

P. Varela-Casal<sup>1</sup>  
M.J. Maldonado<sup>1</sup>  
F. Ferre<sup>1</sup>

# Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Objetivo.** Descripción de perfiles clínicos de pacientes diagnosticados de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que acuden a un dispositivo ambulatorio especializado para mayores de 18 años.

**Método.** Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo en el que con carácter retrospectivo se analizaron 101 historias clínicas de pacientes diagnosticados de TCA.

**Resultados.** El perfil clínico observado fue que el 93,6% son mujeres, con una media de edad de 29,9 años. El 33% presentaban una evolución de entre 2 y 5 años. Existe un predominio de las formas purgativas. El 19,8% presentan problemas con sustancias de abuso y el 54,4% de la muestra presentan trastornos de ansiedad.

**Conclusiones.** Las unidades específicas en el tratamiento de los TCA deben integrarse en un conjunto de recursos que permitan además del abordaje del TCA de la psicopatología comorbida y de la que dependerá el pronóstico y evolución de la enfermedad.

**Palabras Clave:**  
Trastornos de la conducta Alimentaria. Comorbilidad. Organización sanitaria.

*Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(1):12-9

## Study of the clinical profiles of patients with eating disorders in specific units

**Objective.** The purpose of this study is to describe the clinical profiles of patients diagnosed of a specific Eating Behavior Disorder (EBD) who come to a specialized outpatient unit for patients over 18 years old with this disorder.

---

Correspondencia:  
F. Ferre  
Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
C/Ibiza 40, 28007 Madrid  
Correo electrónico: fferre.hgugm@salud.madrid.org

**Method.** This is an observational, cross-sectional and descriptive study in which 101 medical records of patients with an eating disorder diagnosis have been analyzed retrospectively.

**Results.** The clinical profiles observed showed 93.9% women, medium age 29.9%, in which 33% of the patients had an illness course of 2 to 5 years. Purgative forms were more frequently observed. A total of 19.8% had substance abuse disorders and 54.4% anxiety disorders.

**Conclusions.** Specific units for Eating Disorders should be included in the combined resources that not only allow for treatment of the eating behavior disorders but also for their psychopathological comorbidities, the prognosis and evolution of the disease depending on the latter.

**Key words:**  
Eating disorders. Comorbidity. Health care planning.

---

## INTRODUCCIÓN

### Datos epidemiológicos

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales de larga evolución. De hecho estudios epidemiológicos revelan que, pasados entre 5-10 años desde el diagnóstico inicial, entre un tercio y la mitad de los casos siguen presentando sintomatología<sup>1</sup>. Los síntomas que persisten son: una mala regulación del comportamiento alimentario, trastornos cognitivos característicos y alteraciones en la conducta asociadas a las dieta, al peso y a la figura corporal<sup>2</sup>. Estos pacientes, cursan con diferentes etapas clínicas que vienen determinadas por la psicopatología y complicaciones médicas asociadas lo que implica necesidades asistenciales diferentes. El tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que van a intervenir diferentes profesionales en diferentes recursos con la coordinación y la continuidad de cuidados como claves en la eficiencia de los servicios y

en los beneficios para el paciente y su familia. A lo largo del proceso de la enfermedad no todos los pacientes van a necesitar todos estos recursos, ni todos van a realizar el mismo recorrido por ellos. Ningún dispositivo es mejor o superior a otro y ningún dispositivo tiene sentido aisladamente<sup>3</sup>.

En los últimos años se ha producido un importante desarrollo en el estudio e investigación de los TCA que viene determinado en gran medida por la necesidad en la detección precoz, prevención y tratamiento efectivo que permita disminuir la morbimortalidad asociada a estos trastornos que se estima que ronda entre el 6 y el 15%<sup>4-6</sup>.

Existen discrepancias en cuanto a los datos existentes en relación a la incidencia y prevalencia de estas enfermedades sobre todo en la edad adulta, esta dificultad viene determinada por las diferentes metodologías empleadas en los estudios para la detección de casos, así como por la baja demanda asistencial de estos pacientes que con frecuencia es enmascarada por problemas orgánicos siendo al resto de especialistas, y no a los de Psiquiatría, a los que acuden<sup>7</sup>. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados coinciden en el incremento de los Trastornos de la Conducta alimentarios no especificados (TCANE) que incluyen a los pacientes que no cumplen todos los criterios para diagnosticar Anorexia Nerviosa (AN) o Bulimia Nerviosa (BN); sin embargo, la mayoría de los estudios revisados coinciden en el incremento de los TCANE (Trastornos de la Conducta alimentarios no especificados) que son aquellos que no cumplen todos los criterios para diagnosticar AN o BN además del Trastorno por atracón (TA)<sup>8</sup>; a pesar de ello la relación entre esta entidad y el resto de los TCA parece no estar clara todavía. En la actualidad en la **población adulta** el diagnóstico más frecuente es el de TCANE, lo que supone entre 50 y el 60% de los casos, seguido de BN con 30% de los casos y AN que comprende entre un 10 y 15% de los casos. Sin embargo, en la población adolescente aunque el diagnóstico más frecuente continua siendo el TCANE, es seguido por el de AN que se antepone al de BN<sup>1</sup>.

Una de las características principales de los TCA es la migración diagnóstica. Mientras que un pequeño subgrupo se mantiene en el cuadro inicial de debut, la gran mayoría migran entre los diferentes diagnósticos (AN, BN y TCANE). Sin embargo esta migración no es aleatoria y refleja que, aunque los trastornos de la conducta alimentaria tienden a debutar con la restricción alimentaria, el control estricto de los pacientes sobre la dieta a menudo se rompe en relación a diferentes circunstancias y se desarrolla el trastorno por atracones que irá seguido o no de conductas compensatorias para el control ponderal<sup>1</sup>.

Los TCA se asocian a altos niveles de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos del eje I y II según criterios DSM-IV-TR, especialmente con los trastornos de ansiedad, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por

uso de sustancias. En relación a la ansiedad, la prevalencia de estos trastornos oscila entre el 25% y el 75% para BN y entre 23% y 75% para AN<sup>9-11</sup>. En cuanto a los trastornos de la impulsividad<sup>12-14</sup>, se define un subtipo de BN denominada bulimia multiimpulsiva donde además de aparecer la sintomatología alimentaria típica de estos paciente existe una tendencia a la inestabilidad afectiva e interpersonal; escasa tolerancia a la frustración; gestos suicidas y abuso de sustancias. Algunos estudios estiman que la prevalencia de comorbilidad entre BN y abuso de sustancias es del 55% y en el caso de la AN de 23 %<sup>15-17</sup>. Aunque parece que el diagnóstico es independiente, diversos estudios han encontrado que existe una asociación entre la severidad y la gravedad en el curso de la enfermedad con el uso o abuso de sustancias<sup>17, 18</sup>, pero parece que la concurrencia de ambos trastornos no se asocia a un empeoramiento en la recuperación de los síntomas alimentarios. Según el estudio de Wiseman donde se analizó el curso de la aparición del trastorno por abusos de sustancias en el contexto de TCA, la cronología en la aparición del uso de sustancias en el contexto de los TCA parece no seguir un patrón determinado<sup>19</sup>.

## Recursos asistenciales en el tratamiento de TCA en la Comunidad de Madrid

El modelo de atención en Madrid, para los trastornos de la conducta alimentaria es **multidisciplinar, multiprofesional, integrador** de distintas perspectivas terapéuticas y orientado a potenciar la **coordinación** entre los dispositivos que intervienen: Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Servicios de Endocrinología, Nutrición, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, así como otros recursos educativos y sociales (incluido el movimiento asociativo de familiares vinculados a esta patología).

El dispositivo ambulatorio específico denominado "Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria" (Clínica TCA) surge en el marco del Plan Integral para la Atención a los Trastornos del Comportamiento Alimentario que se desarrolla como parte de las medidas contempladas en el Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia de la Comunidad de Madrid<sup>20</sup>.

## Descripción de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Clínica TCA) de Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM)

La Clínica TCA del HGUGM surge como dispositivo ambulatorio especializado para proveer tratamientos y cuidados de excelencia a pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria de evolución crónica. Pretende desarrollar un proyecto de evaluación, diagnóstico y tratamiento espe-

cíficos de los TCA, abarcando atención clínica, investigación, y docencia. La Clínica TCA cuenta con un equipo base de psiquiatra, psicólogo, enfermería y auxiliar de control. Además es apoyado a tiempo parcial de un endocrino, un nutricionista y otros profesionales de salud mental del área sanitaria que colaboran en algunas actividades programadas.

Los criterios de admisión en esta Clínica son los siguientes:

- Pacientes **mayores de 18 años**, con diagnóstico principal CIE-10 de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, o Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (es decir, pacientes con psicopatología de la conducta alimentaria, con gravedad suficiente como para precisar atención clínica, pero que no cumplen estrictamente los criterios de Anorexia o Bulimia Nerviosa).
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad que curse de modo concomitante a un TCA, siempre que la patología predominante en el momento de la derivación sea el TCA. Por tanto, serán excluidos aquellos pacientes que presenten los dos diagnósticos y que, en el momento de la derivación, se encuentren en una situación de descompensación grave de su Trastorno de Personalidad, que justifique su ingreso en otro recurso (por ejemplo, un Hospital de Día, una Unidad de Hospitalización Breve o una Comunidad Terapéutica Hospitalaria).

La derivación de los pacientes estará guiada por los siguientes objetivos terapéuticos:

- Fomentar la motivación del paciente a recibir tratamiento.
- Realizar una evaluación psicopatológica y una exploración médica pormenorizada del TCA.
- Tratamiento integral: en el que se incluye atención psicológica, psiquiátrica y nutricional. Dentro de esta modalidad de tratamiento se realizan sesiones individuales y/o grupales, según lo requiera el caso.
- Tratamiento parcial: como apoyo al tratamiento que realiza en su Centro de Salud Mental, de tal manera que el paciente y/o su familia asiste a alguno de los grupos ofertados por la Clínica TCA.
- Prevención de recaídas y/o seguimiento: se incluyen dentro de esta categoría pacientes que han recibido el alta, por mejoría en su estado clínico, pero se beneficiarán de un seguimiento específico.

## Cartera de Servicios

- Tratamiento Individual: en la primera consulta se evalúa por parte de enfermería los parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro braquial) y analíticos que en función de la gravedad sean indicados por su psiquiatra responsable así como, pruebas complementa-

rias e interconsultas específicas (densitometría ósea, interconsulta a Ginecología, Interconsulta a Nutrición). A continuación en la primera entrevista psiquiátrica se realiza una valoración de su patología alimentaria, de la psicopatología asociada y de la personalidad dada su alta comorbilidad con los TCA.

En las intervenciones sucesivas y en función de la gravedad del paciente se realizan revisiones semanales con valoraciones periódicas de las complicaciones médicas asociadas; seguimiento de la psicopatología asociada (trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, obsesividad...); e intervenciones individuales con el ámbito familiar de la paciente para un mejor abordaje y soporte en el manejo de los TCA.

- Tratamiento grupal: se implementan cuatro tipos de intervenciones:
  1. Grupo de encuadre terapéutico para familiares: con una frecuencia quincenal, y dirigido por dos psicólogos clínicos, se orienta a los familiares para identificar el problema, sus causas, su curso, cuales son síntomas y como pueden intervenir en el proceso terapéutico, tomando conciencia de lo que supone la enfermedad, manejando su ambivalencia y sentimientos de culpa hacia la patología, y motivando a introducir cambios en el sistema familiar.
  2. Grupo de encuadre terapéutico de pacientes: semanalmente el psicólogo clínico aborda aquellos aspectos cognitivos asociados a TCA en pacientes sin comorbilidad con el eje II.
  3. Grupo trastornos de personalidad y TCA: también semanalmente el psiquiatra trabaja con el auto-control en las pacientes con altos niveles de impulsividad, BN y rasgos de trastornos límite de la Personalidad asociados<sup>21, 22</sup>.
  4. Grupo de relajación: la enfermera realiza dos grupos en la semana durante un periodo entre seis y ocho semanas.

## METODOLOGÍA

### Objetivo

El objetivo del presente estudio consiste en determinar los perfiles tanto clínico como sociodemográfico de los pacientes que han acudido durante los diez primeros meses de funcionamiento a la Clínica TCA del HGUGM de Madrid, así como analizar la actividad asistencial de este dispositivo.

### Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional no intervencionista, transversal, descriptivo y con carácter retrospectivo que

Tabla 1		Relación entre años de evolución y diagnóstico TCA								
		Diagnóstico								
Años de Evolución		AN restrictiva	AN purgativa	BN purgativa	BN no purgativa	Trastorno por atracon	TCANE	otros diagnósticos	Total	
CRONOCIDAD	< 1 año	Recuerdo	0	2	2	0	1	2	1	8
		% de CRONOCIDAD	0,0 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %	12,5 %	25,0 %	12,5 %	100,0 %
		% de diagnóstico	0,0 %	8,0 %	7,4 %	0,0 %	14,3 %	10,5 %	33,3 %	8,5 %
		% del total	0,0 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	1,1 %	2,1 %	1,1 %	8,5 %
	2-5 años	Recuerdo	3	9	9	2	0	7	1	31
		% de CRONOCIDAD	9,7 %	29,0 %	29,0 %	6,5 %	0,0 %	22,6 %	3,2 %	100,0 %
		% de diagnóstico	75,0 %	36,0 %	33,3 %	22,2 %	0,0 %	36,8 %	33,3 %	33,0 %
		% del total	3,2 %	9,6 %	9,6 %	2,1 %	0,0 %	7,4 %	1,1 %	33,0 %
	6-10 años	Recuerdo	0	6	7	1	1	5	0	20
		% de CRONOCIDAD	0,0 %	30,0 %	35,0 %	5,0 %	5,0 %	25,0 %	0,0 %	100,0 %
		% de diagnóstico	0,0 %	24,0 %	25,9 %	11,1 %	14,3 %	26,3 %	0,0 %	21,3 %
		% del total	0,0 %	6,4 %	7,4 %	1,1 %	1,1 %	5,3 %	0,0 %	21,3 %
	11-15 años	Recuerdo	0	3	7	3	2	4	0	19
		% de CRONOCIDAD	0,0 %	15,8 %	36,8 %	15,8 %	10,5 %	21,1 %	0,0 %	100,0 %
		% de diagnóstico	0,0 %	12,0 %	25,9 %	33,3 %	28,6 %	21,1 %	0,0 %	20,2 %
		% del total	0,0 %	3,2 %	7,4 %	3,2 %	2,1 %	4,3 %	0,0 %	20,2 %
	16 - 20 años	Recuerdo	0	4	1	2	1	1	0	9
		% de CRONOCIDAD	0,0 %	44,4 %	11,1 %	22,2 %	11,1 %	11,1 %	0,0 %	100,0 %
		% de diagnóstico	0,0 %	16,0 %	3,7 %	22,2 %	14,3 %	5,3 %	0,0 %	9,6 %
		% del total	0,0 %	4,3 %	1,1 %	2,1 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	9,6 %
	21-25 años	Recuerdo	0	1	0	0	0	0	1	2
		% de CRONOCIDAD	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	100,0 %
		% de diagnóstico	0,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	2,1 %
		% del total	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	2,1 %
> 25 años	Recuerdo	1	0	1	1	2	0	0	5	
	% de CRONOCIDAD	20,0 %	0,0 %	20,0 %	20,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	
	% de diagnóstico	25,0 %	0,0 %	3,7 %	11,1 %	28,6 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	
	% del total	1,1 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	
Total	Recuerdo	4	25	27	9	7	19	3	94	
	% de CRONOCIDAD	4,3 %	26,6 %	28,7 %	9,6 %	7,4 %	20,2 %	3,2 %	100,0 %	
	% de diagnóstico	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	% del total	4,3 %	26,6 %	28,7 %	9,6 %	7,4 %	20,2 %	3,2 %	100,0 %	

se ha llevado a cabo mediante el análisis de la asistencia y la revisión sistemática de todas las historias clínicas de los pacientes de la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del HGUGM de Madrid. Se recopiló información relativa

a aspectos sociodemográficos de los pacientes y asistencias realizadas durante el primer año de la clínica. El periodo de inclusión se extendió a 10 primeros meses de funcionamiento (marzo a diciembre de 2008).

Tabla 2	Comorbilidad entre TCA y consumo de sustancias									
	CONSUMO DE CANNABIS (%)			CONSUMO DE COCAÍNA (%)			CONSUMO DE ALCOHOL (%)			
	NO	PASADO	ACTUAL	NO	PASADO	ACTUAL	NO	PASADO	AISLADO	DIARIO
AN Restric	4	0	11,10	4,5	5	0	7,1	0	3,3	0
AN Purgat	28	30,8	16,70	28,4	30	0	35,70	0	23,3	0
BN Purgat	26	30,8	33,3	28,4	25	42,9	14,3	50	35	50
BN noPurg	8	7,7	16,70	7,5	10	28,6	3,6	0	11,7	25
T Atracón	12	0	5,6	9	0	14,30	17,9	0	1,7	25
TCANE	16	30,8	16,7	17,9	30	14,30	10,7	50	25	0
Otros diag	6	0	0	4,5	0	0	10,7	0	0	0

## Sujetos

El estudio incluye a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años derivados desde su Hospital de referencia, su Centro de Salud Mental (CSM) de referencia, o de la Unidad de Día de Tratamiento Intensivo para TCA, y que han recibido un diagnóstico de trastorno de Conducta Alimentaria (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificado) según criterios DSM-IV-TR.

## RESULTADOS

### Procedencia

El número total de pacientes incluidos en este estudio fue de 101 pacientes. La mayoría de los pacientes (71,3%) fueron derivados desde su CSM de referencia frente al 8,5% de la Unidad de Día y el 1% del Hospital. Casi el 20% accedieron por vías inusuales a petición del propio interesado (canalizaciones, servicios de atención al paciente, etc.)

### Características clínicas de los pacientes

Respecto a la presentación clínica, las formas purgativas de la anorexia (25,5%) y la bulimia nerviosa (29,8%) son mucho más frecuentes que las restrictivas o no purgativas (4,3% AN y 8,5% BN). A pesar de no ser una categoría independiente dentro de la clasificación DSM-IV-TR (si bien en la clasificación ya se apunta la necesidad de considerarlo como una entidad aparte en próximas clasificaciones), hemos separado el trastorno por atracón del trastorno de conducta alimentaria no especificado. La intención era no solapar en la misma categoría a los 6 pacientes (6,4%) cuyo principal problema son los atracones en ausencia de otra sintomatología

alimentaria, con los 20 pacientes (21,3%) que no cumplen estrictamente los criterios de Anorexia y Bulimia Nerviosa (por ejemplo, pacientes con conductas restrictivas y purgativas de cierta gravedad pero que no cumplen el criterio de dos atracones semanales que exige el DSM, o pacientes con sintomatología de Anorexia Nerviosa que sin embargo tienen un índice de masa corporal normal pues fueron derivados a nuestra unidad tras cierto tiempo en tratamiento y ya se había producido cierta mejoría sintomatológica.

### Tiempo de evolución

Los TCA son enfermedades caracterizadas por su cronicidad, de hecho el 33% de nuestros pacientes en el momento de llegar a la unidad tenía un tiempo de evolución de la enfermedad de entre 2-5 años, seguido de un 21,3 % con un tiempo de evolución de entre 6-10 años, por lo que al menos la mitad de la muestra se incluiría en el intervalo de evolución de entre 1 año y 10 años, siendo el porcentaje de cronicidad (años de evolución de la enfermedad) mayor para los diagnósticos AN purgativa y BN purgativa. (Tabla 1)

### Características sociodemográficas

De los 94 pacientes citados en la clínica durante el año 2008, el 93,6% son mujeres y el 6,4% son varones. La edad media de los pacientes es de 29,99 años (DT 10,56). La edad del paciente más joven atendido en la clínica es de 18 años mientras que la edad máxima es de 75 años.

El 89,4% de los pacientes citados en la clínica tiene menos de 40 años. En esta muestra son más frecuentes los pacientes solteros, 71,3% frente a un 23,4 % que están casados. Es importante además destacar que más de la mitad

de los pacientes atendidos son universitarios (56,4%) de los cuales el 20,2 % son AN purgativas.

En relación a la actividad laboral, el 49,7 % están en activo, de los cuales el 19,1% padecen BN de características purgativas.

### Comorbilidad entre TCA y consumo de sustancias

Tal y como se ha expuesto en la introducción, resulta sorprendente las altas tasas de comorbilidad con abuso de sustancias de estos pacientes. En nuestra muestra el 19,8 % de los pacientes son consumidores de una o mas sustancias (cannabis, cocaína o consumidores de manera perjudicial alcohol). El consumo esporádico de alcohol, no se ha considerado patológico en esta ocasión dado que tiene carácter social y sin repercusiones en la actividad sociolaboral de quien lo consume.

En relación al consumo de cannabis entre los pacientes con TCA, aquellos que consumen de manera abusiva y perjudicial en el presente el 33% fueron diagnosticados de BN purgativas, seguidos con el mismo porcentaje de 16,7% los pacientes diagnosticados de AN purgativa, BN no purgativa y TCANE. (Tabla 2)

En cuanto al consumo de cocaína (Tabla 2) de los pacientes que consumen de manera actual esta sustancia el 42,9% fueron diagnosticados de BN purgativas seguidas de las bulimias no purgativas, sin embargo entre los pacientes que reconocen consumo en el pasado de manera perjudicial el 30% fueron diagnosticados de AN tipo purgativa y TCANE, a diferencia del consumo actual donde la frecuencia observada es mayor en los pacientes con BN.

El 4 % de los pacientes de la muestra de la Clínica TCA consumen de manera regular y perjudicial alcohol (Tabla 2), de los cuales el 50% corresponden a los diagnosticados de BN purgativa, de la misma manera que aquellos pacientes que consumen de manera esporádica alcohol (59,4% de la muestra), el 77,8% son pacientes diagnosticados de BN.

### Comorbilidad entre TCA y ansiedad y/o Trastornos afectivos.

Se constata en esta muestra que la comorbilidad de los TCA es mayor con trastornos de ansiedad, que con trastornos afectivos (54,5 frente a 13,9%). Los trastornos de ansiedad son la comorbilidad más frecuente dentro de cada categoría diagnóstica de TCA.

Entre los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos, la categoría diagnóstica de TCA más frecuente es la de

### comorbilidad con trastornos de ansiedad/afectivos.

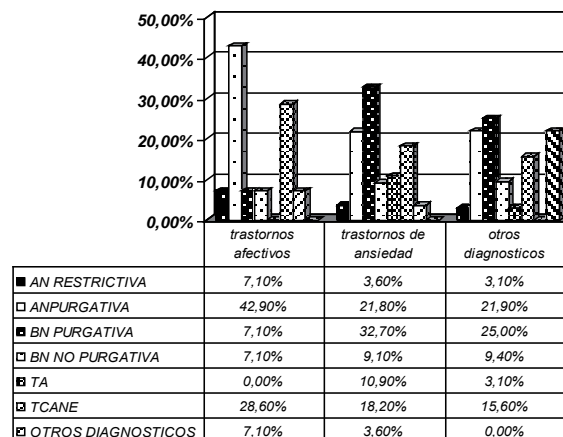


Figura 1 Comorbilidad TCA y trastornos ansiosos y afectivos

AN tipo purgativa diagnosticada en el 42,9%, de los 13,9% de los pacientes de la muestra que cumplían criterios para trastornos afectivos como comorbilidad en el eje I. Sin embargo dentro de los 54,5% de los pacientes de la muestra total diagnosticados de trastornos de ansiedad el 32,7% de los pacientes fueron diagnosticados de BN purgativa. (Figura 1)

### Resultados. Actividad asistencial

En lo relativo al ratio de asistencias, los pacientes han acudido a más del 80% de las citas individuales. Respecto a la asistencia a los grupos, ésta oscila entre un 55,26% (grupo de comorbilidad TCA con Trastorno de Personalidad) y un 72,41% (grupo de psicoeducación familiar). En total, el ratio global de asistencia es de un 82,43%.

Respecto al número de visitas por paciente, durante el 2008 el 51% de los pacientes atendidos recibieron menos de 10 asistencias en esta clínica, el 25% entre 11 y 20 asistencias, el 14% entre 21 y 30, el 5% entre 31 y 40, y el 5% entre 41 y 50. Ningún paciente precisó más de 50 asistencias en la clínica durante el año 2008.

Durante su estancia en la clínica TCA, en 11 ocasiones ha sido necesario la derivación a ingreso en UHB en el Servicio de Psiquiatría de su hospital de referencia. Concretamente 2 pacientes, precisaron ingreso en la UHB del servicio de Psiquiatría en dos y tres ocasiones respectivamente motivados por descompensaciones psicopatológicas en los cuadros afectivos comorbidos en eje I. Las seis restantes ocasiones corresponden a seis pacientes cinco de los cuales corresponden a ingresos derivados de descompensaciones psicopatológicas con verbalizaciones autolíticas estructu-



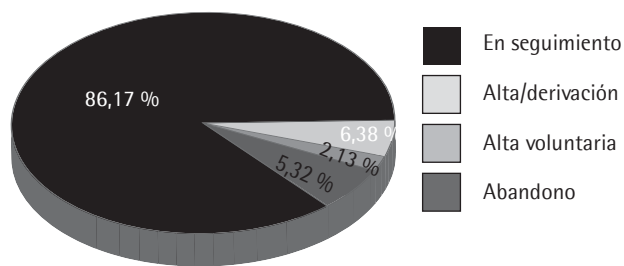


Figura 2

Evolución de los pacientes atendidos en la clínica de trastorno de conducta alimentaria durante el año 2008. Los datos están expresados en forma de frecuencias relativas

radas y en una ocasión a causas nutricionales. De los 11 ingresos descritos en cinco ocasiones fueron motivados por sobreingestas medicamentosas en contextos de episodios depresivos mayores asociados al TCA.

Respecto a la evolución, de los 94 pacientes que han recibido asistencia durante el año 2008, 81 continúan en seguimiento, 6 han recibido el alta o han sido derivados a otros dispositivos para seguimiento, 2 han solicitado Alta Voluntaria, y 5 han abandonado el tratamiento. (Figura 2)

## DISCUSIÓN

Aunque los estudios de prevalencia en incidencia revisados demuestran que los TCANE ocupan en el momento actual la primera posición en cuanto a prevalencia de TCA, en nuestro análisis detectamos que las formas de TCA más frecuentes son las de BN (38,3%) seguido de AN (28,8%). Esta casuística puede deberse a que nuestro centro es un dispositivo especializado en el abordaje de estos casos complejos y de alta gravedad, los cuales en su inmensa mayoría provienen de otros dispositivos donde no han respondido al tratamiento, por lo que parece más probable que pudiesen corresponderse con cuadros clínicos complejos de AN y BN y no cuadros incompletos como TCANE. De hecho estos resultados replican los obtenidos Rockert y Kaplan<sup>23</sup> donde se analizan los resultados obtenidos en un centro ambulatorio de TCA en Toronto y donde la edad media de los pacientes que asisten es de 28,49 años, edad homologable por lo tanto a la obtenida en nuestros resultados (29,9 años).

Los datos obtenidos además avalan los resultados de otros estudios donde la frecuencia de los TCA es mucho mayor en las mujeres que en los varones<sup>24-29</sup>. Las altas no constituyen en sí un alta definitiva de los Servicios de Salud

mental, sino que cuando el estadio clínico del paciente lo permite, se produce la derivación a su CSM de referencia, donde se entiende que la continuidad en los cuidados de TCA se realiza con menor frecuencia. Recuérdese que en la Clínica TCA la asistencia media del paciente es de una visita en la semana con su terapeuta responsable en sesión individual, y en función del caso también asiste al grupo semanal. En otras ocasiones la escasa asistencia y cumplimiento de objetivos con la Unidad, hace que estos pacientes sean además derivados a sus CSM de referencia cuando sus inasistencias no son justificadas en al menos cinco ocasiones, contabilizando esta inasistencia como abandono, previa notificación al paciente y a su psiquiatra de referencia.

Si bien la Clínica TCA fue creada como un dispositivo de referencia para proveer los cuidados a este tipo de pacientes, y aunque es conocida la escasa conciencia de enfermedad de esta patología por quien la sufre, el contrato y cumplimiento terapéutico es esencial para la buena evolución del cuadro.

Los resultados obtenidos en relación a la alta comorbilidad de los TCA con los trastornos de ansiedad coinciden con los previos, sin embargo son pocos los estudios que valoran la existencia de síntomas alimentarios dentro de los trastornos ansiosos, solo un estudio hace referencia a este aspecto, encontrando que en una muestra de 257 pacientes con trastornos de ansiedad el 12% cumplían criterios para TCA<sup>30</sup>.

La aparición de los trastornos de ansiedad, suele preceder a la aparición del TCA y la aparición precoz de estos trastornos se han considerado un factor predisponente para el desarrollo de un TCA<sup>31</sup>. La relación entre el pronóstico de la enfermedad y la comorbilidad con trastornos ansiosos muestra datos inciertos, mientras que algunos estudios sugieren una peor evolución del trastorno, otros sin embargo rechazan esta idea<sup>10</sup>.

En relación al consumo de sustancias<sup>16</sup> los resultados observacionales obtenidos en este estudio coinciden con otros estudios donde la prevalencia para el consumo de sustancias es mayor para BN donde parece que el consumo se centra principalmente en cocaína, anfetaminas y tranquilizantes, relacionándose el uso de tranquilizantes con la severidad de los atracones y el alcohol y la cocaína con la severidad de la purga<sup>15, 18</sup>. Esta relación podría explicarse desde la dimensión de la impulsividad en los síntomas bulímicos que se ha sugerido que está relacionada con el consumo perjudicial de sustancias. Sin embargo, la mayoría de los estudios, incluyendo este mismo, encuentran limitaciones en la cronología de la aparición de los síntomas alimentarios y del consumo de sustancias, sobre si estos precediesen al consumo y fuesen un factor de riesgo a la aparición del TCA o apareciesen posteriormente<sup>32</sup>.

## CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en el primer año de funcionamiento de esta Clínica especializada en el abordaje de los casos más complejos de los TCA, podemos concluir la necesidad de la creación y mantenimiento de estos dispositivos específicos en el abordaje de estos trastornos psiquiátricos con graves complicaciones tanto médicas como psiquiátricas. Se deduce que un subgrupo de pacientes con TCA caracterizado por importantes dificultades en el control de impulsos tanto a nivel alimentario como a nivel afectivo o de las relaciones interpersonales precisan de una atención específica e intensa. Dicha atención debe integrarse en un conjunto de recursos que permitan tratar además del TCA los rasgos asociados tales como la escasa tolerancia a la frustración, las dificultades en las relaciones interpersonales, el consumo de tóxicos y gestos suicidas y parasuicidas que caracterizarían a un amplio conjunto de pacientes con características multimpulsivas. Estos recursos asistenciales de tercer nivel, deben contar con la coordinación de toda la red asistencial sanitaria que permitan el flujo de los pacientes en función del estadio de la enfermedad y las necesidades asistenciales que esta precise. Finalmente hay que concluir que al menos desde este dispositivo se observa un nuevo perfil de pacientes TCA. Se trata de pacientes de larga evolución con un predominio sintomático de la purga, con una importante comorbilidad con los trastornos de ansiedad y de abuso de sustancias. Y desde el punto de vista asistencial precisan una alta intensidad de contactos terapéuticos tanto individuales como grupales para conseguir cierta contención y estabilidad. Estudios posteriores demostrarán hasta que punto este tipo de dispositivo se convierte en un recurso para la cronicidad o para la rehabilitación y remisión de la psicopatología de la conducta alimentaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43(6):691-701.
- Olesti Baiges JPM, Martín Vergara N, de la Fuente García M et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas en Reus. *AN Pediatr (Barc)* 2008;68(1):18-23.
- Hoek HW, Brook FG, Patterns of care of anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985;19(2-3):155-60.
- Lahortiga-Ramos F et al. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *Eur Psychiatry* 2005;20(2):179-85.
- Emborg C. Mortality and causes of death in patients with eating disorders in Denmark, 1970-1993. *Ugeskr Laeger* 2001;163(25):3476-80.
- Herzog DB et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2000;28(1):20-6.
- Nakamura K, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *Int J Eat Disord* 2000;28(2):173-80.
- Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(2):122-30.
- Schwalberg MD et al. 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):675-81.
- Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(4):253-74.
- Laessle RG et al. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study. *Br J Psychiatry* 1987;151:785-9.
- Fernandez-Aranda F et al. Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res* 2008;157(1-3):147-57.
- Corstorphine E et al. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eat Behav* 2007;8(1):23-30.
- Bulik CM et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004;65(7):1000-6.
- Franko DL et al. Interactions between eating disorders and drug abuse. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(7):556-61.
- Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994;16(1):1-34.
- Herzog DB et al. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006;39(5):64-8.
- Wiederman MW, Pryor T. Substance use among women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996;20(2):163-8.
- Wiseman CV et al. Substance dependence and eating disorders: impact of sequence on comorbidity. *Compr Psychiatry* 1999;40(5):332-6.
- Madrid., P.d.S.d.I.C.d. Pacto social de la comunidad de Madrid contra los Trastornos del comportamiento alimentario: La anorexia y la bulimia. 2007; Available from: <<http://www.madrid.org/cs>>).
- Cassin SE, Von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(7):895-916.
- Newton JR, Freeman CP, and J. Munro. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(6):389-94.
- Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S99-S103.
- Ruiz-Lazaro PM. Epidemiology of eating behavior disorders in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(2):85-94.
- Pelaez-Fernandez MA, Labrador FJ, Raich RM. Comparison of single- and double-stage designs in the prevalence estimation of eating disorders in community samples. *Span J Psychol* 2008;11(2):542-50.
- Imaz C et al. Health care analysis of eating disorders in Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):75-81.
- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):383-96.
- Mancilla-Díaz JM et al. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(6):463-70.
- Hay PJ et al. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS ONE* 2008;3(2):1541.
- Becker CB, DeViva JC, Zayfert C. Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity assessment. *J Anxiety Disord* 2004;18(3):255-74.
- Bulik CM et al. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(2):101-7.
- Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2004;28(3):343-51.