



# *Trastornos del comportamiento alimentario*

## *Características clínicas y evolución*

Luis Alberto Angel, Rafael Vásquez

Los pacientes atendidos en dos hospitales universitarios con trastorno de comportamiento alimentario, desde enero de 1989 hasta marzo de 1994, fueron evaluados utilizando los criterios de DSM-III-R. Ingresaron al estudio 35 pacientes, 33 mujeres y dos hombres, de  $24 \pm 14$  años. La duración de la enfermedad fue de  $58 \pm 70$  meses; en 50% de los casos comprometía seriamente el estado de salud, la autoimagen corporal y la vida de relación. Como factores de riesgo se encontraron antecedentes de obesidad familiar en 66%,

alteración de la autoimagen en 43%, antecedente de depresión 40% y ruptura afectiva en 14%. Se diagnosticó anorexia en 23% de los casos, bulimia en 17% y trastorno no especificado en los otros. Las pacientes anoréxicas eran significativamente más jóvenes, su peso y talla eran muy inferiores, su estado general estaba más comprometido.

El 50% de los pacientes rechazó cualquier tipo de tratamiento. Se observó mejoría en 67% de los pacientes seguidos durante un año.

Los trastornos del comportamiento alimentario son frecuentes en nuestro medio. Pueden producir serias alteraciones en la vida personal y de relación de las personas afectadas.

### Introducción

Recientemente los desórdenes de la alimentación, especialmente los síndromes de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, han llamado la atención de los siquiátrats y del público en general y motivado a su vez en forma amplia la investigación en esta área. Antes de 1980 había sólo unas pocas descripciones de pacientes con síntomas bulímicos, pero a pesar de los cientos de informes aparecidos a partir de 1988, los interrogantes acerca de la epidemiología, etiología, patología, prevención y tratamiento no se han resuelto.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida de peso importante y deliberada, con intenso temor a la obesidad y alteraciones en la percepción de la figura corporal, el peso y los ciclos menstruales (1).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios incontrolados de ingesta de comida, seguidos por vómito autoinducido, uso de

---

Dr. Luis Alberto Angel A.: Profesor Asociado de Medicina Interna Sección de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia, Sección de Gastroenterología y Nutrición del Hospital San Juan de Dios, Santa Fe de Bogotá, Departamento de Medicina Interna, Fundación Santafé de Bogotá; Dr. Rafael Vásquez: Profesor Asociado de Psiquiatría Infantil, Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Pediátrico de La Misericordia, Departamento de Pediatría, Fundación Santa Fe de Bogotá.

laxantes y otros métodos dirigidos a evitar el aumento de peso. Estos individuos como los que sufren de anorexia nerviosa están intensamente preocupados por los alimentos, la figura corporal y el peso. A menudo la anorexia y la bulimia nerviosas ocurren simultáneamente o secuencialmente en un mismo paciente. Más de 50% de los anoréxicos desarrollan síntomas bulímicos. Los criterios diagnósticos para cada entidad han sido claramente delineados por consenso y evolucionado en el tiempo, con la versión actual vigente del DSM-III-R (2).

Existe un tercer grupo de padecimientos que corresponde a todos los demás pacientes con problemas en el manejo de la alimentación, asociados a otros síntomas como los que padecen los anoréxicos y bulímicos, pero que dada su frecuencia o severidad no llenan los rígidos criterios establecidos para el diagnóstico de estas entidades; por ejemplo, no coexiste la amenorrea, el vómito es inducido únicamente una vez a la semana, el peso está sólo 14% por debajo del esperado, etc. Por estos motivos se los ha denominado trastornos del comportamiento alimentario no especificados (2).

Los estudios realizados en otros países demuestran altas tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia nerviosas), con distribuciones dependientes del nivel socioeconómico y sexo de los pacientes (1, 3,4).

En Colombia el diagnóstico clínico de los trastornos de alimentación es muy escaso, puesto que no son reconocidos como enfermedades, sino más bien como

expresiones de la moda, al parecer debido a la ausencia de tales temas en los programas de enseñanza. Esto se refuerza por la poca experiencia clínica de los docentes de las diferentes áreas con respecto a tales patologías, ya que tradicionalmente se describe en los textos de estudio como una enfermedad de los países "ricos". El hecho es que en Colombia son entidades no consideradas por los colegas como enfermedades y no existe literatura propia sobre dichas entidades.

El objetivo de este artículo es mostrar la experiencia de nuestro grupo, que ha trabajado desde hace cinco años en el diagnóstico y tratamiento de estas entidades.

#### **Material y métodos**

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos desde enero de 1989 hasta marzo de 1994 en la consulta ambulatoria de dos instituciones y a los cuales les fue diagnosticado un trastorno de comportamiento alimentario. Los pacientes fueron atendidos en dos hospitales universitarios siempre mínimo por uno de los investigadores. Cada paciente fue atendido mediante entrevista personal en número variable de oportunidades, utilizando en la primera entrevista un formato estructurado de historia clínica orientada hacia la obesidad y los trastornos alimentarios; fue tenida en cuenta únicamente la información consignada en cada historia. Con gran frecuencia los pacientes fueron entrevistados separadamente por los investigadores.

Los diagnósticos definitivos se realizaron utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R (2).

Para cada paciente se tuvieron en cuenta las variables demográficas y sociales, como edad, sexo, estado civil y escolaridad. El sector social fue establecido utilizando la clasificación de la vivienda de la ciudad por estratos, donde el uno representa la población de menores ingresos y el seis la del ingreso económico más elevado, pasando por todos los grados intermedios.

Se evaluó en el motivo de consulta remitente (médico, familiares, o motivación propia del paciente) y a su vez la existencia de síntomas como baja ingesta, obesidad, sobrepeso, vómito, anorexia, compromiso del estado general y complicaciones asociadas. La evolución en el tiempo desde el comienzo de los síntomas se registró en meses.

Para cada paciente se evaluó la sensación personal acerca de la repercusión de su enfermedad en los aspectos sicosociales como desempeño social, laboral, familiar, de pareja, académico, condiciones de salud y bienestar, interferencia o amenaza de los planes futuros y alteraciones de la autoimagen. Cada uno de ellos se consignó como presente o ausente.

Con respecto a la familia se registraron hechos como convivencia o no con los padres, divorcio de los padres y posición familiar (primogénito o no). Igualmente se registró cómo el paciente refería su desempeño en el momento de las consultas iniciales y su funcionamiento en las áreas laborales, escolares, núcleo familiar y actividad sexual.

Los factores referidos por los pacientes como desencadenantes fueron registrados así: ninguno, ruptura afectiva, duelo, separación de los padres, pérdida de

una amistad, dificultades académicas, comportamiento sexual, cambio de estado civil, desarrollo y crecimiento, críticas a su figura corporal y otros.

Con respecto a los hábitos alimentarios se registraron las dificultades para la alimentación en la infancia, pubertad, adolescencia, el hostigamiento por padres o allegados y su influencia en el consumo alimentario del tipo refuerzo o inhibición; la asociación entre los hábitos de comida con la imitación u oposición de los padres y el efecto del ambiente en que toma los alimentos en cuanto a estimular o deestimular su actual comportamiento.

Se registraron los tratamientos realizados previamente por médicos, dietistas, aconsejados por revistas, gimnasios, medicina alternativa, empíricos o autoformulados; se consignó el número de veces en que fueron realizados, el máximo de meses de seguimiento de los mismos y el uso de medicamentos como coadyuvantes (tipo y duración). Los antecedentes patológicos familiares indagados fueron obesidad, delgadez, trastornos siquiátricos, alcoholismo y otros. Entre los antecedentes personales se registraron: alcoholismo, trastornos siquiátricos, trauma y cirugías asociados a la enfermedad, embarazos y anormalidades del ciclo menstrual.

A algunos se les practicaron pruebas de ayuda diagnóstica como el Zung de ansiedad y depresión y una tercera prueba, actualmente en validación, específicamente elaborada para el diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario. Se registró además la relación del hábito de comer con el estrés y la ansiedad.

Como se mencionó, los diagnósticos se realizaron de acuerdo con los criterios preestablecidos. El seguimiento, cuando existió, se registró en total de meses hasta la última entrevista y se catalogó el resultado subjetivo del investigador con relación a su primera visita en igual, mejor o peor. Se consignaron todas las complicaciones secundarias a la enfermedad durante el período de seguimiento.

*Análisis estadístico.* La información recogida se analizó mediante el uso de estadística descriptiva y comparación de la frecuencia, promedios ( $\pm$  desviación estándar) y rangos de algunas variables en los diferentes grupos conformados (Chi cuadrado, test de Wilcoxon). Los datos fueron procesados por computador (Samsung SPC 6100) y mediante el paquete estadístico Systat 3.0 (Systat Inc.). Se aceptó un error alfa de 5% para la diferencia de frecuencias y promedios.

### Resultados

Se presentan 35 pacientes, 33 mujeres y dos hombres, con una edad promedio de  $28,4 \pm 14,3$  años, peso inicial promedio de  $61,5 \pm 23,8$  kg y  $163,7 \pm 8,3$  cm de estatura promedio. El estrato de vivienda promedio fue de cuatro (mediana = cuatro, rango de uno a seis) y aunque la mayor parte de los pacientes provenía de estratos medios y altos, hubo dos de los estratos uno y dos. 44% tenía un nivel educativo medio y los restantes superior, siendo en su mayoría estudiantes activos. El 88% eran solteros y 12% casados (Tabla 1). Aunque 67.6% de los pacientes fue remitido por otro médico, a ninguno le había sido diagnosti-

Total pacientes		35
	Mujeres	33
	Hombres	2
Edad (años)		28 $\pm$ 14
Peso inicial (kg)		61 $\pm$ 24
Talla (cm)		164 $\pm$ 8
Nivel educativo:	medio	44%
	superior	66%
Estado civil:	solteros	88%
	casados	12%
Estrato social:	(1 a 6)	4

**Tabla 1.** Datos generales de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario.

## Trastornos del comportamiento alimentario

	%*
Embarazo (1 o +)	20
Amenorrea mayor 6 meses	17
Irregularidades menstruales	30
Crisis depresivas tratadas	40
Ingesta excesiva de alcohol	
Dificultades alimentación	
* Infancia	17
* Pubertad	23
* Adolescencia	34
* Presión padres y refuerzo	34
	26
* n = 35	

Tabla 2. Antecedentes personales de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario.

Alguna forma de tratamiento	100%
* Médico	41%
* Nutricionista dietista	32%
* Modalidades personales	35%
* Gimnasio, empíricos, revistas	18%
Número de tratamientos (0 a 20 o +)	6
Duración máxima tratamiento (meses) (Rango 0-20 meses)	5
Ingestión de medicamentos	48%
* Anorexiantes	18%
* Hormonas tiroideas	15%
* Diuréticos	9%
* Otros medicamentos	6%
* n = 35	

Tabla 3. Antecedentes de tratamiento en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario.

cado un trastorno del comportamiento alimentario. Los motivos de consulta principales fueron las complicaciones asociadas en 38% (estreñimiento, cólicos, plenitud precoz, náuseas, dolor epigástrico, intolerancia a alimentos, etc.), obesidad en 29% y vómito en 23%.

La enfermedad tuvo por lo general un curso crónico con un rango entre cinco meses y 20 años, para un promedio de cinco años ( $58 \pm 70$  meses) y ésta había alterado en forma muy significativa su estado general de salud (68.6%), su autoimagen (49%) y las relaciones familiares (26%). El efecto sobre otros aspectos como el laboral, académico, de la pareja y limitaciones para su desarrollo global estuvo presente pero con menor frecuencia.

El 50% de los pacientes eran primogénitos, 79% convivían con alguno de sus padres y en 17% los padres eran divorciados. Los antecedentes familiares fueron obesidad en 65.7% de los pacientes, alcoholismo en un familiar cercano (padres, tíos, abuelos en 14.3% y enfermedad siquiátrica en 8.6%.

Los antecedentes personales más destacados se encontraron en: dos pacientes que habían tenido una ingesta alcohólica que consideraron excesiva y que había causado problemas secundarios importantes. El 20% de los pacientes habían tenido uno o más embarazos; 17% presentaban amenorrea de más de seis meses y 30% presentaban irregularidades menstruales. El 40% había tenido crisis depresivas previas que necesitaron ayuda médica. Las dificultades en la alimentación durante la infancia, pubertad y adolescencia fueron frecuentes (17%, 23% y 34% res-

pectivamente) lo cual había motivado a sus padres a ejercer una constante presión sobre ellos (34%), reforzando con frecuencia dicha conducta (26%) (Tabla 2).

Manifestaron haber tenido al menos un factor desencadenante de su comportamiento 77,3%, siendo el principal la imagen corporal inaceptable (43%) seguido por las rupturas afectivas (14%). La conducta sexual y los fenómenos del desarrollo sexual secundario fueron señalados como factores iniciadores en 8.6% y las dificultades académicas lo fueron en un paciente (3%).

Todos habían recibido algún tipo de tratamiento previamente: por médico 41% de los casos, por dietista 32.4% o una modalidad personal 35.3%. También estuvieron representados los ordenados en gimnasios, sugeridos por revistas y los empíricos (acupuntura, homeopatía, etc.). El promedio de tratamientos seguidos fue de seis para un rango entre cero y 20 (más de 20 se asimiló a 20) y la duración máxima promedio de los mismos fue de cinco meses, con un máximo de 24 meses. El 18% había ingerido anorexiantes, 15% hormonas tiroideas, 9% diuréticos y 6% otros medicamentos (Tabla 3).

Los pacientes manifestaron tomar una conducta ingestiva ante los estados de ansiedad (33%) y de estrés (13%). Las pruebas de ansiedad y depresión tuvieron un puntaje que en promedio evidenciaban ansiedad y depresión leves. El puntaje de la prueba de comportamiento alimentario fue de  $31,5 \pm 9$ , para un normal inferior a 25.

El diagnóstico definitivo fue anorexia nerviosa en ocho pa-



cientes (22.9%), bulimia nerviosa en seis (17.1%) y los 21 restantes (60%) fueron clasificados como no especificados. Sin embargo, dos pacientes (5,7%) habían tenido previamente anorexia nerviosa y otros cinco (14%) bulimia nerviosa, cuyo diagnóstico había pasado desapercibido en la mayoría. No se diagnosticó obesidad en el momento de la evaluación en pacientes con bulimia nerviosa.

Fue posible conocer la evolución clínica en 24 pacientes (68%), de los cuales 18 se sometieron a tratamiento médico y nutricional; de los seis restantes se obtuvo información a través de sus familiares o de la historia clínica. En 32% de los casos (n=11) no se tuvo ningún informe luego de establecido el diagnóstico. El promedio de seguimiento para estos 24 pacientes fue de 15.5±15.4 meses (2 a 54 meses); 67% de éstos presentaron mejoría. 17% no modificaron en forma alguna su comportamiento y 12.5% empeoraron. Desarrollaron una o más complicaciones, tales como broncoaspiración, hemorragia de vías digestivas, neumotorax espontáneo, rectorragias, etc., 24% de los pacientes. El peso no se modificó en forma significativa durante el período de seguimiento.

El análisis diferenciado de los grupos de pacientes en anoréxicos y bulímicos comparados con el grupo restante demostró una clara individualización de los primeros y ninguna diferencia de los segundos, por lo cual se agruparon para el análisis (Tabla 4).

Los pacientes anoréxicos eran de menor edad ( $p<0.034$ ) y el estrato de vivienda fue inferior ( $p<0.006$ ). El vómito y el compromiso del estado general fue-

	Anorexia nerviosa*	Otros trastornos*	Probab. P <sup>†</sup>
Edad diagnóstico	19.1±4.9	31.2±15.1	0.034
Estrato de vivienda	3.2±1.6	4.5±0.7	0.006**
Peso primera consulta	39.2±6.5	65.9±23.5	0.0001
Talla	156.7±5.5	165.1±8.1	0.036
Escolaridad: secundaria	75%	25%	
universitaria	25%	75%	0.046
Vómito frecuente	50%	15%	0.045
Compromiso estado general	62%	4%	0.0001
Repercusión vida familiar	62%	15%	0.006
Repercusión académica	50%	7%	0.004
Deseo control de los padres	75%	22%	0.005
Asistencia a gimnasio	37%	4%	0.009
Alcoholismo en familiares	50%	4%	0.0001
Desencadenado por alteración de la imagen corporal	75%	33%	0.037

\* Los valores corresponden a los promedios ± desviación estándar  
n = 8 para anorexia nerviosa y n = 27 para bulimia nerviosa y trastornos no especificados.  
† Test "t" de Student y Chi cuadrado \*\* Test de Wilcoxon.

Tabla 4. Características diferenciales entre las pacientes con anorexia nerviosa y demás trastornos alimentarios

ron motivo de consulta más frecuente en los anoréxicos; las repercusiones sobre la vida familiar y actividad académica fueron altamente significativas y las alteraciones en la imagen corporal fueron el factor desencadenante en la mayoría de las pacientes anoréxicas (75% vs 33%) (Tabla 4).

Los padres de los anoréxicos pretendieron controlar el comportamiento ingestivo de sus hijos con mayor frecuencia ( $p<0.005$ ) y este fue un fenómeno reforzador del mismo ( $p<0.009$ ). La actividad física en gimnasios fue más frecuente ( $p<0.009$ ). Hubo antecedente de alcoholismo en algún familiar con mayor frecuencia entre las anoréxicas ( $P<0.0001$ ). El peso promedio y la talla de las pacientes anoréxicas fue significativamente inferior (Tabla 4). Las pacientes bulímicas sólo se diferenciaron del grupo restante en el consumo más frecuente de anoréxicos (50% vs 11%).

### Discusión

La descripción de los trastornos del comportamiento alimentario

puede parecer para muchos una situación de excepción y sin repercusión importante en el medio clínico o social. Sin embargo, la frecuencia de tales trastornos es muy alta en los países desarrollados (4-6) y algunos autores mencionan un incremento progresivo en las últimas décadas. Así, desde la descripción por primera vez de la bulimia en 1979 por Russell (5), se han realizado numerosos estudios epidemiológicos que demuestran una elevada frecuencia en la población estudiantil de secundaria y universitaria que oscila entre 4% y 20%. De igual manera se afirma que existe un incremento en la frecuencia de la anorexia nerviosa con prevalencias entre 1% y 4% de la población joven (4).

En Colombia no existen estudios epidemiológicos al respecto ni descripciones de series de pacientes con esta patología. De esta manera, las características que aquí se presentan tienen la importancia de llamar la atención sobre unos trastornos que vienen pasando desapercibidos desde hace mucho tiempo, dado

que no han sido diagnosticados en períodos anteriores a pesar de presentarse en la forma clásica. Esto puede verse en nuestra serie, en la cual 20% de los pacientes había desarrollado anorexia o bulimia nerviosas clásicas sin haber sido diagnosticadas ni tratadas. Igualmente, la forma como estos pacientes fueron enfocados por los médicos remitentes y el concepto de enfermedad de los pacientes y familiares, los cuales en la casi totalidad no consideraban que su problema fuese diferente de un desajuste dietético.

Únicamente se podrá establecer mediante estudios epidemiológicos los cuales estamos llevando a cabo, si la frecuencia de estas entidades viene en aumento o simplemente sólo hasta ahora se están diagnosticando. La dificultad del diagnóstico radica esencialmente en dos aspectos: el primero es la falta de sospecha por parte de los profesionales de la salud, ante la idea de que son entidades muy raras o el desconocimiento de sus criterios diagnósticos y el segundo, el hecho de que son trastornos secretos, ocultos voluntariamente por los pacientes no sólo a sus familiares y amigos sino al médico y la nutricionista, de los cuales se sirven con frecuencia para sus fines personales. Por esta razón, como se verá más adelante, el diagnóstico se basa con frecuencia en la voluntad del paciente de realizar una modificación de su situación o de reconocer que ciertas pautas o conductas, comportamientos e ideas sobre su cuerpo las ha experimentado y mencione la verdadera frecuencia e intensidad de las mismas. Es más probable entonces que el diagnóstico con frecuencia sea

sólo sospechado y no confirmado; lo contrario es poco probable y suele ser descartado durante la evolución cuando se comprueba que el paciente no presenta dificultad en el manejo de su imagen corporal y sus hábitos alimentarios se modifican sin plantear conflicto alguno.

Los hallazgos anotados deben ser tenidos en cuenta con cautela, dado que la gran mayoría de las variables son de tipo cualitativo; algunas dependen del conocimiento previo sobre los familiares del paciente (antecedentes psiquiátricos, alcoholismo, obesidad, etc.) o la memoria sobre ciertos eventos en los mismos y en el suyo propio (delgadez u obesidad en infancia temprana, actitud de los padres, número de dietas, medicamentos recibidos, etc.). No obstante, estos son fenómenos comunes a todos los pacientes y generalmente no es posible ampliar o constatar dicha información por no existir documentación sobre ellos, porque a los pacientes no les parece relevante su consecución o sencillamente no es posible obtenerlos.

También podría decirse que el diagnóstico, por ejemplo, de alteración de la imagen corporal puede ser de difícil confirmación, al igual que el completar los criterios diagnósticos para una determinada entidad, y que con facilidad pueden aparecer sesgos al inducir en el paciente o forzarlo a aceptar situaciones que no existen en realidad. Desafortunadamente esto será siempre cierto, cuando se trate de variables como las que se manejan en el terreno del comportamiento humano y de sus ideas. Es por ello que con frecuencia se requiere de un segundo examina-

dor no prevenido que los explore y establezca sus características para ser comparadas. Por fortuna, la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa fueron vistos en forma aislada por los autores que concordaron en el diagnóstico. Para los restantes fue menos frecuente, debido principalmente a que los individuos con trastornos no especificados, suelen rechazar la evaluación psiquiátrica por considerarla absolutamente innecesaria; la confrontación en estos casos por un segundo examinador es menos factible.

La edad de presentación y el sexo de los pacientes corresponde a las descripciones clásicas de la literatura (4, 5, 7), con predominio igualmente clásico y casi exclusivo de la población femenina. También mencionan numerosos autores que esta enfermedad es patrimonio de las clases favorecidas pero que recientemente se ha venido "democratizando" y apareciendo en personas de bajos recursos (Tabla 1). Estos fenómenos han sido explicados por la masificación de los medios de comunicación y la intensa publicidad existente alrededor de una figura femenina delgada, como símbolo erótico y de alto valor social, ejerciendo una presión exagerada para que ésta se mantenga entre los parámetros de delgadez como clave del éxito personal (4, 5). Esto fue cierto en la presente serie de pacientes; 45% manifestó un trastorno de la imagen corporal como factor desencadenante y la totalidad había realizado múltiples tratamientos dietéticos e insistía en continuar realizándolos a pesar de que la mayoría no presentaba obesidad, ni sobrepeso, pero sí una figura distinta

de la promovida como ideal para las mujeres (Tabla 3).

La cronicidad fue la norma en la mayoría de los pacientes, no sólo dada por el retraso en el diagnóstico, por desconocimiento entre los profesionales sino por las características mismas de estos enfermos, en los cuales los trastornos comportamentales suelen sucederse en forma oculta por largo tiempo. Otros, en cambio, son valorados socialmente como algo digno de admirar, tal como sucede con el logro de una reducción importante de peso, la hiperactividad física y síquica (5, 7, 9), sin que los circunstancias se enteren de la infelicidad y las grandes frustraciones que aqueja este grupo de pacientes, causadas en gran parte por las serias dificultades que padece en su vida de relación (4, 5, 7), situación que fue muy evidente en este grupo de pacientes; de hecho, son personas con un alto nivel de sufrimiento emocional que conviven con una elevada ansiedad y esfuerzo por alcanzar los indicadores de éxito social, reconocimiento y cariño, al menos a través de su figura corporal.

Los hallazgos referentes a las interrelaciones familiares han sido descritos ampliamente, con variaciones según los autores (5, 7), incluyendo los trastornos siquiátricos familiares y personales, antecedentes de alcoholismo y distorsión de las relaciones y estructura familiares. Igual sucede con los factores precipitantes hallados en la presente serie, que no difiere de los descritos en la literatura (5, 7, 8).

La posibilidad de seguimiento y tratamiento de los pacientes se ve limitada con gran frecuencia por la ausencia en los pacientes

y sus familiares de conciencia de enfermedad y la exigencia de ser ayudados simplemente a mantener un peso determinado que consideran "legal" y acorde con las exigencias sociales, independiente de las características personales. Esto es persistente motivo de discusión y la principal causa de deserción desde el comienzo.

Las complicaciones secundarias de estos trastornos son graves y no son raras, lo que explica la frecuencia de mortalidad informada por diversas series (5, 6). Los pacientes del presente estudio tuvieron complicaciones en el 24% de los casos, dependientes de su enfermedad y que pueden amenazar la vida, como sucede con la broncoaspiración y la hemorragia digestiva.

El pronóstico depende de múltiples parámetros, tanto precedentes a la enfermedad y antecedentes familiares, como a la forma de presentación en cada paciente, sus capacidades y el medio externo (5). En nuestra casuística, sólo 50% accedió a seguir alguna forma de tratamiento dirigido y 32% se perdió en forma definitiva. Durante el seguimiento se encontró empeoramiento o no variación del cuadro clínico en 33% de los pacientes.

La no diferenciación de los pacientes bulímicas de las restantes puede obedecer al bajo número y al hecho de incluir otras cinco exbulímicas dentro del grupo restante, lo cual puede alterar los datos estadísticos. Es interesante ver cómo las anoréxicas tienen un patrón de comportamiento característico y muy seguramente de gran cronicidad, dado que no solamente son de peso significativamente inferior sino que la talla también lo es,

comparada con las restantes (Tabla 4), sugiriendo un déficit nutricional prolongado que redujo su potencial de crecimiento, sin que se haya podido esclarecer el período de la vida en el cual esto sucedió, ni su relación con el trastorno del momento actual. Estos cambios sugieren que durante la infancia y/o adolescencia temprana, tenían el trastorno y no se sospechó su existencia con repercusiones definitivas en la adultez.

Tal como sucede en otras series de pacientes, estos no consultan por los síntomas de sufrimiento emocional, más bien lucen renuentes a aceptar que su padecimiento tiene un componente emocional y su actitud es la de sostener a costa de su propia salud la hipótesis de padecer exclusivamente una alteración nutricional. No se entiende por qué sucede esto, de igual modo que se desconoce la razón por la cual la mayor parte de los síntomas de comportamiento alimentario se ritualizan y se convierten en secretos repetitivos.

### Conclusiones

1. Los trastornos del comportamiento alimentario sí se presentan en nuestro medio.
2. Las personas afectadas por estos trastornos parecen presentar serias alteraciones en su vida personal y de relación que son desconocidas por sus allegados y casi siempre por las personas a las cuales solicitan ayuda, las cuales necesitan confirmación en nuevos estudios.
3. La renuencia al tratamiento los convierte en pacientes de trastornos crónicos que pueden presentar serias complicaciones y ser una amenaza para su vida.
4. Es necesaria la realización de

estudios epidemiológicos en poblaciones de riesgo, a fin de conocer la prevalencia e incidencia reales de estos trastornos.

### Summary

*Objective:* to study patients with different types of eating disorders that have been evaluated in two university hospitals.

*Patients and methods:* we will describe all patients assessed between January 1989 and March 1994 who presented eating disorders, whether they had been previously diagnosed or not. The patients were interviewed individually by either one of the authors and in most cases they were assessed by both authors separately, following DMS-III-R criteria. When it was possible they were given a self-report questionnaire for anxiety and depression and a third test for the diagnosis and description of said disorders.

*Results:* 33 of the 35 patients evaluated were women, and 2 were men, their ages averaged  $28 \pm 14$ , their social strata variable. 88% of the patients were single, and 56% had been to or were attending college. 68% of the patients were sent by another doctor and the others consulted

the physician through their own initiative. Their illness lasted  $58 \pm 70$  months, and severely disturbed their health state (in more than 50%), their corporeal self-image and their relationships. Half of them were primogenitors and 80% depended economically on their parents. The following factors of risk were discovered: family obesity in 66% of cases, disturbances in self-image in 43% of cases, history of depression in 40% of cases, affective separation in 14% of cases. 23% of the cases were diagnosed as anorexia, 17% as bulimia, and the rest as non specific. 20% of the patients assessed had a history of anorexic or bulimic eating disorders. Anorexic patients were significantly younger, their social strata was lower, they vomited more frequently, and their poor health state severely disturbed their family relationships and their schooling. Both their weight and size were lower than average. The bulimic patients took anorexics more frequently. 50% of the female patients rejected treatment of any kind. Only 67% of the follow up patients evaluated had improved their condition within a year.

*Conclusions:* eating disorders occur in our environment. They

may alter significantly the personal life of patients and their relationships. These chronic disorders tend to get worse due to reluctance of the patient toward treatment. New epidemiological studies are necessary.

### Referencias

1. **Pope H, Hudson J.** Eating disorders. In: Kaplan H, Sadoek B eds. Comprehensive textbook of Psychiatry. Fifth edition. William and Wilkins. 1985; 1854-1864.
2. American Psychiatry Association (APA). Breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Tercera edición. Criterios diagnósticos DSM-III-R. Barcelona: Editorial Masson. 1983: 81-86.
3. **Devlin MJ, Walsh BT.** Anorexia nervosa and bulimia nervosa. in: Björntrop P, Brodoff BN, eds. Obesity. J. B. Philadelphia; 1992: 435-453.
4. **Wozniak J, Herzog DB.** The Course and outcome of bulimia nervosa. *Child Adol Psych Clin NA* 1993; 2: 109-127.
5. **Toro J, Vilardell E.** Anorexia nervosa. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A. 1987.
6. **Lucas AR, Huse DM.** Behavioral disorders affecting food intake: anorexia nervosa and bulimia. In: Shills ME, Young VR, eds. Modern Nutrition in health and disease. 7th Ed. Philadelphia Lea & Febiger, 1988: 1450-1457.
7. **Schutze G.** Anorexia Mental. Editorial Herder. Barcelona 1983.
8. **Hoffman L, Katherine H.** Comorbidity and course of anorexia nervosa. *Child Adol Psych ClinNA* 1993; 2: 129-144.
9. **Angel LA, Vásquez R.** Anorexia y bulimia nervosas. En: Casasbuenas J, Chalem F, eds. Compendio de Terapéutica, Segunda edición. Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) Bogotá 1992; 134-138.