



Artículo original

Síntomas conductuales y emocionales de adolescentes que consultan a un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria

Lucia Carolina Osorio Acuña^{a,*} y Alvaro Franco Zuluaga^b

^a Especialista en psiquiatría infantil y del adolescente, Docente del Departamento de Psiquiatría, Universidad ICESI, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

^b Especialista en psiquiatría infantil y del adolescente, Docente de psiquiatría de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de septiembre de 2020

Aceptado el 25 de noviembre de 2020

On-line el 4 de mayo de 2021

Palabras clave:

Bulimia nerviosa

Anorexia nerviosa

Trastorno por atracones

Síntomas emocionales

Síntomas conductuales

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones complejas de origen multifactorial que tienen como principal característica la preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo, que causa gran malestar y afectación física llevando a una disminución de la calidad de vida y alteraciones de la funcionalidad del paciente y su entorno social. El objetivo de este estudio es describir los síntomas de orden emocional y conductual de los adolescentes que consultan en la ciudad de Bogotá a un programa especializado en TCA.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo de corte transversal, para el que se reclutó a pacientes de 11-19 años con diagnóstico de TCA.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes con diagnóstico de TCA, el 92% mujeres. El promedio de edad de los pacientes fue $16,6 \pm 1,9$ años. El 57% de los pacientes viven en hogar biparental y el 30%, en hogar monoparental. El 72% de la población tenía un rendimiento académico excelente. El 50% de los pacientes estaban moderadamente enfermos. El 60% estaba en tratamiento farmacológico con ISRS. El 65% de los pacientes cumplían criterios clínicos de trastorno de ansiedad; el 30%, de trastorno depresivo; el 22,5%, de problemas de agresividad, y el 17,5%, de conducta delictiva. El 72,5% de la muestra muestra criterios clínicos de síntomas internalizantes y el 42,5%, de síntomas externalizantes, y la mayoría de ellos son pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa.

Conclusiones: Los pacientes con bulimia nerviosa obtuvieron en los diferentes síntomas de orden emocional y conductual puntuaciones superiores que con los demás trastornos alimentarios. Esta entidad ofrece mayor psicopatología, la cual se debe examinar rigurosamente al momento de la atención clínica, buscando disminuir el impacto funcional que estos síntomas generan en el individuo.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciaopsiquiatria@gmail.com (L.C. Osorio Acuña).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.024>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Behavioural and Emotional Symptoms of Adolescents Consulting a Specialised Eating Disorders Programme

A B S T R A C T

Keywords:

Bulimia nervosa
Anorexia nervosa
Binge eating disorder
Affective symptoms
Behavioural symptoms

Introduction: Eating disorders (EDs) are complex conditions of multifactorial origin. Their main characteristic is excessive concern about body weight and shape, which causes great discomfort and physical problems and leads to a decrease in quality of life and alterations in the patient's functionality social environment. The objective of this study is to describe the emotional and behavioural symptoms of adolescents who consult a specialised ED programme in the city of Bogota.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study, for which patients between 11 and 19 years old with an ED diagnosis were recruited.

Results: Forty patients with an ED diagnosis were included, of which 92% were female. The mean age of the patients was 16.6 ± 1.9 years; 57% of patients live in a two-parent home and 30% in a single-parent home; 72% of the sample had excellent academic performance; 50% were moderately ill; 60% received pharmacological management with SSRIs; 65% of patients met clinical criteria for anxiety disorder, 30% for depressive disorder; 22.5% had aggression problems; 17.5% criminal behaviour; 72.5% of the sample met clinical criteria for internalising symptoms and 42.5% for externalising symptoms, the majority being patients with a diagnosis of bulimia nervosa.

Conclusions: Patients with bulimia nervosa obtained higher scores in the different emotional and behavioural symptoms than those with other eating disorders. This condition is associated with greater psychopathology, which must be examined rigorously at the time of clinical care, seeking to reduce the functional impact that these symptoms generate on the individual.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones complejas de origen multifactorial que tienen como principal característica la preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo, lo cual lleva a la aparición de la distorsión en la imagen corporal; se acompañan de restricción voluntaria de alimentos o atracones de comida que causan gran malestar y afectación física alterando la funcionalidad del paciente y su entorno social¹. Suelen aparecer durante la adolescencia y afectan predominantemente a las mujeres. Sin embargo, algunos estudios indican que estos síntomas aparecen con más frecuencia en la etapa prepuberal y en los varones². En los últimos años, ha cobrado más importancia la detección de la psicopatología asociada con estos trastornos; un estudio encontró que el 94,5% de los pacientes con bulimia nerviosa (BN), el 76,5% de aquellos con trastorno por atracones y el 56,2% del grupo con anorexia nerviosa (AN) cumplían al menos 1 criterio diagnóstico en el eje I. Los TCA se relacionan positivamente con casi todos los síntomas nucleares del DSM IV de los trastornos del afecto, ansiedad, trastorno por control de impulsos y abuso de sustancias⁵.

Las estadísticas sobre el comportamiento de los TCA en Colombia son desconocidas y se cuenta solo con datos parciales de estudios en población comunitaria en universidades y colegios del país, como el realizado en Bogotá, para determinar la frecuencia de los TCA, los factores de inicio y

mantenimiento, así como las comorbilidades, en una población de 937 estudiantes de 12-20 años de edad; se detectaron 141 casos probables de TCA, de los cuales el 53,7% cumplía criterios clínicos de TCA, con *odds ratio* (OR) = 3,91 (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 2,62-5,84) para comorbilidad con síntomas depresivos y OR = 4,87 (IC95%, 3,27-7,29) para síntomas ansiosos². Otro estudio de corte transversal aplicó el cuestionario EDI-2 para determinar factores de riesgo de TCA a 481 estudiantes de 3 colegios privados femeninos de la ciudad de Manizales; el 24,7% de los encuestados tenían factores de riesgo de TCA, entre los cuales están: consumo de alcohol, antecedentes familiares, percepción de sobrepeso, funcionalidad familiar e índice de masa corporal (IMC)³. [tabla 1](#), [tabla 2](#)

En la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, se describen los principales trastornos mentales de la población colombiana, teniendo en cuenta el grupo etario y la prevalencia en los últimos 30 días y en el último año. En la adolescencia, la prevalencia de algún trastorno mental fue del 7,2%, y los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (5%)⁴, cifra que concuerda con las estadísticas mundiales. Debido a la baja prevalencia de los TCA en el mundo y dado los pocos estudios realizados en Colombia sobre este tema, la última Encuesta Nacional de Salud Mental centró la investigación en las conductas alimentarias de riesgo, las cuales se encuentran íntimamente relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria. En los resultados globales del grupo de adolescentes encuestados, se encontró que el 9,5% de los

Tabla 1 – Distribución según trastorno de la alimentación y presencia de síntomas internalizantes

		Rango clínico	Rango normal	Riesgo clínico	Total
Diagnóstico Del Tca	Anorexia nervosa	15	4	1	20
	Bulimia nervosa	12	2	1	15
	Trastorno alimentario nos	1	1	1	3
	Trastorno por atracones	1	1	0	2
Total		29	8	3	40

Tabla 2 – Distribución según trastorno de alimentación y presencia de síntomas externalizantes

		Rango clínico	Rango normal	Riesgo clínico	Total
Diagnóstico Del Tca	Anorexia nervosa	8	7	5	20
	Bulimia nervosa	7	4	4	15
	Trastorno alimentario nos	2	1	0	3
	Trastorno por atracones	0	2	0	2
Total		17	14	9	40

varones y el 8,8% de las mujeres reportaron algún tipo de comportamiento alimentario de riesgo. Sin embargo, la proporción de adolescentes con 2 o más conductas alimentarias de riesgo desciende al 2,7%, prevalencia cercana a las cifras mundiales de TCA⁴. Los adultos jóvenes de Bogotá reportan las mayores prevalencias de conductas de riesgo de TCA (11,4%; IC95%, 9,0%-14,4%), seguidos por los de la región Atlántica (10,1%; IC95%, 8,4%-12,2%)⁴. En Latinoamérica y particularmente en Colombia, no existen estudios en población de adolescentes con diagnóstico de TCA que describan los síntomas psiquiátricos que acompañan a estos trastornos. Por ello, conocerlos resulta de gran importancia no solo para entender los epifenómenos del trastorno, sino para implementar y desarrollar un tratamiento multidisciplinario más efectivo a largo plazo, que incluya la detección temprana y el tratamiento de síntomas psiquiátricos asociados, los cuales generan gran morbilidad y representan un desafío a la hora de tratar estas enfermedades.

El objetivo de este estudio es realizar una descripción de los diferentes síntomas afectivos y conductuales que se presentan en la población de adolescentes con TCA que consultan a un centro especializado en su tratamiento.

Métodos

Este es un estudio observacional descriptivo de corte transversal, llevado a cabo con la finalidad de describir los síntomas de orden emocional y/o conductual asociados con los TCA (anorexia, bulimia, trastorno por atracones y TCA NOS), de los adolescentes que consultan a un programa especializado. La población de estudio fueron los pacientes adolescentes de 11-19 años con diagnóstico de TCA (anorexia, bulimia, trastorno por atracones y TCA NOS), atendidos en un programa especializado de TCA en una clínica pediátrica de medicina prepagada en Bogotá que consultaron entre agosto y diciembre de 2018. Realizó el diagnóstico de TCA un especialista en psiquiatría (con entrenamiento en TCA) y/o por el equipo terapéutico, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-5.

Los factores analizados fueron: sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, personas con que vive); medidas antropométricas (talla, peso, índice de masa corporal [IMC]); relacionados con el diagnóstico de trastorno de

alimentación (tipo de diagnóstico, tiempo de evolución, comorbilidad médica, comorbilidad psiquiátrica) y relacionados con el tratamiento (tratamiento farmacológico, modalidad de tratamiento, tiempo de tratamiento).

Instrumentos

Las variables que mide el instrumento *Youth Self Report* (YSR) (puntuación total, dimensión internalizante, dimensión externalizante) en relación con el funcionamiento (escala clínica de impresión global) se basan en los datos obtenidos de la entrevista y el examen mental. Las variables mencionadas se recogieron en un cuestionario estructurado con datos demográficos básicos, medidas antropométricas e información sobre el trastorno de alimentación; además, todos los pacientes respondieron el cuestionario YSR, el cual se divide en 2 partes: la primera evalúa las habilidades y competencias deportivas, sociales y académicas; la segunda incluye 112 preguntas, de las que 16 exploran las conductas adaptativas o prosociales y las restantes evalúan una amplia gama de conductas problema. Los síntomas psicopatológicos se dividen en 9 síndromes: depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, trastorno de la conducta, problemas del pensamiento, problemas de relación, quejas somáticas, problemas de atención y conductas fóbicas/ansiosas. Estos síndromes se clasifican en 2 categorías grandes: la categoría internalizante, que implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, se relaciona con síntomas de angustia, depresión y estados alterados del ánimo y agruparía los síndromes de depresión/retraimiento, quejas somáticas y ansiedad; la categoría externalizante es la que va dirigida hacia los demás, causa molestia a otras personas y se relaciona con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad y conducta desorganizada, y agruparía los síndromes de conducta delictiva y trastorno de la conducta. Este cuestionario se ha validado en estudios realizados en Latinoamérica^{5,6}.

Análisis estadístico

Para el análisis se utilizó el software IBM SPSS®. Se realizaron estadísticas descriptivas mediante tablas de contingencia para obtener medidas de tendencia central y dispersión, en el

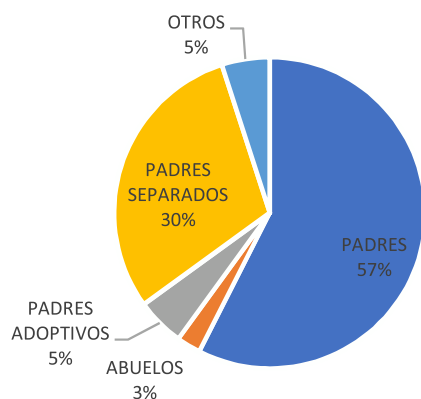


Figura 1 – Distribución de la población según las personas con que vive.

caso de las variables numéricas con promedios y en el de las categóricas, con porcentajes.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación de una institución universitaria de la ciudad de Bogotá. Todos los participantes dieron el asentimiento y se contó con el consentimiento informado de los padres o de la persona responsable de los menores. Se garantizaron la confidencialidad y el respeto por la información brindada.

El estudio presenta un sesgo de selección, dado que se invitó a participar en el estudio a población remitida a consulta especializada en TCA. Con el fin de minimizar otros sesgos, los investigadores que aplicaron directamente los instrumentos resolvieron las dudas que pudieran presentarse, con lo que se evitó la distorsión en la comprensión de las preguntas.

Resultados

Características sociodemográficas

Se incluyó a un total de 40 pacientes, del total de pacientes aptos ($n=40$), 37 (92%) eran mujeres y 3 (8%), varones (proporción 8:1). El promedio de edad de los pacientes fue $16,6 \pm 1,9$ años. En cuanto a la estructura familiar, se halló que el 57% ($n=23$) de los pacientes viven con sus padres y el 30% ($n=12$), con uno de los padres (padres separados) (fig. 1).

Al evaluar el grado de escolaridad al momento del estudio, se encontró que el 58% ($n=23$) de la población se encontraba cursando bachillerato; el 40% ($n=16$) estudiaba en la universidad y el 2% ($n=1$), en primaria. En el análisis por rendimiento académico, el 72% ($n=29$) de la población tenía un rendimiento académico excelente; el 25% ($n=10$), bueno y el 3% ($n=1$), regular. Se encontró que el 85% ($n=17$) de los pacientes con diagnóstico de AN tienen un rendimiento académico excelente.

Trastorno de alimentación

El 50% ($n=20$) de la población tenía diagnóstico de AN; el 37% ($n=15$), de BN; el 8% ($n=3$), de TCA no especificada y el 5%

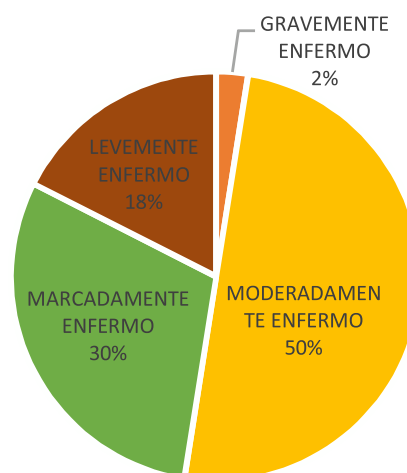


Figura 2 – Distribución de la población según la gravedad de la enfermedad.

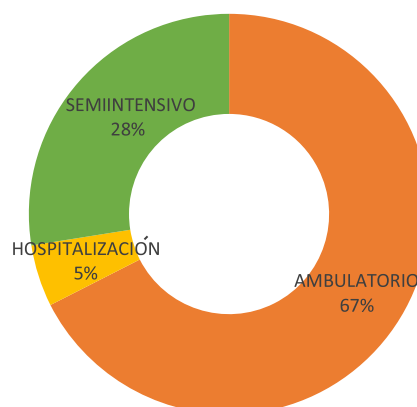


Figura 3 – Distribución de la población según la modalidad de tratamiento.

($n=2$), de trastorno por atracones. Respecto al tiempo de evolución del trastorno de alimentación, se halló una media de 21 (6-63) meses. Al evaluar la gravedad de la enfermedad medida por la escala ICG (Impresión Clínica Global), el 50% ($n=20$) de los participantes estaban moderadamente enfermos; el 30% ($n=12$), marcadamente enfermos y solo el 2%, gravemente enfermos (fig. 2).

Los pacientes con AN se encontraban en la franja de enfermedad entre marcada y moderada, con tasas del 58,3% ($n=7$) y el 50% ($n=10$) respectivamente. En la determinación del IMC, se halló una media de 21,2 (14,5-19,2); la media en AN fue de 18,7 y en BN, 22,9.

Modalidad de tratamiento y antecedentes

La mayoría de los pacientes, el 67% ($n=27$), se encontraban en modalidad de tratamiento ambulatorio al momento de la entrevista (fig. 3).

El tratamiento farmacológico de los pacientes al momento del estudio era en un 60% ($n=25$) con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), un 32% ($n=12$) sin

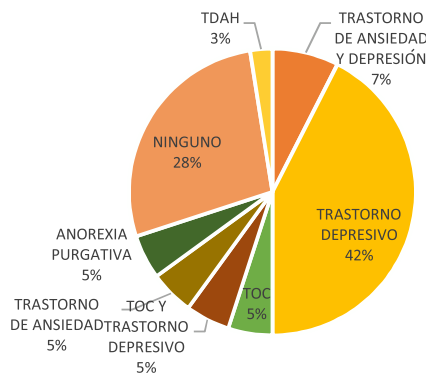


Figura 4 – Distribución de la población según los antecedentes psiquiátricos.

tratamiento farmacológico, un 5% ($n=2$) con antidepresivos duales y un 3% ($n=1$) con antipsicóticos atípicos.

Entre los antecedentes psiquiátricos que al momento de la entrevista no hacen parte de la comorbilidad, el 42% ($n=17$) tenía un antecedente de trastorno depresivo (fig. 4).

Questionario YSR

Para la dimensión de ansiedad, el 65% ($n=26$) de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos, el 13% ($n=5$) se encontraba en riesgo clínico y el 22% ($n=9$), en el intervalo normal. De los pacientes que cumplían criterios de ansiedad, el 65% ($n=13$) tenía diagnóstico de AN y el 73,3% ($n=11$), de BN. Para la dimensión de depresión/retraimiento, el 30% ($n=12$) de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos de depresión, el 25% ($n=10$) estaba en riesgo clínico y el 45% ($n=18$), en el intervalo normal. De los que cumplían criterios clínicos de depresión, el 53,3% ($n=8$) tenía diagnóstico de BN y el 20% ($n=4$) de AN.

En la dimensión de quejas somáticas (cansancio, pesadillas, náuseas, cefalea, problemas de piel, dolor abdominal y dolores en general), 9 pacientes con TCA (22,5%) se encontraban en el intervalo clínico; 16 (40%), en riesgo clínico y 15 (37,5%), en el intervalo normal. El 33,3% ($n=5$) de los pacientes que cumplían criterios clínicos tenían BN. En la dimensión de problemas sociales, 7 pacientes con TCA (17,5%) tenían problemas sociales y 26 (65%) no. El 20% ($n=4$) que presentaba problemas tenía diagnóstico de AN y el 20% ($n=3$) de BN.

En la dimensión de problemas de pensamiento (donde se evalúan pensamientos suicidas, ideas repetitivas o extrañas, alucinaciones auditivas y visuales o alteraciones del sueño, entre otros) el 32,5% ($n=13$) de los pacientes con TCA se encuentran en el intervalo clínico y el 55% ($n=22$) en el normal. De estos, el 40% ($n=8$) tiene diagnóstico de AN.

Para la dimensión de problemas de atención, en total 5 pacientes con TCA (12,5%) cumplían criterios clínicos, 2 (5%) se encontraban en riesgo clínico y 33 (82,5%) en el intervalo normal. De los pacientes que cumplían criterios, el 20% ($n=3$) tenían diagnóstico de BN. Para la dimensión de problemas de agresividad (discusiones frecuentes, hostilidad, desobediencia, cambios de humor frecuentes, irritabilidad, problemas en el colegio y en casa o destrucción de objetos, entre otros), 9 pacientes con TCA (22,5%) presentaban criterios clínicos y 26

(65%) se encontraban en el intervalo normal. De los pacientes que cumplían criterios clínicos de agresividad, el 25% ($n=5$) tenía diagnóstico de anorexia.

En la dimensión de conducta delictiva (consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y tabaco, mentiras frecuentes, trampas, robo en propiedades, fugas de casa o el colegio o inicio de incendios, entre otros), 7 pacientes con diagnóstico de TCA (17,5%) cumplían criterios clínicos, 26 (45%) se encontraban en el intervalo normal y 7 (17,5%) estaban en riesgo. El 20% ($n=3$) de los pacientes que cumplían criterios clínicos de conducta delictiva tenían diagnóstico de bulimia.

Al evaluar los síntomas internalizantes, el 72,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos y el 20% estaba en el intervalo normal. El 80% de los pacientes que cumplían criterios de síntomas internalizantes tenían diagnóstico de BN y el 75%, de AN.

Respecto a los síntomas externalizantes, el 42,5% de los pacientes con TCA estaban en el intervalo clínico; el 22,5%, en riesgo clínico y el 35%, en el intervalo normal. De los pacientes que cumplían criterios clínicos, el 46,6% tenía diagnóstico de BN y el 40%, de AN.

Para la puntuación total del cuestionario YSR, la media estaba en 82,5 (15-143) puntos (el intervalo clínico). El 62,5% ($n=25$) de los pacientes con TCA tenían puntuaciones en el intervalo clínico, que se relacionó con la gravedad de los síntomas alimentarios. De los pacientes que obtuvieron puntuaciones en el intervalo clínico, el 73,3% ($n=11$) tenían diagnóstico de BN y el 60% ($n=11$), de AN.

El 83,3% ($n=10$) de los pacientes que puntuaron en el intervalo clínico del trastorno de alimentación según la escala clínica global del cuestionario YSR tenían enfermedad marcada y el 65% ($n=13$), moderada.

Discusión

Con los datos obtenidos, se realizó un análisis descriptivo sobre las características de una población clínica ($n=40$) con diagnóstico de TCA que consulta para el tratamiento interdisciplinario (nutrición, psicología y psiquiatría).

La distribución de los pacientes por sexos se encuentra en proporción mujeres:varones de 9:1, lo cual coincide con estudios realizados en otros países, donde los trastornos de alimentación afectan más a las mujeres que a los varones^{7,8}. Respecto a la composición familiar, el 57% de los pacientes viven en hogar biparental; el 30%, en hogar monoparental y el 5%, con padres adoptivos, lo cual coincide con el promedio nacional. Según la Encuesta de Demografía y Salud, un tercio del total de los hogares del país (33,2%) están ocupado por familias nucleares biparentales y el 12,6%, por nucleares monoparentales⁹.

Al evaluar el grado de escolaridad, todos los encuestados estaban escolarizados al momento de la entrevista, el 58% cursaba bachillerato, el 40% estudiaba en la universidad y el 2%, en primaria, cursos que corresponden a las edades de los pacientes. Según las tasas nacionales de acceso a la educación, en Bogotá el 20,9% de las mujeres completa la educación secundaria y el 31,9% accede a la educación superior; la proporción de acceso es mucho mayor según las características socioeconómicas de los hogares⁹, lo cual se ajusta con los hallazgos,

dado que la población de estudio tiene acceso a medicina prepagada y corresponde en general a un nivel socioeconómico medio-alto y alto. Respecto al rendimiento académico, el 85% de la población de estudio con diagnóstico de AN tiene un rendimiento académico excelente, lo que puede estar relacionado con las actitudes de perfeccionismo y autoexigencia, características propias de las pacientes con estos trastornos¹⁰. Varios estudios han descrito una función intelectual generalmente alta en pacientes con AN^{11,12}. Otros autores han informado una función intelectual promedio en pacientes con AN, medida tanto en grupos clínicos^{13,14} como en estudios de base poblacional¹⁵. Sin embargo, un estudio encontró que los pacientes con AN restrictiva e IMC muy bajo (12,8) mostraron una reducción significativa de las puntuaciones de inteligencia a gran escala¹⁶. Estudios clínicos y metanálisis recientes sobre funciones neurocognitivas en trastornos de la alimentación, específicamente en AN, evidencian una alteración de leve a moderada de las funciones ejecutivas respecto a la población general, e involucra alteraciones en áreas como velocidad del procesamiento, memoria de trabajo, funciones visuoespaciales, dificultades en la inhibición y el cambio de tareas¹⁷⁻²⁰.

En cuanto a la distribución por diagnóstico, el 50% corresponde a AN; el 37%, a BN; el 8%, a trastorno de alimentación no especificado y el 5%, a trastorno por atracones, lo cual no se asemeja a lo descrito en la literatura, donde las mayores tasas de prevalencia son las del trastorno por atracones (1,6-3,5%), seguidas por las de BN (0,9-1,5%) y AN (0,3-0,9%)^{7,8}. Respecto a nuestros resultados, se puede inferir que la alta proporción de AN y la baja tasa de trastorno por atracones pueden deberse a la institución pediátrica especializada, de referencia en TCA, donde se atienden casos de alta complejidad y con mayor morbilidad, que en este caso son enfermedades más graves como AN y BN.

Al evaluar la gravedad de la enfermedad medida por la escala ICG, la mayoría de los pacientes consultantes se encuentran en la franja de enfermedad moderada-marcada, con las tasas más altas para el diagnóstico de AN; el 58,3% tenía enfermedad marcada y el 50%, moderada, lo cual concuerda con el grado de deterioro funcional y la modalidad de tratamiento ambulatorio y semiintensivo, ya que son pacientes atendidos en una consulta altamente especializada en TCA y, por lo tanto, padecen una afección alimentaria grave.

Al indagar sobre el tratamiento farmacológico que recibían al momento de la entrevista, el 60% tomaba ISRS, el más común la fluoxetina. Actualmente es el tratamiento farmacológico más prescrito; tiene evidencia científica moderada para la prevención de recaídas y el tratamiento de síntomas asociados con comorbilidad psiquiátrica (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad) de pacientes con estado nutricional recuperado²¹.

Entre los antecedentes psiquiátricos que no hacen parte de la comorbilidad actual, se halló trastorno depresivo en el 42% de los pacientes y ningún trastorno previo en el 28%. Esto se ha sido descrito en varios estudios, donde los síntomas depresivos representan un predictor de la posterior aparición de TCA, y su incidencia aumenta en el curso del trastorno^{8,22,23}.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos del cuestionario YSR, en la dimensión de ansiedad se encontró que el 65% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos de diagnóstico de ansiedad; de estos, el 73,3% tenía diagnóstico de

BN y el 65%, de AN. Este hallazgo concuerda con los resultados de un estudio realizado a partir de la muestra de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos, aplicada a 2.980 pacientes con TCA; el mayor riesgo (OR=8,6; IC95%, 3,4-21,6) fue de trastorno de ansiedad en pacientes con BN y no hubo asociación con la AN (OR=1,9; IC95%, 0,9-4,1)⁸. Sin embargo, existen estudios en población clínica que reportan mayor comorbilidad de trastornos de ansiedad en AN que en BN; los estudios poblacionales²² indican que los síntomas de ansiedad y los trastornos alimentarios no están relacionados.

Para la dimensión de depresión/retraimiento, el 30% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos de depresión: el 53,3% son pacientes con diagnóstico de BN y el 20%, con AN, lo cual concuerda con los hallazgos de otros estudios⁸, que han establecido mayor riesgo (OR=4,3; IC95%, 1,7-10,8) de trastorno depresivo en pacientes con BN y menor riesgo en la AN (OR=2,7; IC95%, 1,3-5,7).

En la dimensión de quejas somáticas (cansancio, pesadillas, náuseas, cefalea, problemas de piel, dolor abdominal, dolores en general), el 22,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos, y el 33,3% de ellos tenían BN. Estos datos concuerdan con los de otros estudios que reportan que los pacientes ambulatorios con BN informaron niveles significativamente mayores de síntomas somáticos que los pacientes con anorexia³⁴; la gravedad de los síntomas somáticos fue alta con ambos trastornos. Además, hay evidencia de una asociación estrecha entre la gravedad de los síntomas somáticos y la presencia de ansiedad y depresión^{24,25}.

Al evaluar la categoría general de síntomas internalizantes, el 72,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos; el 80% de estos tenían diagnóstico de BN y el 75%, de AN, lo cual confirma que la comorbilidad con trastornos afectivos y ansiosos es más la norma que la excepción entre los pacientes con TCA.

En la dimensión de problemas de pensamiento (donde se evalúan pensamientos suicidas, ideas repetitivas o extrañas, alucinaciones auditivas y visuales o alteraciones del sueño, entre otros), el 32,5% de los pacientes con TCA se encuentran en el intervalo clínico; el 40% de ellos tienen diagnóstico de AN. A partir de estos hallazgos, se puede inferir que los problemas del pensamiento están presentes como síntomas que acompañan a los trastornos de ansiedad y del afecto, los cuales son comunes en estos pacientes.

Para la dimensión de problemas de atención, el 12,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos de problemas de atención; 3 pacientes tenían diagnóstico de BN. La escasa presencia de síntomas atencionales concuerda con el hallazgo de rendimiento académico excelente. Numerosos estudios han encontrado que el TDAH tiene más relación con los trastornos alimentarios que presentan atracones compulsivos, como la BN y el trastorno por atracones^{8,26,27}. Un metanálisis encontró que entre las personas con TDAH había similar riesgo de AN (OR=4,28; IC95%, 2,24-8,16) y de trastorno por atracones (OR=4,13; IC95%, 3,00-5,67), y un mayor riesgo en pacientes con BN (OR=5,71; IC95%, 3,56-9,16)²⁸. Un estudio llevado a cabo con datos de la encuesta nacional de vida y comorbilidad estadounidense encontró que el TDAH tiene fuerte relación con la BN y que la asociación a lo largo de la vida con AN no es estadísticamente significativa³⁵.

En la dimensión de problemas de agresividad (discusiones frecuentes, hostilidad, desobediencia, cambios de humor frecuentes, irritabilidad, problemas en el colegio y en casa o destrucción de objetos, entre otros), el 22,5% de los pacientes con TCA presentaban criterios clínicos, y el 25% de ellos tenían diagnóstico de anorexia. Algunos estudios reportan mayor grado de agresividad, hostilidad e ira en pacientes con trastornos de la alimentación^{29,30}. La agresividad puede estar mediada por múltiples factores, como los rasgos de personalidad, la desregulación emocional y el mal control de los impulsos, que son característicos de estos trastornos, especialmente del espectro bulímico³¹. Además, la agresividad observada en pacientes con anorexia y bulimia puede ser consecuencia de los síntomas alimentarios, es decir, del ciclo constante de atracones y conductas restrictivas que lleva a concentraciones anormales de serotonina^{32,33}. La depresión, que es bastante frecuente en los trastornos de la alimentación, puede llevar a conductas hostiles y mayor propensión a la agresión²⁹.

En la dimensión de conducta delictiva (consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y tabaco, mentiras frecuentes, trampas, robo en propiedades, fugas de casa o del colegio o inicio de incendios, entre otros), el 17,5% de los pacientes con diagnóstico de TCA cumplían criterios clínicos; el 20% de ellos tenían diagnóstico de BN. Estos hallazgos concuerdan con los de otro estudio⁸ que describe mayor riesgo de trastornos de la conducta en pacientes con BN (OR = 4,7; IC95%, 2,0-10,8). Esta asociación aumenta si se añade el consumo de sustancias psicoactivas (OR = 5,3; IC95%, 1,6-17,6).

Al evaluar la categoría de síntomas externalizantes, el 42,5% de los pacientes con TCA estaban en el intervalo clínico. De los pacientes que cumplían criterios, el 46,6% tenía diagnóstico de BN y el 40%, de AN, por lo que se puede inferir que los pacientes con BN son los que tienen mayores problemas de conducta.

En la puntuación total del cuestionario YSR, la media era 82,5 (15-143) puntos (el intervalo clínico). El 62,5% de los pacientes con TCA estaban en el intervalo clínico, lo cual se relaciona con la gravedad de los síntomas alimentarios. De estos pacientes, el 73,3% tenía diagnóstico de BN, lo que hace pensar que esta enfermedad se presenta en mayor comorbilidad con síntomas del eje I que los demás trastornos de alimentación.

Las altas tasas de prevalencia de síntomas internalizantes y externalizantes encontradas en la población de estudio, especialmente en pacientes con diagnóstico de BN, crean la necesidad de plantear estrategias dirigidas a la detección temprana de trastornos afectivos y de conducta a la hora de abordar los trastornos de la alimentación, con el fin no solo de disminuir el impacto en los síntomas alimentarios, sino de mejorar el funcionamiento general de los pacientes y su entorno familiar.

Limitaciones

El estudio tiene las siguientes limitaciones. Se observó mayor frecuencia de las afecciones más graves como la AN, al tratarse de una consulta especializada en TCA. Dada la finalidad de describir los síntomas de orden emocional y/o conductual aso-

ciados con los TCA, se trata de un estudio de tipo observacional descriptivo y de corte transversal, por lo que las correlaciones encontradas no son de causalidad. Se contó como instrumento central con el cuestionario YSR y no se aplicaron valoraciones de mayor profundidad como inventarios y tests de personalidad. En cuanto a las características sociodemográficas, no se incluyó la condición económica, pues todos los pacientes del estudio provienen de planes complementarios en atención de la salud.

Conclusiones

Hay una mayor prevalencia de trastornos de alimentación en las mujeres. Los síntomas asociados tienen gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

La mayoría de los pacientes con trastornos de alimentación tienen un desempeño académico excelente, cualidad que puede dificultar la detección temprana de la enfermedad, ya que no altera su funcionamiento, incluso en los estadios más avanzados de la enfermedad.

La mitad de los pacientes reclutados en este estudio tienen diagnóstico clínico de AN, al contrario que las tasas de prevalencia mundiales, lo cual hace pensar que esta entidad genera una psicopatología y una morbilidad más visibles, que se traducen en mayor número de consultas y la búsqueda de atención más especializada.

En adolescentes con trastornos alimentarios, el antecedente psiquiátrico más prevalente fue el trastorno depresivo mayor. Las puntuaciones del cuestionario YSR en el intervalo clínico de ansiedad y depresión se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con BN.

La comorbilidad con trastornos del espectro afectivo y ansioso son la norma al hablar de pacientes con trastornos alimentarios, lo cual hace necesario buscar activamente de estas enfermedades para garantizar una detección temprana y oportuna durante el tratamiento.

Los síntomas externalizantes (problemas de agresividad, conducta delictiva) son bastante frecuentes entre los pacientes con diagnóstico de TCA, de manera más evidente en los pacientes con BN.

Los pacientes con BN obtuvieron puntuaciones en los síntomas de orden emocional y conductual mayores que en los demás trastornos alimentarios. Ello hace pensar que esta entidad implica mayor psicopatología, lo cual se debe examinar rigurosamente al momento de la atención clínica, buscando disminuir el impacto funcional que estos síntomas generan en el individuo.

En el tratamiento de los trastornos de la alimentación, es necesario implementar estrategias que conduzcan a la detección temprana de las comorbilidades, con el fin de dar un tratamiento oportuno y disminuir el impacto negativo en el paciente y su familia, lo cual contribuye a una menor gravedad de los síntomas alimentarios.

En Colombia, es necesario realizar estudios clínicos en pacientes jóvenes con trastornos alimentarios de todos los niveles socioeconómicos, con el fin de obtener un conocimiento más amplio del comportamiento de estas afecciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am.* 2015;24:177-96.
- Piñeros S. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:313-28.
- Castaño Castrillón JGD. Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2012;63:46-56.
- Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
- Betancourt D. La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2008;10:29-48.
- Valencia M. Validez del *Youth Self Report* para problemas de conducta en niños mexicanos. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;5:499-520.
- Swanson SA. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:714-23.
- Hudson J. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348-58.
- Encuesta nacional de demografía y salud. Bogota: Ministerio de Salud; 2015.
- Buzzichelli S. Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association? *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26:360-6.
- Connan F. Hippocampal volume and cognitive function in anorexia nervosa. *Psychiatr Res.* 2006;146:117-25.
- Blanz BJ. The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1997;6:129-35.
- Galderisi S. Neurocognitive functioning in subjects with eating disorders: The influence of neuroactive steroids. *Biol Psychiatry.* 2003;53:921-7.
- Ranseen EA. The intellectual functioning of eating disorder patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31:844-6.
- Gillberg IC. The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study including a community-based sample. *Comprehens Psychiatry.* 1996;37:23-30.
- Koyama KI. Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. *Nutrition.* 2012;28:1132-6.
- Rayna B. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;83:678-90.
- Holliday J. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry.* 2005;162:2269-75.
- Lopez C. Weak central coherence in eating disorders: A step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exper Neuropsychol.* 2009;31:117-25.
- Tchanturia K. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *Plos One.* 2011:6.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Washington: APA; 2010.
- Holm-Denoma J. Developmental trends of eating disorder symptoms and comorbid internalizing symptoms in children and adolescents. *Eat Behav.* 2014;15:275-9.
- Measelle J. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in adolescent girls. *J Abnorm Psychol.* 2006;3:524-38.
- Kohlmann S. The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *J Psychosom Res.* 2016;90:51-6.
- Tagay E. Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18:124-32.
- Biederman EA. Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry.* 2010;167:409-17.
- Bleck EA. The comorbidity of ADHD and eating disorders in a nationally representative sample. *J Behav Health Serv Res.* 2015;42:437-51.
- Nazar BP. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2016;49:1045-57.
- Truglia E. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology.* 2006;39:55-68.
- Fava M. Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Res.* 1995;56:205-12.
- Wonderlich SA. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: assessment implications with adolescents. *Int J Eat Disord.* 2004;36:172-82.
- Steiger H. Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2001;31:85-95.
- Anderson IM. Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. *Psychol Med.* 1990;20:785-91.
- Weigel A. Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev.* 2018;1-10.
- Ziobrowski EA. Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Res.* 2018;250:53-9.