



Trastorno bipolar y multiimpulsividad en una muestra de 181 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, atendidas en Bogotá: prueba de un modelo de asociación para valoración del riesgo

Maritza Rodríguez Guarín, M.D.¹

Resumen

La presentación atípica del trastorno bipolar en población de adolescentes y las limitaciones de las clasificaciones diagnósticas categoriales dificultan el diagnóstico y el tratamiento tempranos. Adicionalmente, los estudios que exploran esta comorbilidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son escasos y poco consistentes. El presente trabajo explora la prevalencia de punto de TAB en una población de mujeres con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracones de alimentación con multiimpulsividad.

Objetivos

1. Medir la prevalencia de punto de TAB en una muestra de 181 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria y compararla con la descrita en los estudios epidemiológicos existentes.
2. Estudiar y describir el comportamiento de las variables propuestas en un modelo de asociación para analizar su impacto en el riesgo de TAB.

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal y prueba de un modelo de asociación con técnicas de regresión logística.

.....
1. Psiquiatra, candidata a la Maestría en Epidemiología Clínica y Bioestadística, profesora asociada de la Facultad de Medicina, Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, codirectora Programa EQUILIBRIO para el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Desórdenes Relacionados.

Resultados

Se encontraron catorce pacientes con diagnóstico de TAB II o III, que corresponden al 7,73%. El 86% (12) de las pacientes bipolares presentaban episodios mixtos con ciclos cortos o ultracortos. El modelo de asociación propuesto sugiere que aquellas pacientes con conductas multiimpulsivas (auto-mutilaciones, intento de suicidio, cleptomanía, tricotilomanía, abuso de sustancias), en presencia de síntomas alimentarios (por ejemplo, atracones o purgas), que han hecho transiciones en sus síntomas, menores de 23 años y con antecedentes familiares positivos de trastorno bipolar, tienen 38 veces más posibilidad de tener un trastorno bipolar que aquellas sin estas variables de riesgo (OR = 37,4 , IC 95% 5-282).

Palabras clave

Trastorno de la conducta alimentaria, trastorno bipolar, multiimpulsividad, comorbilidad.

Abstract

Bipolar Disorder with atypical features in adolescents and the limitations of the categorical classifications, are a challenge for an early diagnosis and treatment.

Additionally, studies exploring this co morbidity in Eating Disorder

patients are limited and inconsistent. This study explores the Bipolar Disorder prevalence in a woman population with Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and EDNOS and Multi-Impulsivity.

Objectives

- 1. Establish the BD prevalence in an 181 women sample with Eating Disorder and compare the findings with other epidemiological studies.*
- 2. Describe and analyze the proposed variables in an association model to analyze their impact in BD risk.*

Design

Transversal study and prove of an association model with Logistic Regression.

Results

In this sample, 14 patients with BD II or III (7.73%) were founded. 86% (12) have been presenting mixed episodes with rapid and ultra-rapid cycles. The proposed association model suggest that patients with multi-impulsivity behaviors like auto-mutilations, suicide attempts, kleptomania, trycotilomania, substance abuse coexisting with eating behavior like binges or purges, with transition symptoms history, under 23 years of age, and

with bipolar disorder relatives, have an odds ratio 38 times greater for BD than the odds of a subject without this risk variables (OR= 37.45 , IC 95% 5-282).

Key Words

Eating Disorders, Bipolar Disorder, Multi-Impulsivity, Co morbidity.

Introducción

Aunque los estudios de prevalencia de trastorno bipolar realizados en población general muestran una prevalencia de vida del 1,0%-1,6% para adultos y del 1,6% en niños y adolescentes, entre 9 y 17 años (1),(2),(3), otros autores señalan una tendencia de presentación más temprana en las generaciones jóvenes (4),(5).

Si bien la encuesta ECA reveló una prevalencia más alta para TAB I que para TAB II (0,8% y 0,5% respectivamente), estudios más recientes señalan al segundo como el subtipo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, y también el más subdiagnosticado (6),(7).

El estudio de Sánchez et al. (8) señala que la prevalencia de bipolaridad en niños y adolescentes jóvenes es incierta, pues la mayoría son bipolares II y que el aumento en la incidencia lo relaciona con un posible fenómeno de anticipación

fenotípica transgeneracional. Los niños y adolescentes presentan características atípicas dadas por episodios mixtos, ciclajes rápidos, síntomas psicóticos y alto grado de disfunción. Los síntomas frecuentes son conducta disruptiva, cambios en el estado de ánimo, impulsividad, alteraciones del sueño, hiperactividad, dificultad para concentrarse, explosiones de rabia, intolerancia a la frustración y deterioro en el funcionamiento académico, lo cual hace muy difícil el diagnóstico diferencial con trastornos de la conducta, TDAH y otras comorbilidades.

Akiskal, Bogeois, Angst, Post, Moler y Hirschfeld han puntualizado que existen varios subtipos de enfermedad bipolar cuyo diagnóstico se complica por la falta de claridad de criterios entre los clínicos y por la pérdida de información por parte de los pacientes. Así, entre un 30% y hasta un 50% de pacientes que se diagnostican inicialmente como trastorno depresivo mayor terminan siendo bipolares II. Sus características se resumen en la aparición a una edad temprana de la primera depresión; gran disfunción social, familiar y académica; abuso de sustancias; síntomas ansiosos de tipo fóbico y obsesivo; irritabilidad; suspicacia; ideas autorreferenciales, y empeoramiento vespertino. Un ras-

go clínico cardinal es la labilidad afectiva durante los episodios depresivos.

Los autores proponen un «espectro de bipolaridad blanda», que incluiría a los pacientes que se presentan con depresiones atípicas episódicas, síntomas obsesivo-compulsivos episódicos, estados periódicos de irritabilidad o crisis suicidas agudas sin síntomas afectivos claros. También se incluyen algunos trastornos del control de impulsos (9).

Otro punto es el de los episodios mixtos, que involucran casi la mitad de todos los episodios de enfermedad bipolar. Los más frecuentes son la manía disfórica, caracterizada por irritabilidad, depresión ansiosa y rasgos hostiles, agresivos y paranoides. Cassidy y Carroll los señalan como la forma más frecuente de presentación inicial en mujeres (10).

Egeland, Hostteter, Pauls y Sussex, al estudiar una muestra de sujetos bipolares, encontraron que 40 de 58 pacientes con TAB I evidenciaron síntomas prodrómicos antes de los 15 años, de los cuales los más frecuente eran el afecto deprimido (53%), el aumento de energía (47%), la disminución de energía o cansancio (38%), el descontrol de la rabia o explosividad (38%) y el afecto irritable (33%). Los

síntomas se dieron entre los 9 y los 12 años, antes del primer episodio diagnosticado (11).

En el Estudio de Cohorte de Zurich (n = 4,547), 5,5% reportan hipomanía y manía, según criterios del DSM-IV; 1,5%, hipomanía breve recurrente; 1,3%-5%, hipomanía breve episódica, y 11,3%, síntomas hipomaniacos subsindromáticos. Los casos de hipomanía se asociaron con disfunción y comorbilidad psiquiátrica significativa. Los hallazgos sugieren la existencia de un amplio espectro de síndromes hipomaniacos y maniacos (12).

Una muestra de 288 pacientes bipolares I y II, estudiada por McElroy et al., encontró una prevalencia de vida del 6% de trastornos de la conducta alimentaria y del 1% de prevalencia actual, que corresponde en su totalidad a casos de bulimia nerviosa. La autora sugiere que la comorbilidad entre TAB y trastornos de eje I puede estar asociada a subtipos más graves de la enfermedad (TAB I frente a TAB II), inicio de enfermedad más temprano, episodios mixtos o disfóricos antes que manía pura, índices de suicidio mayores, pobre pronóstico y pobre respuesta al litio. La presencia de comorbilidades a lo largo de la vida se ha asociado a una edad de inicio más temprano, desarrollo de episodios más

graves e historia familiar de uso de sustancias o de alcohol. Los autores sugieren que la presencia temprana de un TCA, un trastorno de ansiedad o un trastorno por abuso de sustancias deben hacer sospechar la presencia de un trastorno del afecto prodrómico que incluiría TAB (13).

Existen muchos menos estudios de prevalencia de trastorno bipolar en poblaciones clínicas de sujetos con TCA. El análisis de una cohorte de más de 1.100 estudiantes de secundaria, en tres momentos, permitió discriminar entre TCA con síndrome completo y TCA subsindromáticos. La prevalencia de trastorno bipolar fue de 0% y 4,3%, respectivamente; mientras la prevalencia de formas subclínicas de bipolaridad fue de 26% y 21,7%, respectivamente. Al seguir esta cohorte hasta la adultez temprana (19-23 años), los autores encontraron que la prevalencia de trastorno bipolar era de 10,5% en el grupo de TCA completos y de 8,3% en el grupo subsindromático (14).

Otros estudios (15),(16) reportan cifras muy variables entre el 3% y el 59%, y se basan en muestras muy pequeñas que no permiten sacar conclusiones generalizables; sin embargo, los subtipos purgativos de bulimia y

de anorexia nerviosa y el trastorno por atracones de alimentación son los reportados con mayor frecuencia en los estudios disponibles, como aquellos en los cuales la sintomatología impulsiva se expresa en áreas diferentes a los relacionados con la forma de comer, por ejemplo, cleptomanía, tricotilomanía, abuso de sustancias, riesgo de suicidio, entre otros.

Así es como los TCA con rasgos multiimpulsivos y el trastorno bipolar en adolescentes y mujeres jóvenes pueden compartir varias características clínicas que hacen difícil el diagnóstico diferencial y el manejo farmacológico de esta población.

Lo señalado, sumado a la necesidad de identificar síntomas prodrómicos de manera temprana para ofrecer tratamientos oportunos y adecuados y disminuir, asimismo, la disfunción y la cronicidad de ambas enfermedades, sustenta la realización del presente trabajo.

Materiales y métodos

Objetivos

1. Medir la prevalencia de punto de TAB en la muestra estudiada y compararla con la descrita en los estudios epidemiológicos existentes.

2. Estudiar y describir el comportamiento de las variables propuestas en un modelo de asociación, para analizar su impacto en el riesgo de TAB.

Diseño

Éste es un estudio descriptivo de corte transversal y una prueba de un modelo de asociación con técnica de regresión logística para evaluar variables consideradas de riesgo para TAB.

Población de estudio

El universo muestral está constituido por 181 mujeres de procedencia urbana, entre 12 y 45 años de edad; con trastornos de la conducta alimentaria, y que han asistido a evaluación diagnóstica y a tratamiento en EQUILIBRIO, programa especializado de modalidad ambulatoria para el manejo de dichas entidades clínicas, en Bogotá, entre enero de 1997 y julio del 2002.

Recolección y análisis de los datos

De acuerdo con el protocolo de evaluación recolectado de manera sistemática en todas las pacientes que acuden a consulta a la Institución, se recopilaron los datos mediante la elaboración de la historia clínica, psiquiátrica, psico-

lógica y nutricional; los criterios del DSM-IV para diagnóstico clínico de entidades del eje I y II, y el uso de pruebas de apoyo diagnóstico como la escala de Hamilton para depresión, la escala YBOCS para trastorno obsesivo compulsivo, la versión de dicha escala para trastornos de la conducta alimentaria (YBOC-EDS), el inventario de Beck para depresión, el cuestionario MAC para evaluación de creencias y actitudes acerca del peso y la forma de comer y la evaluación de autoimagen del Hospital San Joao Deu de Barcelona. Para el diagnóstico del tipo de trastorno de la conducta alimentaria y de trastorno bipolar se aplicó la entrevista estructurada del DSM-IV.

Se revisó la base de datos disponible desde 1997 hasta julio del 2002, en la cual, de manera sistemática, se ha consignado la información requerida. Dicha base, que consta de 230 variables de tipo numérico, se transfirió desde Excel al paquete estadístico STATA 7. En primer lugar, se limpió mediante el uso de frecuencias simples. Posteriormente se realizaron análisis bivariados entre las variables de estudio y se calcularon las medidas estadísticas pertinentes (chi cuadrado y prueba exacta de Fisher), a fin de evaluar asociaciones que consideraran un índice de significancia del

0,05% para las variables seleccionadas en la exploración de asociación de riesgo de TAB.

Se seleccionaron aquellas variables que mostraron la presencia de asociación significativa con TAB en el análisis bivariado y con ellas se construyó un modelo de regresión logística para evaluar asociaciones ajustadas con comando *Logistic* de STATA. Éste se usa para calcular los modelos de regresión de máxima verosimilitud, donde la variable dependiente, nominada como: 0, indica un desenlace negativo y 1 indica un desenlace positivo o evento. Se adicionaron en orden las variables al modelo, y de esta manera se observó el cambio en el riesgo relativo indirecto (*odds ratio*), que la adición de cada una de las variables de interés clínico aportan al modelo de asociación.

Adicionalmente, se analizaron y se descartaron posibles interacciones, y se realizaron —con el uso del cálculo del coeficiente de correlación de Spearman— pruebas estadísticas para, asimismo, descartar colinealidad entre las variables de estudio.

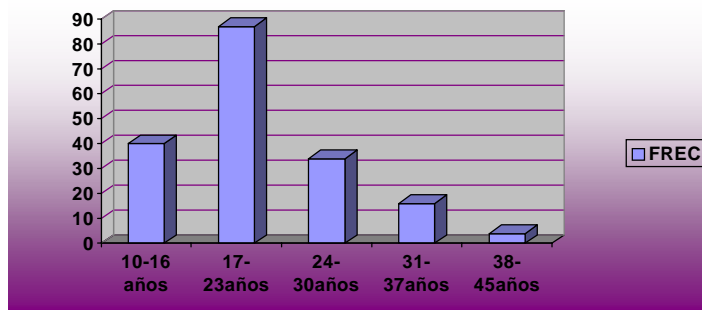
Variables de estudio

Para el presente trabajo se definió como variable desenlace principal (variable dependiente) el tener un trastorno bipolar de cualquier tipo.

Como variables independientes se consideraron, además de la edad, de la cronicidad de la sintomatología alimentaria al momento del ingreso al programa y de haber recibido tratamiento y diagnóstico previo o no, las siguientes:

- Multiimpulsividad: entendida como tener un TCA con atracones o purgas (AN subtipo purgativo, bulimia nerviosa subtipo I o II o trastorno por atracones), y una o más de las siguientes conductas definidas de la siguiente forma:
 - Automutilaciones: actos o conductas de autoagresión física como quemarse, pellizcarse, cortarse la piel, golpearse contra objetos o superficies, causarse dolor, todo sin intencionalidad suicida.
 - Intento de suicidio: tener antecedentes de intento(s) de suicidio(s) positivos.
 - Cleptomanía: acto compulsivo-impulsivo de robar según criterios DSM-IV.
 - Tricotilomanía: acto compulsivo-impulsivo de halarse y arrancarse el pelo según criterios DSM-IV.

Figura 1. Distribución por grupos de edad



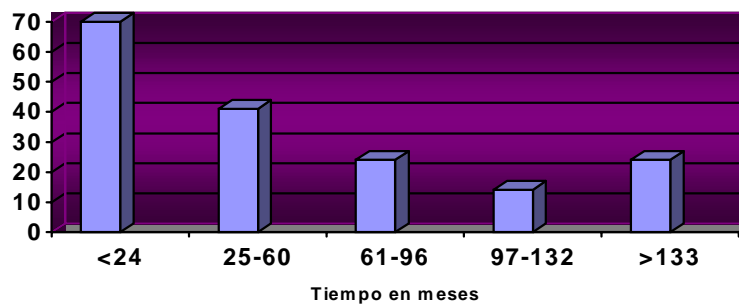
- Abuso o dependencia de SPA, según criterios del DSM-IV.
- Haber presentado transiciones de un subtipo a otro de TCA durante el curso natural de la enfermedad.
- Tener antecedentes familiares conocidos de TAB.
- Tener antecedentes familiares conocidos de abuso o dependencia de SPA.
- Tener antecedentes familiares conocidos de TDM.

Todas las variables fueron categorizadas dicotómicamente.

Resultados

De la muestra de las 181 pacientes atendidas entre enero de 1997 y julio del 2002, todas son mujeres de procedencia urbana, cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 45 años, con una media de 21,2 (DE 6,17). La distribución por edad no es normal, tiene un sesgo positivo, debido a la mayor representación de la muestra en menores de 23 años. Esto concuerda con la edad típica de aparición de los trastornos de la conducta alimentaria que sucede en la adolescencia o en la adultez joven.

Figura 2. Cronicidad en meses del TCA



La cronicidad de los síntomas de la conducta alimentaria antes de la primera consulta varía ampliamente entre 2 y 420 meses. Al estratificar la cronicidad en 5 clases, observamos que 70 pacientes (40,46%) tienen menos de 2 años de sintomatología activa al momento de consultar, seguidas por 41 (23,7%) que han estado sintomáticas mínimo por 5 años, mientras 62 lo han estado por más de 5 años. Sin embargo, llama la atención que 143 (80%) son casos incidentes, es decir, no habían sido diagnosticadas ni tratadas psicoterapéutica o psicofarmacológicamente antes de su primera consulta al programa, lo cual denota con cuán secreto viven estas pacientes su sintomatología y posiblemente la escasa información que había existido en el país acerca de los TCA.

La distribución por tipo de trastorno de la conducta alimenta-

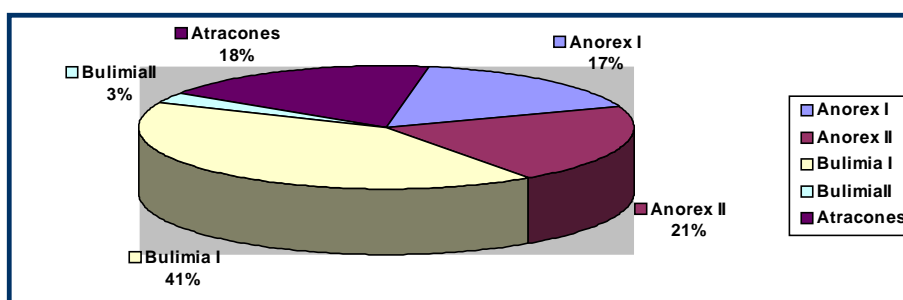
ria al momento de la evaluación diagnóstica se aprecia en la Figura 3. La muestra está representada por 30 anoréxicas restrictivas, 38 anoréxicas purgativas, 75 con bulimia purgativa, 33 con trastorno por atracones de alimentación y sólo 5 con bulimia de subtipo no purgativo.

150 de la totalidad de pacientes (83%) tienen subtipos de TCA en los que predominan las conductas de purga o atracones de alimentación. Las 31 restantes son anoréxicas restrictivas puras.

Prevalencia de punto de TAB

Se encontraron 14 pacientes con diagnóstico de TAB II o III que corresponden al 7,73%. El diagnóstico de TAB II fue realizado al momento de la evaluación inicial en 6 pacientes o a lo largo del tratamiento, basándose en una respuesta claramente disfó-

Figura 3. Distribución por tipo de TCA



rica, con trastornos del sueño, incremento en la impulsividad o agitación en 9 pacientes que estaban recibiendo antidepresivos cuando fueron usados de acuerdo con el protocolo de manejo en el cual se ha considerado el uso de antidepresivos ISRS como la mejor prueba disponible de eficacia farmacológica (17).

El 86% (12) de las pacientes bipolares presentaban episodios mixtos con ciclos cortos o ultracortos. De las 14 pacientes con TAB, 10 consultaban por primera vez y 4 ya habían recibido tratamiento de algún tipo; sin embargo, sólo 2 de ellas habían recibido moduladores de ánimo. 5 de las 14 bipolares fueron diagnosticadas en los primeros 2 años de sintomatología alimentaria, 5 más en aquellas que tenían entre 3 y 5 años de cronicidad y en 4 de ellas el diagnóstico de TCA y bipolaridad se dio más tardíamente, cuando consultaron al Programa.

El 50% de las bipolares, además, reunían criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite. Al explorar la asociación entre TAB y subtipos purgativos de TCA, encontramos que trece de las pacientes con TAB presentan sintomatología alimenta-

ria purgativa, lo cual coincide con lo reportado en otros estudios; pero esta asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0,302$), posiblemente debido al tamaño de muestra.

Para evaluar las conductas de impulsividad en estas pacientes, además de la presencia de atracones o purgas, se exploraron las siguientes variables, cuya descripción y asociación con TAB se describen a continuación:

El 27,07% (49 de 181) de las pacientes presentan conductas automutilatorias durante crisis de gran ansiedad en un intento de «calmar la angustia», como golpearse, cortarse la piel, producirse dolor físico, etc., con claros síntomas disociativos. Al explorar la asociación con TAB, vemos que 10 de las 14 pacientes con diagnóstico de TAB se automutilan y esta asociación es estadísticamente significativa (Pearson $\chi^2[1] = 15,1216$ Pr = 0,000).

Hay 16 mujeres que reúnen criterios diagnósticos para cleptomanía, que es la compulsión a robar extensiva a otros elementos diferentes a comida o dinero para conseguirla. La asociación entre cleptomanía y TAB es estadísticamente significativa (Pearson $\chi^2[1] = 21,7894$ Pr = 0,000).

Seis pacientes tienen criterios diagnósticos para tricotilomanía, sintomática al momento de ingresar al tratamiento. La tricotilomanía está presente en 28,6% de las bipolares y se muestra asociada significativamente a TAB (Pearson $\chi^2[1] = 30,1998$ Pr = 0,000).

De la muestra analizada, 27 son abusadoras o dependientes de sustancias, pero sólo 3 de las bipolares lo son, por lo que esta asociación no es significativa estadísticamente (Pearson $\chi^2[1] = 0,5069$ Pr = 0,476).

De las 26 pacientes que han intentado suicidarse en algún momento de la vida, 8 son diagnosticadas como bipolares y estas dos variables se asocian significativamente (Pearson $\chi^2[1] = 22,5729$ Pr = 0,000).

Al agrupar en una sola variable multiimpulsividad, categorizada dicotómicamente según se presenten, además de los atracones y purgas, uno o más de los otros hallazgos de impulsividad, como conductas automutilatorias, cleptomanía, tricotilomanía, abuso o dependencia de SPA o intento de suicidio, encontramos que el 86% de las bipolares son multiimpulsi-

vas, y esta asociación se evidencia más fuerte y significativa (Pearson $\chi^2[1] = 27,2850$ Pr = 0,000).

En el 9,39% de las familias de las pacientes con TCA tratadas se identificó algún pariente con diagnóstico de TAB. Entre las bipolares el antecedente conocido de bipolaridad está presente en el 57,14% y la asociación es bastante significativa (Pearson $\chi^2[1] = 40,6548$ Pr = 0,000).

62 pacientes (34,25%) poseen algún familiar con abuso o dependencia de sustancias y 96 (53,04%) reportan algún familiar con depresión mayor que ha ameritado tratamiento especializado, sin embargo, en las 14 pacientes con diagnóstico de TAB esta asociación no es estadísticamente significativa para ninguno de los dos antecedentes (Pearson $\chi^2[1] = 3,5298$ Pr = 0,060 y Pearson $\chi^2[1] = 2,0602$ Pr = 0,151, respectivamente).

66 de las pacientes (36,46%) han presentado transiciones de un subtipo de TCA a otro a lo largo de la evolución de su desorden alimentario, de los cuales los más frecuentes son las transiciones de subtipos restrictivos a purgativos o a atracones. En las bipolares esto

Tabla 1. Análisis bivariados

Variable de riesgo para TAB	Frecuencia global (%) n = 181	Frecuencia en las bipolares (%) n = 14	Chi2	Pr
Multiimpulsividad	133 (73,5%)	12 (85,7%)	27,2850	0,000
Antecedente familiar de TAB	17(9,4)	8 (57,1%)	40,6548	0,000
Transiciones de subtipo de TCA	66 (36,4%)	8 (57,1%)	2,8006	0,094
Abuso o dependencia de sustancias en familiar	62 (34,2%)	8 (57,1%)	3,5298	0,060
Depresión mayor en familiar	96 (56,04%)	10 (71,4%)	2,0602	0,151

ha sucedido en el 57,14% de las pacientes, pero la asociación no se evidencia como estadísticamente significativa, aunque la probabilidad de asociación se acerca al nivel de significancia (Pearson $\chi^2[1] = 2,8006$ Pr = 0,094). La Tabla 1 resume los resultados de los análisis bivariados.

Finamente, para facilitar el análisis de los datos, se recategorizó la edad en menores y mayores de 23 años, al tiempo que se consideró de mayor riesgo las más jóvenes para correr el modelo y ajustarlo por edad.

Modelo de asociación con regresión logística

El riesgo relativo indirecto crudo de tener TAB si se tiene un

TCA con multiimpulsividad en esta población de mujeres es 21,83 más grande que la posibilidad de no tenerlo si no se poseen estas características multiimpulsivas. Sin embargo, al controlar por las otras variables, observamos que al adicionar en orden las transiciones, el antecedente familiar de bipolaridad y ser menor de 23 años, se modifica el OR de manera significativa aumentándose el riesgo a 37,45. La adición al modelo de variables como el antecedente familiar de Depresión Mayor y el Abuso de Sustancias, no aporta cambios al riesgo de manera significativa tal como lo habíamos detectado en el análisis bivariado. Los intervalos de confianza del 95%, aunque muy amplios, presentan un límite inferior de 5, lo cual es alto y

Tabla 2. Modelo de regresión logística

Modelo	VARIABLES INCLUIDAS	OR	EE	Z	P> Z	IC 95%
Crudo	TAB + multiimpulsividad	21,83	17,17	3,920	0,000	4,7-102
2	TAB + multiimpulsividad + transiciones	21,96	18	3,776	0,000	4,42-109
3	TAB + multiimpulsividad + transiciones + TAB familiar	26,1	24,6	3,46	0,001	4,12-165,4
4	TAB + multiimpulsividad + transiciones + TAB familiar + edad	37,45	38,6	3,5	0,000	5-282,3
5	TAB + multiimpulsividad + transiciones + TAB familiar + edad + abuso de SPA familiar	38,6	40,3	3,5	0,000	5-299,2
6	TAB + multiimpulsividad + transiciones + TAB familiar + edad + depresión mayor familiar + abuso de SPA familiar	38,67	41,6	3,4	0,001	4,7- 318,3

seguramente se harían más precisos con un mayor tamaño de muestra. Los resultados se resumen en la Tabla 2.

El análisis de factores de confusión de estas variables permite concluir que ni el abuso de sustancias en la familia ni el antecedente familiar de trastorno depresivo mayor son factores de confusión, porque al introducirlos al modelo, no modifican el riesgo de manera significativa. De lo anterior podemos deducir que el mejor modelo es el 4, ya que por ser el más parsimonioso, está más cerca del criterio de referencia (*gold standard*), que en este caso es el que incluye la totalidad de las variables (modelo 6).

De los tres últimos modelos es el que posee menor error estándar y los IC más precisos. Al aplicar la prueba del radio de verosimilitud, donde se comparan el modelo 6 con el 4, que no contiene las dos últimas variables, corroboramos que éstas no son significativas dentro del modelo y que nos quedamos con el modelo 4. La prueba del radio de verosimilitud muestra un $\chi^2[2] = 0,85$, Prob $>\chi^2 = 0,653$.

Al repetir la prueba del radio de verosimilitud tomando el modelo 4 como el completo y al compararlo con el modelo reducido (modelo 3), el radio de máxima verosimilitud mejora significativamente y se acerca a lo

estadísticamente significativo. Lr -test $\chi^2[1] = 3,37$, $Prob > \chi^2 = 0,06$.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio evidencian que las adolescentes con desórdenes alimenticios de subtipos purgativos o acompañados de atracones junto con otros elementos de descontrol de impulsos son una población de alto riesgo, y alertan acerca de la necesidad de reconceptualizar los trastornos de la conducta alimentaria asociada a multiimpulsividad como una posible manifestación prodrómica o temprana y, por supuesto, atípica de bipolaridad que puede enmascarse en las expresiones habituales de la conducta adolescente.

Tal como lo señalan Strober y Carlson, es necesario establecer posibles predictores de bipolaridad de manera temprana. En su estudio de seguimiento de 60 adolescentes hospitalizados por episodio depresivo mayor, el 20% presentaron un episodio maniaco con un intervalo entre 10 y 76 semanas antes del viraje.

Los autores resaltan síntomas como el inicio rápido, existencia de una lentitud de la conducta

psicomotora, síntomas psicóticos congruentes con el humor, antecedentes familiares de bipolaridad e hipomanía inducida por los antidepresivos (18).

Akiskal y otros agregan a esta lista de posibles predictores de bipolaridad, la hipersomnia y el inicio anterior a los 25 años o después del posparto (19).

Sin embargo, tal como lo señalan Corcos, Bochereau y Jeammes es preciso reconocer que aunque nuestras capacidades de anticipación son aún muy limitadas en este campo, el desconocimiento de un diagnóstico temprano pone en riesgo al adolescente a enfrentarse a una patología inevitablemente recurrente e invalidante que se sigue subestimando (20).

La situación del pronóstico a largo plazo de los desórdenes alimentarios tampoco está bien esclarecida, y la comorbilidad y cambio en la sintomatología que los acompaña hacen pensar que su gravedad va mucho más allá de la expresión adolescente frente a la presión sociocultural de tener un cuerpo delgado.

El diseño transversal de un estudio de prevalencia como éste no

permite conocer si estas cifras se van a modificar a lo largo del tiempo, para lo cual sería indispensable un diseño longitudinal que permita identificar a más largo plazo el comportamiento de estas variables en el resto de la población estudiada y disminuir la probabilidad de sesgos.

Los hallazgos descritos deben ser tomados con precaución, en razón a las características específicas de la muestra de mujeres consultantes a un programa especializado en el tratamiento de los TCA y, por lo tanto, no son generalizables a otras poblaciones de adolescentes colombianas.

Conclusiones

Si bien la prevalencia de punto del 7,73% de TAB II en esta muestra de pacientes con TCA dista mucho de la prevalencia de vida del 0,5% en población general, es posible que no difiera tanto de la prevalencia de TAB II en otras poblaciones clínicas. Pero es llamativo que en un estudio de corte transversal como éste se encuentre una prevalencia tan elevada, lo cual sugiere que las mujeres adolescentes con TCA pueden ser una población de mayor riesgo para trastorno bipolar.

Los hallazgos obtenidos en el modelo de asociación propuesto señalan que aquellas pacientes con conductas multiimpulsivas (como automutilaciones, intento de suicidio, cleptomanía, tricotilomanía, abuso de sustancias), en presencia de síntomas alimentarios como atracones o purgas, que han hecho transiciones en sus síntomas, menores de 23 años y con antecedentes familiares positivos de trastorno bipolar tienen 38 veces más posibilidad de tener un trastorno bipolar que aquellas sin estas variables de riesgo.

Esta situación clínica plantea la necesidad de iniciar moduladores de ánimo lo más tempranamente posible y antes de usar antidepresivos, a fin de evitar la cronificación, la disfuncionabilidad del comportamiento y el acortamiento de los ciclos, que de por sí suelen acompañar al TAB II en adolescentes y empeoran el pronóstico.

Finalmente, se requieren más estudios en otras poblaciones de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria para construir unos mejores datos de eficacia farmacológica en los subtipos purgativos.

Bibliografía

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
2. Robins LN, Reiger DA. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press; 1991.
3. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988;18:141-53.
4. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:754-63.
5. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press; 1990.
6. Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *J Affect Disord* 1988;15:219-26.
7. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:454-63.
8. Sánchez L, et al. Bipolarity in children. *Psych Clin N America* 1999 Sep; 22(3): 629-48.
9. Akiskal HS, Bogoeis ML, Angst J, Post R, Moler H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 Suppl 1: S5-S30.
10. Cassidy F, Carroll B. The clinical epidemiology of pure and mixed manic episodes. *Bipolar Disorders* 2001; 3: 35-40.
11. Egeland J, Hostteter A, Pauls D, Sussex J. Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Oct;39: 1245-52.
12. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998;50:143-51.
13. McElroy S et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001 March; 158(3): 420-6.
14. Lewinsohn P, Stiegel-Moore R, Seely J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Oct; 39(10):1284-92.
15. Toner B, Garfinkel P, Garner D. Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa; s. d.
16. Simpson G et al. Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *J Ment Nerv Dis* 1992;180: 719-22.
17. BMJ. *Salud mental basada en la evidencia*; 2002.
18. Strober M, Carlson GA. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic and psychopharmacologic predictors in a three to four years prospective follow up investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:549-55.
19. Akiskal HS, Downs J, Jordan P et al. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset, and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:996-1003.
20. Corcos M, Bochereau D, Jeammet P. *Les troubles manic-dépressives a l'adolescence*. Paris: Masson; 1999.