

Original

Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria

F. Suárez González*, F. Vaz Leal**, J. A. Guisado** y L. Gómez Lozano***

* Médico de familia. ** Médico Psiquiatra. *** Diplomada en Enfermería. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Badajoz. España.

Resumen

Objetivo: Analizar sujetos femeninos del medio rural, para detectar trastornos alimentarios, y factores relacionados con ellos; aislar dichos factores, y prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios en atención primaria, así como valorar la continuidad en las alteraciones en población general, subclínica y bulímica.

Ámbito y sujetos: Ciento veintisiete mujeres con disfunciones ausentes; 57 subclínicas, y 63 bulímicas; todas del sudoeste español.

Intervenciones: Aquellas adolescentes con riesgo de disfunciones presentarían resultados positivos en rasgos de personalidad patológicos; por lo que la captación en atención primaria, evitaría el paso a formas completas, y estaría a favor de la teoría del *continuum*.

Resultados: Para las edades medias, y de inicio de las dificultades alimentarias, se encontraron diferencias significativas entre subclínicas y bulímicas.

Los sujetos sin disfunciones alimentarias tienen IMC (índice de masa corporal) más bajos que los subclínicos, y éstos que los bulímicos, tanto ahora como en el pasado.

Se recogen antecedentes, objetivos y subjetivos, de sobrepeso en las tres poblaciones, conductas relacionadas con la alimentación y el peso, así como los diferentes síntomas sugerentes de trastornos de personalidad, y datos referentes al consumo de tóxicos.

Conclusiones: En nuestra muestra el 30% de la población puntuaba por encima del punto de corte de las dos escalas utilizadas, por lo que se pueden considerar de riesgo para tener disfunciones alimentarias, y es necesario intervenir desde atención primaria, ya que es en el paso desde la infancia a la adolescencia donde se empiezan a hacer dietas por sobrevaloración del peso, y es en este ámbito donde se puede actuar precozmente.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:259-263)

Palabras clave: *Población rural. Sexo femenino. Trastornos alimentarios.*

Correspondencia: Félix Suárez González.
Castillo Villagarcía de la Torre.
06006 Badajoz.

Recibido: 15-VII-2002.
Aceptado: 10-I-2003.

STUDY OF EATING HABITS IN FEMALE POPULATIONS COMPARING GROUPS WITH AND WITHOUT FOOD-RELATED PATHOLOGY

Abstract

Goal: To analyze female subjects in the rural setting to detect food-related disorders and factors associated with these. To isolate these factors and prevent the development of food-related disorders in Primary Health Care. Also to assess continuity in the alterations in the general, sub-clinical and bulimic populations.

Scope and subjects: 127 women with absence of dysfunctions: 57 sub-clinical and 63 bulimics, all from south-western Spain.

Interventions: Those adolescents at risk of dysfunctions would present positive results in pathological personality traits; therefore, their identification in Primary Health Care would avoid the transition to complete forms and would be favour the theory of the *continuum*.

Results: Significant differences were found between sub-clinical and bulimic women for mean age and age of onset of eating-related difficulties.

Subjects without eating-related dysfunctions have a lower body mass index (BMI) than sub-clinical ones and the latter have less than bulimic subjects, both now and in the past.

The objective and subjective history of excess weight was recorded for all three populations, together with eating-related behaviour and the various symptoms suggesting personality disorders, and data on their consumption of toxic substances.

Conclusions: In our sample, 30% of the population obtained scores above the cut-off value in the two scales used, so they could be considered at risk for having food-related dysfunctions and it is necessary to take action at the level of Primary Health Care, as it is in the transition from childhood to adolescence that diets are begun to be followed because of an excessive assessment of weight and it is in this sphere that early action can be taken.

(*Nutr Hosp* 2003, 18:259-263)

Keywords: *Eating-related disorders. Female gender. Rural population.*

Introducción

Los estudios realizados en población clínica afirman que los trastornos alimentarios están ligados al sexo femenino claramente, ya que el 90-95% de los pacientes son mujeres¹⁻³; se suele dar al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud⁴, manteniéndose cifras bajas de inicio del trastorno tras los 25 años⁵.

Se da en jóvenes con un buen rendimiento intelectual, que tienen éxito en sus estudios, son autoexigentes, perfeccionistas y desean agradar a los demás.

Los estudios realizados en poblaciones no clínicas⁶ demuestran que un 11,5% de los probandos de sexo femenino puntúan 30 o más en el EAT (*Eating Attitudes Test*)⁷, y presentaron actitudes alimentarias y conductas similares a los sujetos con anorexia nerviosa.

Algunos estudios en población de secundaria⁸, han encontrado puntuaciones elevadas en las escalas que evalúan los trastornos alimentarios, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación con el peso, y tendencia al perfeccionismo⁹.

Ya hace tiempo que se acepta que los factores biológicos, psicológicos y sociales desempeñan un papel importante en el desarrollo de la bulimia y varios investigadores han sugerido que la persecución de la delgadez es el elemento nuclear para el desarrollo de este trastorno¹⁰⁻¹³.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en tres poblaciones:

Población general: 127 mujeres de 14 a 25 años, estudiantes de secundaria del sudoeste español, de zonas rurales.

Población subclínica: 56 diagnosticadas en la Facultad de Medicina de Badajoz (Departamento de Psiquiatría) (FMP).

Población clínica: 63 (FMP).

El reclutamiento de los sujetos fue voluntario, y dado que existen estudios anteriores que demuestran la fiabilidad y validez de cuestionarios sobre trastornos alimentarios en población no clínica, éstos se incorporaron a nuestro estudio; los datos se obtuvieron mediante cuestionarios que fueron analizados estadísticamente mediante procedimientos de análisis de regresión simple, χ^2 , varianza de un factor (Anova de una vía), y análisis de regresión logística; se maneja-

ron los datos con el programa SPSS para Windows, versión 10, en castellano.

La inclusión en grupos en la primera fase del estudio se realizó en función de los datos aportados por los cuestionarios empleados; en la entrevista diagnóstica realizada por un psiquiatra o un psicólogo clínico experto en manejo de trastornos alimentarios se descartó o confirmó la posible existencia de un trastorno alimentario actual en los sujetos del grupo en estudio. Los profesionales que entrevistaron a los sujetos de la muestra procedente de la población general fueron los mismos que habían confirmado el diagnóstico en los pacientes del tercer grupo (grupo clínico).

Protocolo de estudio

Se componía de ocho módulos:

Módulo A: conducta alimentaria. Uno de los más importantes compuesto por dos escalas: La IDED¹⁴ (*Interview for diagnosis of eating disorders*, y el EAT¹⁰, que evalúa de 0 a 120 en una escala tipo "Likert"; más de 30 se considera trastorno alimentario.

El BITE (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*)¹⁵, evalúa también disfunciones alimentaria; menos de 9, se considera que no tiene trastornos; entre 9 y 20, población subclínica, y > de 20 clínica.

Módulo B: actitudes hacia el cuerpo y sus funciones.

Módulo C: manifestaciones psicopatológicas generales. Con la SCL-90 (*Symptom Checklist-90*)¹⁶ que valora sintomatología del malestar psicológico de la semana previa.

Módulo D: estructura factorial de personalidad. 16PF (*Cattell's Sixteen Personality Factor*)¹⁷ que evalúa 16 rasgos esenciales de personalidad.

Módulo E: manifestaciones caracteropáticas. SCID-II (*Structured Clinical Interview for the DSM-II-R Personality Disorders*)¹⁸, que ayuda para diagnosticar en los ejes I y II, según el DSM-III-R.

Módulo F: conducta sexual.

Módulo G: datos generales.

Módulo H: uso de tóxicos.

Discusión

Según se puede observar en la tabla I, hay una diferencia de dos años en las formas completas de bulimia frente a los otros dos grupos, con dos años de retraso

Tabla I
E y EI. Edad y edad inicio de las dificultades alimentarias en los tres grupos aislados

Patología alimentaria					
	Sin patología	BN subclínica	BN	F	Signif.
Edad	18,97 (2,45)	18,26 (2,22)	20,03 (3,95)	5,895	0,003 ^c
Edad inic. Dific.	15,202 (2,31)	13,57 (1,75)	15,71 (2,58)	6,283	0,003 ^c

a: grupo 1 frente a grupo 2; b: grupo 1 frente a grupo 3; c: grupo 2 frente a grupo 3.

también en la aparición de los síntomas; esto se puede interpretar en el sentido de que la población sin patología, las disfunciones se relacionan con la preocupación por el cuerpo y el aspecto físico, posiblemente en el contexto de las relaciones interpersonales y de la relación con el otro sexo.

En los sujetos con disfunciones severas, los síntomas pueden tener que ver con los inicios de la adolescencia, como proceso de cambio, es decir con las transformaciones corporales y dificultades de identidad¹⁻³; así la anorexia estaría originada en lo biológico según este autor, mediando el temor en el adolescente de alcanzar un peso adulto.

En el caso concreto de la bulimia nerviosa, existe una teoría que la vincula a la existencia de un sentido del *self* deficiente, que pretende conseguir a través del cuerpo¹⁹.

Así en la bulimia habría un trastorno de identidad, agudizado en la adolescencia.

Los sujetos con síndrome completo tienen IMC (índice de masa corporal) (tabla II) que tiende a presentar grandes oscilaciones en su peso y se diferencian del grupo subclínico tanto en el IMC actual, como en el ideal, datos que concuerdan con otros autores^{20, 21}, que encuentran que las formas atípicas son más realistas que las formas completas.

El grupo con síndrome completo presenta el mayor

número de síntomas alimentarios de la muestra (tabla III), no así el grupo con sintomatología incompleta que presentan porcentajes inferiores en relación a estos síntomas y no utilizan fármacos (anorexígenos o diuréticos) para controlar el peso.

Los pacientes con sintomatología completa presentan igualmente una alta prevalencia de rasgos disfuncionales de personalidad (tabla IV); así se puede definir como propio un perfil A+ (persona afable e inestable), C- (inconstante en su conducta), I+ (se guía por sus emociones), O+ (tienden a actuar según aprobación o desaprobación de los demás; si se incluyen los factores adicionales, la asociación objetivable en este grupo de los factores C-, O+, I+ y Q4+ habla de la existencia de altos niveles de ansiedad en este grupo (clínico) frente a los otros dos de la muestra; este hallazgo confirma la conveniencia de utilizar en la investigaciones que impliquen a población normal métodos no clínicos ya que pueden ser más sensibles y útiles a la hora de encontrar diferencias²².

En lo referente al consumo de tóxicos, observamos en las formas completas más predisposición a consumir benzodiazepinas, cocaína, tabaco y cannabis (tabla V); esto coincide con otros estudios, que muestran la especial prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población con bulimia nerviosa^{23, 24}.

Tabla II

Datos relativos al IMC y la silueta corporal en los tres grupos aislados

<i>Patología alimentaria</i>					
	<i>Sin patología</i>	<i>BN subclínica</i>	<i>BN</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
IMC	20,59 (1,92)	22,76 (2,87)	21,36 (2,85)	15,151	0,0001 ^{a, c}
IMC + bajo	19,27 (2,10)	20,63 (2,69)	18,54 (2,86)	10,138	0,0001 ^{a, b}
IMC + alto	21,37 (2,14)	24,31 (2,65)	24,74 (4,11)	28,385	0,0001 ^b
IMC ideal	19,97 (1,14)	20,04 (1,48)	19,23 (1,45)	7,473	0,001 ^{b, c}
Siluet. real	3,72 (1,24)	5,15 (2,09)	5,13 (1,8)	0,533	0,0001 ^b
Siluet. ideal	3,62 (1,21)	3,41 (1,78)	2,29 (0,95)	16,989	0,0001 ^b

a: grupo 1 frente a grupo 2; b: grupo 1 frente a grupo 3; c: grupo 2 frente a grupo 3.

Tabla III

CD en GA. Conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación en los tres grupos aislados

<i>Patología alimentaria</i>					
	<i>Sin patología</i>	<i>BN subclínica</i>	<i>BN</i>	χ^2	<i>Signif.</i>
Dietas estrictas	16 (13,0%)	35 (64,8%)	42 (67,7%)	71,64	0,0001
Fárm. anorexíg.	1 (1,6%)	0	16 (25,8%)	22,59	0,0001
Diuréticos	0	0	13 (21,1%)	20,63	0,0001
Laxantes	3 (4,9%)	7 (23,3%)	37 (59,7%)	44,27	0,0001
Vómit. autoprov.	1 (1,7%)	9 (31,0%)	54 (87,1%)	92,12	0,0001
Atracones	42 (34,7%)	37 (66,1%)	62 (100,0%)	73,75	0,0001
Ejerc. compuls.	1 (1,7%)	2 (7,1%)	31 (50,0%)	44,35	0,0001

Tabla IV
Puntuaciones en los factores del 16-PF en los tres grupos aislados

<i>Patología alimentaria</i>					
	<i>Sin patología</i>	<i>BN subclínica</i>	<i>BN</i>	<i>F</i>	<i>Signif.</i>
Factor A	5,60 (1,67)	5,29 (1,26)	6,40 (1,95)	0,803	0,449 ^{b,c}
Factor B	5,02 (2,13)	4,71 (2,059)	5,19 (1,99)	0,803	0,449
Factor C	4,88 (1,73)	4,55 (1,80)	3,94 (2,23)	5,226	0,006 ^b
Factor E	4,71 (2,08)	4,61 (2,11)	5,13 (1,94)	1,154	0,317
Factor F	6,34 (1,95)	6,45 (2,11)	5,79 (2,17)	1,935	0,147
Factor G	5,31 (1,55)	4,86 (1,63)	4,81 (1,69)	2,726	0,068
Factor H	5,26 (1,87)	5,16 (1,59)	5,03 (2,64)	0,251	0,778
Factor I	5,02 (1,86)	4,66 (1,93)	6,23 (2,09)	11,363	0,0001 ^b
Factor L	5,84 (1,59)	5,64 (1,82)	5,32 (2,09)	1,761	0,174
Factor M	4,19 (1,82)	4,39 (1,55)	4,84 (2,16)	2,538	0,081
Factor N	5,45 (1,95)	5,02 (2,01)	5,81 (1,71)	2,521	0,083
Factor O	6,45 (1,79)	6,93 (1,64)	7,48 (1,99)	6,862	0,001 ^b
Factor Q1	4,13 (2,04)	4,48 (1,94)	4,65 (1,98)	1,574	0,209
Factor Q2	5,38 (1,79)	4,98 (1,87)	6,02 (1,95)	4,777	0,009 ^b
Factor Q3	4,87 (1,64)	4,88 (1,38)	4,95 (1,86)	0,060	0,941
Factor Q4	5,96 (1,67)	6,13 (1,57)	7,31 (1,82)	13,819	0,0001 ^{b,c}

a: grupo 1 frente a grupo 2; b: grupo 1 frente a grupo 3; c: grupo 2 frente a grupo 3.

Tabla V
T en GI. Consumo de tóxicos en los tres grupos aislados

<i>Patología alimentaria</i>					
	<i>Sin patología</i>	<i>BN subclínica</i>	<i>BN</i>	χ^2	<i>Signif.</i>
Benzodiacepinas					
Actual	3 (2,4%)	4 87,1%)	11 (17,7%)	22,80	0,0001
Pasado	4 (3,2%)	3 (5,4%)	8 (12,9%)		
Nunca	119 (94,4%)	49 (87,5%)	43 (69,4%)		
Coc.-estimulantes					
Actual	0	0	0	5,88	0,053
Pasado	2 (1,6%)	0	4 (6,5%)		
Nunca	124 (98,4%)	55 (100%)	58 (93,5%)		
Cafeína					
Actual	106 (84,1%)	42 (76,4%)	49 (79,0%)	2,38	0,665
Pasado	8 (16,3%)	7 (12,7%)	6 (9,7%)		
Nunca	12 (9,5%)	6 (10,9%)	7 (11,3%)		
Alucinógenos					
Actual	0	0	0	5,82	0,054
Pasado	0	0	2 (3,2%)		
Nunca	125 (100%)	54 (100%)	60 (96,8%)		
Inhalantes					
Actual	3 (2,4%)	1 (1,9%)	1 (1,6%)	2,26	0,687
Pasado	8 (6,4%)	3 (5,6%)	1 (1,6%)		
Nunca	113 (91,2%)	50 (92,6%)	60 (96,8%)		
Tabaco					
Actual	36 (28,6%)	24 (43,6%)	36 858,1%)	24,89	0,001
Pasado	12 (9,25%)	4 (7,3%)	11 (17,7%)		
Nunca	78 (61,9%)	27 (49,1%)	15 (24,2%)		
Cannabis					
Actual	0	1 (1,9%)	1 (1,6%)	14,02	0,007
Pasado	3 (2,4%)	2 (3,7%)	9 (14,5%)		
Nunca	122 (97,6%)	51 (94,4%)	52 (83,9%)		
Analgésicos					
Actual	35 (28,7%)	12 (22,2%)	20 (32,2%)	5,01	0,542
Pasado	39 (32,0%)	16 (29,5%)	17 (27,4%)		
Nunca	48 (39,3%)	26 (41,8%)	24 (38,7%)		

Referencias

1. Crisp AH y Burns T: The clinical presentation of anorexia nerviosa in males. *Int J Eat Disord*, 1983, 2:5-10.
2. 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.
3. Sharp CW, Clark SA, Durán J y cols.: Clinical presentation of anorexia nerviosa in males: 24 new cases. *Int J Eat Disord*, 1994, 15:125-134.
4. Bruch H: Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J Nerv Ment Dis*, 1966, 141:555-566.
5. Turón V, Fernández F y Vallejo J: Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Rev Psiqui Med Barna*, 1992, 19:9-15.
6. Clarke MG y Palmer RL: Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *Br J Psychiatry*, 1983, 142:299-304.
7. Garner DM y Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979, 9:273-279.
8. Halmi KA, Fal JR y Schwartz: Binge-eating and vomiting: a survey of a college population *Psychol Med*, 1981, 11:697-706.
9. Garner DM, Olmsted MP y Garfinkel PE: Does anorexia nervosa occur on a continuum? *Int J Eat Disord*, 1983, 2:11-20.
10. Bruck H: Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. *J Am Med Ass*, 1974, 230:1419-1422.
11. Boskind-Lodahl M: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *J Women Aging*, 1976, 2:342-356.
12. Russell GFM: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol*, 1979, 9:429-448.
13. Rosen JC y Leitenberg H: Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Beh Res Ther*, 1982, 13:117-124.
14. Williamson DA, Davis CJ, Ggoreczny AJ, Bennett SM y Gleaves DH: Development of a simple procedure for assessing body image disturbances Behavioral Assessment, 1989.
15. Henderson M y Freeman CPL: A self-rating scale for bulimia. The "BITE". *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150:18-24.
16. Derogatis LR, Lipman RS y Covi L: SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology (Berl)*, 1973: 13-28.
17. Cattell RB, Eber HW y Tatsuoka MM: Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Champaign III, Institute for Personality and Ability Testing, 1970.
18. Spitzer RL y Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II, 7/1/85) New York State Psychiatric Institute Biometrics Research Department New York, 1985.
19. Schupak-Neuberg E y 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, 13:335-347.
20. Vaz FJ, Peñas EM y Ramos MI: Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German J Psychiatry*, 1999a, 2:59-74.
21. Vaz Leal FJ y Peñas Lledó EM: Estudio diferencial de las formas completas y subclínicas de bulimia nerviosa. *Actas Esp Psiquiatr*, 1999, 27:359-365.
22. Pryor T y Wiederman MW: Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *J Pers Assess*, 1996, 67:414-421.
23. Granner ML, Black DR y Abood DA: Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *Am J Health Behav*, 2002, 26:43-55.
24. Welch SL y 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, 169:451-458.