

Conducta alimentaria y trastornos alimentarios en población femenina

F. Suárez González^a y F.J. Vaz Leal^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de San Roque. ^bMédico psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Extremadura. Badajoz.

OBJETIVOS. Se analizan mujeres rurales para detectar disfunciones alimentarias y aislar factores de riesgo en Atención Primaria que puedan llevar a la bulimia y se puedan prevenir, así como valorar la continuidad de las alteraciones en la población general, subclínica y bulímica.

MÉTODO. El grupo con 179 sujetos del sexo femenino lo formaban mujeres de 14 y 21 años, estudiantes de tres institutos de enseñanza media del suroeste de Badajoz, de las cuales 127 se presentaban sin disfunciones alimentarias, 57 subclínicas, y 63 con formas completas de bulimia (criterios CIE-10).

RESULTADOS. Tenían sobrepeso en la infancia el 14,4%, frente al 26,6%, que lo tenían en la adolescencia. El 71,3% que puntuó negativo en el EAT y BITE no tenía trastornos alimentarios; el 18,5% lo hacían en uno de los dos, tenían disfunción moderada; y el 10,1% en las dos, completa. Se determinaron los factores relacionados con las formas subclínicas o completas y los que llevan de unas a las otras. Las edades de más riesgo fueron entre 13 y 16 años.

CONCLUSIONES. La prevención y detección precoz de los trastornos debe ser en el ámbito académico, en colaboración con Atención Primaria.

El sobrepeso real o subjetivo, un ideal corporal asociado a un peso muy bajo, la falta de habilidades sociales, la adaptabilidad a las exigencias del entorno y la evidencia de antecedentes de abusos sexuales llevaría a las formas subclínicas, pasando a formas completas si se utilizan dietas estrictas, como control del peso, así como hacer ejercicios compulsivos y autoprovocación del vómito.

Palabras claves: trastornos alimentarios, población rural, sexo femenino.

INTRODUCCIÓN

Existen numerosos estudios que demuestran que los trastornos de la alimentación son muy frecuentes en la mujer. Este trabajo se precede de otros estudios realizados en

Correspondencia:
F. Suárez González.
Castillo Villagarcía de la Torre, 24.
06006 Badajoz
Correo electrónico: fsuarezg@medynet.com

OBJECTIVES. Rural women are analyzed to detect eating disorders and to isolate risk factors in Primary Health Care that can lead to bulimia and can be prevented and to assess the continuity of the disorders in the general, subclinical and bulimic population.

METHOD. The group with 179 female subjects, between 14 and 21 years, was made up of students from three Middle Education Institutes in the South East of Badajoz, 127 without eating disorders, 57 subclinical, and 63 with complete forms of bulimia (ICD-10 criteria).

RESULTS. A total of 14.4% were overweight as a child compared to 26.6% who were as an adolescent. 71.3% scored negative on the EAT and BITE, had no eating disorders and 18.5% did so in one of the two questionnaires, had moderate dysfunction and 10.1% did so on both, with complete dysfunction. Factors related with the subclinical or complete forms and that which leads from one to another were determined. Ages of most risk were between 13 and 16 years.

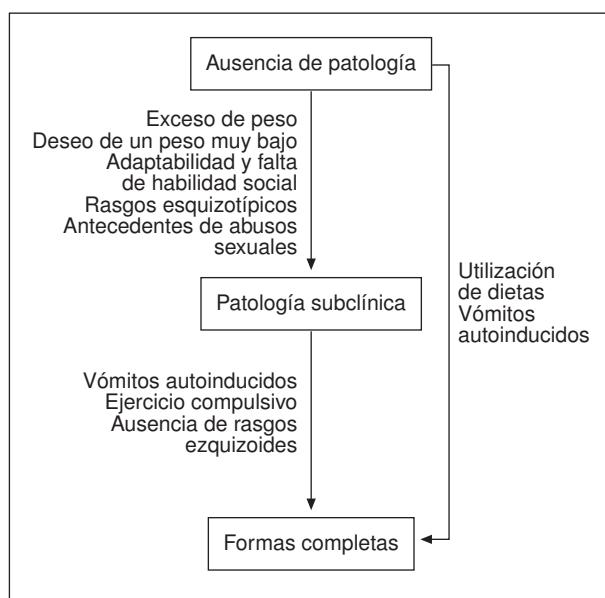
CONCLUSIONS. Prevention and early detection of the disorders should be in the academic setting, in collaboration with Primary Health Care.

Real or subjective overweight, an ideal body associated to a very low weight, lack of social skills and adaptability to the demands of the surroundings and the evidence of background of sexual abuse would lead to the subclinical forms, passing to complete forms if strict diets, as weight control, are used, as well as doing compulsive exercise and self-provocation of vomiting.

Key words: eating disorders, rural population, female gender.

otros países¹⁻⁷ y pretende extraer conclusiones útiles fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria. Es obvio que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y no lo es menos el hecho de que en este nivel ha de tener lugar la detección de la mayor parte de los casos de trastornos alimentarios.

Se precisaban estudios en población no-clínica para detectar también la incidencia y prevalencia en población general y las causas o factores de riesgo. La incidencia y la

**Figura 1.** Factores asociados al inicio y mantenimiento del problema.

prevalencia de los trastornos alimentarios eran antes de los años 60 de 0,4-0,45 casos por 10.000 habitantes y pasó ya a 1,6 casos por 10.000 habitantes/año después de los años 60⁸.

Entre sus características epidemiológicas destaca el estar ligada al sexo femenino claramente, ya que el 90%-95% de los pacientes son mujeres⁹⁻¹¹. Se suele dar al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud¹², manteniéndose cifras bajas de inicio del trastorno en mayores de 25 años⁸; en cuanto al nivel socioeconómico se constata desde los primeros trabajos que se da en los estratos medios altos y altos, y hay estudios que reflejan un alto nivel social¹³; se da en jóvenes con un buen rendimiento intelectual, que tienen éxito en sus estudios, son autoexigentes, perfeccionistas y desean agradar a los demás.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en tres poblaciones:

Población general

Completaron adecuadamente el estudio 179 sujetos, de los 200 que lo comenzaron. Eran sujetos del sexo femenino, con edades entre 14 y 21 años (estas últimas repetidoras, o que se habían incorporado tarde a estudiar), estudiantes de tres institutos de enseñanza media ubicados en zonas rurales del suroeste de la provincia de Badajoz, según los cursos que correspondían a esas edades. Posteriormente, se excluyeron los sujetos con disfunciones alimentarias significativas (53 individuos), quedando reducido a 127 que constituirían el “grupo sin patología”.

Población subclínica

Compuesta por 49 de los 53 sujetos con disfunciones alimentarias, diagnosticadas de bulimia subclínica (CIE-10);

era el “grupo subclínico”, y se añadieron 8 pacientes bulímicas subclínicas del Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UEX (Universidad de Extremadura).

Población clínica

Compuesta por 63 pacientes bulímicas (CIE-10) y atendidas igualmente en la UEX.

El reclutamiento general fue voluntario, y en la segunda parte de la investigación fueron entrevistadas por un psicólogo del Departamento de Psiquiatría de la facultad.

Todos los cuestionarios y entrevistas estructuradas empleadas en el trabajo clínico de investigación son los que aparecen descritos como “módulos” en el anexo.

Análisis estadístico de los datos

Se utilizaron 4 procedimientos: análisis de regresión simple, prueba del Chi-cuadrado, análisis de la varianza de un factor (ANOVA de una vía), y análisis de regresión logística. Para el manejo estadístico de los datos del estudio se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 10.0 en castellano.

RESULTADOS

Veinticuatro (14,4%) respondieron afirmativamente que tenían sobrepeso en la infancia y 45 (26,6%) lo hacían al referir esta pregunta a la adolescencia. Sin embargo, al comparar estos datos con los obtenidos mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC) en ambos momentos de la vida, se obtenían los resultados consignados en las tablas 1 y 2.

Al hacer la siguiente fase del estudio se consideró que los 127 sujetos (71,3%) que puntuaron negativamente en las dos escalas constituyan la población en la que los tras-

TABLA 1. Comparación entre el sobrepeso en la infancia percibido subjetivamente y el calculado a través del índice de masa corporal

	Sobrepeso en la infancia (estimación subjetiva)		
	Sí	No	Total
Con sobrepeso objetivo (IMC)	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (100)
Sin sobrepeso objetivo (IMC)	13 (10,1)	118 (89,9)	129 (100)
Total	23 (15,0)	127 (85,0)	150 (100)

IMC: índice de masa corporal.

TABLA 2. Comparación entre el sobrepeso en la adolescencia percibido subjetivamente y el calculado a través del índice de masa corporal

	Sobrepeso en la adolescencia (estimación subjetiva)		
	Sí	No	Total
Con sobrepeso objetivo (IMC)	16 (76,2)	5 (23,8)	21 (100)
Sin sobrepeso objetivo (IMC)	26 (19,8)	105 (80,2)	131 (100)
Total	42 (27,6)	110 (72,4)	152 (100)

IMC: índice de masa corporal.

Tabla 3. Datos comparativos entre el BITE y el EAT-40

	Disfunción alimentaria			p
	Ausente	Moderada	Grave	
Edad	18,97 (2,45%)	18,03 (1,99%)	18,71 (2,32%)	0,059
Inicio disfunción	15,20 (2,31%)	13,00 (1,21%)	13,33 (1,75%)	0,001 ^a

^aGrupo 1 frente a grupo 2; b = Grupo 1 frente a Grupo 3; c = Grupo 2 frente a Grupo 3.

tornos alimentarios estaban ausentes, los 39 sujetos (18,5%) que puntuaron por encima del punto de corte en una de las dos escalas presentaba una disfunción alimentaria moderada y que los 18 sujetos (10,1%) que presentaron puntuaciones elevadas en las dos escalas presentaban una disfunción alimentaria grave (tabla 3).

Para la determinación de aquellos factores que podían condicionar el paso desde las formas subclínicas de bulimia nerviosa a las formas completas, se realizaron tres estudios mediante técnicas de regresión múltiple por pasos, en el que se compararon los sujetos sin patología con los pacientes con síndromes incompletos; los sujetos sin patología con los pacientes con formas completas de bulimia, y con los dos grupos de pacientes (con y sin síndromes completos).

En la tabla 4 se ve que el análisis de regresión logística aportó un modelo basado en 5 pasos con los condicionamientos para padecer una forma subclínica de bulimia.

DISCUSIÓN

Este tipo de población es equiparable a otras que han sido estudiadas en trabajos similares¹⁴⁻¹⁷.

El hecho de que la edad de aparición de los trastornos alimentarios sean los 13 años podía tener relación con el hecho de que la identifiquen como un trastorno fóbico¹⁸, que generaría una gran ansiedad, que llevaría a hacer dietas y al problema alimentario; la existencia de una fuerte insatisfacción corporal en la bulimia ha sido confirmada por diferentes estudios entre grupos social y culturalmente muy diferentes¹⁹⁻²², debido a una presión ambiental elevada^{23,24}, a la moda de la delgadez femenina²⁵, así como a la existencia del símbolo de poder en el hombre²⁶.

La existencia de sobrepeso es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios; así la asociación entre sobrepeso mórbido y trastornos alimentarios ha sido

ANEXO

Módulo A. Conducta alimentaria. Dos escalas: la IDED¹⁶ que valora los trastornos alimentarios de una forma general; el EAT-40¹⁵ que explora la psicopatología típica de la anorexia nerviosa.

Módulo B. Actitudes hacia el cuerpo y sus funciones. Altura (en cm) y peso (en kg).

Módulo C. Manifestaciones psicopatológicas generales. Se explora con la escala Symptom Checklist-90 (SCL-90)¹⁷.

Módulo D. Estructura factorial de personalidad. Con el cuestionario 16PF¹⁸, de evaluación de rasgos de personalidad.

Módulo E. Manifestaciones caracteropáticas. Se evalúa con la SCID-II (*Structured Clinical Interview for the DSM-II-R Personality Disorders*)³⁶.

Módulo F. Conducta sexual. Se evalúan diversos aspectos de la conducta sexual.

Módulo G. Datos generales. Hacen alusión a edad actual, estado civil, religión, etc.

Módulo H. Uso de tóxicos. Evaluación del consumo habitual de sustancias.

detectado en otros estudios²¹⁻²³, que constatan que entre un 7% y un 20% de anoréxicas tienen antecedentes de sobrepeso, elevándose al 18%-40% en bulímicos, que podría deberse a que la tendencia al sobrepeso desembocara en la dieta, y ésta fuera el desencadenante del trastorno alimentario^{27,28}, aunque según algunos estudios constatan que el sobrepeso es un factor de riesgo para el inicio de la dieta, no para el trastorno alimentario²⁹, la mayoría de autores refieren a las dietas como claros factores de riesgo de disfunciones alimentarias³⁰.

Los sujetos con sobrepeso, debido a la presión ambiental, ponen en marcha medidas de control, que conllevan a los trastornos completos; esto junto con otros factores, como los familiares³¹⁻³³, o psicológicos^{34,35}, desembocan en modelos de trastornos cada día más complejos y que serán objeto de futuros estudios.

El desarrollo de un cuadro subclínico vendría favorecido, de acuerdo con nuestros resultados, por la existencia de un peso considerado excesivo por el sujeto, la existencia de rasgos esquizotípicos de personalidad y antecedentes de abusos sexuales. Los vómitos autoprovocados, el hacer ejercicio de forma compulsiva y la ausencia de rasgos esquizoides, favorecerán el paso desde las formas incompletas hacia las formas con patología completa. También los vómitos autoinducidos como método para prevenir el aumento de peso y las dietas estrictas podrían favorecer el desarrollo de un cuadro con sintomatología completa sin pasar por una fase de morfología subclínica.

Tabla 4. Resultados del estudio de regresión logística

Variable	Variables en la ecuación						
	B	SE	WALD	Df	Sig.	R	Exp (B)
IMC más alto alcanzado	-2,4587	0,8298	8,7795	1	0,0030	-0,2857	0,0855
IMC ideal	2,9184	0,9845	8,7880	1	0,0030	0,2858	18,5112
16-PF Factor N	0,9849	0,3761	6,8561	1	0,0088	0,2418	2,6775
Rasgos esquizotípicos	-1,2179	0,5813	4,3890	1	0,0362	-0,1696	0,2958
Abusos sexuales adolescencia	-7,8743	3,2738	5,7851	1	0,0162	-2,134	0,0004

Clasifica 92,75% (5 pasos). IMC: índice de masa corporal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beumont PV, Al-Alami MS, Touyz SW. The evolution of the concept of anorexia nervosa. 1987.
2. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962;24:187-94.
3. Thoma H. Anorexia nervosa (G Brydone Trans). New York: International Universities Press; 1967.
4. Nasser M. A prescription of vomiting: Historical foot notes. *Int J Eat Disord* 1993;13:129-31.
5. Parry-Jones B, Parry-Jones WI. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int J Eat Disorders* 1991; 10:129.
6. Janet P. Les obsessions et la psychasthénie: Vol. 1. Section 5. L'obsession de la honte du corps. Paris: Germer Bailli're; 1903.
7. Hsu LKG, Sobkiewicz TA. Body image disturbance: time to abandon the concept for Eating Disorders? *Int J Eat Disord* 1991;10: 15-30.
8. Turró V, Fernández F, Vallejo J. Anorexia nervosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Rev Psiqu Fac Med Barna* 1992;19:9-15.
9. Crisp AH, Burns T. The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *Int J Eat Disord* 1983;2:5-10.
10. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon VM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minn. *Am J Psychiatry* 1991;148:17-922.
11. Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood DH, Shapiro CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int J Eat Disord* 1994;15:125-34.
12. Bruch H. Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 1966; 141:555-66.
13. Crisp A, Palmer RL, Kalucy R. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1976;128:549-54.
14. Gleaves DH, Eberenz KP. Validating a multidimensional model of the psychopathology of bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 1995;51: 181-9.
15. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147:401-8.
16. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 1991;21:455-60.
17. Szmulter GI. The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *J Psychiatry Res* 1985;19:143-53.
18. Crisp AH. Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on the model. En: DM Garner y PE Garfinkel, *Handbook of treatment for eating disorders* 1997;248-77.
19. Dacey CM, Nelson WM, Clark VF, Aikman KG. Bulimia and body image dissatisfaction in adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev* 1991;21:179-284.
20. Jaeger B, Ruggiero GM, Edlund B, Gomez-Perretta C, Lang F, Mohammadkhani P, et al. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychother Psychosom* 2002;71(1):54-61.
21. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert E, Hatsukami D, Soll E. Bulimia nervosa with and without a history of overweight. *J Subst Abuse Treat* 1990;2:369-74.
22. Williamson DA, Cubic BA, Gleaves DH. Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1993;102:177-80.
23. Orbach S. Social dimensions in compulsive eating in women Psychotherapy and psychosomatics 1978;15:180-9.
24. Striegel-Moore R, Mcavay G, Rodin J. Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. *Int J Eat Disord* 1986;5:935-47.
25. Mc Carthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res and Therapy* 1990;28:205-15.
26. Ritenbaugh. Body size and shape: A dialogue of culture and biology. *Med. Anthropol* 1991;13:173-80.
27. Rastam M, Gilbert C, Garton M. Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population based study. *Br J Psychiatry* 1989;155: 642-6.
28. Rathner G. Aspects of the natural history of normal and disordered eating and some methodological considerations. En: Herzog W, Deter HC, Wan-dereycken W, editores. *The course of eat*. Berlin: Springer-Verlag; 1992. p. 115-25.
29. Garner DM, Rockert W, Dacis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive behavioral and supportive-expresive therapy for bulimia nervosa. *American J Psychiatr* 1993;150:37-46.
30. Ruderman AJ, Grace PS. Restraint bulimic and psychopathology. *Add* 1987;1:149-55.
31. Boumann CE, Yates WR. Risk factors for bulimia nervosa: a controlled study of parental psychiatric illness and divorce. *Addict Behav* 1994;19:667-75.
32. Wade TD, Bulik CM, Kendler KS. Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;30:389-400.
33. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychol Med* 1997;27:515-22.
34. Schupak-Neuberg E, Nemeroff CJ. Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: implications for a metaphorical perspective of "body as self". *Int J Eat Disord* 1993;13:335-47.
35. Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry* 1996;169: 451-8.
36. Spitzer RL, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID-II, 7/1/85). New York State Psychiatric Institute Biometrics. Researchs Department New York 1985.