

ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

En los trastornos alimentarios clásicos, anorexia nerviosa (AN) y bulimia (BN), se pueden observar emociones y pensamientos patológicos sobre el aspecto físico, la alimentación y la comida, así como una conducta alimentaria desviada que conduce a alteraciones en el funcionamiento corporal que son el resultado de los síntomas descritos. Pueden tener un tratamiento efectivo, pero aún así no queda claro si determinados riesgos y vulnerabilidades para la recurrencia llegan a resolverse alguna vez por completo.

¿CUÁL ES SU EPIDEMIOLOGÍA?

Aunque los trastornos alimentarios siguen siendo más prevalentes en las naciones occidentales industrializadas y en las mujeres blancas de clase media-alta, se aprecia cada vez mayor diversidad de grupos étnicos y socioeconómicos afectados.

Un estudio poblacional muy extenso apunta a una tasa de incidencia de AN ajustada por edad de 14.6 para las mujeres y de 1.8 para los hombres (por 100000 personas/año). La forma más grave y resistente de AN ha permanecido constante en su incidencia, aunque los adolescentes pueden ser más vulnerables a las presiones culturales y desarrollar formas más leves de la enfermedad como consecuencia de ello.

La tasa de prevalencia de la BN ronda el 1.1% en chicas y el 0.2% en chicos. La BN parece ser menos frecuente en este grupo de edad que en las mujeres adultas, lo que confirma la observación clínica de que la mayoría de pacientes con BN inician la enfermedad durante la última fase de la adolescencia.



La mayoría de estudios epidemiológicos refieren alteraciones moderadas de la conducta alimentaria que podrían ser clasificadas como trastornos de la conducta alimentaria no especificados. El trastorno de la conducta alimentaria no especificado es probablemente más común entre los jóvenes que los trastornos alimentarios clásicos.

¿CUÁL ES LA COMORBILIDAD?

En un estudio se ha encontrado que aproximadamente el 63% de todos los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, padece además un trastorno afectivo crónico. Esta comorbilidad es especialmente elevada en pacientes con características anoréxicas y bulímicas mixtas. También se ha visto que existe comorbilidad psiquiátrica con trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de alcohol y diversas sustancias. En pacientes adultos se demuestra un grado de solapamiento entre la personalidad evitadora y la AN y entre la personalidad límite y la BN.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Los niños presentan un mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario en la primera infancia, mientras que las niñas lo presentan en la adolescencia.

En la edad preescolar, los patrones de alimentación desadaptativos precoces incrementan la probabilidad de aparición de problemas posteriores. El comer entre horas y los problemas digestivos se relacionan con la conducta anoréxica, y la pica y las peleas a la hora de comida (que indican problemas en la capacidad de autorregulación de la alimentación y luchas familiares relacionadas con la comida) predicen la BN.

En la edad escolar se inician las preocupaciones por el peso corporal, las dietas, rechazo de la comida y las conductas rituales y fóbicas durante la comida.

Se sugiere que los problemas de la conducta alimentaria surgen en respuesta al cambio hacia la pubertad. Se han visto asociaciones entre la alteración de la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal en la pubertad. Entre los factores de riesgo en esta fase del desarrollo se incluyen las burlas por parte de los pares, el malestar al discutir los problemas con los padres, la preocupación maternal por las dietas y la incorporación de valores occidentales entre los inmigrantes.

Otros factores de riesgo son los constitucionales; el género femenino, tener un cuerpo "en forma de pera" y poseer un índice de masa corporal elevado. En algunos estudios, las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria informan de una elevada incidencia de abusos sexuales. Las tasas de abuso parecen mayores en la BN que en la AN.

Existen evidencias de agrupación familiar de los trastornos alimentarios y de las actitudes hacia la comida, lo que sugiere la presencia de un componente causal hereditario. Las familias de las pacientes anoréxicas parecen más controladoras y organizadas, mientras que las familias de las pacientes



bulímicas parecen ser más caóticas, conflictivas y críticas. Las chicas anoréxicas son ansiosas, inhibidas y controladas, mientras que las bulímicas tienden a ser más lábiles afectivamente, descontroladas y activas.

¿CUÁL ES SU CURSO Y PRONÓSTICO?

Anorexia Nerviosa

El curso de la AN es variable. Algunos pacientes se recuperan completamente tras el episodio inicial. Otros presentan un curso fluctuante de ganancia y pérdida de peso, mientras que otros permanecen en un curso de deterioro crónico. En más de un tercio de los pacientes se observan trastornos afectivos recurrentes y el suicidio está presente en un 5% de los pacientes con una AN crónica. Aunque los resultados académicos pueden ser buenos, el deterioro social y psicológico persiste incluso después de la recuperación del peso. Varios estudios señalan una tasa de mortalidad de entre un 3% y un 10%.

Las complicaciones médicas a corto y largo plazo de la AN en las adolescentes están bien documentadas; son habituales los cambios en la hormona del crecimiento, el hipogonadismo hipotalámico, la hipoplasia de la médula osea, las anomalías cerebrales estructurales, las disfunciones cardíacas y las dificultades gastrointestinales. Los estudios más recientes confirman que los problemas médicos más significativos en la población adolescente, que los diferencian de la población adulta, son el peligro de retraso del crecimiento, el retraso o interrupción de la pubertad y la reducción de masa ósea. El riesgo de muerte como resultado de las complicaciones de la AN se estima entre un 6% y un 15%. La mitad de las muertes son por autolisis.

Bulimia Nerviosa

Los pacientes con BN también presentan un curso variable. La mayoría presentan un curso crónico fluctuante de atracones/purgas. En un estudio reciente, a los 3 años de seguimiento, un tercio de los pacientes permanecía en el episodio inicial; de los que se habían recuperado del episodio inicial, dos tercios recayeron en el plazo de un año y medio, y la mitad de los que se recuperaron del segundo episodio recayeron.

La BN suele iniciarse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Los atracones suelen aparecer durante períodos de dieta alimentaria. Una vez identificados, los pacientes son capaces de buscar ayuda profesional y parecen motivados para el tratamiento, pero una vez que se inician y se refuerzan las purgas, pueden ser sorprendentemente resistentes al cambio. Aunque este tipo de pacientes experimentan variaciones de peso, rara vez se acercan a los bajos pesos observados en la AN. Sin embargo, existen otras complicaciones médicas como la hipocalcemia, las lesiones esofágicas, las alteraciones gástricas, la deshidratación y los cambios de la presión sanguínea ortostática. Este tipo de pacientes suelen presentar antecedentes de conductas impulsivas como abuso de alcohol y hurtos en tiendas. La preocupación por la comida puede deteriorar el funcionamiento social, escolar y laboral.



¿CUÁL ES SU TRATAMIENTO Y QUÉ RESULTADOS SE OBTIENEN?

El tratamiento de la AN requiere que se intervenga sobre los aspectos individuales, familiares, médicos y nutricionales de la enfermedad. En la mayoría de casos, el objetivo inicial del tratamiento es la recuperación de la salud física. El índice de masa corporal (peso [kg.]/altura [metros]²) es la estimación más precisa de lo que constituye un objetivo saludable. Si se ha producido un deterioro del crecimiento, la referencia más adecuada desde el punto de vista médico es el peso ideal calculado en base a la altura esperada según la edad.

Un bajo peso conlleva un innecesario riesgo de recaída y un peor pronóstico. Los estudios de adultos jóvenes ingresados sugieren que este tipo de intervención sigue siendo la más adecuada en los casos más graves. En el tratamiento de la AN se utilizan una gran variedad de estrategias ambulatorias, que van desde la terapia individual a la familiar pasando por la de grupo. La investigación específica en grupos de adolescentes con AN ha encontrado que los resultados más prometedores en cuanto a la efectividad del tratamiento corresponden a la terapia de familia. Durante los períodos agudos en los que el estado físico del paciente es peligroso, el uso de los psicofármacos puede ser limitado. En los adultos, la medicaciones más utilizadas son los antidepresivos y los neurolépticos a dosis bajas. Los neurolépticos se utilizan para tratar pensamientos obsesivos graves, ansiedad e ideación psicótica, pero pueden causar problemas con los atracones y existen pocas evidencias que demuestren otros beneficios. Estudios más recientes investigan el papel de los inhibidores de la recaptación de serotonina en la prevención de recaídas de la AN.

Un gran número de estudios han investigado los resultados a corto, medio y largo plazo de los tratamientos de la AN. Se demuestra que en la mitad de los pacientes se obtienen buenos resultados, un cuarto responden parcialmente y otro cuarto no responden al tratamiento. En estos estudios se define la recuperación en términos de peso y rehabilitación nutricional, pero algunos estudios sugieren que pueden mantenerse otros aspectos psiquiátricos y sociales de la enfermedad. El subtipo bulímico de la AN presenta una mejor recuperación a corto plazo que el subtipo restrictivo. El cumplimiento del tratamiento y las variables de personalidad son importantes mediadores de los resultados terapéuticos. Los niveles más elevados de psicopatología en general incrementan el riesgo de peores resultados terapéuticos.

Los estudios de tratamiento de la BN se encuentran más avanzados respecto a la AN. Igual que en la AN es muy útil la terapia de familia. Un estudio realizado con adolescentes con un trastorno de la alimentación y sus familias ha encontrado que los comentarios críticos de la madre son el mejor predictor de resultados y explicaban un tanto por ciento importante de la varianza. Dos estudios sobre el entorno familiar de pacientes bulímicos han identificado que el castigo físico contribuye a entorpecer la obtención de resultados terapéuticos y es indicativo de peor funcionamiento familiar. Algunos autores sugieren que las estrategias cognitivo-conductuales son útiles; otros encuentran que los cambios cognitivos son un factor importante, pero no necesario, en el cambio de conductas como los atracones y purgas. Otros



autores opinan que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual está mediada por varias características familiares y sintomáticas de los pacientes, como una familia menos controladora, menor peso y menor utilización de laxantes o diuréticos. Otro tratamiento conductual, la exposición con prevención de respuesta, requiere que el paciente ingiera alimentos temidos delante del terapeuta sin opción de vomitarlos posteriormente. Es una estrategia que suele utilizarse en entornos controlados, es decir hospitales o centros de día. No está claro si este método es más efectivo que las estrategias cognitivo-conductuales.

La terapia farmacológica es utilizada más a menudo en la BN, pero no se demuestra que sea tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual. Se ha encontrado que muchos antidepresivos son más eficaces que el placebo en el tratamiento controlado y a corto plazo de los atracones.

En resumen, los estudios más recientes sobre el tratamiento de la BN demuestran que, la terapia cognitivo-conductual y los antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, son potencialmente efectivos. Otros datos otorgan un importante papel a la terapia de familia y a modalidades intensivas de tratamiento.