

Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental

María Jesús DUCTOR RECUERDA
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

En este estudio se presentan los resultados obtenidos en una muestra de pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria que fueron atendidas durante el período comprendido entre Octubre de 2001 y Octubre de 2002 en nuestra Unidad. Se analizaron 33 variables agrupadas en variables demográficas, antecedentes familiares, antecedentes personales, historia del trastorno, diagnóstico DSM-IV y tratamientos. También se describen los resultados obtenidos en distintas escalas psicométricas (BDI, HARS; EAT-40, BITE y BSQ). Los resultados de nuestro estudio muestran un perfil caracterizado por mujeres jóvenes, estudiantes con buen rendimiento académico, solteras, de clase media y provenientes de familias con padres casados, donde es frecuente hallar patología asociada en algún miembro familiar. Con larga evolución del trastorno y con patología psiquiátrica asociada, siguen tratamiento ambulatorio en la Unidad de Salud Mental u hospitalario en el Servicio de Endocrinología y Nutrición.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, síntomas psicopatológicos, estudio descriptivo.

Abstract

In this study we present results obtained from the analyses of 33 variables, grouped in: demographic, familiar antecedents, personal antecedents, disorder history, DSM-IV diagnostic and treatment, as well as the results obtained using different psicometric scales (BDI, HARS; EAT-40, BITE and BSQ) in a group of patients with eating disorders that where attended from October 2001 to October 2002 in our Hospital. Epidemic and clinic profiles are described. We find our patients are single young women, good performance students, mid class, their parents are married, and there is usually associated pathology in other family member. With a long-term disorder evolution, and other psychiatry pathology associated, they are treated in the Mental Health service or hospitalized in the Endocrinology service.

Key words: Eating disorders, Psychopathology symptoms, Descriptive study.

Dirección de la autora: Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Avda. Kansas City, 32E, bajo. 41007 Sevilla. *Correo electrónico:* mjductor@hotmail.com.

Recibido: noviembre 2004. *Aceptado:* febrero 2005.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un complejo grupo de patologías con frecuentes y, en ocasiones, fatales complicaciones médicas. Actualmente están definidas en el DSM-IV y en la CIE-10 en dos categorías principales: la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) y en una tercera que engloba Trastornos no especificados de la conducta alimentaria. El DSM-IV-TR incluye también el trastorno por atracón (*Binge Eating*) dentro de los criterios de investigación. Tanto la AN como la BN están consideradas como patologías psiquiátricas graves.

Anorexia y bulimia

La AN se caracteriza clínicamente por un rechazo a mantener el peso ideal igual o por encima del valor mínimo normal considerando para la edad y la talla (peso corporal menor del 85% del esperable), miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso (incluso estando por debajo del peso esperable) y alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal). Dentro de esta patología, se distinguen dos subtipos: purgativo/compulsivo (durante el episodio de anorexia el individuo recurre regularmente a atracones o purgas) y el restrictivo (no se producen estas conductas, reduciéndose peso por la restricción de la alimentación).

La BN se caracteriza, a nivel clínico, por la presencia de atracones recurrentes y la utilización de conductas compensatorias inapropiadas con el objeto de perder peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo). La frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias deben ser, por lo menos, de

dos veces en semana durante un período de 3 meses, y la autoevaluación está exageradamente influida por la imagen y la silueta. Se distinguen dentro de esta categoría dos subtipos: purgativo (durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso) y el no purgativo (en el episodio de bulimia nerviosa, se utilizan otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso).

La categoría diagnóstica de Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado, englobaría todos aquellos trastornos que presentan combinaciones de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria que no pueden ser categorizados de forma estricta como AN ni como BN.

A pesar de que el DSM-IV permite a los clínicos diagnosticar a los pacientes en categorías específicas, los síntomas se presentan con frecuencia a lo largo de un continuo entre los extremos de la AN y de la BN. Así, encontramos que más de un 50% de las pacientes anoréxicas desarrollan síntomas bulímicos (Casper, Eckert, Lamí, Goldberg y Davis, 1980; Kasser, Gwirtsman, Kaye, Brandt y Jimerson, 1988) y que muchas pacientes bulímicas presentan historia previa de anorexia.

La incidencia actualmente admitida para la AN es del 0,5-1% entre las mujeres de 12 a 24 años, con una prevalencia del 1,1% entre mujeres adolescentes y el 0,2-0,8% en la población general. Respecto a la BN, la incidencia y la prevalencia presentan cifras variables, entre el 1 y el 13% y entre el 1 y el 20% respectivamente. Los síndromes parciales tienen una prevalencia e incidencia elevada en la población adolescente, se estima una prevalencia del 3% (Gotestam y Agras, 1995). La proporción entre sexos se

estima en un varón por cada diez mujeres. Sin embargo, los estudios epidemiológicos sobre TCA son muy difíciles de precisar, pues se obtienen resultados muy variables según la región geográfica, la metodología y el momento en que se realizan.

Un tema de discusión, es si la incidencia de estos trastornos ha sufrido un incremento en los últimos años, no llegándose a un acuerdo entre los estudios que intentan determinar esta evolución en el tiempo. (Chinchilla, 2003). Podemos, por ejemplo, tomar como referencia que en Estados Unidos, los trastornos de la conducta alimentaria afectan a una población mayor que el Alzheimer (5-10 millones comparados con 4 millones, véase *National Institute of Mental Health*, 2002 y Hsu, 1996).

Etiología

La etiología de estos trastornos no está definida, aceptándose como modelo etiopatológico el modelo biopsicosocial, que permite explicar la génesis y mantenimiento del trastorno por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Chinchilla, 1994).

En cuanto a los factores biológicos individuales, se ha señalado como factores de riesgo el sobrepeso y la menarquia temprana. Los factores de riesgo familiares han sido demostrados en estudios de carácter familiar, así existe mayor probabilidad de desarrollar un TCA si algún familiar de primer grado sufre de AN, BN u obesidad (Lilenfeld, Kaye y Greeno, 1998; Crisp, 1976). También existe un riesgo mayor de sufrir TCA, si en la familia hay algún miembro que padezca depresión o cuadros de abuso de alcohol o drogas.

Los estudios genéticos realizados con gemelos revelan una mayor concordancia

entre gemelos monocigóticos (55%) que entre heterocigotos (7%). Las vulnerabilidades genéticas posibles son la predisposición a un tipo particular de personalidad, la predisposición a un trastorno psiquiátrico y la predisposición a una disfunción en los neurotransmisores que actuarían como factor predisponente para el desarrollo de un TCA. En relación a esto último, se ha encontrado en diversos estudios, una disfunción en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que intervienen en la regulación del comportamiento alimentario. También se demuestran alteraciones en los neuropéptidos que regulan dicho comportamiento (Chinchilla, 2003).

Entre los factores de riesgo psicológicos individuales, la personalidad perfeccionista-obsesiva presenta riesgo especialmente para la AN restrictiva (Fassion, Daga y Amianto 2002). La autoestima baja y el sentimiento de inutilidad, la falta de confianza y el sentimiento de inadecuación, conforman riesgo para AN y BN. Por último, los trastornos del estado de ánimo y los cuadros de abuso de alcohol y drogas, lo son especialmente para la BN.

Otros factores de riesgo adicionales son determinados comportamientos individuales, como ponerse a dieta o participar en determinadas actividades deportivas o profesionales que requieren un control del peso corporal. Haber tenido alteraciones en la alimentación durante los primeros años de vida y la aparición de la anorexia a edades tempranas.

Además de los factores de riesgo biológicos y psicológicos, se encuentra la influencia del entorno social, éste se refiere a los factores de riesgo culturales, como es el hecho de vivir en un país industrializado, el énfasis en la delgadez como símbolo de belleza y, en Estados Unidos, un aumento significativo del peso corporal a lo largo de los últimos

40 años. (Halmí, 2005). También pueden ser factores de riesgo para la aparición de un TCA los acontecimientos vitales estresantes, como la muerte de un familiar o un amigo, o los cuadros de abuso sexual y físico (Gard y Freeman, 1996).

Estas patologías suponen una importante preocupación para los profesionales sanitarios y para la sociedad en general. Esto se debe, en gran parte, al elevado número de complicaciones orgánicas que sufren estas pacientes. Entre ellas se incluyen: caquexia, alteraciones cardíacas, gastrointestinales, reproductivas, dermatológicas, hematológicas, esqueléticas, neurológicas, metabólicas y dentales (Kaplan y Sadock, 1998). Sumadas a estas alteraciones somáticas, las pacientes con TCA presentan una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas tales como depresión mayor, distimia, trastorno del sueño, fobia social, síntomas obsesivos compulsivos y abuso de sustancias (Kaplan y Sadock, 1998). Cabe señalar que en muchas ocasiones estas alteraciones tienen un curso crónico aunque la paciente recupere un peso normal y la clínica psicopatológica de la AN se encuentre en remisión. Otro preocupante aspecto es la alta mortalidad de estas pacientes. Un estudio realizado por Sullivan (1995) sugería una tasa de mortalidad del 5,9% en 3006 pacientes, lo cual es significativamente más alto que la mortalidad en la población con ingresos psiquiátricos y la población general. En este mismo estudio se destaca a la AN como la patología psiquiátrica con mayor tasa de mortalidad. Se estiman como principales causas de muerte las alteraciones cardíacas y el suicidio. En otro estudio a largo plazo, se concluye que la Anorexia Nerviosa tiene la tasa más alta de mortalidad prematura dentro de los trastornos psiquiátricos, en el que el 20% había fallecido entre los 18 y 20

años. (Theander, 1985 y Hans-Christoph Steinhausen, 2002).

Pese a la gravedad referida de estas patologías, y al posible incremento en su número de casos, no está claramente definido el tratamiento adecuado. La última edición de las guías de tratamiento de la *American Psychiatric Association* (APA) refieren un tratamiento multimodal e interdisciplinar que incluya la rehabilitación nutricional, psicosocial (incluyendo psicoterapia individual, familiar, grupal e intervenciones psicosociales) y psicofarmacológico (*American Psychiatric Association*, 2004).

A continuación presentamos un estudio descriptivo realizado sobre una población de personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria. Por un lado, se muestran los datos procedentes del análisis de aproximadamente 33 variables, que van desde variables epidemiológicas hasta otras más específicamente relacionadas con el trastorno. Y por otro lado, se exponen los resultados psicométricos obtenidos en las pruebas utilizadas para medir las variables clínicas: conducta alimentaria, nivel de ansiedad, nivel de depresión e insatisfacción corporal.

Método

Sujetos

La población objeto de estudio está constituida por un total de 71 pacientes que fueron atendidas durante el período comprendido entre octubre de 2001 y octubre de 2002 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario “Virgen del Rocío”. Derivadas, en su mayoría, por el Servicio de Endocrinología y Nutrición de dicho hospital, bien a través de interconsulta hospitalaria o bien a través del servicio de consultas ex-

ternas; y que presentan algún diagnóstico de TCA, según criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995).

Diseño

Estudio descriptivo de carácter retrospectivo, cuyo objetivo es aportar datos tangibles sobre el flujo de pacientes con diagnóstico de TCA atendidas en la Unidad de Salud Mental durante el período comprendido entre octubre de 2001 y octubre de 2002, y establecer un perfil clínico de dicho grupo.

Instrumentos

Los datos fueron recogidos a partir de los siguientes instrumentos:

- a) La *historia clínica* de cada paciente.
- b) Un *cuestionario de evaluación semi-estructurado*, elaborado por el propio equipo investigador, de 184 ítems, donde se recogen: variables demográficas (7 ítems), antecedentes familiares (20 ítems), antecedentes personales (5 ítems), historia de la enfermedad (122 ítems), exploraciones complementarias (22 ítems), diagnóstico DSM-IV (3 ítems) y tratamientos anteriores (5 ítems).
- c) *Eating Attitudes Test* (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979) adaptada a la población española por Castro, Toro, Salamero y Guimená (1991). Cuestionario autoaplicado, compuesto por 40 ítems, destinado específicamente para la evaluación de conductas y actitudes propias de la población anoréxica, proporcionando un índice de gravedad del trastorno. Sus puntuaciones van desde 0 a 120, siendo el punto de corte 30. Una puntuación en el EAT-40 superior a 30

puntos, es compatible con un diagnóstico de AN.

- d) *Body Shape Questionnaire* (BSQ) de Cooper y Taylor, Cooper y Fairburn (1987), adaptada a la población española por Mora y Raich (1993). Cuestionario autoaplicado de 34 ítems que explora el grado de ansiedad que las pacientes experimentan respecto a su propio cuerpo y mide el nivel de insatisfacción con la imagen corporal. La puntuación de corte se sitúa en 105.
- e) *Beck Depression Inventory* (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961). Se ha utilizado la adaptación española de Conde, Esteban y Users (1976). Cuestionario autoaplicado de 19 ítems que evalúa el grado/intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte es 11, puntuaciones superiores a 18 es indicativo de intensidad moderada a grave, y puntuaciones comprendidas entre 18 y 11 indicarían sintomatología depresiva leve.
- f) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) de Hamilton (1959). Escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas de ansiedad y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 58, siendo 0 nula ansiedad y 56 ansiedad máxima.
- g) *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) de Henderson y Freeman (1987). Cuestionario autoaplicado compuesto por 33 ítems, que permite identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos. Consta de dos subescalas: escala de síntomas y escala de severidad. En el estudio utilizaremos las puntuaciones correspondientes a la subescala de síntomas, que evalúa el grado y número de los síntomas. Una puntuación en esta

subescala mayor de 20 puntos, indica un patrón de comportamiento alimentario muy alterado y presencia clara de bulimia. Puntuaciones entre 10-19, sugieren patrones alimentarios anormales. Puntuaciones entre 15-19, indicarían pacientes con bulimia subclínica. Y puntuaciones menores a 10 corresponden a ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida.

Procedimiento

La muestra fue seleccionada revisando las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas durante un período de un año y cumplían criterios diagnósticos para algún grupo diagnóstico de TCA.

Para el establecimiento de las características de la población objeto de estudio, se analizaron datos procedentes de la historia clínica y se seleccionaron un total aproximado de 33 variables procedentes del cuestionario semi-estructurado:

- *Variables demográficas:* edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión y nivel socioeconómico.
- *Antecedentes familiares:* composición del grupo familiar y patología familiar.
- *Antecedentes personales:* antecedentes en la infancia, edad de la menarquia y rendimiento académico.
- *Historia del trastorno:* factores precipitantes, datos clínicos, hábitos alimentarios, conducta bulímica, conductas compensatorias, actitud ante el cuerpo y el peso, conductas impulsivas, signos físicos y patología psiquiátrica concomitante.
- *Diagnóstico* según DSM- IV.
- *Régimen de tratamiento actual y tratamientos anteriores.*

Para la elaboración del perfil clínico se tomaron puntuaciones totales obtenidas en la fase de evaluación inicial en cada una de las pacientes en las escalas del EAT, BITE, BSQ, BDI y HARS.

Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio los vamos a presentar en primer lugar, en función de la información obtenida de la historia clínica y del cuestionario semi-estructurado, y en segundo lugar, de las escalas clínicas.

Información obtenida de la historia clínica y cuestionario semi-estructurado

En cuanto a la vía de acceso a la Unidad, el 100% de la población ha sido remitida por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Virgen de Rocío. De estos, un 76,1% procedían de consultas externas ambulatorias y el 23,9 % restante de interconsultas hospitalarias.

Variables demográficas

En la población estudiada, el 98,6% son mujeres y el 1,4% varones. La edad media es de 23,1 años, estando el 28,2% entre los 10 y 18 años, el 46,5% tenían una edad entre los 19 y 25 años, siendo menor el porcentaje para la edad superior a los 25 años (25,4%). En cuanto al estado civil: solteras (84,5%), casadas (14,4%) y separadas (1,4%). Más de la mitad son estudiantes (54,9%), de las cuales el 22,48% tienen estudios básicos o han acabado secundaria, el 42,25% han cursado bachillerato o formación profesional y un 25,35% tienen estudios superiores. En relación a la profesión, del 42,3% que trabajan, un 8,5% se dedica a las labores

domésticas, el 2,8% a profesiones liberales, un 1,4% son funcionarias, el 14,1% trabajadoras no cualificadas y el 15,5% trabajadoras cualificadas, quedando un 2,8% sin profesión.

La mayoría de las pacientes (76,1%) proceden de familias de clase media, el 19,7% de clase media-alta y el 2,2% de clase baja.

Antecedentes familiares

En relación al estado civil de los padres, encontramos que el 71% están casados, el 12,7% separados y el 14,1% viudos. Un 80,3% de las familias tienen tres hijos o menos, y el 19,7% restante, 4 o más hijos, ocupando las pacientes mayoritariamente el primer y segundo lugar en la familia (35,2% y 33,8% respectivamente), y en el 31% de los casos, el tercer y cuarto lugar.

En un 54,9%, algún miembro de la familia presenta patología, siendo las madres las que presentan un mayor porcentaje, así se recoge que un 19,7% tienen obesidad, un 12,7% TCA y 21,1% alguna patología psiquiátrica. En los padres, el porcentaje más alto corresponde a antecedentes de obesidad

con 18,3%, seguido de alguna enfermedad psiquiátrica en el 12,7%; y solo un 4,2% han presentado TCA. En los hermanos se observa porcentajes similares, así el 15,5% presenta obesidad, un 11,3% ha tenido TCA y un 11,3% padece alguna enfermedad psiquiátrica (ver figura 1).

Antecedentes personales

En los antecedentes personales, hallamos que el 32% presentó obesidad en la infancia y el 16% anorexia infantil. La edad media de la menarquia es de 12,3 años. En cuanto al rendimiento académico, un 70,5% obtuvo buenos o excelentes resultados, mientras que el 29,5% restante obtuvo regulares o malos.

Historia de la enfermedad

La edad de debut de la enfermedad en el 18,6% fue entre los 8 y 12 años, el 44,3% entre los 13-16 años y el 24,3% entre los 17-20 años, quedando un 12,9% por encima de los 20 años, siendo la edad media de comienzo del trastorno a los 15,9 años.

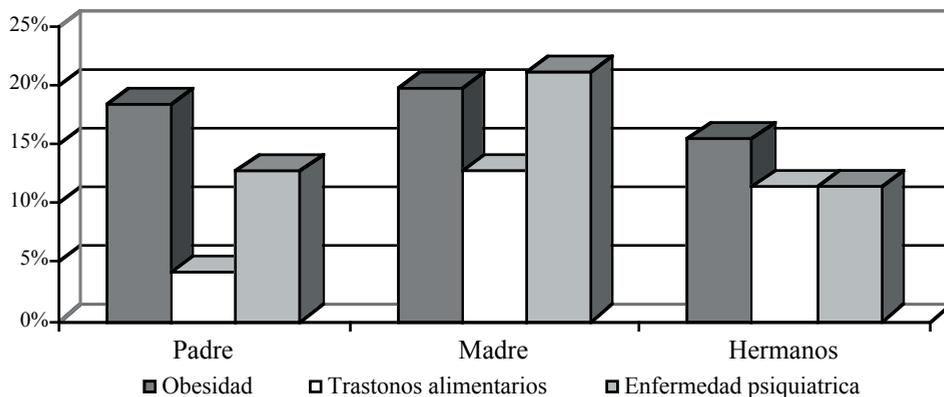


Figura 1. Patología familiar.

Un 77,5% de las pacientes de la muestra señalan *factores desencadenantes* del trastorno, siendo los más frecuentes el inicio de dietas con 34%, rechazo de los amigos un 27,3%, rápido aumento de peso 23,6%, separaciones de los padres y pérdidas afectivas 18,2%, y cambio de curso o colegio con un 10,9% (ver tabla 1).

El *peso* medio que presentaban las pacientes al inicio del problema fue de 62,5 Kgs., variando éste a lo largo del curso de la enfermedad, desde 46,9 Kgs. de peso medio mínimo alcanzado hasta 67,5 Kg. peso medio máximo alcanzado. En el momento de la evaluación, un 16,2% de las pacientes presentaba un IMC por debajo de 17, un 41,2% entre 18-20, un 30,9% entre 21-25 y un 11,8% mayor de 25.

Tabla 1. Factores desencadenantes del TCA.

<i>Factores desencadenantes</i>	<i>Porcentajes</i>
Disminución del apetito	5,5%
Aumento del apetito	5,5%
Somnolencia provocada por la comida	1,8%
No vivencia de hambre-saciedad	1,8%
Enfermedad orgánica	9,1%
Menarquia	9,1%
Rechazo de los amigos	27,3%
Fracaso en los estudios	7,3%
Cambio de curso y/o colegio	10,9%
Estancia en el extranjero	5,5%
Inicio de dietas	34,5%
Contacto sexual	5,5%
Embarazo	3,6%
Separación y pérdidas afectivas	18,2%
Ruptura de los padres	1,8%
Rápido aumento de peso	23,6%

El 67,6% de la muestra había tenido *conductas bulímicas* a lo largo del período de la enfermedad, siendo la frecuencia de los atracones de varios al día en el 44,7% y de uno al día en el 12,8%, encontrándose que un 25,5% lo realizaba varias veces en la semana, un 8,5% una vez en semana y otro 8,5% una vez al mes. Sólo un 63,8% tenía período anorético previo, siendo éste menor a un mes en el 46,7%, de varios meses en el 26,7%, menos de un año en el 6,7% y más de un año en el 20% de los casos.

En cuanto a las *conductas compensatorias*, la gran mayoría hacía prácticas de ellas (93%). La más frecuente son los vómitos autoinducidos (69,7%), provocándose estos en su mayor parte después de las comidas y de los atracones, seguidos de la hiperactividad con 68,2%, ejercicio frecuente en un 54,5%, potomanía y uso de laxantes en el 50%, consumo de fármacos anoréxicos en un 24,25% y por último, el uso de diuréticos en un 21,25%.

En *la actitud ante el cuerpo* encontramos que el 50,7% se perciben con sobrepeso, un 9,9% con mucho sobrepeso, sólo un 23,9% creen tener un peso adecuado a su talla y el 15,5% restante piensan que se encuentran por debajo del peso.

Un 78,9% de las pacientes mostraban algún tipo de *conductas impulsivas*, siendo la auto y hetero-agresividad las más frecuentes, con un porcentaje de 57,1%. Por otro lado, un 55,4% ha tenido intento o amenaza de suicidio, estando la promiscuidad sexual y la cleptomanía en un 7,1%. En cuanto al consumo de tóxicos, sólo un 1,8% consume drogas y alcohol frecuentemente; y un 17,9% presentaba otros trastornos del control de los impulsos.

Del total de la muestra se detectaba un 60,6% que presentaba signos de *alexitimia*.

Los *signos físicos* más frecuentemente encontrados en las pacientes estudiadas fueron: el estreñimiento (56,3%), la piel seca (41,5%), caída del cabello y debilidad o fatiga (43,7%), cefaleas (38,8%), hipotensión (35,2%), amenorrea (27,5%), siendo primaria en un 7% de los casos, oligomenorrea, letargia e hipotermia en un 16,9%, edemas e hinchazón abdominal en un 15,5%, siendo menos frecuente el lanugo, hipertrichosis, bradicardia y bradipnea y signos de Russel. En lo referente a *patología psiquiátrica concomitante*, encontramos que el 9,9% presentaba algún trastornos de la personalidad, el 4,2% presentaba alteración del control de los impulsos, el 5,6% trastornos afectivos y 2,8% trastornos de ansiedad (ver figura 2).

Diagnósticos según DSM-IV

En la muestra estudiada, se diagnosticó, según criterios DSM-IV, un 67,5% de casos de anorexia, correspondiendo el 21% al tipo restrictivo y el 46,5% al subtipo purgativo. En cuanto a casos de bulimia se registran un

total de 26,5%, siendo el 22,5% purgativa y el 4,2% no purgativa, y el 5,6% restante, corresponde a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (ver tabla 2).

Régimen de tratamiento actual y tratamientos anteriores

En relación al *tratamiento recibido*, un 83,1% del total de las pacientes ha recibido algún tipo de tratamiento a lo largo de la historia del problema. Un porcentaje bastante alto (81,7%) había estado en tratamiento endocrinológico, y de ellas, el 34,5% durante un período superior a un año. El 59,2% había recibido tratamiento psiquiátrico y justo la

Tabla 2. Categorías diagnósticas.

Diagnóstico	Subtipo	Total	Total
Anorexia	Restrictiva	21%	67,5%
	Purgativa	46%	
Bulimia	Restrictiva	22,5%	26,5%
	Purgativa	4,2%	

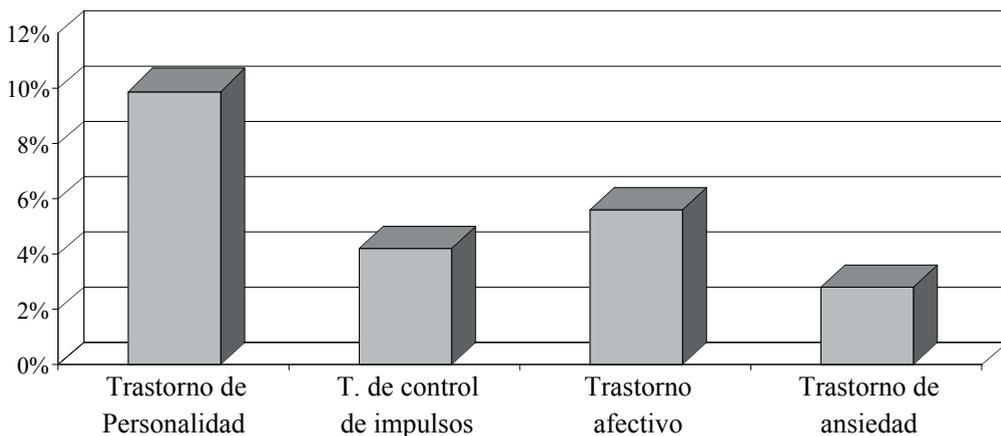


Figura 2. Patología psiquiátrica concomitante.

mitad de ellas durante más de un año. En lo referente al tratamiento psicológico, el 66,2% había tenido asistencia psicológica, y de éstas, un 29,8% lo habían recibido más de un año (ver figura 3).

La media de *años de evolución* del trastorno se sitúa en 7,14 años, donde el 45,6% llevan más de 5 años con el trastorno, el 33,8% entre 2 y 5 años y el 19,7% menos de 2 años, y de éstas, un 8,5% menos de 1 año.

Por último, en cuanto al *régimen de tratamiento actual*, en el momento de la evaluación, encontramos que un 23,9% de las pacientes estaban hospitalizadas en el Servicio de Endocrinología y Nutrición, y el 76,1% restante, seguían tratamiento ambulatorio.

A lo largo de la enfermedad, hallamos que el 66,2% de las pacientes no habían tenido ingreso hospitalario por tal motivo. Sin embargo, el 16,9% habían tenido un ingreso hospitalario y 16,9% había tenido dos o más ingresos.

Datos obtenidos de las escalas clínicas

Los resultados obtenidos en las puntuaciones de las distintas escalas clínicas se han agrupado por porcentajes (ver tabla 3).

En el cuestionario BDI, la puntuación media para la muestra ha sido de 23. En la escala de Hamilton para la ansiedad, la puntuación media para la muestra ha sido de 11,8. En la escala EAT-40 se utiliza como puntuación de corte 30, que diferencia entre pacientes con diagnóstico de AN de aquellas que no lo tienen. En la escala BITE, se utiliza como puntuación de corte 20, que distingue entre población con BN y población sin BN. La media obtenida por la muestra para las puntuaciones del EAT ha sido de 54,2, y para el BITE de 16,9. En la escala BSQ para medir el grado de satisfacción con la imagen corporal, las pacientes han obtenido una puntuación media de 140,9.

En la tabla 4 se muestran las puntuaciones medias para las distintas escalas clínicas según grupos diagnósticos.

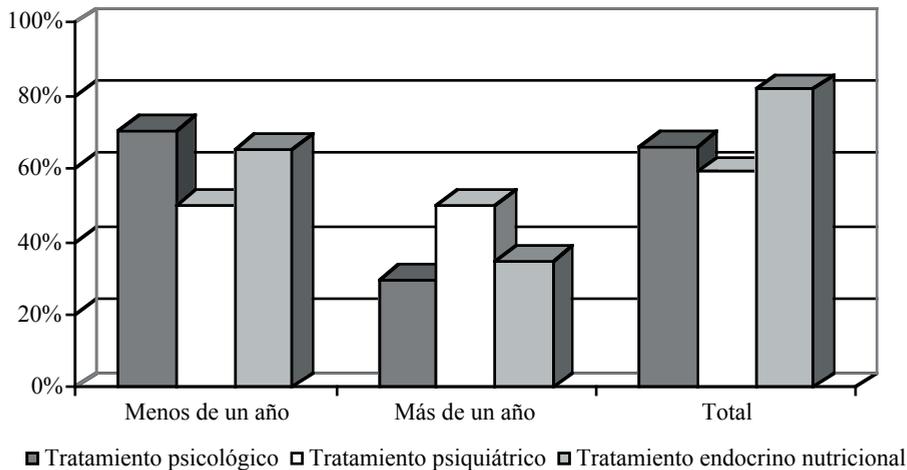


Figura 3. Tratamientos anteriores.

Tabla 3. Perfil clínico de la población con TCA.

<i>Variables</i>	<i>Intervalo de puntuaciones</i>	<i>Porcentajes</i>
<i>NIVEL DE DEPRESIÓN</i>	<i>Puntuaciones en el BDI</i>	
<i>Ausencia de depresión</i>	Menor o igual a 9	6'1 %
<i>Depresión leve</i>	Entre 10 y 19	25'8 %
<i>Depresión moderada</i>	Entre 19 y 29	39'8 %
<i>Depresión grave</i>	Igual o mayor de 30	28'8 %
<i>GRADO DE ANSIEDAD</i>	<i>Puntuaciones en el HARS</i>	
<i>Ausencia de ansiedad</i>	Menor o igual a 5	23'1 %
<i>Ansiedad moderada</i>	Entre 6 y 14	47'7 %
<i>Ansiedad alta</i>	Igual o mayor de 15	29'2 %
<i>SÍNTOMAS DE ANOREXIA</i>	<i>Puntuaciones en EAT-40</i>	
<i>Ausencia de anorexia nerviosa</i>	Menor o igual a 30	15'7 %
<i>Presencia de anorexia nerviosa</i>	Mayor de 30	84'3 %
<i>SÍNTOMAS DE BULIMIA</i>	<i>Puntuaciones en el BITE</i>	
<i>Ausencia de Bulimia Nerviosa</i>	Menor de 10	15'7 %
<i>Patrón alterado, posible BN</i>	Entre 10 y 19	35'7 %
<i>Presencia de Bulimia Nerviosa</i>	Igual o mayor de 20	44'3 %
<i>IMAGEN CORPORAL</i>	<i>Puntuaciones en el BSQ</i>	
<i>Satisfacción con la propia imagen</i>	Menor o igual a 105	22'4 %
<i>Insatisfacción con la propia imagen</i>	Mayor de 105	77'6 %

Discusión

Encontramos que la muestra estudiada se caracteriza por ser mayoritariamente mujeres con una edad media de 23,1 años, solteras y estudiantes más de la mitad de ellas, que procedentes de clase media en un 76,1%, y de 19,7% media-alta. Similares

resultados aportan los estudios epidemiológicos, donde se acepta que el rango de edad de inicio de la enfermedad se sitúa entre los 10 y 25 años, que la proporción de varones, según las series, va desde un 3% hasta un 9%, datos ligeramente más elevados que los encontrados en nuestra muestra; y que la incidencia en la enfermedad es similar en to-

Tabla 4. Puntuaciones medias por grupos diagnósticos.

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>BDI</i>	<i>HAM-A</i>	<i>EAT-40</i>	<i>BITE</i>	<i>BSQ</i>
<i>Anorexia restrictiva</i>	23,25	10,31	61,75	10,5	131,78
<i>Anorexia purgativa</i>	24,56	12,62	57,66	17,81	145,68
<i>Bulimia purgativa</i>	19,85	10,85	42	20,33	136,26
<i>Bulimia no purgativa</i>	23,6	11	39,33	21,66	167,33

dos los estratos sociales (Garfinkel y Garner, 1982), a pesar de que al principio se mantuvo que había más predominio del trastorno en las clases sociales medias-altas.

En un 54,9% de los casos, algún miembro de la familia presenta patología, siendo las madres las que muestran los porcentajes más altos en las patologías registradas: obesidad (19,7%), TCA (12,7%) y enfermedad psiquiátrica (21,1%), posteriormente los padres y los hermanos, con porcentajes similares. Estos datos concuerdan con los hallados en distintos estudios (Chinchilla, 1994; Lilienfeld y cols. 1998 y Lilienfeld, kaye y Greeno 1997; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs y Jacobs, 1990; Walters y Kendler 1995). Los familiares de primer grado de pacientes con anorexia nerviosa tienen una tasa mayor de esta misma enfermedad y de bulimia nerviosa; así se ha determinado que el riesgo a lo largo de la vida en familiares de primer grado de enfermos afectados de un TCA, es del 6% comparado con los familiares de controles, que tendrían un 1%. En cuanto a la bulimia, las tasas de ésta, en familiares de primer grado, aún no están muy claras, pero si se ha descubierto que las familias de pacientes con bulimia nerviosa tienen frecuencias más altas de consumo de sustancias (especialmente alcoholismo), y tasas más altas de trastornos afectivos y de obesidad.

La mayoría de los autores consideran de forma unánime que las pacientes anoréxicas son jóvenes con un buen rendimiento intelectual y que tienen éxito en los estudios. En nuestra muestra el 70,5% de las chicas obtuvieron buenos o excelentes resultados académicos. También hallamos porcentajes importantes de antecedentes de anorexia infantil (16%) y obesidad infantil (32%) en su historia personal, y una edad de inicio de la menarquia temprana (media de edad 12,3

años), todos ellos señalados como factores de riesgo para desarrollar un TCA.

En nuestra muestra la edad media de comienzo de la enfermedad es de 15,9 años, debutando el 64,6% en el rango comprendido entre los 13-20 años, datos similares aportan otros autores que sitúan la edad de inicio más frecuente entre los 13 y 18 años (Sánchez-Planell, 1998; Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

Cuando se valora el curso de estos trastornos, generalmente aparecen hechos cronológicamente previos en el desarrollo de la enfermedad, que parecen actuar como desencadenantes de ésta en los sujetos con una predisposición previa. En nuestro estudio un 77,5% de los casos señalan algún factor precipitante, entre los más señalados está el inicio de dietas que, en muchas ocasiones, comienzan a consecuencia de comentarios peyorativos sobre el cuerpo o críticas en relación a éste. También aparecen el rechazo de los amigos, rápido aumento de peso secundario a los cambios propios de la pubertad, separaciones y pérdidas afectivas y los cambios de curso o colegio.

Observamos la enorme variabilidad del peso medio que presentan estas pacientes a lo largo del curso de la enfermedad, variaciones que van desde 67,5 Kgs. de peso medio máximo, hasta 46,9 Kgs. de peso medio mínimo alcanzado. Dato este que nos indica, tomando el peso y el grado de éxito de la conducta de control del peso y/o alimentación, que estamos ante un continuo entre la anorexia y la bulimia, y de ahí que diversos autores entiendan ambas patologías como asociadas (Garner y Garfinkel, 1985) y no como entidades diferenciadas.

En relación a la idea de continuo, encontramos datos en la manifestación de los síntomas del trastorno que se presentan en ambas patologías a lo largo de la evolución

de las mismas. Un 67,6% de las pacientes valoradas han presentado a lo largo de la enfermedad conductas bulímicas, y un 63,8% tenían periodo anoréxico previo a las conductas bulímicas. Resultados que concuerdan con los porcentajes hallados en las distintas categorías diagnósticas, pues se registra sólo un 21% de anorexias restrictivas y un 4,2% de bulimias no purgativa, entendiéndose ambas categorías diagnósticas como los extremos del continuo.

Cabe señalar el alto porcentaje (93%) de casos que manifiestan conductas compensatorias, siendo las más frecuentes los vómitos autoinducidos, la hiperactividad, el ejercicio frecuente y el uso de laxantes.

Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, las pacientes presentan, en la mayoría de los casos, una sobrevaloración de la imagen y de la figura corporal que influye en el comportamiento. Hecho que se observa a través de actitudes y sentimientos negativos hacia la propia imagen, y que en muchos casos actúan como variables mantenedoras e incluso desencadenantes del trastorno (Cooper y Fairburn, 1993). En nuestras pacientes el 60,6% se perciben con sobrepeso o mucho sobrepeso.

Es frecuente encontrar que este tipo de pacientes experimenten otras conductas y otros síntomas psiquiátricos asociados. En nuestro caso, el 78,9% de ellos muestran algún tipo de conductas impulsivas, las más frecuentes han sido la auto y heteroagresividad, seguido de la amenaza e intento de suicidio. Numerosos estudios relacionan estas conductas, sobretodo, con la bulimia nerviosa tipo compulsivo purgativo. El 60,6% muestran signos de alexitimia, síntoma característico en la anorexia nerviosa.

Además, hallamos que un 9,9% de los casos tienen asociado un trastorno de personalidad. Son numerosos los estudios que

relacionan la AN y la BN con los trastornos de personalidad, encontrándose asociaciones entre la BN y los trastornos del grupo B y C (especialmente el *borderline* y el de evitación), y entre la AN y los trastornos del grupo C (evitativo y el obsesivo-compulsivo). No obstante, las prevalencias encontradas son muy variables y con porcentajes de intervalos muy elevados (Chinchilla, 1994).

En cuanto a otras patologías psiquiátricas asociadas, es frecuente la comorbilidad con los trastornos afectivos y de ansiedad tanto en la AN como en la BN. Nosotros registramos porcentajes moderados entorno al 6% y el 2,8% respectivamente. Muy frecuentemente se ha encontrado alta comorbilidad entre la BN y el abuso de alcohol y otras sustancias. En nuestro estudio, la relación porcentual es muy baja, solo el 1,8% consume drogas y alcohol frecuentemente, en comparación a las proporcionadas por otros autores (entre el 30 y 37% para la BN y el 12 y 18% para la AN, (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro Apple y Cohen 1991; Herzog, Sèller, Sacks, Yeh y Lavori 1992). Este hecho puede ser explicado por la influencia de la deseabilidad social por parte de las pacientes en las respuestas a estas cuestiones.

Las complicaciones físicas halladas son sumamente frecuentes en estos trastornos, siendo más graves en la anorexia nerviosa que en la bulimia nerviosa, en ésta son especialmente graves las que se producen en pacientes con patrones graves y crónicos de atracones y purgas junto con bajo peso.

La distribución de porcentajes por categorías diagnósticas indica una alta frecuencia de los cuadros de anorexia tipo purgativo (46,5%) frente al escaso porcentaje de anorexias restrictivas (21%) y bulimias (26,5%). Explicable este hecho por lo anteriormente expuesto en relación a la idea de continuo de los TCA. El 50% de los

pacientes con anorexia nerviosa desarrollan síntomas de bulimia, y algunos pacientes que inicialmente son bulímicos desarrollan síntomas anoréxicos (Bulikc, Sullivan, Fear y Pickering 1997).

Por último, encontramos que la media de años de evolución del trastorno es bastante alta, situándose en los 7,14 años, y si a ello unimos que un 33,8% ha tenido uno o más ingresos hospitalarios a lo largo de la enfermedad, y que el 81,15% ha recibido tratamientos anteriores de distinto tipo y de diferente duración, tenemos que pensar que se trata de una población con alta cronicidad y grave.

Encontramos que en nuestra muestra, las pacientes presentan altos índices de sintomatología clínica asociada. En este sentido, se han obtenido una puntuación media para los síntomas depresivos de 23, lo que es indicativo de niveles depresivos moderados. Si analizamos esta sintomatología por grupos diagnósticos, observamos que para las distintas categorías establecidas (AN restrictiva, AN purgativa, BN purgativa, BN no purgativa y TCA no especificado) las puntuaciones medias son similares, siendo más baja para la BN purgativa con 19,85 y la más alta para el TCA no especificado con 28,33.

Los niveles de ansiedad registrados están en un valor medio de 11,8 compatible con ansiedad moderada. Al igual que con las puntuaciones del BDI, la distribución porcentual por grupos diagnósticos es similar, siendo ligeramente menor en AN restrictiva (10,31) y moderadamente superior en TCA no especificado (16,33).

Las puntuaciones medias en el EAT-40 son distintas según grupos diagnósticos. Las puntuaciones medias más altas corresponden a la anorexia restrictiva y purgativa, con valores de 61,75 y 57,66 respectivamente,

lo que nos sugiere conductas y actitudes anoréxicas compatibles con diagnóstico de AN. Las pacientes con BN de uno u otro tipo, han obtenido puntuaciones ligeramente más bajas. Llamativo es el resultado de los TCA no especificado que presenta una media de 52,66.

En la escala clínica del BITE, hallamos una puntuación media para toda la muestra de 16,9, puntuación intermedia que sugiere patrones alimentarios anormales e inusuales. Las puntuaciones más altas las obtienen las pacientes diagnosticadas de bulimia, con una media por encima de 20, indicativo de presencia clara de bulimia.

Todos los grupos diagnósticos presentan puntuaciones medias bastante altas para la escala que mide la actitud y ansiedad ante el cuerpo. La media total se sitúa en 140,9. Esto puede ser interpretado como que todas las pacientes muestran una actitud negativa hacia su imagen corporal con niveles de ansiedad asociada. Para terminar, nuestros datos son similares a los encontrados en otros estudios de población española con TCA (véase Fernández y Turón, 1998).

A modo de resumen y para finalizar, podemos concluir que:

1. El perfil de pacientes con TCA que han sido atendidos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío entre octubre de 2001 y octubre de 2002 consiste en: mujeres, entre 10 y 25 años, solteras, estudiantes con buen rendimiento académico, de clase media, procedentes de familias de padres casados, con una media de 7,5 años de evolución del trastorno y que siguen tratamiento ambulatorio en nuestra unidad u hospitalario en el Servicio de Endocrinología.
2. El perfil clínico en todos los grupos diagnósticos es muy similar, presentando niveles importantes de sintomatología

depresiva y ansiosa asociada. Encontramos puntuaciones elevadas en las escalas que miden las alteraciones del comportamiento alimentario y la insatisfacción corporal.

3. Se trata de una población crónica y grave, no sólo por los años de evolución del trastorno, sino también por las patologías y síntomas físicos asociados.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association.(2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Arlington: APA.
- Barroso, D., Soto, A., Villamil, F., Martínez, M.A., González, D., Dios, E., Amaya, M.J., Fernández, Z., Ductor, M.J. y Astorga, R. (2002). Estudio descriptivo de las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria revisadas en nuestra unidad. *Endocrinología y Nutrición*, 49, 1-92.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, E.R. y Baugh, J.(1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beresin, E.V.(1997). Anorexia Nervosa. *Comprehensive Therapy*, 23/10, 664-667.
- Bulik, C., Sullivan, P.F., Fear, J. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 704-707.
- Casper, R.C., Ecker, E.D., Lamí, K.A., Goldberg, S.C. y Davis J.M. (1980). The incidence and clinical significance of bulimia in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Castro J., Toro J., Salamero M. y Guimená E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Evaluación psicológica. Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Chinchilla Moreno, A. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*, 12, 217-236.
- Cooper, P. y Fairburn, F.G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 13, 385-389.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G.(1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Crisp, A.H. (1976). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117-123.
- Fassino, S., Daga, G. y Amianto, F. (2002). Temperament and character profile and

- eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412-25.
- Fernández Aranda, F. y Turón Gil, V. (1998). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Gard, M.C. y Freeman, C.P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and social economic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-12.
- Garfinkel, G.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., y Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia*. Nueva York: Guilford Press.
- Gotestam, K.G. y Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119-26.
- Halmi, K.A. (2005). Tratamiento multimodal de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 3, 69-73.
- Hamilton, H. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hans-Christoph Steinhausen, M.D. (2002). Evolución de la anorexia nerviosa a lo largo del siglo XX. *American Journal of Psychiatry (Edición en Español)*, 5, 598-604.
- Henderson, M. y Freeman, A. (1987). A self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herzog, D.B., Sèller, M.B., Sacks, N.R., Yen, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatry comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hsu, L.K.G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatry Clinical North American*, 10, 681-700.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Kasser, J.A., Gwirtsman, H.E., Kaye, W.H., Brandt, H.A. y Jimerson, D.C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- National Institute of Mental Health (2002). *The Numbers Count*. Dirección web: <http://www.nimh.nih.gov>
- Lamí, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatry diagnosis in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. y cols. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 253-264.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. y cols. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-10.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastornos alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20 (3), 113-135.

- Pasamontes, M., Fernández Aranda, F., Turón Gil, V y Vallejo Ruiloba, J. (1998). Bulimia nerviosa y modelo adictivo. *Anales de Psiquiatría*, 14, 214-221.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de actitudes alimentaria en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315.
- Sánchez Planell, L. (1998). Trastorno de la conducta alimentaria. En J. Vallejo-Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.
- Theander, S. (1970). Anorexia Nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214, 1-194.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results or previous investigations compared with those of a Swedish long term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19 (2-3), 493-508.
- Treasure, J. y Serpell, L. (2001). Osteoporosis in young people. Research and treatment in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (3), 59-370.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, V., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 9-15.
- Turón Gil, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Walsh, B.T., Wilson, G.T., Loeb, K.L., Devlin, M.J., Pike, K.M., Roose, S.P., Fleiss, J. y Wateraux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 523-531.
- Walters, E.E. y Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. Diagnostic criteria for research*. Ginebra: WHO.

