

## Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo

*Rafael Vásquez. MD. Profesor Asociado, Unidad de niños y adolescentes, Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Pediatría Fundación Santa Fe de Bogotá. Luis Alberto Angel MD. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Sección de Gastroenterología y Nutrición. Universidad Nacional de Colombia, Jefe Departamento de Nutrición, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. Nancy Moreno. MD. Psiquiatra Clínica San Pedro Claver del ISS, Urgencias. Jenny García MD. Psiquiatra Universidad Nacional de Colombia. José Manuel Calvo. MD. Profesor Asociado, departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia.*

### SUMMARY

**Objective** To analyze several variables associated with AN in a clinical series of colombian patients as compared to youngsters of similar age, sex, and educational level.

**Method** This case study with control subjects was carried out with adolescents in Santafé de Bogotá. Ten patients with Anorexia Nervosa were evaluated based on the DSM-IV; besides, ten control subjects chosen according to sex and age were given a series of interviews along with a clinical instrument.

**Results** This was the first episode in eight of the patients, in which low sexual and social activity was evident. The evolution took  $15 \pm 17.6$  months. The Alimentary Behaviour interviews (ABI), the Leyton scale score and the Zung for depression were significantly higher in these patients. Their score was also higher in the Transitions subscale in the list of Difficult Experiences. The GAF at the time of evaluation was  $40.9 \pm 9$  among patients as opposed to  $86.5 \pm 11$  in control subjects. Nine of the patients' mothers had a non specific eating disorder, usually overeating, which was not found in the mothers of control subjects ( $p < 0.0001$ ). The most frequent trigger turned out to be dieting to lose weight.

**Conclusions** Dieting to lose weight in the absence of obesity or overweight problems was the most frequent trigger. Apparently GAF is a more sensitive indicator of morbidity among these patients than a poor academic performance.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar algunas variables asociadas con AN en una serie clínica de pacientes colombianos, comparándolos con jóvenes de similar edad, sexo y nivel cultural.

**Método:** Es un estudio de casos y controles en adolescentes de Santafé de Bogotá. Se evaluaron diez pacientes con Anorexia Nervosa, según el DSM-IV y diez controles emparejados por edad y sexo, a los cuales se les aplicaron una serie de encuestas y un instrumento específico de historia clínica.

**Resultados:** Era el primer episodio de ocho pacientes en quienes la actividad

social y el deseo sexual estaban merma- dos. La evolución fue de  $15 \pm 17.6$  meses. Las encuestas de comportamiento alimentario (ECA), la escala de Leyton (LOI) y el Zung de depresión fueron significativamente mayores en pacientes. Los pacientes tienen un puntaje mayor en subescala "Transiciones" del Listado de experiencias problemáticas. El GAF al momento de la evaluación fue de  $40.9 \pm 9$  entre los pacientes contra  $86.5 \pm 11.5$  en los controles ( $p < 0.05$ ). Nueve de las madres de los pacientes tenían un trastorno no específico del comportamiento alimentario del tipo sobreingestión, el cual no se halló en las madres de los controles ( $p < 0.0001$ ). El antecedente de hacer dieta para adelgazar fue un factor precipitante

**Tabla 1.** Criterio diagnóstico de Anorexia Nerviosa el DSM-IV.

<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos.</p> <p>Especificar tipo:                  Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.                  Tipo purgativo: El individuo recurre regularmente a atracones o a purgas. La mayoría de individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocando el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.</p>
---

significativamente más frecuente entre los pacientes.

Conclusiones: Hacer dieta para perder peso en ausencia de obesidad y sobrepeso fue el factor precipitante más frecuente. El GAF parece ser un indicador más sensible de la morbilidad en estos pacientes que el bajo rendimiento escolar.

## INTRODUCCION

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son una serie de síndromes clínicos cuyo rasgo psicopatológico central es la exagerada preocupación por el peso y la figura corporal. La anorexia nerviosa (AN) es el TCA más severo, el menos frecuente y el de menor respuesta al tratamiento (Tabla 1). Está caracterizada por un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del peso mínimo adecuado para la talla y la edad; intenso temor a ganar peso o a estar gordo, aunque se encuentre por debajo del peso esperado; alteración en la manera como el peso y la figura corporal son percibidos; excesiva influencia del peso y la figura en la autoevaluación; y amenorrea en las mujeres (1).

Se creía que la Anorexia Nerviosa (AN) era una enfermedad exclusiva de países industrializados; sin embargo, en Colombia se encontró una prevalencia de 0.5% en la población universitaria (2), muy similar a la reportada en la literatura extranjera que va del 0.5 al 1% (1,3,5). La prevalencia es mayor en la población femenina joven (12 a 24 años), aunque tiende a observarse en edades cada vez más tempranas como los siete a ocho años de edad (3, 6, 7).

La anorexia nerviosa tiene un curso crónico y recidivante con notable compromiso del estado físico general del paciente hasta el extremo de ocasionarle la muerte como lo demuestran las altas tasas de mortalidad (entre el 5 y

el 20% (3,6). Los pacientes anorécticos presentan además una gran variedad de complicaciones médicas y comorbilidad psiquiátrica, al igual que dificultades en la adaptación psicosocial y respuesta errática a los diferentes tratamientos (8,12).

La etiología es compleja y variada con interacción de múltiples factores, sin que se haya identificado un factor causal determinante. Dentro de los factores asociados se ha encontrado que: las familias suelen ser de carácter amalgamado, rígido, con un alto perfeccionismo y extrema importancia a la valoración externa (6,13,14); se observa cada vez mayor presión hacia la esbeltez en el ideal de belleza femenina occidental (15); los anorécticos tienen un estilo de pensamiento rígido, perfeccionista y dicotómico, centrado en el control (13, 16, 17) y presentan dificultades para adaptarse a los cambios, para hacerse autónomos y separarse de sus padres; y conductas evitativas en el área social-interpersonal (16,18); se ha reportado con frecuencia en estos pacientes alexitimia (19); parece haber alteraciones en el funcionamiento serotoninérgico (20,21); existen factores genéticos como lo demuestra la mayor incidencia de trastornos del comportamiento alimentario y de anorexia nerviosa en familiares de anorécticos (22).

La anorexia presenta comorbilidad psiquiátrica, que ensombrece el curso y el pronóstico (18). Puede acompañarse de trastornos depresivos, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, abuso de sustancias y trastornos de personalidad (23-27). Se calcula que la prevalencia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en pacientes con anorexia nerviosa es del 45 al 68% comparado con 21% de la población general (17,28). La comorbilidad con trastorno obsesivo-compulsivo ha sido muy discutida, ya que la sintomatología obsesivo-compulsiva se superpone a los síntomas mentales del síndrome de

inanición. La diferenciación es difícil mientras el paciente esté desnutrido. Son más confiables las evaluaciones realizadas después del período de recuperación nutricional y si la sintomatología obsesivo-compulsiva se evidencia en temas diferentes al de la comida. Se han reportado prevalencias de trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes con anorexia nerviosa que oscilan entre el 26 y el 50% (3,29,30). Por otra parte, se han reportado prevalencias de anorexia nerviosa en grupos de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo de alrededor del 10% (31). Con respecto a la fobia social, la prevalencia a lo largo de la vida en anorécticos es del 33%, significativamente mayor a la población general (18). Los trastornos de personalidad en series clínicas tienen una prevalencia que oscila entre el 50 y el 97% y cuando se asocia esta comorbilidad, el pronóstico para la anorexia nerviosa empeora (16,18,32-33). Predominan los trastornos de personalidad evitativo 60% y obsesivo-compulsivo 40% en el subgrupo de anorécticos restrictivos, y en el subgrupo de anorécticos purgativos, predominan el trastorno de personalidad límite 55% y dependiente 40%. El objetivo de este trabajo fue analizar a fondo los elementos asociados con AN en una serie clínica de pacientes colombianos, comparándolos con jóvenes de similar edad, sexo y nivel cultural.

## METODOLOGIA

Este es un estudio analítico de casos y controles.

### Población

Se tomaron los pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa según DSM-IV en los servicios de psiquiatría infantil del hospital de La Misericordia y de la Fundación Santafé durante el período de enero de 1994 a julio de 1996. Se formó un grupo con-

trol de sujetos sanos, emparejados por edad, sexo y estrato socioeconómico con el grupo de pacientes.

### Procedimientos para la recolección de la información

Tanto el grupo de pacientes como de controles, fueron entrevistados y se completó un formato que incluyó factores sociodemográficos, factores predisponentes y el resultado de las siguientes encuestas:

1. Encuesta de comportamiento alimentario (ECA): tal encuesta fué diseñada por uno de los autores (Angel L.A.) como una herramienta para el diagnóstico y abordaje clínico de trastornos del comportamiento alimentario, ha demostrado ser útil para detección de TCA con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 82% empleando como punto de corte 25/82 (2).
2. Listado de experiencias problemáticas, versión para adolescentes (34): Permite evaluar el grado de insatisfacción cotidiana. Consta de un listado de 243 experiencias que potencialmente serían problemáticas para adolescentes que están separadas en subescalas. Se pide al sujeto que marque los ítems problemáticos. Los resultados se reportaron en porcentaje total y porcentaje de las subescalas.
3. Escalas de Zung de ansiedad y de depresión (35,36): Son instrumentos de evaluación por autorreporte utilizados para medir ansiedad y depresión usando los criterios diagnósticos de éstas. Cada una consta de 20 ítems con un valor de uno a cuatro puntos, la suma de éstos es dividida por 80 y multiplicada por 100 dando como resultado el puntaje en la escala, el cual se considera positivo por encima de 50. Tienen altos valores de sensibilidad y especificidad.
4. Inventario de Leyton para síntomas obsesivo-compulsivos (LOI) (37): Traducida al español por los doctores Vásquez y Avila del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia. Es un listado de síntomas obsesivo-compulsivos y sólo pretende auxiliar en la detección de tales síntomas. Se reportó el puntaje expresado en porcentaje.
5. Escala de funcionamiento global (GAF) del DSM-IV1: Se puntúa de 0 a 100, siendo uno el funcionamiento mínimo y 100 el funcionamiento global óptimo. Se midió el GAF mejor en el último año y el actual.
6. Encuesta de alexitimia de Toronto (TAS) (38): Traducida al español por los doctores López, Calvo y Lombana M (39,40). Dicha encuesta no ha sido validada en población colombiana de adolescentes por lo cual se expresaron los resultados en puntaje total y se compararon con el grupo control. Como complemento para diagnóstico de alexitimia se realizó entrevista semiestructurada por dos evaluadores, quienes de común acuerdo y teniendo en cuenta la puntuación del TAS definieron si existía alexitimia o no en la persona evaluada.

Además se sistematizaron datos referentes a la presentación clínica del trastorno de comportamiento alimentario en los padres, se realizó entrevista semiestructurada a los padres y se aplicó a ellos la encuesta de comportamiento alimentario (ECA).

El proyecto de investigación se acogió a los principios universales de la ética en investigación en seres humanos (41). La realización del mismo no implicó riesgos para los pacientes, los cuales se encontraban inscritos en un servicio de salud para su tratamiento y recibieron atención especializada de acuerdo con la sintomatología psiquiátrica o de otro tipo. Se solicitó autorización a los pacientes y a sus padres para la recolección de datos, teniendo en cuenta que la muestra se tomó en servicios de atención a menores.

### Análisis Estadístico

Los resultados fueron evaluados por medio de medidas de tendencia central y proporciones. Se establecieron las diferencias de promedios y proporciones entre grupos por medio de pruebas paramétricas y no paramétricas ("t" Test, Wilcoxon, Chi cuadrado con corrección de Yates, Prueba de los signos) y se aceptó un error alfa del 5%.

**Tabla 2.** Distribución de síntomas presentados en el grupo de pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

SINTOMAS	%
Fatigabilidad	100
Actividad Social reducida o ausente	100
Deseo Sexual reducido o ausente	100
Irritabilidad	90
Escogen los alimentos	90
Distorsión en la percepción de imagen corporal	90
Potomanía	80
Aumento de ejercicio	80
Alteraciones Cognoscitivas	80
Fobia a engordar	60
Bradycardia	60
Esconden la comida	55
Vómito	55
Complicaciones médicas	20
Disminución del rendimiento escolar	10

## RESULTADOS

Se evaluaron diez pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) y diez sujetos controles emparejados por edad y sexo; los primeros tenían una edad de  $13.9 \pm 1.4$  años y los segundos  $14.1 \pm 2$  años ( $p > 0.05$ , NS: no significativa), todos estudiantes de bachillerato. Nueve pacientes fueron remitidos por otros médicos, uno consultó por preocupación de los padres quienes lo observaban triste y perdiendo peso. En ocho pacientes era el primer episodio y en dos una recaída. Con relación a otros tratamientos previos, todos los pacientes habían consultado a otro profesional, uno a médico practicante de "métodos curativos alternativos", cuatro a médico general, cuatro a Nutricionista y uno a psiquiatra.

Entre los síntomas presentados por el grupo de pacientes (Tabla 2) predominan la fatigabilidad, retracción de los intereses y la actividad social, disminución del apetito sexual, irritabilidad, selección de alimentos de bajo valor calórico y tenían la sensación de estar gordas a pesar de la desnutrición evidente. En todos ellos, los temas relacionados con la comida tenían carácter repetitivo y dominante en su actividad consciente. En particular, la actividad social estuvo significativamente reducida con relación al grupo control ( $p < 0.05$ ) e igual sucedió con el deseo sexual, que estuvo reducido o ausente ( $p < 0.05$ ).

Sólo dos pacientes presentaron complicaciones médicas: un caso de síndrome convulsivo por alteración hidroelectrolítica y un caso de pancitopenia por degeneración gelatinosa de la médula ósea.

La anorexia tenía un evolución que iba desde tres a 60 meses, con un promedio de  $15 \pm 17.6$  meses. La anorexia fue de tipo restrictivo en seis casos y purgativo en los cuatro restantes. Seis pacientes requirieron hospitalización

**Tabla 3.** Orden de importancia de las subescalas del listado de experiencias problemáticas en el grupo de anorécticos y en el de controles.

ORDEN DE IMPORTANCIA	PACIENTE	CONTROL
Primero	Transiciones	Colegio
Segundo	Emociones	Emociones
Tercero	Metas	Sexo opuesto
Cuarto	Colegio	Metas
Quinto	Sexo opuesto	Recreación

**Tabla 4.** Descripción de algunas variables del grupo de pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

Variable	Valor
Peso (Kgs)	$40.8 \pm 8$
Talla (Mts)	$1.57 \pm 0.06$
Índice de masa corporal (Kg/M <sup>2</sup> )	$16 \pm 0.7$
Encuesta ECA	$40 \pm 8$
Zung de depresión	$64 \pm 10$
Leyton porcentaje	$44 \pm 14$
GAF actual	$42 \pm 8$
Listado de experiencias problemáticas, porcentajes	$23.8 \pm 7$

por el cuadro de desnutrición severa, uno por síndrome convulsivo antes mencionado.

Aunque la talla promedio de los sujetos anorécticos fue similar a la de los controles ( $158.6$  cm Vs.  $158.3$  cm,  $p > 0.05$ ), en cuanto al peso deseado hay diferencias. Los anorécticos querían pesar en promedio  $41 \pm 7$  Kg. y los controles  $50.4 \pm 6$  Kg. ( $p < 0.01$ ), a pesar de déficit ponderal evidente de los anorécticos y criterio diagnóstico de la enfermedad.

En la encuesta de comportamiento alimentario (ECA), la puntuación promedio de los anorécticos fue de  $39.4 \pm 9$  contra  $15.2 \pm 7$  de los controles ( $p < 0.0001$ ). La puntuación promedio de los pacientes en la escala de Zung de depresión fue de  $60.5 \pm 10$  y que es significativamente mayor que en los controles con  $44.3 \pm 6.9$  ( $p < 0.001$ ). La escala de Zung de ansiedad aunque fué mayor en los pacientes, las diferencias no fueron significativas entre los dos grupos ( $51.9 \pm 12$  Vs.  $42.4 \pm 5$ ,  $p = 0.07$ ). El porcentaje promedio de síntomas obsesivos de la escala de Leyton (LOI) fué significativamente mayor en los

anorécticos que en los controles ( $43.9\%$  Vs.  $25.9\%$ ,  $p < 0.05$ ), mientras que en la escala de alexitimia (TAS) no hubo diferencias ( $71.4 \pm 13$  Vs.  $66.5 \pm 10$ ,  $p > 0.05$ ). En el listado de experiencias problemáticas, los pacientes presentaron porcentajes mayores de quejas ( $27.8 \pm 14.7$  Vs.  $8.7 \pm 5$ ,  $p < 0.01$ ), diferencia determinada principalmente por la subescala "Transiciones" que alcanzó la mayor frecuencia entre los pacientes (Tabla 3). En la escala de funcionamiento global (GAF) al momento de la evaluación fue de  $40.9 \pm 9$  entre los pacientes contra  $86.5 \pm 11.5$  en los controles ( $p < 0.05$ ) (Tabla 4). De igual manera, no hubo diferencias significativas entre los pacientes y controles con relación a la comorbilidad en los ejes I y II del diagnóstico DSM-IV. Aunque la familia disfuncional y la comunicación con la madre fue descrita como inadecuada entre los pacientes, no alcanzó el nivel de significancia estadística.

El antecedente de obesidad en la familia no alcanzó valores significativos (seis Vs. uno,  $p > 0.05$ ) y nueve de las madres de los pacientes tenían un tras-

torno no específico del comportamiento alimentario del tipo sobreingestión, el cual no se halló en las madres de los controles ( $p < 0.0001$ ). En cuanto a la alimentación en períodos previos, bien sea en infancia o adolescencia temprana, se encontró que entre los pacientes hubo dificultades en este aspecto en forma más frecuente que entre los controles ( $p < 0.01$ ). No hubo diferencias significativas en otros antecedentes como familiares con diabetes, intento de suicidio, farmacodependencia, alcoholismo ni trastornos de comportamiento alimentario en el padre.

Tampoco hubo diferencias con respecto a la escolaridad del padre o de la madre, ocupación de los padres, conflictos entre padres, el que los padres fueran separados o perfeccionistas. El número de hermanos y diferencias generacionales entre hermanos fue similar entre los grupos.

Entre los pacientes hubo un caso de abuso sexual, uno de maltrato físico y dos de maltrato psicológico, aunque la diferencia no fue significativa con los controles. El patrón de crianza considerado por los sujetos como sobreprotector fue más frecuente entre los pacientes pero no significativo ( $p > 0.05$ ) y el antecedente de hacer dieta para adelgazar previo al inicio de la enfermedad fue un factor precipitante significativamente más frecuente entre los pacientes 50%, en contraste con los controles, quienes no presentaron dicho antecedente ( $p < 0.05$ ).

## DISCUSION

Este estudio aunque pequeño por el número de casos estudiados, es de gran importancia dados los hallazgos, los cuales alcanzan niveles de significancia al ser comparados contra un grupo de controles obtenidos del mismo medio (colegio) en el que se desenvolvían los pacientes.

Como puede observarse por el tiempo de evolución, la AN es un trastorno crónico que además ha debido pasar

por varias consultas a médicos y otros profesionales sin que obtuvieran un diagnóstico correcto. Esto puede ser reflejo de la pobre educación médica con relación a los trastornos del comportamiento alimentario, retrasando la remisión al especialista y favoreciendo la evolución hacia la cronicidad. Igualmente pone en evidencia que se trata de una alteración que sucede en secreto, al punto que la familia sólo la detecta cuando la situación es de emergencia, secundaria a la desnutrición. La gran presión social sobre los adolescentes, para que adopten el ideal de belleza propuesto por los medios de comunicación, es un factor que retarda igualmente la detección de la AN, porque tanto los familiares como los profesionales de la salud con gran frecuencia comparten ese mismo ideal y consideran que la búsqueda de una silueta como la de las modelos de ropa es una cualidad y no un indicador de trastorno.

Los síntomas principales son similares a los que se han descrito en otros estudios. Es de resaltar el efecto de la enfermedad sobre la inhibición de la actividad social y de la atracción sexual, como lo cita la literatura y que algunos autores llegan a afirmar que la inhibición personal es tan fuerte que no querían tener intimidad alguna como la tienen los adultos, es decir, no querían crecer. Aunque no podemos saber en este estudio si fué con motivo de la AN que se perdió el gusto sexual y se redujo la actividad social o si ya lo tenían inhibido desde antes, lo cierto es que el objetivo de las dietas y comportamientos adoptados es el de lucir más atractivas física y sexualmente y llamar la atención sobre ellas, tanto por el género opuesto como por sus pares del mismo sexo; pero a medida que avanza la enfermedad huyen de los mismos y se aíslan en forma voluntaria, a la vez que son rechazados por sus procedimientos e incluso su nueva figura corporal y que ellos interpretan como manifestaciones de envidia o celos, ganando así la popularidad pero de una manera diferente a la deseada.

Si el rechazo por el grupo de pares de uno u otro sexo es un factor desencadenante o su aislamiento la consecuencia final de la enfermedad es algo que desconocemos y que requiere de nuevos estudios.

La diferencia del peso deseado entre los pacientes y los controles expresa la problemática de los pacientes con AN en relación con la figura corporal; sólo se sienten en buenas proporciones, es decir atractivas, cuando están desnutridas. Un peso corporal e IMC en rangos diagnósticos de desnutrición sintetizan la figura corporal de las más conocidas modelos, quienes ahora deben además recurrir a cirugías estéticas para resaltar zonas erógenas específicas erosionadas por el déficit energético, naturalmente sin que estas sean del dominio público. El problema es que esas modelos son el ideal de la belleza y que las anoréxicas están convencidas que la belleza y su realización personal están en las medidas físicas, atributos específicos de la desnutrición; en esta forma el ambiente actúa sobre la vulnerabilidad de algunas adolescentes para padecer una AN.

Los resultados de la escala ECA la confirman como una herramienta importante para el diagnóstico de los TCA. Para nosotros su mayor utilidad en la práctica clínica radica en el fácil y rápido acceso al "secreto" de los pacientes acerca de sus hábitos y comportamientos, a la vez que nombran las dificultades que tienen con el peso y la figura corporal.

La depresión es un fenómeno común a todos los enfermos crónicos y el análisis de los resultados del Zung de depresión, lo confirma. El problema estriba en que por la entrevista psiquiátrica, no se puede afirmar que los pacientes con AN tienen depresión. Aunque la existencia de irritabilidad y fatigabilidad, que figuran entre los signos de alta frecuencia, pueden interpretarse como indicadores depresivos no es contundente, pues no parecen estar buscando ayuda para la tris-

teza que es la primera condición de un paciente deprimido. De hecho la encuesta de Zung para ansiedad no la evidenció. No las alarma el estar desnutridas.

Con respecto a la escala de síntomas obsesivos de Leyton, se evidenció mayor sintomatología obsesiva en el grupo de pacientes. Podemos afirmar que la convivencia con la cual estos pacientes emprenden su cambio de la figura corporal y la manera como se relacionan con la comida es obsesiva, pero dado que el porcentaje de síntomas disminuye con el tratamiento nutricional de la anorexia, sugiere que los síntomas obsesivos pueden ser secundarios al síndrome de inanición. Tan sólo hasta que se haya mejorado la desnutrición, se hace el diagnóstico de TOC si los síntomas persisten.

La presencia de alexitimia y la puntuación del TAS no difirieron del grupo control. Esta variable no ha sido encontrada en forma consistente en la literatura y ha sido relacionada más como meta de tratamiento, reportando como indicador de mejoría la disminución en el puntaje del TAS (40). Para afirmar que esto es así, se necesitan por lo menos tres años de tratamiento y evaluar su impacto en el pronóstico a largo plazo. Lo que si es claro es que la conversación con estas pacientes no sale de los temas de su figura, las calorías y el temor a la gordura, sin que otros aspectos de su vida interior puedan ser tratados, como variante alexitímica característica de estos trastornos.

El hallazgo de un porcentaje más alto en el listado de experiencias problemáticas en el grupo de pacientes, podría corresponder tanto a que tienen mayor cantidad de experiencias negativas o que tienden a percibir como más negativas las experiencias cotidianas y tener mayores dificultades de adaptación que el grupo control. El hecho de que la única subescala significativamente diferente del grupo control fuera la de transiciones podría estar relacionado con el estilo de pensamiento rígido con ten-

dencia a hacer prospecciones catastróficas que se ha descrito en la AN.

El promedio del GAF evidencia que la morbilidad de este trastorno es grave y que su interferencia de la vida cotidiana es muy fuerte. Sin embargo, el indicador de bienestar más confiable en niños y adolescentes que es el rendimiento escolar no se afectó; no obstante no podemos descartar dicha posibilidad, dado que en su mayoría son niños que suelen ocupar los primeros puestos y gozar de un amplio reconocimiento académico y personal por parte de sus profesores y compañeros, lo que podría ocultar una reducción en su eficiencia y capacidad, pero este objetivo específico no fue abordado en este estudio. Basados en estos hallazgos, consideramos que para una evaluación global del grado de morbilidad que induce la AN es preferible emplear el GAF que tener en cuenta el rendimiento escolar.

En cuanto a los factores asociados encontrados, llama la atención la presencia de trastorno de comportamiento alimentario en la madre de los pacientes que configura un modelo a imitar de una persona muy preocupada por estos temas de la figura, la belleza y la comida. Este hallazgo podría sugerir que parte del núcleo psicopatológico de los trastornos de comportamiento alimentario podría ser transmitido por aprendizaje de madres a hijas y no sólo por influencia cultural. En nuestro estudio sobre comportamiento alimentario en preescolares (42) se encontró que los niños que tenían dificultades en la alimentación lo hacían por identificación con el padre del mismo sexo, quien a su vez tenía alteraciones en la conducta alimentaria y dificultades con su imagen corporal. En este estudio, el predominio de alteraciones relacionadas en la madre puede deberse a que la mayoría de las pacientes eran mujeres. En el único caso masculino de nuestro estudio ambos padres presentaban trastornos en el comportamiento alimentario, la madre de tipo bulímico y el padre no

especificado de tipo sobreingestión. En todo caso, es notorio que la figura con la cual se identifican a la hora de comer tenga una alteración parecida.

Lo más contundente en este estudio es que la mayoría de las pacientes empezaron una dieta par adelgazar luego de la cual cayeron en la AN. Es el hallazgo que permite sugerir de inmediato una medida preventiva: los muchachos en etapa de crecimiento y desarrollo no deben hacer dietas. Claro que esta es una propuesta en contravía de lo que proponen los dictadores de la belleza y gran número de profesionales de la salud. Todas las revistas orientadas al público femenino propone dietas. Seguramente las madres también las proponen y sin duda alguna los médicos y nutricionistas lo hacen con gran frecuencia. Pero el riesgo es que haciendo una dieta se descubra que una adolescente tiene vulnerabilidad a padecer una enfermedad mortal: la AN.

## CONCLUSIONES

1. Los factores asociados a la AN fueron: presencia de TCA en la madre, antecedente de obesidad en la familia y hacer dietas para perder peso en ausencia de obesidad y sobrepeso.
2. No es recomendable tomar medidas de tratamiento sobre las entidades de comorbilidad psiquiátrica a partir de los hallazgos en el período de desnutrición y debe aplazarse para cuando mejoren de la desnutrición.
3. Los esfuerzos de estos pacientes por mejorar su aspecto físico parecen tener como objetivo una mejor aceptación del grupo de pares de ambos sexos y no exclusiva del sexo opuesto.
4. El GAF parece ser un indicador más sensible de la morbilidad en estos pacientes que el bajo rendimiento escolar.
5. Se requieren estudios con grupos mayores y preferiblemente de cohortes de escolares que permitan establecer factores de riesgo que sirvan en un futuro para realizar medidas de prevención específicas.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Julio César Velásquez, Psiquiatra y Epidemiólogo docente del Dpto de Psiquiatría, Universidad Nacional por sus invaluables aportes al diseño de este proyecto. Esta investigación fue financiada por la División de Investigación, sede Bogotá- DIB Proyecto # 809147 de la Vicerrectoría Académica de la Universidad Nacional de Colombia, a quienes agradecemos por su activa colaboración.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, USA. 1994.
2. Angel LA, Vásquez R, Chavarro K, et al. Prevalencia de trastornos de comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre Julio de 1994 y Diciembre de 1995. *Acta Med Colomb* 1997; 22: 111-9
3. Halmi K, Hoffman L. Comorbidity and course of Anorexia Nervosa. *Child Adol Clin N Am* 1993; 2: 129-44.
4. Kam T, Birmingham CL, Goldner EM. Polyglandular autoimmune syndrome and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994; 16: 101-3
5. Levine AH, Pomeroy JC, Wilson TA. Hypothalamic dysfunction at ideal body weight simulating anorexia nervosa. *J Pediatr Endocrinol* 1994; 7: 357-60
6. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. VI edition. Ed. Williams and Wilkins. Baltimore. USA. 1995.
7. Mouren Simeoni MC, Fontanon M, et al. Anorexia nervosa in a prepubescent child. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 51-5
8. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 64-71
9. Deter HC, Herzog W. Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosom Med* 1994; 56: 20-7
10. Rastam M, Gillberg IC, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. *Compr Psychiatry*. 1995; 36: 70-6
11. Burket R, Hodkin J. Factors predicting reluctance to seek treatment in patients with eating disorders. *South Med J* 1993; 86: 529-32
12. Herzog D, Sacks N, Keller M, Lavori P. Patterns and Predictors of Recovery in Anorexia and Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 835-42.
13. Bruch H. Anorexia Nervosa, therapy and theory. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1531-38.
14. Phillips K, Kim J, Hudson J. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. *Psychiatr Clin N Am* 1995; 18: 317-34.
15. Raich R. Anorexia y Bulimia. Trastornos alimentarios. Ed. Pirámide. Madrid, España. 1994.
16. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, et al. Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 403-16
17. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Early-Zald MB. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 140-9
18. Braun D, Sunday R, Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859-67.
19. Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 53-60
20. Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT, Ebert MH. Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration. Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 556-62.
21. Kaye W, Weltzin T. Serotonin activity in Anorexia and Bulimia Nervosa: Relationship to the modulation of feeding and Mood *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 41-48.
22. Strober M. Family genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 9-12
23. Bailly D. Epidemiologic research, disorders of eating behavior and addictive behavior. *Encephale* 1993; 19: 285-92
24. Higuchi S, Suzuki K, Yamada K, et al. Alcoholics with eating disorders: prevalence and clinical course. A study from Japan. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 403-6
25. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994; 16(1): 1-34
26. Striegel-Moore RH, Huydic ES. Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 417-25
27. Suzuki K, Higuchi S, Yamada K, et al. Young female alcoholics with and without eating disorders: a comparative study in Japan. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1053-8
28. Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H. Depression in anorexia nervosa at follow-up. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 163-9
29. Thiel A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schussler G. Compulsive symptoms in anorexia and bulimia nervosa. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1995; 45: 8-15
30. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, et al. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 72-5
31. Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, et al. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1305-11
32. Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 61-9
33. Vaz-Leal FJ, Salcedo-Salcedo MS. Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: un estudio controlado. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1993; 21: 168-87
34. Leigh S. Lista de Experiencias Problemáticas - versión para adolescentes. Western Psychological Service. Checklist series. 1991.
35. Zung WK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12: 371-9
36. Zung WK. Zung self rating depression scale and depression status inventory. In: Sartorius and Ban ed. Espringer Verlag, Berlin, 1986
37. Berg C.Z, Rapoport J, Flament M. The Leyton Obsessional Inventory - Child versión. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984; 25: 84-91.
38. Taylor G, Bagby M. Criterion Validity of the Toronto Alexitimia Scale. *Psychosom Med* 1988; 50: 500-509.
39. López P, Calvo JM, Lombana A. Alexitimia. *Acta Neurol Colomb* 1991; 7: 137-42.
40. López P, Calvo JM, Lombana A. Alexitimia en consultantes de primer vez a Medicina Interna. *Acta Neurol Colomb* 1992; 8: 196-201.
41. Resolución N° 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Rev Col Psiquiatría* 1996; 25: 38-59
42. Angel L.A, Vásquez R. Comportamiento Alimentario en preescolares y su relación con patrones familiares. *Actual Pediatr FSFB* 1996; 6 (4): 167-72.