

G. Morandé L.

An Esp Pediatr 1998;48:229-232.

**Algunos datos parecen mostrar que la anorexia y la bulimia afectan a muchas adolescentes y que la población de riesgo crece**

Son hoy la tercera enfermedad crónica de las adolescentes<sup>(1)</sup>. En el estudio de Móstoles (Madrid), realizado en 1993-1994, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectaban al 4,7% de las adolescentes de 15 años. Un 0,69% son anorexias nerviosas (AN), un 1,4% son bulimias nerviosas (BN) y un 2,76% síndromes parciales o atípicos<sup>(2)</sup>. Se observa un evidente aumento de estos cuadros en los últimos años, así como de la población de riesgo, que sube del 11,6% al 17,3%. En varones la proporción es mucho menor (Tabla I). Estas cifras son similares a las de otros países occidentales<sup>(3-7)</sup>.

En la última década la población adolescente española creció en estatura y peso, pero en mayor proporción aquellos que se ven gordos y tratan de adelgazar. En 1985-86 el 22% de las niñas se veían gordas, porcentaje que sube al 43% en el estudio de 1993-94; los varones también suben de un 7% al 13,7%.

Martínez y cols. en Barcelona, en 1993, encuentran que un 35% de las jóvenes ha hecho régimen para adelgazar una o más temporadas y el 10% más de dos. El 46% ha hecho ejercicio con iguales fines y un 10% más de dos temporadas<sup>(8)</sup>.

El estado emocional de una parte de los jóvenes ha empeorado paralelamente a verse peor físicamente. En el estudio de Móstoles, ha subido la puntuación media en el cuestionario de salud general de Golberg (GHQ). En mujeres de 8,37 a 11,24 y en varones de 2,56 a 7,5. Todos los casos de TCA puntuaban por encima de 15. Lo que se evidencia es que a mayor puntuación, peor se ven y mayor tendencia a adelgazar. A nivel individual, es esta interacción entre actitudes sobrevaloradas hacia la alimentación y el peso y un estado emocional negativo (¿previo?), lo que aparentemente posibilita el paso de la preocupación a la obsesión y que las conductas de riesgo en algún momento se hagan compulsivas<sup>(9)</sup> (Tabla II).

**Una historia que demuestra que los motivos para ayunar cambian y que la presión para adelgazar es patoplástica**

La AN tiene tres siglos de historia, pero es hace 100 años cuando se bautiza con su nombre actual, se publican las primeras series y se recomienda separar a las pacientes de sus familias. Russell, quien describió la bulimia en 1979, asegura que la

**Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?**

Tabla I Prevalencia de TCA en adolescentes de Madrid. De 1985-1986 a 1993-1994 (Morandé G, Celada J, Casas J)

	1985-1986		1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1) Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
2) Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36%	1,24%
3) Cuadros incompletos	-	-	0,54%	2,76%
3-1) Anorexia incompleta	-	-	0,36%	1,10%
3-2) Bulimia incompleta	-	-	0,18%	1,66%
4) Suma trastornos	0%	1,55%	0,90%	4,69%
5) Población de riesgo	1,20%	11,6%	1,96%	17,36%

Tabla II Comparativa de datos antropométricos (1985-1986, 1993-1994) (Morandé G, Casas J, Celada J)

Mujeres	Muestra del año 85-86		Muestra del año 93-94	
N	636		725	
Edad	15,10	DE 1,73	15,07	DE 1,04
Peso	51,72	DE 6,85	54,73	DE 7,53*
Estatura	162	DE 6,02	163,89	DE 6,22*
IMC	19,70	DE 2,66	20,54	DE 2,70*
Se ven gordas	140	22%	292	43,13%*
GHQ	8,37	DE 9,90	11,24	DE 10,99*
Hombres	Muestra del año 85-86		Muestra del año 93-94	
N	82		520	
Edad	15,30	DE 1,27	15,03	DE 0,89
Peso	58,40	DE 9,50	63,01	DE 9,78*
Estatura	170	DE 8,01	172,93	DE 7,61*
IMC	20,20	DE 2,81	21,11	DE 2,73*
Se ven gordos	6	7%	71	13,76%*
GHQ	2,56	DE 4,30	7,45	DE 9,99*

\*p < 0,05 (estadísticamente significativo).

clínica de la AN va modificándose durante los últimos 40 años y que el culto al cuerpo juega un papel importante. Se ha evidenciado:

- a) Un aumento de la incidencia desde finales de los 50.
- b) Cambios en la expresión clínica, apareciendo la distorsión de imagen corporal.

Hospital «Niño Jesús». Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

c) El nacimiento de la hermana de la AN, la BN, que rápidamente se ha superado en cantidad.

Estos tres factores se han asociado a una fuerte presión social de búsqueda de un cuerpo de gran delgadez. Esta idea sobrevalorada ha cumplido una función patoplástica en los TCA, ha dado contenido a la obsesión por adelgazar<sup>(10)</sup>. La moda ha superado sus límites sociales históricos, se ha extendido al conjunto de la sociedad y a la totalidad de las comunidades occidentalizadas<sup>(11-13)</sup>.

Theander también revisa el último siglo y trata de definir lo «esencial» de la AN. Señala los siguientes elementos:

- a) La mayoría de los pacientes son mujeres.
- b) La mayoría son jóvenes.
- c) El síntoma principal es el rechazo a alimentarse.
- d) La desnutrición puede ser extrema y de riesgo vital.
- e) También hay una gran tendencia a recuperarse.
- f) Las pacientes tienden a negar su enfermedad.
- g) Los motivos que alegan para no alimentarse no son constantes<sup>(15)</sup>.

**Sobre la etiopatogenia: Un desorden multifactorial donde se entrecruzan factores constitucionales y psicológicos, el medio, situaciones difíciles de enfrentar, pero, básicamente, exponerse a una dieta para adelgazar más aún si un intenso ejercicio**

Szmukler<sup>(16)</sup> desarrolla una hipótesis adictiva de la AN: la restricción dietética, sea cual sea su motivación (perder peso, ascetismo, aversión a determinados alimentos), es la causa principal de la AN. En aquellas poblaciones donde se hace dieta hay más AN. Como con el alcohol, a más jóvenes bebiendo y más si son mujeres, el número de adicciones aumenta. La dieta desencadena respuestas fisiológicas y psicológicas, frecuentemente placenteras, que cobran vida por sí mismas y que llevan a continuar ayunando. A pesar del peligro y de la pérdida de control, el problema es negado. Con la dependencia, la conducta se hace más estereotipada y se acompaña de una compulsión a repetirla y continuarla. El desarrollo de la tolerancia exige dosis cada vez mayores de ayuno<sup>(17)</sup>.

La mayoría de las respuestas fisiológicas al ayuno son ego-sintónicas (pérdida de peso, menstruación, aumento de la vigilancia y la actividad, disminución de la sensación de cansancio, de dolor, de sueño)<sup>(18)</sup>.

Las respuestas a la inanición y otras maniobras para perder peso se asientan sobre rasgos de temperamento y personalidad, así como una determinada constitución física. La mayoría de las chicas que hace dieta en primavera logra perder 2 ó 3 kilos, y conseguido su objetivo, se para espontáneamente. Aquellas que persisten en su propósito por restricción o purgación tienen en común una autoestima dañada y/o un bajo tono emocional motivado en muchas ocasiones por hechos adversos recientes<sup>(19,20)</sup>. Ambos grupos comparten un nivel de aspiraciones desproporcionado a sus recursos, un notable perfeccionismo y valoración exagerada de lo que de ellas se opine o piense. La respuesta bulímica es abiertamente egodistónica y aterra al paciente con TCA. Es una es-

pecie de maldición que se cumple. También hay características previas de personalidad que se ponen a prueba en la enfermedad, entre ellas los rasgos intestables, histéricos y de impulsividad y, en algunos casos, una voracidad que asustaba a sus madres.

La respuesta y tolerancia al ayuno no es igual en mujeres que en hombres<sup>(21)</sup>. Hay chicas que en pocos días se hacen adictas y otras que tardan meses. La respuesta gástrica caracterizada por disminución y enlentecimiento del vaciamiento puede ser muy precoz o tardar unos meses<sup>(22)</sup>. La presencia de reflujo gastroesofágico y su relación con la facilidad para devolver se da sólo en un grupo de pacientes, algunas de las que presentaron vómitos en su infancia. La menstruación desaparece en un tercio de las niñas nada más empezar su dieta, en otras debe esperarse hasta una pérdida de peso significativa. La respuesta fisiológica, así como la psicológica pueden contribuir a la difusión y mantenimiento de la enfermedad.

### **Población de riesgo. Sujetos vulnerables**

La mujer joven y la adolescente son objeto preferente de la presión social. Son ellas quienes se arriesgan más al desarrollar conductas peligrosas, a veces, empujadas por compañeras contagiosas. El ejercicio físico exhaustivo es otra conducta de riesgo que con frecuencia acompaña la restricción alimentaria o actúa por sí solo, como se ha descrito en animales y en atletas de medio fondo<sup>(23)</sup>. Las niñas que hacen ballet, gimnasia u otras disciplinas que exigen junto a una enorme dedicación un físico muy delgado tienen una probabilidad mayor de enfermar<sup>(24)</sup>. Hermanas, hijas de pacientes con TCA pueden ser vulnerables apuntando a algún factor genético específico<sup>(25)</sup>. Niñas con trastornos obsesivos, depresivos y de angustia evolucionan con facilidad hacia una AN o BN, fenómeno extraño hace 20 años y expresión de la patoplastia social actual. Situación similar a la de muchachas que pierden peso por una enfermedad física y que continúan con TCA. Una parte de las niñas diabéticas insulíndependientes presentan bulimia durante su adolescencia, son las mismas conflictivas de siempre que ahora desarrollan un TCA.

### **Clínica**

#### **Cuadros clínicos**

La AN se caracteriza por:

- a) Pérdida de peso autoinducida que supera en pocas semanas el 15% y en algunos casos puede extenderse al 50% del inicial. En mayores de 16 años se considera suficiente un IMC menor de 17,5.
- b) Malnutrición secundaria, leve, moderada o severa.
- c) Síndrome endocrino secundario con afectación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. Amenorrea en la mujer. Disminución del interés sexual en ambos sexos, impotencia o anorgasmia en el varón.
- d) En prepuberales detención del desarrollo.
- e) Síntomas psicopatológicos presentes en la mayoría de los casos:
  - Negación de enfermedad total o parcial.
  - Distorsión del esquema corporal.

Tabla III Clasificación TCA

1. *Anorexia nerviosa*
  - 1.1. Anorexia nerviosa restrictiva
  - 1.2. Anorexia nerviosa purgativa
  - 1.3. Anorexia nerviosa purgo-bulímica
2. *Bulimia nerviosa*
  - 2.1. Bulimia purgativa
  - 2.2. Bulimia no purgativa
  - 2.3. Bulimia multiimpulsiva
3. *Trastornos alimentarios incompletos o atípicos*
  - 3.1. Anorexia incompleta o atípica
  - 3.2. Bulimia incompleta o atípica
  - 3.3. Otros cuadros atípicos
4. *Trastornos alimentarios residuales*
5. *Trastornos alimentarios crónicos*

- Irritabilidad y depresión.
- Aislamiento social.
- Ejercicio compulsivo.
- Terror a subir de peso.

La AN tiene una forma **restrictiva** y otra **purgativa** en la que se añaden vómitos y/o diarreas autoinducidas y en menor proporción, diuréticos y anorexígenos. La BN se define por «atracones», episodios clandestinos de sobreingesta, habitualmente de alimentos «prohibidos», se consumen a gran velocidad hasta quedar ahítas y culpabilizadas. Es seguido por vómitos o inducción de diarreas mediante el uso de cantidades exorbitadas de laxantes. Una paciente bulímica en crisis puede permanecer días comiendo y devolviendo sin descanso. Encerrada en casa, abandona estudios y amigas. Puede salir a la calle para no comer intentando calmar su ansiedad. Las **bulimias multiimpulsivas** forman un grupo hasta ahora de difícil manejo. Se caracterizan por un descontrol total de sus vidas, se observan autoagresiones, intentos repetidos de suicidio, borracheras, uso de drogas, promiscuidad sexual y robo compulsivo.

#### Características de la BN

1. Peso en límites de normalidad o sobrepeso (las bulímicas con desnutrición y bajo peso se clasifican como **anorexias purgo-bulímicas**).
2. Atracónes de comida como mínimo 2 veces a la semana durante 3 meses.
3. Conductas compensatorias de vómitos y diarreas.
4. Períodos de ayuno entre crisis.
5. Signos de malnutrición con indicadores inmunológicos y endocrinos.
6. Intensa y constante preocupación por alimentarse con deseos irresistibles de comer.
7. Preocupación y terror enfermizo a engordar.
8. Distorsión de su imagen corporal.
9. Labilidad emocional e ideación suicida.

Los síndromes parciales o atípicos, son trastornos a los que falta parte de la sintomatología, lo que no necesariamente con-

Tabla IV Complicaciones médicas de los TCA (Beaumont, Russell, Touyz, 1993)

#### Metabólicas:

- Hipotermia y deshidratación.
- Alteraciones electrolíticas (hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofosfatemia).
- Hipercolesterolemia e hipercarotenosis.
- Hipoglicemia y aumento de enzimas hepáticas.

#### Cardiovasculares:

- Hipotensión, bradicardia, prolongación del intervalo QT, arritmias.
- Disminución del tamaño del corazón.
- Atenuación de la respuesta al ejercicio.
- Derrame pericárdico.

#### Neurológicas:

- Pseudoatrofia cortical en imágenes de TC.
- EEG anormal y convulsiones.
- Neuritis periférica.
- Compresiones nerviosas.
- Alteración de la actividad autonómica.

#### Hematológicas:

- Anemia: normocrómica, normocítica o ferropénica.
- Leucopenia, trombocitopenia.
- Médula ósea hipocelular.

#### Renales:

- Uremia prerrenal.
- Diabetes insípida parcial.
- Insuficiencia renal aguda y crónica.

#### Endocrinológicas:

- Disminución de las gonadotropinas, estrógenos, testosterona.
- Síndrome de disfunción eutiroidea.
- Aumento del cortisol y prueba de supresión de dexametasona positiva.
- Aumento de la hormona del crecimiento.

#### Musculoesqueléticas:

- Calambres, tetania y debilidad muscular.
- Osteopenia, fracturas de sobrecarga.

#### Gastroenterológicas:

- Tumefacción de glándulas salivales, caries dental y erosión de esmalte (vómitos).
- Enlentecimiento del vaciado gástrico, estreñimiento severo y obstrucción intestinal.
- Síndrome del intestino irritable.
- Disminución de lipasa y lactosa.

#### Inmunológicas:

- Infecciones bacterianas (absceso pulmonar estafilocócico y tuberculosis).

lleva un mejor pronóstico. En adolescentes, especialmente en Atención Primaria, son el grupo más numeroso.

Síndromes residuales son aquellos que han superado uno o más episodios y mantienen alguna sintomatología tras 5 años de seguimiento. A largo plazo afectan a un 15 a 20% de aquellos que presentaron AN.

Cuadros crónicos son los que pasados 10 años desde el inicio del cuadro o 15 para otros autores mantienen los criterios diagnósticos para AN o BN. Los pacientes con una evolución de 20 años o más son de alto riesgo médico y psiquiátrico al que

se une el desamparo social al hacerse mayores sus padres y ante la incapacidad de una vida independiente (Tabla III).

### Complicaciones médicas de los TCA

Obedecen a la desnutrición o a las conductas adoptadas para inducirla. No son indicativas de patología subyacente. El clínico que emprende estudios innecesarios está perjudicando a la paciente por retrasar el tratamiento apropiado. Es necesario conocer la gran amplitud de las anomalías físicas que se encuentran en las pacientes anoréxicas. Sin embargo, algunas de ellas no son sólo importantes, sino que amenazan la vida; éstas requieren atención especial. La paciente crónica que está severamente emaciada, abusa de laxantes y se induce vómitos presenta serias complicaciones<sup>(26)</sup> (Tabla IV).

### A modo de conclusiones

La AN y la BN pueden presentarse también en edades pre-puberales. Su edad más frecuente de aparición ha bajado 12 meses en la última década y es de 13,2 años para la AN y 15,8 para la BN. La población es más consciente, incluso, que muchos médicos y lleva a sus hijas a los centros de salud con menos de 6 meses de evolución para la AN y menos de 1 año para la BN. Sin llegar a ser un problema de magnitudes epidémicas, como afirma Hsu<sup>(27)</sup>, lo es ya de salud pública. El Parlamento español, el 25 de febrero, aprobó por unanimidad una proposición en la que reconoce la magnitud del problema y propone medidas preventivas, de coordinación y planificación de programas, así como de creación de unidades de referencia en las diferentes Comunidades Autónomas.

Las autoridades sanitarias han negado durante años el problema, como los pacientes AN. Hoy, los centros de salud mental están saturados de estas patologías, los programas de salud mental infanto-juvenil se hacen insuficientes y las unidades de referencia son aún muy escasas. Lo más delicado es que numerosos pacientes se agravan y potencialmente se cronifican al no existir una atención precoz y rigurosa. Es el momento de coordinar esfuerzos, capacitar personal de enfermería, médico y psicológico y proponer programas de área y regionales. El protocolo de TCA del INSALUD de 1995 fue un primer paso aún sin continuidad<sup>(28)</sup>.

### Bibliografía

- Lucas AR, Beard CM, O Fallon WM, Kurland LT. 50 years trends in the incidence of AN in Rochester, Minnesota: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991; **148**:917-922.
- Morande G, Casas J, Celada J. Estudio de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Móstoles. Madrid. *J Adolesc Health Care* (para publicación).
- I-Kreipe RE, Golden NH, Katzman DK y cols. Society for Adolescent Medicine. Position Paper Eating Disorders in Adolescents. *J Adolesc Health Care* (aceptado para publicación).
- McCallum K. Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; **6**:480-485.
- Steihausen HC, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *Int J Eating Dis* 1997; **22**:147-152.
- Vetrone G, Cuzzolar M, Antonozzi I. Clinical and Subthreshold Eating Disorders: Case Detection in Adolescent Schoolgirls. *Eating and Weight Disorders* 1997; **2**:28-33.
- Dalla Grave R, De Lucca L, Oliori M. Eating Attitudes and Prevalence of Eating Disorders in Secondary Schools in Leace, Suthern Italy. *Eating and Weight Disorders* 1997; **2**:34-42.
- Martínez Mallén J, Toro J, Salamero M, Bleuca MJ, Zaragoza M. Influencias socio-culturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el peso y la alimentación. *Rev de Psiquiatría de la Fac. Medicina de Barcelona* 1993; **20**:51-65.
- Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. Adaptación Española del General Health Questionnaire (GHQ) de DP Golberg (Un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). *Archivos de Neurobiología* 1979; **42**:139-158.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K. Abnormal Eating Attitudes in London School-girls. A Prospective Epidemiological Study. Outcome at Twelve Month Follow-up. *Psychol Medic* 1990; **20**:383-394.
- Russel GF. Anorexia nervosa through the time. En: Szmukler, Dare, Treasure (editores). *Handbook of Eating Disorders*. Wiley & Sons. Londres CL, 1995; 5-18.
- Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status. *Int J Eating Disorders* 1996; **20**:1-12.
- Garner D. Patogenia de la AN. *The Lancet* (ed esp) 1993; **23**:280-284.
- Rogers L, Resnik MD, Mitchel JE, Blum R. The Relationships Between Socio-economics Status and Eating Disordered Behaviors in a Community Sample of Adolescent Girls. *Int J Eating Dis* 1997; **22**:15-24.
- Theander S. The essence of Anorexia Nervosa: Comment on Gerald Russell's Anorexia Nervosa Trough Time. En: Szmukler, Dare, Treasure (editores.). *Handbook of Eating Disorders*. Willey & Sons. Londres CL, 1995;19-24.
- Szmukler GI, Tantam D. Anorexia Nervosa Starvation Dependence. *Br J Med Psychol* 1984; **57**:303-310.
- Szmukler GI, Patton G. Sociocultural Models of Eating Disorders. *Handbook of Eating Disorders*. Wiley Sons NY CL, 1995;177-192.
- Morandé G. Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes. Anorexia Nervosa, Bulimia y Bulimarexias. Edit. Univ. Compl. Madrid, 1989.
- Horesh N, Apter A, Dauzinger Y. Abnormal Psychosocial Situations and Eating Disorders in Adolescence. *J Acad Child Adol Psychiatr* 1996; **35**:921-927.
- Schmidt U, Tiller J, Blanchard B, Adrews B y Treasure J. Is there a Specific Trauma Precipiting Anorexia Nervosa. *Psychol Med* 1997; **27**:523-530.
- Goodwin GM, Fairburn CG, Cowen PJ. Dieting Changes Serotonergic Function in Woomen, not Men. Implications for the Etiology of Anorexia Nervosa? *Psychol Med* 1987; **17**:839-842.
- Kaye W, Weltzin TE. Serotonin activity in anorexia and bulimia nervosa: relationship to the modulation of feeding and mood. *J Clin Psychiatry* 1991; **52**:41-48.
- Toro J. De la Anorexia Santa a la Anorexia Nerviosa. El Cuerpo como Delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ariel Ciencia. Barcelona, 1996;16-46.
- Grange D, Tibbs J, Noakes TD. Implications of a Diagnosis of Anorexia Nervosa in a Ballet School. *Int J Eating Dis* 1994; **15**:369-376.
- Treasure J, Holland A. Genetic Factors in Eating Disorders. *Handbook of Eating Disorders*. Willey Sons NY CL, 1995;65-82.
- Beumont PJ, Russell JD, Touyz. Tratamiento de la Anorexia Nerviosa. *The Lancet* (ed esp) 1993; **23**:291-297.
- Hsu G. Epidemiology of the Eating Disorders. *The Psychtr Clinics of North Am Eating Disorders* 1996:681-700.
- INSALUD (Morandé G, Casas J, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, Lareo J, García Alba C, Eisman G, Rodríguez Roldán JM). Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario. INSALUD Madrid, 1995.