

Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes

Ninoshka Camarillo Ochoa,¹ Elvira Cabada Ramos,² Alicia Jimena Gómez Méndez,²
Edson Kevin Munguía Alamilla²

RESUMEN

Antecedentes: la anorexia nerviosa y la bulimia son enfermedades devastadoras que han cobrado una gran dimensión mundial entre niños y jóvenes de todas las clases sociales. Según la Fundación Ellen West, en México, las autoridades de salud estiman que cerca de un millón de jóvenes podrían estar afectados por la bulimia y la anorexia e, incluso, que esta cifra puede superar dos o tres millones.

Objetivo: conocer la prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes.

Participantes y método: estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, en el que se seleccionó una muestra no aleatoria a conveniencia, conformada por 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad. Se utilizó la prueba de actitudes hacia la alimentación EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner.

Resultados: se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con promedio de edad de 14.02 y 13.89 años, respectivamente. El índice de masa corporal, en promedio, fue de 21.09 en hombres y de 22.69 en mujeres, que se ubicó en la categoría de sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó 5%, según la encuesta EAT, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner.

Conclusión: la prevalencia de trastornos alimentarios en el grupo estudiado es significativamente baja. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen.

Palabras claves: adolescentes, trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia, estado nutricio.

ABSTRACT

Background: Anorexia nervosa and bulimia are devastating diseases that have become very important among children and young people in the world in all social classes. According to Ellen West Foundation, in Mexico, health authorities estimate that about one million young people could be affected by bulimia and anorexia, and that this figure may exceed two or three million.

Objective: To know the prevalence of adolescent eating disorders.

Participants and methods: A descriptive, observational, prospective and transversal study in which a non-random sample was selected to convenience, formed by 273 students from 13 to 16 years of age. We used the test of attitudes toward food EAT-26 and the evaluation of the body image of Gardner scale.

Results: We studied 135 men and 138 women with an average age of 14.02 and 13.89, respectively. Average BMI was 21.09 in men and 22.69 in women; this is overweight category. The population that showed pathological food behaviors represented 5%, according to EAT-26, and 4% in accordance with the scale of Gardner.

Conclusion: Prevalence of eating disorders in the studied group is significantly low. Women have higher degree of distortion than men, especially in the overestimation of the self-image.

Key words: adolescents, eating disorders, anorexia, bulimia, nutritional status.

La anorexia nerviosa y la bulimia son enfermedades devastadoras que han cobrado gran dimensión mundial entre niños y jóvenes de todas las clases sociales. Estos trastornos son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se distinguen por alteración persistente de los hábitos de alimentación y conductas del control de peso que causan complicaciones importantes en la salud. Según la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia, los casos se han quintuplicado en la década pasada y cada año aparecen 20 mil casos nuevos de anorexia.

¹ Departamento de Nutrición y Psicología.
² Pasantes del servicio social de nutrición y psicología. Clínica Hospital ISSSTE, Orizaba, Veracruz.

Correspondencia: Dra. Ninoshka Camarillo Ochoa. Gardenias s/n, colonia El Espinal, CP 94330, Orizaba, Veracruz. Correo electrónico: ninos_co@hotmail.com
Recibido: octubre, 2012. Aceptado: enero, 2013.

Este artículo debe citarse como: Camarillo-Ochoa N, Cabada-Ramos E, Gómez-Méndez AJ, Munguía-Alamilla EK. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Rev Esp Méd Quir 2013;18:51-55.

Es muy importante identificar a tiempo a la población en riesgo de padecer algún trastorno alimentario, ya que conlleva complicaciones cardiovasculares, renales, digestivas, óseas, hematológicas y endocrinológicas.

ANOREXIA NERVIOSA

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) define a la anorexia nerviosa como un trastorno que se distingue por la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo, distinta a la anorexia nerviosa atípica, concepto que se usa cuando faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso.

En la anorexia nerviosa existe un afán por bajar de peso. Los enfermos tienden a observar su pérdida como logro, más que como aflicción, por lo que su motivación al cambio es limitada. Generalmente tienen muy poca conciencia, y en muchos casos la familia tampoco reconoce los síntomas. La pérdida de peso resulta de una fuerte restricción de la ingestión de alimentos. Otras conductas son el ejercicio excesivo, el vómito inducido y el abuso de laxantes y diuréticos.

Para diagnosticar anorexia nerviosa deben existir los siguientes criterios, según la Asociación Americana de Psiquiatría:

- Negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado para la edad y talla. Intenso temor a subir de peso o engordar, a pesar de estar por debajo del esperado.
- Perturbación en la percepción de la imagen, tamaño o forma corporales; influencia excesiva de la autoevaluación y negación de la gravedad del bajo peso.
- Amenorrea en las mujeres posmenárquicas (mujer cuyos ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas).

Características psicológicas

Autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás, conductas auto-destrutivas, dificultad para concentrarse, irritabilidad y obsesión por la comida.

Complicaciones médicas

A pesar de la emaciación, los pacientes niegan tener hambre, así como estar delgados o sentirse cansados; tienen un aspecto típico peculiar, caquético y prepupal. Las manifestaciones físicas habituales son: lanugo, pelo seco y quebradizo, hipercarotinemia, intolerancia al frío y cianosis en las extremidades. La desnutrición proteico-energética, con la consiguiente pérdida de masa corporal magra, se vincula con la reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica. Las complicaciones cardiovasculares consisten en: bradicardia, hipotensión ortostática y arritmias. Las complicaciones gastrointestinales son: retraso del vaciamiento gástrico, disminución de la motilidad del intestino delgado y estreñimiento. Las sensaciones de meteorismo y plenitud abdominal complican el proceso de realimentación.

La grasa corporal puede llegar a ser indetectable, aunque el tejido mamario a menudo se conserva. El aumento del tamaño de las glándulas parótidas y el edema pueden acompañarse de anemia, leucopenia, hipopotasemia e hipoalbuminemia. Las concentraciones basales de hormona leutinizante y foliculoestimulante son bajas, lo que explica la amenorrea. Las menstruaciones suelen reaparecer con la recuperación del peso.

Tratamiento

Atención médica y psicoterapéutica, terapia familiar, grupal, o ambas, consulta ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutricia con profesionales especializados.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa se distingue por episodios repetidos de ingestión elevada de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que origina adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso. Como en la anorexia, también debe usarse el término de bulimia nerviosa atípica en los sujetos que carecen de una o más de las características principales de la bulimia, según la CIE 10. Se origina a partir de múltiples factores que incluyen trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, posible sensibilidad genética o biológica y vivir en una sociedad en la que hay una obsesión por la delgadez.

A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, es típico que los que sufren bulimia nerviosa tengan un peso normal —aunque en ocasiones puede ser deficiente o excesivo—, dan gran importancia a la forma y tamaño del cuerpo y a menudo están frustrados por su incapacidad de lograr un peso inferior al normal.

Se ha observado que hay trastornos en los sistemas neuronales que participan en la modulación de la alimentación, el estado de ánimo y el control de impulsos, incluidos los neuropéptidos (vasopresina, oxitocina, CCK y leptina) y monoaminas (serotonina, dopamina y noradrenalina). Después de la recuperación, las concentraciones de serotonina siguen alteradas, lo cual tal vez contribuya a los problemas continuos con la alimentación. Las medidas tomadas ante los primeros signos tendrán mejores resultados; de ahí la necesidad de conocer sus etapas iniciales. A pesar de la eficacia de los tratamientos, cerca de 30% de los pacientes sufre recaídas, aproximadamente 20% cumple con el criterio diagnóstico completo y 50% alcanza la recuperación total después de cinco a diez años.

Características psicológicas

Estado de ánimo lábil, frustración, impulsividad, depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad y de personalidad, abuso de sustancias, conductas autolesivas y callosidades en el dorso de la mano (signo de Rusell).

A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los sujetos que padecen bulimia suelen avergonzarse de sus síntomas, lo que facilita su compromiso con el tratamiento.

Complicaciones médicas

Pancreatitis, crecimiento de parótidas, lesiones gastrointestinales, anemia, amenorrea, trastornos electrolíticos, cardiotoxicidad, arritmias, estreñimiento, diarrea con sangre, esófago de Barrett y otras complicaciones del vómito, como erosión del esmalte dental.

Tratamiento

Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios y sugerir hacer cuatro o cinco comidas al día.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, con una muestra seleccionada de manera no aleatoria a conveniencia.

El personal capacitado en la utilización de los instrumentos de medición capturó el peso y la talla de todos los adolescentes participantes. Se calculó el índice de masa corporal para su diagnóstico en referencia a las tablas para adolescentes. Se instruyó a los jóvenes sobre el llenado de la encuesta EAT-26, y se les indicó marcar el concepto que tenían de su propia imagen corporal en el cuestionario de Gardner. Después de que entregaron ambas encuestas, el personal de evaluación les hizo una valoración de su imagen real.

La muestra estaba conformada por adolescentes de uno y otro sexo, de 13 a 16 años de edad, estudiantes de segundo y tercer grados de secundaria, quienes acudieron a nueve sesiones grupales con duración de hora y media cada una, durante los meses de marzo a mayo de 2011, en las instalaciones de la escuela.

Posterior a ello, se realizaron pláticas informativas sobre trastornos de conducta alimentaria. Como producto del aprendizaje, los estudiantes dibujaron cómo percibían físicamente a un compañero y elaboraron un plan de dieta sana; esto lo expusieron en el periódico mural.

Para finalizar, se llevó a cabo una sesión de preguntas y respuestas para resolver dudas, así como una charla informativa con los padres de familia sobre hábitos alimenticios sanos en adolescentes.

El manejo de datos se realizó en el programa SPSS19, y se reportaron mediante estadística descriptiva en medias, porcentajes y frecuencias.

Descripción de los instrumentos

Eating Attitudes Test (EAT): está diseñado para evaluar síntomas y conductas en la anorexia nerviosa; proporciona el índice de gravedad del trastorno.

Se utiliza la forma abreviada de 26 preguntas que se agrupan en factores: restricción alimentaria, bulimia, preocupación por la comida y control oral. Su puntuación va de 0 a 78 puntos y el punto de corte es 26.

Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner: está compuesta por 13 siluetas que evocan la figura humana sin atributos reconocibles (Figura 1). La

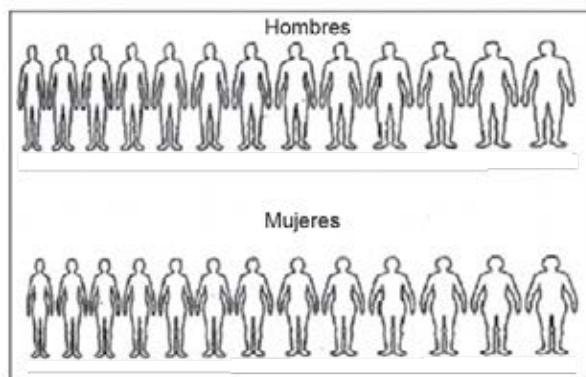


Figura 1. Escala de Gardner (instrumento de evaluación de la imagen corporal). Escala de los 13 dibujos del contorno de la figura (13-CS).

silueta central representa la mediana de la distribución de peso. A ambos lados se sitúan otras seis siluetas que representan, en orden creciente y decreciente, el incremento y decremento progresivo de peso. Es una escala autoaplicada y heteroaplicada. El paciente valora su percepción actual de imagen corporal, y el evaluador marca la imagen real del paciente. La figura central puntúa 0. El punto de corte para anorexia es 16.55, para bulimia es 12.58, y el control de sanos es 3.09.

Consideraciones éticas

Se contó con la autorización de los directivos de la escuela participante y del Comité de Bioética del ISSSTE (Acta núm. 10 de 2011).

RESULTADOS

La población estudiada fue de 273 adolescentes, 135 hombres y 138 mujeres, con edad promedio de 14.02 y 13.89 años, respectivamente. El promedio del índice de masa corporal fue de 21.09 en hombres y de 22.69 en mujeres, lo que correspondió a un diagnóstico de sobrepeso. Se encontró que 20% de los hombres tenía peso bajo, en comparación con 6% de las mujeres, quienes mostraban riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, mientras que sólo 3% de los hombres lo tenían. Esto coincide con la alteración en la percepción de la imagen corporal, según la prueba de Gardner y los datos del EAT-26 (Figura 2). La población que tiene conductas alimentarias patológicas representa 5%, se-

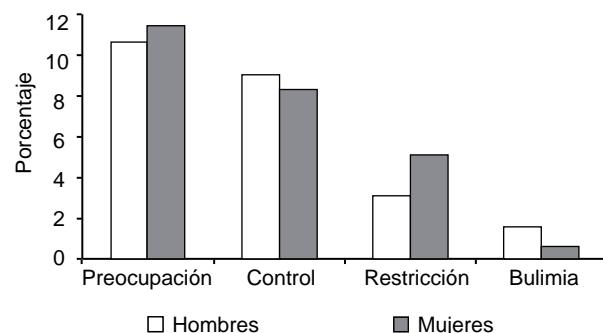


Figura 2. Comparativo por género de las áreas del EAT-26.

gún la encuesta EAT y 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Se concluye que en este grupo la prevalencia de conductas alimentarias es significativamente baja.

Con base en la escala de Gardner, los resultados que arrojó la muestra en cuanto a la distorsión de la autoimagen, con percepción de peso mayor al real, fue de 8%, cifra más elevada que la de la percepción de un peso menor al real (4.5%). Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los varones.

DISCUSIÓN

Según un estudio realizado en la Universidad Veracruzana²¹ en el que se utilizó el EAT-40 y la escala de Gardner en jóvenes de 13 años, 8% de la población mostró riesgo de conducta alimentaria y 10% enfermedad instalada. En este estudio efectuado en jóvenes de 13 a 16 años, se encontró que 5% de la población estaba en riesgo y que 4% posiblemente sufría una alteración, sobre todo en el caso de las mujeres (lo que confirma que el sexo femenino tiende a encabezar los trastornos de la alimentación, en coincidencia con los estudios citados). Tales instrumentos arrojaron datos útiles y consistentes para poder identificar a los adolescentes en riesgo de padecer algún trastorno de alimentación.

Es importante que desde esta etapa de la vida, se detecte a los jóvenes preocupados por su ingestión alimentaria y su imagen corporal, para evitar que adopten conductas alimentarias restrictivas incorrectas que pongan en riesgo su vida. Al mismo tiempo, hay que ubicar los casos de mujeres y hombres que tienen un peso superior para su talla y edad, en quienes el consumo de productos con densidades energéticas altas a expensas

de carbohidratos y grasas y la ausencia de actividad física ponen en riesgo su vida al inducir la aparición de padecimientos metabólicos crónicos a edad temprana.

Por lo anterior, se hace necesario emprender el diseño, elaboración, programación y ejecución de campañas informativo-educativas sobre la forma de ejercer una alimentación correcta y saludable que se refleje en un peso óptimo, y que destaque hábitos del bien comer, bien beber y la adopción del ejercicio físico. Estas campañas deben ofrecer a la juventud la oportunidad de un pleno desarrollo de sus aptitudes, para convertirse en adultos sanos y productivos capaces de reproducir y mantener la cultura de la medicina preventiva, urgente en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo MC. La adicción por la delgadez, acceso en <http://www.comoves.unam.mx/articulos/anorex.html>, vista enero 2011.
2. <http://www.didacticalvs.com/psico/TRASTORNOS%20ALIMENTICIOS/FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf> acceso enero 2011.
3. Casanueva E, Kaufer HM, Pérez LA, Arroyo P. Nutriología médica. 3^a ed. México: Panamericana, 2008;129.
4. Pichot P, López-Ibor AJ. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4^a ed. Barcelona: Masson, 1995;553-563.
5. Casanueva E, Kaufer HM, Pérez LA, Arroyo P. Nutriología médica. 3^a ed. México: Panamericana, 2008;130.
6. Crispo R, Figueroa E. Anorexia/bulimia lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa, 1998;1-214.
7. Isselbacher JK. Compendio. Principios de medicina interna de Harrison. 17^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1995;975.
8. Mahan LK, Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10^a ed. México: McGraw-Hill, 2001;568.
9. Escott-Stump S. Nutrición, diagnóstico y tratamiento. 5^a ed. México: McGraw-Hill, 2010;247.
10. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de Trastornos Alimenticios. México: Secretaría de Salud, 2004;23.
11. Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Subdirección General de Salud Mental. Murcia: Servicio de Programas Asistenciales, 2005;21.
12. Mahan LK, Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10^a ed. México: McGraw-Hill, 2001;579.
13. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de Trastornos Alimenticios. México: Secretaría de Salud, 2004;25.
14. Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Subdirección General de Salud Mental. Murcia: Servicio de Programas Asistenciales, 2005;23.
15. Isselbacher JK. Compendio. Principios de medicina interna de Harrison. 17^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1995;975.
16. Escott-Stump S. Nutrición, diagnóstico y tratamiento. 5^a ed. México: McGraw-Hill, 2010;252.
17. Casanueva E, Pérez LA. Nutriología médica. 3^a ed. Mexico: Panamericana, 2008;133.
18. Mahan LK, Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10^a ed. México: McGraw-Hill, 2001;566.
19. Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Subdirección General de Salud Mental. Murcia: Servicio de Programas Asistenciales, 2005;21.
20. García PM, Bascarán MT. Banco de Instrumentos Básicos de Psiquiatría. 5^a ed. Barcelona: Ars Medica, 2009;132-133,136.
21. Peña XG. Anorexia y bulimia: Sí te puedes recuperar. Acceso en http://www.plenilunia.com/cont_espe.php?id_article=781&id_rubrique=87 vista 17 enero 2011.