

Artículo original

**Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pediatría**

**Comorbidities of nervous anorexia and bulimia in pediatrics**

Laura Evangelina Godoy Sánchez<sup>1</sup>, Wilian Rene Albrecht Roman<sup>2</sup>, Mirta Noemí Mesquita Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. San Lorenzo, Paraguay

<sup>2</sup>Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus Asunción. Asunción, Paraguay.

## RESUMEN

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria deben ser contemplados en los planes de salud mental, ya que es uno de los problemas que ha experimentado mayor crecimiento en la población joven. Es una enfermedad de origen multifactorial que se asocia a comorbilidades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por abuso o dependencia de sustancias e intentos de suicidios.

**Objetivos:** describir las comorbilidades de la anorexia y bulimia nerviosa en pacientes mayores de 10 años, en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu (San Lorenzo, Paraguay).

**Metodología:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de pacientes mayores de 10 años que consultaron en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, periodo 2011-2016. Variables estudiadas: edad, sexo, procedencia, años de escolarización, motivo de consulta, talla, índice de masa corporal, comorbilidad, tipo de comorbilidad. Datos analizados con Epi Info 7<sup>©</sup> utilizando estadística descriptiva. Estudio aprobado por el Comité de Ética institucional con liberación de consentimiento informado.

**Resultados:** se incluyeron 59 pacientes con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa. La media de edad fue 14,7 años, con predominio del sexo femenino (91,5%) y de procedencia del Departamento Central (86,4%). Mediana de escolarización: 9 años. Motivo de consulta principal: irritabilidad (58/59). Presentaban riesgo de talla baja y talla baja 57,6%. El índice de masa corporal fue normal en 47,5%. Presentó comorbilidad psiquiátrica el 98,3% siendo la principal la depresión (88,1%).

**Conclusiones:** la frecuencia de comorbilidad en niños fue alta (98,3%) y la más importante fue la depresión (88,1%).

**Palabras clave:** comorbilidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

## ABSTRACT

**Introduction:** eating disorders should be considered in mental health plans, since it is one of the problems that has experienced the greatest growing in the young population. It is a multifactorial disease that is associated with psychiatric comorbidities such as depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, substance use or substance abuse disorder, and suicide attempts.

**Objectives:** to describe the comorbidities of anorexia and bulimia nervosa in patients older than 10 years, at a Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu (San Lorenzo, Paraguay).

**Methodology:** observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study of patients older than 10 years who come to a consulted at a Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu with diagnosis of anorexia and bulimia nervosa, period 2011-2016. Variables studied: age, sex, origin, years of schooling, reason for consultation, height, body mass index, comorbidity, type of comorbidity. Data analyzed with Epi Info 7<sup>©</sup> using descriptive statistics. Study was approved by the Institutional Ethics Committee with the release of informed consent.

**Results:** 59 patients with diagnosis of anorexia and/or bulimia nervosa were included. The mean age was 14.7 years, with predominance of females (91.5%), from the Central Department (86.4%). Median age of schooling: 9 years. Main reason for consult irritability (58/59). Presented with risk of short stature and

short stature of 57.6%. The body mass index was normal in 47.5%. The psychiatric comorbidity was found in 98.3% and depression being the most frequent (88.1%).

**Conclusions:** the frequency of comorbidity in children was high (98.3%) and the most important was depression (88.1%).

**Key words:** comorbidity, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

### **Autor correspondiente**

Dra. Laura Evangelina Godoy Sánchez. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. San Lorenzo, Paraguay.  
Correo electrónico: legodoys@gmail.com

Artículo recibido: 07 febrero 2019

Artículo aprobado: 20 mayo 2019

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos, generalmente acompañadas de intensa preocupación por el peso y alteraciones de la conducta relacionadas con la forma del cuerpo <sup>(1)</sup>.

Son complejos y comprenden dos tipos de alteraciones de la conducta: unos directamente relacionados con la comida y el peso, y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Aunque aparecen alteraciones graves en la conducta alimentaria, existe un conflicto psicológico causa de esta alteración, y que debe ser la base del tratamiento <sup>(2)</sup>.

Los trastornos de la conducta alimentaria deben ser contemplados en los planes de Salud Mental, ya que es uno de los problemas que han experimentado mayor crecimiento en la población joven y se ha señalado que, en la actualidad, el ser delgado se asocia con la belleza y la salud, lo que está provocando un culto por el cuerpo y la búsqueda del canon estético de la delgadez <sup>(3, 4)</sup>. Es un cuadro de origen multifactorial, que afecta en mayor o menor grado a un porcentaje muy

relevante de mujeres y puede tener su inicio en la adolescencia, con manifestaciones clínicas diversas y complejas <sup>(5)</sup>.

Afectan diferentes aspectos de la vida de los pacientes. La literatura sobre este problema señala que dicha patología se encuentra generalmente asociada a otros trastornos, entre los cuales se destaca la depresión, la ansiedad, los trastornos obsesivos compulsivos y otros que constituyen variables fundamentales en su mantenimiento <sup>(6)</sup>.

Conocer la complejidad de las comorbilidades de estos trastornos permitirá mejorar el abordaje multidisciplinario, permitiendo un mejor pronóstico de un trastorno que cada vez es más frecuente y aparece en más temprana edad en las consultas psiquiátricas en Pediatría <sup>(7)</sup>.

Se asocia a comorbilidades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por abuso o dependencia de sustancias e intentos de suicidios <sup>(8)</sup>.

Cada vez más adolescentes parece tener problemas relacionados con la alimentación, requiriendo una mayor capacitación del personal de salud, el conocimiento de estos trastornos es relevante e importante para el diagnóstico precoz y un mejor abordaje terapéutico.

Este estudio aporta datos sobre las comorbilidades que definen la complejidad de este trastorno.

## OBJETIVOS

Describir las comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pacientes mayores de 10 años en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, San Lorenzo, Paraguay.

## METODOLOGÍA

**Diseño:** estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

**Población de estudio:** pacientes entre 10 y 18 años con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa que acudieron al consultorio del Departamento de Salud Mental.

**Criterios de inclusión:** diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa en los años 2011 al 2016.

**Criterios de exclusión:** historias clínicas incompletas

**Muestreo:** no probabilístico de casos consecutivos.

**Variables:** edad, sexo, procedencia, años de escolarización, motivo de consulta, talla, índice de masa corporal, comorbilidad, tipo de comorbilidad.

### **Definiciones operacionales**

Depresión: un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS)<sup>(9)</sup>

Ansiedad: anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza <sup>(10)</sup>.

Trastorno obsesivo compulsivo: patrón de pensamientos y miedos irracionales (obsesiones) que te hacen tener comportamientos repetitivos (compulsiones). Estas obsesiones y compulsiones interfieren en las actividades diarias y causan mucha angustia <sup>(11)</sup>.

Trastorno por abuso o dependencia de sustancias: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas <sup>(12)</sup>.

Intento de suicidio: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal

mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico" (13-14).

**Instrumento de medición:** se elaboró una hoja de recolección de datos que contenía las variables para ser recolectadas a partir de las historias clínicas de pacientes que consultaron en la Departamento de Salud Mental del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu en el período de estudio.

**Aspectos éticos:** se mantuvo el anonimato de los sujetos del estudio, no se discriminó a los pacientes por raza o género, no se requirió consentimiento informado firmado. Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité de Ética del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Los autores declaran que no existen conflictos de interés comercial.

## RESULTADOS

Fueron incluidos 59 pacientes que consultaron en el Departamento de Salud Mental, diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa. La media de edad fue  $14,78 \pm 1,5$  años. Los datos demográficos se observan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Datos demográficos de pacientes que consultaron en el Departamento de Salud Mental del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. N=59

| Datos demográficos            |           |                              |
|-------------------------------|-----------|------------------------------|
| Escolaridad (mediana en años) |           | 9 (P25: 8 – P75: 10)         |
|                               |           | N                      %     |
| Sexo                          | Femenino  | 54                      91,5 |
|                               | Masculino | 5                        8,5 |
| Procedencia                   |           |                              |
|                               | Central   | 51                      86,4 |
|                               | Paraguarí | 4                        6,8 |
|                               | Asunción  | 3                        5,1 |
|                               | Caazapá   | 1                        1,7 |

Entre los motivos de consulta se destaca la irritabilidad y algunos pacientes tenían varios motivos que los llevaron a la consulta (Tabla 2).

**Tabla 2.** Motivos de consulta de pacientes que tienen diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. N=59

| Motivos de consulta       | N  | %    |
|---------------------------|----|------|
| Irritabilidad             | 58 | 98,3 |
| Vómitos                   | 42 | 71,1 |
| Temor a engordar          | 27 | 45,7 |
| Dolor abdominal           | 17 | 28,8 |
| Insomnio                  | 14 | 23,7 |
| Atracones                 | 12 | 20,3 |
| Pérdida de peso           | 11 | 18,6 |
| Cefalea                   | 11 | 18,6 |
| Agresividad               | 5  | 8,4  |
| Ejercicio excesivo        | 4  | 6,7  |
| Preocupación por calorías | 1  | 1,6  |

En cuanto al Índice de masa corporal, era normal en 28/59 (47,5%), desnutrición en 18/59 (30,5%) y riesgo de desnutrición en 13/59 (22%).

Teniendo en cuenta la talla, esta era adecuada en 25/59 (42,4%), riesgo de talla baja en 18/59 (30,5%) y talla baja en 16/59(27,1%).

La mayoría tenía comorbilidades: 98,3%. El hallazgo más frecuente fue depresión, algunos presentaban más de una comorbilidad (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tipo de comorbilidades psiquiátricas de pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. N=59

| <b>Comorbilidades</b>         | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------|----------|----------|
| Depresión                     | 52       | 88,1     |
| Ansiedad                      | 32       | 54,2     |
| Intento de suicidio           | 25       | 42,3     |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 18       | 30,5     |
| Trastorno por sustancias      | 2        | 3,3      |

## DISCUSION

En el presente trabajo se encontró una alta frecuencia de comorbilidades en pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa en comparación con trabajos realizados en Chile como el realizado por Behar y col cuya prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (18,5% versus 0%) ( $p \leq 0,001$ ), especialmente en las anoréxicas (66,6%) ( $p \leq 0,001$ ) <sup>(7)</sup>. Este estudio encontró pacientes púberes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa coincidente con la literatura que refiere que la edad de inicio cada vez es menor <sup>(5)</sup>.

En cuanto al predominio por sexo, los hallazgos coinciden con la literatura, siendo más frecuente en el sexo femenino en un alto porcentaje. Esto tal vez sea debido a que las mujeres jóvenes presentan mayor preocupación por el cuerpo y su imagen corporal <sup>(5)</sup>. Si bien la causa de esta preocupación puede ser multifactorial, en un estudio realizado por Torales et al publicado en 2017, que incluyó dos grupos de mujeres mayores de edad, 49 bailarinas y 59 no bailarinas, encontraron un 38,8% de insatisfacción corporal en las bailarinas, significativamente superior a las no bailarinas. <sup>8</sup> Sin embargo, la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria, ha ido aumentando también en los hombres, como se describe en el estudio realizado por Ortiz y col, que analizaron su prevalencia en adolescentes, en dos periodos de tiempo, 2008 y 2012, encontrando un aumento de los casos en el sexo masculino, igualando incluso en el segundo periodo al sexo femenino <sup>(9)</sup>.

Los pacientes de esta serie en su mayoría provienen del área urbana, con años de



escolarización adecuados para la edad, siento estos, factores importantes para el acceso a la información y a los modelos sociales de belleza. No obstante, en la serie mencionada más arriba, de Ortiz et al, han notado a través de los dos periodos estudiados, un importante incremento en la población rural, ya que en últimos 4 años el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en este sub grupo ha aumentado más de un 30% para las mujeres y un 25% para los varones. Tal vez la globalización y las facilidades de acceso a las redes sociales tengan mucho que ver con estos hallazgos. De los 13 adolescentes en riesgo de padecer estos trastornos, el 62% reportaron que los medios de comunicación les imponen un patrón estético y se sienten insatisfechos consigo mismos por verse diferentes a los patrones estereotipados de belleza y 54% desean tener figuras similares a estrellas de espectáculos o modelos con imagen corporal delgada o ultra delgada <sup>(9)</sup>.

En el motivo de consulta llama la atención la alta frecuencia de la irritabilidad, pudiendo ser por la asociación de síntomas propios de la anorexia y bulimia nerviosa y sus comorbilidades. La gravedad del trastorno tiene relación con el grado de desnutrición, por lo que el índice de masa corporal es de real importancia, la mayoría de los pacientes tenían riesgo de desnutrición o desnutrición.

El tipo de comorbilidad coincide con la literatura al encontrarse la depresión y la ansiedad en un alto porcentaje, siendo la asociación de estos muy común <sup>(7)</sup>.

En cuanto a trastorno por abuso o dependencia de sustancia en esta serie se encontró un porcentaje mucho menor en comparación al trabajo realizado en Bogotá-Colombia, por Rodríguez Guarín que tenía 18% de problemas relacionados con sustancias (alcohol, marihuana, cocaína u otros estimulantes) en el momento de ingresar al tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, lo que podría deberse a la diferencia en el tamaño de la muestra (578 pacientes en el 2009) <sup>(10)</sup>.

Además, es importante mencionar que el intento de suicidio también se encuentra entre estos trastornos de forma relevante, similar a otro trabajo hecho en Boyacá-Colombia en el 2017 por Martínez et al, que encontró que 42% de quienes registran sintomatología relacionada con trastornos alimentarios presentan ideación suicida <sup>(11)</sup>.

Las debilidades de esta investigación son, en primer lugar, que se basó en datos retrospectivos y en segundo, el pequeño tamaño de muestra. Además, al ser un estudio unicéntrico, no permite la generalización de los resultados. Se recomienda realizar estudios prospectivos que incluyan la evolución clínica de estos pacientes.

## CONCLUSION

La frecuencia de comorbilidad en niños fue alta (98,3%) y la más importante fue la depresión (88,1%).

## REFERENCIAS

1. Portela de Santana M, Da Costa Ribeiro H, Mora M, Giralay RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión, *Nutr. Hosp.* 2012;27(2):391-401.
2. Aguinaga M, Fernández L, Varo J. Trastorno de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del sistema sanitario de navara.* 2013;25(25):279-292.
3. Rodríguez M, Pérez Hernández A, Planas R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Rev. Cubana Pediatría.* 2000;72(4):300-5.
4. Rebuffo M, Sivaragna S, Medrano L. Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, *Psicología y Salud.* 2012;22(2):215-224.
5. Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatria. 11º ed. España: Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
6. Sociedad Española de Psiquiatria Infantil. Protocolo Trastorno de la Conducta Alimentaria. Madrid 2008. (Descargado el 01 de octubre de 2017). Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornosalimentarios.pdf>
7. Behar R, Berahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en el trastorno de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatria.* 2007;45(3):211-220. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art05.pdf>
8. Torales J, Barrios I, Amadeo G, Ebner B, Figueredo V, Garbett M, et al. Satisfacción corporal en bailarinas y no bailarinas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017; 15(2): 79-84.

9. Ortiz Cuquejo L, Aguiar C, Samudio Domínguez G, Troche Hermosilla A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Feb 27]; 44(1): 37-42. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1683-98032017000100037&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032017000100037&lng=en). <http://dx.doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42>.
10. Rodríguez Guarín M. Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico. *Rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2009 Sep [cited 2019 Apr 17];38(3):420-432. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474502009000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502009000300003&lng=en).
11. Martínez Baquero LC, Vianchá Pinzón, MA, Pérez Prada MP, Avendaño Prieto, BL. Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología.* 2017;20(2):178-188. Disponible en: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>
- 12- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
13. CIE-10 Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Ed. Meditor, 1992: Madrid.
14. Behar R, Berahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en el trastorno de la conducta alimentaria. *Rev chil neuro-psiquiat.* 2007;45(3):211-220. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art05.pdf>.