

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA

Autora:

Dra. Juana A. Presman M.P.N° 13353/5

Esp. en Medicina Interna M.E.N° 4328

Experta en Adolescencia M.E.N° 94

DEFINICIÓN:

Los TA son síndromes multicausales producidos por el interjuego de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, entre los cuales la conducta dietante desempeña un rol fundamental (1).

El “hacer dieta” sin supervisión médica aumenta de seis a ocho veces la posibilidad de adquirir un desorden alimentario.

Sus manifestaciones clínicas son la resultante de la interacción de factores predisponentes y gatillantes, que actúan sobre la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas de su desarrollo vital en un momento dado (adolescencia). Los desordenes alimentarios, a través de las consecuencias de la malnutrición, producen tal daño físico que puede llevar a la muerte . Además, afectan severamente la calidad de vida de las personas impidiendo el desarrollo pleno de sus potencialidades .

Se destaca que el eje de los mismos es la *conducta* alimentaria alterada.

Para su diagnóstico utilizamos entre otros la denominación del Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría en su última versión (DSM V) y comprenden: la “Anorexia Nervosa” (AN), la “Bulimia Nervosa”(BN) , el “Trastorno por atracones y los “Trastornos de la Alimentación no Especificados”(TANE).

Incluiremos también un grupo de trastornos denominados: Trastornos evitativos/restrictivos de la ingesta (TERI).

La obesidad no es considerada un trastorno alimentario, aunque puede asociarse a “Trastorno por atracones”(Binge-eating disorder.BED). En este caso la obesidad (enfermedad genética-metabólica) se asocia con un problema de conducta de ingesta masiva de comida (“atracones”).

PREVALENCIA:

Los datos del DSMV son: Para
anorexia nervosa: 0,4% de las
mujeres jóvenes

Proporción mujer / hombre = 10/1

Tasa bruta de mortalidad por década: 5% Tasa
de suicidio 12/100.000 al año

Para bulimia nervosa:

1-1,5% entre las mujeres jóvenes Proporción
mujer / hombre = 10/1

Tasa bruta de mortalidad por década: 2% Prevalencia
vitalicia de consumo de sustancias: 30

En un estudio transversal de 10000 adolescentes estadounidenses entre 13 y 18 años se observó 0,3% para anorexia, 0,9% para bulimia y 1,6% para trastorno por atracones. La edad promedio de comienzo es de 12,5 años. Algunos estudios sugieren 2-4% de prevalencia del trastorno por atracones con igual distribución entre mujeres y varones, siendo quizás el trastorno más común en adolescentes (1).

No tenemos datos fiables en Argentina, según OPS "13 % de los adolescentes tendrían algún tipo de trastorno alimentario . Según esa misma fuente, "una sexta parte de los adolescentes de LA y el Caribe está a régimen".

En un estudio del año 2010 realizado en escuelas secundarias de Buenos Aires, se estudiaron 454 estudiantes observando que el 14,1% de las mujeres y 2,9% de los varones entre 13 y 18 años, presentaban algún tipo de trastorno alimentario.

En USA, la AN es la tercera enfermedad crónica en adolescentes después de la obesidad y el asma.

Si bien los TA tienen su pico de aparición en la adolescencia, pueden continuar hasta la vida adulta. En un relevamiento realizado por nosotros en un centro de salud mental ambulatorio público de la ciudad de Córdoba sobre 116 adolescentes afectadas (1994-1997), un 8,2% presentaban AN, 49,5 % BN y 42,3% TANE. .Datos desde 1997-2003, revelan sobre 104 consultas:13,46% AN-39,4% BN-47,11 TANE.

Si bien estos trastornos se presentan con más frecuencia en mujeres, no se debe dejar de diagnosticar el mismo en varones. En ellos suele presentarse como el deseo de ser delgado o musculoso, suelen consumir suplementos proteicos y con más frecuencia se observa abuso de sustancias.

Por otro lado hay referencias que los adolescentes gays, lesbianas, bisexuales y trans tienen más incidencia de hábitos alimentarios no saludables o desordenes alimentarios. Otro grupo con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario son los adolescentes "grandotes" o con sobrepeso.

Se debe estar alerta ya que la obesidad infantojuvenil es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario, sobre todo frente a la indicación de dietas muy restrictivas.(5)

CLASIFICACIÓN(según DSM V):

Veamos los Criterios diagnósticos de cada una:

-Anorexia Nervosa (DSMV)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado (IMC menor a 17 kg/m²).*

- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
 - C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- La diferencia con la anterior clasificación es que el DSMV **no se incluye la amenorrea** como criterio diagnóstico. Es decir que las menstruaciones pueden estar presentes y aun así realizar el diagnóstico de anorexia nervosa.

Existen dos subtipos: el tipo restrictivo, que es la adolescente que come poco, ayuna, se restringe y ejercita en exceso. En cambio en el subtipo purgativo además de la restricción, la joven se "purga" (vómitos, laxantes) con o sin ingesta excesiva previa. Es interesante destacar entonces, que podemos diagnosticar anorexia con conducta purgativa (por ej. vómitos).

Para el diagnóstico de anorexia el signo excluyente es el **bajo peso o significativo descenso de peso, acompañado del miedo a engordar**.

Esta entidad se presenta generalmente en la adolescencia temprana (11-14 años) .

Bulimia Nervosa:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

A modo de ejemplo: "Un alfajor, más un paquete de galletitas dulces rellenas, más un cuarto kg. de minifactorías, más un helado, más una empanada, más una naranja, más dos bollos de salvado con queso" (registro 65).

"Criollos, una vez con la mitad del frasco de mermelada y manteca. Antes eran más fuertes. No tengo límites, es comer sin parar. Es como que me pongo ciega" (registro 110).(8)
- 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, *al menos una vez a la semana durante tres meses*.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Existen dos subtipos: purgativo: vómitos, laxantes, diuréticos; y No purgativo: ayuno, ejercicio. Este último punto es importante ya que se puede diagnosticar bulimia **sin** vómitos.

El signo excluyente de la bulimia es **el atracón** (ver viñetas) y la adolescente presenta peso normal o ligero sobrepeso. Un 50 % de las jóvenes afectadas refieren un episodio previo de anorexia, presentándose por ello a mayor edad que la AN.

Es decir que se observa un espectro o fenómeno dinámico entre ambos trastornos. Esto se debe a que presentan un mismo nexo fisiopatogénico que es fundamentalmente el "miedo a engordar".

Trastorno por atracones

(trastorno del comer compulsivo-Binge eating disorder)

Este trastorno se observa asociado a sobrepeso y obesidad ya que no hay conducta compensatoria. El DSM V lo ha separado en una categoría aparte.

- A. Episodios recurrentes de atracones
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón **no** se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio-inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

TANE (Trastornos de alimentación no especificados):

Se trata de un grupo muy frecuente y menos conocido de trastornos diversos, que tienen en común **no** reunir estrictamente los criterios diagnósticos mencionados para anorexia y bulimia.

En el DSM V existe una subclasificación **“Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no clasificado”**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que **no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.**

Algunos ejemplos de presentaciones de la designación **“otro especificado”** son:

1. **Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la AN,** excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. **Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes** para influir en el peso o la constitución (vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
3. **Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes** de ingestión de alimentos por la noche, al despertarse o consumo excesivo después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia o por normas sociales locales. Causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, ni por consumo de sustancias, y no se debe a otro trastorno médico o a una medicación.

El DSMV ha incluido esta nueva categoría que incluye a niños, adolescentes y jóvenes.

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos .

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (falta de interés por comer o alimentarse (anorexia infantil); evitación por características organolépticas de los alimentos (aversiones sensoriales a los alimentos); preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer (trastorno de la alimentación de origen postraumático = globus hystericus o disfagia funcional)) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energética. Se observa pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).

Y se destaca que **no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.**

Estos niños **no tienen temor a engordar.**

Suelen ponerse muy ansiosos ante el plato de comida y/o si tienen que comer con otros. Las personas afectadas de este trastorno presentan un perfil diferente a los trastornos alimentarios referidos previamente y su tratamiento es distinto. Aún se encuentra en fase de investigación este heterogéneo grupo.

A los fines de este artículo a continuación nos referiremos a los desórdenes alimentarios: anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracones, otros trastornos alimentarios no clasificados.

CONDUCTA INICIAL:

El médico de atención primaria deberá en las primeras consultas realizar el diagnóstico del TA. Luego deberá decidir qué estrategia terapéutica empleará. Es frecuente que el médico vea jóvenes con conducta dietante, y con descenso de peso progresivo. Deberá advertirles del riesgo de esta práctica al igual de que no deben pasar la barrera de su peso saludable. La conducta dietante es el factor precursor más frecuente de los TA.

Se debe estar atento al cambio de alimentación de una alimentación variada al vegetarianismo/veganismo, ya que este puede ser el comienzo de un TA.

El diagnóstico de TA no debe realizarse por exclusión, sino utilizando los criterios arriba mencionados. Siempre se deberá investigar las causas de las fluctuaciones de peso sobre todo si son abruptas.

Se preguntará en forma exhaustiva sobre su día alimentario, calidad y cantidad de ingestas. Lo mismo se hará con la actividad física. Deberán realizarse estudios complementarios cuando existan dudas, por ej. de la causa de la pérdida de peso o de los vómitos. Si existen otros síntomas "atípicos" por ej, cefaleas, dolor abdominal deberán ser exhaustivamente estudiados. Es frecuente el diagnóstico diferencial con la depresión o patología psicosomática. Otros diagnósticos diferenciales son la enfermedad celíaca, hipertiroidismo, síndrome de vómitos cíclicos, tríada atlética femenina, ortorexia e infecciones crónicas.

La tríada atlética femenina se debe a déficit relativo de energía para la actividad física intensa que provoca amenorrea y fracturas por stress.

La ortorexia es similar a la anorexia y consiste en la obsesión por consumir alimentos orgánicos o no industrializados.

La comorbilidad con diabetes mellitus tipo1, provoca que el paciente tenga atracones, vómitos, omita la insulina o se ejercite en exceso produciendo dificultades en el control glicémico.

El trastorno de la imagen corporal ("**me veo gorda**") y el miedo a engordar son indicadores importantes de TA. El relato de la joven puede ser confuso: "en realidad se me fue el hambre", "me lleno fácilmente", y en ese caso sólo nuevas entrevistas y la observación aclararán el cuadro.

Se debe dar especial importancia al diálogo con la consultante. Este deberá ser a solas, escuchando sin embargo antes o después el relato del acompañante. Estas jóvenes suelen no brindar información objetiva sobre las

cantidades de comida ingeridas u omiten por temor o vergüenza las prácticas purgativas.

Nunca se omitirá preguntar *directamente* sobre consumo de anorexígenos, y conductas purgativas: vómitos, laxantes, diuréticos.

El examen físico tendrá como objetivo primordial detectar en el caso de las jóvenes que se restringen, indicadores de desnutrición y de descompensación hemodinámica.

En el caso de los trastornos restrictivos, se le dará importancia a la frecuencia cardíaca, siendo la bradicardia un fiel indicador de la desnutrición. La frecuencia aumenta con la recuperación de peso. Igualmente si después de estar 5 minutos acostado, permanece 3 min parado y se registra una caída de 20mm de la presión sistólica o 10 mm de la presión diastólica o una diferencia de más de 20 latidos, significa deshidratación, conductas purgativas o descompensación cardiovascular.

Nunca se omitirá el examen de la cavidad bucal, fiel reflejo del daño producido por los vómitos (pérdida de esmalte). (ver cuadro de complicaciones médicas). El examen clínico será completo (ver complicaciones médicas).

La joven se pesará sin ropa, con bata y podrá hacerlo de espaldas a la balanza si así lo desea. Se obtendrá el IMC (Índice de Masa Corporal: peso /talla al cuadrado) y de acuerdo a ello se evaluará el estado nutricional, cotejando con los percentiles de IMC de acuerdo a edad y sexo (OMS).

ESTUDIOS A SOLICITAR:

Los estudios de laboratorio constarán de una rutina completa, hepatograma incluyendo evaluación de los depósitos de Fe y en las jóvenes que se purgan, electrolitos. En el caso de vegetarianismo/veganismo: Vit B12, homocisteína, calcio y vit. D. Un laboratorio normal **no** habla de la gravedad del trastorno, por ello nunca se deberá posponer o no indicar tratamiento en base a esta información.

De los estudios complementarios destacamos la importancia del ECG (desequilibrios electrolíticos, aumento del intervalo QT> de 440 miliseg.), la ecografía ginecológica para evaluar la amenorrea y monitorear su evolución; y la densitometría ósea (osteopenia y osteoporosis).

Los estudios hormonales se evaluarán en cada caso. (perfil tiroideo, perfil hormonas sexuales).

NIVELES DE ATENCIÓN:

Si el médico tiene un alto índice de sospecha de que se trata de un TA, y ha podido aproximarse a alguna de las categorías diagnósticas todavía debe evaluar si la consultante desea hacer algo para cambiar.

En este caso existen cuatro posibilidades:

- la joven niega tener un problema a pesar de las explicaciones recibidas, esgrime causas justificadas para su conducta y su estado clínico (no hay conciencia de enfermedad),
- la joven reconoce tener un problema con "la comida y el cuerpo" pero no tiene intenciones de iniciar ningún cambio;

- c. la joven sabe que tiene un problema y piensa cambiar pero todavía no ha hecho nada, aunque parece estar dispuesta a recibir sugerencias o indicaciones;
- d. la joven ya empezó a modificar su conducta alimentaria alterada.

La posibilidad de un tratamiento efectivo sólo se dará en las opciones c y d.

En estos casos el médico actuante podrá comenzar con asesoramiento alimentario, entrevistas con los padres y ver evolución. Si observa cambios deberá monitorearlos en el tiempo. De lo contrario lo derivará a equipo especializado.

En las opciones a y b podrá contener y asesorar a los padres y realizar un plan de visitas periódicas para trabajar la motivación y observar el estado clínico.

CONTROL Y SEGUIMIENTO:

La derivación puede ser total o parcial. El médico puede decidir continuar los controles clínicos y trabajar conjuntamente con un psicoterapeuta de su confianza. También puede decidir recibir apoyo de un nutricionista, sobre todo en los casos de vegetarianismo/veganismo. La/el paciente deberá recibir la alimentación adecuada a su edad y según los gustos y prácticas familiares. Puede también preferir que un equipo interdisciplinario con experiencia tome el caso y se comunique periódicamente con él.

Los tratamientos pueden ser de diverso tipo, pero siempre deben incluir controles médicos y un espacio de terapia psicológica individual. Recordemos que este es un trastorno mental con repercusión en la salud física.

Las terapias grupales para las pacientes y sus padres han demostrado ser eficaces, al igual que la terapia familiar. El rol de los padres es fundamental en el proceso de realimentación y ordenamiento alimentario.

El hospital de día (800-1700hrs) nunca debiera ser una indicación masiva sino para ciertos y seleccionados casos.

La internación rara vez es necesaria y obedece a situaciones de alto riesgo de la salud física o patología psiquiátrica.

Los criterios de internación son: signos de descompensación clínica (por ej, severa hipokalemia), fallo del tratamiento ambulatorio, rechazo agudo a la comida, atracones o vómitos incontrolables, complicaciones psiquiátricas.

Se promoverá en todo momento el apoyo de la red social (hermanos, amigos, novios, otros parientes).

Siempre se tratará que los jóvenes no pierdan sus espacios de socialización y capacitación habituales, adaptando el ritmo a su situación clínica.

Es fundamental la recuperación de peso, guiándose por los percentilos de su curva de crecimiento premórbida. Recordar siempre: "El único medicamento es la comida"

La menstruación se recupera con un IMC de 19 o en el percentilo 25, o con el 95% del peso meta. En adolescentes el peso meta se ajustará cada 3 o 6 meses de acuerdo al desarrollo. Muchos de los síntomas psíquicos se deben a la malnutrición por lo que se deberá considerar esto en la evaluación psicológica.

La medicación con psicofármacos ha demostrado su eficacia sobre todo en bulimia y deberá administrarse en casos seleccionados.

Los TA pueden coexistir con otras patologías orgánicas y psiquiátricas (comorbilidad) y esto deberá considerarse en el tratamiento.

Nuevos dispositivos terapéuticos tales como “atención plena al comer”(mindfulness) o yoga parecen colaborar en la recuperación.

El pronóstico de los TA es relativamente bueno en adolescentes y con equipos con entrenamiento (recuperación de 70-76%) (1).La evolución se ensombrece en los casos con psicopatología severa asociada, cronicidad, falta de continuidad del tratamiento.

Se ha demostrado que cuanto antes se realice el diagnóstico y el tratamiento mejor será la evolución.

RIESGOS DE IATROGENIA:

Los riesgos pueden incluir un diagnóstico incorrecto, por ej no diagnosticar un tumor cerebral.

Existen en nuestro medio tratamientos que prohíben la escolarización o salidas sociales y utilizan métodos coercitivos que producen pérdidas personales psicosociales traumáticas.

La medicación indiscriminada para controlar conductas impulsivas deberá ser cuestionada.

Los tratamientos alternativos o exclusivamente de grupos de autoayuda (sin supervisión profesional) conllevan un riesgo en estas patologías con alto compromiso físico-psicológico.

Complicaciones médicas de los desordenes alimentarios:

- ♣ bucodentales: caries, pérdida de esmalte, ruptura de elementos dentarios, lesión de partes blandas.
- ♣ gastrointestinales: hipertrofia de glándulas salivales, distensión abdominal y saciedad precoz , retardo de vaciamiento gástrico, constipación, diarrea, (dilatación o ruptura esofágica o gástrica, pancreatitis.)
- ♣ hematológicas: leucopenia, inversión de la fórmula, ligera anemia, vsg descendida , aumento de ferritina.
- ♣ metabólicas: hipokalemia, hipomagnesemia, hiponatremia, uremia, ligera elevación de GOT, hiperbilirrubinemia.
- ♣ Musculoesqueléticas: retraso de maduración ósea, osteopenia, osteoporosis, talla baja.
- ♣ Neurológicas: (convulsiones)adelgazamiento cerebral cortical.

- ♣ Cardiovasculares: bradicardia, arritmia, (cardiomiopatía, insuficiencia cardíaca), edema, hipotensión, cianosis periférica.
 - ♣ Dermatológicas: callosidad en dorso de manos :signo de Russell, hipercarotinemia, lanugo, piel y uñas secas, boqueras, adelgazamiento y caída del cabello, autolesiones.
 - ♣ Endocrinológicas: amenorrea y otros trastornos menstruales, disminución de los niveles de T3 y T4, aumento de los niveles de cortisol, aumento de la hormona de crecimiento, descenso de gonadotropinas y testosterona en varones.
- (En paréntesis las complicaciones menos frecuentes en nuestra experiencia).

BIBLIOGRAFÍA:

1. HORNBERGER LI, LANE Ma, AAP THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE. *Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents*. Pediatrics. 2021; 147(1):e2020040279
PEDIATRICS Volume 147, number 1, January 2021: e2020040279
2. LEBOW,J., MATTKE, A., NARR, C. et al. *Can adolescents with eating disorders be treated in primary care? A retrospective clinical cohort study*. J Eat Disord 9, 55 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00413-9>
3. COUTURIER et al. *Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders*. Journal of Eating Disorders (2020) 8:4 <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
4. RUTSZTEIN, G; ELIZATHE, L; MURAWSKI, B; SCAPPATURA, M. L.; LIEVENDAG, L & CUSTODIO, J. *Prevention of Eating Disorders in Argentine Adolescents* (2019). Eating disorders: The journal of treatment and prevention. Mar-Apr;Vol 27(Issue 2):183-204. DOI: 10.1080/10640266.2019.1591837. Print ISSN: 1064-0266 Online ISSN: 1532-530X
5. ELIZATHE, L; CUSTODIO, J; MURAWSKI, B Y G. RUTSZTEIN. *Actitudes hacia el sobrepeso en niños: su asociación con riesgo de trastorno alimentario* (2017). Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. XXVI p.p. 324-331.