



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**DEPRESIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN
MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS
JÓVENES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA**

Autor: Loreto Montero Soto

Director Profesional: Elena Gállegos de las Heras

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid

Mayo 2016



**DEPRESIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES Y
ADULTAS JÓVENES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA
NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA**

Loreto
Montero
Soto

DEPRESIÓN Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS JÓVENES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Montero Soto, L.

Universidad Pontificia Comillas (Madrid)

Resumen

Diversos estudios han demostrado que existe una alta tasa de depresión y suicidio en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los objetivos del presente estudio fueron examinar la depresión y el comportamiento suicida en una muestra de mujeres adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa particularmente) y evaluar en qué medida éstos estaban presentes en ambos grupos de sujetos, comparándolos entre sí. El grupo de estudio estuvo conformado por 30 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años, de las cuales 17 cumplían los criterios del DSM-V para el diagnóstico de anorexia nerviosa y las 13 restantes para el de bulimia nerviosa. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Los análisis de datos que se llevaron a cabo fueron pruebas t-Student para muestras independientes. Se observó un diagnóstico frecuente de depresión en la muestra junto con comportamientos suicidas (ideaciones). Los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa presentaron tasas mayores de depresión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la desesperanza de los participantes en función de su diagnóstico para anorexia nerviosa ni para bulimia nerviosa. La investigación futura debe centrarse en aquellos pacientes más graves que muestren otros trastornos asociados, como lo es la depresión. Ello permitirá evitar desenlaces trágicos ante la presencia de este tipo de patologías comórbidas.

Abstract

Several studies have shown high depression and suicidal rates in patients with eating disorders (ED). The aims of this project were to examine depression and suicidal behaviors in a sample of adolescents and young women with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa in particular) and to assess the extent of these in both groups of subjects, comparing them with each other. The study group consisted of 30 women aged between 18 and 30 years, of which 17 met the DSM-V criteria for the diagnosis of anorexia nervosa and the remaining 13 for bulimia nervosa. The measurement methods used were the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Beck Hopelessness Scale (BHS). The data analysis conducted were Student t-tests for independent samples. A frequent diagnosis of depression and suicidal behaviors (ideations) was

observed in the sample. Subjects diagnosed with bulimia nervosa had higher rates of depression. No statistically significant differences between the hopelessness of the participants according to their diagnosis for anorexia nervosa or bulimia nervosa were found. Future research should focus on those most seriously ill patients showing other related disorders such as depression. This will prevent tragic outcomes in the presence of such comorbid conditions.

Palabras clave/Keywords

Depresión, suicidio, trastornos de la conducta alimentaria, mujeres, adolescentes, adultas jóvenes, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa/ depression, suicide, eating disorders, women, adolescents, young women, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

Diversos estudios internacionales han demostrado que existe una alta tasa de depresión y suicidio en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Algunos de los investigadores se han centrado en diferenciar tales tendencias en pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), tratando de dilucidar quiénes son más propensos a la depresión y/o al suicidio. Teniendo en cuenta que los datos se muestran controvertidos, parece que en la bulimia nerviosa es más frecuente encontrar depresión, adicciones y uso de sustancias químicas, mientras que la anorexia nerviosa parece estar más asociada a trastornos de ansiedad, fobias y trastorno obsesivo-compulsivo (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009; Godart, Perdereau, Jeammet y Flament, 2005).

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este trabajo es arrojar algo de luz en lo que a esta cuestión se refiere, el estudio se limitará al rango de edad comprendido entre los 18 y los 30 años. No obstante, a lo largo de este trabajo se tratará a la población como adolescente, aún a sabiendas de que dicha etapa abarca desde los 12 hasta los 21 años. La justificación de tal decisión recae en el hecho de que la literatura es consistente a la hora de afirmar que los adolescentes (entendiendo la adolescencia como la etapa más crítica en lo que a la aparición de estas patologías se refiere) son igualmente propensos a desarrollar síntomas propios de un TCA sin ser la división de las fases de esta etapa (temprana: entre los 12 y los 14 años; media: entre los 15 y los 17 años; tardía: entre los 18 y los 21 años) un factor discriminante en la población estudiada. Además, tampoco parecen encontrarse diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por estos sujetos en lo que a la depresión atañe, y los segmentos etáreos descritos. Por último y en esta misma dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ratifica que el mayor porcentaje de suicidio femenino se da entre los 15 y los 24 años (Vega et al., 2009; Vega et al., 2009).

La adolescencia se constituye como una fase de transición de la niñez a la adultez y, por tanto, como uno de los momentos más vulnerables para el ser humano. Se trata de una etapa del ciclo vital que se encuentra multideterminada por factores físicos, psíquicos, sociales y culturales, y que se inicia a partir de un hecho biológico: la pubertad. El cambio físico impone en el aparato psíquico la necesidad de una nueva reorganización mental, que obliga al adolescente a elaborar varios duelos en su transformación a la adultez (Vega et al., 2009; Vega et al., 2009).

Debido a los cambios propios de la etapa por la que atraviesa, el adolescente se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad a la aparición de ciertos trastornos ligados a una dificultad en la mentalización, entre los cuales se encuentran los TCA. Esta vulnerabilidad se despierta más en las mujeres, pues son éstas las que más viven esta etapa como una amenaza hacia la propia integridad. Además, se vuelven más vulnerables no sólo a los TCA, sino también a la depresión, cuyos rasgos se deben a la aparición de los caracteres sexuales secundarios que rompen con la imagen corporal infantil adquirida y que son vivenciados por éstas como una disminución de la feminidad. En ellas se movilizan también aspectos psicológicos muy primarios que las confrontan con estados de ánimo difíciles de comprender para ellas y su entorno. Este proceso de duelo se vuelve inevitablemente más riesgoso para quienes cuentan con un yo más frágil (Vega et al., 2009).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un conjunto de graves y anómalas conductas relacionadas con la ingesta de alimentos, que aparecen con mayor incidencia en la adolescencia y con una prevalencia significativamente mayor en las mujeres (Vega et al., 2009). Se definen como una serie de manifestaciones multideterminadas que se desarrollan sobre una personalidad deficitaria de base, y donde la autoestima y el sentimiento de existencia se encuentran ligados a una imagen idealizada de la delgadez extrema. No obstante, se acompañan de síntomas secundarios a las conductas desarrolladas para lograr tal ideal, como pueden ser el ayuno, los atracones, los vómitos, etc. (Vega et al., 2009).

Los TCA que se recogen en el DSM-V son: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa (tipo restrictivo vs. tipo por atracón/purgas), la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (American Psychiatric Association, 2014). A continuación se describen más en detalle dos de los TCA mencionados más frecuentes: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El motivo del estudio más en profundidad de ambos trastornos se debe al objetivo primordial de este trabajo, es decir, dilucidar en qué medida la

depresión y el comportamiento suicida están presentes en una muestra de mujeres adolescentes y adultas jóvenes con anorexia y bulimia nerviosa.

En la anorexia nerviosa hay una restricción de la ingesta energética, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Así mismo, existe un miedo intenso a ganar peso o a engordar, una falta de reconocimiento de la gravedad del peso actual, y una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. Según Vega et al., (2009), la anorexia nerviosa aparece normalmente en la adolescencia temprana (entre los 12 y los 14 años). Estos autores describen a estas pacientes como sujetos que realizan dietas muy severas y presentan rituales en su alimentación. Son personas que, por lo general, evitan acudir a reuniones donde puedan verse presionadas a comer, suelen esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada, y suelen ser introvertidas, reticentes, pasivas y perfeccionistas. Tanto es así, que estos rasgos parecen permanecer estables luego de la recuperación del peso (American Psychiatric Association, 2014; Vega et al., 2009).

Por su parte, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones. Éstos se basan en la ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar. Paralelamente a ellos, existe una falta de control en la persona sobre lo que se ingiere durante el episodio. A su vez, se dan comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (al menos una vez a la semana durante tres meses), como el vómito, el ayuno o el ejercicio físico o el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos. Para Vega et al., (2009), la bulimia nerviosa es un trastorno de aparición más tardía, donde la autoevaluación se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Son pacientes, según estos autores, más sociables, impulsivos y con una mayor tendencia a la tristeza y al suicidio por ser más lábiles desde el punto de vista afectivo (American Psychiatric Association, 2014; Vega et al., 2009).

Es importante dejar claro que los TCA se constituyen como un problema de salud con un alto impacto en nuestra sociedad, y cuya incidencia ha ido aumentando desde los años 70 hasta la actualidad de manera alarmante. Diversos estudios abalan tales afirmaciones e indican que los TCA cada vez están más extendidos. En una muestra de 1720 adolescentes mujeres con edades comprendidas entre los 13 y los 23 años, se halló una prevalencia del 18,8%. Por su parte, en otro estudio realizado en el año 2003 con 435 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años, el resultado mostró una prevalencia del 14,3% en la población total y del 20,2% en las mujeres de dicha muestra (Vega et al., 2009; Barlow y Durand, 2008).

Además, los estudios indican que un porcentaje muy elevado de pacientes con TCA cumple criterios para, al menos, un diagnóstico adicional. En esta línea, las categorías diagnósticas más frecuentes son: los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del control de los impulsos y las disfunciones sexuales.

En el caso de la bulimia nerviosa, ésta parece presentar una estrecha relación con los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado del ánimo y el abuso de sustancias. Por su parte, en la anorexia nerviosa, están también presentes los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado del ánimo, el abuso de sustancias y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Echeburúa y Marañón, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

La Depresión

Los trastornos del estado de ánimo, en general, reciben ese nombre porque se caracterizan por marcadas desviaciones del estado anímico. En esta línea, la depresión de mayor gravedad y diagnosticada con más frecuencia es el episodio depresivo mayor. Los criterios del DSM-V indican que se trata de un estado de ánimo deprimido que dura al menos dos semanas y que representa un cambio con respecto al funcionamiento previo. Entre los criterios se incluyen, además, una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, una pérdida importante de peso sin hacer dieta o un aumento del mismo, un aumento o una disminución del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, un sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, una disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intentos de suicidio o planes específicos para llevarlo a cabo. No obstante, si bien todos los síntomas son importantes, estudios recientes sugieren que los cambios físicos son fundamentales en este trastorno (Barlow y Durand, 2008; American Psychiatric Association, 2014).

Los estudios reflejan que aproximadamente un 19% de la población experimenta un trastorno del estado de ánimo en algún momento de su vida. En estos estudios, también se confirma que es dos veces más probable que las mujeres manifiesten trastornos del estado de ánimo en comparación con los hombres, y más concretamente si nos centramos en el trastorno depresivo mayor. Así mismo, si se tiene en cuenta la cronicidad y la gravedad de estos trastornos, la prevalencia es verdaderamente elevada, lo cual demuestra un impacto sustancial ya no solo en los individuos afectados y en sus familias, sino también en el conjunto de la sociedad. Por su parte, las investigaciones reflejan que la frecuencia de los trastornos depresivos en la adolescencia es más común que en la edad adulta, siendo el trastorno depresivo mayor el más prevalente en esta etapa. Por todo esto, los trastornos del estado de ánimo en la

adolescencia se convierten en algo muy serio dadas sus posibles consecuencias y es que, en esta etapa, por ejemplo, las tasas de intento de suicidio se disparan. Así, en un importante estudio prospectivo en el que se realizó un seguimiento de 4 años a 652 pacientes con trastorno depresivo mayor, éstos conservaron en su mayoría una psicopatología seria y un funcionamiento marcadamente problemático (Barlow y Durand, 2008).

El comportamiento suicida

El comportamiento suicida puede diferenciarse en dos formas, la directa y la indirecta. El comportamiento suicida directo implica la ideación suicida (considerar seriamente el suicidio), el intento suicida (donde la persona sobrevive) y el suicidio consumado o logrado. Por su parte, el indirecto hace referencia a otros comportamientos de riesgo que no llevan implícitos la intención de quitarse la vida. En la literatura, un número considerable de diferentes términos se han utilizado para describir la conducta suicida. En este sentido, algunos autores hablan del “comportamiento autodestructivo”, el cual implica autoagresiones físicas repetitivas, deliberadas y directas sin un intento suicida consciente de por medio que conlleve una amenaza real de la vida del sujeto. Por otro lado, otros autores utilizan el término “autoagresión deliberada”, un acto que no acarrea consecuencias fatales pero que sí implica conductas tales como la automutilación o la propia intoxicación. Por último, el abanico del comportamiento suicida también puede incluir a individuos que quieren acabar con su vida, a otros que manifiestan indiferencia entre la idea de seguir viviendo o morir, y a aquellos que no quieren morir (Barlow y Durand, 2008; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen, Koivisto, 2005).

El suicidio es otra de las causas de muerte que está justo al nivel de las condiciones médicas más alarmantes, como lo son el cáncer o el SIDA. Las tasas de ideación suicida en población adulta no clínica oscilan entre un 12% que refiere presentar un plan de suicidio hasta un 21% que informa de pensamientos relacionados con quitarse la vida. En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que situó al suicidio como la décimo tercera causa de muerte. En esta dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. Parece que un 25% de aquellos que han intentado suicidarse en algún momento, volverá a intentarlo en el próximo año, y el 10% lo logrará en un plazo de diez años. Ahora bien, resulta aún más preocupante el aumento dramático en los últimos años de la muerte por suicidio entre los adolescentes, sobre todo entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (Barlow y Durand, 2008; Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006; Eichen et al., 2015).

Por último, resulta importante señalar que más de un 90% de las personas que se quitan la vida sufren de algún trastorno psicológico. Así, entre el 45% y el 70% presentan depresión unida a rasgos impulsivos y agresivos, trastornos de personalidad o alcoholismo (todo ello

muchas veces unido a una pérdida reciente). Por su parte, los estudios indican que hasta un 75% de los suicidios de adolescentes se asocian con algún trastorno del estado de ánimo existente, así como entre un 25% y un 50% se asocian con el consumo y el abuso de alcohol en esta misma etapa del desarrollo. Es, por tanto, esta combinación de trastornos lo que parece generar una vulnerabilidad mayor en lo que a cometer el acto se refiere en comparación con cualquier otro trastorno aislado (Barlow y Durand, 2008; Gutiérrez-García et al., 2006).

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y Depresión

La depresión se encuentra íntimamente relacionada con los TCA. En esta línea, es difícil pensar en la existencia de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa sin asociar la misma con un cuadro depresivo, y es que la prevalencia oscila entre el 40 y el 80% de los casos. (Echeburúa y Marañón, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). La depresión se acepta, por tanto, como una característica central de los TCA. De hecho, se espera que hasta un 98% de los sujetos con TCA padezcan un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida (Fennig y Hadas, 2010; Godart, 2005; O'Brien y Vincent, 2003).

Meng y D'Arcy (2015), encontraron que prácticamente la mitad de los sujetos de su muestra que presentaban problemas alimenticios sufrían también de trastornos del estado de ánimo o de trastornos de ansiedad.

En el estudio llevado a cabo por Strober y Katz, entre el 25% y el 80% de los pacientes con TCA presentaron una alta prevalencia de depresión en la Escala de Hamilton. Por su parte, en otro estudio que empleaba el mismo instrumento, el 40,7% de los sujetos con anorexia nerviosa y el 23,6% de aquellos con bulimia nerviosa, presentaron puntuaciones en rangos moderada o severamente depresivos.

Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) compararon la prevalencia de la depresión entre una muestra piloto de 54 mujeres sin TCA y otra de igual número de mujeres con TCA. Los resultados mostraron que la severidad de la depresión, medida con la escala HDRS de Hamilton, fue significativamente mayor en el grupo con TCA. Concretamente, se observó una prevalencia de depresión severa del 18,5% frente al 0% encontrado en la muestra de mujeres sin la patología alimentaria, siendo 23,7 veces mayor el riesgo de depresión moderada a severa en el grupo de mujeres con TCA. Así mismo, un estudio sueco comparó un grupo de 51 adolescentes (en su mayoría mujeres) con anorexia nerviosa, con un grupo control formado por el mismo número de éstos. Los resultados mostraron la presencia de un 86% de depresión en el grupo de adolescentes con anorexia nerviosa, mientras ésta sólo se encontraba presente en un 14% en el grupo control (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007; Meng y D'Arcy, 2015; O'Brien y Vincent, 2003).

En esta misma dirección, otros autores postulan que la incidencia de una alteración afectiva entre pacientes con anorexia nerviosa oscila entre el 52% y el 98%, siendo la depresión el trastorno más común. Mientras tanto, en las pacientes bulímicas estas cifras fluctúan entre el 52% y el 83% (Behar, Arriagada y Casanova, 2005).

Así mismo, Green et al. (2009) afirman que las tasas de prevalencia de depresión mayor en trastornos de la alimentación oscilan entre el 36% y el 76% en bulimia nerviosa y entre el 36% y el 86% en anorexia nerviosa (Green et al., 2009).

Sin embargo, a pesar de que la asociación entre ambos trastornos es innegable, la naturaleza de dicha relación permanece aún controvertida. En esta dirección, varios investigadores han intentado hallar una asociación predictiva entre los TCA y la depresión. Mientras para un grupo de ellos la depresión precede al desarrollo de un TCA e incrementa especialmente los síntomas bulímicos (como por ejemplo los atracones), para otros los TCA son previos a la depresión (incluso en los casos de depresión mayor). Por último, para un tercer grupo, se trata de dos patologías que comparten factores etiológicos y donde los mecanismos intervinientes son también compartidos, por lo que en muchos casos coexisten.

En trabajos en los que se ha intentado determinar la relación temporal entre el trastorno alimentario y el trastorno depresivo, sólo en una pequeña minoría de casos se ha podido apreciar que la alteración del estado de ánimo precede a la patología alimentaria. Aproximadamente la mitad de las personas con anorexia nerviosa afectadas de trastorno depresivo mayor, lo sufren poco antes de iniciarse la anorexia nerviosa. No obstante, las posturas entre autores reflejan contradicción. Así, a la vista de Edelstein y Yager, los síntomas depresivos suelen ser secundarios y ocasionados por la pérdida ponderal y la situación de estrés constante en que viven estas pacientes y que acarrearán sentimientos de fracaso, inutilidad e infravaloración (Vega, 2009; Behar et al., 2005; Behar et al., 2007; Godart, 2005).

Vandereyken propuso que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pudieran ser una variante de trastorno afectivo y recalzó que, a mayor sintomatología de ambos trastornos, mayor era la patología depresiva. Otros autores han planteado la posibilidad de que sean factores ambientales y genéticos los que puedan conducir a un incremento de la vulnerabilidad para ambas patologías. Parece que las bases biológicas que subyacen a estos trastornos y que suponen una disfunción adrenérgica y serotoninérgica, pueden ser comunes (Behar et al., 2005; O'Brien y Vincent, 2003).

Así, los estudios muestran que tanto las pacientes con bulimia nerviosa como las que presentan un trastorno depresivo mayor, poseen de manera similar, sentimientos de inadecuación general, inseguridad, inutilidad y sensación de descontrol sobre sus vidas. Por otro lado, tanto las pacientes con anorexia nerviosa como las depresivas, presentan como rasgos

comunes una sensación de ineficacia personal y de alienación y rechazo general a la hora de establecer relaciones cercanas (desconfianza interpersonal). La frecuencia de sintomatología compatible con depresión en la bulimia nerviosa varía del 11% al 100% y en la anorexia nerviosa fluctúa entre el 20% y el 100% (Behar et al., 2005; Behar et al., 2007).

Surge, por tanto, el interrogante de si estas características clínicas son o no específicas de un trastorno afectivo o de un TCA, o más bien podrían considerarse como dimensiones orientadas a la estructura y el funcionamiento de la personalidad en ambos tipos de pacientes. No obstante, lo que resulta evidente es que los trastornos alimentarios presentan alteraciones del ánimo en su evolución natural, así como los trastornos afectivos muestran variaciones del apetito y de los comportamientos alimentarios en la suya correspondiente (Behar et al., 2005).

Por último, no deja de ser importante el hecho de que se haya identificado un alto rango de depresión, ansiedad y alexitimia en progenitores y familiares de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, comparados con poblaciones control (Behar et al., 2005; Vega et al., 2009).

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y comportamiento suicida

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se inician comúnmente en la adolescencia y continúan a lo largo de la juventud o temprana adultez. Sin embargo, el comportamiento suicida asociado a éstos no ha sido apenas investigado en estos grupos de edad en particular (sobre todo en lo que a la adolescencia se refiere), y los estudios epidemiológicos no ofrecen un panorama claro al respecto. En este sentido, lo que sí parece estar claro es que, aunque los adolescentes en general tienden a involucrarse en un primer momento sólo en intentos suicidas, son éstos quienes presentan un mayor riesgo de consumar el suicidio más adelante. Con todo esto, las investigaciones sugieren que los TCA en la adolescencia (independientemente de cuál se trate) constituyen un factor de riesgo específico para los intentos de suicidio y la muerte por éste en la adultez temprana (Fennig y Hadas, 2010; Yao et al., 2016).

El comportamiento suicida es común en personas con TCA y no sólo eso, sino que la tasa de suicidio en personas con este tipo de patologías excede en la actualidad a la que se corresponde con otros trastornos psiquiátricos. Ello puede encontrar su explicación en la congruencia existente entre los comportamientos que definen a los TCA (el vómito, el uso de laxantes y diuréticos, la restricción severa o los atracones) y los comportamientos autodestructivos, y es que ambos acarrear consecuencias físicas perjudiciales para la persona y aumentan el riesgo de muerte de manera recurrente. Así, las personas que se ven involucradas de manera repetida en comportamientos que causan dolor, resultan ser más propensas a intentar o cometer el suicidio debido a la elevada tolerancia desarrollada para afrontar dicho dolor y a la pérdida del miedo en lo que a éste se refiere (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015).

En uno de los mayores y más largos estudios realizados en el tiempo sobre la incidencia de los TCA y los intentos de suicidio y la muerte como consecuencia de éstos, se comprobó que los trastornos alimentarios se acompañan de un creciente peligro de ambas condiciones en la adolescencia y en la adultez temprana. Así, en la anorexia nerviosa el pico máximo de riesgo se sitúa aproximadamente en los 15 años, mientras que en la bulimia nerviosa se registra en los 22 (Zerwas et al., 2015).

Los índices para al menos un intento suicida oscilan entre el 5,7% en pacientes con anorexia nerviosa hasta un 28% en bulimia nerviosa. A su vez, la prevalencia de ideación suicida es también elevada y el suicidio consumado se consolida como la segunda causa más común de muerte entre los sujetos con anorexia nerviosa, explicando más de un 25% de todos los fallecimientos. No obstante, otros estudios sitúan a los sujetos involucrados en conductas impulsivas como los atracones y las purgas como más prevalentes en lo que a ideación suicida e intentos de suicidio se refiere. Así, los datos en relación a este aspecto son controvertidos (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen y Bulik, 2013; O'Brien y Vincent, 2003).

En esta misma dirección, diversas investigaciones que correlacionaron los intentos de suicidio con los TCA, hallaron mayor prevalencia entre quienes tenían conductas purgativas. Tanto es así, que aún en los casos de anorexia nerviosa, las estadísticas indican que la muerte por suicidio es más frecuente que la muerte por inanición.

En una investigación llevada a cabo entre 2001 y 2002 con 54 pacientes diagnosticados de TCA, el 48% había tenido intentos de suicidio y otro 38% ideaciones suicidas. Por otro lado, en un estudio llevado a cabo con población escolar (700 alumnas sin un aparente diagnóstico de TCA), se encontró que el 14,6% (N = 102) presentaba riesgo para desarrollar un TCA y que la ideación suicida estaba presente en el 17,14% de la muestra (N = 120). No obstante, al profundizar en la investigación se encontró que de las 102 adolescentes con TCA, el 36,27% presentaba ideación suicida (N = 37) y, yendo aún más allá, de las 120 adolescentes con ideación suicida, el 30,83% presentaba además un TCA (N = 37). A su vez, en esta misma investigación se examinó la existencia de correlación entre el ítem 9 del BDI (predictivo del riesgo suicida) y el total del EAT-2 (que evalúa conductas alimentarias patológicas) y sus escalas (Dietante, Bulímica y Control), correlacionando éste con todas ellas y principalmente con la escala Bulimia, y con el total. Esto confirma también lo expuesto por otros investigadores en el sentido de una asociación mayor entre riesgo suicida y conductas bulímicas (Vega et al., 2009).

A su vez, las variables que explican o predicen el comportamiento suicida en pacientes con TCA (especialmente adolescentes) también permanecen poco claras. Algunos autores se

centran en las características clínicas del trastorno, como la duración del mismo o la presencia de conductas purgativas. Otros, por su parte, hacen referencia a las posibles comorbilidades con otras patologías psiquiátricas como la depresión, o bien a una historia previa de abuso sexual. Así mismo, las características psicológicas también han sido estudiadas. Los pocos trabajos al respecto reflejan una mayor intensidad en la insatisfacción corporal en mujeres bulímicas con tendencias suicidas que sin ellas, y el impacto de ciertas características de personalidad como las tendencias obsesivas, el perfeccionismo, la falta de auto-aceptación y la severa distorsión de la imagen corporal. Actualmente y en esta misma línea, se ha encontrado que los intentos de suicidio correlacionan con rasgos impulsivos, trastornos de personalidad del grupo B, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y baja autonomía. Con todo esto parece, por tanto, que el comportamiento suicida en pacientes con TCA presenta diferencias en función de los perfiles sintomáticos de dichas pacientes. Sin embargo, otros estudios como el de Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen y Bulik (2013) no encuentran una asociación significativa entre las características de la patología alimentaria o las variables de personalidad y los intentos de suicidio (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky et al., 2013).

Depresión y comportamiento suicida en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Como se puede apreciar a raíz de lo expuesto, parece que la combinación de patologías en adolescentes y jóvenes (como son los TCA y los trastornos del estado de ánimo), genera una mayor vulnerabilidad en comparación con cualquier otro trastorno aislado en lo que a la decisión de quitarse la vida se refiere. Así, los pensamientos en este contexto no aluden a un tipo de consideración fugazmente filosófica, sino más bien a una contemplación seria del acto (Barlow y Durand, 2008).

De esta forma, aunque la depresión no es una condición necesaria o suficiente para que se cometa el acto suicida, su comorbilidad con los TCA hace que tal fenómeno se incremente en cuanto a sus posibilidades de tener lugar. En este sentido, Viesselman y Roig encontraron que pacientes con TCA que habían intentado suicidarse padecían de depresión y que, en la mayoría de los casos, el factor precipitante que incitaba a tomar tal decisión era el deseo del sujeto de aliviarse de ese estado de disforia o desesperanza (Fennig y Hadas, 2010; Viesselman y Roig, 1985). A su vez, Corcos y colaboradores, notificaron que un 74% de los sujetos suicidas de su muestra padecían de un episodio depresivo anterior o concomitante con el intento suicida (Fennig y Hadas, 2010; Corcos, Taieb, Benoit-Lamy, Paterniti, Jeammet y Flament, 2002). Por su parte, recientemente Miotto y Preti informaron de que en una muestra de 930 adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, la depresión y la agresividad cumplieron el papel de mediadores entre los síntomas alimenticios y la ideación suicida (Fennig y Hadas, 2010; Miotto y Preti, 2007).

Por todo esto, se sugiere avanzar en el estudio de la naturaleza de la asociación entre TCA y depresión, para poder así determinar cuál de los dos trastornos es predictor del otro o si son comórbidos, pues ello permitiría construir políticas de salud y de prevención (Vega et al., 2009). Un diagnóstico apropiado junto con la prescripción de tratamientos efectivos dirigidos a esta problemática, pueden reducir el riesgo de progresión de la ideación suicida al intento suicida y a la compleción del mismo en sujetos con TCA (Preti, Rocchi, Sisti, Camboni, Miotto, 2010). Además, dadas las muertes prematuras en anorexia y bulimia nerviosa, la investigación futura debe centrarse en aquellos pacientes más graves que muestren otros trastornos asociados, como lo es la depresión. Deben desarrollarse más trabajos dirigidos a la detección de desórdenes alimenticios en pacientes que sufren trastornos del ánimo y viceversa (Herzog, Greenwood, Dorer, Flores, Ekeblad, Richards, Blais y Keller, 2000; Behar et al., 2005; O'Brien y Vincent, 2003).

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son examinar la depresión y el comportamiento suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa particularmente) y evaluar en qué medida la depresión y el comportamiento suicida están presentes en ambos grupos de sujetos, comparándolos entre sí.

Hipótesis

Se espera encontrar un diagnóstico frecuente de depresión en la muestra junto con comportamientos suicidas (ideaciones). Por último, se hipotetiza identificar un índice mayor de depresión en los sujetos diagnosticados de anorexia nerviosa y un riesgo suicida mayor en los diagnosticados de bulimia nerviosa.

Método

Participantes

El grupo de estudio estuvo conformado por 30 mujeres ($N = 30$) con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años, de las cuales 17 ($N = 17$) cumplían los criterios del DSM-V para el diagnóstico de anorexia nerviosa (56,6%) y las 13 restantes ($N = 13$) para el de bulimia nerviosa (43,3%). 7 sujetos se excluyeron de la muestra por sobrepasar el límite de edad del estudio o por presentar un diagnóstico distinto de los aquí estudiados, siendo uno de ellos varón. Como criterio de inclusión se empleó exclusivamente el diagnóstico de AN o BN atendiendo a los criterios del DSM-V. La muestra se seleccionó de hospitales y centros de la Comunidad de Madrid que trataban con esta problemática, además de algunos sujetos que no se encontraban acudiendo a ninguno de ellos en el momento del estudio. A todos los centros se les solicitó una autorización para poder acceder a la muestra y cada uno de los pacientes firmó el

consentimiento informado. De los 30 sujetos participantes, 5 de ellos se encontraban en el Hospital Universitario Ramón y Cajal durante el proceso de recogida de datos (16,6%), 11 pertenecían al Centro Adalmed (36,6%), 2 al Centro de Psicología Bertrand Russell (6,6%) y tan sólo 1 de ellos no se encontraba acudiendo a ningún hospital/centro durante dicho proceso (3,3%). Por su parte, los 11 sujetos restantes (36,6%) contestaron un formulario online que permitió incorporar las pruebas pertinentes y que se envió a los pacientes con un diagnóstico actual de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa que accedieron a participar en la investigación proporcionando sus direcciones de correo electrónico de manera voluntaria. Así mismo y en relación a la procedencia del diagnóstico, 5 sujetos fueron diagnosticados por un psiquiatra de hospital (16,6%), 11 por un psiquiatra de clínica/centro de psicología (36,6%), 3 por un psicólogo de clínica/centro de psicología (10%), 7 por un psiquiatra en consulta privada (23,3%) y 4 en un Centro de Salud (13,3%). Atendiendo a los nombres de los hospitales, clínicas y centros de psicología donde dichos profesionales emitieron tales diagnósticos, aparecieron los siguientes: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Centro Adalmed, Grupo de Orientación Familiar, Hospital Niño Jesús, Centro de Salud Mental Barajas, Hospital Universitario Quirón y Centro de Psicología Bertrand Russell.

Instrumentos

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

Este cuestionario de 21 ítems de tipo Likert se utilizó para detectar y evaluar la gravedad de la depresión de los participantes adultos y adolescentes mayores de 13 años pertenecientes a la muestra. El BDI-II es un cuestionario que se ha utilizado extensamente en la investigación y que ha acumulado una evidencia considerable, con una consistencia interna excelente. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA AUTOAPLICADA

El Inventario de depresión de Beck, (Beck Depression Inventory, BDI) en sus dos versiones, BDI y BDI-II, incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta (*no tengo ningún pensamiento de suicidio/tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo/me gustaría suicidarme/me suicidaría si tuviera la oportunidad*). En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado

una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck ($r = 0,56$ a $0,58$) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtienen puntuaciones inferiores. Este ítem podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones en la ideación suicida o como instrumento de cribado para valorar la necesidad de una evaluación más profunda a lo largo del tratamiento.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)

Este cuestionario autoaplicado evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Así, esta escala de 20 ítems contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro y frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Es aplicable a sujetos de entre 17 y 80 años de edad. Resulta fácil de cumplimentar, es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada a su vez para el estudio de la depresión. Por su parte, en cuanto a la fiabilidad, presenta una consistencia interna aceptable que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial. Además es un instrumento estable (probablemente gracias a sus características de rasgo), con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). Así mismo, en cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0,37-0,70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r = 0,35-0,54$). La escala proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro); Factor motivacional (pérdida de motivación); Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Dicha puntuación puede oscilar entre 0 y 20 puntos. Los puntos de corte son los siguientes: de 0 a 3 riesgo nulo o mínimo de cometer suicidio, de 4 a 8 riesgo leve, de 9 a 14 moderado, y de 15 a 20 alto.

Diseño

El diseño de investigación que se empleó para llevar a cabo este estudio fue un diseño cuantitativo descriptivo u observacional transversal. Los análisis de datos que se llevaron a cabo fueron pruebas t-Student para muestras independientes.

Procedimiento

Se acudió a los distintos hospitales y centros de la Comunidad de Madrid que aceptaron acceder a participar en el estudio, así como a los sujetos no pertenecientes a éstos que también quisieron colaborar en el mismo. Se procedió a informarles de las características del presente trabajo y, tras ello, se solicitó a cada uno de los pacientes firmar el consentimiento informado. Posteriormente se les indicó completar el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), proporcionándoles las instrucciones necesarias para la compleción de ambos y resolviendo las dudas que éstos pudieran suscitar. Por su parte, con el objetivo de agilizar el proceso de recogida de datos, se elaboró un formulario online que permitió incorporar las pruebas a pasar a los sujetos. Dicho formulario se envió a pacientes con un diagnóstico actual de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa que accedieron a participar en la investigación proporcionando sus direcciones de correo electrónico de manera voluntaria. No obstante, todos los formularios enviados se acompañaron de su correspondiente consentimiento informado y de una anotación que permitía al participante en cuestión ponerse en contacto con el investigador en caso de duda en la compleción del mismo.

Estrategia de análisis de datos

Se empleó la estadística descriptiva para realizar el análisis de las variables categóricas del estudio (sexo y diagnóstico), así como el de las variables cuantitativas de éste (edad, depresión y desesperanza). En cuanto a las variables categóricas, la información obtenida de los análisis pertinentes se expresó en forma de porcentaje (%). A su vez, tal información se plasmó en el estudio en forma de tablas de frecuencias. Por su parte, en los análisis descriptivos de las variables cuantitativas se calcularon la media aritmética, la mediana y la moda para informar del centro de la distribución, la desviación típica y la varianza para informar de la dispersión y, en último lugar, la asimetría y la curtosis para informar de la forma de la distribución. A continuación se empleó la estadística inferencial para generalizar la información encontrada en la muestra a la población particular de este estudio. En esta línea, se realizaron pruebas t-Student para muestras independientes con el objetivo de comparar medias de dos grupos distintos. La primera permitió evaluar si la variable diagnóstico se relacionaba con la variable edad, la segunda si la variable diagnóstico se asociaba con la variable depresión, y la tercera si la variable diagnóstico se asociaba con la variable desesperanza.

Resultados

El grupo de estudio estuvo conformado por 30 mujeres ($N = 30$) con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años ($\bar{X} = 22,23$; $S = 3,18$), de las cuales 17 ($N = 17$) ($\bar{X} = 22,11$; $S = 3,31$) cumplían los criterios del DSM-V para el diagnóstico de anorexia nerviosa (56,6%) y las 13 restantes ($N = 13$) ($\bar{X} = 22,38$; $S = 3,12$) para el de bulimia nerviosa (43,3%) (Tabla 1)

Tabla 1: Tabla de Frecuencias de la Variable Diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Anorexia Nerviosa	17	56,7
Bulimia Nerviosa	13	43,3
Total	30	100

Atendiendo a las respuestas de todas las participantes en el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), las puntuaciones reflejaron una gran heterogeneidad en la muestra. Si bien la concentración mayor de éstas podría situarse en el punto de corte correspondiente a la depresión moderada (20-28), lo cierto es que una desviación típica tan alta indica una dispersión considerable con respecto al valor de la media y, por ende, puntuaciones muy extremas ($\bar{X} = 25,4$; $S = 14,91$) (Figura 1). Por su parte, en lo relativo a la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), dichas puntuaciones se concentraron en el riesgo leve (4-8) de cometer suicidio ($\bar{X} = 8,6$; $S = 5,64$) (Figura 2).

En cuanto a los sujetos diagnosticados de anorexia nerviosa, las puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) volvieron a reflejar una gran heterogeneidad en este grupo en cuestión. Si bien el valor de la media podría indicarnos una concentración mayor de las puntuaciones en el rango correspondiente a la depresión moderada (20-28), la desviación típica vuelve a ser muy elevada y a reflejar, por tanto, puntuaciones muy extremas ($\bar{X} = 24,41$; $S = 16,38$) (Figura 3). Por su parte, los resultados en la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) se concentraron en el riesgo leve (4-8) de cometer suicidio ($\bar{X} = 8,7$; $S = 5,83$) (Figura 4).

Por último, los sujetos diagnosticados exclusivamente de bulimia nerviosa se concentraron, teóricamente y una vez más, en el punto de corte correspondiente a la depresión moderada (20-28) del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). Sin embargo, el dato de la desviación típica impidió por tercera vez consecutiva corroborar tal afirmación, dejando entrever una heterogeneidad considerable en el grupo y unas puntuaciones extremas en las respuestas de los sujetos constituyentes de dicho ($\bar{X} = 26,69$; $S = 13,28$) (Figura 5). Así mismo, estos sujetos estarían concentrados en el riesgo nulo o mínimo de cometer suicidio (0-3) de acuerdo a los puntos de corte establecidos en la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). No obstante, la desviación típica vuelve a ser muy elevada y a reflejar, por tanto, puntuaciones muy extremas que se alejan del valor de la media ($\bar{X} = 8,46$; $S = 5,62$) (Figura 6).

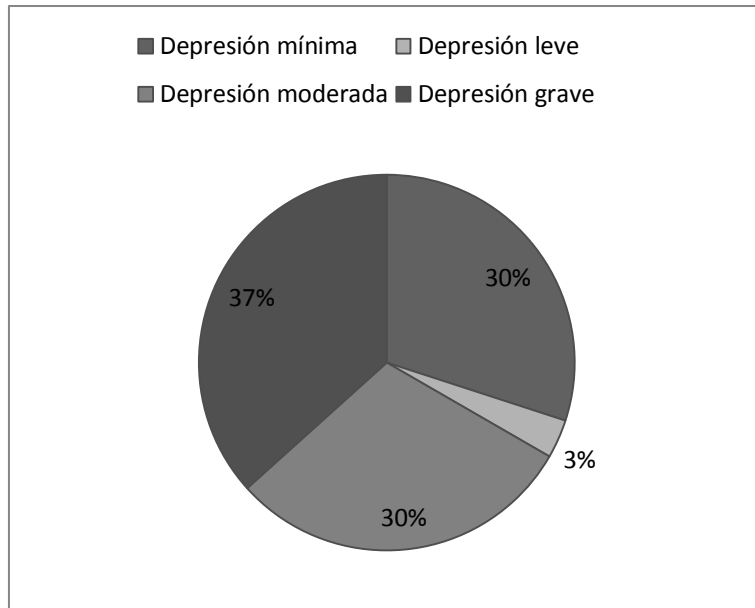


Figura 1. Distribución de los sujetos en función de los resultados en el BDI-II

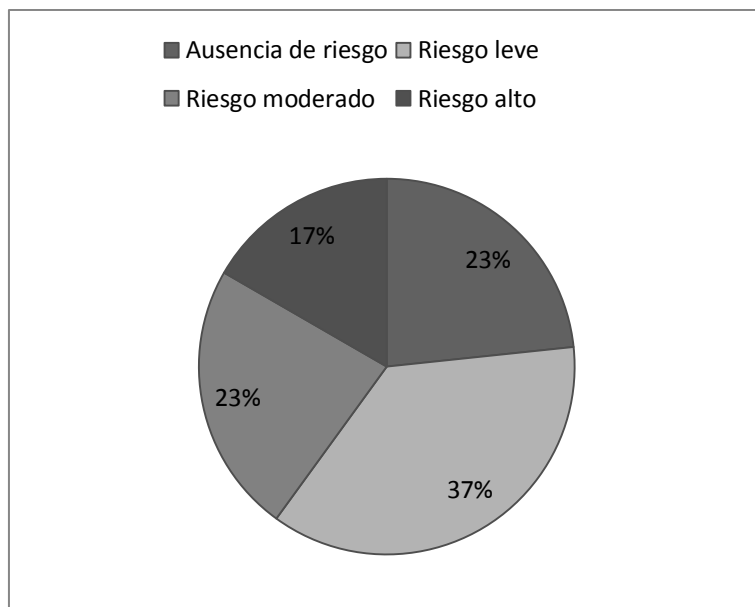


Figura 2. Distribución de los sujetos en función de los resultados en la BHS

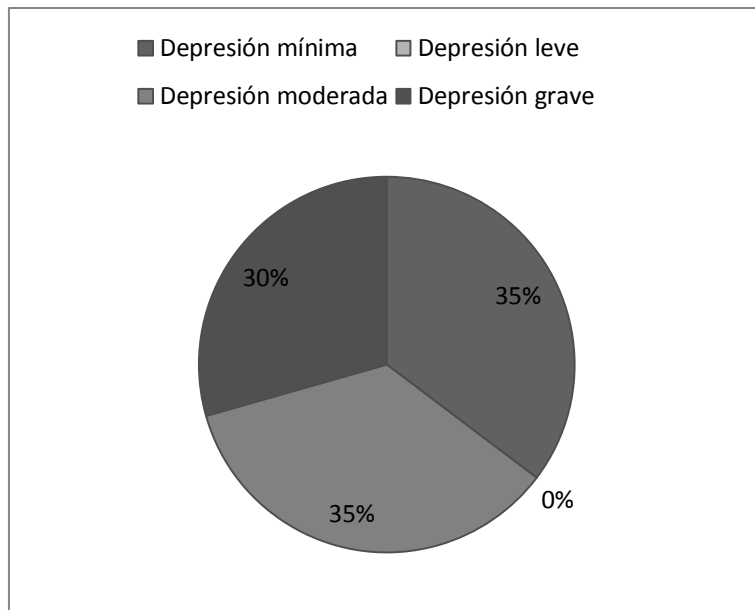


Figura 3. Distribución de los sujetos con Anorexia Nerviosa en función de los resultados en el BDI-II

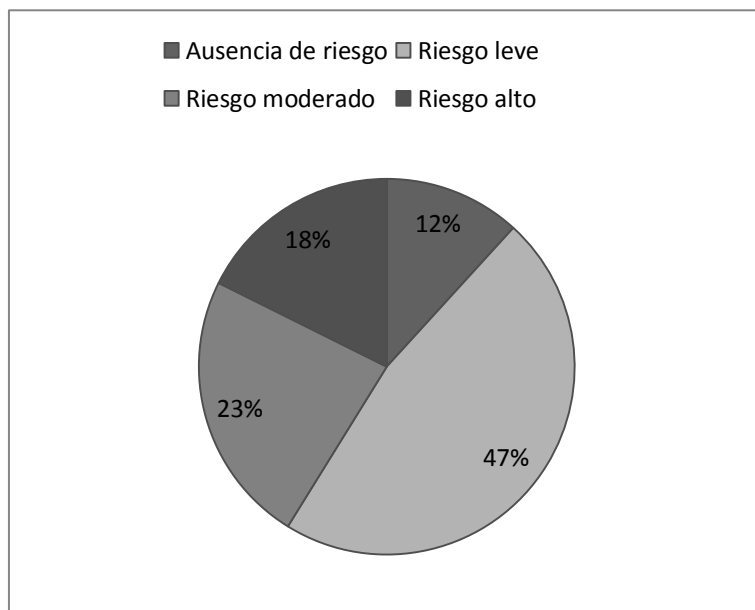


Figura 4. Distribución de los sujetos con Anorexia Nerviosa en función de los resultados en la BHS

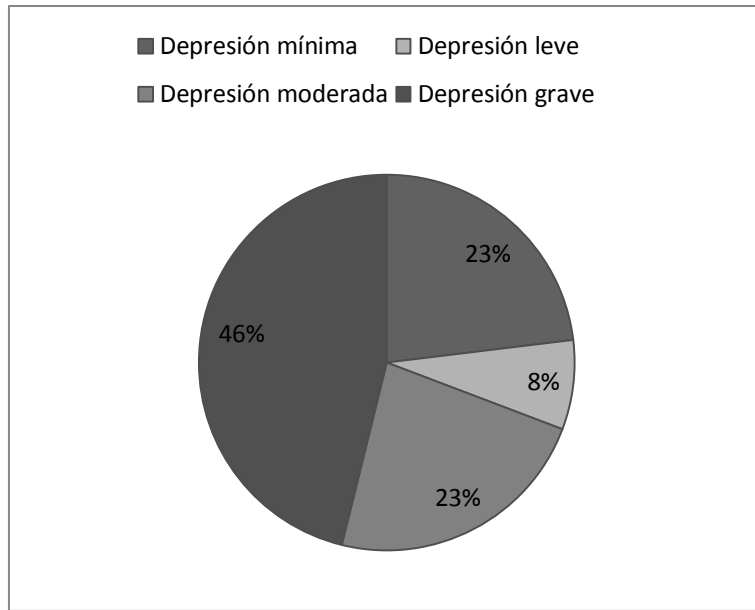


Figura 5. Distribución de los sujetos con Bulimia Nerviosa en función de los resultados en el BDI-II

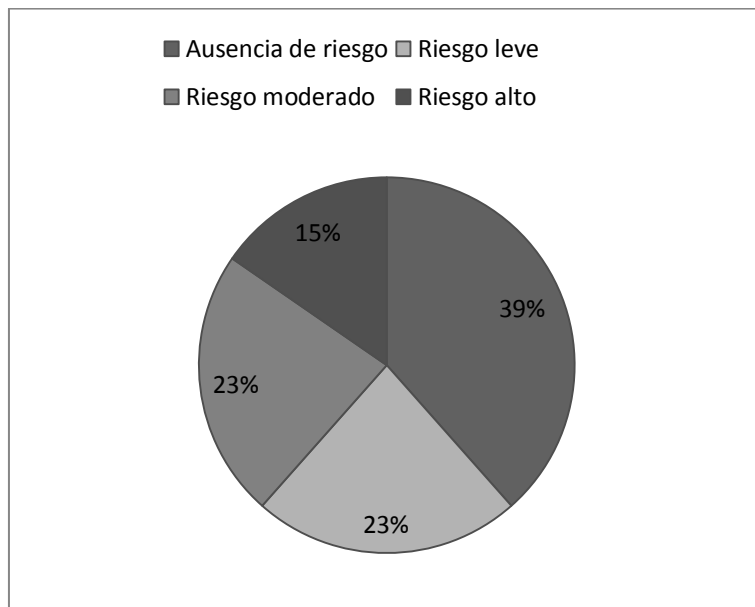


Figura 6. Distribución de los sujetos con Bulimia Nerviosa en función de los resultados en la BHS

Para comprobar que las variables cuantitativas contrastadas en este estudio (edad, depresión y desesperanza) no presentaban grandes desviaciones de la distribución normal, es decir, que asumían el Supuesto de normalidad, se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov. Atendiendo a éste se observó que, en el caso de la variable edad, la significación en ambos grupos (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) ($p = 0,001$; $p < 0,05$ y $p = 0,037$; $p < 0,05$) permitió asumir que dicha variable presentaba desviaciones significativas respecto a la distribución normal. En cuanto a la variable depresión, se comprobó que la significación en ambos grupos (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) permitía asumir la normalidad ($p = 0,140$ y $p = 0,200$; $p > 0,05$). Por último, en relación a la variable desesperanza, se comprobó que la significación en el grupo de la anorexia nerviosa no permitía asumir la normalidad ($p = 0,049$; $p < 0,05$), mientras que en el grupo de la bulimia nerviosa sí lo permitía ($p = 0,089$; $p > 0,05$). Con todo ello se pudo concluir que la variable edad en ambos grupos y la variable desesperanza en el grupo de la anorexia nerviosa presentaban desviaciones significativas respecto a la distribución normal. En contraposición, en el resto de los casos presentados los niveles de significación se encontraron por encima del valor de 0,05, lo cual permitió asumir que tales variables se distribuían normalmente. Como se acaba de mencionar, el test de Kolmogorov-Smirnov resultó significativo en la variable edad en ambos grupos y en la variable desesperanza en el grupo de la anorexia nerviosa. Sin embargo, se comprobó la asimetría y la curtosis de ambas variables siguiendo los criterios de Curran, West y Finch (1996). Según dichos criterios, la asimetría podría oscilar en un rango de ± 2 y la curtosis en uno de ± 7 . En relación con la variable edad, la asimetría se sitúa en 1,307 en anorexia nerviosa y en 1,225 en bulimia nerviosa. Así mismo, la curtosis se sitúa en 0,917 en anorexia nerviosa y en 1,941 en bulimia nerviosa. Además, en cuanto a la variable desesperanza en el grupo de la anorexia nerviosa, la asimetría se sitúa en 0,735 y la curtosis en -0,732. Esto permitió, por tanto, poder asumir que dichas variables en los casos mencionados se distribuían de forma normal.

Tras comprobar en la prueba de Levene la homogeneidad de varianzas ($p > 0,05$) en las tres variables cuantitativas del estudio, se llegó a las conclusiones del contraste que se exponen a continuación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los participantes en función de su diagnóstico para anorexia nerviosa ($\bar{X} = 22,1 \pm S = 3,3$) y para bulimia nerviosa ($\bar{X} = 22,38 \pm S = 3,1$), $t(28) = -0,224$; $p < 0,001$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la depresión de los participantes en función de su diagnóstico para anorexia nerviosa ($\bar{X} = 24,4 \pm S = 16,38$) y para bulimia nerviosa ($\bar{X} = 26,69 \pm S = 13,28$), $t(28) = -0,409$; $p < 0,001$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la desesperanza de los participantes en función de su diagnóstico para anorexia nerviosa ($\bar{X} = 8,7 \pm S = 5,83$) ni para bulimia nerviosa ($\bar{X} = 8,46 \pm S = 5,62$), $t(28) = 0,115$; $p > 0,001$ (Tabla 2)

Tabla 2: Pruebas t de Student para la Edad, la Depresión y la Desesperanza en función del Diagnóstico

	Anorexia nerviosa		Bulimia Nerviosa		t	gl	Valor de p
	Media	dt	Media	dt			
Edad	22,11	3,31	22,38	3,12	-0,224	28	$p < 0,001$
Depresión	24,41	16,38	26,69	13,28	-0,409	28	$p < 0,001$
Desesperanza	8,7	5,83	8,46	5,62	0,115	28	$p > 0,001$

A la luz de los análisis realizados y de las hipótesis manejadas, se observó un diagnóstico frecuente de depresión en la muestra junto con comportamientos suicidas (ideaciones). A su vez, en relación a la hipótesis inicial de identificar un índice mayor de depresión en los sujetos diagnosticados de anorexia nerviosa, los resultados demostraron lo contrario, es decir, que los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa presentaban tasas mayores de depresión. Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la desesperanza de los participantes en función de su diagnóstico para anorexia nerviosa ni para bulimia nerviosa.

Discusión

Tras la realización de los análisis estadísticos pertinentes destinados a contrastar las hipótesis expuestas al inicio de este trabajo, se exponen a continuación los principales resultados encontrados. Atendiendo a la estadística inferencial, las pruebas t-Student permitieron demostrar la presencia de un índice mayor de depresión en los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa. Estos resultados se presentan, por tanto, en contra de lo hipotetizado en un inicio, donde se esperaba encontrar una mayor presencia de depresión en los sujetos con un diagnóstico de anorexia nerviosa. En esta misma dirección, los resultados hallados en torno a la variable desesperanza, tampoco permitieron afirmar una presencia mayor de riesgo suicida (ideaciones) en los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa. Concretamente, no se encontraron en los análisis diferencias estadísticamente significativas entre dicha variable en función del diagnóstico de los participantes.

No obstante, si atendemos a la información que nos brinda la estadística descriptiva, son más las conclusiones a las que podemos llegar. En primer lugar y como base en sí misma de este estudio, la presencia de un diagnóstico frecuente de depresión en la muestra junto con comportamientos suicidas (ideaciones), es evidente. De los 30 sujetos participantes del estudio, un 37% cumplió con los criterios de depresión grave establecidos en el Inventario de depresión

de Beck-II (BDI-II). Así mismo, otro 30% de la muestra se situó en el punto de corte de la depresión moderada según este mismo cuestionario. Por otro lado, en lo que al comportamiento suicida se refiere, un 37% de los sujetos presentaron un riesgo leve de cometer el acto y otro 23% una ausencia de dicho. Sin embargo, el 40% restante se situó entre el riesgo moderado y el riesgo alto de cometer suicidio (atendiendo a los puntos de corte fijados en la Escala de Desesperanza de Beck (BHS)).

Centrándonos exclusivamente ahora en los sujetos diagnosticados de anorexia nerviosa ($N = 17$), un 30% cumplió criterios de depresión grave, mientras otro 35% los cumplía para la depresión moderada. A su vez, un 47% de éstos se situó en el riesgo leve de cometer suicidio, mientras tan sólo un 18% presentaba un riesgo alto en lo que a tal decisión atañe.

Por último, teniendo en cuenta únicamente a los participantes del estudio con un diagnóstico de bulimia nerviosa ($N = 13$), se observó cómo un 46% de ellos cumplían criterios de depresión grave, acompañados de otro 23% que los satisfacía para la depresión moderada. En esta misma dirección, un 39% de este subgrupo se situó en el punto de corte relativo a la ausencia de riesgo en lo que a la decisión de quitarse la vida se refiere, junto con otro 23% que manifestó un riesgo leve. Tan sólo un 15% se situó en el riesgo alto de cometer el acto suicida.

Tal y como se ha plasmado a lo largo de toda la justificación teórica de este estudio, las investigaciones que han intentado dilucidar en qué medida la depresión y el suicidio están más presentes en personas con un diagnóstico de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa, se han encontrado con datos controvertidos (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009; Godart, Perdereau, Jeammet y Flament, 2005). En esta línea, algunos autores han sugerido que, en la anorexia nerviosa, parece existir una estrecha relación con los trastornos del estado de ánimo y, en particular, con la depresión (Echeburúa y Marañón, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Consecuentemente, reside en estos estudios el apoyo mostrado hacia la hipótesis de encontrar mayores índices de depresión en sujetos con un perfil anoréxico. No obstante, la decisión de optar por la defensa de esta hipótesis y no de la contraria resultó difícil de tomar, precisamente por la controversia ya mencionada. Así, otros autores afirman que en la bulimia nerviosa es más frecuente encontrar depresión, dado que son pacientes con una mayor tendencia a la tristeza y, por ende, a presentar trastornos del estado de ánimo (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009; Godart, Perdereau, Jeammet y Flament, 2005; American Psychiatric Association, 2014; Vega et al., 2009; Echeburúa y Marañón, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Respaldando, de nuevo, la controversia existente, algunos autores postulan que la incidencia de la depresión entre pacientes con anorexia nerviosa oscila entre el 52% y el 98%/36% y el 86%, mientras en las pacientes bulímicas esas cifras fluctúan entre el 52% y el 83%/36% y el 76% respectivamente (Behar, Arriagada y Casanova, 2005; Green et al., 2009). Como puede

apreciarse, las cifras oscilan en ambos casos entre porcentajes muy similares. Con todo ello, no es posible decir nada más allá de que la depresión es una característica central de los TCA y que se encuentra íntimamente relacionada con éstos (Echeburúa y Marañón, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Fennig y Hadas, 2010; Godart, 2005; O'Brien y Vincent, 2003).

Atendiendo ahora a la tercera y última hipótesis manejada en este trabajo (identificar un riesgo suicida mayor en los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa), el consenso en la literatura resultó algo superior con respecto a la hipótesis anteriormente barajada. Así, según algunas investigaciones, los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa son pacientes más impulsivos y tendentes al suicidio (American Psychiatric Association, 2014; Vega et al., 2009; Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen y Bulik, 2013; O'Brien y Vincent, 2003). Tanto es así, que los índices para al menos un intento suicida oscilan entre el 5,7% en pacientes con anorexia nerviosa hasta un 28% en bulimia nerviosa (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen y Bulik, 2013; O'Brien y Vincent, 2003). Además, otros estudios que correlacionaron los intentos de suicidio con los TCA, hallaron una prevalencia mayor entre quienes tenían conductas purgativas (Vega et al., 2009), así como otros defienden que una de las variables que explica o predice el comportamiento suicida en pacientes con TCA es la característica clínica de la conducta purgativa (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky et al., 2013). Es, por tanto, en lo inmediatamente descrito, de donde nació la inclinación hacia el apoyo de la hipótesis de encontrar un riesgo suicida mayor en los sujetos diagnosticados de bulimia nerviosa. Sin embargo, los análisis realizados para su contraste no permitieron llegar a tal conclusión. No obstante, la controversia continuó y continúa presente con estudios como los que consolidan al suicidio como la segunda causa de muerte más común entre los sujetos con un perfil anoréxico (Fennig y Hadas, 2010; Eichen et al., 2015; Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen y Bulik, 2013; O'Brien y Vincent, 2003).

Si bien no se ha llegado a los resultados esperados, además de por la controversia, resulta esencial mencionar las limitaciones del presente estudio. En este sentido, en primer lugar se contó con un número de participantes considerablemente bajo en comparación con lo que hubiese sido deseable a la hora de proceder a la realización de los análisis estadísticos. Además, se asumió el diagnóstico de todas las participantes sin administrar los instrumentos pertinentes para llegar al mismo, y sin conocimiento de los utilizados por los profesionales para esta cuestión. Por su parte, tampoco se contó con los datos relativos al inicio en la enfermedad de cada una de las pacientes, pudiendo existir importantes diferencias que se hacían ya visibles observando en un primer vistazo la diferencia de edad entre algunas de ellas (18/30 años). No pudo tampoco tenerse en cuenta, en esta línea, la fase de la enfermedad en la que se encontraban cada una de las participantes (salvo en el caso de los que se encontraban hospitalizados en el

momento del estudio), pudiendo existir diferencias verdaderamente significativas en este aspecto. Tampoco se atendió a los subtipos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los sujetos. Siguiendo la nueva clasificación del DSM-V relativa a este grupo de patologías, la anorexia nerviosa puede ser de tipo restrictivo o bien con atracones y purgas. Por su parte, en la bulimia nerviosa desaparece el subtipo de no purgativa por su confusión con el trastorno de atracones. No diferenciar en la muestra a los sujetos según estos criterios ha podido influir en los resultados encontrados y es que, como se ha ido mencionando a lo largo de todo este trabajo, parece existir cierto consenso en la literatura en relación a la característica clínica de la conducta purgativa como una de las variables que explica o predice el comportamiento suicida en pacientes con TCA. En esta línea no se pudo conocer qué porcentaje de los sujetos diagnosticados de anorexia nerviosa en la muestra pertenecía al subtipo de ésta caracterizado por los atracones y las purgas. Por último, tampoco se estableció un contacto personal con todos los sujetos que conformaban la muestra, pues resultó inevitable tener que recurrir a una herramienta online para agilizar el proceso de recogida de datos. Esto impidió observar a dichas pacientes en el momento de la cumplimentación de los cuestionarios.

En esta línea y de acuerdo con lo inmediatamente mencionado, se propone replicar este estudio salvando las limitaciones enumeradas. Esto es, ampliar el número de participantes atendiendo al inicio y a la fase de la enfermedad en la que se encuentran, establecer un contacto personal con cada uno de los sujetos en el que administrar los instrumentos pertinentes para llegar al diagnóstico de cada uno de ellos y, en última instancia, diferenciar a los participantes atendiendo a los subtipos de diagnósticos posibles llevando a cabo los análisis estadísticos correspondientes en relación con los nuevos grupos incorporados.

Por otro lado, los resultados obtenidos no aportan toda la luz esperada en lo que al tema que se ha tratado atañe. Esto supone una necesidad imperante de continuar en el estudio de la presencia y la influencia de la depresión en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, profundizando en la naturaleza de dicha relación para evitar desenlaces trágicos ante la presencia de este tipo de patologías comórbidas. Ello permitiría, además, construir políticas de salud y de prevención que, como ya se ha dicho, pudiesen reducir el riesgo de progresión de la ideación suicida al intento suicida y a la compleción del mismo. La investigación futura debe centrarse en aquellos pacientes más graves que muestren otros trastornos asociados, como lo es la depresión. Deben desarrollarse más trabajos dirigidos a la detección de desórdenes alimenticios en pacientes que sufren trastornos del ánimo y viceversa.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatología* (3ª edición). Madrid: Editorial Paraninfo.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. (1974). Beck Hopelessness Scale (BHS). Recuperado de Universidad Complutense de Madrid, Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica.
- Behar, R., Arriagada, M. I., & Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista médica de Chile*, 133(12), 1407-1414.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Brausch, A. M., & Gutiérrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71.
- Consejo General de los Colegios de psicólogos. (2015). Evaluación del inventario del BDI II. Extraído el 14 de junio de <http://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>
- Corcos, M., Taieb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 381-386.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Eichen, D. M., Kass, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., Gibbs, E., Trockel, M., Taylor, C. B., & Wilfley, D. E. (2015). Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women. *Psychiatry research*.
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic journal of psychiatry*, 64(1), 32-39.

- Godart, N. T., Perdereau, F., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2004). [Comorbidity between eating disorders and mood disorders: review]. *L'Encephale*, 31(5 Pt 1), 575-587.
- Green, M. A., Scott, N. A., Cross, S. E., Liao, K. Y. H., Hallengren, J. J., Davids, C. M., ... & Jepson, A. J. (2009). Eating disorder behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. *Journal of clinical psychology*, 65(9), 989-999.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., ... & Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26.
- Meng, X., & D'Arcy, C. (2015). Comorbidity Between Lifetime Eating Problems and Mood and Anxiety Disorders: Results from the Canadian Community Health Survey of Mental Health and Well-being. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 156-162.
- Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: The medicating role of depression and aggressiveness. *Comp Psychiatry* 2007; 48:218-24.
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23(1), 57-74.
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1042.

- Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M. V., & Miotto, P. (2010). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(1), 6-17.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Koivisto, A. M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European child & adolescent psychiatry*, *14*(5), 276-281.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A., & Tocci, R. F. (2009). Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de investigaciones*, *16*, 103-114.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J., Tocci, R., Sánchez, M., Moncaut, N., ... & Gallo, J. (2009). Riesgo Suicida y Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres. En *Memorias I Congreso Internacional de Investigación, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR* (No. I). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Viesselman JO, Roig M. Depression and suicidality in eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1985; *46*:118-24.
- Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., ... & Bulik, C. M. (2016). Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden. *JAMA psychiatry*.
- Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M. (2015). The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of psychiatric research*, *65*, 16-22.

