

Incidencia de la anorexia nerviosa en una Unidad Pública de Salud Mental Infanto-Juvenil

J. Otero Rodríguez, M. Mazuelos Fernández, M. López Narbona, E. Sanz Rivas y J. Rodado Martínez

Unidad de Salud Mental Infantil (USMI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Incidence of anorexia nervosa in a public children and adolescents mental health unit

Resumen

Introducción. *En los últimos años se está dando una enorme importancia social a los trastornos de la alimentación y especialmente a la anorexia nerviosa. A veces, la realidad epidemiológica no se corresponde con esa voz de alarma.*

Material y metodología. *En este artículo se revisan un total de 3.849 historias clínicas (de 0 a 16 años de edad) recogidas a lo largo de 9 años en una Unidad Pública de Salud Mental Infanto-juvenil.*

Objetivos. *Recoger la incidencia de los trastornos de la alimentación (con sus características de sexo y edad) y la progresión de casos de anorexia nerviosa.*

Resultados. *Los resultados muestran que el porcentaje de trastornos de la alimentación (incluyendo la anorexia nerviosa) con relación al resto de patologías es muy bajo, que los casos de trastornos de la alimentación han aumentado a lo largo de los últimos 4 años y que los casos de anorexia nerviosa no se han incrementado a lo largo de la última década.*

Discusión. *Dada la discrepancia con otros autores que encuentran un gran número de casos, buscamos una interpretación para nuestros datos.*

Palabras clave: *trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa, epidemiología, incidencia.*

Summary

Introduction. *In the last few years, a huge social importance is being given to eating disorders and specially to anorexia nervosa. Sometimes, the actual epidemiology doesn't correspond with that voice of alarm.*

Material and methodology. *In this article are reviewed a sample of 3,849 clinical histories (aged 0 to 16 years) collected in 9 years in a public children and adolescents mental health unit.*

Objective. *To see the incidence of the eating disorders (with their characteristics of sex and age) and the progression of cases of anorexia.*

Results. *Show that the percentage of eating disorders (including anorexia) compared with the rest of psychopathologies is very low, that the cases of eating disorders have risen in the last 4 years and that the cases of anorexia nervosa haven't risen in the last decade.*

Discussion. *Given the discrepancy with other authors who found several cases, we look for an interpretation of our data.*

Key words: *eating disorders, anorexia nervosa, epidemiology, incidence.*

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa no es una enfermedad exclusiva de nuestro tiempo. En 1694 Morton describe lo que él llama «consunción nerviosa»; en 1868 Gull, en Inglaterra, utiliza el nombre de «apepsia histérica» y en 1874, este autor utiliza por primera vez la expresión «anorexia ner-

viosa». En 1873, el francés Lasègue la calificó de «inanición histérica», de «anorexia histérica» y más tarde de «anorexia mental». Las descripciones hechas por ellos coinciden casi exactamente con las descripciones actuales y los adjetivos que utilizan («mental», «nervioso», «histérico») aluden claramente a las características psicógenas del cuadro.

Al igual que la histeria a finales del XIX, la anorexia ha podido tener un factor de fascinación (fascinación frente a ese cuerpo que se niega a comer, oponiéndose a los instintos de conservación) en el discurso científico y social de este final de siglo XX; en las últimas décadas se está dando una importancia mayor al trastorno.

Hay estudios que hablan de un aumento en la incidencia y prevalencia del cuadro en las últimas décadas; según estudios en diferentes países desarrollados (Cana-

CORRESPONDENCIA:

J. Otero.
Unidad de Salud Mental Infantil (USMI).
Hospital Maternal, 5ª planta.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Av. Manuel Siurot s/n.
41013. Sevilla.
Correo electrónico: juanotero01@mixmail.com

dá, EE. UU., Suecia, Inglaterra) se habla de un incremento que va desde el 0,24-0,45 por 100.000 habitantes antes de los años 60, hasta un 1-1,6 por 100.000 habitantes en los últimos 30 años¹⁻⁶, siendo mucha menor la incidencia en culturas orientales y en países subdesarrollados⁷⁻⁹. Para la población de riesgo (mujeres de 12 a 24 años) se habla de entre un 0,4% y un 1%^{1,6,10-13}. Otros estudios señalan que últimamente ese crecimiento no se ha observado en adolescentes jóvenes y sí en mujeres adultas, en las que se ha incrementado significativamente² y que, aun así, sigue siendo un trastorno poco común por lo que no deberíamos de hablar de una epidemia social^{4,12,14,15}.

OBJETIVO

En este trabajo se proponen dos objetivos:

1. Dado que los *trastornos de la alimentación* suponen un bajo porcentaje de la consulta en la Unidad de Salud Mental Infantil, se contabilizaron los casos diagnosticados en un período de 9 años y se describieron sus características en cuanto a sexo, edad y tipo de trastorno.

2. De los anteriores se aislaron los casos con diagnóstico específicos de anorexia nerviosa para observar su progresión en los últimos 9 años.

METODOLOGÍA

Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes que han acudido a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI) pertenecientes a las áreas hospitalarias Virgen del Rocío y Virgen de Valme, ambas de Sevilla, entre los años 1992 y 2000, ambos incluidos. En la Unidad se atienden pacientes hasta 16 años. Se revisaron un total de 3.849 historias clínicas (1.221 historias del área hospitalaria Virgen de Valme y 2.628 del área Virgen del Rocío). De cada historia se recogió el diagnóstico CIE-10 y se apartaron para su estudio todos aquellos historiales con diagnóstico de trastornos de la alimentación y entre éstos, los de anorexia nerviosa.

RESULTADOS

La clasificación por categorías diagnósticas CIE-10 se observa en la tabla 1; aquí queda reflejado el número de casos de trastornos de la alimentación encontrados y su porcentaje en relación con el número total de patologías atendidas en la Unidad. El diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria se emitió en 131 casos (un 3,40% del total de los diagnósticos de la Unidad). Dentro de los mismos, se refleja cada diagnóstico específico siendo, como puede verse, 39 los casos de anorexia nerviosa (F 50.0). Esto representa un 1,01% de los diagnósticos de la Unidad. Los criterios para el diagnóstico de anorexia aparecen en la tabla 2.

TABLA 1 Diagnósticos de trastornos de la alimentación (período 1992-2000)

<i>Código</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>nº casos</i>	<i>%*</i>
F50.0	Anorexia nerviosa	39	1,01
F50.1	Anorexia nerviosa atípica	5	0,12
F50.2	Bulimia nerviosa	4	0,10
F50.3	Bulimia nerviosa atípica	2	0,05
F50.4	Hiperfagia asoc. a otros trastornos psicológicos	9	0,23
F50.5	Vómitos asociados a otros trast. psicológicos	8	0,20
F50.8	Otros trastornos de la conducta alimentaria	14	0,36
F50.9	Trast. de la conducta aliment. Sin especificar	6	0,15
F98.2	Trasts. de la conducta aliment. En la infancia	44	1,14
	Total	131	3,40

* El porcentaje se refiere al número de trastornos de la alimentación con respecto al número total de casos diagnosticados en la Unidad (3.849 en 9 años), sea cual sea su patología.

TABLA 2 F 50.0. Anorexia nerviosa (CIE 10)

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5): Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamico-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías de la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales masculinos). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

TABLA 3 Diagnóstico de trastornos de la alimentación por grupos de edad

Grupo de edad	Diagnóstico trastornos alimentación (excepto anorexia)	Diagnóstico anorexia
Menor de 8 años	18	0
8-11 años	29	2
12-16 años	45	37

En la tabla 3 se reflejan sus características por grupos de edad. El diagnóstico de anorexia nerviosa (F 50.0) se emitió sobre todo entre el grupo de edad 12 a 16 años; en estas edades la anorexia representa casi la mitad de los trastornos de la alimentación (37, por 45 casos de otros trastornos de la alimentación). Para edades inferiores se diagnosticó sobre todo trastornos de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2), que implica los criterios que señalamos en la tabla 4.

Por sexos (tabla 5), se encontraron datos parecidos a otros autores, que raramente diagnostican de anorexia nerviosa a los varones; en nuestra muestra sólo hubo un varón diagnosticado. En relación con otros trastornos de la alimentación se observa que también se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en varones (62 casos por 30 casos, respectivamente).

En la tabla 6 se recogen el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria y de anorexia diagnosticados por año. El objetivo era observar la evolución del

TABLA 5 Diagnóstico de trastornos de la alimentación por sexos

Sexo	Diagnóstico trastorno alimentación (excepto anorexia)	Diagnóstico anorexia
Mujer	62	38
Hombre	30	1

número de casos en los últimos años; lo que se encontró es que la progresión no ha sido excesivamente relevante en casos de anorexia nerviosa y ha sido mayor en casos de otros trastornos de la alimentación. En 1992 se diagnosticaron 2 casos de anorexia y 7 casos de otros trastornos de la conducta alimentaria. En 1993, 1 anorexia nerviosa y 4 de otros. En 1994 la cifra de anorexias ascendió a 5 y los otros trastornos de la alimentación fueron 7. En 1995 sólo se diagnosticaron 3 casos de anorexia y 2 casos de otros trastornos de la conducta alimentaria. En 1996 las cifras arrojaron datos similares (3 de anorexia nerviosa y 5 de otros trastornos de la conducta alimentaria). En 1997 aumenta ostensiblemente el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria¹⁹ aunque el número de anorexias aumenta muy ligeramente⁵. En 1998 y 1999 se mantiene el número de trastornos de la alimentación^{14,16} y crece ligeramente el de anorexias^{8,8} aunque siguen siendo pocos los diagnosticados. En el 2000 se mantiene el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria¹⁸ mientras que el número de anoréxicas disminuye⁴.

TABLA 4 F 98.2. Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (CIE 10)

Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria con diversas manifestaciones que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. Suele implicar un rechazo de la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es conducta alimentaria normal, que se llevan a cabo en presencia de la persona (de suficiente competencia) que cuida al niño. Además hay ausencia de enfermedad orgánica. Puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal).

Pautas para el diagnóstico

Las dificultades menores en la alimentación son muy frecuentes en la infancia y la niñez (en forma de caprichos, suelta falta o exceso de alimentación) y por sí mismos no deben ser considerados como indicativos de este trastorno. El trastorno se diagnosticará únicamente si su grado supera de un modo claro a la media normal, si las características del problema alimentario son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una clara tendencia a ganar o perder peso en un período de al menos un mes.

Incluye

Trastorno de rumiación en la infancia.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Existe una importante diferencia entre la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria hallada en nuestra muestra y la creciente alarma social en torno a estos trastornos. Aunque en numerosos estudios se habla de

TABLA 6 Incidencia de los trastornos de la alimentación entre los años 1992 y 2000

Año	Diagnóstico trastorno alimentación (excepto anorexia)	Anorexia Nerviosa (F 50.0)
1992	7 casos	2 casos
1993	4 casos	1 caso
1994	7 casos	5 casos
1995	2 casos	3 casos
1996	5 casos	3 casos
1997	19 casos	5 casos
1998	14 casos	8 casos
1999	16 casos	8 casos
2000	18 casos	4 casos
Total	9 casos	44 casos

un aumento exponencial, los datos del presente trabajo no lo demuestran. A la vista de los números podría decirse que tal epidemia social no existe, pero también pueden buscarse interpretaciones para esa ausencia de casos.

Una de ellas, más concordante con la bibliografía existente es que la Unidad atiende adolescentes hasta los 16 años; se ha visto que el incremento en la incidencia durante los últimos años se ha producido en mujeres mayores de 18 años pero no en jóvenes adolescentes por lo que, en ese sentido, los datos obtenidos se aproximarían a los de otros autores².

Pero qué decir del tan escaso número de pacientes anoréxicas vistas; la población de anoréxicas no acude a una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de tipo público exclusivamente sino que podrían utilizar otros canales asistenciales privados para el abordaje de su problemática. En las consultas públicas hay unas listas de espera que han de respetarse, y la atención inmediata y en las mejores condiciones de periodicidad de sesiones no siempre son posible. Esta idea podría apoyar la hipótesis de que tan sólo las clases sociales bajas tendrían que acomodarse al sistema público y que en el caso de la anorexia, representada por clases socioeconómicas altas, se buscaría la alternativa de las consultas privadas.

Otra explicación podría venir de la investigación sobre los canales de derivación y asistenciales de tipo médico. Es una patología grave desde el punto de vista físico. Quizá el médico de cabecera, al detectar la seriedad física del problema las envía al especialista endocrino, ginecólogo o nutricionista siendo atendidas en estos servicios exclusivamente desde el punto de vista médico. La patología anoréxica ha de entenderse de una manera plurifactorial; si entre los profesionales médicos y los facultativos de salud mental no existe una buena coordinación y una unificación de criterios, las pacientes serán atendidas sólo parcialmente. En este caso, la explicación para esta ausencia de datos sería que la patología se atiende sólo desde un punto de vista médico. Algo que cuesta trabajo pensar como única razón. Es de sobra conocida la importancia de lo psicológico en la etiología de la anorexia y la mayoría de los médicos serán sensibles a ello.

¿Dónde se concentran estas pacientes? Se puede pensar que en los últimos años, el ser una patología tan de moda está haciendo que algunos profesionales se superespecialicen en el tema, que se creen unidades específicas, lo que significa un prestigio profesional duro de compartir.

Se observa otro dato interesante; el aumento en la atención de otros trastornos de la alimentación no anoréxicos. Éstos se consultan más por la vía pública ya que tienen menos urgencia. En la muestra se ve cómo a partir del año 1997 se incrementa notablemente el número de otros trastornos de la conducta alimentaria atendidos. La explicación podría ser que la anorexia, al empezar a ser conocida en el ámbito público a través de los medios de comunicación (muchas veces de modo dramatizado) crea una especie de alarma social que hace que otros proble-

mas menores del comer pasen a ser considerados en la población como preocupantes; éstos, que antes se resolvían en la propia casa y en la propia familia, ahora se consultan al especialista. Atendiendo en las primeras consultas a familias de niños y adolescentes con problemas de alimentación no es extraño encontrar casos en los que las familias traen a sus niñas/os excesivamente preocupados porque tengan anorexia, que es lo que han oído en la radio y en la televisión. Es como si el problema de la anorexia arrastrara en su camino otros problemas menores.

Casos que no llegan a constituir verdaderos cuadros de anorexia nerviosa y que tienen que ver con caprichos alimenticios, posiciones histeriformes que rodean la temática de la comida, etc. empiezan a ser tratados en los servicios de Salud Mental cuando anteriormente podrían ser resueltos dentro del propio ámbito familiar.

Se podría concluir, a modo de resumen, que tras haber recopilado cerca de 4.000 historias clínicas de la última década de una población hasta 16 años, de una Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de tipo público, no se han encontrado datos que hablen del aumento de este cuadro y tampoco el número de casos es representativo (tan solo un 1,01% de las psicopatologías atendidas en la Unidad). Varias explicaciones podrían dar cuenta del tema: la peculiaridad de las vías asistenciales con un predominio de la atención física sobre la atención mental, la tendencia de las familias a consultar por la vía privada y la proliferación de Unidades específicas de anorexia nerviosa. Además, se podría pensar que, como consecuencia directa de la sobredimensión del problema anoréxico, se están atendiendo un mayor número de casos de otros trastornos de la alimentación que hasta entonces no eran parte de la población clínica. Este trabajo plantea y deja abierto a la reflexión si el estatus especial y superespecializado que la anorexia nerviosa está recibiendo como categoría psicopatológica es más beneficioso o más iatrogénico. Asimismo estos resultados hacen pensar que la investigación epidemiológica sobre la anorexia nerviosa necesitaría de un equilibrio en cuanto a los dispositivos a estudiar ya que el recuento de pacientes puede arrojar datos muy contrapuestos en función del lugar desde el que se mire.

BIBLIOGRAFÍA

1. Theander S. Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female cases. *Acta Psych Scand* 1970; 214 (Suppl):1-194.
2. Pawluck DE, Govey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *Int J Eat Disord* 1998;23(4): 347-52.
3. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(4):352-9.
4. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19(4):681-700.

5. Hobbs WL, Johnson CA. Anorexia nervosa: an overview. *Am Fam Phisician* 1996; 54(4):1273-9.
6. Jones DJ, Fox MM, Babigan HM, Hutton HE. Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976. *Psychosomatic Medicine* 1980;42: 551-8.
7. Buhrich N. Frecuency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Aust N Z J Psychiatry* 1981;15: 153-5.
8. Thomas DA, Szmukler GI. Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. *Br J Psychiatry* 1985;146:653-6.
9. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5(4):183-97.
10. Halmi KA, Casper RC, Eckert ED. Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatr Res* 1979;1:209-15.
11. Margo JL. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Med Psychol* 1985;58:193-5.
12. Hoek HW. The distribution of eating disorders. En: Brownell KE, Faiburn CG, editores. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995;p.207-11.
13. Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatr Drugs* 2001;3(2):91-9.
14. Devaud C, Michaud PA, Narring F. Anorexia and bulimia: increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43(4):347-60.
15. Bravender T, Robertson L, Woods ER, Gordon CM, Forman S. Is there an increased clinical severity of patients with eating disorders under managed care? *J Adolesc Health* 1999;24(6):373.