoréxicos, bulimanooréxicos. Y el análisis que realizó de las relaciones entre variables depresivas y rasgos clínicos tales como dieta restrictiva, historia de peso, amenorrea, comilonas, vómitos y ejercicio, reveló asociaciones estadísticamente significativas. Otros estudios han observado también la relación de los trastornos afectivos y la ansiedad con la anorexia. Coleman (1987) afirma que los cambios físicos que los adolescentes sufren son fuente de ansiedad, especialmente para las chicas, que se encuentran demasiado gordas, mientras que los chicos creen estar demasiado delgados. El resultado es a menudo la adopción de una serie de estrategias para perder peso, especialmente dietas estrictas, que pueden ser el inicio de una conducta bulímica o anoréxica.

En el estudio de Halmi y col. (1991) con pacientes anoréxicos se encontró que los trastornos afectivos en primer lugar, seguidos de la depresión mayor y los trastornos por ansiedad eran el diagnóstico más habitual según el DSM-III-R en la población estudiada. También las disfunciones psicosexuales así como los trastornos distímicos no dejaban de ser comunes. La prevalencia de depresión mayor encontrada en este estudio (68%) es considerablemente más alta a la de otros estudios sobre el tema como, por ejemplo, el de Toner y col. (1988), que encontraron una prevalencia entre 36-38%. También obtuvieron prevalencias más altas de conductas impulsivas tales como uso de alcohol y drogas, automutilaciones, intentos de autolisis en personas bulimanooréxicas, que en el

grupo de anoréxicos pero no bulímicos. En cambio, la prevalencia de los trastornos obsesivo-compulsivos era más alta en el grupo no bulímico. Aunque otros estudios demuestran que no existe diferencia en lo referente a los trastornos obsesivo compulsivos en grupos bulimanooréxicos y anoréxicos no bulímicos (Yellowlees, 1985). Carlatt y col. (1997) detectaron en una muestra de 135 varones con diagnóstico de trastorno alimentario, que el 54% presentaba comorbilidad con la depresión mayor, el 37% con el abuso de sustancias y trastornos de la personalidad el 26%.

También basándose en la relación con trastornos afectivos y de personalidad, en Australia (Carroll y col., 1996) se ha realizado un estudio con 15 pacientes con bulimia nerviosa y depresión, 15 bulímicos no depresivos y 15 sujetos control. Se aplicó una entrevista basada en los criterios del DSM-III-R para conocer la coexistencia de bulimia, depresión y trastornos de personalidad. Los resultados señalan que el 46.7% de los bulímicos depresivos y el 33.3% de los bulímicos sin depresión cumplían los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad, mientras que esto sólo era posible en el 6.7% de los sujetos no psiquiátricos.

Todos estos datos citados indican de nuevo la importante comorbilidad de la depresión con la patología alimentaria. De todas formas, existen otras psicopatologías que coexisten con la anorexia y bulimia aunque la asociación sea menos probable. Por ejemplo, la esquizofrenia, según recientes estudios, tiene una comorbilidad del 1 al 3% (Joss y Steinert, 1997), resultados similares a los obtenidos por Deckelman (1997).

Las observaciones mencionadas han servido de base para los tratamientos con medicación antidepresiva para estas patologías. No obstante, no hay referencias de una supuesta eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la anorexia nerviosa. Sin embargo, la eficacia real de estos fármacos está lejos de ser demostrada. Y los estudios bien diseñados y controlados son escasos. Por todo ello, hay que relativizar la importancia de los antidepresivos en el tratamiento de los desórdenes alimentarios. Diversos estudios han concluido que los antidepresivos no modifican el curso de la anorexia de forma significativa, mientras que otras

substancias con menores efectos secundarios pueden administrarse para influir sobre la conducta. Sin embargo, en cualquier caso, el peligro de desencadenar un trastorno bulímico existe, aunque sí es aconsejable establecer un tratamiento antidepresivo una vez la persona haya alcanzado el peso correcto y después de verificar la persistencia de síntomas de trastorno afectivo (Vandereycken y Meerman, 1984).

5.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN



5. LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La complejidad sintomática de los trastornos en la conducta alimentaria, su índice de mortalidad y la tendencia de estas patologías a cronificarse han podido ser la causa de que muchos profesionales se hayan interesado y profundizado más en el estudio de las medidas terapéuticas y tratamientos de estas patologías que en su medición, utilizando las entrevistas libres y no estructuradas. Si bien este tipo de entrevistas pueden ser útiles en la práctica clínica, debe tenerse en cuenta que si se quieren valorar aspectos distintos del tratamiento, se debe emplear otro tipo de instrumentos, como es el caso de los cuestionarios autoevaluativos que permiten la valoración sistemática de diversas áreas del problema, procurando datos válidos. Este tipo de cuestionarios además pueden ser administrados fácilmente, incluso dentro del sistema escolar o en los centros de asistencia primaria de salud.

5.1. CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

La clasificación de los instrumentos de evaluación de los trastornos alimentarios podría ser la siguiente, siguiendo a Cash y Brown (1987):

- (A). Entrevistas clínicas médico-psicológicas (dirigidas a pacientes y familiares):
 - **Entrevista médica general del paciente con un problema de peso** (Falk, 1979).
 - **Entrevista de conductas anoréxicas** (Falk, 1979).
 - **Instrumento de valoración clínica de los trastornos de la conducta alimentaria** (Palmer y col., 1987).
 - **Entrevista familiar** de Giesey y Strieder (1982).
- (B). Escalas de observación:
 - **Escala de la conducta anoréxica** (Slade, 1973).
 - **Escala de conducta anoréxica padres/esposo** (Vandereycken y Vanderlinden, 1983).

- (C). Autoinformes:

C.1.- **Escala de medición análoga** (Folstein y col., 1971).

C.2.- **Escala de actitudes anoréxicas de Goldberg** (GAAS; Goldberg y col., 1980).

C.3.- **Escala de ingesta voraz de Gormally** (BINGE; Gormally y col., 1982).

C.4.- **Inventario de trastornos ingestivos** (EDI; Garner y col., 1983).

A partir de los resultados del EAT, que se describe a continuación del EDI, Garner y sus colaboradores diseñaron el EDI para medir patologías relacionadas con la alimentación, valorando rasgos que teóricamente están relacionados con los trastornos alimentarios. Este cuestionario además examina rasgos psicológicos que permiten distinguir la anorexia nerviosa de la bulimia nerviosa. Los análisis realizados por Norring y Sohlberg (1988) han indicado que el EDI puede ser utilizado como instrumento de cribado en el estudio de los desórdenes en la alimentación, y ofrece la posibilidad de dar un diagnóstico diferencial.

Ha sido estandarizado en individuos que sufrían trastorno bulímico, anorexia, obesidad o antecedentes de obesidad en su historia clínica, y con escolares de ambos sexos (Anderson y col., 1996), e incluso en poblaciones orientales (Lee y col., 1997).

Es un instrumento apropiado para adolescentes a partir de la edad de 11 años. Consta de 64 ítems y requiere únicamente 20 minutos para su administración. Las subescalas del EDI incluyen: tendencia a la delgadez, ineffectividad y falta de conciencia interoceptiva.

C.5.- **Cuestionario de actitudes alimentarias** (Eat-40; Garner y Garfinkel, 1979).

En 1979 Garner y Garfinkel propusieron una escala que fuera de fácil administración y que pudiera ser usada como instrumento de evaluación de amplios grupos de conductas y actitudes característicos de las alteraciones en la ingesta. De este modo, los autores del EAT lo diseñaron con la finalidad de que pudiera ser utilizado como un indicador de pronóstico de estos trastornos.

Los ítems del EAT evalúan la mayor parte de actitudes significativas, sensaciones y preocupaciones relacionadas con la comida, peso y ejercicio, características de la patología anoréxica. Sin embargo, estos síntomas no son exclusivos de la anorexia sino que, por el contrario, pueden ser encontrados en amplios sectores de la población normal. Por este motivo, en las investigaciones clínicas y epidemiológicas, el EAT suele funcionar como un instrumento de cribado, estableciendo una puntuación de corte (mayor o igual a 30), a partir de la cual se infiere un riesgo potencial de desarrollar alteraciones en la ingesta. Por ello, una alta puntuación en EAT no refleja exactamente una patología, ni una baja puntuación significa que el sujeto no pueda desarrollar un posible trastorno en la ingesta. Pero, a pesar de ello, el EAT es considerado como un instrumento válido para medir conductas y actitudes alimentarias anormales (Castro y col., 1991) y, por otro lado, su utilidad clínica ha sido demostrada puesto que refleja el cambio terapéutico entre los individuos dados de alta y los detectados (Steinhausen, 1985).

El "Eating Attitudes Test" es un cuestionario autoevaluativo formado por 40 ítems con 6 posibles alternativas de respuesta, que son valoradas de 0 a 3 según la severidad: nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre.

De los 40 ítems de los que consta el cuestionario, Garner y Garfinkel aplicando el método VARIMAX obtuvieron 7 factores: Preocupación por la comida, Imagen corporal tendente a la delgadez, Vómitos y abuso de laxantes, Ingesta lenta de alimentos, Dieta restrictiva, Ingestas clandestinas y Percepción social de presión para aumentar el peso.

Para su validación el test fue administrado a dos grupos de anoréxicos ($n=32$, $n=33$) y a dos grupos control ($n=34$, $n=59$), compuestos por estudiantes universitarios, de edad y nivel socioeconómico parecido. La edad media de los pacientes era de 22,5 años. La puntuación media de los anoréxicos en el EAT era de 58.9, mientras que la puntuación del grupo control era de 15.6.

El coeficiente de validez era 0.87 ($p < .001$), lo cual indicaba que el test discrimina si los individuos pertenecían a un grupo o a otro. El estudio de la validez de los ítems determinó que 37 de ellos muestran una correlación biserial significativa ($p < .001$). Y si bien algunos ítems sólo mostraban una moderada capacidad predictiva, sin embargo fueron aceptados por su relevancia clínica.