

---

---

# Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación

N. González<sup>a</sup> / A. Padierna<sup>b</sup> / J.M. Quintana<sup>a</sup> / I. Aróstegui<sup>a</sup> / M.J. Horcajo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

<sup>b</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

*Correspondencia:* Nerea González Hernández. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao, Vizcaya.

Correo electrónico: uinvesti@hgda.osakidetza.net.

Este trabajo ha sido financiado con una beca del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

*Recibido:* 22 de junio de 2000.

*Aceptado:* 27 de noviembre de 2000.

## (Quality of life in patients with eating disorders)

---

---

### Resumen

*Objetivo:* Analizar la calidad de vida percibida de pacientes ambulatorios con trastornos de la alimentación en relación a la gravedad de su sintomatología y en comparación a otros trastornos psiquiátricos y con la población general.

*Métodos:* Estudio descriptivo transversal de la calidad de vida de 180 pacientes reclutados en una unidad de trastornos de la alimentación. Para estudiar diferentes aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizaron los cuestionarios SF-36, EAT y HAD. Los resultados del SF-36 fueron comparados con los de una muestra de la población general del mismo sexo y edad, así como con otros estudios de trastornos psiquiátricos en los que se utilizó el SF-36.

*Resultados:* Los pacientes con trastornos de la alimentación presentaron peor calidad de vida que la población general de su mismo sexo y edad y similar a la de pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depresión y trastornos de pánico. No se apreciaron diferencias significativas entre los pacientes con diagnóstico de anorexia restrictiva, anorexia purgativa y bulimia. Las áreas del SF-36 más afectadas fueron salud mental, rol emocional y vitalidad.

*Conclusiones:* Este estudio muestra la gravedad de estos trastornos, que tienen una gran incidencia entre mujeres jóvenes en edad escolar y laboral. Esto supone un grave problema de salud pública y plantea la necesidad de una asistencia especializada.

**Palabras clave:** Trastornos de alimentación. Calidad de vida. Trastornos psiquiátricos. SF-36.

### Summary

*Objective:* To evaluate the quality of life of ambulatory patients with eating disorders in relation to the severity of their symptomatology and in comparison with other psychiatric disorders and general population values.

*Methods:* Cross-sectional descriptive study of the quality of life of 180 patients recruited at an eating disorders unit. In order to study different aspects of their Health Related Quality of Life, the SF-36, the EAT and the HAD questionnaires were used. The results of the SF-36 were compared to population values of the same gender and age, and to other studies of psychiatric disorders where the SF-36 questionnaire was used.

*Results:* Patients with eating disorders presented worse quality of life than the general population of the same gender and age, and similar to patients with other psychiatric diagnoses, as schizophrenia, depression or panic disorder. No significant differences were found between patients with diagnoses of restrictive anorexia, purgative anorexia and bulimia. Mental health, rol emotional and vitality were the most affected areas of the SF-36.

*Conclusions:* This study shows the severity of these disorders, which have a special incidence in young active women. This fact is becoming an important public health problem and raises the need of specialised assistance.

**Key words:** Eating disorders. Quality of life. Psychiatric disorders. SF-36.

## Introducción

Los trastornos de la alimentación han aumentado en incidencia en los últimos años, especialmente entre la población femenina. La anorexia nerviosa se estima que puede tener una incidencia anual de 8 casos por 100.000 habitantes, mientras que para la bulimia la incidencia estimada sería de 13 por 100.000<sup>1</sup>. Estas patologías afectan principalmente a mujeres jóvenes, tienen un gran impacto, que se manifiesta a nivel físico, psicológico y social, y una importante tendencia a la cronicación o recuperación parcial<sup>2,3</sup>.

Cada vez es mayor la importancia que en los últimos años se está otorgando a la calidad de vida como medida del estado de salud de los pacientes y como instrumento para evaluar los resultados de las intervenciones, especialmente en lo que se refiere a patologías crónicas<sup>4</sup>. En el caso de las patologías psiquiátricas, la evaluación de la calidad de vida puede servir como complemento a la perspectiva de los clínicos, de forma que se pueda obtener más información sobre la enfermedad y su impacto en la vida de los pacientes.

El único estudio que hasta el momento se ha realizado sobre calidad de vida en trastornos de alimentación con el SF-36 evalúa la influencia en la calidad de vida de un programa de ejercicio físico, no encontrándose diferencias significativas entre el grupo experimental y el control<sup>5</sup>. En otro artículo sobre calidad de vida en trastornos de alimentación, indican que estos pacientes presentan una gran afectación de su calidad de vida, especialmente en el área mental<sup>6</sup>. En este estudio utilizan un instrumento genérico, el Nottingham Health Profile (NHP), para comparar pacientes con trastornos de alimentación con estudiantes sanos y con muestras de otros estudios en los que se utilizó el NHP en pacientes con patologías cardiopulmonares.

La falta de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en trastornos de la alimentación justifica su investigación. El objetivo fundamental de nuestro estudio fue evaluar el impacto en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de una muestra importante de pacientes con anorexia y bulimia comparada con sujetos de la población general y con pacientes afectados de otras patologías psiquiátricas, tales como la esquizofrenia, la depresión mayor y el trastorno de pánico.

## Sujetos y métodos

### Sujetos

Los sujetos del estudio fueron los pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría

del Hospital de Galdakao. Es un hospital de ámbito secundario, de referencia para la comarca interior sanitaria de la provincia de Bizkaia, con aproximadamente 300.000 habitantes, de características semiurbanas. En el servicio de psiquiatría de este hospital existía una unidad de trastornos de la alimentación, en la que trabajaban 2 psiquiatras y 3 psicólogos que atendían a la población mencionada anteriormente.

Los pacientes fueron incluidos en el estudio si eran diagnosticados de trastorno de la alimentación por uno de los psiquiatras de la unidad de trastornos de la alimentación según los criterios del *DSM-IV*<sup>7</sup> entre octubre de 1996 y septiembre de 1997. Para este estudio se incluyó como «trastorno de alimentación» la anorexia restrictiva, la anorexia purgativa y la bulimia. Como criterios de selección de la muestra, se reclutaron todos los pacientes de la unidad de trastornos de la alimentación, varones y mujeres, de 14-35 años, siempre y cuando dieran el consentimiento informado para participar en la investigación. Durante el período del estudio acudieron a la consulta 183 pacientes.

Fueron excluidos aquellos pacientes que, en el momento de realizar el estudio, presentaban otras patologías físicas y/o psíquicas graves que dificultaban o impedían su participación, como por ejemplo sordera, ceguera o déficit neurológicos severos. No fueron incluidos los pacientes que no dieron su consentimiento para tomar parte en el estudio, ni los que tuvieron dificultades para la comprensión del idioma.

### Métodos

Un único psiquiatra, responsable de la unidad, que atendía al paciente en la consulta, le informaba sobre el estudio y solicitaba su colaboración y, en el caso de que aceptara, le entregaba los cuestionarios para su cumplimentación. Se hizo asimismo un seguimiento de los pacientes que no devolvían los cuestionarios.

Los instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud utilizados en este estudio fueron:

1. Como cuestionario genérico de salud, el SF-36<sup>8</sup>, Health Survey, que proporciona un perfil del estado de salud, cuyos ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Evalúa 8 dimensiones de la salud: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y rol emocional. Cada dimensión se puntúa sumando los valores de las diferentes categorías de respuestas de los ítems que lo componen de manera similar a una escala de Likert, tal como describen los autores originales. Las puntuaciones oscilan entre 100, que significaba máxima capacidad o bienestar, a cero, mínima capacidad o bienestar. El SF-36 ya ha sido traducido y validado en España<sup>9</sup>.

2. El Eating Attitudes Test (EAT-40) de Garner y Garfinkel<sup>10</sup> evalúa las características conductuales y cognitivas de los pacientes con anorexia o bulimia en tres factores: control oral, dieta y bulimia. Consta de 40 ítems puntuables de 0 a 3, que se contestan con una escala de seis posibles respuestas, desde «nunca» hasta «siempre». El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 120 puntos. El punto de corte se ha establecido en más de 30 puntos para poder considerarse caso clínico. A la hora de descartar trastorno alimentario en los grupos controles, las puntuaciones globales más elevadas son indicativas de una mayor severidad en el trastorno alimentario. Este cuestionario ha sido traducido y validado en muestras españolas<sup>11</sup>.

3. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD<sup>12</sup>) se compone de 14 ítems, autocontestados por el paciente, siete de los cuales evalúan ansiedad y los otros siete depresión. Es una escala de cribado y sus puntuaciones permiten clasificar a los pacientes como *posibles* casos clínicos. Tiene como objetivo localizar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o, por extensión, en medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria, así como determinar la gravedad de los mismos. El HAD está estructurado como una escala de tipo Likert, que oscila de 0 a 3, en la que los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Una puntuación total entre 0 y 7 es considerada caso no clínico, de 8 a 10 dudoso y de 11 en adelante, posible caso clínico de ansiedad y/o depresión. La máxima puntuación de cada una de las escalas es 21, indicando una mayor afectación en esa área. La escala ha sido adaptada al castellano<sup>13</sup>. Todos estos cuestionarios son autorrellenables y su cumplimentación no supone más de 10 minutos por cuestionario. Además, se recogieron también variables sociodemográficas, como sexo y fecha de nacimiento, y clínicas, caso de peso, altura, índice de masa corporal (IMC), tiempo de evolución y tipo de trastorno.

#### *Análisis estadístico*

Como indicadores estadísticos descriptivos de las características clínicas, sociodemográficas y puntuaciones en el cuestionario SF-36, se utilizaron la frecuencia, el porcentaje, la media y la desviación estándar. Las puntuaciones en el SF-36 fueron calculadas para cada grupo diagnóstico.

La puntuación de cada una de las dimensiones fue estandarizada utilizando las medias y las desviaciones estándar (DE) obtenidas de una muestra de población general femenina ( $n = 1.681$ ), con edades comprendidas entre 18 y 34 años; estas puntuaciones fueron luego transformadas a las normativas (media, 50; DE, 10).

Además, se obtuvieron medidas resumen para las dimensiones física y mental, utilizando los pesos obtenidos en la población normativa estadounidense para cada una de las 8 áreas; estas puntuaciones se presentan estandarizadas respecto a los datos normativos (media, 50; DE, 10). En todos los casos, se presentan las medias con los intervalos de confianza del 95%.

Se utilizó el test ANOVA para comparar las puntuaciones en el SF-36 entre las diferentes patologías mentales. Un resultado se consideraba estadísticamente significativo si  $p < 0,05$ .

Los resultados del SF-36 se compararon con datos de otros estudios en distintas patologías mentales. Los criterios seguidos para elegir estos estudios fueron que en ellos se evaluara la calidad de vida; incluyeran patologías psiquiátricas graves; se utilizara el SF-36 como cuestionario de medición de la calidad de vida; tuvieran una calidad científica aceptable y un tamaño de las muestras también aceptable.

Se utilizó el programa Epi-Info versión 6.02 para la recogida de datos y el paquete estadístico SAS para Windows, versión 6.12 para el análisis de datos.

---

## Resultados

De los 183 pacientes que acudían en aquellos momentos a la unidad de trastornos de la alimentación, 180 tomaron parte en el estudio. Las pérdidas se debieron a pacientes que no aceptaron participar y, como ya se ha comentado anteriormente, no presentaban características distintas de los que sí lo hicieron. La mayoría de los pacientes eran mujeres (98%). La edad media del grupo era de 22,4 años, con un IMC medio de 19 kg/m<sup>2</sup>. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 5,4 años. Los trastornos de alimentación se dividieron en 3 subtipos: anorexia restrictiva (31,1%), anorexia purgativa (33,3%) y bulimia (35,6%) (tabla 1).

Los datos del SF-36 en sus medidas resumen indican que los pacientes con trastornos de alimentación tienen una calidad de vida peor que la población general de su mismo sexo y edad, siendo el área mental la que más afectación presenta (fig. 1).

Al analizar los resultados de las 8 áreas del SF-36 en los distintos trastornos alimentarios, en primer lugar se constató una gran similitud en los niveles de percepción de la calidad de vida, sin diferencias estadísticamente significativas entre los 3 diagnósticos. Todas las dimensiones, excepto el funcionamiento físico, estaban afectadas, pero esta afectación se observaba sobre todo en las áreas mentales: rol emocional y salud mental, fundamentalmente. Los pacientes con anorexia purgativa y bulimia eran los que peor percepción de su calidad de vida presentaban, percibiéndose más claramente esa diferencia en las dimensiones de dolor corporal, rol

**Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra del estudio**

Variable	n = 180	%
Edad $\bar{X}$ (DE) (años)	22,4 (5,6)	
< 18	39	21,7
18-24	86	47,8
25-34	47	26,1
$\geq 35$	8	4,4
Sexo (mujeres)	176	97,8
Altura $\bar{X}$ (DE) (cm)	162,9 (0,06)	
Peso actual $\bar{X}$ (DE) (kg)	50 (8,3)	
IMC $\bar{X}$ (DE) (kg/m <sup>2</sup> )	18,8 (2,6)	
Diagnóstico		
Anorexia restrictiva	56	31,1
Anorexia purgativa	60	33,3
Bulimia	64	35,6
Tiempo evolución en años $\bar{X}$ (DE) (años)	5,4 (4,6)	

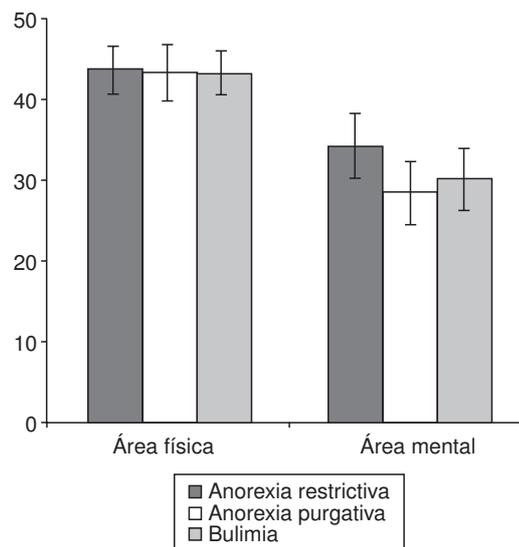
físico y vitalidad. El subgrupo de anorexia purgativa es el que peor calidad de vida presentaba en todas las áreas mentales, así como en el área de rol físico. En todos los casos, los resultados del SF-36 son inferiores a los de la población general, percibiéndose un claro deterioro de la salud percibida de los pacientes con trastornos de la alimentación en comparación con los sujetos de su mismo sexo y edad. Sólo en una de las dimensiones físicas (funcionamiento físico), el grupo de pacientes con trastornos de la alimentación se acercaba al grupo de población general (fig. 2).

Tomando como referencia los resultados del SF-36 en función de la puntuación en el EAT, los pacientes con una sintomatología más grave (EAT > 50) muestran también una mayor afectación de la calidad de vida. Esta mayor afectación es más evidente y estadísticamente significativa en ciertas áreas, como el funcionamiento social, el rol emocional y la salud mental. Los pacientes que mostraban una sintomatología leve (EAT < 30) tenían puntuaciones en el SF-36 cercanas a las de la población general de su mismo sexo y edad en funcionamiento físico, vitalidad y rol físico (fig. 3).

Según las respuestas dadas al HAD, se pudo calificar al 65,6% de los pacientes como posible caso clínico de ansiedad (HAD  $\geq 11$ ) y al 30% como posible caso clínico de depresión.

Comparado con otras patologías mentales crónicas, los pacientes con trastornos de la alimentación presentaban una percepción de la calidad de vida similar o incluso peor que el resto de las patologías psiquiátricas, excepto en el funcionamiento físico, donde estos pacientes muestran puntuaciones superiores a las mostradas por los pacientes afectados de otros trastornos psiquiátricos. Las áreas mentales eran también las más afectadas, y es ahí donde los trastornos de alimentación presentaban resultados similares e incluso inferiores

**Figura 1. Distribución de las puntuaciones de las áreas físicas y mentales del SF-36 de pacientes con trastornos de la alimentación. Las áreas físicas y mentales son medidas resumen de las 8 dimensiones del SF-36<sup>15</sup>. El valor 50 corresponde a la media de la muestra de la población general de mujeres de 18-34 años<sup>14</sup>. En cada barra se incluyen los intervalos de confianza del 95% para cada diagnóstico y área del SF-36.**



a otros trastornos psiquiátricos, como por ejemplo el funcionamiento social, la salud mental y la salud general (tabla 2).

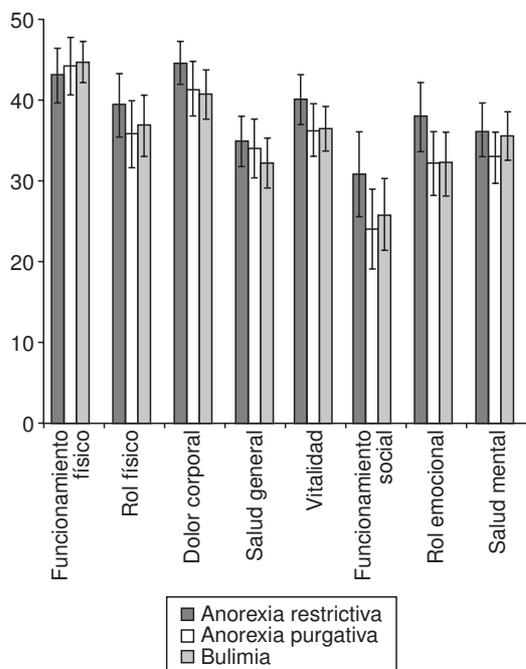
## Discusión

Los trastornos de alimentación constituyen actualmente un serio problema de salud pública, debido al aumento en la incidencia que están experimentando en los últimos años y al hecho de que el colectivo más afectado corresponde a mujeres jóvenes en edad de estudio y/o trabajo y en una edad fértil. La atención a las personas que presentan estas patologías supone un coste económico tanto para el paciente como para la familia y el sistema sanitario.

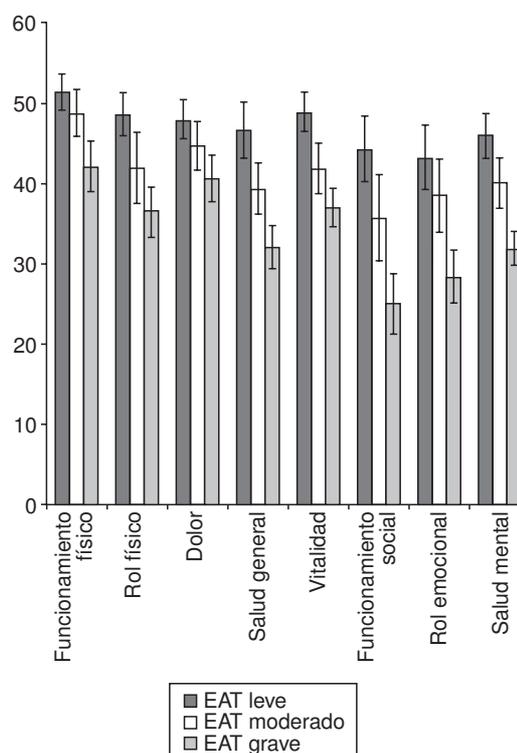
Los resultados de este estudio muestran que los pacientes con trastornos de alimentación presentan en general una pobre calidad de vida, siendo similar en los 3 grupos de nuestro estudio. Las áreas mentales son las más afectadas, especialmente el funcionamiento social y el rol emocional, pero también algunas áreas físicas muestran puntuaciones bajas.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto cada vez más estudiado en todo el mundo. Para su medida, se utilizan tanto cuestionarios espe-

**Figura 2. Datos normativos del SF-36 en los 3 subtipos de trastornos de la alimentación estandarizados con la población de mujeres de 18-34 años. El valor 50 corresponde a la media de la muestra de la población general de mujeres de 18-34 años<sup>14</sup>. En cada barra se incluyen los intervalos de confianza del 95% para cada diagnóstico y área del SF-36.**



**Figura 3. Percepción de la calidad de vida medida por el SF-36 según la gravedad de los síntomas (resultados del EAT). El valor 50 corresponde a la media de la muestra de la población general de mujeres de 18-34 años<sup>14</sup>. Pacientes clasificados en leves (EAT < 30), moderados (EAT 30-50) o graves (EAT > 50); gravedad medida según las puntuaciones en el EAT. En cada barra se incluyen los intervalos de confianza del 95% para cada diagnóstico y área del SF-36.**



cíficos como genéricos. Uno de los instrumentos genéricos más utilizados es el SF-36, ya traducido y validado en castellano<sup>9</sup>. Se ha empleado en numerosos estudios para evaluar la calidad de vida de personas afectadas de diversas patologías, tanto solo como con otros cuestionarios genéricos y/o específicos.

Hasta ahora son pocos los estudios en los que se analiza la calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación y sólo uno utiliza el SF-36. En este último, de Thien et al<sup>5</sup>, se centran únicamente en el análisis de tres dimensiones del SF-36, rol físico, funcionamiento social y vitalidad. Los datos se refieren a una muestra pequeña de 16 pacientes con anorexia nerviosa. Si comparamos dichos datos con los pacientes con anorexia de nuestro estudio, podemos observar que presentan niveles similares de calidad de vida en las tres dimensiones estudiadas. El otro estudio es el de Keilen et al<sup>6</sup>, y utilizan el NHP como medida genérica de la calidad de vida, que obtiene también resultados similares a los de nuestro estudio. En dicho estudio se encontró que los niveles con mayor deterioro se daban en las dimensiones del NHP referidas a aspectos psicosociales, reacciones emocionales y aislamiento social, dimensiones similares al funcionamiento social y el rol emocional del SF-36. También encontraron de-

teriores en los apartados de energía, vitalidad y sueño, aunque este último aspecto no es medido por el SF-36. La novedad de nuestro estudio respecto al de Thien et al<sup>5</sup> y al de Keilen et al<sup>6</sup> radica en el mayor tamaño muestral y la combinación de varios instrumentos, genéricos, como el SF-36, y específicos, caso del EAT y el HAD.

Los niveles de afectación de la calidad de vida en los pacientes de nuestra muestra son similares o incluso peores que en otros trastornos psiquiátricos como depresión, esquizofrenia o trastorno de pánico. Este dato resulta especialmente notable, teniendo en cuenta que estas patologías psíquicas, y sobre todo la esquizofrenia, son patologías muy severas que limitan mucho la vida de las personas que las presentan.

Las diferencias más significativas se han detectado en la comparación de los resultados del SF-36 entre la muestra de nuestro estudio y la población general de su mismo sexo y edad, sobre todo en el área psicosocial, expresada en las áreas de funcionamiento social y rol emocional, fundamentalmente. Este hecho

**Tabla 2. Valores medios (y desviación estándar) del SF-36 para las distintas patologías estudiadas**

Calidad de vida (SF-36)	Anorexia restrictiva (n = 56)	Anorexia purgativa (n = 60)	Bulimia (n = 64)	Depresión mayor <sup>a</sup> (n = 502)	Trastorno de pánico <sup>b</sup> (n = 514)	Esquizofrenia <sup>c</sup> (n = 1.155)	Población general española <sup>d</sup> (n = 9.151)
F. físico	87,5 (15,4)	88,9 (16,4)	89,5 (11,9)	71,6 (27,17) <sup>e</sup>	80 (45,34)	82,1 (22,9)	84,7 (24,0)
Rol físico	62,0 (40,6)	52,1 (43,3)	54,8 (41,4)	44,4 (40,3)	49 (90,68)	68,4 (39,9)	83,2 (35,2) <sup>e</sup>
Dolor	72,4 (22,7)	64,9 (30,1)	63,9 (28,0)	58,8 (26,7)	71 (68,01)	76,9 (25,8)	79,0 (27,9)
Salud general	51,6 (19,1)	50,1 (23,1)	47,1 (21,0)	52,9 (23,0)	63 (45,34)	58,6 (23,4)	68,3 (22,3) <sup>e</sup>
Vitalidad	51,7 (22,0)	44,1 (23,5)	44,9 (20,8)	40,1 (21,1)	52 (45,34)	44,7 (21,5)	66,9 (22,1) <sup>e</sup>
F. social	62,3 (30,9)	51,5 (30,1)	54,5 (28,1)	57,2 (27,7)	72 (68,01)	52,9 (30,0)	90,1 (20,0) <sup>e</sup>
Rol emocional	57,6 (42,3)	41,7 (42,8)	41,8 (43,6)	38,9 (39,8)	49 (113,35)	41,0 (42,6)	88,6 (30,1) <sup>e</sup>
Salud mental	47,8 (23,2)	41,5 (23,4)	46,4 (23,0)	46,3 (20,8)	64 (45,34) <sup>e</sup>	51,2 (21,6)	73,3 (20,1) <sup>e</sup>

Los datos para la comparación fueron obtenidos de los siguientes estudios:

<sup>a</sup>Estudio de Steward et al<sup>16</sup>.

<sup>b</sup>Estudio de Donald Sherbourne et al<sup>17</sup>.

<sup>c</sup>Estudio de Tunis et al<sup>16</sup>.

<sup>d</sup>Estudio de Alonso et al<sup>14</sup>.

<sup>e</sup>p < 0,001. Indica diferencias estadísticas en esa área del SF-36 de los grupos de trastornos de alimentación con el grupo de comparación.

apoya nuestra teoría de que estas patologías afectan al ámbito relacional, provocando un aislamiento de los pacientes, así como una influencia negativa en su autoestima y en su salud mental, hecho apoyado por los resultados obtenidos en el HAD, que muestra un alto porcentaje de posibles casos clínicos de ansiedad y depresión en este grupo de edad joven.

Se ha podido observar también que la calidad de vida se correlaciona con la gravedad de la sintomatología alimentaria medida por las puntuaciones en el EAT, de forma que, cuanto más graves son los síntomas, peor calidad de vida presentan los pacientes.

El deterioro que estos pacientes muestran físicamente no ha sido estudiado de una forma específica en otros estudios, a pesar de las complicaciones que se conocen derivadas de estos trastornos<sup>19</sup>. Este deterioro se refleja especialmente en las áreas de rol físico, que hace mención a la dificultad para realizar las actividades cotidianas debido a la salud, y la de salud general, que se refiere a la percepción que la persona tiene de si su salud se halla afectada en el momento de cumplimentar el cuestionario. El reconocimiento de este deterioro en un cuestionario autocontestado contrasta con la habitual tendencia que los pacientes con trastornos de la alimentación tienen a negar la enfermedad<sup>20</sup>. La explicación podría ser que los pacientes que participaron en este estudio tienen ya una mayor conciencia de enfermedad, lo que les puede llevar a reconocer la afectación que experimentan.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones: como ya se comentaba anteriormente, la muestra está formada por pacientes en tratamiento que tienen ya cierta conciencia de enfermedad; no ocurre lo mismo con los que no se encuentran en tratamiento, quienes pueden presentar sintomatología similar o incluso de

mayor gravedad. En nuestro estudio se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la consulta en aquel período de tiempo. Dado que la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital de Galdakao era la única unidad en funcionamiento en aquel momento, a ella acudían los pacientes en estado de mayor gravedad, lo cual puede suponer un cierto sesgo para nuestro estudio. La presencia de otras enfermedades asociadas, tales como ansiedad y depresión, puede influir en su calidad de vida y, por tanto, es necesario tener precaución a la hora de evaluar e interpretar los resultados del SF-36. Este es un estudio transversal y, por lo tanto, no proporciona información acerca de la evolución de la enfermedad de estos pacientes; sería interesante complementar estos resultados con estudios longitudinales para confirmar los resultados de otros estudios que refieran una larga evolución de estos trastornos, aun a pesar de la atenuación de su sintomatología. Finalmente, en nuestro estudio se comparan los resultados de la muestra experimental con pacientes de Estados Unidos afectados de otras patologías psiquiátricas; quizás existan diferencias transculturales entre diferentes países en la percepción de la enfermedad, lo que dificultaría la interpretación de los resultados.

En conclusión, si tenemos en cuenta los resultados de este estudio que refieren una gran afectación de los pacientes con trastornos de la alimentación, tanto con relación a la población general española como a pacientes con otras patologías psiquiátricas, podríamos concluir que estos pacientes precisan mayor atención especializada para evitar deterioros más fuertes. Futuros estudios deberán precisar qué terapias proporcionan mejores resultados para la evolución de estos pacientes, así como el impacto que producen los trastornos de la alimentación en los diversos entornos en

---

## Bibliografía

1. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW. Epidemiology. En: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editores. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998; 97-126.
  2. Steinhausen H-Ch. The course and outcome of anorexia nervosa. En: Brownell KD, Fairburn ChG, editores. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Nueva York: The Guildford Press, 1995; 234-237.
  3. Hsu LKG. Outcome of bulimia nervosa. En: Brownell KD, Fairburn ChG, editores. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. Nueva York: The Guildford Press, 1995; 238-244.
  4. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835-840.
  5. Thien V, Thomas A, Markin D, Birmingham CL. Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 101-106.
  6. Keilen M, Treasure T, Schmidt U, Treasure J. Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? *J Royal Soc Med* 1994; 87: 441-444.
  7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
  8. Ware JE, Snow KK, Kosinski MA, Gandek B. *SF-36 health survey, manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
  9. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
  10. Garner DM, Garfinkel PE. Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-279.
  11. Castro J, Toro J, Salameo M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol/Psychol Assess* 1991; 7: 175-190.
  12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
  13. Comeche MI DMVM. *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; 82-86.
  14. Alonso J, Regidor E, Gregorio B, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
  15. Ware JE, Kosinski MA, Keller SD. *SF-36 physical and mental health summary scales. A user's manual*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
  16. Tunis SL, Croghan TW, Heilman DK, Johnstone BM, Obenchain RL. Reliability, validity, and application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *Med Care* 1999; 37; 7: 678-691.
  17. Donald Sherbourne C, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 213-218.
  18. Steward AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry S et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262: 907-913.
  19. Zipfel S, Specht T, Herzog W. Medical complications of eating disorders. En: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editores. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1998; 457-484.
  20. Vandereycken W, Vanderlinden J. Denial of illness and the use of self-reporting measures of anorexia nervosa patients. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 101-107.
-