

TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN COMPROMISO MULTISISTÉMICO*EATING DISORDERS : A SYSTEMIC DISORDER***Barrionuevo Colombres Nelida**

Los trastornos en la conducta Alimentaria (TCA) - o que se evidencian a través del comportamiento alimentario - comprenden Anorexia Nerviosa (AN) Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos no especificados (TANE).

Los TCA constituyen un gran desafío para los profesionales de la salud no solo por la gran diversidad y diferente magnitud de los síntomas y signos con los que se manifiestan, si no también por los contextos en que se presentan; en como y porque se manifiestan, las particularidades de los diferentes grupos etáreos, los diferentes géneros- si bien es más frecuente en el sexo femenino-, en todos los grupos socioeconómicos; y todo por las diferentes formas con que el paciente busca “esconder” “disfrazar” su Trastorno alimentario, o no.

Toda esta conjunción de aspectos que rodean el tratamiento de los TAC, lleva muchas veces a que el desafío presente situaciones de emergencia -arritmias, hemorragia digestiva, insuficiencia renal, intento de suicidio, lipotimia, convulsiones, depleción electrolítica severa-, o en consultorio externo - amenorrea, intento de suicidio, gastritis, constipación, bradicardia sin causa aparente, lanugo, caída del cabello, desnutrición, otras; que incluso muchas veces lleva a tener que atender primero la urgencia para después abocarse a la problemática de base.

Los TAC son enfermedades crónicas, complejas, debido a su multicausalidad, sus múltiples manifestaciones, la multiplicidad de variables intervinientes, los cuales pueden favorecer o disminuir la evolución, su elevada morbilidad y potencial letalidad. ⁽⁶⁻⁹⁻¹⁰⁾

Se desarrollo, según distintas investigaciones, la asocian a una conjunción de factores confirmando la interacción entre las variables individuales (biológicas, psicológicas- psiconeuroinmunoendocrinológico- y genéticas), familiares, ambien-

tales y socioculturales.⁽¹⁻¹¹⁾

Si bien los TAC se visualizan con mayor frecuencia en los últimos años, con un sentido de la realidad, los conocimientos y antecedentes de éstos se remontan a la antigüedad. El libro “Epidemias del Corpus Hippocraticum” -Galeno- dice que los griegos llamaban anorektous y asitous a los que rechazaban los alimentos, mientras que nombraban apositous a los que primero ingieren y luego sienten repulsión por los mismos.

Anorexia, palabra que proviene del griego, significa “falta de apetito”. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) AN podemos definirla como una neuropsicoinmunoendocrinopatía que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, caracterizada por conductas que llevan a la pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes, diuréticos, provocación del vómito o exceso de ejercitar física, miedo a la gordura y amenorrea en la mujer y pérdida de interés sexual en el varón. La Anorexia presenta diferentes formas de desarrollo; es común observar “anorexia atlética” en jóvenes que practican deportes, en las que el peso es considerado muy importante, enfrentándose al dilema de la necesidad de ser fuertes pero delgadas. Las anoréxicas que suman comportamientos bulímicos, a veces se refieren a este trastorno como Bulimiarexia.

Bulimia, proviene del griego, puede traducirse como “hambre de buey” o “comer como buey”. En la antigua Roma eran comunes los grandes banquetes en los que los comensales devoraban grandes cantidades de alimentos para luego vomitar. BN: podemos definirla como un comportamiento compulsivo, con una ingestión de alimentos bajo la forma de hartazgo en un breve período de tiempo, posteriormente se acompaña de vómitos autoinducidos, abuso de catárticos o diuréticos, luego pasa a una restricción de

alimentos en intentos repetidos de perder peso. Insatisfacción corporal con síntomas depresivos y autodesprecio, en especial después de un harzago, en ausencia de otra enfermedad física o psíquica causante.

TANE : Es un trastorno en la conducta del comer, que se presenta con mayor frecuencia en la mujer, caracterizado por una gran dependencia con los alimentos o determinados alimentos y se manifiestan con una amplia gama de síntomas; suelen compartir algunos de los criterios de AN y/o BN.

Las estadísticas muestran que los TCA son frecuentes en nuestro medio, las cifras similares a la de los países occidentales desarrollados, 32 a 35% de conductas de riesgo en adolescentes escolarizados y no escolarizados de la provincia de Córdoba (5); 7,4% con criterios de enfermedad y un 14% de conductas de riesgo en adolescente escolarizados de 10 a 24 años (2).

En la actualidad se observan "picos" en la presentación de los TCA o "bimodalidad"; el primero en la adolescencia, a partir de 9 a 10 años, con mayor incidencia a los 13 años, en menor cuantía a los 17 –18 años y un segundo pico (de menor frecuencia) a los 37 años. La BN, se manifiestan fundamentalmente entre los 14 a 16 a, un segundo pico a los 25 años y un tercer pico, de menor cuantía a los 40 años.(3-4). Excepcionalmente se registran en niños conductas anoréxicas o bulímicas, sin duda que estas manifestaciones son poco habituales, con características diferentes y específicas.

En los TANE no existe anuencia en la edad de presentación actual, con mayor consenso entre los 14-15 años, pueden explicarse por la variedad de síndromes y el conocimiento de otros nuevos trastornos, como la Vigorexia o Vigorismo "obsesión por el músculo".

En sus inicios, los TCA pueden pasar desapercibidos, la/el paciente puede manifestar o negar su trastorno, mencionar "verse delgado" " no interesarle su peso" "alimentarse en forma saludable" o evidenciar conductas dietantes incorrectas y percepciones distorsionadas de la autoimagen, excesiva preocupación por el peso, gran dependencia de su delgadez en la autoestima, sumado a algún indicio clínico, registrando desnutrición, alimentación desordenada, restricción, atracones y/o purgantes produciendo múltiples y variados trastornos orgánicos, con manifestaciones clínicas pocos evidentes o sintomatología según el comportamiento de los pacientes, si restringen,

vomitán, usan laxantes, diuréticos, vomitivos, astringentes; cantidad y calidad de su ingesta y a la intensidad y severidad de los desórdenes que realicen, con compromiso general multisistémico. Su sintomatología muchas veces confunde o esta "disimulada" , o pueden verse distorsionadas, ya sea que los "aspectos psicológicos" enmascaren otras manifestaciones o síntomas o viceversa, el componente "orgánico" no permita evidenciar los aspectos "psicológicos". Puede ocurrir que la paciente sufre de Anorexia, esté en un rango de peso aceptable pero no menstrúe. En general no producirán modificaciones en el laboratorio y/o en los métodos complementarios, hasta períodos más avanzados, lo que lleva en variadas situaciones a minimizar su gravedad. Lo que exige un examen clínico exhaustivo y minucioso, jerarquizando las manifestaciones clínicas y el registro del todo el equipo tratante. (2-3-4)

Los pacientes " en un contexto bulímico" que realizan atracones, pierden el control al comer; vomitan, tienden a presentar dificultades en el control del impulso, que originan un descontrol evidente en el ámbito de la comida, trasladan, o no, ese descontrol a diferentes aspectos , a nivel de compras, robo, alcohol, adicciones y su actividad sexual. Son proclives a fumar (14) más y a beber más alcohol, algunos autores encuentran en pacientes alcoholistas mayor proporción de bulímicos que en la población en general (2)

"Se puede decir que se está frente a un TCA cuando la o el paciente "coloca a la comida (y al peso corporal) como centro de su vida toda".

La diversidad de las manifestaciones, la severidad de sus complicaciones y la etiología multicausal requieren de estos trastornos de un abordaje multi e interdisciplinario (médico psiquiatra, médico generalista,clínico, endocrinólogo, ginecólogo;psicólogo, Nutricionista, terapeuta ocupacional, asistente terapéutico, otros especialistas), pese a ello los éxitos en el tratamiento no son siempre los esperados, dependiendo del trastorno de base, el estado nutricional, el medio que los rodea, la cronicidad, la edad de comienzo, el sexo, entre otros.(4-7)

En sus últimos documentos, la Organización mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud , manifiestan que a partir del seguimiento de los pacientes se puede apreciar que una gran proporción no se recuperan y continúa manifestando de manera crónica las características principales del trastorno.

Los signos visibles característicos de estos Trastornos son:

BULIMIA	ANOREXIA
<p>Conductas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación constante por la comida (habla fundamentalmente de peso, calorías, dietas...) - Atracones, come de forma compulsiva, esconden comida., come a escondida - Miedo a engordar. - Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer. - Acude al baño, después de comer. - Vómitos autoprovocados. - Abusa de laxantes o diuréticos. - Usa fármacos para adelgazar. - Realiza regímenes rigurosos y rígidos. -Conducatas Compulsivas 	<p>Conductas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas. - Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros y no comer... - Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal. - Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares...) - Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes). - Esconder el cuerpo debajo de ropa holgada. - Negarse a usar maya y que vean su cuerpo. - En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos.
<p>Signos físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación de las parótidas. Tumefacción de cara, manos y pies. Signo de russell - Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. - Irritación crónica de la garganta. - Fatiga y dolores musculares. - Inexplicable pérdida de piezas dentales. - Oscilaciones de peso (5 ó 10 Kg, arriba o abajo). Cabello y uñas frágil y quebradizas, piel seca, edema pretibial sin hipoproteinemia. Calambres , constipación. Gastritis RGE 	<p>Signos fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida progresiva de peso (con frecuencia sucede en un período breve). - Amenorrea primaria o secundaria, sin causa fisiológica conocida. - Palidez, caída del cabello, hipersensibilidad al frío, lanugo, constipación, dispepsia. - Debilidad y mareo. Hipotermia.Palpitaciones. Bradicardia.Hipotensión ortostática. Extremidades frías.
<p>Cambio de actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa o odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol...) - Severa autocrítica. Baja autoestima - Necesidad recibir la aprobación de los demás respecto a su persona. - Cambios en la autoestima en relación al peso corporal. Distorsión de su imagen corporal 	<p>Cambio de actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de carácter (irritabilidad, ira). - Sentimientos depresivos. Baja autoestima - Inseguridad en cuanto a sus capacidades. - Sentimientos de culpa y autodesprecio por haber comido o por hacer ayuno. - Aislamiento social. Distorsión de su imagen corporal. Se ven "gord@s" aunque estén muy delgad@s

Es menester poner énfasis que muchas veces el paciente puede presentar una "recuperación del Trastorno alimentario" pero ha trasladado sus conductas hacia otras manifestaciones. Si bien es necesario educar sobre hábitos y conductas saludables y prevenir los TCA , es fundamental pesquisarlos en etapas tempranas, donde su abordaje presentan mejor pronóstico. Disminuyendo sus complicaciones, la alta morbilidad y la mortalidad de los mismos.

"...ni el cuerpo ni la mente humana, ni el intelecto ni las

emociones son entidades separadas que funcionan independientemente las unas de las otras; están unidos por lazos que, si se descuidan, pueden poner en peligro a la persona..."
Anna Freud

Bibliografía.
 1-A Scott-Van Zeeland,, C SBloss, R Tewhey V, bansal, A Torkamani, O Libiger, V Duvvuri y col.Evidence for the role of EPHX2 gene variants in anorexia nervosa, Molecular Psychiatry advance online publicationn-

Sept. 2013;doi:10.1038/mp.2013.91

Open

2- Barrionuevo Colombres N, *Desórdenes en la Conducta Alimentaria en adolescentes tesis Doctoral*, FCM, UNC 1999

3- Barrón C, BC N. y col "Adicciones, Nuevos paraísos artificiales.", 129-153, 2010, editorial Brujas, Argentina ISBN 978-987-591-199-4

4-Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcome of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2007;40:293---309.

5-Boillos C, TCA, *Tesinas de grado, Escuela de Nutrición*, FCM, UNC 2006-2011

6- *Guíade Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Cataluña Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya Barcelona 2009

7-Haberer JE, Trabin T, Klinkman M. Furthering the reliable and valid measurement of mental health screening, diagnoses, treatment and outcomes through health information technology. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:349---53.

8-Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community carers. *Clin Rev.* 2011;31:727---35.

9-Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2000;28(1):20-6.

10- Peláez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.* *C Med Psicosom.* 2004;71-72:33-41.

11-Sarah E. Racine, M.A., S. Alexandra Burt, Ph.D., , and Kelly L. Klump, Ph.D. *Dietary Restraint Moderates Genetic Risk for Binge Eating*, *J A Psychol.* February, 120(1), 119-128, 2011

12-Shingleton RM, Richards LK, Thompson-Brenner H. *Using technology within the treatment of eating disorders: H. Using technology within the treatment of eating disorders: A clinical practice review.* *Psychotherapy (Chic).* A clinical practice review. 2013;50:576---82.

13-Steinhausen HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.* *Am J Psychiatry.* 2002;159(8):1284-93.

14-Welch S, Fairburn C. *Smoking and bulimia nervosa.*, *Int J Eat Disord* 1998; 23:433-437-24.-

Klesges R, Klesges L. *Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population.* *Int J Eat Disord* 1988; 7 (3):413-419.)

15- Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study.* *Lancet.* 2000;355(9205):721-2