

## Revisión clínica

# Factores de riesgo para anorexia nervosa

Mónica Flores,<sup>1</sup> Alejandro Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Mexicano de Psiquiatría

Muchos factores se han implicado en la génesis de anorexia nervosa (AN), incluyendo una historia familiar de AN, obesidad, preocupaciones por la comida y el peso, trastornos afectivos, abuso de medicamentos o drogas, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), exposición a circunstancias adversas, preocupación por el perfeccionismo, obsesividad, dependencia excesiva y baja autoestima. La dificultad para interpretar los resultados de los estudios actuales se basa en que muchos se enfocan a un rango restringido de probables factores etiológicos, las muestras han sido tomadas de centros de especialidad y pocos estudios han incluido grupos psiquiátricos control o comparaciones con otros trastornos de la alimentación.

Se sugiere que existe una gama en los trastornos de la alimentación, que tiene en un extremo a la AN, y que incluye síndromes parciales similares a ésta, que pudieran ser incluso más frecuentes que la anorexia en sí. En Londres se realizó un estudio en la población general, en el cual el 0.75% de la muestra se diagnosticó con síndromes similares a la AN; otro estudio reportó la prevalencia de 3.43% de estos síndromes en una población de estudiantes del sexo femenino de 15 años de edad. Las revisiones de casos reportados en gemelas coinciden en sus resultados, con rangos de 52% en gemelas monocigotas y 11% en dicigotas. Walters y col. estudiaron las características epidemiológicas y los factores de riesgo para AN examinando la relación entre cuadros clínicos bien definidos de AN y síndromes similares. Observaron un rango de prevalencia entre 0.51% y 3.70% de acuerdo a la severidad; tanto el patrón de comorbilidad como la relación entre los factores de riesgo, sugieren una continuidad etiológica entre los cuadros. Un hallazgo interesante en el estudio de Walters fue que el 95% de la muestra aceptó tener un gran temor a engordar.

En un estudio familiar controlado de AN y bulimia nervosa (BN) realizado por Lilenfeld y col. se observó que los familiares de esos pacientes tenían un riesgo mayor de presentar cuadros subsindromáticos de trastornos de alimentación, depresión mayor y trastornos obsesivo-compulsivos. El riesgo de abuso de sustancias fue mayor en familiares de pacientes con BN, mientras que el TOC estuvo particularmente relacionado con AN y se ha demostrado que ambos trastornos

tienen una tendencia familiar. La personalidad obsesiva parece ser un factor de riesgo específico para AN. Con respecto a esto se han realizado diversos estudios (Stober, Casper, Stonehill, Srivivasagam) en los cuales se observa tendencia al perfeccionismo, simetría y exactitud que persisten aún después de la recuperación de la AN.

Schmidt en 1997 se ocupó del papel que juega el estrés psicosocial en el inicio de un trastorno de la alimentación; aplicó la escala de dificultades y eventos de la vida, a la cual agregó un apartado de "situaciones pudorosas" que incluía disgusto sexual, actitudes negativas hacia el sexo, poca o nula actividad sexual o insatisfacción con la propia vida sexual; encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron alguna dificultad importante antes del inicio de su padecimiento, sobre todo en el área de las relaciones afectivas, y las situaciones pudorosas estuvieron significativamente más relacionadas con el inicio de AN.

Se ha implicado también al abuso sexual como un factor de riesgo para trastornos de la alimentación debido a que existen síntomas comunes, tales como la baja autoestima, la vergüenza por el propio cuerpo y actitudes negativas hacia la sexualidad; es aceptado que el abuso sexual es un factor de riesgo para cualquier trastorno psiquiátrico incluyendo los trastornos de la alimentación.

Fairburn, investigador de la Universidad de Oxford, ha estudiado diversos aspectos de los trastornos de la alimentación y publicó recientemente una serie de estudios con respecto a los factores de riesgo de la BN, el trastorno por atracón y la AN. Para este fin, elaboró una escala de factores de riesgo como vulnerabilidad personal, factores ambientales, proclividad para ponerse a dieta, cada uno con diversos subfactores e incluye también la edad en que ocurrió la menarca como factor de riesgo adicional. En el caso de trastorno por atracón encontró una asociación de factores de riesgo para trastornos psiquiátricos generales y para obesidad y al compararlos con los factores de riesgo para BN observó que en las primeras dichos factores de riesgo eran menos importantes. Un hallazgo particularmente importante fue la tendencia a la autoevaluación negativa y los problemas en los padres (incluyendo el abuso del alcohol) significativamente elevado en los pacientes con BN.

Para el estudio de factores de riesgo de AN Fairburn utilizó un diseño de casos y controles con una muestra de 67 mujeres con historia de AN, 204 controles sanos, 103 pacientes con otros trastornos psiquiátricos generales y 102 pacientes con bulimia. Comparó estos grupos a través de un análisis de regresión logística adecuado para este diseño de casos y controles, ajustando variables para edad, clase social de los padres y edad de inicio del trastorno de la alimentación. Cada factor de riesgo fue considerado como una variable independiente y codificado con 1 en caso de estar presente y 0 en su ausencia. La significancia estadística se valoró a través de la prueba de la Ji cuadrada en un nivel de 1% ( $p < .01$ ) para equiparar el poder estadístico con el estudio previo de factores de riesgo para BN. La relación entre caso y exposición en cada dominio y subdominio fue analizada con un nivel de 5% ( $p < .05$ ).

Los objetivos del estudio fueron: identificar los factores de riesgo para el desarrollo de anorexia nervosa, determinar los factores especialmente comunes a estos pacientes comparados a sujetos con otros trastornos psiquiátricos y comparar los factores de riesgo de anorexia nervosa contra los de bulimia nervosa. Para ello se aplicó a todas las mujeres con edad de 16 a 35 años de un registro de pacientes generales el cuestionario de trastornos de la alimentación y el cuestionario general de salud para el rastreo de casos, así como el examen de trastornos de la alimentación y la entrevista clínica estructurada del DSMR-III-R. Los dos grupos control no debían tener trastornos de la alimentación. Además se realizó un muestreo entre pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa de una base de datos del Servicio General de Salud. Un amplio rango de factores de riesgo probables fue investigado y categorizado en dominios y subdominios, cada uno reflejaba un cierto tipo de exposición, la edad de menarca fue trata en un inciso aparte. La entrevista se enfocó al periodo previo al inicio del trastorno de la alimentación en pacientes con AN y BN, que se definió como la edad en la cual comenzaron con características y conductas persistentes del trastorno.

Los sujetos con AN tuvieron un promedio de edad de  $22.4 \pm 4.8$  años. La edad de inicio promedio fue de  $14.6 \pm 3.0$  años; en las pacientes con bulimia las edades respectivas fueron  $23.7 \pm 4.9$  años y  $15.5 \pm 3.9$  años. Los sujetos con AN pertenecían a una clase social significativamente mayor que las pacientes con BN. Los diagnósticos de los controles psiquiátricos fueron 81% trastorno depresivo mayor, 1% trastorno bipolar y 18% trastorno ansioso. Se observó una diferencia significativa entre los cuatro grupos en cuanto a edad de menarca; las pacientes con BN tuvieron una menarca significativamente más temprana ( $12.3 \pm 1.4$  años) en comparación a las pacientes de los otros tres grupos: anorexia nervosa ( $12.9 \pm 1.6$  años,  $p = .03$ ), controles sanos ( $13.0 \pm 1.4$  años,  $p < .001$ ) y controles psiquiátricos generales ( $12.9 \pm 1.6$  años,  $p = .003$ ).

Comparación con controles sanos: en comparación con este grupo, los sujetos con AN tenían mayores niveles de exposición a siete de los factores de vulnerabilidad personal y a más de la mitad de los factores ambientales. Además reportaron mayor nivel de exposición a los factores de riesgo de obesidad. Cinco subincisos entraron al modelo de regresión lineal: características de la infancia ( $\chi^2 = 23.0$ ,  $p < .001$ ), trastornos psiquiátricos premórbidos ( $\chi^2 = 7.9$ ,  $p = .005$ ), problemas con los padres ( $\chi^2 = 36.9$ ,  $p < .001$ ), eventos disruptivos ( $\chi^2 = 4.83$ ,  $p = .03$ ) y abuso físico o sexual ( $\chi^2 = 52.2$ ,  $p < .001$ ) y exposición ambiental ( $\chi^2 = 17.5$ ,  $p < .001$ ); después del ajuste para exposición en estos dos incisos, los dos grupos no difirieron significativamente en la exposición a vulnerabilidad para dietas y edad de la menarca.

Comparación con los controles psiquiátricos generales: los pacientes con AN difirieron de ellos en dos factores: autoevaluación negativa y perfeccionismo. En cuanto a los subdominios, se encontró diferencia en cuanto a características de la infancia, trastornos psiquiátricos premórbidos y problemas con los padres. Solamente el subdominio de características de la infancia entró al modelo de regresión lineal ( $\chi^2 = 13.1$ ,  $p = .001$ ). Los dos grupos difirieron significativamente con respecto a su exposición a la pregunta de vulnerabilidad personal y bienestar de salud.

Comparación con los sujetos con BN: La única diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos fue la obesidad de los padres, teniendo menor exposición los sujetos con AN. En el análisis de regresión múltiple entraron tres subincisos: riesgo dietético ( $\chi^2 = 11.9$ ,  $p = .003$ ), trastornos psiquiátricos de los padres ( $\chi^2 = 5.47$ ,  $p = .02$ ) y riesgo de obesidad ( $\chi^2 = 4.49$ ,  $p = .03$ ).

### Comentario

Al comparar a pacientes con AN y sujetos control se comprueba que los factores de riesgo propuestos existen efectivamente, aunque un hallazgo inesperado es que solamente los factores ambientales y la vulnerabilidad para ponerse a dieta entraron al modelo de regresión logística. Al compararlos con sujetos con trastornos psiquiátricos generales no existieron diferencias en cuanto a los factores de proclividad a ponerse a dieta. Las diferencias más marcadas entre sujetos con BN y AN se encontraron en el dominio de vulnerabilidad personal y especialmente en las características de la infancia: la autoevaluación negativa y el perfeccionismo fueron sustancialmente más comunes en las pacientes con AN.

Se considera que existen dos tipos de factores de riesgo importantes; el primero incluye a la autoevaluación negativa y el perfeccionismo que parecen ser un antecedente especialmente común en pacientes con AN; los segundos parecen ser aquellos relacionados con hacer dieta, que son evidentes en

pacientes con AN, añadidos a trastornos de la alimentación en familiares, familiares a dieta y tendencia a hacer comentarios adversos en cuanto a la figura o la forma de comer. Por otro lado, los factores que promueven la dieta son extremadamente prominentes en pacientes con BN parecen independientes de otros factores de riesgo. Asimismo parece ser relevante entre sujetos con BN el abuso de sustancias entre los padres; algunos bulímicos tienden a modular su estado anímico consumiendo grandes cantidades de comida, alcohol o sustancias psicoactivas.

En conclusión, existe un amplio rango de factores de riesgo en los trastornos de la alimentación pero muchos de éstos se comparten con otros trastornos psiquiátricos generales. La vulnerabilidad a ponerse a dieta parece ser más característico de la BN que de la AN, mientras que el perfeccionis-

mo y la autoevaluación negativa parece ser un antecedente común en ambos trastornos.

### Referencias

1. Fairburn DM, Risk factors for Anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 468-76.
2. Strober M.A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. Int J Eat Disord 1990; 9: 239-53.
3. Walters EE. Anorexia nervosa and anorexic like syndromes in a population-based female twin sample. Am J Psychiatry. 1999;5(152):64-71.
4. Lilenfeld LR. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and affects of proband comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1998; 55: 603-10.
5. Farburn DM. Risk factors for Bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54:509-17.



### ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Auspiciado por la Asociación Nacional de Pediatría, A.C. y editado por Mc Graw Hill Interamericana, acaba de aparecer este libro, dirigido a estudiantes, médicos generales y pediatras, en que se actualizan los conocimientos de la endocrinología pediátrica.

El coordinador fue el Dr. César Chavarría que muchos años fue Jefe del Servicio especializado del Hospital Infantil de México, quien invitó como colaboradores a expertos en temas de endocrinología, pediatría, genética y otras ramas afines, de España, Cuba Venezuela, Argentina e Israel, además de los más competentes especialistas de la Ciudad de México, Guadalajara y Ciudad Juárez .

Se encuentra a la venta en las principales librerías.