

M. A. Quintanilla
J. M. Velilla
B. Quetglas
I. Olza
A. Bonals

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico
Universitario. Zaragoza.

Correspondencia:
M. A. Quintanilla
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

Características de la demanda
asistencial por trastornos de
la conducta alimentaria en
una Unidad de Psiquiatría
Infanto-Juvenil tras un
intervalo de 10 años

*Ten years afters Characterictics
of the demand for care of
Eating Disorders (DE) in a
child and adolescent Psychiatry
Unit*

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) muestran un interés creciente durante las últimas décadas. El número de artículos publicados sobre el tema aumenta cada año. La incidencia de estos trastornos se ha incrementado tanto en EEUU como en Europa. Sin embargo, en nuestro país, todavía son pocos los trabajos donde se documentan estas tendencias, aunque el trabajo clínico diariamente nos lo esté demostrando. En este trabajo se hace una descripción de la demanda asistencial por TCA en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del área III de la ciudad de Zaragoza en el período de tiempo comprendido entre 1991 y 1995 y se compara con la existente durante un período de tiempo similar pero diez años antes 1981-1985. Observamos un incremento importante de la demanda de asistencia por trastornos de la conducta alimentaria tanto anual como entre ambos períodos, así como la aparición de

otros trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia atípica) en la muestra más reciente.

Describimos también algunas de las características clínicas y sociodemográficas correspondientes a los dos grupos.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Anorexia; Bulimia; Demanda asistencial;
Factores sociodemográficos.

ABSTRACT

In the past few decades interest in Eating Disorders (DE) has increased. Published reports increase each year. The incidence of this DE has also grown, in the US as well as in Europe. Even so, few works have documented these tendencies in

- 14 *our country although we see them in our daily work. In this report we describe the demand for care of DE in the Child and Adolescent Psychiatry Unit (area III) of the city of Zaragoza from 1991 to 1995 and we compare our results to those found ten years earlier, from 1981 to 1985. We observed an important increase in DE both each year and comparatively between the two 4 year periods. Other Eds (bulimia, atypical anorexia nervosa) have also increased recently. We also provide further details on clinical characteristics and sociodemographics for both groups and their evolution in time.*

KEY WORDS

Eating Disorders; Anorexia; Bulimia; Sociodemographic factors; Demand for care.

INTRODUCCIÓN

Los TCA muestran un interés creciente durante las últimas décadas. El número de artículos publicados sobre el tema aumenta cada año.

Se estiman tasas de prevalencia de anorexia nerviosa entre el 0,1-1% de la población general ⁽¹⁾. Los estudios durante la década pasada hablaban de tasas crecientes de prevalencia e incidencia de las TCA. Sin embargo, a partir de los 90, estudios realizados con metodología más estricta no parecen encontrar evidencia de dicho incremento (Fombonne, 1995; Davaud, 1995) ^(2,3).

En nuestro país se echan en falta estudios epidemiológicos de TCA en población general. Toro ⁽⁴⁾ publica en 1995 una serie clínica de 221 con anorexia nerviosa, analizando variables clínicas y sociodemográficas.

Con este estudio, queremos describir la demanda asistencial de TCA que acuden al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del HCUZ, en el último quinquenio (91-95). Así como comparar ésta y determinadas características clínico epidemiológicas en un período similar de años pero una década antes (81-85).

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan las historias clínicas de aquellos pacientes que realizan una primera consulta, durante alguno de los dos períodos de tiempo. Seleccionamos aquellas historias que han recibido diagnóstico de alguna TCA, según diagnóstico clínico, siguiendo criterios CIE-9 (primer período) y CIE-10 (segundo período).

Se obtiene la información referente a características clínicas y sociodemográficas propuestas para este estudio: diagnóstico, sexo, edad, peso, talla, BMI, fecha visita, fecha inicio síntomas, tratamiento previo, edad padres, profesión, situación, residencia, clase social, fratria.

Se compara el grupo de trastornos de la conducta alimentaria, atendido por vez primera entre los años 1981-1985, con los atendidos recientemente 1991-1995, observando si se mantiene el mismo perfil sociodemográfico o por el contrario este está cambiando. El subgrupo de bulimias recientes se estudia de forma independiente.

Se analizan los datos según paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se documentan 30 nuevos casos de anorexia nerviosa en el período 81-85, con una tendencia anual creciente, frente a 90 nuevos casos en el período 91-95 (76 del espectro anoréxico y 14 del espectro bulímico) con un incremento importante en el año 95 (Fig. 1).

En relación con el número global de nuevos casos vistos en el servicio, se observa un comportamiento similar al de los valores absolutos. El 1,3% del total de casos vistos en el período 81-85, frente al 4% de los vistos en el período 91-95, correspondían a TCA. Este incremento también se observa en la evolución anual, destacando el 10,3% de los vistos el año 95 (Fig. 2).

En el primer período el total de casos correspondió a anorexias típicas, mientras que en el período más reciente aparecen otros subtipos de TCA. Correspondiendo a anorexia típica el 65,6%

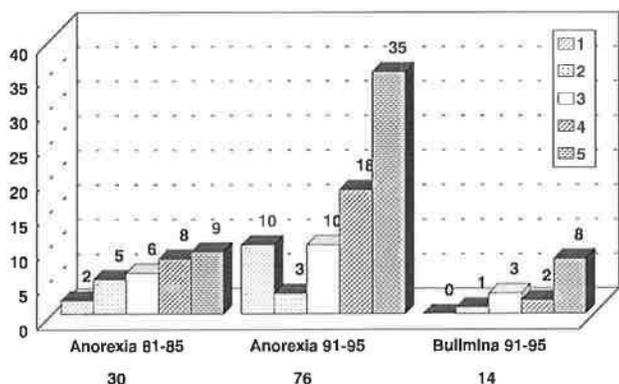
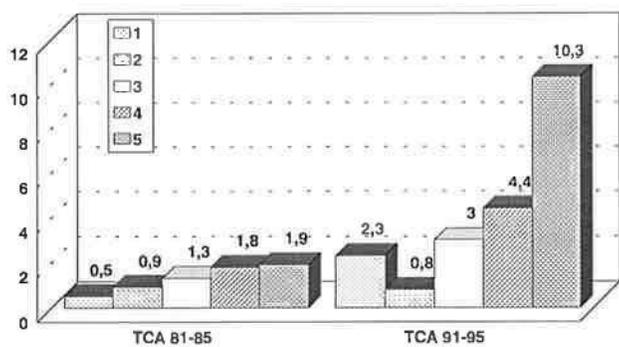


Figura 1. Nuevos casos.



Total 81-85: 1,3%/Total 91-95: 4%

Figura 2. Proporción TCA/casos nuevos.

(59), a anorexia atípica el 18,9% (17) y a bulimia el 15,6% (14). Evolución similar a la encontrada en otros estudios (5) (Fig. 3).

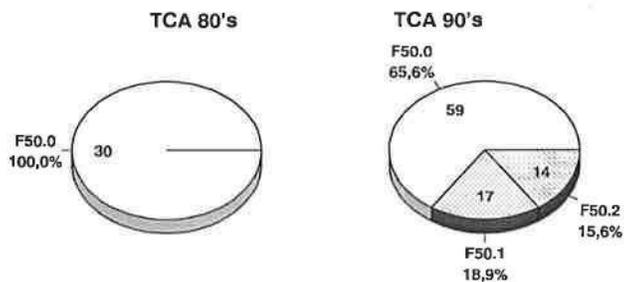


Figura 3. Distribución por diagnósticos.

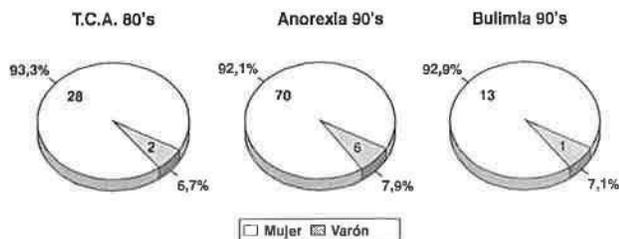


Figura 4. Distribución por sexos.

La proporción por sexos se mantiene estable en el tiempo y en los diferentes diagnósticos, siendo de en torno a 10/1 en favor de las mujeres. Dato que coincide con la proporción aceptada internacionalmente (1) (Fig. 4).

La edad de primera visita no se ha modificado substancialmente, girando en torno a 15,57 + 1,83 años. Es similar en los trastornos bulímicos (Fig. 5).

La edad de aparición de los síntomas tampoco se ha modificado significativamente, siendo para las anorexias de los últimos años de una media de 14,23 + 1,72 años. Se sitúa el inicio de la adolescencia como período de aparición de la enfermedad, dato compatible con los de la literatura mundial (6) (Fig. 6).

El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta que se acude a la consulta se ha reducido de forma no significativa, situándose en 9,64 + 5,9 meses. En los pacientes bulímicos; sin embargo, se tiende al retraso del momento de solicitar ayuda especializada: 16,17 + 3,07 (Fig. 7).

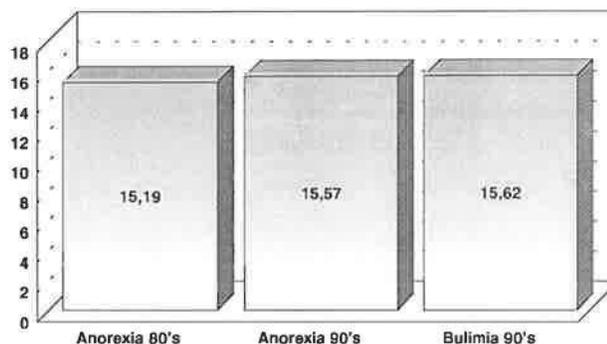


Figura 5. Edad primera visita.

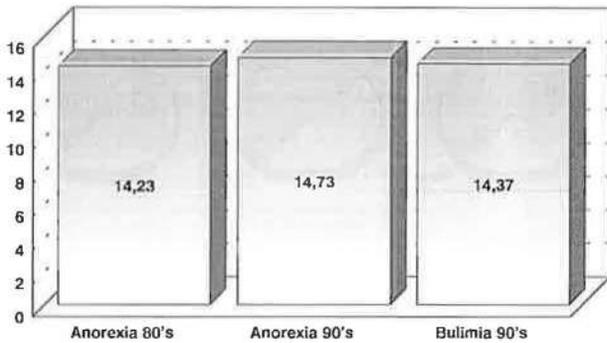


Figura 6. Edad primeros síntomas.

En el último período se incrementa la proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio sin haber sido sometidos a tratamientos previos (más de las $\frac{3}{4}$ partes) frente a casi la mitad de pacientes que había sido previamente tratada, fundamentalmente en servicio de pediatría y endocrinología en el período 81-85, lo que orienta a que actualmente la derivación a servicios de psiquiatría se realiza de manera más directa tras ser detectado el problema (Fig. 8).

El índice de masa corporal de Quetelet (BMI), medida que relaciona talla y peso (resultando ser un índice bastante fiable del estado nutricional), se utiliza como criterio diagnóstico en la CIE-10 (7).

El BMI de las anorexias actuales resulta significativamente superior en las anorexias del período más reciente (a tener en cuenta que se incluyen

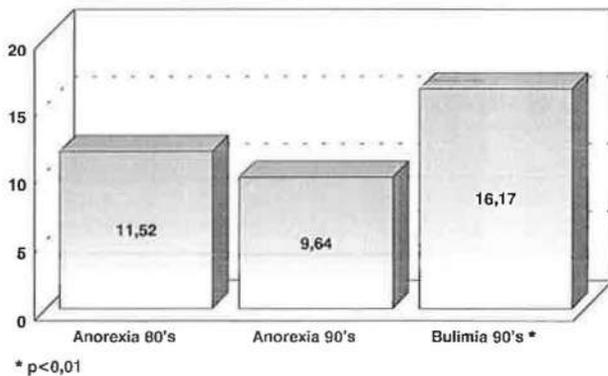


Figura 7. Tiempo hasta primera visita.

Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil tras un intervalo de 10 años

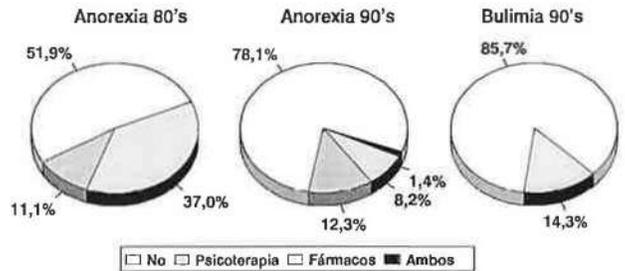


Figura 8. Tratamiento previo.

las anorexias atípicas), ambas por debajo del punto de corte para anorexia nerviosa (17,5).

Y, como es de esperar, las bulimias presentan un BMI dentro de los rangos considerados normales para población general (20-24) (Fig. 9).

Algunos estudios han relacionado una alta edad de los padres en el momento del nacimiento con TCA, aunque parece no ser una variable exclusiva de estos trastornos psiquiátricos (7).

En nuestra muestra encontramos cómo, significativamente, se ha reducido la edad de los padres de las anorexias en el segundo período. Aunque necesitaríamos un grupo de comparación, controles u otros trastornos psiquiátricos, para obtener conclusiones de este dato (Fig. 10).

En cuanto a profesión de los padres, medida indirecta de la clase social, resaltamos como aumento de manera clara la proporción de madres trabajadoras, así como la especialización en el tra-

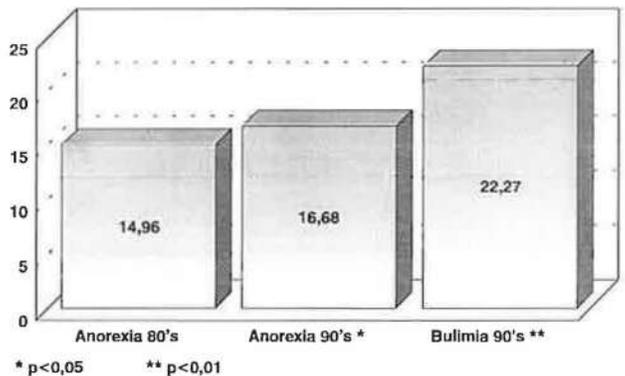
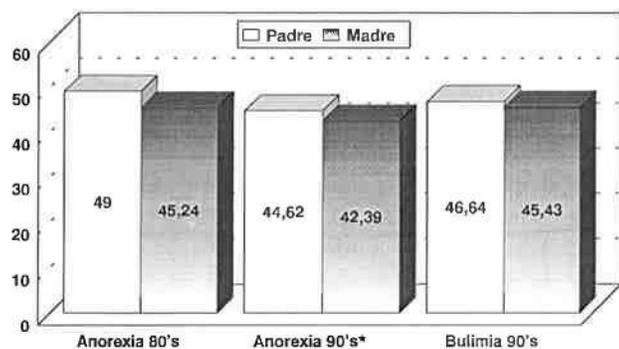


Figura 9. BMI (talla/peso).



*p < 0,01

Figura 10. Edad padres.

bajo de los padres, aunque pueden ser medidas de cambios generales en la sociedad (Fig. 11).

La mayor parte de las TCA proceden de familias en las que conviven ambos cónyuges, aunque actualmente aparece un sector que procede de familias monoparentales, dato que tampoco debe ser característico de las TCA ⁽⁴⁾ (Fig. 12).

Con respecto a la residencia, destacar la alta proporción de pacientes procedentes del medio rural que acudían a nuestra consulta en el período 81-85 (casi la tercera parte); proporción que actual-

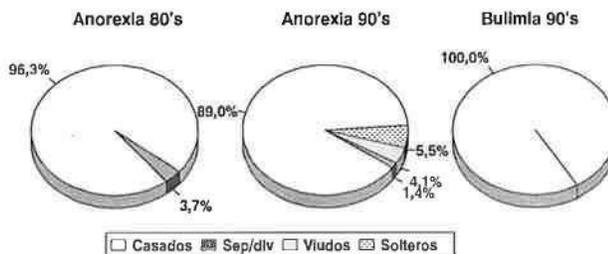


Figura 12. Situación padres.

mente se reduce a favor de la procedencia urbana de las anorexias del período 91-95. Esta proporción se mantiene, sin embargo, en las bulimias.

El grupo denominado "otros" lo forman aquellos pacientes procedentes de otras provincias o comunidades, atendidos en nuestro servicio al constituirse éste como centro de referencia de tratamiento de TCA en nuestro entorno (Fig. 13).

La clase social que demanda atención procede fundamentalmente de clase media o media baja, lo que contrasta con los datos que defienden una mayor prevalencia de TCA en clases altas ⁽⁸⁾, aunque esto sería explicable por el perfil tipo de usuario de los servicios de salud pública psiquiátrica. En la actualidad, comienzan a aparecer TCA procedentes de clases sociales altas que demandan atención en nuestro servicio (Fig. 14).

Hemos estudiado también el lugar ocupado en la fratria por el/la paciente, ya que se ha querido relacionar éste con el padecimiento de TCA, sin que los datos actualmente sean concluyentes ⁽⁶⁾.

En nuestra muestra, encontramos que las anorexias del período 81-85 y las bulimias tienen claro predominio de benjamines, mientras que en las

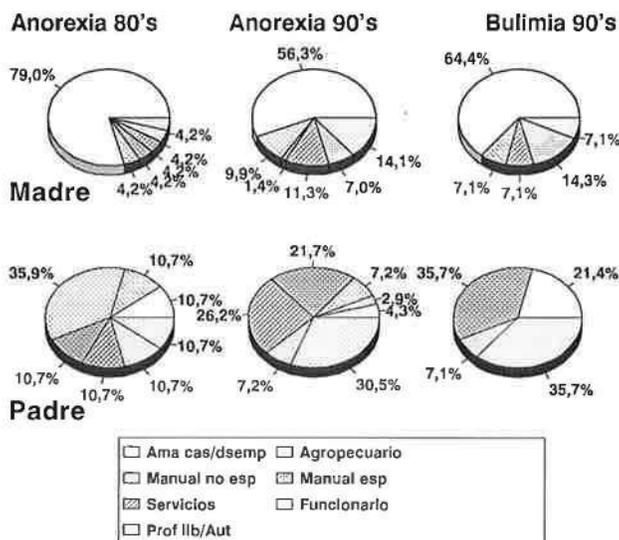


Figura 11. Profesión padres.

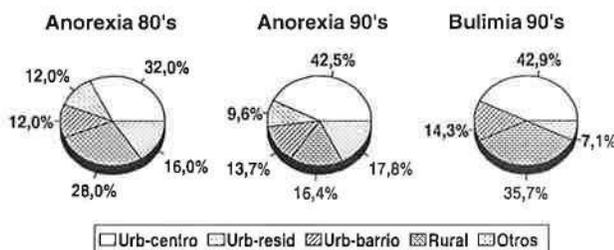


Figura 13. Residencia.

18

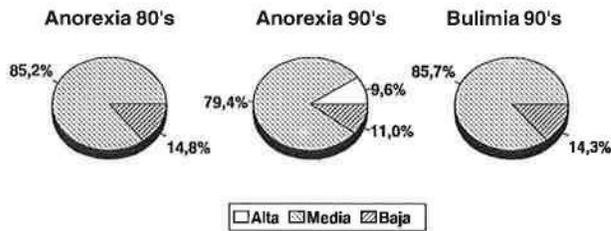


Figura 14. Clase social.

anorexias del período 91-95 hay una mayor variedad, siendo la distribución similar al de otros trastornos psiquiátricos, como resulta de la comparación con una muestra de pacientes deprimidos publicada en el año 1990 por nuestro equipo ⁽⁹⁾ (Fig. 15).

CONCLUSIONES

1. Encontramos un incremento importante de la demanda de pacientes nuevos con TCA, tanto en valores absolutos como relativos, apareciendo nuevas variantes de las TCA (anorexias atípicas y bulimias).
2. La proporción por sexos se mantiene estable en torno a 10/1 a favor de las mujeres.
3. La edad de aparición de los síntomas se sitúa en torno al inicio de la adolescencia (14-15 años).

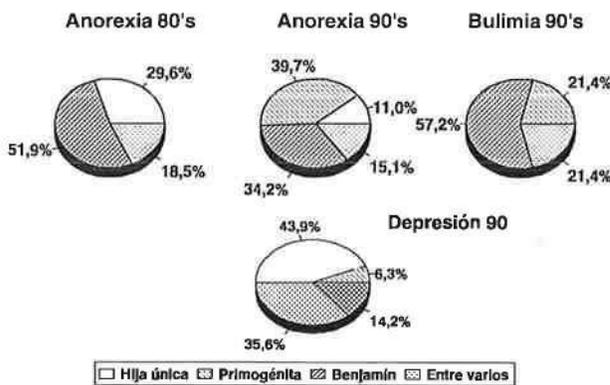


Figura 15. Lugar fratria.

4. El tiempo transcurrido hasta la primera visita se ha reducido algo, girando en torno a los 9,64 + 5,9 meses, sin ser la reducción significativa.

Los pacientes bulímicos sí presentan una tendencia a tardar más tiempo en solicitar atención especializada: 16,17 + 3,07 meses.

5. Actualmente acuden a asistencia especializada más de las $\frac{3}{4}$ partes de las TCA sin haber sido sometidas a otros tratamientos previos, frente a la mitad que lo hacían hace una década. Esto orientaría a una derivación más temprana tras la identificación por los servicios de pediatría, endocrinología...
6. El BMI medio de los pacientes anoréxicos actuales se ha incrementado de manera significativa, situándose en torno a 16,68 + 3,04 (teniendo en cuenta la inclusión de cuadros atípicos de anorexia), manteniéndose en niveles por debajo de la normalidad. Los cuadros de bulimia mantienen, sin embargo, medidas de BMI dentro de la normalidad: 22,27 + 3,30.
7. Encontramos una tendencia de los progenitores a presentar edades inferiores, reduciéndose la proporción de madres desempleadas, y elevándose la categoría profesional de los padres. Los pacientes proceden fundamentalmente de parejas casadas, incrementándose ligeramente estos últimos años la proporción de familias monoparentales.
8. Se ha reducido la proporción de pacientes anoréxicos procedentes del medio rural, siendo ésta todavía una tendencia importante en las bulimias.
9. La demanda asistencial procede fundamentalmente de estratos sociales medios-medios bajos, aunque estos años comienza a aparecer un sector (9,6%) de demanda asistencial de procedencia de clase social alta.
10. En la actualidad, la distribución en la fratria de anorexias la encontramos similar a la presentada en otros trastornos psiquiátricos atendidos en nuestras consultas, aunque en la bulimia parecen predominar los benjamines.

BIBLIOGRAFÍA

19

1. American Psychiatric Association, Washington, D.C. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson; 1995.
2. Fombonne E. Anorexia Nerviosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995;166:462-75.
3. Devaud C, Michaud PA, Navring F. Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literatura on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43(4):347-60.
4. Toro J, et al. Estudio descriptivo de 221 pacientes con anorexia nerviosa. *Psiquiatr Biol* 1995;2(5):181-7.
5. Ash JB, Piazza E. Changing symptomatology in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995;28(1):27-38.
6. Chinchilla A. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Ed. Ergon; 1994.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Editorial Meditor; 1992.
8. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J, Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Editorial Martínez Roca; 1991.
9. Alcalde M, Freira I, Velilla JM. Tratamiento antidepresivo en dos grupos de niños y adolescentes con un intervalo de 13 años. *Rev Psiq Inf* 1990;4:269-78.