

## Experiencia y resultados

Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso»  
Guáimaro, Camagüey

### ANOREXIA: UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN FAMILIAR

Dr. Carlos Coronel Carbajal<sup>1</sup>

#### RESUMEN

---

Se informa que la anorexia es un trastorno al apetito causado por la disminución del instinto que impulsa a alimentarse. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 372 pacientes menores de 15 años, que acudieron a consultas por presentar anorexia, en el período comprendido entre julio de 1998 y diciembre de 1999, en el Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso», con el objetivo de conocer el grupo etáreo más afectado, las principales causas por edad y el tipo de anorexia predominante. Los resultados que se obtuvieron mostraron: una mayor afectación en la edad preescolar (48,6 %), un predominio de la anorexia funcional (55,4 %) y dentro de éstas la sobrealimentación parcial, el ambiente distraído y el destete tardío; las causas orgánicas representaron el 45,6 % y dentro de éstas las infecciones febriles, el parasitismo y la ferropenia fueron las predominantes. Se pudo concluir en que la solución del mayor número de casos está en el hogar.

*DeCS:* ANOREXIA NERVIOSA; DEPRESORES DEL APETITO; RELACIONES FAMILIARES; NIÑO.

---

El apetito constituye un índice apropiado del estado de salud de un niño, sobre todo en opinión de familiares, aunque no siempre sea realidad. Sus trastornos constituyen uno de los síntomas más frecuentes en la infancia y la importancia radica en sus eventuales consecuencias sobre el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo del niño. El trastorno del apetito caracterizado por la disminución o limitación del instinto que

impulsa a alimentarse se conoce como anorexia; representa entre el 20 y el 30 % de los motivos de consulta de los niños. A menudo puede ser un síntoma acompañante de otro proceso y con menor frecuencia constituye el único síntoma, cuando se presenta en esta situación casi seguro se trata de origen funcional, mientras que como síntoma acompañante, es casi siempre de base orgánica.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Pediatría.

En ocasiones es transitorio y por lo general a causa de un proceso orgánico, como enfermedades infecciosas febriles, parasitismo, ingestión de medicamentos, etcétera, otras veces es de evolución crónica y puede ser expresión de un trastorno orgánico como deficiencia de micro-nutrientes (hierro, zinc),<sup>2-4</sup> pero frecuentemente, es la manifestación de un trastorno psicológico subyacente, como hijo único, sobreprotección, anorexia nerviosa, etcétera.<sup>5</sup>

Una vez establecido el síntoma se inicia una verdadera lucha entre madre e hijo, la primera (madre) al intentar alimentar a su niño y ante su negatividad recurre a métodos inadecuados como ambiente distraído, hábitos incorrectos, violación en la reglamentación y en vez de lograr su objetivo, intensifica el síntoma; el segundo (niño) establece una reacción defensiva, pero la madre no reconoce el porqué de su negatividad y es cuando a tanta insistencia su oposición se afirma cada día más y en cada comida, para acabar en un verdadero reflejo condicionado, y adoptar la misma actitud de modo sistemático.<sup>6</sup>

Cuando la madre se ve vencida en la prolongada lucha, al agotar todos sus recursos, acude al médico en busca de ayuda, la que no siempre encuentra, pues en la mayoría de los casos aumenta la preocupación familiar, al insistir éste en la presencia de un proceso orgánico sin pensar en la posibilidad de un trastorno funcional.

Teniendo en cuenta la frecuencia y trascendencia de este síntoma, decidimos realizar esta investigación con el objetivo de identificar el grupo etáreo más afectado, el tipo de anorexia predominante y las principales causas.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 372 niños menores de 15 años, los cuales asistieron a consulta en el Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso», por presentar anorexia, en el período comprendido entre julio de 1998 y diciembre de 1999.

A cada paciente se le realizó una historia completa que incluyó un interrogatorio al tutor, examen físico al paciente y estudio complementario para precisar la causa de este síntoma. Los resultados se recogieron en una ficha individual confeccionada para la investigación.

Se consideró en este estudio anorexia funcional cuando se presentó como único síntoma sin alteraciones orgánicas acompañantes y anorexia orgánica cuando se asoció con otro síntoma y se detectó mediante la historia alguna alteración causante.

Los resultados se analizaron por el método cuantitativo de porcentaje y se expresan en tablas y figuras.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se exponen las causas por grupo de edades, y se aprecia una mayor afectación en el grupo de 2 a 5 años y dentro de éste las infecciones resultaron la causa orgánica más frecuente y dentro de las funcionales la sobrealimentación parcial fue la predominante. En la tabla 2 se representan los tipos de anorexia con predominio de las funcionales (55,4 %).

En la figura 1 se refleja cómo a partir de una infección se establece la anorexia orgánica y en intentos por lograr la alimentación en el niño enfermo se cometen

TABLA 1. Distribución etiológica por grupo etáreo

Causas	Menor de 1 año		De 1 a 2 años		De 2 a 5 años		De 6 a 14 años	
	No. de pacientes	%	No. de pacientes	%	No. de pacientes	%	No. de pacientes	%
<b>Orgánicas:</b>								
Infecciones febriles	21	5,6	14	3,8	19	5,1	3	0,8
Parasitismo	9	2,4	15	4,1	11	3,0	3	0,8
Ferropenia	5	1,3	9	2,4	4	1,1		
Diarreas	7	1,9	2	0,5	3	0,8		
Adenoiditis					7	1,9		
Estomatitis			6	1,6	5	1,3		
Medicamentos	3	0,8	5	1,3	1	0,3		
Estreñimiento					5	1,3		
Asma bronquial					6	1,6		
Cardiopatía			1	0,3				
Desnutrición			1	0,3				
Parálisis cerebral	1	0,3						
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>12,3</b>	<b>53</b>	<b>14,3</b>	<b>61</b>	<b>16,4</b>	<b>6</b>	<b>1,6</b>
<b>Funcionales:</b>								
Sobrealimentación parcial	12	3,2	9	2,4	42	11,3	2	0,5
Ambiente distraído			21	5,6	39	10,4	2	0,5
Falta de reglamentación			2	0,5	19	5,1		
Destete tardío	10	2,7	8	2,2				
Conflicto familiar					5	1,3	4	1,1
Hijo único					8	2,2	1	0,3
Errores en la técnica alimentaria	8	2,2						
Sobreprotección					7	1,9		
Separación del hogar							7	1,9
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>8,1</b>	<b>40</b>	<b>10,7</b>	<b>120</b>	<b>32,2</b>	<b>16</b>	<b>4,3</b>
<b>Total general</b>	<b>76</b>	<b>20,4</b>	<b>93</b>	<b>25,0</b>	<b>181</b>	<b>48,6</b>	<b>22</b>	<b>5,9</b>

Fuente: Ficha de la investigación. Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso». Guáimaro, Camagüey. Julio de 1998 a diciembre de 1999.

TABLA 2. Tipos de anorexia

	No. de pacientes	%
Orgánicas	166	44,4
Funcionales	206	55,4
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de la investigación. Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso». Guáimaro, Camagüey. Julio de 1998 a diciembre de 1999.

irregularidades que más tarde cuando la enfermedad cura se convierte en funcional y se hace persistente, difícil de erradicar. En la figura 2 se aprecia cómo a partir del destete tardío se establecen una serie de fenómenos orgánicos y funcionales que conducen a la aparición de la anorexia.

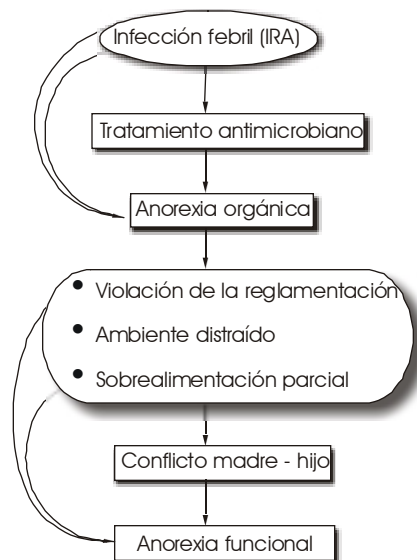


FIG. 1. Establecimiento de la anorexia a partir de una infección.

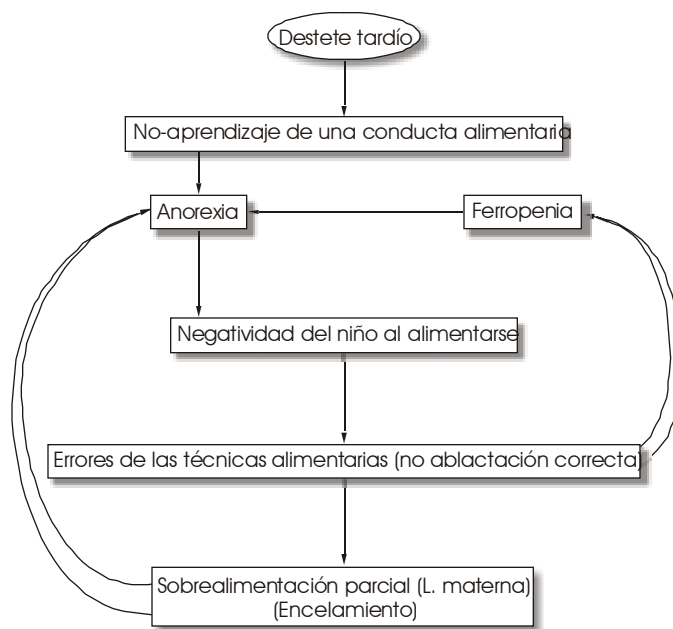


FIG. 2. Establecimiento de la anorexia a partir del destete tardío.

## DISCUSIÓN

La anorexia es un síntoma frecuente en cualquier época de la vida, pero la edad preescolar es la más afectada, por lo que existe relación con el mayor número de afecciones. Tanto orgánicas como funcionales, las causas orgánicas como: infecciones febriles, parasitismo intestinal y estomatitis constituyeron las causas más frecuentes; dentro de las funcionales encontramos sobrealimentación parcial, ambiente inadecuado y falta de reglamentación. En esta etapa de la vida el niño convive en un medio colectivo, el círculo infantil, donde está expuesto a una serie de enfermedades infecciosas como: infecciones respiratorias que constituyen las principales infecciones febriles en los niños menores de 5 años y a su vez representan la primera causa de anorexia en todos los grupos etáreos.

Durante los procesos infecciosos se liberan mediadores químicos como la interleucina I capaz de producir anorexia;<sup>7</sup> en la enfermedad diarreica este síntoma se explica por la reducción en el 30 % de la absorción intestinal,<sup>8</sup> pero también se ha relacionado con un mecanismo defensivo, para limitar el crecimiento bacteriano.<sup>9</sup> Otra causa orgánica presente en todos los grupos etáreos es el parasitismo intestinal, específicamente la giardiasis asociada con una reducción en la actividad lactácica,<sup>10</sup> donde hay gran producción de gas, 100 veces por encima de lo normal (cada onza produce 50 mL/gas),<sup>11</sup> que causa distensión gástrica, lo que constituye una señal para inhibir el apetito. Las deficiencias de micronutrientes constituyen una causa importante de anorexia, sobre todo el déficit de hierro y zinc;<sup>2,3</sup> la ferropenia generalmente se asocia con otros síntomas como son una mayor

susceptibilidad a infecciones<sup>5</sup> y en ocasiones anemias, muestra de ello es que después de la suplementación con este micronutriente hay una rápida recuperación del apetito.<sup>12</sup>

Los trastornos funcionales, que constituyeron el 55,4 % de las causas obedecen a la sobrealimentación, o sea, a la alimentación basada en golosinas, excesiva administración de alimentos líquidos, lo que provoca sensación de plenitud, y una disminución en el apetito; otra causa muy relacionada es el ambiente distraído, que es la ubicación en un lugar no adecuado en aras de lograr la ingestión de alimentos por el niño, lo que empeora la situación al no lograr una concentración de éste en el acto fisiológico de la alimentación; la falta de reglamentación, o sea, la no precisión de un horario para ofrecer los alimentos al niño,

también conlleva a trastornos del apetito, todo relacionado con la disciplina familiar en relación con la conducta alimentaria hacia el menor.

Otra de las causas funcionales es el destete tardío, que implica problemas fisiológicos y psicológicos en el desarrollo de su conducta alimentaria,<sup>13</sup> pero, además, la succión habitual reduce el interés por otros alimentos que no sea la leche materna;<sup>14</sup> también señalamos que existe un período crítico de aprendizaje de la conducta alimentaria y cuando los lactantes demoran más allá del período óptimo de aprendizaje, es más difícil aprender el comportamiento alimentario adecuado.<sup>15</sup>

Existe una gran interrelación entre las causas orgánicas y funcionales, donde se crea un verdadero círculo vicioso difícil de romper como se refleja en las figuras.

## SUMMARY

---

Anorexia is an appetite disorder caused by the reduction of the eating instinct. A descriptive cross-sectional study was conducted among 372 patients under 15, who suffered from anorexia and visited the physician's office at "Armando Enrique Cardoso" General Teaching Hospital between July, 1998, and December, 1999, in order to know the most affected age group, the main causes by age and the predominant type of anorexia. The results showed a higher affectation at preschool age (48.6 %), a predominance of functional anorexia (55.4 %) and, within this, partial overfeeding, distracting environment and late weaning. The organic causes accounted for 45.6 %. Febrile infections, parasitism and iron deficiency prevailed among these. It was concluded that most of the cases may be solved at home.

*Subject headings:* ANOREXIA NERVOSA; APPETITE DEPRESSANTS; FAMILY RELATIONS; CHILD.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardesa JJ. Anorexia en el niño. En: Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. 5 ed. Barcelona: Espaxs, 1994;475-85.
2. Oski FA. Deficiencia de hierro en la infancia y la niñez. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(4):386-94.
3. Días R, González T, Amador M. Deficiencia de zinc. Aspectos fundamentales. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(2):194-9.
4. Bentley ME, Detweyler KA, Cauldfield LE. Anorexia infantil y su tratamiento en niños de países en vías de desarrollo. En: O'Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara E, Peña M, eds. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington, DC: OPS, 1997:382-5. (Serie Paltex).

5. Amador García M. Estados carenciales específicos. En: Torre Montejó E. de la, Cannetti Fernández S, González Valdés JA, eds. *Pediatría*. 1 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996:119-30.
6. Oliva Palomino M. *Semiología Pediátrica*. 1 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1991:279-81.
7. Deficiencias específicas de nutrientes. Desarrollo y curso clínico de las infecciones. En: Waterlow JC. *Malnutrición proteico-energético*. Washington, DC: OPS, 1996:382-5.
8. Causas de daño nutricional durante las diarreas. En: OPS OMS. *Enfermedades diarreicas. Prevención y tratamiento*. Washington, DC: OPS, 1994:82-5.
9. Dickin KL, Brown KH. Effect of diarrhea on dietary intake by infants and young children in village of Nigeria. *Eur J Nutr* 1990;44:307-18.
10. Izquierdo Estévez A, Hernández Fernández CM, León García RE, Padrón Concepción TL. Actividad lactácica en niños con enfermedad diarreica por *Giardia lamblia*. *Rev Cubana Pediatr* 1998; 70(1):27-31.
11. Lancilla Alegre J. Intolerancia a la lactosa en el niño. *Rev Med IMSS* 1998;36(5):407-14.
12. Lathan MC. Iron supplementation improve appetite in Kenyan children. *FASAB* 1991;4:2033-7.
13. Underwood BA. Weaning practice in deprived economic environments: The weaning dilemma. *Pediatrics* 1985;75(Suppl):194-8.
14. Boediman D. Composition of breastmilk beyond one year. *Trop Pediatr Environm Child Health* 1979;2:107-10.
15. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am* 1994;38:1439-53.

Recibido: 7 de noviembre del 2000. Aprobado: 14 de diciembre del 2000.

Dr. *Carlos Coronel Carbajal*. Hospital General Docente «Armando Enrique Cardoso», Guáimaro, Camagüey, Cuba.