FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autor: Dña. Alba Juanes González

Director/es: D. Andrés Gómez del Barrio

Santander, Junio 2015

Resumen

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes, afectando de manera crónica sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes. Pueden conllevar multitud de problemas físicos derivados de las alteraciones en los hábitos alimenticios, además de otros trastornos psiquiátricos asociados. En este trabajo se ha estudiado la comorbilidad psiquiátrica presente en una muestra de 55 adolescentes, así como factores psicopatológicos previos a la aparición del TCA y la presencia de conductas autolesivas tanto presentes como en el pasado, mediante el uso de la entrevista psiquiátrica y diversas escalas clínicas que evalúan la psicopatología. Encontramos que el 23,6% de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad psiquiátrica, sobre todo depresión, y que la mitad de éstos tenían un diagnóstico psiquiátrico previo. Estos pacientes mostraron a su vez más comportamientos autolesivos, más psicopatología, y un importante retraso del tratamiento respecto a los pacientes sin comorbilidad.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, comorbilidad psiquiátrica.

Abstract

Eating disorders (ED) are one of the most frequent psychiatric disorders, affecting adolescents and young adults chronically. They can suffer many physical issues derived from the eating disturbances, as well as other associated psychiatric conditions. In the present study we investigated the psychiatric comorbidity existent in a sample of 55 adolescents, along with psycopathological factors existing before the onset of the ED and the presence of current and past self-harming behaviours, using the psychiatric interview and diverse clinical scales assesing psycopathology. We found that 23,6% of the patients had some kind of psychiatric comorbidity, and half of them had a previous psychiatric diagnosis. This patients showed as well more self-harm, more psychopathology and a serious treatment delay in regard to non-comorbid patients.

Key words: Eating disorders, adolescents, psychiatric comorbidity.

Índice

Introducción ..... Página 1

Método ..... Página 5

1. Diseño del estudio ..... Página 5

2. Población muestral ..... Página 5

3. Consentimiento informado y garantía de trato no discriminativo ..... Página 6

4. Evaluación psicopatológica ..... Página 7

5. Intervención ..... Página 8

6. Análisis estadístico ..... Página 8

Resultados ..... Página 9

1. Descripción de la muestra ..... Página 9

2. Presencia de comorbilidad y psicopatología ..... Página 11

3. Factores psicopatológicos en la vida previa ..... Página 12

4. Datos sobre autolesiones e intentos autolíticos ..... Página 13

5. Factores asociados a la presencia de comorbilidad ..... Página 15

Discusión ..... Página 16

1. Presencia de comorbilidad y psicopatología ..... Página 17

2. Factores psicopatológicos en la vida previa ..... Página 20

3. Datos sobre autolesiones e intentos de suicidio ..... Página 23

4. Factores asociados a la presencia de comorbilidad ..... Página 25

Conclusiones ..... Página 27

Bibliografía ..... Página 29

Anexo 1 ..... Página 36

Introducción

Los trastornos de alimentación o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades que se caracterizan por alteraciones del comportamiento en relación a la ingesta, y en las que la persona tiene una percepción distorsionada de su imagen corporal y necesita mantener esa conducta para aliviar su angustia (1, 2).

Según la última actualización del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), publicada en 2013, se distinguen cuatro categorías diagnósticas principales dentro de este grupo de enfermedades: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracones y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Este último incluye los casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos que se requieren para calificarlos como AN, BN o trastorno por atracones, pero en los que sí se evidencia una alteración de la conducta alimentaria (3).

La AN se caracteriza por una pérdida significativa de peso, un miedo intenso a engordar y una distorsión de la imagen corporal en la que influye de manera sobrevalorada el peso o la constitución. Para conseguir el peso que estos enfermos consideran ideal, realizan una serie de comportamientos tales como el ayuno, autoprovocación del vómito, consumo de fármacos diuréticos o laxantes, o ejercicio excesivo. Esto altera el eje endocrino, produciendo amenorrea en la mujer y una pérdida de interés y potencia sexuales en el varón. Se distinguen dos subtipos, bulímico y restrictivo, según haya tenido episodios de atracones o purgas o no (3, 4).

La BN se caracteriza por episodios reiterados de atracones, en los que ingieren una excesiva cantidad de alimentos en un periodo corto de tiempo y sobre los que no tienen control. Tras el episodio se suceden comportamientos que evitarían el aumento de peso, similares a los que se dan en la anorexia nerviosa de subtipo bulímico (3, 4).

El trastorno por atracones consiste también en episodios repetidos de atracones, con las mismas características que en la BN, pero no se asocian a ninguna acción compensadora como en ésta. Además, comen más deprisa de lo normal, hasta sentirse empachados, incluso sin ni siquiera tener hambre. Es frecuente también que sientan tal vergüenza que no puedan comer delante de otras personas, y que tras comer se sientan mal consigo mismos (3).

La prevalencia aproximada se calcula de un 0,5-1% para la AN, 1-3% para la BN y 3% para los trastornos no especificados, que eran las tres categorías diagnósticas existentes previo a la publicación del DSM-V (5). Se ven más afectadas las mujeres, ya que a su ya vulnerabilidad fisiológica se añaden una mayor presión social y la asociación de delgadez con éxito y felicidad. En concreto, el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes, pues en esta etapa crítica para el desarrollo de la personalidad es donde coexisten más inestabilidad emocional, más presión social, más deseos de integración y más miedo al rechazo (1). Estas cifras son similares en todos los países occidentales, pero la importancia de los TCA en los países subdesarrollados es mínima (4).

Aunque no se conocen exactamente los factores genéticos y ambientales implicados en el desarrollo de los TCA, sí que se cree necesaria la interacción de éstos con factores precipitantes, resultado de la cual surgiría la insatisfacción con la imagen corporal y la necesidad de cambiarla, normalmente adelgazando. Rasgos de la personalidad como el perfeccionismo o la impulsividad, además del sexo, la edad de inicio de la pubertad y el funcionamiento de determinados sistemas metabólicos y neurotransmisores, sustentarían la base genética de estos trastornos. A esto se añaden factores personales como determinadas circunstancias familiares, traumas infantiles, una personalidad previa rígida, baja autoestima, y un mal manejo de las emociones y la frustración cotidiana. Esta persona insegura y que desea la aprobación de los demás se ve inmersa en una sociedad que valora la estética de un cuerpo delgado y que no acepta como atractivas otro tipo de características (1).

En este contexto, una persona de por sí vulnerable como es una mujer adolescente, frente a un acontecimiento vital estresante como acoso escolar o problemas familiares, se ve abocada a cambiar su aspecto físico para sentirse integrada y valorada por los demás.

Aunque los estudios existentes hasta la fecha son limitados por su bajo poder estadístico, sugieren que AN, BN y el trastorno por atracones son enfermedades genéticas complejas, con una heredabilidad de entre el 50 y el 83%. Otros estudios de ligamiento han logrado identificar loci relacionados con AN, BN e incluso rasgos del comportamiento como la compulsividad.

Se ha señalado también que alrededor de un tercio del riesgo genético para desarrollar TCA y depresión, ansiedad y trastornos adictivos, es compartido (6). La ansiedad es parte de la etiología y también del mantenimiento del TCA y podría ser una señal sugerente de la transmisión común de ambos trastornos (7).

El ambiente actúa sobre este posible sustrato genético desde el momento de la concepción. Estudios demuestran que madres de personas que desarrollaron un TCA estuvieron más expuestas a estrés durante el embarazo, y que hay complicaciones perinatales que aumentan el riesgo para su desarrollo, como el cefalohematoma (8).

El cerebro va a ser un órgano especialmente vulnerable al impacto de un TCA, sobre todo si se trata de un adolescente. A esta edad se siguen construyendo nuevas conexiones sinápticas, y se moldean las ya existentes, por lo que una nutrición inadecuada va a alterar la reorganización y función cerebral, produciendo trastornos conductuales como rigidez, disregulación emocional o dificultades sociales, e influyendo en la posterior recuperación (9).

Además, este comportamiento alimenticio alterado va a tener un efecto directo sobre el centro del hambre y la saciedad, localizado en el tronco del encéfalo y el hipotálamo. En la regulación correcta del mismo están implicados el tracto gastrointestinal, la corteza mesolímbica, el estriado y otras estructuras relacionadas con la memoria y el aprendizaje, intrincándose con objetivos vitales, valores y significados personales. Es por tanto un sistema complejo, que si se perturba, va a constituir un factor de riesgo y a la vez va a favorecer el mantenimiento de un TCA (6).

Se han visto también alteraciones en la neurotransmisión, concretamente en la AN, donde se encontró una actividad reducida de los receptores de serotonina 5HT2A y un incremento en los 5HT1A, tanto en el proceso agudo como en la fase de recuperación (10); y un incremento en los receptores DA2 de dopamina en el estriado tras la recuperación (11).

Todas estas alteraciones moleculares van a tener como consecuencia alteraciones en el procesamiento de la información relativa a la propia enfermedad, en forma de distorsión de la imagen corporal y una visión perturbada de la comida, y también en relación con otros procesos cognitivos. Dificultades en la toma de decisiones, flexibilidad reducida, excesiva atención al detalle en detrimento de una visión general, anormalidades en el circuito neuronal de las recompensas o disfunción social son ejemplos de estos problemas derivados y del TCA y que también sustentan este comportamiento (6).

La importancia de los TCA, además de en su creciente prevalencia en los últimos años, radica en su cronicidad y sus posibles repercusiones sobre la salud mental y física de la persona que lo padece. El comportamiento restrictivo conlleva una desnutrición, que se manifestará como alteraciones hormonales, amenorrea, alteraciones electrolíticas, anemia… Además se pueden asociar a otras enfermedades psiquiátricas, pudiendo llegar incluso al suicidio (4). En algunos estudios se señala al suicidio como la principal causa de muerte en pacientes con AN, mientras otros lo sitúan en segundo lugar, detrás de las complicaciones del propio trastorno alimenticio (12).

La prevalencia de intentos de suicidio es del 26%, similar a la de la depresión mayor (13), y es incluso más alta que en la esquizofrenia (14), dos de las enfermedades mentales más graves. Dentro de los TCA, el mayor riesgo de suicidio viene dado por el componente de impulsividad, más propia de la BN, el subtipo bulímico de AN y el trastorno por atracones, tanto más si se asocian a otras comorbilidades de características también impulsivas como el trastorno límite de personalidad o el abuso de drogas (15) o a otros comportamientos impulsivos o de descontrol (14).

Se ha evidenciado en general una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión mayor, y abuso de sustancias en pacientes con TCA, especialmente en los grupos de edad mas jóvenes (16). En un estudio realizado entre mujeres canadienses (17), la prevalencia de depresión mayor en aquellas que demostraron cumplir criterios de TCA fue de 2 a 4,4 veces mayor que en aquellas que no, datos similares a los recogidos en otros estudios (18). En el mismo estudio se vio que los TCA se asociaban significativamente a la dependencia de sustancias en todos los grupos de edad, y también una relación con agorafobia. Se encontró a su vez una fuerte asociación con la ansiedad social, excepto en el grupo de edad más joven, al igual que en un estudio previo (19), en el que se señalaba que esta peculiaridad podría ser debida a que la ansiedad social se asocia particularmente al subtipo bulímico de la AN. El subtipo restrictivo de AN es normalmente la forma de inicio y por tanto lo que se suele ver en los pacientes más jóvenes. Más tarde puede evolucionar a subtipo bulímico, y es por ello que la coexistencia de ansiedad social y AN es más probable a edades más adultas.

Otro estudio realizado en otro grupo de mujeres con TCA reveló que mientras la probabilidad de desarrollar un trastorno del ánimo o de ansiedad era similar en todos los TCA, el abuso de sustancias era dos veces más probable en aquellas mujeres con BN respecto a los demás TCA, y la mitad de probable en aquellas con AN (16). En el caso del alcohol se encontró el doble de probabilidad asociado a BN en comparación con los demás TCA estudiados, y en el caso de otras drogas el triple. Respecto a la AN, se encontró relación entre los dos subtipos y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), con una probabilidad de desarrollarlo del doble respecto a los demás TCA. El subtipo bulímico además reportó el doble de probabilidad de desarrollar trastorno por estrés postraumático que en otros TCA, y en ambos subtipos se objetivó asociación con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, siendo el triple de probable en el subtipo restrictivo que en otros TCA, y el doble en el subtipo bulímico.

Dada la importancia de los rasgos de personalidad premórbidos en el desarrollo y mantenimiento de un TCA, no es de extrañar encontrar comorbilidad entre éstos y los trastornos de personalidad. Un artículo de revisión respecto a este tema (20) evidencia que el perfeccionismo, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el narcisismo y los rasgos obsesivo-compulsivos como la necesidad de simetría o de comprobar acciones recientes están relacionados con los TCA. Por ejemplo, los pacientes bulímicos son más impulsivos que aquellos con AN o personas sanas, lo que favorece su conducta de atracones y purgas. El narcisismo sería característico de la AN y la BN, pues no está presente en otros trastornos psiquiátricos, y los individuos con comportamientos de atracones y/o purgas (BN, AN subtipo bulímico y trastorno por atracones) muestran más conductas relacionadas con la búsqueda de sensaciones. La asociación entre rasgos obsesivo-compulsivos y TCA parece clara, especialmente con el subtipo restrictivo de AN y BN, e incluso persistirían tras la recuperación del TCA.

Los trastornos de personalidad del Cluster C (obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo) son los más comunes en los TCA, especialmente el trastorno evitativo, pues tienen características comunes, como son la preocupación por ser aceptados y el miedo al rechazo. Detrás vendrían el Cluster B (antisocial, límite e histriónico) y el Cluster A (paranoide, esquizoide y esquizotípico). El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se relaciona con el subtipo restrictivo de AN y el trastorno por atracones, y también con BN. El trastorno dependiente de la personalidad se asocia más al subtipo restrictivo de AN y a BN. Por último, el trastorno por atracones también se relaciona con el trastorno límite de personalidad (20).

Se ha encontrado comorbilidad con trastornos psicóticos de forma esporádica, asociado especialmente a AN (21).

Esta comorbilidad psiquiátrica puede afectar a la severidad, cronicidad y resistencia al tratamiento del TCA, empeorando el pronóstico, acelerando el deterioro social y, en definitiva, retrasando la recuperación tanto de propio TCA como del trastorno acompañante (16). Parece que cuando existe comorbilidad el TCA es más severo y viceversa, y que los TCA más severos se asocian a múltiples comorbilidades (22).

Al mismo tiempo, algunos autores sugieren un incremento de la presentación de conductas autolesivas e intentos de suicidio en esta población, bien derivados de la

propia ansiedad generada por el trastorno alimentario o debida a la presencia de comorbilidad previa o presente.

A pesar de todo esto no existen muchos estudios que se centren en evaluar e investigar la comorbilidad psiquiátrica presente en pacientes con TCA, y menos en nuestro entorno.

Teniendo en cuenta la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar un pronóstico más incierto o sombrío, el presente trabajo pretende analizar la comorbilidad existente entre los TCA con otros trastornos psiquiátricos, centrándose en uno de los grupos de pacientes más vulnerables como son los adolescentes.

La patología psiquiátrica comórbida no solo se considera un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA sino para su evolución y pronóstico. Detectarla resultará crucial para mejorar su atención y abordaje terapeútico diferenciado.

Los **objetivos** de este trabajo son conocer la comorbilidad psiquiátrica presente y pasada en una muestra de pacientes adolescentes que reciben un primer diagnóstico de TCA; conocer la presencia de conductas autolesivas; y comprobar si existen diferencias entre aquellos que presentan comorbilidad psiquiátrica y los que no.

Método

1. Diseño del estudio

Se seleccionaron 55 adolescentes, con edades menores o iguales a 18 años, que de forma consecutiva acudieron a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Dichos pacientes constituyen parte del programa de Detección Temprana para los Trastornos Alimentarios en Cantabria, DETECTA, que se corresponde con las siglas de DEtección TEmprana en Cantabria de Trastornos Alimentarios. Consiste en un programa diseñado en forma de estudio de casos y controles, cuyo objetivo es la identificación y evaluación de primeros episodios incidentes de TCA, comparándolos con una muestra poblacional de sujetos sanos, emparejados en frecuencia por sexo y edad. Esto ha sido llevado a cabo con la financiación del IFIMAV, ahora IDIVAL, dentro del plan de ayudas Fin de Residencia (BFR 01/10) y posteriormente con un contrato Wenceslao López Albo (WLA 02/11). El investigador principal fue la Dra. Jana González y el proyecto fue coordinado por el Dr. Gómez del Barrio, en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

2. Población muestral

Los pacientes fueron personas de ambos sexos que contactaron por primera vez con la unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital

Universitario Marqués de Valdecilla (UTCA), durante el periodo de tiempo de un año desde abril de 2010 a mayo de 2011.

Los pacientes fueron remitidos desde los dispositivos de la red de Salud Mental, Atención Primaria, desde otros servicios médicos del hospital, a través de derivación directa desde asociaciones de familias, o desde los colegios en casos urgentes.

Criterios de inclusión de pacientes:

- Casos incidentes de ambos sexos que contactaron por primera vez con la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del servicio de Psiquiatría (UTCA).
- Se incluyeron en el estudio las siguientes categorías diagnósticas DSM-IV: F50.0 (anorexia nerviosa, comprendiendo los subtipos purgativo y restrictivo), F50.2 (bulimia nerviosa, comprendiendo los subtipos purgativa y no purgativa) y F50.9 (trastorno de la conducta alimentaria no especificado), comprobados mediante la entrevista con un psiquiatra experto siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- Pacientes que residían en Cantabria, para facilitar el seguimiento posterior.

Criterios de exclusión de pacientes:

- Alteración cognitiva que impedía poder cumplimentar los instrumentos utilizados, así como retraso mental, epilepsia u otras enfermedades neurológicas.
- Haber recibido previamente tratamiento para el trastorno de la conducta alimentaria en otro centro.

3. Consentimiento informado y garantía de trato no discriminativo

Una vez comprobado que el paciente cumple los requisitos de inclusión y ninguno de exclusión, se recoge el consentimiento informado (Documento Anexo 1) firmado por el individuo o representante legal del paciente o control si fuera menor.

La no participación en el proyecto en ningún caso afectaba al acceso a un tratamiento de alta calidad, que consiste en el ofertado de forma habitual en la UTCA, con independencia de la participación o no en el estudio.

4. Evaluación psicopatológica

Se llevó a cabo una entrevista psiquiátrica, con preguntas especificas sobre antecedentes personales y familiares, con un cuestionario sociodemográfico elaborado específicamente.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron un **cuestionario sociodemográfico** y familiar, y como entrevista diagnóstica de la clínica alimentaria se empleó el **International Neuropsychiatric Interview** (MINI). Éste es una breve entrevista estructurada que explora las patologías psiquiátricas más importantes recogidas en el DSM-IV y la CIE-10. (23)

Otras escalas que evalúan la psicopatología son el **BDI-II** (Beck Depression Inventory revised, Beck 1996), el STAI (State-Trait Anxiety Inventory , Spielberger 1994) y el RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg 1965).

El BDI-II es un cuestionario autoadministrado que, con 21 preguntas de respuesta múltiple, identifica y mide la severidad de los síntomas de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV. Evalúa tanto los síntomas afectivos como los cognitivos y somáticos, puntuando cada una de las preguntas de 1 a 3 según la gravedad (24). Se considera que entre 0 y 9 no hay depresión, entre 10 y 18 existe una depresión leve, entre 19 y 29 una depresión moderada, y si la puntuación es mayor de 30 la depresión es grave. Se estima un valor de 13 como punto de corte para la población general.

El **STAI** es también un cuestionario autoadministrado que valora con 20 preguntas tanto el nivel de ansiedad del individuo en ese momento (estado) como su predisposición a sufrirla (rasgo), puntuando cada una de 1 a 4. La ansiedad estado es una emoción transitoria en la que el sujeto experimenta tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación subjetivas; mientras que la ansiedad rasgo es una condición individual estable a lo largo del tiempo (25).

El **RSE** es una escala que mide globalmente la autoestima en adolescentes y adultos mediante 10 items; una mayor puntuación se relaciona con mayor autoestima. (26)

Para medir aspectos específicos de la psicopatología de los trastornos de alimentación, se usó el Eating Disorders Inventory (**EDI-2**) (27). El EDI-2 consta de 91 preguntas, y evalúa actitudes y comportamientos dentro de 11 dimensiones clínicamente relevantes (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, confianza interpersonal, conciencia interceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Por tanto, aporta información sobre la restricción dietética del paciente, los síntomas bulímicos e insatisfacción corporal, además de una evaluación de los comportamientos, síntomas y rasgos de personalidad de la persona que sufre el trastorno de alimentación. Con un punto de corte de 80, la sensibilidad del test es del 91% y la especificidad del 80%; mientras que con un punto de corte en 105, tiene una sensibilidad del 82% y una especificidad del 89%.

5. Intervención

Se individualiza en todos los casos, siguiendo estrategias de tratamiento basadas en la evidencia científica, mediante un protocolo de intervención psicoterapéutica y un protocolo de intervención farmacológica. En la intervención psicoterapéutica se adoptan estrategias de tratamiento de orientación cognitivo-conductual y entrevista motivacional. Se les oferta terapia familiar tanto a nivel psicoeducativo y de apoyo grupal como específico, siguiendo el modelo protocolizado del Maudsley Hospital de Londres, pudiendo aplicarse el protocolo farmacológico en el caso de que el paciente lo requiera y tras ser evaluado por su psiquiatra. (28)

6. Análisis estadístico

Para la recogida de información se confeccionó una base datos ad hoc. El análisis de datos incorporó un análisis descriptivo inicial. Para las variables discretas se estimaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, según el método exacto de Fleiss, utilizando la prueba Chi-cuadrado para realizar comparaciones, o alternativamente el test exacto de Fisher, cuando más del 20% de las casillas presentan un número de casos esperados menor o igual a 5 (29).

Entre las variables estudiadas estaban la edad, el IMC, la puntuación en autoestima, la puntuación en el test de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, la puntuación en la escala de depresión de Beck, la edad de inicio del TCA y el tiempo de tratamiento en meses. De éstas, se comprobó que la edad, el IMC, la edad de inicio del problema y el tiempo de tratamiento no cumplían la normalidad; mientras que las puntuaciones en las escalas de autoestima, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, y de depresión de Beck sí que eran variables normales.

Para las variables continuas se estimaron sus medias y desviación estándar. Se utilizaron los tests t de Student o ANOVA para analizar la relación entre variables cuantitativas y variables categóricas con 2 niveles, o variables categóricas con más de 2 niveles, respectivamente, comprobando previamente la condición de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. En caso de no cumplir con una distribución normal, se utilizaron el test Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney como pruebas no paramétricas.

El nivel de significación estadística se fijó para p menor o igual que 0,05 y todas las p serán bilaterales.

Para realizar este análisis se empleó el paquete estadístico SPSS 15 (30).

Resultados

Se muestran los datos ordenadamente, empezando por la descripción de la muestra, la comorbilidad encontrada presente y pasada, los datos referentes a autolesiones e intentos autolíticos, y los factores asociados a la comorbilidad.

1. *Descripción de la muestra*

La muestra estaba compuesta por 55 adolescentes, de los cuales 47 eran mujeres y 8 hombres.

La edad mínima de la muestra fue de 11 años, y la máxima de 18, ambos valores correspondientes a pacientes con AN. Los pacientes con BN tenían edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, y los pacientes con EDNOS tenían entre 13 y 18 años. Los valores de IMC encontrados varían desde 13,37, en un paciente con AN a 50,60 en un paciente con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE, también llamado EDNOS por sus siglas en inglés, Eating Disorder Not Otherwise Specified).

El tiempo de tratamiento que acumulaban los pacientes osciló entre 2 meses en el caso de una AN y 72 meses en el caso de TCANE.

La media y desviación estándar de todas las variables, según los diagnósticos de AN, BN y EDNOS, se recogen en la Tabla 1, así como el valor de p de las mismas.

Tabla 1. Media, desviación típica y valor de P de las variables estudiadas.-1

		Media	Desviación típica	Significación estadística
Edad•	AN	15,94	2,193	F = 0,156• P = 0,856
	BN	16,33	1,303	
	EDNOS	16,12	1,84	
	Total	16,11	1,833	
IMC•	AN	16,539	1,71088	F = 10,060• P = 0,000
	BN	23,917	3,10544	
	EDNOS	23,6915	7,47416	
	Total	21,4857	6,36523	
Autoestima*	AN	18,69	5,822	P = 0,025
	BN	11,09	6,745	
	EDNOS	16,19	6,104	
	Total	15,67	6,678	

Ansiedad-estado•	AN	23,85	25,501	F = 0,700• P = 0,502
	BN	33,55	14,215	
	EDNOS	27,43	19,15	
	Total	27,87	20,033	
Ansiedad-rasgo*	AN	23,42	11,988	F = 4,461• P = 0,025
	BN	38,36	12,168	
	EDNOS	31,32	11,962	
	Total	30,93	12,929	
Escala de depresión de Beck•	AN	18,38	11,362	F = 1,694• P = 0,196
	BN	26,18	16,086	
	EDNOS	17,68	12,198	
	Total	19,91	13,194	
Edad de inicio*	AN	15,3529	2,14887	P = 0,643
	BN	15,2727	2,72363	
	EDNOS	15	1,83303	
	Total	15,1667	2,09897	
Tiempo sin tratamiento (meses)*	AN	8,7059	7,35497	P = 0,003
	BN	23,8	11,40955	
	EDNOS	16,0385	15,39735	
	Total	15,1509	13,47276	

Se utilizó ANOVA de un factor como prueba paramétrica para las variables normales (•), y la prueba de Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica en el caso de las variables que no cumplieron la normalidad (*).

El IMC, la puntuación en la escala de autoestima, la puntuación en ansiedad-rasgo y el tiempo de tratamiento fueron estadísticamente significativos, según el valor de p que se observa en la Tabla 1. Destaca lo que se observa en el grupo de pacientes con BN, que diferirán del resto pues muestran puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad, menor puntuación en la escala de autoestima, y mayor tiempo sin tratamiento.

2. *Presencia de comorbilidad y psicopatología*

De 55 pacientes con TCA que comprenden nuestra muestra, 13 (23,6%) presentaron otro diagnóstico psiquiátrico, de los cuales el más frecuente fue la depresión.

La comorbilidad encontrada se presenta en la tabla 2, desglosada según los diagnósticos resultantes de la entrevista MINI.

Tabla 2. Comorbilidad encontrada con la entrevista MINI según categorías diagnósticas.

	Nº de pacientes	Porcentaje (%)
No comorbilidad	42	76,4
Depresión	6	10,9
Distimia	1	1,8
TDAH	1	1,8
TOC	2	3,6
Trastorno de personalidad	1	1,8
Trastorno de ansiedad	2	3,6

La Tabla 3 muestra los diagnósticos comórbidos encontrados en función de la categoría de TCA. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,012$).

Tabla 3. Comorbilidad encontrada según categorías diagnósticas y por diagnósticos de TCA.

	Pacientes AN	Pacientes BN	Pacientes EDNOS	Total
Depresión	3	0	3	6
Distimia	0	0	1	1
TDAH	0	0	1	1
TOC	1	1	0	2
Trastorno de personalidad	0	0	1	1
Trastorno de ansiedad	0	2	0	2
Total	17	12	26	55

3. Factores psicopatológicos en la vida previa

Se recogieron datos relacionados con factores psicopatológicos en la vida previa a la evaluación, y se compararon los resultados entre los pacientes que presentaron un diagnóstico comórbido y los que no.

De los 55 pacientes de la muestra, 16 (29%) habían recibido algún diagnóstico profesional en el pasado, como se expone en la Tabla 4. Entre los 13 pacientes en los que se detectó comorbilidad, el 53,8% tenía un diagnóstico previo, frente al 21,4% de los que no presentaban comorbilidad. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p = 0,037).

Tabla 4. Existencia de diagnóstico profesional previo según la existencia o no de comorbilidad.

	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Pacientes con diagnóstico profesional en el pasado	9	7	16
No diagnóstico profesional en el pasado	33	6	39
Total	42	13	55

Entre los diagnósticos recibidos en el pasado se incluían ansiedad, fobias, hiperactividad, trastorno de conducta y otros, distribuidos en los pacientes según aparece en la Tabla 5.

Tabla 5. Diagnósticos previos específicos según la existencia o no de comorbilidad.

	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Ninguno	33	6	39
Ansiedad	4	2	6
Fobias	1	0	1
Hiperactividad	0	1	1
Trastorno de conducta	3	3	6
Otros	1	1	2
Total	42	13	55

De los 6 casos previos de ansiedad, el 66,7% correspondió a pacientes sin comorbilidad frente a los pacientes con comorbilidad que asociaron un 33,3%. Un 15,4% de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tenían un diagnóstico previo de ansiedad, frente al 9,5% de los pacientes sin comorbilidad.

Solo un paciente refirió un diagnóstico previo de fobia, suponiendo el 2,4% de los pacientes sin comorbilidad y el 1,8% del total. Lo mismo ocurrió en el caso de la hiperactividad, diagnóstico que tenía uno de los pacientes con comorbilidad, representando el 7,7% de los diagnósticos en los pacientes con comorbilidad y el 1,8% del total.

En total se encontraron 6 diagnósticos previos de trastorno de conducta, el cual se presentó en el 23,1% de los pacientes con comorbilidad y en el 7,1% de los pacientes sin comorbilidad.

Otros diagnósticos representaron el 7,7% dentro del grupo con comorbilidad y el 2,4% dentro del grupo sin comorbilidad, y el 1,8% del total de pacientes en ambos casos.

Se investigó también sobre los antecedentes de obesidad infantil, obteniéndose los datos que se observan en la Tabla 6.

Tabla 6. Antecedente de obesidad infantil según la existencia o no de comorbilidad.

	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Obesidad infantil	16	4	20
No obesidad infantil	26	8	34
Total	42	12	54

El 37% de los pacientes tenía antecedentes de obesidad infantil. El 20% de los pacientes que tuvieron obesidad infantil presentaron posteriormente comorbilidad psiquiátrica frente al 80% que no, y el 33,3% de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica habían tenido obesidad infantil, frente al 38,1% de los pacientes sin comorbilidad. Estas diferencias no fueron significativas.

4. Datos sobre autolesiones e intentos autolíticos

Se denomina autolesión a los daños producidos a uno mismo deliberadamente pero sin intención suicida.

Los datos referentes a la existencia comportamientos autolesivos en el momento de la evaluación se reflejan en la Tabla 7.

Tabla 7. Objetividad de autolesiones en la actualidad según la existencia o no de comorbilidad.

Autolesiones en la actualidad	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Sí	5	4	9
No	37	9	46
Total	42	13	55

El 16,4% de los pacientes de la muestra incurría en conductas autolesivas en el momento del estudio. De éstos, el 7,3% de los pacientes presentaban comorbilidad y este tipo de conductas, por lo que el 9,1% restante se autolesionaba pero no tenían comorbilidad. Estas acciones estaban presentes en el 30,8% de los pacientes con comorbilidad y en el 11,9% de los pacientes sin comorbilidad.

Se analizó también la historia de autolesiones en el pasado, obteniéndose los datos que se representan en la Tabla 8.

Tabla 8. Antecedentes de autolesiones según la existencia o no de comorbilidad.

	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Autolesiones en el pasado	4	3	7
No autolesiones en el pasado	38	10	48
Total	42	13	55

El 12,7% de los pacientes se había autolesionado en el pasado. De éstos, el 42,9% presentaban comorbilidad frente al 57,1% que no. El 23,1% de los pacientes con comorbilidad se realizaba autolesiones, respecto al 9,5% del grupo sin comorbilidad.

La Tabla 9 reúne los datos referidos a la existencia de intentos autolíticos en el pasado.

Tabla 9. Antecedentes de intentos autolíticos según la existencia o no de comorbilidad.

	No comorbilidad	Comorbilidad	Total
Pacientes con intentos autolíticos	3	1	4
Pacientes sin intentos autolíticos	39	10	49
Total	42	11	53

El 7,5% de los pacientes había realizado algún intento autolítico, y solo el 25% de los intentos correspondió a pacientes con comorbilidad psiquiátrica. El 9,1% de los pacientes con comorbilidad (1,9% del total de pacientes) habían tenido algún intento autolítico, frente al 7,1% de los que no presentaban comorbilidad (5,7% del total). Estas diferencias no fueron significativas.

5. Factores asociados a la presencia de comorbilidad

Finalmente, se analizó se existían diferencias significativas para todas las variables estudiadas entre los pacientes que presentaron comorbilidad psiquiátrica y los que no. Los resultados se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Media, desviación típica y significación estadística de las variables estudiadas.

	Comorbilidad psiquiátrica (N)	Media	Desviación típica	Significación estadística
Edad	No (42)	15,86	1,775	t = -1,835 P = 0,082
	Sí (13)	16,92	1,847	
IMC	No (42)	20,61	4,34116	t = -1,940 P = 0,058
	Sí (12)	24,5507	10,57333	
Punto de corte 20	No (34)	21,71	18,484	t = -1,568 P = 0,136
	Sí (11)	32,36	19,941	
Autoestima*	No (34)	16,76	6,486	U = 113,500 P = 0,052
	Sí (11)	12,27	6,373	
Obsesión por la delgadez*	No (34)	9,53	7,798	U = 112,000 P = 0,046
	Sí (11)	14,55	7,488	
Bulimia	No (35)	3,00	4,899	t = -0,935 P = 0,366
	Sí (11)	5,00	6,542	
Insatisfacción corporal*	No (35)	12,11	8,754	U = 109,000 P = 0,031
	Sí (11)	19,18	9,272	
Ineficacia*	No (35)	5,86	6,431	U = 103,500 P = 0,021
	Sí (11)	11,91	7,829	
Perfeccionismo	No (35)	4,71	3,862	t = -0,617 P = 0,546
	Sí (11)	5,55	3,908	
Desconfianza interpersonal*	No (35)	4,51	4,455	U = 118,000 P = 0,053
	Sí (11)	7,55	4,783	
Conciencia interoceptiva	No (35)	6,80	5,935	t = -0,921 P = 0,369
	Sí (11)	8,55	5,336	

Miedo a la madurez	No (35)	6,63	5,657	t = -1,253 P = 0,230
	Sí (11)	9,45	6,773	
Ascetismo	No (35)	4,97	4,281	t = -1,701 P = 0,109
	Sí (11)	7,64	4,610	
Impulsividad	No (35)	4,60	5,569	t = -0,981 P = 0,342
	Sí (11)	6,64	6,136	
Inseguridad social	No (35)	5,20	5,471	t = -1,019 P = 0,322
	Sí (11)	7,09	5,338	
Ansiedad-estado	No (35)	27,54	21,784	t = -0,295 P = 0,770
	Sí (11)	29,10	12,288	
Ansiedad-rasgo	No (35)	29,31	13,455	t = -1,953 P = 0,064
	Sí (11)	36,60	9,348	
Escala de depresión de Beck	No (35)	16,17	11,950	t = -4,420 P = 0,000
	Sí (11)	31,82	9,642	
Edad de inicio del problema*	No (41)	15,1951	2,17048	U = 264,000 P = 0,959
	Sí (13)	15,0769	1,93484	
Tiempo del tratamiento en meses*	No (40)	12,5250	9,52187	U = 188,000 P = 0,135
	Sí (13)	23,2308	19,95476	

Se han utilizado primero la prueba de Levene para la igualdad de varianzas y posteriormente la prueba T para la igualdad de medias. Se aplicaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon) en aquellas variables en las que no se pudo asumir una distribución normal (tiempo de tratamiento, autoestima, insatisfacción corporal, ineficacia, obsesión por la delgadez, desconfianza interpersonal y edad de inicio, señaladas con un *).

Según estos resultados se evidencia que las diferencias en las medias de la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, la ineficacia y la puntuación en la escala de depresión de Beck son estadísticamente significativas entre el grupo con comorbilidad psiquiátrica y el grupo que no la presenta.

Discusión

Los objetivos del trabajo eran conocer la comorbilidad psiquiátrica presente y pasada en una muestra de pacientes adolescentes que reciben un primer diagnóstico de TCA, conocer la presencia de conductas autolesivas, y comprobar si existen diferencias entre aquellos que presentan comorbilidad psiquiátrica y los que no.

1. Presencia de comorbilidad y psicopatología

El 23,6% de los adolescentes con TCA de nuestra muestra, los cuales no habían sido tratados previamente para esta patología, tenían comorbilidad psiquiátrica. Esta cifra es bastante más baja que la encontrada en otro estudio español llevado a cabo por Rojo y colaboradores, donde el 62,9% de adolescentes presentaban comorbilidad (31). Estas discrepancias puede deberse al hecho de que en ese estudio la mayoría de los TCA eran subclínicos o síndromes parciales, además de las diferencias en el tamaño muestral. En una amplia muestra de adolescentes estadounidenses, el 55,2% de los pacientes con AN, el 88% de los pacientes con BN, y el 83,5% de los pacientes con BED tenían al menos una comorbilidad psiquiátrica (32).

Por diagnósticos de TCA, las cifras son similares, no destacando ninguna patología con más comorbilidad que otra. En el estudio estadounidense, la AN solo se asoció al trastorno oposicionista/desafiante, mientras que BN y el BED (trastorno por atracones, en inglés binge eating disorder) se asociaron con casi todos los trastornos evaluados, sobre todo con trastornos del estado de ánimo y ansiedad, además de con más de un trastorno (32).

La entrevista MINI reveló que la depresión es la comorbilidad más prevalente en nuestra muestra, encontrándose tanto casos en AN como en TCANE, aunque no en BN. Estos resultados concuerdan con la mayoría de los estudios, donde la depresión es la comorbilidad principal de los TCA (33). Al igual que los TCA, los trastornos depresivos son de las patologías psiquiátricas más prevalentes en los adolescentes, por lo que no es infrecuente que se asocien, y de hecho la depresión asocia más comorbilidad en la adolescencia que en la vida adulta (34). A medida que aumenta la prevalencia de la depresión en la sociedad actual, baja la edad de inicio, llegando a afectar al 11-14% de los adolescentes (35), o incluso al 28% según algunos estudios y dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados (36).

Ambas patologías tienen factores de riesgo similares, como la baja autoestima, la insatisfacción corporal y el escaso apoyo social, sobre todo en las mujeres (34). La insatisfacción corporal es un buen predictor tanto de trastornos de alimentación como de síntomas depresivos (37). Una baja autoestima desde edad temprana, causada por un acontecimiento vital, haría que el adolescente no se sienta cómodo o satisfecho con su cuerpo y que además afectara a su estado de ánimo, haciéndole susceptible tanto a un TCA como a depresión (38). A su vez, los atracones producen posteriormente sentimientos de culpa y vergüenza hacia sí mismo, lo que podría desencadenar síntomas depresivos (39).

Se ha visto que las adolescentes con TCA subclínicos también tienen alto riesgo de desarrollar depresión, de hecho se encuentra una gran comorbilidad (40).

Se ha propuesto que la inanición produce cambios en las vías neuroendocrinas que mantendrían los síntomas ansiosos y depresivos. La deprivación calórica eleva la CRH, lo que favorecería un estado de ánimo bajo (39, 40), y también se cree que los síntomas de ansiedad verían de acuerdo al estado nutricional (41).

Las investigaciones sugieren que los síntomas de depresión y ansiedad continúan después de la recuperación del TCA, así como los sentimientos de inferioridad y la dificultad en las relaciones personales (42, 43), aunque otros encuentran que los síntomas depresivos están muy relacionados con los desórdenes alimentarios, y que cuando mejoran o se recuperan del TCA también lo hacen de la depresión (44).

Encontramos dos casos de ansiedad, ambos en pacientes con BN, lo que representa el 16% de los pacientes con BN y el 3% de la muestra. Esta cifra es mucho más baja respecto a otros estudios, donde los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de más del 50% en adolescentes con TCA, siendo la patología comórbida más frecuente en este tipo de pacientes (31, 32). Los trastornos de ansiedad que más frecuentemente se asocian a los trastornos de alimentación en general son las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social, aunque varía entre los distintos estudios (31). En los pacientes con AN los trastornos más frecuentes parecen ser la fobia social (a pesar de que el miedo a comer o beber en público no se consideró como un síntoma de fobia social) y el TOC, y en el caso de la BN el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social (45). Rojo y colaboradores (31) encontraron que la fobia específica era lo más común con una prevalencia del 36,7% en BN, del 20,5% en AN y del 32,1% en el trastorno por atracones. El hecho de que se de menos en la AN puede tener que ver con que muchas veces este tipo de pacientes evitan las situaciones que les provocan la ansiedad social, debido a una red de interacciones sociales más reducida (46). El trastorno de pánico se encontraba en el 11,1% de los pacientes con BN y en el 8,7% de los pacientes con trastorno por atracones en el estudio de Rojo y colaboradores, similar a lo que reportan Swanson y colaboradores (32) pero mucho menor que el 25% que describen Zaider y colaboradores (47) o que el 34% y 15% que muestran Godart y colaboradores en la AN y BN respectivamente (45). Estos autores asemejan los ataques de pánico que caracterizan al trastorno de pánico con los episodios de atracones.

Godart y colaboradores (48) revisaron posteriormente la comorbilidad entre los trastornos de alimentación y los trastornos de ansiedad, encontrando una prevalencia entre el 33 y el 72% en la AN de subtipo restrictivo, del 55% en el subtipo purgativo, y del 41 al 75% en la BN. Encontraron además que la fobia social se asocia en gran medida tanto a AN de subtipo restrictivo como a la BN, afianzaron la alta frecuencia en la que se relacionan el TOC y sobre todo la AN de subtipo purgativo, y describen que el riesgo de trastorno de ansiedad generalizada está aumentado tanto en AN como en BN pero en mayor medida en AN.

Es habitual que los pacientes que sufren de un trastorno de ansiedad refuercen esa ansiedad mediante evitación y otros comportamientos defensivos, algo que también ocurre forma similar en los TCA, por ejemplo los casos de AN que evitan la comida por el miedo a ganar peso o engordar. En ambos casos, estos pacientes tienen la sensación de que ganan control sobre la ansiedad mediante estos mecanismos, cuando la realidad es que a largo plazo lo que hacen es mantener el miedo y la ansiedad. Algunos pacientes con TCA muestran comportamientos muy rígidos con la comida, incluso

rituales, como comer despacio, en un orden específico, o solo ciertas comidas, y tienen miedo a que si se salen de ese plan les va a ocurrir algo terrible. Lo mismo, pero aplicado a otras situaciones, les ocurre a los pacientes con ansiedad. En el caso de los pacientes que concurren en atracones, se postula que estos episodios muchas veces ocurren después de que la persona siente que ha perdido el control sobre la comida tras haberse salido del plan. Estos atracones suelen consistir en comer sobre todo las comidas que normalmente consideran prohibidas en su plan. Otro comportamiento que reduce la ansiedad en los TCA es la comprobación de su cuerpo mediante el espejo, la ropa o pesándose constantemente, lo que les produce una sensación de mayor control sobre él, y si no lo hacen surge la ansiedad y el miedo a que ocurra algo. Sin embargo, otras veces, en vez de comprobar continuamente y asegurarse de cada parte de su cuerpo, evitan mirarse al espejo, probarse la ropa o pesarse, también por miedo a que eso que temen, engordar, haya ocurrido. Así, creen que el que no ocurra lo temido es porque realizan todas estas comprobaciones o evitaciones, con lo que se mantienen e incluso refuerzan los comportamientos patológicos. Los atracones también pueden ser el producto de otra estrategia, esta vez de bloqueo, para olvidarse o reducir la sensación negativa que les produce la autoconciencia. Este bloqueo puede conseguirse en algunos casos mediante el abuso de sustancias o la autolesión (46).

Además de estos mecanismos de asociación, se han encontrado también más tasa de trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada en parientes de pacientes con AN y BN, y más tasa de fobia social y TOC en parientes de pacientes con AN, sugiriendo cierto riesgo familiar compartido (49). Otro estudio, con gemelos monocigóticos, encontró que el gemelo que no sufría TCA tenía el doble de probabilidades de tener un trastorno de ansiedad en comparación a los controles (7).

Se hallaron dos casos de TOC, uno en AN y otro en BN, lo que supone el 5% de los pacientes con AN, el 8% de los pacientes con BN y el 3% del total. Esto concordaría con lo aportado por otros estudios, que describen prevalencias de TOC en pacientes con TCA entre el 0% y el 11% (31, 32, 47). Sin embargo, lo suelen relacionar más con la AN que con la BN, o dicho de otra forma, a los trastornos de tipo restrictivo más que a los de tipo bulímico, al menos en los adultos (46).

Encontramos solo un caso de distimia en la muestra, a pesar de que algunos estudios señalan que en adolescentes la distimia es mejor predictor de TCA que la depresión, relacionándose sobre todo con la BN. La distimia puede generar problemas continuos de autoestima, lo cual sería un factor de riesgo de TCA. Menores recursos emocionales a medida que se llega a la vida adulta es lo que podría provocar que en esta etapa los TCA se relacionen más con la depresión que con la distimia. Por tanto se podría decir que el estado de ánimo iría bajando con la edad, siendo los síntomas cada vez más intensos e incapacitantes, todo esto mientras empeora la calidad de vida por el propio TCA, siendo más problable encontrar la depresión en la vida adulta que en la adolescencia (33, 47).

Se encontró un diagnóstico de TDAH en un paciente con TCANE. Algunas particularidades de ciertos TCA son similares a las que caracterizan a los niños con TDAH. La impulsividad puede llevar a comportamientos impulsivos con la comida, y éstos pueden llevar a un comportamiento inatento en las actividades diarias (50). Desde los años 80 se conoce que los niños con TDAH tenían más tendencia a tener atracones, y estudios posteriores han visto que algunos adultos con TDAH presentan trastorno por atracones. Se ha postulado también que las niñas con TDAH tienen cierto riesgo de desarrollar BN (51), sobre todo si ya existía impulsividad (52). En un estudio se encontró que un 17% de los pacientes diagnosticados de AN o BN cumplían criterios de TDAH en la infancia, y el 12% también en la vida adulta. Todos estos pacientes tenían un trastorno de tipo purgativo (53). No se sabe si el TDAH favorece los atracones, si ambas patologías reflejan mecanismos neurobiológicos comunes, o si esta relación está mediada por otros factores psicopatológicos, pero varios autores han visto que los estimulantes usados para el tratamiento del TDAH actúan también en las vías cerebrales implicadas en los comportamientos bulímicos, mejorando ambos tipos de síntomas (50, 51).

No encontramos ningún caso de abuso de sustancias, a pesar de que estudios en adolescentes han descrito una relación entre los comportamientos bulímicos y el abuso de sustancias, e incluso se ha dicho que los atracones pueden predecir la aparición posterior de un trastorno de este tipo. Por tanto son los pacientes que muestren comportamientos bulímicos o más impulsivos los que tienen mayor riesgo de incurrir en otras conductas impulsivas como es el abuso de sustancias (54). En este mismo estudio se vio que en las adolescentes con AN de subtipo restrictivo había muy poca tasa de abuso de sustancias, mientras que la mayoría de pacientes que padecían este problema pertenecían a los subtipos bulímicos. Estas pacientes tenían además más riesgo de intentos de suicidio, robar, y tener relaciones sexuales respecto a las pacientes restrictivas.

2. Factores psicopatológicos en la vida previa

El 29% de los pacientes había recibido algún otro diagnóstico psiquiátrico en el pasado además del TCA. Esta cifra es similar al 22,2% que observaron Rojo y colaboradores (31), pero muy inferior al 42% y 71% de otros estudios realizados en otros países (41, 55). Sin embargo, estos dos últimos estudios incluían pacientes adultos además de adolescentes.

Este dato es una de las diferencias encontradas entre los pacientes con comorbilidad y los que no presentan comorbilidad, sugiriendo que los pacientes con TCA y comorbilidad psiquiátrica actual tienen más antecedentes psiquiátricos que los que no tienen comorbilidad actual.

En este estudio encontramos en total 6 casos de ansiedad diagnosticados previamente a la aparición del TCA, 4 de ellos en pacientes sin comorbilidad y 2 en pacientes que presentaban comorbilidad psiquiátrica.

Los estudios antes mencionados (31, 55, 56) hacen referencia a trastornos de ansiedad diagnosticados previamente al TCA, con la hipótesis de que pueden ser precursores de un TCA. Varios estudios han analizado el inicio de ambos trastornos, observándose por ejemplo que el 75% de los pacientes con AN y el 88% de los pacientes con BN tuvieron un trastorno de ansiedad previo (45, 48). Otros estudios (41, 45, 46) dicen que la fobia social ocurriría más frecuentemente antes que cualquier subtipo de TCA, pero que otros trastornos de ansiedad lo harían a la vez o después, por ejemplo el trastorno de pánico, el TOC en la AN o el trastorno de ansiedad generalizada en la AN y BN de subtipo purgativo. Algunas formas de ansiedad típicas de la infancia pueden tener un papel en el desarrollo de un futuro TCA, por ejemplo el miedo a ser juzgado o evaluado puede hacer que se preocupen más por el cuerpo, la comida y el peso (46).

No está claro el origen de esta relación. Se ha estipulado que es porque pueden tener factores de riesgo en común, como el bullying (46); porque la edad de inicio de los trastornos de ansiedad es típicamente menor que la de los TCA; o incluso que, como se ha comentado antes, los trastornos de ansiedad en la infancia sean factores de riesgo para el desarrollo de un TCA en la adolescencia (31). Algunos autores sugieren también que el TCA pueda ser una forma de reducir los síntomas de la ansiedad generalizada, pues se ha observado que en pacientes bulímicos la frecuencia de los atracones y las purgas se correlacionaba con la gravedad de los síntomas ansiosos, y de hecho la ansiedad se ha relacionado con diferentes comportamientos como vomitar, el abuso de laxantes y la restricción (46). Se han observado también similitudes moleculares en relación al sistema serotoninérgico (45). Otros autores como Godart y colaboradores (41) hablan de la posibilidad de que sea la depresión la moduladora de esta relación entre los TCA y la ansiedad.

Encontramos también un caso de historia de fobia simple, lo que concuerda con otros estudios en los que ven que la fobia simple ocurre antes del TCA en la mayoría de los casos (45).

Sin embargo, no se ha encontrado ningún caso de depresión o distimia previa al TCA, al igual que en el estudio de Rojo y colaboradores. Aunque otros autores han encontrado casos en los que la depresión precede al TCA, parece claro que, al contrario de lo que ocurre con los trastornos de ansiedad, en adolescentes la depresión aparece después que el TCA, bien por una pobre adaptación psicosocial tras la recuperación del trastorno de alimentación o simplemente porque la edad típica de inicio de la depresión es mayor que la del TCA.

Algunos autores cuestionan esta relación unidireccional, afirmando que los síntomas depresivos o la depresión en la adolescencia temprana predice tanto un alto riesgo de desarrollar un TCA (57) como de que éste sea más severo (58), sobre todo en relación a comportamientos bulímicos (59).

Como ya se ha comentado, en ambas patologías subyacen factores de riesgo y rasgos de personalidad compartidos (34) y de hecho hay autores que encuentran un vínculo recíproco, en el que tanto los TCA predicen un estado de ánimo depresivo como la depresión predice el TCA (39).

Ya sea porque el TCA forma parte de una estrategia de adaptación a sentimientos negativos, o porque la culpa o la vergüenza conduzcan a síntomas depresivos, ambas patologías están relacionadas tanto psicológica como biológicamente. Los transportadores de serotonina 5-HT están implicados tanto en la depresión como en los TCA, y podrían jugar un papel moderador dentro de este espectro (60).

Uno de los pacientes tenía un diagnóstico previo de hiperactividad.

Los trastornos de conducta fueron otro antecedente encontrado en algunos de nuestros pacientes. Aunque no se especifica sus características o el tipo de trastorno, Rojo y colaboradores también encontraron comorbilidad con el trastorno de conducta opisicionista/desafiante en el 11,4% de los pacientes TCA de su muestra. A su vez, otros estudios han relacionado ambas patologías, especialmente asociado a AN (32).

Ninguno de los pacientes presentaba una historia de TOC, a pesar de que en algunos estudios se encuentra que más de un tercio de los pacientes, sobre todo con AN, tienen este diagnóstico previo al comienzo del TCA (44, 61-63). Debido a esto, se ha planteado que el TOC podría ser un factor de riesgo de TCA (63), e incluso que el TOC hace más probable que esa TCA se exprese como una AN. Los TCA y el TOC comparten también rasgos y características muy similares. En ambas patologías existen preocupaciones excesivas y obsesiones, en el primer caso relacionados con la imagen corporal o la comida, y en el segundo caso por ejemplo con ideas de contaminación o simetría. Estos pensamientos se siguen de acciones o comportamientos que compensan esos pensamientos negativos, como la restricción dietética, los atracones, las purgas en el caso de un TCA, o en el caso del TOC, por ejemplo lavarse las manos, y así se disminuye la ansiedad creada por los pensamientos intrusivos. El TOC se ha relacionado en algunos estudios más con la AN de subtipo purgativo que con el subtipo restrictivo, aunque parece haber más prevalencia en la BN, al menos en muestras de pacientes de la comunidad. En muestras clínicas, el TOC se relaciona más con la AN, pues la malnutrición y la inanición que sufren estas pacientes con un AN más severo parece aumentar las obsesiones (63, 64). Ya en 1950 Keys y colaboradores (64) demostraron que la deprivación calórica producía rasgos obsesivo-compulsivos en personas asintomáticas, y que después de un periodo de restricción dietética, eran muy comunes las obsesiones y compulsiones en relación a la comida. Por esto, algunos autores dicen que en realidad no es que el TOC y los TCA se asocien, sino que los síntomas obsesivo-compulsivos se deben a esa malnutrición más que a otra patología añadida (65). Por tanto, en algunos casos el TOC existiría previamente al TCA y podríamos hablar de comorbilidad, pero en los casos en los que se ven ambas patologías a la vez los síntomas obsesivo-compulsivos podrían deberse simplemente al bajo estado nutricional.

Ambas patologías podrían también compartir una base genética, pues se encuentra una tasa de de TOC significativamente más alta en familiares de pacientes con AN y BN

que en los controles (49). Se cree también que ciertos rasgos de personalidad como el perfeccionismo o la impulsividad subyacen en TCA y TOC, o al menos median la relación. La impulsividad en el TOC estaría representada con la urgencia con la que los pacientes con TOC necesitan realizar sus compulsiones (63).

No se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes con y sin comorbilidad en lo referente a la historia de obesidad infantil, al igual que ocurrió en otro estudio (66). Sin embargo, el porcentaje de adolescentes con este antecedente (37%) es bastante mayor en nuestra muestra que el encontrado en ese estudio, donde reportan un 21,3%, aunque bien es cierto que sólo estudiaron adolescentes con AN. El porcentaje también es mayor que en otro estudio reciente, donde el 36,7% de la muestra había tenido sobrepeso u obesidad pero solo el 19% entraba dentro de la última categoría (67). En este mismo estudio se vio que el grupo con sobrepeso/obesidad presentaba una mayor duración de la enfermedad hasta el comienzo del tratamiento, y una mayor caída del IMC. A pesar de que la mayoría se encontraban dentro del rango de IMC considerado como saludable o normal, vieron que mostraban síntomas alimenticios similares, una similar prevalencia de amenorrea, y similares síntomas físicos que el grupo que no tenía historia de sobrepeso/obesidad. En líneas similares, otro estudio evidenció que los pacientes que pierden un mayor porcentaje de su IMC basal tienen incluso más patología, aún teniendo un IMC normal, que los pacientes con un IMC bajo pero que han perdido menos peso (68). Se han descrito ciertos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios en adolescentes con obesidad, como la lectura de artículos sobre perder peso en revistas, mayor preocupación por el peso, hacer dieta, saltarse comidas o fumar para adelgazar, así como factores protectores como una atmósfera positiva en las comidas familiares o comer regularmente al mediodía y a la hora de la cena (69).

Previo a la publicación del DSM-V, era obligatorio que para diagnosticar un TCA de tipo restrictivo se cumpliera el criterio de una pérdida de más del 85% del peso ideal para la edad y sexo, lo que podía hacer que se pasaran por alto muchos trastornos de alimentación en personas con sobrepeso, o que se diagnosticaran como EDNOS. En la nueva edición del manual este criterio ha cambiado radicalmente, individualizándose según el peso previo de cada paciente (67, 70).

3. Datos sobre autolesiones e intentos de suicidio

Un porcentaje considerable de los adolescentes de la muestra se autolesionaban o lo habían hecho en el pasado (16,9% y 12,7%), sobre todo dentro de los pacientes con comorbilidad. Este tipo de comportamientos no son raros en estas edades, estimándose según un estudio que ocurre en el 13-40%, sobre todo en los que tienen un trastorno de la alimentación, un trastorno de personalidad (71), síntomas depresivos o una imagen negativa de su cuerpo (72). Se relaciona sobre todo con la BN y la AN de subtipo purgativo, por lo que las personas que tienen atracones y purgas son las que tienen mayor riesgo. Ese mismo estudio encontró un 40,8% de adolescentes

con historia de autolesiones, los cuales además tenían más tendencia a tener BN, una mayor duración de la enfermedad, más peso, una historia de atracones y/o purgas, trastornos del estado de ánimo, y uso o abuso de sustancias.

En el estudio estadounidense antes mencionado (47), todos los TCA se asociaron a riesgo de suicidio. Mientras que la BN y la AN subumbral se vincularon más a la planificación, BN y BED lo hicieron con los intentos de suicidio. A destacar, los pacientes con AN subumbral y con AN reportaron un nivel de ideas suicidas similar, aunque los adolescentes con AN subumbral contaban con más planificación e intentos. Respecto a la BN, mas de la mitad de los pacientes referían ideas suicidas y más de un tercio intentos.

Autolesionarse podría ser una estrategia para controlar los sentimientos negativos, y la insatisfacción corporal facilitaría la acción. Esta insatisfacción evolucionaría hacia un desapego o rechazo al propio cuerpo, o incluso hacia una disociación, en la que la tolerancia al dolor está aumentada. Los individuos verían a su cuerpo como un objeto no perteneciente a ellos mismos, lo que les llevaría a dañarlo, y al tener menos sensibilidad al dolor, soportarían mejor esas lesiones, con lo que recurren al mismo mecanismo cuando vuelven a tener esos sentimientos negativos que lo impulsaron en un principio (73).

En los últimos años se ha conocido la importancia del riesgo suicida en los TCA, encontrándose en distintos estudios tasas de suicidio similares a las de los trastornos mentales más graves como son la depresión y la esquizofrenia (74). A su vez, la frecuencia de intentos de suicidio también está aumentada (75), con cifras similares a lo observado en la depresión e incluso mayores que en la esquizofrenia (14). En general, los pacientes con TCA que tienen intentos de suicidio presentan una sintomatología más grave que los que no (76). En algunos estudios se concluye que el suicidio es la primera causa de muerte en AN (12), mientras que en otros ocupa el segundo lugar tras las complicaciones médicas derivadas de la desnutrición y las alteraciones hormonales (77). El subtipo purgativo está más relacionado con los intentos de suicidio que el subtipo restrictivo, comportándose como la BN, aunque la AN en general es más propensa a la ideación suicida que la BN (75). Esto se ha relacionado con la posibilidad de que la desnutrición crónica sea una forma de autolesión que continuamente generaría estrés y aumentaría la posibilidad de que apareciesen ideas suicidas (75).

Según Joiner, son las personas más acostumbradas al dolor y al sufrimiento las que concurren en comportamientos suicidas más letales (78). Siguiendo esta idea, algunos autores sugieren que esto es lo que ocurre en la AN, encontrándose en estos pacientes umbrales dolorosos más altos y una tendencia a utilizar métodos suicidas mucho más letales y con muy pocas posibilidades de ser rescatados o descubiertos (79). Además, las pacientes con AN que terminan suicidándose o lo intentan suelen pesar menos y la duración de la enfermedad es más larga que en aquellas que no (14), lo que podría estar relacionado con mayor tiempo de sufrimiento y tolerancia al mismo y una ausencia de miedo a la muerte y al acto suicida.

Al igual que ocurre en la AN, el mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio se encuentra en los pacientes con BN que concurren en actos purgativos, los cuales también presentan más autolesiones que los bulímicos que no purgan (15), y que el riesgo no se relaciona con la severidad de los síntomas en sí sino con la presencia de purgas (15). De hecho, los intentos de suicidio ocurren también en personas con un diagnóstico de BN subumbral, es decir, que no presentan los síntomas típicos o la frecuencia de los mismos que se requiere para su diagnóstico (80). Por lo tanto podría considerarse el mismo acto de purga como una forma de autolesión, un castigo que se inflige de forma impulsiva al igual que los cortes u otras formas de intentos de suicidio.

Cuando se asocian un TCA y otro trastorno psiquiátrico, además de afectarse el pronóstico de ambos, se incrementa también el riesgo de suicidio e intento de suicidio. Esto se ha visto sobre todo en el caso de la BN, en la cual son más comunes los intentos de suicidio cuando se asocia BN y depresión que si existe solo el TCA, por lo que la coexistencia de ambas incrementaría el riesgo de suicidio. Sin embargo, para la AN no hay diferencias entre las pacientes con depresión o sin ella (13).

En pacientes con intentos de suicidio previos es más frecuente encontrar comorbilidad tanto del eje I como del eje II, especialmente trastornos afectivos y trastornos de personalidad del Cluster B, y también es más frecuente encontrar una asociación de múltiples comorbilidades. Este tipo de trastornos de personalidad son los que se asocian más con problemas de control de impulsos e impulsividad, con lo que se sustenta todavía más el papel que juegan estos rasgos en el origen de los intentos de suicidio. Lo mismo ocurre con la ideación suicida, en pacientes que lo presentan concurre también comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente que en los que no lo presentan, aunque no destaca ninguna patología en concreto, sino que todas pueden asociarse (75).

Además, se ha visto que la edad en la que aparecen estos trastornos comórbidos es significativamente menor en el caso de los pacientes que han tenido algún intento de suicidio que en aquellos que no, y que aparecen más trastornos de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes que han tenido algún intento de suicidio (81).

4. Factores asociados a la presencia de comorbilidad

En nuestra muestra de pacientes, aquellos con comorbilidad presentaron una mayor obsesión por la delgadez, mayor insatisfacción corporal, mayor ineficacia y una mayor puntuación en la escala de depresión de Beck.

Aunque el perfeccionismo no supuso una diferencia significativa en nuestro estudio, se sabe que está muy relacionado con el espectro de los TCA, pues es un rasgo presente tanto antes de la aparición de los síntomas, como durante el curso de la enfermedad, actuando como un factor de mantenimiento, así como después de la recuperación (82, 83). Se define elmperfeccionismo como el establecimiento de normas y la lucha por objetivos personales poco realistas, una tendencia hacia la auto-evaluación crítica si no se alcanzan estos estándares, la preocupación excesiva sobre los errores, dudas sobre

la calidad de los logros personales, y un énfasis excesivo en la precisión y organización (84). De todo esto, parece que son la preocupación sobre los errores y las dudas sobre las propias acciones las que más relevancia tienen en los TCA, así como en los trastornos de ansiedad, sobre todo en el TOC, lo que sustenta aún más la relación entre estas dos patologías (82).

En la población adolescente, algunos estudios postulan que es sobre todo la auto-presentación perfeccionista lo que más influye para el desarrollo de trastornos alimentarios, pues se caracteriza por la necesidad de procurar una imagen sin defectos o debilidades frente a los demás (85). El perfeccionismo auto-orientado se considera en otros estudios como el mayor predictor del desarrollo de trastornos alimentarios, asociándose a dietas extremas y a sintomatología bulímica. A esto se añade la presión para alcanzar los ideales y metas que los demás esperan de nosotros, representado por el perfeccionismo prescrito-social (86, 87).

La mayor preocupación por los errores que caracteriza a estas personas se asocia también a mayor ineficacia, otro factor que actuaría favoreciendo el desarrollo del trastorno (83). En nuestra muestra, la ineficacia se mostró como una característica que diferencia a los pacientes con comorbilidad de los que no la tienen, con lo que podemos concluir que los pacientes con comorbilidad se consideran menos competentes para manejar sus emociones y sus tareas diarias.

Aunque no se han encontrado diferencias significativas, llama la atención que el tiempo que transcurre hasta que comienza el tratamiento es casi el doble en el caso de los pacientes con cormorbilidad, es decir, que o bien tardan más en consultar o tardan más en ser atendidos. Teniendo en cuenta la primera hipótesis, podría darse el caso de que no pidieran ayuda para el TCA porque no lo consideren un problema ni ellos ni su entorno, pero cuando comienzan a darse también los síntomas comórbidos es cuando se vea más afectada su vida diaria y ven necesario consultar con un especialista.

Los pacientes con comorbilidad tenían muchos mayor puntuación en la escala de Beck, más intentos autolíticos, más antecedentes de patología psiquiátrica en la infancia y adolescencia y más historia de autolesiones tanto en el pasado como en el momento de la entrevista; y sin embargo son atendidos por un especialista mucho más tarde. Esto puede indicar que hay una falta de detección de los casos que son más graves, a pesar de mostrar síntomas en el pasado de otros trastornos psiquiátricos y comportamientos peligrosos como son las autolesiones o los intentos autolíticos. Puede deberse a una falta de seguimiento de las patologías que fueron diagnosticadas en la infancia, por considerarlas menores o benignas, o a una falta de información por parte de sus padres, pero estos adolescentes estaban sufriendo de una enfermedad mental grave que necesita un tratamiento lo más precoz posible. Este hecho nos debe poner en sobreaviso de que no se debe menospreciar cualquier tipo de patología mental en la infancia o la adolescencia, pues puede ser muy trascendente en su futuro y predecir otra enfermedad más grave.

Este estudio tiene algunas limitaciones. De entrada, el tamaño de la muestra es pequeño como para que sea representativo y se puedan encontrar las suficientes diferencias significativas como para sacar conclusiones. Por otra parte, los distintos estudios y artículos que han servido de apoyo a la investigación son tanto recientes como más antiguos, lo que influye en que se hayan utilizado criterios diagnósticos diferentes según éstos han ido evolucionando a lo largo de los años en las diferentes ediciones del DSM. Esto hace que haya algunas diferencias respecto a las categorías y criterios diagnósticos y que no sean del todo comparables. Esta heterogenicidad también se aplica a que los estudios son de diferentes tipos, utilizan distintos métodos y mezclan tanto pacientes de la comunidad como muestras clínicas, algunos estudian exclusivamente mujeres y otros incluyen también a hombres. Como se ha mencionado anteriormente, dada la escasez de estudios en adolescentes, algunas de las hipótesis que se plantean han sido como resultado de estudios en adultos y quizás no se pueda extrapolar del todo a lo que sucede en las personas jóvenes.

Hay muchos estudios en pacientes adultos con TCA que detallan las diferentes comorbilidades que se pueden encontrar en estos pacientes, pero son muchos menos los que se centran en adolescentes, que es el rango de edad donde tiene más riesgo de aparecer este tipo de patología. Este estudio es de los pocos que además de analizar las patologías comórbidas y los posibles mecanismos de asociación, lo hace diferenciando a los pacientes con comorbilidad de los que no la tienen, aportando una nueva visión al estudio de los TCA. A pesar del tamaño muestral, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, con lo que podemos afirmar que son diferentes y deberían ser considerados como tal en la práctica clínica, aportando diferentes tratamientos y recursos al grupo con comorbilidad.

Sería interesante comprobar en estudios de tipo prospectivo si la presencia de comorbilidad constituye un predictor negativo en la evolución de nuestros pacientes, como ya se ha señalado en la literatura previamente (22, 61, 62, 88, 89).

Conclusiones

- El 23,6% de los adolescentes de la muestra presentaron comorbilidad psiquiátrica, sobre todo depresión.
- Más de la mitad de estos pacientes había sido diagnosticado previamente de un trastorno psiquiátrico, sobre todo trastornos de ansiedad y trastornos de conducta; y un tercio habían sufrido obesidad infantil.
- Un tercio de ellos se autolesionaban en el momento actual, un cuarto lo habían hecho en el pasado, y el 10% habían tenido algún intento autolítico.
- Además, presentaban más puntuación en las escalas de ansiedad y depresión y menos autoestima, sobre todo los pacientes con BN, y significativamente más obsesión por la delgadez, más insatisfacción corporal y más ineficacia.

- A pesar de toda esta carga psicopatológica añadida, los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tardaron en ser atendidos por un especialista casi el doble que aquellos que no tenían comorbilidad.

Estos hallazgos nos hacen ver la importancia de la derivación temprana de este tipo de patología desde Atención Primaria, aunque no se cumplan los criterios estrictos de un trastorno. También hay que considerar la relevancia de la aparición de un trastorno psiquiátrico o rasgo psicopatológico en la infancia, por banal que sea o parezca, pues puede condicionar la aparición en una etapa tan crucial como adolescencia de una patología más grave y condicionante para su desarrollo personal y social. Así mismo, sería conveniente informar a los adolescentes sobre su salud mental y las distintas patologías que les pueden afectar, así como de la existencia de los especialistas que les pueden ayudar. Un objetivo para el futuro sería que los niños y adolescentes, así como los padres y profesores, tengan conciencia de que su salud mental es tan importante como su salud física.

Bibliografía

1. Gómez del Barrio JA. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones: Ed. Médica Panamericana; 2009.

2. Castro Fornieles J. Medicina Interna. In: Farreras-Rozman, editor. Medicina Interna. 2. 12 ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain; 2012. p. 1479-82.

3. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.

4. Gómez JA, Gaite L, Gómez E. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. 2012. Consejería de sanidad y servicios sociales Gobierno de Cantabria.

5. Fernández MAP, Encinas FJL, i Escursell RMR. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2005;5(2):131-44.

6. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. The Lancet. 2010;375(9714): 583-93.

7. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. International Journal of Eating Disorders. 2005;38(2):99-105.

8. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry. 2006;63(1):82-8.

9. University of Minnesota. Laboratory of Physiological Hygiene., Keys AB. The biology of human starvation. Minneapolis,: University of Minnesota Press; 1950. 2v. (1385p.) p.

10. Bailer UF, Frank GK, Henry SE, Price JC, Meltzer CC, Mathis CA, et al. Exaggerated 5-HT1A but normal 5-HT2A receptor activity in individuals ill with anorexia nervosa. Biological psychiatry. 2007;61(9):1090-9.

11. Frank GK, Bailer UF, Henry SE, Drevets W, Meltzer CC, Price JC, et al. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [< sup> 11</sup> C] raclopride. Biological psychiatry. 2005;58(11):908-12.

12. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eating behaviors. 2006;7(4):384-94.

13. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1999;100(1):27-32.

14. Stein D, Lilenfeld LR, Wildman PC, Marcus MD. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. Comprehensive psychiatry. 2004;45(6):447-51.

15. Favaro A, Santonastaso P. Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. International Journal of Eating Disorders. 1996;20(1):99-103.

16. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. Psychosomatic Medicine. 2006;68(3):454-62 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5.

17. Gadalla T, Piran N. Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. Women & health. 2008;48(4):467-84.

18. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. Journal of affective disorders. 2007;97(1-3):37-49.

19. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C. Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. Eating behaviors. 2003;4(2):117-26.

20. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. Clinical psychology review. 2005;25(7):895-916.

21. Hsu LG, Meltzer ES, Crisp AH. Schizophrenia and anorexia nervosa. The Journal of nervous and mental disease. 1981;169(5):273-6.

22. Spindler A, Milos G. Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. Eating behaviors. 2007;8(3):364-73.

23. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European psychiatry. 1997;12(5):224-31.

24. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud. 2003;14(3):249-80.

25. Spielberger CD, Reheiser EC. Measuring anxiety, anger, depression, and curiosity as emotional states and personality traits with the STAI, STAXI, and STPI. Comprehensive handbook of psychological assessment. 2004;2:70-86.

26. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RV-M. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de psicología. 2004;22(2):247-55.

27. Garner DM. EDI 2: inventario de trastornos de la conducta alimentaria: manual: Tea ediciones; 1998.

28. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method: Routledge; 2007.

29. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. Statistical methods in medical research: John Wiley & Sons; 2008.

30. Statistical Package for Social S. SPSS for Windows: Release 15.0. SPSS Chicago; 2006.

31. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, Garcia-Blanco A, Vaz-Leal F, et al. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. Psychiatry Res. 2015;227(1):52-7.

32. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Archives of General Psychiatry. 2011;68(7):714-23.

33. Perez M, Joiner TE, Jr., Lewinsohn PM. Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? The International journal of eating disorders. 2004;36(1):55-61.

34. Santos M, Richards CS, Bleckley MK. Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. Eating behaviors. 2007;8(4):440-9.

35. Abela JRZ, Hankin BL. Handbook of depression in children and adolescents: Guilford Press; 2008.

36. Hauenstein EJ. Depression in adolescence. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2003;32(2):239-48.

37. Ferreiro F, Seoane G, Senra C. A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2011;40(3):500-5.

38. Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. Eating behaviors. 2008;9(4):408-14.

39. Boujut E, Gana K. Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: a one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects. Eating behaviors. 2014;15(3):434-40.

40. Touchette E, Henegar A, Godart NT, Pryor L, Falissard B, Tremblay RE, et al. Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. Psychiatry Res. 2011;185(1-2):185-92.

41. Godart NT, Flament MF, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. Psychiatry Research. 2003;117(3):245-58.

42. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa —Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2001;42(5):603-12.

43. Holtkamp K, Müller B, Heussen N, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. European child & adolescent psychiatry. 2005;14(2):106-10.

44. Råstam M, Gillberg IC, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. Comprehensive psychiatry. 1995;36(1):70-6.

45. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. European Psychiatry. 2000;15(1):38-45.

46. Pallister E, Waller G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. Clinical psychology review. 2008;28(3):366-86.

47. Zaider TI, Johnson JG, Cockell SJ. Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. International Journal of Eating Disorders. 2000;28(1):58-67.

48. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. The International journal of eating disorders. 2002;32(3):253-70.

49. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. 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. 1998;55(7):603-10.

50. Cortese S, Isnard P, Frelut ML, Michel G, Quantin L, Guedeney A, et al. Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. International journal of obesity. 2007;31(2):340-6.

51. Cortese S, Dalla Bernardina B, Mouren M-C. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. Nutrition reviews. 2007;65(9):404-11.

52. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of abnormal psychology. 2008;117(1):225.

53. Wentz E, Lacey JH, Waller G, Råstam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. European child & adolescent psychiatry. 2005;14(8):431-7.

54. Wiederman MW, Pryor T. Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. Addictive behaviors. 1996;21(2):269-72.

55. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Price Foundation Collaborative G. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. 2014.

56. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological psychiatry. 2007;61(3):348-58.

57. Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002;70(5):1119.

58. Dobmeyer AC, Stein DM. A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. Eating behaviors. 2003;4(2):135-47.

59. Gilbert N, Meyer C. Fear of negative evaluation and eating attitudes: A replication and extension study. International Journal of Eating Disorders. 2005;37(4): 360-3.

60. Mata J, Gotlib IH. 5-HTTLPR moderates the relation between changes in depressive and bulimic symptoms in adolescent girls: A longitudinal study. International Journal of Eating Disorders. 2011;44(5):383-8.

61. Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Råstam M. Ten-year Follow-up of Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders and Overall Functioning Scales. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2001;42(5):613-22.

62. Rastam M, Gillberg C, Wentz E. Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. European child & adolescent psychiatry. 2003;12 Suppl 1:I78-90.

63. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? Clinical psychology review. 2009;29(7):638-46.

64. Keys A, Brožek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HL. The biology of human starvation.(2 vols). 1950.

65. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither? Clinical psychology review. 2002;22(5):647-69.

66. Koritar P, Pinzon VD, Barros C, Cobelo A, Fleitlich-Bilyk B. Anorexia nerviosa: diferencias y similitudes entre adolescentes con y sin antecedentes de obesidad. Revista mexicana de trastornos alimentarios. 2014;5(1):1-10.

67. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2015;56(1): 19-24.

68. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL, Lock JD. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? Pediatrics. 2010;125(5):e1193-e201.

69. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. American journal of preventive medicine. 2007;33(5):359-69.

70. Koritar P, Pinzon VD, Barros C, Cobelo A, Fleitlich-Bilyk B. Anorexia nervosa: differences and similarities between adolescents with and without a history of obesity. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2014;5(1):1-10.

71. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2011;48(3):310-3.

72. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. Journal of adolescence. 2012;35(1):1-9.

73. Orbach I. The role of the body experience in self-destruction. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 1996;1(4):607-19.

74. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis1997. 205-28 p.

75. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. General hospital psychiatry. 2004;26(2):129-35.

76. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? Psychological Medicine. 2004;34(05):843-53.

77. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. The American journal of psychiatry. 1995;152:1073-4.

78. Joiner T. Why people die by suicide: Harvard University Press; 2009.

79. Holm-Denoma JM, Witte TK, Gordon KH, Herzog DB, Franko DL, Fichter M, et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. Journal of affective disorders. 2008;107(1-3):231-6.

80. Forcano L, Fernandez-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacos M, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2009;24(2):91-7.

81. Wildman P, Lilenfeld LR, Marcus MD. Axis I comorbidity onset and parasuicide in women with eating disorders. The International journal of eating disorders. 2004;35(2):190-7.

82. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. Relation. 2003;160(2).

83. Wade TD, Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB. How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. Behaviour research and therapy. 2015;66:56-63.

84. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. Journal of personality and social psychology. 1991;60(3):456.

85. Castro J, Gila A, Gual P, Lahortiga F, Saura B, Toro J. Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2004;35(5): 392-8.

86. Boone L, Soenens B, Braet C, Goossens L. An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. Behaviour research and therapy. 2010;48(7):686-91.

87. Pamies L, Quiles Y. Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. anales de psicología. 2014;30(2):620-6.

88. Casper RC, Jabine LN. An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. Journal of Youth and Adolescence. 1996;25(4):499-517.

89. Saccomani L, Savoini M, Cirrincione M, Vercellino F, Ravera G. Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. Journal of psychosomatic research. 1998;44(5):565-71.

Anexo 1

"Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria."

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES:

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla estamos interesados estudiar en profundidad los trastornos de la conducta alimentaria para poder ofrecer la mejor asistencia y tratamientos eficaces a las personas que padecen estos problemas. Para poder evaluar los factores que influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad nos interesa contrastarlos de modo científico.

Sabemos que son muchas las circunstancias que pueden estar relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria por lo que estamos investigando acerca de existencia de predictores de riesgo, marcadores biológicos y factores pronósticos de la enfermedad.

Para realizar este estudio necesitaríamos de vuestra colaboración en forma de:

- Cumplimentación de cuestionarios y de una ficha de datos personales. Debes saber que la información que nos des es completamente CONFIDENCIAL que únicamente será utilizada, siempre de forma anónima, con fines de investigación.
- Asistencia a una entrevista psiquiátrica inicial en la que se hará una evaluación física y psicológica con una extracción de sangre para realizar análisis.
- Asistencia a citas informativas y de seguimiento los a los cuatro y a lo ocho meses de la evaluación inicial, independientemente de las consultas que necesites para el tratamiento.
- Asistencia a una sesión de evaluación neuropsicológica en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de aproximadamente una hora y media de duración
- La realización de una densitometría ósea.

- Por último, para que esta investigación se pueda llevar a cabo necesitamos tu consentimiento formalmente por lo que te adjuntamos una hoja que es necesario firmar.

El consentimiento para la participación será archivado por el equipo de investigación y todos los datos obtenidos serán gestionados confidencialmente.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité Etico de Investigación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Si necesitas más información sobre el estudio puedes ponerte en contacto con Dª Jana González Gómez, investigadora de este proyecto.

E-mail janagonzalez@hotmail.es

O con D. José Andrés Gómez del Barrio, investigador del proyecto.

E-mail andresgomez@humv.es

O puedes localizarnos en la UTCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, teléfono 942 202520 extensión: 79717

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para Pacientes)

Título del PROYECTO: "***"Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria."***

Yo,..... (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He recibido suficiente información sobre el estudio.
Comprendo que mi participación es voluntaria y he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera
2) sin tener que dar explicaciones
3) sin que esto repercuta en la atención clínica que reciba

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi conformidad para que mis datos sean utilizados para los fines del estudio. Soy consciente de que este consentimiento es revocable en cualquier momento.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma padre/madre/tutor: .....

Fecha: .....

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

Firma del Investigador: .....

Fecha: