



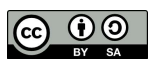
IKER
GAZTE
NAZIOARTEKO
IKERKETA EUSKARAZ

V. IKERGAZTE

NAZIOARTEKO IKERKETA EUSKARAZ

2023ko maiatzaren 17, 18 eta 19a
Donostia, Euskal Herria

ANTOLATZAILEA:
Udako Euskal Unibertsitatea (UEU)



Aitortu-PartekatuBerdin 3.0

OSASUN ZIENTZIAK

**Gehiegizko pisuaren eta
obesitatearen historia elikadura-
nahasmendu murriztaileetan:
berrikuspen sistematikoa**

*Oihana Aguirreurreta Galarraga,
Tamara Evelin Gomez Castellon
eta Eva Pereda Pereda*

83-90 or.

<https://dx.doi.org/10.26876/ikergazte.v.04.10>

ANTOLATZAILEA:



BABESLEAK:



LAGUNTZAILEAK:



Gehiegizko pisuaren eta obesitatearen historia elikadura-jokabidearen nahasmendu murriztaileetan: berrikuspen sistematikoa

Oihana Aguirreurreta (1), Tamara E. Gomez (1), Eva Pereda-Pereda^{2,3}

¹UPV/EHU, Psikologia Fakultatea, ²Gasteizko Erizaintzako Unibertsitate-Eskola, Osakidetza, ³Biodonostia Osasun Ikerketa Institutua; Osasun Mentala eta Arreta Psikiatrikoa, Donostia
eva.pereda@ehu.eus

Laburpena

Ezer gutxi dakigu obesitatearen edo gehiegizko pisuaren eta elikadura-jokabidearen nahasmendu murriztaileen arteko loturari buruz. Kasu horien prebalentzia, sintomatologia, garapena eta nahasmenduaren ezaugarri klinikoak aztertzeko PRISMA prozeduran oinarrituta 18 artikulu berrikusi ziren. Emaitzen arabera, elikadura-jokabidearen nahasmendu murriztailea duten pertsonen artean, gainpisua edo obesitate historia ohikoagoa da gizonengan emakumeengan baino. Horrez gain, gainpisua eta obesitate historia gehiago agertzen da anorexia nerbiosoa atipikoa duten pertsonengan anorexia nerbiosoa dutenengan baino. Anorexia nerbiosoa atipikoa duten pertsonak pisu handiagoarekin identifikatzen dira, baina horien sintomatologia, amenorrea eta ondorioak ez dira inoiz gainpisua edo obesitatea izan ez duten kasuenak baino larritasun gutxiagokoak. Emaitzek elikadura-jokabidearen nahasmenduen identifikazioan pisu-historia kontuan hartzearen garrantzia azpimarratzen dute.

Hitz gakoak: elikadura-nahasmenduak, Anorexia Nerbiosoa, Anorexia Nerbiosoa Atipikoa, gainpisua, obesitatea.

Abstract

Little is known about the relationship between overweight or obesity and restrictive eating disorders. This systematic review aimed to analyse their prevalence, symptomatology, development and clinical characteristics of these cases. Based on the PRISMA guidelines, we reviewed 18 articles. According to the results, among people with a restrictive eating disorder, a history of overweight or obesity is more common in men than women. In addition, a history of overweight or obesity is more common in people with atypical anorexia nervosa than in people with anorexia nervosa. People with atypical anorexia nervosa are identified with a higher weight, but their symptomatology, amenorrhoea and sequelae are no less severe than in those who have never been overweight or obese. The results underline the importance of considering weight history in identifying eating disorders.

Keywords: eating disorders, Anorexia nervosa, Atypical Anorexia Nervosa, overweight, obesity.

1. Sarrera eta motibazioa

Anorexia Nerbiosoa (AN) nahasmendu mental larria da, eta honen ezaugarriak gizentzeko gehiegizko beldurra, gorputz-irudiaren alterazioa eta muturreko argaltasuna lortzeko jokabide patologikoen erabilera dira, batik bat dieta murriztaile zorrotza mantentzea eta konpentsaziorako gonbitoak ala gehiegizko ariketa fisikoa egitea. Gaur egun, DSM-5-ean Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) helduen pisu baxua kategoriarako markatutako 18,5 kg/m² baino gutxiagoko gorputz-masaren indizea (GMI) balioa ezartzen du ANrako diagnostiko-irizpide gisa. (American Psychiatric Association, APA, 2013; Osasunaren Mundu Erakundea, 2021)

Bestalde, ANren gainerako irizpideak betetzen dituzten baina GMI normalaren mailan edo hortik gora mantentzen diren pertsonak Anorexia Nerbiosoa Atipikoaren (ANA) diagnostikoaren barne sailkatzen dira (APA, 2013). Komunitatean ANaren prebalentzia ANren antzekoa edo handiagoa da, eta ANak erikortasun-tasa altuak eta konplikazio mediko larriak baditu ere (Moskowitz eta Weiselberg, 2017), ANrekin alderatuz, gutxiago dira tratamendua jasotzen duten ANA kasuak (Harrop et al., 2021).

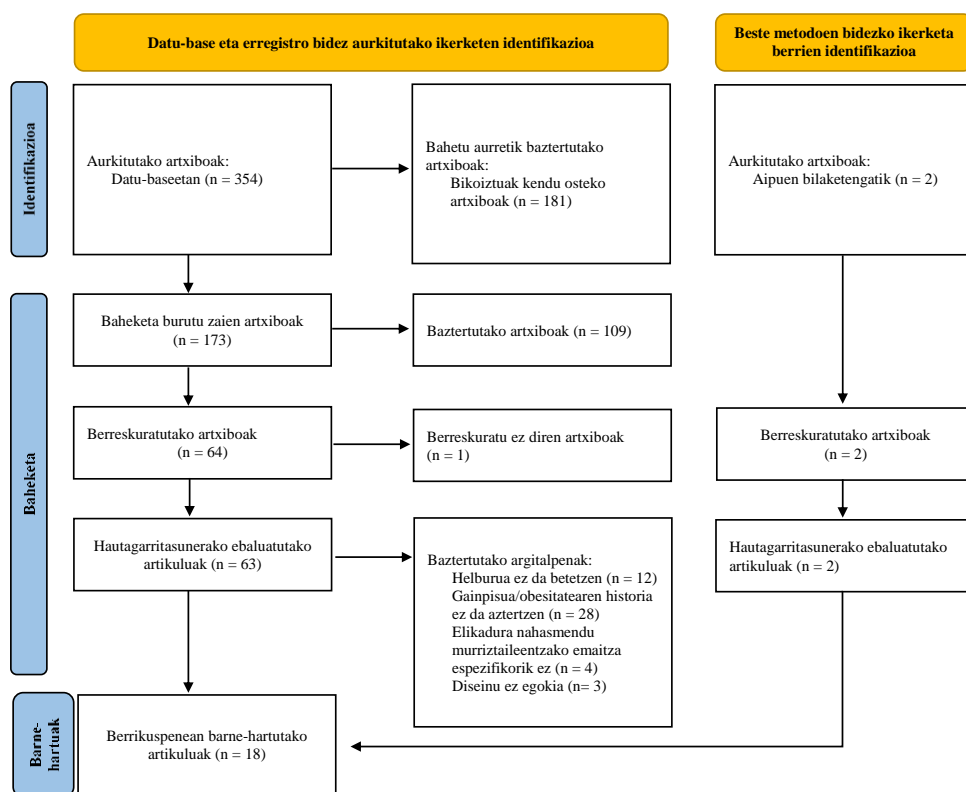
2. Arloko egoera eta ikerketaren helburuak

Gainpisua edo obesitatearen historia (GOH) duten pazienteek elikadura-jokabidearen nahasmendu (EJN) baterako tratamenduan dauden kasuen zati handi bat osatzen dute (Sim et al., 2013). Hala ere, EJNak emakume zuri eta argalen nahasmendu eskusibotzat hartzen dira eta estereotipo horrek profesional klinikoengan eragin dezake. Horregatik, pisu-galera handia izan arren, litekeena da GMI altua duten EJN kasuak ez identifikatzea eta tratamendu egokia jasotzen ez egotea sintomatologia larria aurkeztu arren (Burnette et al., 2018), bereziki EJN murriztaileen kasuan. Hortaz, GOH eta EJN murriztailea dituzten kasuen prebalentziari eta ezaugarri bereizgarri buruzko ezagutza baliagarria izan liteke EJNen identifikazioa, prebentzioa eta tratamendua hobetzeko (Anderson et al., 2017). Beraz, lan honetan GOH eta AN ala ANA duten pertsonen prebalentzia, sintomatologia, garapena eta nahasmenduaren ezaugarri klinikoak aztertzea nahi da.

3. Metodologia

Berrikuspen sistematiko honek PRISMAren ildoak jarraitu zituen (Page et al., 2021). Bilaketak *PubMed*, *Web Of Science*, *Scopus* eta *PsycINFO* datu-baseetan gauzatu ziren 2022ko uztailean. Era berean, artikulua batzuk eskuz aukeratu ziren aipuen bilaketak eginez. ANA termino nahiko berria denez, hau aipatzeko gako-hitzak Harrop et al.-ek (2021) erabilitako prozeduran oinarritu zen: "historical weight", "historical obesity", "historical overweight", "weight history", "obesity history", "overweight history", "premorbid weight", "premorbid obesity", "premorbid overweight", "pediatric overweight", "weight development", "historical BMI", "premorbid BMI", "Pediatric obesity", "BMI History", "B.M.I history", "anorexia nervosa", "partial anorexia", "partial syndrome" and "anorexia", "subthreshold" and "anorex*", "anorexia spectrum", "DSM-5" and "anorexia", "prodrom*" and "anorex*", "higher-weight" and "anorex*", "sub-clinical" and "anorex*", "atypical" and "anorexia", "higher-weight" and "restrictive eating disorder*", "subclinical" and "anorex*", "sub-threshold" and "anorex*", "subsyndromal anorex*", "higherweight anorex*", "EDNOS-wt", "weight suppression" and "anorexia", "weight suppression", "restrictive eating disorder", EDNOS.

Hurrengo fluxu-diagraman hautaketa prozesua ikus daiteke:



Bilaketak 354 artikulua bildu zituen, eta bikoiztuak ezabatu ondoren, 173 artikulua aztertu ziren. Baheketan 109 artikulua ezabatu ziren. Zehazki, berrikuspenarekin bat ez zetozenak eta EJM murriztailea ala GOH duten subjektuak barne hartzen ez zituztenak. Horrela, 64 artikulua ebaluatu ziren, eskuz bilatutako bi artikulurekin batera. Kanpo utzi ziren (1) EJM talde bakoitzerako emaitzak zehaztu ez zituzten artikulua, (2) GOH aldagaia aztertzen ez zutenak eta partaideen artean biztanleria orokorrarekiko GMI altua izateko atalaserik markatzen ez zutenak, eta (3) azterlan kualitatiboak, liburuak, editorialak, iritzi-artikulua, berrikuspen sistematikoak eta meta-analisiak. Azkenik, 18 artikulua jo ziren egokitzen.

4. Emaitzak

4.1 Parte-hartzaileen ezaugarriak

Lanetan lagin-tamainak honakoak ziren: zortzik 200 parte-hartzaile baino gutxiago zituzten (Crisp et al., 1980; Crisp eta Stonehill, 1971; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Ming et al., 2014; Steinhausen eta Glanville, 1983; Strober et al., 1985), zazpi 200 eta 600 artean (Cena et al., 2017; Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2022; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Swenne, 2016) eta hiruk 600 parte-hartzaile baino gehiago (Bueno et al., 2014; Gueguen et al., 2012; Welch et al., 2015). Laginen batezbesteko adina antzekoa zen, 15-30 urte ingurukoa. Hein handi batean lagina emakumeek osatzen zuten. Lan batek lagin maskulinoa soilik erabili zuen (Ming et al., 2014), eta, gutxienez seik soilik lagin femeninoa (Bueno et al., 2014; Crisp et al., 1980; Rastogi et al., 2020; Steinhausen eta Glanville, 1983; Strober et al., 1985; Swenne, 2016).

Azterlan guztiek EJM zuten parte-hartzaileez osatutako lagin klinikoa erabili zuten. EJM murriztaileetarako (AN, ANA, elikagaiak ez hartzeagatiko/irenstegatiko nahasmendua eta mota murriztaileko EJM) berariazko emaitzak soilik erabili ziren berrikuspen honen emaitzetarako, Swenne-k (2016) eta Rastogi et al.-ek (2020) lortutako emaitzak izan ezik, zeinetan talde osoaren emaitzak hartu ziren kontuan, parte-hartzaileen % 3,3k eta % 8,8k baino ez baitzuten EJM murriztaileerik. Jatorriari dagokionez, % 44 europarra zen, % 44 amerikarra, % 6 asiarra eta % 6 australiarra.

4.2. GOHren prebalentzia

EJM murriztailea dutenengan GOHren prebalentziaren inguruko datuak anitzak ziren, % 1,9 (Bueno et al., 2014) eta % 71 (Sawyer et al., 2016) artekoak. Gehiengoak gutxienez % 20ko prebalentzia aurkitu zuen (Crisp et al., 1980; Crisp eta Stonehill, 1971; Kennedy et al., 2017; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021, 2022; Meierer et al., 2019; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Steinhausen eta Glanville, 1983).

Prebalentziak diagnostikoaren arabera aldatzen ziren: AN kasuetan GOHren prebalentzia % 30etik hurbil egon zen hiru ikerketatan (Crisp et al., 1980; Kennedy et al., 2017; Meierer et al., 2019); bitan % 50etik gorakoa zen (Crisp eta Stonehill, 1971; Ming et al., 2014); lau lanetan % 20-25 ingurukoa (Matthews et al., 2021, 2022; Rastogi et al., 2020; Steinhausen eta Glanville, 1983); batean % 12koa (Sawyer et al., 2016) eta soilik obesitate historia kontuan hartzen zuen ikerketa batean % 1,9koa (Bueno et al., 2014). Aldiz, ANA zuten pertsonengan prebalentzia altuagoa zen, % 53-71 artekoa (Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021, 2022; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016).

Sexua aztertu zuten lan guztiek GOHren prebalentzia altuagoa aurkitu zuten gizonengan: 39 % vs 13 % (Gueguen et al., 2012); 30,2 % vs 17,9 % (Kennedy et al., 2017); 68,75 % vs 35,6 % (Matthews et al., 2021); 55,9 % vs. 25,6 % (Matthews et al., 2022); 44,4 % vs 18,4 % (Nagata et al., 2019) eta 20,1 % vs 9,6 % (Welch et al., 2015)(Welch, 2015).

Jatorria aztertu zuen ikerketak GOHren prebalentzia altuagoa aurkitu zuen jatorri ez kaukas oar zuten parte-hartzaileengan, jatorri kaukas oar zutenekin alderatuz: % 26,8 % 17,6aren aurrean (Kennedy et al., 2017).

4.3 . EJM murriztaileen eboluzioa eta garapena

Ez zen ezberdintasunik aurkitu EJMren hasierako adinean edo diagnostikoa egiteko uneko adinean GOH izatearen arabera (Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021, 2022; Meierer et al., 2019; Swenne, 2016).

Lan batzuek GOH zutenek diagnostikoa jaso arte nahasmenduaren iraupen handiagoa zutela ikusi zuten, zehazki 4,5 hilabete (Nagata et al., 2019), 9 hilabete (Lebow et al., 2015) eta 14 hilabete gehiago (Rastogi et al., 2020). Hala ere, beste ikerketa batzuetan nahasmenduaren iraupenean aurkitutako ezberdintasunik ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan (Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021, 2022; Meierer et al., 2019).

Diagnostikoaren unean parte-hartzaileek zuten GMIari dagokionez, GOH zutenek GMI handiagoa ala GMIaren medianaren portzentaje handiagoa zuten GOH ez zutenekin alderaturik: 19,4 kg/m² GMI vs 17,3 kg/m² GMI (Meierer et al., 2019); 20 kg/m² GMI vs 16,9 kg/m² GMI (Lebow et al., 2015); 20,6 kg/m² GMI vs 18,1 kg/m² GMI (Rastogi et al., 2020); GMI % 99,8 vs GMI % 85,2 (Kennedy et al., 2017); GMI % 46,1 vs GMI % 17,26 (Matthews et al., 2021); GMI % 36,44 vs GMI % 13,36 (Matthews et al., 2022); eta 17,9 kg/m² GMI vs 15,7 kg/m² GMI (Nagata et al., 2019). Hala ere, diagnostikoaren unean pisu altuagoa izan arren, jasandako pisu galera askoz handiagoa zen GOH zutenen artean, GOH ez zutenekin alderatuz: pisuaren % 26ko vs %16ko galera (Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021); GMIn 5,4 kg/m² vs 3,6 kg/m²-ko jaitsierak (Lebow et al., 2015), eta GMIn 7,1 kg/m² vs 3,3 kg/m²-ko jaitsierak (Rastogi et al., 2020). Obesitate historia zutenen artean 14,3 kg-ko batezbesteko galera erregistratu zen, obesitate historia ez zutenen artean 4,5 eta 9,5 kg arteko galeren aurrean (Swenne, 2016). Azkenik, Meierer et al.-ek (2019) 2004. urtean GMI-an 6,8kg/m²-ko jaitsiera ikusi zuten, 3,8 kg/m²-ko jaitsierarekin alderatuz eta 6,6 kg/m²-koa 3,6 kg/m²-koarekin alderatuz 2014ean. Gainera, ikusi zuten GOH zutenengan pisu galera azkarragoa zela GOH ez zutenekin alderatuz: 2,6 kg hilean eta 1,6 kg hilean, hurrenez hurren.

4.4. Sintomatologiaren larritasuna eta erikortasun fisiko eta psikologikoak

Nahasmenduaren larritasunari erreparatuz, GOH EDE eskalan sintomen larritasun handiagoarekin, antsietate handiagoarekin (Matthews et al., 2021; Swenne, 2016) eta depresioaren eskalan puntuazio altuagoekin lotu zen (Matthews et al., 2021). Hala ere, beste ikerketa batek ez zuen ezberdintasunik esanguratsurik aurkitu EDE eskalan (Lebow et al., 2015) Matthews et al.-ek (2022) ez zuten ezberdintasunik esanguratsurik aurkitu erikortasun psikiatrikoei, medikazio psikotropikoaren erabilerari, osasun mentaleko tratamenduaren historiari edo EJM-en familia historiari dagokienez.

Neurri fisiologikoen artean, GOH zutenen parte-hartzaileengan GOH ez zutenengan baino bihotz-maiztasun txikiagoa (65 vs 70 taupada/min) eta odol-presio handiagoa ikusi ziren (Meierer et al., 2019; Swenne, 2016). Gainera, GOH zutenengan hezur-dentsitate mineralaren (DMO) eta hezur-eduki mineralaren (CMO) balio altuagoak (0,88 vs 0,83) eta masa iharraren indize altuagoa (1,1 vs 0,8) ikusi ziren, baina ez zen ezberdintasunik aurkitu gantz-masaren indizean (Nagata et al., 2019).

Beste ikerketek ere ez zituzten ezberdintasunik aurkitu sintoma, konplikazio fisiko eta nahasmenduaren larritasunean GOH zuten eta ez zuten taldeak alderatzean (Lebow et al., 2015; Swenne, 2016).

4.5. Hilekoa

GOH zuten eta ez zuten parte-hartzaileak alderatzen zituzten ikerketetan ez ziren ezberdintasunak aurkitu amenorrearen presentzian (Lebow et al., 2015; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020). Gainera, ikerketa batek amenorrearen iraupen handiagoa ikusi zuen GOH zuten pazienteengan GOH ez zutenekin alderatuz (11,1 vs 7,8 hilabete) (Meierer et al., 2019). Rastogi et al.-ek (2020) ere ez zuten ezberdintasunik aurkitu prebalentziari dagokionez, baina ikusi zuten GOH zutenek bere aurretiko pisuaren portzentaje baxuagoa berreskuratu zutela hilekoa itzuli zenean; izan ere, batez beste bi taldeek hilekoa berreskuratu zuten 20-21 kg/m²-ko GMIarekin. Era berean, Crisp eta Stonehill-ek (1971) ikusi zuten kasu gehienetan amenorrea aurretiko pisuaren % 10eko ala gehiagoko galera izan ostean ematen zela, pisu baxuan egotea beharrezkoa izan gabe.

4.6. Tratamendu eta pronostikoa

Tratamendu motan ez ziren ezberdintasunak aurkitu GOHarekin lotuta (Matthews et al., 2021, 2022; Meierer et al., 2019), baina Kennedy et al.-ek (2017) aurkitu zuten GOH zutenek probabilitate gutxiago zituztela ospitaleratuak izateko pisu altuagoa izateagatik. Bestalde, GOH errekupeazioan zehar pisu gutxiago berreskuratzearekin (Strober et al., 1985) eta epe-luzerako prognosi okerragoarekin lotu zen (Steinhausen eta Glanville, 1983).

Epe-luzera, % 29tik gorako pisu galera sintomatologiaren puntuazio total okerragoekin, narriadura sozialarekin, loditzeko beldurrarekin, ukapen handiagoarekin, gose seinaleen asaldurarekin eta gurasoekiko jarrera negatiboagoarekin erlazionatu zen (Steinhausen eta Glanville, 1983).

1. taula. Aztertutako aldagaien inguruko emaitza adierazgarrien laburpena.

Aldagaiak	Aurkikuntza garrantzitsuak
GOH-ren prebalentzia	<ul style="list-style-type: none"> - EJN murriztaileetan orokorrean GOH-ren prebalentzia % 20koa zen gutxienez. - GOH-ren prebalentzia altuagoa izan zen ANA kasuetan AN kasuetan baino. - Prebalentzia altuagoa izan zen gizonengan. - Prebalentzia altuagoa izan zen lagin ez kaukasikoan.
Nahasmenduaren eboluzioa eta garapena	<ul style="list-style-type: none"> - GOH zutenen artean, diagnostikoa jaso zutenean, balio altuagoak izan zituzten nahasmenduaren iraupenean, GMI-an, jasandako pisu galeran.
Sintomatologiaren larritasuna	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomatologia psikologikoa: kasu batzuetan ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu; beste batzuetan, GOH zutenek sintomatologia larriagoa eta antsietate eta depresio handiagoa izan zuten. - Sintomatologia fisikoa: GOH zutenek balio altuagoak izan zituzten odol-presioan, hezur-dentsitate mineralean eta masa iharraren indizean, baina bihotz-taupada baxuagoak.
Hilekoa	<ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea aurretiko pisuaren % 10eko ala gehiagoko galera izan ondoren ematen zen (pisu baxuan egon ez arren). - GOH zutenen kasuetan, amenorrearen iraupena luzeagoa izan zen eta honen berreskurapena nahasmendua bilakatu baino lehenagoko pisuarekin alderatuta baxuagoa zen.
Tratamendua eta pronostikoa	<ul style="list-style-type: none"> - GOH zutenek gutxiago izan ziren ospitaleratuak pisu altuagoa izateagatik. - GOH zutenek prognosi okerragoarekin, pisu berreskurapen baxuagoarekin eta epe-luzera EJN sintomatologia altuagoarekin lotu ziren.

5. Ondorioak

Lan honen helburua GOH eta EJM murriztaile bat dituzten kasuen prebalentzia, garapena, sintomatologia eta nahasmenduaren ezaugarri klinikoak aztertzea izan zen. Prebalentzia datu anitzak bildu arren, nabarmentzen da azterlan gehienetan gutxienez % 20koa izan zela. Prebalentzian ezberdintasunak parte-hartzaileen ezaugarriengatik izan litezke, ikerketa batzuetan lagina emakumezkoek edota AN diagnostikoa zutenek soilik osatzen baitzuten. Azpimarratzekoa da GOHren prebalentzia handiagoa aurkitu zela gizonengan; beraz, ezaugarri hau kontuan hartzea baliagarria izan liteke gizonengan EJMn identifikazioa hobetzeko. Diagnostikoaren arabera, GOHren prebalentziak handiagoak izan ziren ANA kasuen artean (% 53 eta % 71 artean), AN kasuetan baino (% 12 eta % 57 artean). Hau esperotako emaitza zen, GOH duten kasuek pisu galera handiagoa behar baitute ANrako pisu baxuaren irizpidea betetzeko.

GOH zuten pazienteek diagnostikoan pisu handiagorekin aurkeztu arren, pisu-galera askoz handiagoa eta azkarragoa jasan zuten, eta identifikatuak izan arte nahasmenduaren iraupen handiagoa zuten. Gainera, sintomen larritasuna, kognizio patologikoak eta narriadura klinikoak ez dira GOH ez dutenenak baino txikiagoak, are gehiago, hainbat azterlanek sintomatologiaren larritasun handiagoa eta depresio eta antsietate handiagoa ikusi zuten GOH zuten pazienteengan. Datu hauen arabera, GMI ez da neurrikerik erabilgarriena ANren larritasun indize gisa. Aldiz, larritasuna hobeto uler liteke beste adierazleen bidez, hala nola EJMnaren pentsamendu eta jokabideen intentsitatea, denbora-tarte batean galdutako pisuaren proportzioa edo kezka eta ondoeza mailak (Phillipou eta Beilharz, 2019). Gainera, diagnostikoa, tratamendua eta berreskurapena pisuan zentratzeak garrantzia ken diezaike nahasmenduaren alderdi psikologiko garrantzitsuei eta pisu handiagoa duten pertsonak behar bezain “gaixo” ez daudelaren eta laguntza eskatzeko pisu gehiago galdu behar dutelaren ustea betikotu dezake (Phillipou eta Beilharz, 2019)

Amenorreari dagokionez, emaitzetan ez da ezberdintasunik aurkitu GOH izatearen arabera. Amenorea pisuaren % 10eko galera edo handiagoa izan ondoren ohikoa zela ere ikusi zen (Crisp eta Stonehill, 1971), pisu baxuan egon behar gabe. Beraz, alterazio hormonalak edozein pisuarekin ager daitezke, eta aldaketa horiek normalizatzeko ez da beharrezkoa alde aurreko pisua guztiz berreskuratzea.

6. Etorkizunerako ildoak

Azterlan gutxi ikertu dute GOH EJM murriztailea dutenengan, beraz, kasu hauen inguruko kontzientziario eta ikerketa gehiagoren beharra azpimarratzen da. Lan honetan GOHren prebalentzia handienak ANAn aurkitu zirenez, baliteke DSM-5aren aurreko ikerketetan kasu ugari islatuta ez geratzea. Gainera, hautatutako ikerketa guztiak lagin kliniko batean oinarritzen ziren, eta litekeena da komunitatean horrelako kasuen prebalentzia handiagoa izatea (Harrop et al., 2021), hortaz, interesgarria litzateke lotura hau lagin ez-klinikoan ere aztertzea. Bestalde, datu hauek ez dira nahikoak EJM murriztailea garatzerakoan GOH izateak nola eragiten duen ikertzeko. Pisuaren estigma eta pisuarekin lotutako isekak ohikoak dira GOH duten gazteen artean (Puhl eta Lessard, 2020), eta elikadura-jokabide ez-osasuntsuekin lotuta daude (Vartanian eta Porter, 2016). Hortaz, etorkizuneko ikerketek GOH eta ingurunearen errefusaren arteko lotura ikertu beharko lukete, muturreko dieta eta EJMn faktore amiltzaile gisa.

Gainpisurako eta obesitaterako esku-hartzei begira, kontuan hartu behar da pisuaren estigma eta dieta EJM bat garatzeko arrisku-faktoreak direla (Burton, 2020; Hunger et al., 2020), horregatik gomendatzen da pisuan gutxiago zentratzea, epe luzera mantendu daitezkeen jokabideak indartzea eta pisuaren estigma lantzea (Neumark-Sztainer, 2009).

Emaitzei erreparatu, posible zen GOH zuten kasu asko lehenago identifikatu izana, haien prognosia hobetuz, baina malnutrizioaren eta pisu-galeraren konplikazioak, pisu txikiko pazienteengan alerta-seinaleak direnak, askotan gaizki diagnostikatzen dira pisu handiagoko pazienteengan (Sim et al., 2013). Hortaz, lan honen emaitzek pazienteen pisu-historia kontuan hartzearen garrantzia azpimarratzen dute, eta ez egungo GMI soilik, EJM murriztaileak edozein

pisurekin eman baitaitezke. Profesionalek EJM baten sintomatologia aztertu beharko lukete edozein seinaleren aurrean. Azkenik, pisu handiagoko kasuak ez dira larritasun gutxiagokotzat hartu behar, gainerako larritasun eta konplikazio berak izan baititzakete.

7. Erreferentziak

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, L. K., Murray, S. B. eta Kaye, W. (2017). *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders*. Oxford University Press.
- Bueno, B., Krug, I., Bulik, C. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Thornton, L., Penelo, E., Menchón, J. M., Sánchez, I., Tinahones, F. J. eta Fernández-Aranda, F. (2014). Late onset eating disorders in Spain: Clinical characteristics and therapeutic implications. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 1–17. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22006>
- Burnette, C. B., Simpson, C. C. eta Mazzeo, S. E. (2018). Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eating Behaviors*, 30, 16–21. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2018.05.003>
- Burton, M. (2020). Understanding and supporting children and young people with eating disorders. *Practice Nursing*, 31(10), 412–419.
- Cena, H., Stanford, F. C., Ochner, L., Fonte, M. L., Biino, G., De Giuseppe, R., Taveras, E. eta Misra, M. (2017). Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(3), 216–229. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1279905>
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B., eta Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3–4), 179–191. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(80\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(80)90040-9)
- Crisp, A. H., eta Stonehill, E. (1971). Relation between aspects of nutritional disturbance and menstrual activity in primary anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 3(5767), 149–151. <https://doi.org/10.1136/BMJ.3.5767.149>
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, S. M., Guelfi, J. D., Rouillon, F., Falissard, B. eta Huas, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 537–545. <https://doi.org/10.1002/EAT.20987>
- Harrop, E. N., Mensinger, J. L., Moore, M. eta Lindhorst, T. (2021). Restrictive eating disorders in higher weight persons: A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1328–1357. <https://doi.org/10.1002/eat.23519>
- Hunger, J. M., Dodd, D. R. eta Smith, A. R. (2020). Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. *Eating Behaviors*, 37, 101383. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101383>
- Kennedy, G. A., Forman, S. F., Woods, E. R., Hergenroeder, A. C., Mammel, K. A., Fisher, M. M., Ornstein, R. M., Callahan, S. T., Golden, N. H., Kapphahn, C. J., Garber, A. K., Rome, E. S. eta Richmond, T. K. (2017). History of overweight/obesity as predictor of care received at 1-year follow-up in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 674–679. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.001>
- Lebow, J., Sim, L. A. eta Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.005>
- Matthews, A., Gordon, K., Kramer, R., Lin, J. eta Ziv, A. (2022). Clinical characteristics of medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eating Disorders*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2097361>
- Matthews, A., Kramer, R. A. eta Mitan, L. (2021). Eating disorder severity and psychological morbidity in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eating and Weight Disorders*, 27(1), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01168-7>

- Meierer, K., Hudon, A., Sznajder, M., Leduc, M.-F., Taddeo, D., Jamouille, O., Frappier, J.-Y., eta Stheneur, C. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: evolution of weight history and impact of excess pre-morbid weight. *European Journal of Pediatrics*, 178(2), 213–219. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3275-y>
- Ming, T. S., Lin Miao Shan, P., Kuek Shu Cen, A., Ee Lian, L. eta Boon Swee Kim, E. (2014). Men do get it: eating disorders in males from an Asian perspective. *Journal of Psychiatry*, 15(1), 72–82.
- Moskowitz, L. eta Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Nagata, J. M., Carlson, J. L., Golden, N. H., Long, J., Murray, S. B. eta Peebles, R. (2019). Comparisons of bone density and body composition among adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 591–596. <https://doi.org/10.1002/EAT.23048>
- Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: What can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Medicina Fluminensis*, 57(4), 444–465. https://doi.org/10.21860/medflum2021_264903
- Phillipou, A. eta Beilharz, F. (2019). Should we shed the weight criterion for anorexia nervosa? *Australian eta New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(6), 501–502. <https://doi.org/10.1177/0004867418814958>
- Puhl, R. M. eta Lessard, L. M. (2020). Weight stigma in youth: Prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402–411. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>
- Rastogi, R., Sieke, E. H., Nahra, A., Sabik, J. eta Rome, E. S. (2020). Return of menses in previously overweight patients with eating disorders. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2019.11.002>
- Sawyer, S. M., Whitelaw, M., Le Grange, D., Yeo, M. eta Hughes, E. K. (2016). Physical and psychological morbidity in adolescents with atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 137(4), e20154080. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4080>
- Sim, L. A., Lebow, J. eta Billings, M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*, 132(4), e1026–e1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3940>
- Steinhausen, H. -C. eta Glanville, K. (1983). A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1983.TB06974.X>
- Strober, M., Bowen, E. eta Preble, J. (1985). Predictors of weight change in juvenile anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 605–608.
- Swenne, I. (2016). Influence of pre-morbid BMI on clinical characteristics at presentation of adolescent girls with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 16(1), 81. <https://doi.org/10.1186/S12888-016-0788-7>
- Vartanian, L. R. eta Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Welch, E., Ghaderi, A. eta Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 15(1), 45. <https://doi.org/10.1186/S12888-015-0419-8>

8. Eskerrak eta Oharrak

Lan hau Psikologiako Gradu Amaierako lan batetik eratorria da, eta Eusko Jaurlaritzako 2021-2022 ikasturterako Ikasiker lankidetzaren beka gautatu da.