

PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1998

Por PATRICIA ALBORNOZ* y LUIS MATOS *

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con anorexia nerviosa.

Método: Se analizó retrospectivamente historias clínicas de 58 pacientes con anorexia nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (Lima-Perú), entre febrero de 1982 y julio de 1998.

Resultados: La edad promedio fue 18.43 ± 6.64 años, siendo el 87.9% menor de 24 años. El 91.4% fue de sexo femenino. Los pacientes fueron encontrados en avanzado grado de la enfermedad (2 años en promedio), con severo compromiso del estado físico (peso promedio de 36.15 ± 8.55 kg e índice de masa corporal promedio de 13.69 ± 4.78 kg/m²). En la evaluación inicial, 29.3% de pacientes estaban hipotensos; 15.5%, bradicárdicos; y 12.1%, hipoglicémicos. El 61.3% de pacientes presentó vómitos autoinducidos; 27.65%, usaron fármacos con el objeto de bajar de peso; 41.4%, requirió hospitalización en algún momento de la enfermedad; 24.1%, presentó alguna complicación médica severa; y 2 murieron. La tuberculosis estaba presente en algunos pacientes y familiares. El 83.3% acudió previamente a algún consultorio médico o establecimiento de salud sin obtener diagnóstico ni tratamiento. El abandono del tratamiento ocurrió en el 35.2% a los 3 meses, en el 55.4% al año y en el 87.1% a los 3 años.

Conclusiones: Los pacientes anoréxicos estudiados tienen características demográficas similares a las descritas por la literatura exceptuando el estrato socioeconómico; acuden en avanzado estado de enfermedad con compromiso severo del estado físico, y tienen frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas. Sus familias son disfuncionales y económicamente deprivadas; en ellas, el alcoholismo, el maltrato físico, el abuso sexual y la tuberculosis están presentes. Existe un significativo retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como, una alta tasa de abandono de este último.

* Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (Lima, Perú). Correspondencia: Dra. Patricia Albornoz. Calle Auzangate 519, Urb. Maranga, San Miguel, Lima, Perú. E-mail: pattyalbornoz@hotmail.com.

SUMMARY

Objective: To evaluate the epidemiological and clinical features of patients with anorexia nervosa.

Methods: We retrospectively analyzed 58 clinical charts of patients with anorexia nervosa who were attended at "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" National Institute of Mental Health (Lima-Peru), between February of 1982 and August of 1998.

Results: The mean age of patients was 18.43 ± 6.64 years old, being 87.9% less than 24 years old; 91.4 % were female. Patients were found in advanced stage of disease (mean: 2 years) with severe commitment of physical state (mean weight = 36.15 ± 8.55 kg and mean body mass index = 13.69 ± 4.78 kg/m²). In the first evaluation, 29.3% of the patients had hypotension; 15.5%, had bradycardia; and 12.1%, had hypoglycemia. Self induced vomiting was found in 61.3% of the patients and misuse of drugs in the order to lose weight in 27.65%; 41.4 % needed hospitalization in some point of their disease, 24.1% had several medical complication and 2 patients died. Tuberculosis was present in some patients and their families. A great majority (83.3%) of the patients consulted previously medical doctor or health establishments without getting diagnostic and treatment. Abandonment of the treatment occurred in 35.2% within 3 months, 44.6% within 6 months, 55.4% within a year and 87.1 % within 3 years.

Conclusions: The anorexic patients who were studied have similar demographic features to those reported in the literature with exception of the socioeconomic status; were attended in advanced stage of the disease with severe commitment of physical state, and have frequent hospitalizations and medical complications. Their families are dysfunctional and deprived economically; alcoholism, physical and sexual abuse, and tuberculosis are present. There is a significant delay in diagnosis and treatment, and a high rate of abandonment of the last one.

PALABRAS-CLAVE : Anorexia nervosa, trastornos alimentarios, países en desarrollo.

KEY WORDS : Anorexia nervosa, eating disorders, developing countries.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la anorexia nerviosa en los últimos años ha ido en ascenso, dando lugar a que la información y el interés científico se incrementen vertiginosamente. Así mismo, se han abierto múltiples líneas de investigación abordando el tema desde muy distintos ángulos y áreas¹.

En los países desarrollados las estadísticas son considerables. Se estima que aproximadamente 5 millones de

norteamericanos se ven afectados por este trastorno cada año² y que la tasa de mortalidad a pesar de ser sólo 0.56% por año, equivale a 12 veces la tasa de mortalidad de mujeres jóvenes de la población general³. La situación real en Latinoamérica continúa siendo imprecisa, a pesar de que con el transcurso del tiempo la óptica tiende a variar. Hilde Bruch, en 1979 afirmó que este trastorno era inexistente en países en desarrollo, puesto que hasta la fecha no había sido descrito ni un sólo caso en estos países⁴; asimismo Nasser¹ luego de hacer una revisión de distintos estudios epidemiológicos lleva-

dos a cabo en Latinoamérica, la India, Sudan, Egipto y Malasia concluyó que este trastorno casi no se presenta en estos países y los casos que se describen parecen estar más relacionados con la histeria, a diferencia de los occidentales.

En la actualidad, son cada vez más frecuentes las publicaciones latinoamericanas sobre anorexia, destacándose entre ellas: las contribuciones de Doerr-Zegers *et al* acerca del rol familiar en el trastorno^{5,6}, los trabajos de Vivanco y Pumarino en el tratamiento⁷ y los de Behar en roles genéricos, anorexia en el hombre⁸, la interpersonalidad de la anorexia nerviosa⁹ y la originalidad de "Santa Rosa de Lima: un análisis psicosocial de Anorexia Nerviosa"¹⁰.

En nuestro país han sido publicadas algunas investigaciones sobre anorexia nerviosa, las cuales generalmente se caracterizan por ser estudios en pequeñas muestras de pacientes o circunscribirse a aspectos parciales de las mismas. Dentro de los trabajos nacionales merecen resaltarse: el estudio de Carbajal¹¹ y el de Castro¹². El primero expone detalladamente 8 casos, describiendo un postulado básico que rige en estas pacientes: "el sobrepeso debe evitarse a cualquier precio", por lo cual ellas desarrollan toda su inventiva en los más variados métodos para evitar la comida. En el segundo estudio, Castro¹² hace una revisión de 23 casos atendidos en el mismo Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN), el autor estudia las características demográficas de su muestra, su abordaje clínico, los criterios diagnósticos utilizados y los resultados de las modalidades terapéuticas aplicadas. Contrasta estos datos con el marco cultural y las condiciones socioeconómicas de la casuística. Finalmente, enfatiza que a pesar de existir literatura latinoamericana al respecto se tiende a estudiar el problema desde puntos de vista occidentales, siendo necesario considerar los factores psicosociales que se ponen en juego.

Por tanto, aproximarse al conocimiento de la anorexia nerviosa en nuestro medio, analizando sus características clínicas y epidemiológicas sin olvidar el entorno sociocultural, ha sido la motivación del presente estudio.

MÉTODO

El objetivo del estudio fue conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") entre el 1° de enero de 1982 y el 31 de julio de 1998; para lo cual se diseñó un estudio retrospectivo, incluyéndose a todos los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa según lo registrado en la historia clínica. Se consideró también las formas parciales o atípicas, las de presentación pre-menárgica, y los trastornos en los que habiendo otra patología psiquiátrica, los síntomas de anorexia nerviosa eran predominantes.

RESULTADOS

Características Demográficas

Se evaluaron 58 pacientes con anorexia nerviosa. La edad promedio fue 18.43 ± 6.64 años, siendo el 87.9% de la población menor de 24 años de edad. El 56.9% de la población perteneció al grupo etáreo comprendido entre los 15 y 19 años (Figura 1). El 91.4% de la población perteneció al sexo femenino y 5 fueron varones. El 89.6% era población mestiza y el 10.4% de raza blanca. La totalidad de los pacientes fueron solteros al momento de la presentación de la enfermedad.

Antecedentes

El 20.7% de la población presentó problemas perinatales y en el 18.8% el

desarrollo psicomotor fue anormal, siendo el trastorno del lenguaje la alteración predominante. En 12.1% había el antecedente de problemas físicos relevantes previamente, principalmente pulmonares.

Cuarenta y dos (72.4%) pacientes se caracterizaron por un rendimiento escolar sobresaliente, 11 (18.9%) pacientes tenían historia de abuso sexual y 29.3% de maltrato físico. En el 29.3% se encontraron antecedentes psiquiátricos, siendo los principales: enuresis en 6, onicofagia en 3 y sonambulismo en 2 pacientes. Sólo 2 pacientes tenían diagnóstico de trastorno de la personalidad (esquizotípica y obsesiva, respectivamente), 20 (34.5%) pacientes no tenían problemas de personalidad y en 36 (62.1%) a pesar de no tener datos suficientes para un trastorno de personalidad se describen rasgos predominantes como: retraídos, de pocos amigos, evitantes del sexo opuesto, o de reuniones sociales, con grandes expectativas por logros intelectuales, tímidos, callados, con ideas de minusvalía y temor intenso a la crítica.

El 56% de los pacientes provenían de hogares legalmente constituidos y el 13.8% de los padres eran solteros, separados o convivientes. Al menos en 20.7% se describe la presencia de una relación extramatrimonial que causa disfunción familiar. Al menos 8 (13.8%) pacientes sufrieron la muerte de un familiar de primer grado y 7 (12.1%) tenían familiares en primer grado con problemas incapacitantes o crónicos severos.

Respecto a los trastornos psiquiátricos en la familia merece destacar que 14 (24.2%) de los padres los presentaban, donde el 78% de los mismos correspondía a alcoholismo. Considerando incluso a los familiares de segundo y tercer grado prevaleció el diagnóstico de psicosis no

especificada que alcanzó un 12.1%. En 6 (10.3%) pacientes se describe al menos un familiar con anorexia nerviosa y una de ellas llegó a tener hasta 3 familiares con éste diagnóstico. Las familias de los pacientes anoréxicos se caracterizaron por tener predominantemente hijas de sexo femenino, 108 (63.9%) fueron mujeres y 61 (36.1%) fueron varones.

En 30 (51.7%) pacientes hay antecedentes registrados de presión externa acerca de la imagen corporal tales como sobrenombres referidos al sobrepeso o ser objeto de burlas por amigos y familiares. En 17 (29.3%) se registra algún evento precipitante de la enfermedad generalmente de características "inofensivas" (Tabla 1) y en 9 (15.5%) casos se consignaron eventos adversos de vida.

Características Clínicas

En 49 (84.5%) pacientes se registró el temor a engordar, 57 (98.2%) admitieron la baja de peso autoimpuesta y haber seguido un régimen dietético. La distorsión de la imagen corporal estuvo presente en 29 (50%) pacientes. Los ejercicios se registraron al menos en 26 (44.8%) y los vómitos autoinducidos en 35 (60.3%). Dieciséis (27.6%) pacientes utilizaron fármacos coadyuvantes con el objeto de bajar de peso y 3 de ellos utilizaron más de uno. Los fármacos más utilizados fueron el Dibrolax® y el Redicres®. Al menos 32 (55.2%) pacientes presentaron conductas inapropiadas en relación a la ingesta alimentaria, siendo las más frecuentes: desechar la comida en 20 (34.5%) pacientes, esconderla en 14 (24.3%), repartirla en 10 (17.2%) o la ingesta predominantemente de líquidos en 14 (24.3%) pacientes. Se registran también las conductas inadecuadas con respecto al peso e imagen corporal como también las más peculiares (Tablas 2 y 3).

El promedio y desviación estándar del peso fueron 36.15 ± 8.43 kg, del índice de masa corporal (IMC) 13.69 ± 4.78 kg/m² y sólo 2 (3.4%) pacientes aparentaban estar nutricionalmente adecuados. En la primera evaluación, 17 (29.35%) estaban hipotensos, siendo los valores promedio de presión sistólica 91.54 ± 14.53 mm Hg, de presión diastólica: 57.98 ± 11.36 mm Hg y 9 pacientes estuvieron bradicárdicos (Tabla 4). En 10 (17.2%) pacientes se encontró lanugo; mientras que en sólo 2, frialdad distal y cianosis. Seis pacientes presentaron edema, 5 de los cuales lo desarrollaron dentro de la hospitalización. En 24.5% se describió vello pubiano disminuido y en sólo 9 (16.9%) se registró el Tanner, siendo la frecuencia similar para los estadios I, III y IV (no se mencionaron pacientes con otros estadios). Respecto al desarrollo mamario, en 45.3% se describió mamas hipoplásicas y sólo en 11 (19.6%) pacientes se registró el Tanner correspondiente. Dentro de éstos fue similar la frecuencia de los estadios I, III, y V (no se mencionaron pacientes con otros estadios).

Quince (25.9%) pacientes presentaban alteración de memoria, 18 (31.1%) de la concentración y 15 (25.9%) en el juicio; 26 (44.8%) tenían evaluación psicológica y pruebas psicométricas. El ánimo depresivo al ingreso estuvo presente en 39 (67.2%), ansiedad en 41 (70.7%), impulsividad en 26 (44.3%), alteraciones del sueño en 24 (41.3%) e ideación suicida en 18 (31%).

Se encontró anemia en 19 (32.8%) pacientes y leucopenia en 15 (25.9%) pacientes, siendo la concentración de hemoglobina de 11.89 ± 1.48 mg/dl y el recuento leucocitario de 5511.22 ± 1632 leucocitos/mm³. Siete pacientes estuvieron hipoglucémicos al ingreso. Los estudios hormonales fueron normales en el 57.4% y en el 28.57% se encontraron cambios compatibles con anorexia nerviosa. La

amenorrea estuvo presente en 38 (71.69% de 53 mujeres), en el 94.7% de los casos era amenorrea secundaria y sólo 2 pacientes tuvieron amenorrea primaria. El tiempo promedio de amenorrea antes de llegar al hospital era de 10.96 ± 9.22 meses.

La comorbilidad psiquiátrica fue descrita en 16 (27.6%) pacientes, encontrándose el trastorno obsesivo-compulsivo en 5 pacientes y los trastornos afectivos en 6 pacientes. El tiempo de enfermedad previo a la evaluación inicial fue 22.74 ± 21.98 meses (con rango entre 15 días y 108 meses), durante este tiempo el 83.8% de los pacientes consultaron a algún médico o establecimiento de salud sin un diagnóstico ni tratamiento satisfactorio. El 31% de pacientes fueron hospitalizados en búsqueda de organicidad y 13 (22.4%) consultaron a curiosos, curanderos, brujos o sacerdotes.

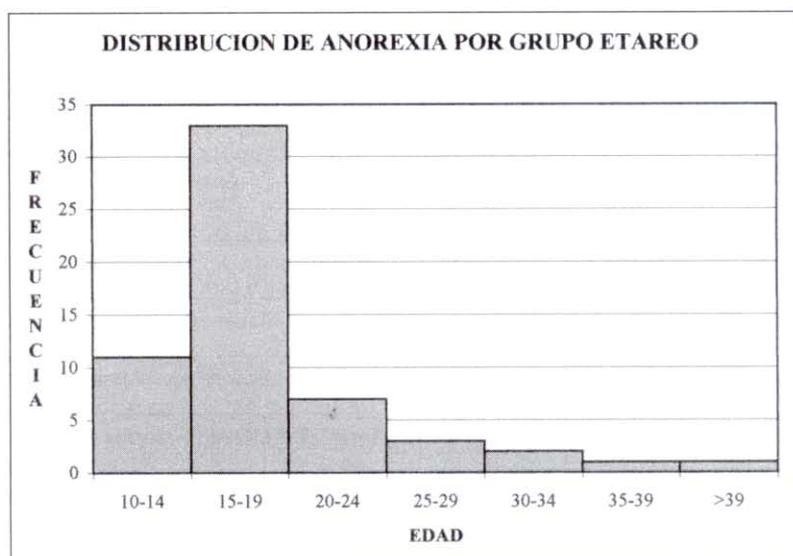
En promedio, los pacientes fueron observados hasta 15.93 meses; en este tiempo 20 (34.5%) pacientes necesitaron hospitalización al menos en una oportunidad y 7 (12.1%) al menos en 2 oportunidades. Catorce (24.1%) pacientes presentaron alguna complicación médica severa atribuible a anorexia nerviosa. El número total de complicaciones presentadas entre todos los pacientes fue 18, llegando a haber 2 muertes.

En 13 (22.4%) pacientes se describe el desarrollo de otra enfermedad psiquiátrica en el tiempo de observación, 13 (22.4%) presentaron episodios bulfímicos y en 2 pacientes las conductas bulfímicas eran de tal magnitud que el diagnóstico fue rectificado.

El rechazo al tratamiento fue descrito en 39.6% y el abandono fue considerable: 35.2% dejaron el tratamiento a los 3 meses, 44.6% a los 6 meses, 55.4% al año y 87.1% a los 3 años.

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA POR GRUPO ETÁREO.

**TABLA 1**

PRECIPITANTES "INOFENSIVOS" DE ANOREXIA NERVIOSA

Precipitantes	N	%
Distanciamiento físico temporal (viaje) o emocional del padre, enamorado u otro miembro cercano.	5	8.62
Situación en que la imagen corporal previa le produjo algún disconfort (no le queda un vestido, o recibe comentarios negativos acerca de cómo luce).	4	6.90
Rivalidad con hermana (porque está baja de peso, le hacen liposucción, etc.)	3	5.17
Imitación a amigas, modelos u otros.	2	3.45
No querer parecerse a sus familiares con sobrepeso.	3	5.17
Rechazo o temor al rechazo por su imagen corporal.	2	3.45
Otros (cambio de colegio, muerte de la mascota, pruebas de habilidad, etc.)	4	6.90

TABLA 2

CONDUCTAS INAPROPIADAS CON RELACIÓN A LA COMIDA
Y A LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

Conductas inapropiadas	N	%
Desechar la comida	20	34.48
Esconder la comida	14	24.14
Repartir la comida	10	17.24
Ingerir dieta predominantemente líquida	14	24.14
Eliminación selectiva de determinados alimentos	7	12.07
Negarse a comer en la mesa	5	8.62
Verse frecuentemente en el espejo	5	8.62
Ceñirse correas y prendas	2	3.45
Pesarse compulsivamente	3	5.17
Otros (se torna muy activa, demora excesivamente en comer, pasa tiempo prolongados en el baño, etc.).	8	13.79

TABLA 3
HALLAZGOS PECULIARES EN LOS PACIENTES
CON ANOREXIA NERVIOSA

N° caso	Conductas Peculiares.
15	<ul style="list-style-type: none"> • "...para que no se dieran cuenta que estaba adelgazando se ponía 3-4 chompas ...simulaba comer y esconde la comida bajo la ropa o bajo la mesa".
55	<ul style="list-style-type: none"> • "...incluso en el hospital continuó comiendo poco ...solía repartir su comida con otros pacientes".
21	<ul style="list-style-type: none"> • "...acude a consulta porque ya no puede sostenerse en pie".
24	<ul style="list-style-type: none"> • "...hacía ejercicio cada vez que tomaba un bocado ...comía y saltaba ...todo por sacar cintura".
25	<ul style="list-style-type: none"> • "...suele ajustarse correas y medias, incluso en el hospital".
27	<ul style="list-style-type: none"> • "...ha bajado de peso, no come nada desde hace 15 días, sólo recibe suero y agua de quinua".
27	<ul style="list-style-type: none"> • "...como mi mamá trabajaba, yo servía la comida ...a veces la botaba o se lo daba al perro".
28	<ul style="list-style-type: none"> • "...acude a consulta porque ha disminuido mucho de peso, la han visto en el INEN y la han mandado aquí".
29	<ul style="list-style-type: none"> • "...refiere que el arroz le hace daño, la zanahoria no le gusta, las carnes son dañinas, que no se debe comer mucho pollo, de cada alimento había aprendido algo negativo".
34	<ul style="list-style-type: none"> • "...solía introducirse jeringas en las venas para sacarse sangre y adelgazar".
36	<ul style="list-style-type: none"> • "...no desayuna, no cena, solamente almuerza dos cucharadas de sopa y una cucharada de segundo ...cuando la obligan a comer se produce el vómito".
36	<ul style="list-style-type: none"> • "...se produce el vómito y lo esconde en diferentes partes de la casa".
36	<ul style="list-style-type: none"> • "...consume abundante jugo de limón y Redicres".
36	<ul style="list-style-type: none"> • "...botaba la comida a la casa del vecino".
36	<ul style="list-style-type: none"> • "...sólo toma una taza de yogurt 2 ó 3 veces al día ...y un poquito de arroz".
38	<ul style="list-style-type: none"> • "...en los últimos 3 días sólo ha tomado agua, presentando desmayos en más de una oportunidad".
38	<ul style="list-style-type: none"> • "...masticaba los alimentos y los dejaba en bolsitas por los rincones de la casa".
43	<ul style="list-style-type: none"> • "...se tornó muy activa ...estudiaba y daba charlas, pertenecía a diferentes grupos ...siempre estaba caminando, haciendo los quehaceres del hogar".
49	<ul style="list-style-type: none"> • "...consumía té amargo a escondidas porque se enteró que consumía la grasa" recortaba artículos de periódicos y revistas sobre dietas y los coleccionaba ... comía bastante caigua o leche con galletas integrales ...encontraban vómitos secos en diferentes partes de la casa".
53	<ul style="list-style-type: none"> • Es descubierta por la madre quien encuentra bolsitas con vómitos en los cajones, en la cama o restos de comida detrás de la cabecera de la cama.

TABLA 4

VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y FUNCIONES VITALES EN
PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

Variable	X _± DS
Peso (kg)	36.15 ± 8.43
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	13.69 ± 4.78
Presión arterial sistólica (mm Hg)	91.62 ± 13.39
Presión arterial diastólica (mm Hg)	45.31 ± 26.61
Frecuencia cardiaca (por minuto)	75.92 ± 16.26

FOTO 1

PACIENTE AL INGRESO.



FOTO 2

MISMA PACIENTE 3 MESES DESPUÉS DE TRATAMIENTO.

*DISCUSIÓN*

Es importante considerar para la interpretación de nuestros resultados dos aspectos fundamentales: El primero es que la población del presente estudio pertenece a un centro de referencia especializado, por tanto, las cifras de complicaciones, mortalidad, los grados extremos de consumo y deterioro podrían estar reflejando únicamente algunas características de este trastorno en nuestro medio. La anorexia nerviosa como sabemos, suele tener diferentes grados de severidad¹³. El segundo aspecto es acerca de los sesgos propios de estudios retrospectivos, que en el caso del presente trabajo sería el significativo subregistro de información en algunas variables.

Las características demográficas en su mayoría son compatibles con lo que la literatura describe. Nuestros datos reflejan una distribución claramente concentrada entre pacientes del sexo femenino entre los 15 y 19 años de edad. Estos pacientes son en su totalidad solteros al momento de presentarse la enfermedad, tal como la literatura lo señala¹⁴. La característica que contrasta marcadamente con lo descrito anteriormente es la situación socioeconómica de las familias de las que estos pacientes provienen. Así, encontramos que el 50% de la población contaba con un informe socio-económico realizado por el departamento de servicio social, de acuerdo al cual 4 (20%) pacientes pertenecían a familias en condición precaria, 4 (20%) pacientes cubrían limitadamente sus nece-

sidades básicas, 10 (50%) pacientes eventualmente recibían ingresos extras y sólo 2 (10%) pacientes cubrían holgadamente sus necesidades. Contrariamente a lo difundido, donde el grupo de familias pudientes suele ser el predominante^{4,14}. Al respecto, Castro en 1992, reportó que el 17.4% de sus pacientes fueron catalogadas como de nivel socio-económico medio-bajo y 82.6% de nivel bajo¹⁷. Considerando que ambas muestras de pacientes acudían al mismo centro hospitalario, podemos suponer que la gran mayoría de nuestros pacientes provenían de estratos socio-económicos deprivados.

Merece ser comentado que 72.4% de la muestra se caracterizó por ser estudiantes con un rendimiento escolar sobresaliente y que 89.6% se deterioraron académicamente después del inicio de la enfermedad. Asimismo, compartimos la opinión de Doerr-Zegers *et al* al describir el rasgo obsesivo que caracteriza al mismo "... ellas no estudian tanto por la calificación misma o por un real interés en la materia sino movidas por un doble afán: devorar conocimientos cualesquiera que sean y en cualquier cantidad"⁵. Se observa también con relativa frecuencia el antecedente de abuso sexual y de maltrato físico. El primero probablemente sea un factor más de vulnerabilidad a cualquier trastorno psiquiátrico¹⁵ y el segundo es característico de la violencia intrafamiliar que se encuentra muy difundida en nuestro medio.^{16, 17}

Las familias de nuestros pacientes anoréxicos generalmente son de estratos socioeconómicos deprivados, en su mayoría están constituidos por ambos padres quienes son casados, esto no llega a constituir la totalidad de la muestra como lo encuentran Doerr-Zegers *et al*⁶. El número de las hijas mujeres de estas familias es mayor que el doble del número de hijos

varones, tal como Doerr-Zegers *et al* lo han señalado previamente⁶. Dentro del entorno familiar encontramos también que se repite la existencia de la alta proporción de enfermedades crónicas que afecta a algún miembro de la familia en primer grado y esto no necesariamente coincide con el inicio de la enfermedad. Estos trastornos se dan tanto para entidades físicas como psiquiátricas en concordancia con lo que Doerr-Zegers *et al* describen⁶. Dentro de los trastornos psiquiátricos en la familia, el más llamativo es el alcoholismo por parte de los padres, que tal como lo afirman Perales y Sogi¹⁶ constituye una entidad francamente difundida en nuestro entorno que, además, está relacionada con la violencia y el abuso sexual¹⁷. En nuestra muestra no había evidencia suficiente para catalogar a algún miembro de las familias como dominante porque no se describe adecuadamente en las historias clínicas la dinámica familiar.

En la mitad de nuestros pacientes se registra alguna situación que implica presión externa referida a la imagen corporal a la que estaban sometidas previamente. Vale decir, eran objetos de sobrenombres y burlas por parte de amigos y familiares a causa de un sobrepeso real o supuesto, o referían haber experimentado extremo malestar o temor frente a situaciones donde estuviera implícito algún tipo de crítica sobre su imagen corporal (ejemplo: temor a ser rechazada por su enamorado por ser gorda, etc.). Además, en un número significativo de casos el evento estresor podría catalogarse como un "evento inofensivo" con las características señaladas (Tabla 2). Al respecto es probable que sea cual fuere la forma de presión externa presente en la paciente, ella rechaza abiertamente la posibilidad de una figura obesa, la misma que implica sufrimiento y desvalorización de su autoestima. Asimismo, las

distorsiones cognoscitivas propias de estas pacientes (que han sido previamente descritas por otros autores como Garner y Berris; Saggin y la famosa docena sucia de Cash¹), sumados a la vigente estigmatización de los obesos y a la dinámica particular de sus familias, están creando un ambiente psicopatogénico singular.

El temor patológico a engordar se encontró prácticamente en la totalidad de los pacientes. La pérdida de peso autoimpuesta, generalmente era secundaria a severos regímenes dietéticos. La agresividad e impulsividad secundarias a la obstaculización de sus objetivos eran frecuentes. Cerca de la mitad de las pacientes realizaban ejercicios físicos extenuantes con los propósitos descritos, en muchas de ellas se encontró la característica subrepticia que la literatura describe¹⁴. Asimismo, los vómitos subrepticios se registran en el 60.3% de las pacientes y el abuso de fármacos coadyuvantes en el 27.6%. Todo esto sumado a la gran inventiva que emplean para cumplir sus objetivos, tal como Carbajal lo señala¹¹.

El grado de deterioro físico es llamativo (Fotos 1 y 2). En la muestra de pacientes se encontró un promedio de peso de 36.15 kg y un IMC de 13.69 kg/m², teniendo el 25% de la población un IMC menor de 13 kg/m². Al respecto, este factor es considerado como de pobre pronóstico por algunos autores¹⁸ y es interesante señalar que Morgan y Rusell postularon como un punto de corte para el grupo de más bajo peso, al IMC de 13 kg/m² que correspondía a una disminución mayor del 60% entre mujeres de 15 y 19 años¹⁹. Posteriormente Hebebrand *et al*²⁰ en un seguimiento de 9.5 años, encuentran que del grupo de 12 pacientes con IMC menor de 13 kg/m², 11 fallecieron; y en el grupo de 46 pacientes con IMC menor de 17.5 kg/m², 22 murieron. Otros hallazgos del examen físico de nuestras pacientes son similares a lo

reportado por la literatura, muchos de ellos presentaron un subregistro importante. Respecto al edema periférico, la literatura generalmente coincide en que éste se evidencia con frecuencia en la realimentación y se cree que se debe a un incremento de la retención de sodio, a través de un aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la elevada secreción de renina sobre los túbulos^{13, 21}.

Los exámenes muestran alteraciones esperables en el contexto de una desnutrición moderada o severa, como es el caso de nuestras pacientes. El control de electrolitos es escaso, a pesar de tener un considerable número de pacientes vomitadoras y purgativas. Silber²² señala que la normalización del medio interno de estos pacientes debe ser realizada por una persona entrenada, puesto que las alteraciones electrolíticas son complejas y no corresponden a lo que en primera instancia pudiera pensarse; por ejemplo, la alcalosis metabólica hipopotasémica que es la anormalidad más frecuente, no es secundaria a disminución de potasio por pérdidas ni se corrige con un suplemento de este ion.

Como ya señalamos, antes de llegar al Instituto el 83.3% de los pacientes habían consultado a médicos o establecimientos de salud sin obtener un diagnóstico y mucho menos tratamiento. Al respecto Vivanco y Pumarino⁷ tras largos años de experiencia, consideran que con frecuencia estos pacientes son llevados inicialmente a muchos ginecólogos, internistas y gastroenterólogos, y reciben tratamientos con sintomáticos por tiempos prolongados sin considerar la posibilidad de anorexia nerviosa. El retraso del inicio de un tratamiento adecuado en nuestra casuística es en promedio 22 meses, periodo en el cual los pacientes han sido sometidos a múltiples terapias y exámenes auxiliares sin la mayor modificación del curso de la enfermedad. La

búsqueda de correlato orgánico es justificable por lo que Carbajal refiere. "...No es la anorexia nerviosa una enfermedad clínica distinta en la clasificación de las enfermedades mentales, sino que la preponderancia y las características de un grupo de síntomas son tales, que al médico acostumbrado a asociar la desnutrición con enfermedad orgánica lo dejan perplejo y se sorprende al encontrar tal estado de emaciación, en quienes no puede descubrir patología importante en órgano alguno de la economía"¹¹. Lo que sí es criticable es la ausencia de sospecha diagnóstica para tal entidad por parte del personal de salud.

No sólo el rechazo al tratamiento y la negación a la enfermedad que caracterizan a estas pacientes¹⁴ son obstáculos para el inicio de tratamiento. El subdesarrollo trae consigo factores extras que acentúan este problema. Tal como había señalado Famuyiwa²³, la familia extendida, la dieta basada en carbohidratos y la coexistencia de patología orgánica enmascaran la real pérdida ponderal. Se suma a ello, la frecuente consulta a medicina alternativa por parte de estos pacientes que igualmente se repite en nuestra casuística, donde hasta un 22.4% acude al brujo o al curandero. Este hecho probablemente sólo esté reflejando la búsqueda de soluciones a un problema donde la medicina académica ha fracasado. La información insuficiente o distorsionada que tienen los familiares acerca de esta enfermedad sumada a la concepción mágico-religiosa de cualquier enfermedad que es frecuente en nuestro medio, acentúan más el problema. El abandono al tratamiento es considerable, el 87.1% abandona luego de los 3 años, tiempo en el cual difícilmente un paciente con tal patología es recuperado nutricionalmente o psíquicamente⁷.

Las complicaciones médicas severas de estas pacientes alcanzan 24.1%, si consideramos todos los casos de anemia y leucopenia leves sumarían a 37.9%. Dos de nuestros pacientes murieron en un severo deterioro por el trastorno. Una de las que fallecieron desarrolló tuberculosis en el transcurso de la enfermedad. Al respecto sólo reportes de la década del 50²⁴ muestran anoréxicos que mueren por tuberculosis y actualmente los estudios reportan que la tuberculosis cada vez se menciona menos en pacientes con anorexia nerviosa^{22, 25}. Sin embargo es necesario señalar que en nuestro medio esta enfermedad puede estar jugando un rol de mayor importancia que el que la literatura pretende mostrar.

CONCLUSIONES

- Las características demográficas de los pacientes anoréxicos son similares a lo descrito por la literatura con excepción del estrato socio-económico al que pertenecen.
- Los pacientes de nuestra Institución acuden en avanzado grado de enfermedad compromiso severo del estado físico y tienen frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas.
- Las familias son disfuncionales, económicamente deprivadas; en ellas, el alcoholismo, el maltrato físico, el abuso sexual y la tuberculosis están presentes.
- El mal pronóstico se ensombrece en estos pacientes por el significativo retraso para el diagnóstico y tratamiento así como la resistencia al mismo y la alta tasa de abandono.

Agradecimientos: Al Dr. Jorge Castro Morales por la revisión de los borradores y al Dr. Hever Krüger por sus recomendaciones oportunas. Asimismo al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", particularmente a los médicos tratantes del Departamento de Niños y Adolescentes por sus evaluaciones y al Departamento de Estadística e Informática por su inestimable aporte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raich RM. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Ediciones Pirámide; 1994.
2. Becker AE, Grinspoon SK, Klibansky A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999; 8:1092-8.
3. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993; 152:1073-4.
4. Bruch H. The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Vintage Book; 1979.
5. Doerr-Zegers O, Petrasic J, Morales E. Familia y biografía en la patogénesis de anorexia nerviosa. *Rev. Chil-Neuropsiquiatría* 1976; 15:3-16.
6. Doerr-Zegueros, O, Petrasic J, Morales E. El rol de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1988;34:33-40.
7. Vivanco N, Pumarino H. Tratamiento de la anorexia nerviosa. *Rev Médica Chile* 1992;120:69-75.
8. Behar R. Roles genéricos y anorexia nerviosa. *Acta Psiquiátrica Psicológica Amer Lat* 1992;38:119-22.
9. Behar R. La interpersonalidad en la anorexia nerviosa. *Rev Psiquiatr (Chile)* 1990;7:491-3.
10. Behar R. Santa Rosa de Lima: un análisis psicosocial de la Anorexia Nerviosa. *Rev Neuropsiquiatría (Chile)* 1991; 8:707-11.
11. Carbajal CL. Consideraciones clínicas en ocho casos de anorexia nerviosa. *Rev Sanidad de Policía* 1965; 25:151-63.
12. Castro J. Anorexia nerviosa en la pobreza. *Anales de Salud Mental* 1991; 7: 60-74.
13. Harris TR. Bulimarexia and related serious eating disorders with medical complications. *Ann Intern Med* 1983; 99: 800-7.
14. Lucas A. Eating disorders. En: Werner JM (editor). *The comprehensive textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991: 573-83.
15. Vize CM, Cooper PJ. Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression and normal controls. *Br J Psychiatry* 1995;167:80-5.
16. Perales A, Sogi G. Estresores psicosociales en el ciclo vital de la población peruana. En *Anales de XIV Congreso Nacional de Psiquiatría "Honorio Delgado"* y I Reunión Regional (APAL) Caribe y Países Bolivarianos "Carlos Alberto Segura". Lima. 1998; 28-53.
17. Castro J. Violencia y familia. *Rev Neuro-Psiquiatría* 1992;55:264-9.
18. Steinhausen H-C, Rauss-Mason C, Seilden R. Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcomes research. *Psychol Med* 1991;21:447-51.
19. Morgan HG, Russell GF. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1971;5:335-71.
20. Hebebrand J, Himmenelmann G, Herzog W. Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997;154:566-9.
21. Herzog D, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiat Clin N A* 1996;19:843-59.
22. Silber T. Anorexia nerviosa: morbilidad y mortalidad. En: *La Salud del joven y adolescente en las Américas*. Washington: Publicación científica 489, OPS; 1985.
23. Famuyiwa O. Anorexia nerviosa in two Nigerians. *Acta Psychiatr Scand* 1998;78:550-4.
24. Crisp AH. Clinical and therapeutic aspects of anorexia nerviosa. A study of 30 cases. *J Psychosom Res* 1965; 9:67-68.
25. Perpiñá C. Trastornos alimentarios. En: Bellock A, Sadín B, Ramos F (editores). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España S. A.; 1995: 531-57.