

Aysha Esteve Escrihuela (1), Pau Chapur Zartmann (2), Josep Cornellà i Canals (3)

(1) Psicóloga clínica. Girona.

(2) Psicólogo clínico. Coordinador de la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill. Girona.

(3) Doctor en Medicina. Paidopsiquiatra. Profesor de la Escuela EUSES-Garbí de la Universitat de Girona. Girona.

*Anorexia y bulimia en una muestra de mujeres de la provincia de Girona: más allá de los criterios del DSM-IV-TR*

*Anorexia and bulimia in a sample of women in the province of Girona: beyond DSM-IV-TR criteria*

**RESUMEN**

**Fundamento:** La anorexia y la bulimia son enfermedades cada vez más presentes en nuestra sociedad. Los objetivos de este trabajo son describir una muestra de pacientes con anorexia o bulimia incluyendo variables psicológicas (estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de angustia, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia) y observar si existen diferencias para cada una de estas variables entre pacientes con anorexia y con bulimia.

**Método:** La muestra está formada por 411 mujeres diagnosticadas de anorexia (44'8%) o de bulimia (55'2%) desde el año 2000 hasta principios del año 2011 que fueron atendidas por la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill, en Girona.

**Resultados:** Un 90'3% de la muestra tenía síntomas depresivos; un 89'5% tenía autoestima baja; un 78'1% sufría tendencia al aislamiento; el 85'9% había sufrido crisis de ansiedad; un 95'1% se sentía irritable; el 93'4% se sentía emocionalmente inestable; y un 77'1% se definía como autoexigente. Las mujeres con bulimia presentan con mayor frecuencia que las mujeres con anorexia estas características, excepto en irritabilidad y en auto-

exigencia, aspecto que las pacientes con anorexia presentan más a menudo.

**Conclusiones:** Estas variables tienen un peso importante en los trastornos de la alimentación, aunque éste es mayor en la bulimia en comparación con la anorexia.

**Palabras clave:** Anorexia. Bulimia. Ánimo depresivo. Baja autoestima. Tendencia al aislamiento. Crisis de ansiedad. Irritabilidad. Inestabilidad emocional. Autoexigencia.

**ABSTRACT**

**Background:** Anorexia and bulimia are diseases increasingly present in our society. The objectives of this paper are to describe a sample of patients with anorexia or bulimia, including psychological variables (depressed mood, low self-esteem, tendency to isolation, panic attacks, irritability, emotional instability and autoexigency) and explore if there are differences for each of these variables between patients with anorexia or bulimia.

**Methods:** The sample consisted of 411 women diagnosed with anorexia (44.8%) or bulimia (55.2%) from 2000 until beginning of the year 2011 that were address-

sed by the Eating Disorders Unit of the Clínica Bofill, in Girona.

**Results:** 90.3% of the sample had depressive symptoms; 89.5% had low self-esteem, 78.1% had a tendency to isolation; the 85.9% had experienced panic attacks, a 95.1% was feeling irritable; the 93.4% felt emotionally unstable and a 77.1% were defined as self-imposed. Women with bulimia have more often than women with anorexia these features, except for irritability and self-imposed, something that anorexics have more often.

**Conclusions:** These variables play an important role in eating disorders, although in bulimia are higher in comparison with in anorexia.

**Keywords:** Anorexia. Bulimia. Depressed mood. Low self-esteem. Trend to isolation. Panic attacks. Irritability. Emotional instability. Self-imposed.

## INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios cada vez más presentes en nuestra sociedad. Como promedio, la incidencia de anorexia nerviosa ha pasado de 0'37 (por año y 100.000 habitantes) en la década de los sesenta y 0'64 en la década de los setenta, a 6'3 en la década de los ochenta<sup>1</sup>.

La definición de ambas enfermedades también ha ido cambiando con el tiempo. Feighner, Robins y Guze<sup>2</sup> fueron los primeros en definir los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, criterios ampliamente aceptados que inspiraron los criterios del diagnóstico para la anorexia nerviosa del DSM-III. En 1893, Freud describió un caso de anorexia tratado con hipnosis y un año más tarde se describió dicha enfermedad como una neurosis de la alimentación con melancolía<sup>3</sup>. El término bulimia apareció por primera vez en el DSM-III<sup>4</sup> y en el DSM-III-TR<sup>5</sup> adoptó el nombre de bulimia nerviosa. A pesar de ello, las definiciones que ofrece el DSM-IV-TR<sup>6</sup> para ambas enfermedades siguen demasiado centradas en el peso y en la imagen corporal y apenas dejan lugar para otras variables de tipo psicológico que, a nuestro juicio, son más cercanas a la vivencia que tienen las pacientes de estas enfermedades.

En el caso de la anorexia nerviosa, este manual ofrece como criterios necesarios para diagnosticar esta enferme-

dad el rechazo de la persona a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso; la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; en las mujeres pospuberales, se observa amenorrea. Algunos estudios cuestionan la adecuación del criterio del bajo peso<sup>7</sup> y también se ha cuestionado la utilidad del criterio D (la amenorrea)<sup>8,9,10,11</sup>.

En cuanto a la bulimia nerviosa, el DSM-IV-TR ofrece los siguientes criterios para su diagnóstico: la presencia de atracones recurrentes, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo); los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses; la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales y la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En 1994, Braun, Sunday y Halmi<sup>12</sup> encontraron que el 81'9% de las pacientes de su muestra tenía, además del trastorno de alimentación, otro diagnóstico en el Eje I, de los cuales los que encontraron más frecuentemente fueron depresión, alteración de la personalidad, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, aunque observaron que estos trastornos se daban de forma posterior al trastorno alimentario. De hecho, la ansiedad constituye un fenómeno central en los trastornos de alimentación e, incluso, los altos niveles de ansiedad podrían actuar como precipitantes de estos trastornos<sup>2</sup>. Diversos autores señalaron que, en relación a la anorexia nerviosa, los trastornos de ansiedad se daban en el 60% de las anoréxicas, la depresión en aproximadamente un 45% y los trastornos obsesivo-compulsivos, en un 23% de las pacientes<sup>13,14,15,16</sup>. En un estudio reciente encontraron que los pacientes estudiados no sufrían depresión antes del inicio de la anorexia, por lo cual sugieren que los síntomas observados depresivos en el grupo estudiado parecen ser secundarios al curso de la anorexia<sup>17</sup>. Halvorsen et al<sup>18</sup> encontraron que las mujeres con trastornos alimentarios tenían mayores dificultades en sus vidas privadas y mayores síntomas depresivos y ansiosos comparados con sus hermanas sanas. En contrapartida, hay quien sugiere

que en la anorexia no existe una afectación severa afectiva, emocionalmente o cognoscitivamente, en el funcionamiento psicológico de estas adolescentes<sup>19</sup>, aunque sí que se observó más frecuentemente la depresión en el grupo de pacientes con anorexia que en el grupo sin patología alimentaria.

Se puede ver, pues, que existe la tendencia a considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales que surgen de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos<sup>2</sup>. A pesar de la evolución en los criterios para diagnosticar anorexia y bulimia, lo cierto es que no existe consenso en cuanto a los requisitos necesarios para diagnosticar estas enfermedades y, muchas veces, se solapan los criterios diagnósticos de un trastorno con el otro. Esto hace que los profesionales, cuando han de tratar estas enfermedades, se centren en el patrón de ingesta de las pacientes, en sus conductas purgativas o restrictivas, se marquen como objetivo la ganancia de peso y el abandono de conductas alimentarias destructivas y resten importancia a las variables emocionales tales como el estado de ánimo depresivo, la autoexigencia que se imponen, la irritabilidad en su estado de ánimo, el retraimiento social en el que se encierran... de manera que se omiten estas variables de suma importancia en el tratamiento de estas dolencias. Así pues, la anorexia ha sido tradicionalmente tratada a través del ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar la pérdida de peso y normalizar la alimentación y, en una segunda fase, en régimen ambulatorio para facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados<sup>20</sup>.

Las relaciones sociales de las personas con anorexia y bulimia suelen estar también muy deterioradas, pues pronto empiezan a rechazar asistir a la reuniones sociales por ser muy probable en éstas la ingesta de algún alimento ("tomar un café", "ir a comer", "ir de compras"... ) o por temor a no saber afrontar las situaciones con las que se pueden encontrar, como dar la opinión a la gente que le rodea sobre un tema en particular o verse obligadas a hacer algo que no les gusta pero que terminan haciéndolo para que la gente de su alrededor no tenga un mal concepto de ellas y las acabe apartando. En un estudio reciente<sup>21</sup> encontraron que las hermanas sanas de las chicas con patología alimentaria mostraban una preocupación inferior por las relaciones sociales en comparación

con sus hermanas afectadas.

Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens<sup>22</sup> encontraron una relación clara entre los trastornos de la alimentación y ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social y otros autores<sup>23</sup> diagnosticaron ansiedad generalizada y fobia social en pacientes con bulimia. Así pues, entre los problemas interpersonales de las pacientes con anorexia se encuentran la evitación de conflictos, dificultades con el análisis de las expectativas, dificultades ante sus necesidades de dependencia-independencia y déficits para resolver problemas sociales<sup>20</sup>, además de una gran necesidad de aprobación por parte de la gente que los rodea. Tenemos, pues, que la personas con trastornos alimentarios se marcan unos objetivos demasiado exigentes en todas las áreas de su vida y, al no conseguirlos, se ven abordadas por sentimientos de fracaso, culpa y baja autoestima, que empeoran el problema favoreciendo las conductas restrictivas y los atracones<sup>24</sup>.

A todo esto se suma la importancia que toma el pensamiento dicotómico: las chicas empiezan a hacer conductas de evitación activa, como pesarse continuamente o abusar del ejercicio físico y conductas de evitación pasiva como no comer o no relacionarse con la gente<sup>25</sup> y se encierran en aquello que les aporta seguridad, principalmente en los estudios, ya que es de esta área de donde reciben reforzadores positivos que les harán sentir mejor al menos durante un tiempo.

Por ello, en el tratamiento de la anorexia es conveniente marcarse objetivos más allá del aumento del peso, tales como modificar los pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados con el trastorno alimentario, tratar las alteraciones del estado de ánimo y la baja autoestima<sup>20</sup> y, en el tratamiento de la bulimia nerviosa, es necesario establecerse como objetivos el abordaje de la autoestima en áreas distintas de las relacionadas con el peso y la figura, los estilos de afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas<sup>26</sup>. En este sentido, la experiencia clínica sugiere que la dirección dietética como único tratamiento es ineficaz tanto como intervención primaria<sup>27</sup> como para evitar recaídas<sup>28</sup> y que los programas de tratamiento psicológicos juegan un papel importante en la disminución de los síntomas asociados a la anorexia nerviosa<sup>20</sup>.

Son ya algunos autores los que, en la década de los 90, utilizaron la terapia cognitiva o interpersonal para favorecer la reestructuración cognitiva y la promoción

de estrategias de afrontamiento eficaces en pacientes anoréxicas<sup>29,30</sup> y otros autores<sup>31,32</sup> concluyeron que las terapias que se centran no solo en la dieta y el aumento de peso sino también en los aspectos interpersonales y psicológicos eran mucho más aceptables y efectivas. Así pues, se sugiere<sup>19</sup> que las acciones vayan encaminadas al desarrollo de las habilidades sociales, el comportamiento asertivo, resolución de los problemas, toma de decisiones... para promover una relación más satisfactoria con su entorno y evitar, así, comportamientos inadaptados como estrategia para evadir las dificultades.

El objetivo general del presente trabajo es describir una muestra de pacientes con anorexia y bulimia teniendo en cuenta criterios más amplios que los utilizados por el DSM-IV-TR e incluir aquellas variables más psicológicas y emocionales. A nivel más específico, se pretende analizar las diferencias entre las pacientes con anorexia y bulimia para cada una de las variables psicológicas exploradas: el estado de ánimo depresivo, la baja autoestima, la tendencia al aislamiento, las crisis de angustia, la irritabilidad, la inestabilidad emocional y la autoexigencia.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Participantes

La muestra inicial estaba formada por 469 pacientes, 22 hombres (el 4'7% de la muestra) y 447 mujeres (95'3% de la muestra) que realizaron una entrevista de admisión en la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill, en Girona, desde el mes de marzo del año 2000 hasta mayo del 2011. Los pacientes, según los criterios que cumplieran, fueron diagnosticados de anorexia, bulimia o de otro trastorno alimentario no especificado. Para tener una muestra lo más homogénea posible, fueron descartados los varones y aquellos pacientes con trastornos de la alimentación no especificados o ingesta compulsiva por no ser objeto de interés del presente estudio. La muestra final fue de 411 pacientes mujeres, entre las cuales 184 (44'8%) fueron diagnosticadas de anorexia y 227 de bulimia (55'2%). La edad de las pacientes oscilaba desde los 11 años de la más joven a los 55 de la mayor (M=22'8, DT=7'728), encontrándose la mayoría de los casos entre los 14 y los 22 años.

### Instrumentos utilizados

El instrumento utilizado para diagnosticar a las pacien-

tes es una entrevista semiestructurada elaborada ad hoc a partir de la entrevista utilizada en ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia, [www.aluba.org](http://www.aluba.org)), que incluye preguntas del DSM-IV, y ampliada a partir de la propia experiencia profesional del terapeuta que realiza las entrevistas de admisión (ver Anexo I). En primer lugar, se recogen los datos personales de la paciente y los nombres de los progenitores, hijos y hermanos. A continuación, se especifica el motivo de consulta, el medio por el que se conoció la existencia de la Unidad de Patologías Alimentarias y si la paciente acude a consulta por su propio pie o derivado por algún profesional. Entre otras, se le pregunta por el peso mínimo logrado, el peso máximo, el peso actual, si ha habido irregularidades en la menstruación, se le pregunta cómo se ve a ella misma para evaluar si existe o no una distorsión de la imagen corporal, si tiene miedo a engordar y si lleva o ha llevado a cabo dietas estrictas (para especificar si se trata de anorexia tipo restrictivo o purgativo). Se pregunta también por los atracones, si éstos tienen lugar y si van seguidos de conductas compensatorias tales como hacer dietas, hacer ejercicio en exceso, si se utilizan diuréticos o laxantes, si se vomita... Además, se valoran otras adicciones y si existen otras enfermedades (alergias, hepatitis...) o síntomas relacionados con estas patologías, como hipotermia, dolor de cabeza, caída del pelo, mareos o piel seca.

Las diferentes variables psicológicas relacionadas con el estado de ánimo de la paciente que se incluyen en la entrevista y que son evaluadas con una escala dicotómica Si/No son las siguientes:

- (a) Depresión, tristeza: para evaluar si la paciente presenta un estado de ánimo depresivo se le hacen preguntas sobre "cómo se siente de ánimo" o si "se siente más triste de lo habitual".
- (b) Baja autoestima: se pregunta a la paciente "cómo se siente consigo misma", si "tiene un concepto positivo o negativo de ella"...
- (c) Aislamiento: para evaluar la tendencia al aislamiento se le pregunta si "se ha distanciado de sus amigos/as" o si "se ha aislado socialmente".
- (d) Angustia, ansiedad: se pregunta a la chica si "a menudo se siente ansiosa o nerviosa".
- (e) Irritabilidad: se le plantea a la paciente si "se encuentra irritable la mayor parte del tiempo", si "se molesta fácilmente por cualquier cosa" o si "cualquier cosa por



pequeña que sea le pone de mal humor”.

- (f) Inestabilidad emocional: entre otras, se pregunta a la paciente si “su humor cambia rápidamente a lo largo del día” o si “durante el día experimenta subidas y bajas en su estado de ánimo”.
- (g) Autoexigencia: se le pregunta si “es exigente consigo misma” por ejemplo, a nivel académico, o si “es muy perfeccionista”.
- (h) Agresividad: se evalúa si “a menudo se muestra agresiva”, consigo misma o con los demás.
- (i) Ideas de desesperanza: si “ha pensado en la muerte” o “ha tenido ideas relacionadas con la muerte y el suicidio”.
- (j) Intentos de suicidio: se pregunta a la paciente si “ha llevado a cabo algún intento de suicidio” y se le pide que lo describa si éste tuvo lugar.

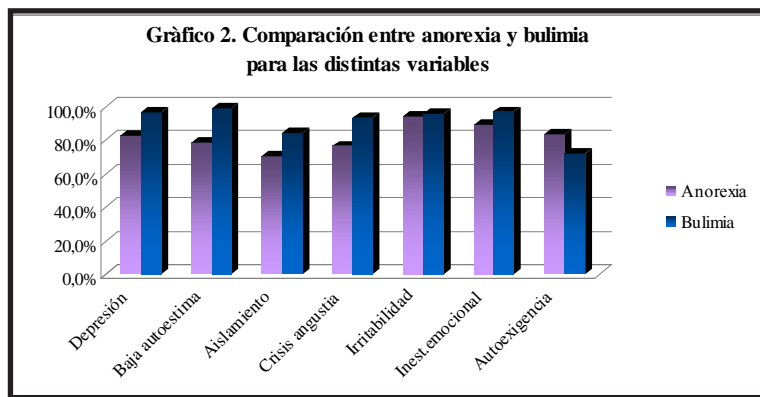
La información recopilada en esta fase de la entrevista será la que se analizará en el presente estudio con el fin de detectar en qué medida estas variables se dan de forma recurrente en la anorexia y la bulimia, a excepción de las variables agresividad (descartada porque no quedaba claro si se refería a agresividad hacia los demás o hacia una misma), ideas de desesperanza e intento de suicidio, que no fueron analizadas por no ser objeto de interés en el presente estudio.

En la entrevista se evalúa también si la paciente presenta síntomas psicóticos, si es consciente de la enfermedad y si había sido tratada con anterioridad de anorexia/bulimia y a continuación se establece el diagnóstico según el DSM-IV-TR y el CIE-10. Se pregunta también por los antecedentes hereditarios de padre, madre, hermanos, abuelos y tíos y otros datos que puedan ser de interés.

## RESULTADOS

En la muestra analizada se observa un elevado porcentaje de pacientes con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) que presentan síntomas depresivos, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de angustia, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia, variables que se proponen como identificativas de los trastornos alimentarios más allá de los criterios ofrecidos por el manual DSM-IV-TR. Así, un 90’3% de la muestra afirmaba tener síntomas depresivos, frente a un 9’7% que negaba

tenerlos; un 89’5% de las pacientes confesaba tener una autoestima baja, mientras que un 10’5% decía tener una autoestima normal; un 78’1% de las chicas confirmaba que se había ido alejando paulatinamente de su círculo de amigos/as (tendencia al aislamiento), aunque un 21’9% decía que esto no le había pasado; el 85’9% de ellas dijo que había sufrido crisis de angustia o ansiedad frente el 14’1% que no las tenía; 391 pacientes (95’1%) manifestaron que se sentían irritables, mientras que 20 (4’9%) no lo estaban; el 93’4% de la muestra afirmaba que se sentía emocionalmente inestable, frente el 6’6% que negaba estarlo; finalmente, un 77’1% de las chicas se definían como autoexigentes consigo mismas, en contraposición al 22’9% que decía que no lo era. Estos datos se presen-



tan en el gráfico 1, donde pueden observarse claramente las diferencias existentes.

Al explorar las diferencias entre anorexia y bulimia para cada una de estas variables, con el fin de poder sugerir que existen diferencias notables entre estas dos enfermedades, para la variable “síntomas depresivos”, observamos que un 82’6% de las chicas diagnosticadas con anorexia y un 96’5% de las chicas con diagnóstico de bulimia presentaba esta sintomatología. Existen diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=22,244$ ,  $p<0,0005$ ) en el sentido que las chicas diagnosticadas de bulimia presentan en mayor porcentaje sintomatología depresiva en comparación con las chicas que tienen anorexia.

En cuanto a la variable “baja autoestima”, cabe señalar que un 78’3% de las chicas con anorexia y un 98’7% de las chicas con bulimia consideran tener la autoestima baja. Se observan de nuevo diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=45,225$ ,  $p<0,0005$ ) en el sentido que

las pacientes con bulimia presentan baja autoestima más a menudo que las chicas con anorexia.

Un 70'1% de las chicas diagnosticadas de anorexia presentaba "tendencia al aislamiento", mientras que un 84'6% de las chicas con bulimia hacia lo propio. Para esta variable, existen diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{21}=12'446$ ,  $p<0'0005$ ) en relación a que las mujeres con bulimia muestran más frecuentemente tendencia al aislamiento que las pacientes con anorexia.

Para la variable "crisis de angustia/ansiedad", el 76'6% de las mujeres con anorexia y el 93'4% de las pacientes con bulimia dicen haber sufrido crisis de este tipo. Nuevamente, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{21}=23'557$ ,  $p<0'0005$ ) en el sentido que las mujeres diagnosticadas de bulimia sufren crisis de angustia/ansiedad con más frecuencia que aquellas diagnosticadas de anorexia.

En cuanto a la variable "irritabilidad", un 94% de las chicas con anorexia y un 96% de las chicas con bulimia presentaban esta característica. En este caso, no

Finalmente, para la variable "autoexigencia", un 83'7% de las chicas con anorexia y un 71'8% de las chicas con bulimia presentaban esta característica. Se observan de nuevo diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{21}=8'144$ ,  $p=0'004$ ), cosa que indica que las mujeres con anorexia son autoexigentes en mayor medida que las mujeres con bulimia. Para ser más ilustrativos, en el gráfico 2 se presentan estos resultados.

## DISCUSIÓN

Los resultados aquí analizados muestran cómo un elevado porcentaje de las pacientes con anorexia y bulimia presentan un estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia, en concordancia con otros estudios (véase 2,13,14,15,16,18,19,22,23). Nuestros datos sugieren que estas variables de tipo psicológico y emocional podrían sumarse a los criterios ofrecidos por el manual DSM-IV-TR como aspectos importantes en el diagnóstico de la anorexia y la bulimia para así ampliar la definición de estos trastornos alimentarios incluyendo variables psicológicas que, hasta ahora, no se consideraban como características de estas enfermedades.

Otra de las conclusiones a las que se puede llegar en este estudio es que las mujeres con bulimia parece que presentan un estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad y inestabilidad emocional con mayor frecuencia que las mujeres con anorexia, aunque las chicas anoréxicas parece ser que son más autoexigentes que las bulímicas. Sugerimos, pues, que a pesar de la importancia que tienen estas variables en estos dos tipos de trastornos

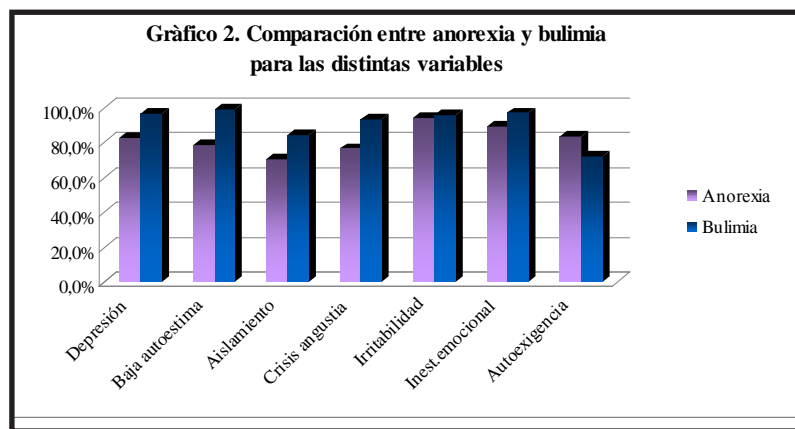
alimentarios, éstas pueden tener mayor peso en la bulimia en comparación con la anorexia.

Si nuestros hallazgos fueran ciertos, se abrirían nuevas líneas de tratamiento para la anorexia y la bulimia, centradas en el trabajo psicológico que ha de hacer el paciente sobre su estado de ánimo, su autoestima, sus relaciones sociales, su ansiedad, su humor irritable, su estado emocional y la autoexigencia a la que se somete, guiado por el terapeuta para conseguir mejoras en estos puntos tal y como ya han sugerido algunos autores<sup>20,26</sup>.

se observan diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{21}=0'89$ ,  $p=0'345$ ), cosa que indica que las pacientes con anorexia y bulimia presentan irritabilidad en la misma medida.

En relación a la variable "inestabilidad emocional", un 89'1% de las pacientes que presentaban anorexia y un 96'9% de las chicas con bulimia afirmaban sentirse inestables emocionalmente. Esta vez, las diferencias observadas son estadísticamente significativas ( $\chi^2_{21}=10'037$ ,  $p=0'002$ ) en el sentido que las mujeres con bulimia manifiestan inestabilidad emocional con mayor frecuencia que aquellas con anorexia.

Gráfico 2. Comparación entre anorexia y bulimia para las distintas variables



## LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los datos del presente estudio no fueron recogidos exclusivamente con el fin de realizar un estudio con ellos sino que fueron registrados durante la práctica profesional por ser de utilidad en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes. La decisión de analizar estos datos fue a posteriori, por lo que existen algunas limitaciones a nivel metodológico que nos gustaría comentar.

Por un lado, en el diagnóstico del trastorno alimentario podría usarse un instrumento confeccionado especialmente para ello, como podría ser el Inventario de Trastornos Alimentarios, más conocido como EDI por las siglas de la versión original inglesa Eating Disorder Inventory. Este instrumento consta de 8 subescalas: la preocupación por estar delgada, bulimia, la insatisfacción corporal, la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva y el miedo a madurar. Otro instrumento que podría utilizarse es la Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED-IV), una entrevista semiestructurada que consta de 20 ítems evaluables en una escala tipo Likert de 1 a 5 que corresponden a los criterios del DSM-IV y que permite diferenciar entre anorexia, bulimia y comedores compulsivos, aunque sólo está disponible la versión inglesa. Ambos instrumentos son citados por Mateos-Parra y Solano-Pinto<sup>3</sup> como algunos de los instrumentos que se utilizan más frecuentemente en la evaluación de los trastornos alimentarios.

Por otro lado, las variables psicológicas estudiadas (estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia) fueron evaluadas en la entrevista con una pregunta de respuesta dicotómica (sí o no). Dado que se trata de constructos complejos, deberían ser evaluados a través de instrumentos ya establecidos y válidos para tal uso, como las entrevistas especialmente diseñadas para evaluar la psicopatología asociada a estas enfermedades que proponen Mateos-Parra y Solano-Pinto en su artículo<sup>3</sup>: la Brief Interview Secondary Psychopathology (BISP) elaborada por Williamson et. al. (1990), que explora aspectos generales y específicos de los trastornos alimentarios o la Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI), de Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrick (1987), que consiste en 35 ítems que evalúan conductas y actitudes que comúnmente presen-

tan las personas con trastornos alimentarios.

Finalmente, nos gustaría señalar que sería interesante en futuros estudios ampliar la muestra recogiendo datos de otras pacientes asistidas en otros centros sanitarios, así como realizar un estudio comparativo con pacientes sanas. También consideramos importante poder profundizar en el estudio de este tipo de trastornos con metodologías cualitativas, aplicando instrumentos como las entrevistas en profundidad o los grupos de discusión. Si estos estudios posteriores mejor planificados a nivel metodológico encontraran resultados similares a los obtenidos en el presente artículo, podrían plantearse cambios importantes en el abordaje de la anorexia y la bulimia, pues los tratamientos podrían ir enfocados a trabajar los aspectos psicológicos afectados en vez de centrarse tan solo en el cuerpo y en el trabajo de la imagen corporal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2000.
2. Feighner JP, Robins E, Guze SB. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry. 1972; 26: 57-63.
3. Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. Revista electrónica de psicología. 1997; 1 (1). Disponible en versión electrónica: [http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1445/1/psicologiacom\\_1997\\_1\\_1\\_3.p df](http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1445/1/psicologiacom_1997_1_1_3.p df)
4. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). 3ª Ed. Barcelona: Masson; 1980.
5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R). 3ª Ed. Rev. Barcelona: Masson; 1987.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). 1ª Ed. Rev. Barcelona: Masson; 2009.
7. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Int J Eat Disord. 2009; 42: 581-9.
8. Gendall K, Joyce P, Carter F, McIntosh V, Jordan J, Bulik C. The psychobiology and diagnostic sig-

- nificance of amenorrhea in patients with anorexia nervosa. *Fertil Steril*. 2006; 85: 1531-5.
9. Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA. Diagnostic criteria for anorexia nervosa: looking ahead to DSM-V. *Int J Eat Disord Suppl*. 2005; 37: S95-97.
  10. Poyastro-Pinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH, et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 424-34.
  11. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int J Eat Disord Suppl*. 2007; 40: S123-129.
  12. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. 1994; 24 (4): 859-867.
  13. Santonastaso P, Pantano M, Panarotto L, Silvestri A. A follow-up study on anorexia nervosa: clinical features and diagnostic outcome. *European Psychiatry*. 1991; 6: 177-185.
  14. Halmi KA, Ecker TE, Marchi P, Sampugnaro V, Apple RY, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 712-18.
  15. Herpertz-Dahlmann BM, Wetzler C, Schultz EY, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* . 1996; 19: 335-344.
  16. Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR. Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997; 26: 137-144.
  17. Janas-Kozik M, Krzystanek M, Stachowicz M, Krupka-Matuszczyk I, Janas A, Rybakowski JK. Bright light treatment of depressive symptoms in patients with restrictive type of anorexia nervosa. *J Affect Disord* . 2011; 130 (3): 462-5.
  18. Halvorsen I, Andersen A, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: self-reported and parent-reported emotional and behavioural problems compared with siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* . 2005; 14 (7); 397-406.
  19. García-Alba C, Germain J. Anorexia and Depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*. 2004; 7 (1): 40-52.
  20. Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. 2001; 13 (3): 381-392.
  21. Abbate-Daga G, Amianto F, Fassino S, Morando S, Sobrero C. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: what prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Res*. 2011; 187 (3): 401-8.
  22. Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1985; 173 (7): 395-400.
  23. Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA, Howard LJ. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R Anxiety Disorders. *J Abnorm Psychol*. 1992; 101 (4): 675-681.
  24. Brownell KD. Personal responsibility and control over our health: when expectation exceeds reality. *Health Psychol*. 1991; 10: 303-10.
  25. Vera MN. El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*. 1998; 10 (1): 111-25.
  26. Bell C, Bulik C, Clayton P, Crow S, Davis DM., DeMaso DR, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (1): 1-39.
  27. Serfaty MA. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 334-50.
  28. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the post-hospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2046-9.
  29. Garner DM. Individual psychotherapy for anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985; 19: 423-33.
  30. Hall AY, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *Br J Psychiatry*. 1987; 151: 185-191.
  31. Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. *Clin Evid* 2002; 7: 824-33.
  32. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben Tovim D, Yong P. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD003909.