



“AVANCES EN MEDICINA DEL ADOLESCENTE: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL SIGLO XXI”

Autor: Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo *Médico Psiquiatra*

Centro: Unidad de Salud Mental Infantojuvenil “Virgen Macarena” Sevilla

Ponencia presentada en la Mesa Redonda: “Avances en Especialidades Pediátricas”, en la XCVI Reunión Científica de la SPAOYEX en “Isla Antilla” Huelva.

Resumen: Antes de abordar esta ponencia debemos informar sobre los cambios ocurridos en nuestra sociedad en los albores de este siglo y hacer una serie de reflexiones sobre estos cambios. Estos avatares han influido también en los estilos de alimentación tanto fuera como dentro del hogar. Por lo tanto a tiempos nuevos, nuevos estilos de vida y nuevos trastornos de la conducta alimentaria.

Los T.C.A. en la infancia no son los mismos que los de la adolescencia. Aunque los más conocidos, por su frecuencia son la anorexia y bulimia nerviosa, últimamente está superando a estos de forma desmesurada la hiperfagia que conlleva a la obesidad. La obesidad, por lo tanto, no es un T.C.A. sino una consecuencia de la hiperfagia asociada al sedentarismo.

Paralelamente, en los últimos años, están apareciendo nuevos T.C.A. entre la población juvenil. Entre ellos podemos señalar: el trastorno por atracón, la ortorexia, la diabulimia, la vigorexia, el síndrome del comedor nocturno, el síndrome del comedor selectivo y la permarexia.

Describimos uno a uno todos estos trastornos.

La única manera que tenemos hoy día de detener la obesidad en el niño y en el adolescente en la cultura del estado del bienestar es la prevención y la educación, que partiendo del hogar, llegue a la escuela y otros estamentos. Para ello exponemos los aspectos que pueden ayudar a reforzar hábitos adecuados o a eliminar los inadecuados en los adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Antes de abordar esta ponencia debemos informar sobre los cambios ocurridos en nuestra sociedad en los albores de este siglo y hacer una serie de reflexiones sobre estos cambios.

CAMBIOS EN EL SIGLO XXI

A) Crisis de la ciencia: Hoy día se cree que la tecnología todo lo resuelve. Hay una lucha entre la sociedad del conocimiento y la sociedad del riesgo.

(“Cada día sabemos más y entendemos menos”, Albert Einstein)

Paralelamente coincide con la anterior una

B) Crisis de la sociedad: Existe crisis en la familia y en ser humano, crisis de la jerarquía y de los ritos familiares. Por lo tanto todo esto nos lleva a plantearnos una serie de preguntas:

- 1.- ¿Está en crisis la familia o la ideología que la sostiene?
- 2.- ¿Cómo volver al antiguo entorno de la familia?
- 3.- ¿Consumimos el TIEMPO o es el TIEMPO EL QUE NOS CONSUME A NOSOTROS?
- 4.- ¿La agenda se convierte en la brújula del yo?
- 5.- ¿Todo viene MUY DE PRISA?
- 6.- ¿Hay un desencanto ante las ventajas del progreso?
- 7.- ¿Resolvemos algo o solo hacemos barrer y echar todo hacia el Tercer Mundo (¿Sacudimos nuestras conciencias?)
- 8.- ¿Es seguro todo el sistema social? ¿Nos sentimos poco protegidos?
- 9.- ¿Esta nueva realidad requiere una nueva normalidad, un desarrollo de nuevas estrategias para resolver los nuevos problemas?

10.- ¿Existe una dinámica vital de riesgo?: En el caso de que existiera:

- a) ¿Son similares los peligros de las carreteras y los de las autopistas de la información?
- b) ¿Todo el mundo tiene que ser joven y vivir en riesgo? (¿Es una existencia en plena contradicción?)
- c) ¿Estamos en una ÉPOCA DE TRANSICIÓN?
- d) ¿y ante una NUEVA REALIDAD (!de riesgo!)?

11.- ¿Y cómo es esta NUEVA REALIDAD? :

- a) ¿Es una realidad FRAGMENTADA, VIRTUAL? (Se trata de reconstruir al ser humano a base de imágenes). (“ESPEJO ROTO Y LA PERSONA SE OBSERVA EN ÉL”) ¿Esta realidad convierte al ser humano en una ENTIDAD FRAGMENTARIA que se puede reestructurar por medios artificiales?
- b) ¿Impera la VIDA ARTIFICIAL (no la natural) que conlleva a una realidad no completamente natural sino basada en los “complementos” (?) que rodean al hombre (gafas, cremas, ropas,...)? “¿UN NUEVO CUERPO (! INORGÁNICO!) PARA UNA NUEVA ÉPOCA?”
- c) ¿La persona (sobre todo el joven) vive en un NO LUGAR, es decir lo cibernético, el ciberespacio?
- d) ¿Salimos de una realidad-cultura de PUNTO FIJO a una realidad-cultura cibernética?
- e) ¿La persona, sobre todo el joven, vive influido por los mensajes de la TV (influencia mediática) y no lo que propone la auténtica vida?.
- f) ¿La globalización es una forma organizada por grandes empresas para explotar a escala mundial unos productos y dominar el mercado?

José Luis Sampedro dice al respecto sobre la globalización: “No soy enemigo del mercado, soy enemigo de

que se mercantilice toda la vida humana... En el mundo clásico, el hombre era la medida de todas las cosas; en la Edad Media, lo era Dios, y hoy, el dinero es la medida de todas las cosas"

C) ¿Y cómo influye esta realidad en la familia ? :

- 1.- La cultura que rodea (y acompaña) a la familia está muy DESESTRUCTURADA.
- 2.- La familia se resiste a ser arrastrada por esa cultura, aunque después sucumbe ante ella.
- 3.- ¿Cómo podemos ayudar a la familia del Siglo XXI?:
 - a) No podemos ya volver a la familia anterior (patriarcal). No vale el modelo. Lo que sirvió en el siglo XX no sirve para el XXI.
 - b) Asumir que hay modelos nuevos como alternativa (familias homosexuales, monoparentales, extensas, por ejemplo).
 - c) Tenemos que redefinir la familia (¿Por qué tienen que ser dos los que instituyan una familia?)
- 4.- Hay que superar los conceptos de familia PATRIARCAL y CONYUGAL.
- 5.- Saber que el matrimonio puede acabar, pero el PACTO FAMILIAR NO.
- 6.- LA FAMILIA NO ES UN REMANSO DE PAZ (LA SAGRADA FAMILIA) SINO UN LABORATORIO. Es la única manera de poder ayudar a las personas en la actualidad a la realización personal.
- 7.- Aceptando a la familia actual que es una familia democrática (no patriarcal ni conyugal) con respeto a todos los seres humanos.
- 8.- Es necesario reconocer que A NUEVAS REALIDADES, NUEVAS PALABRAS.
- 9.- BUSCAR NUEVOS ESPACIOS PARA NUEVOS SERES.

D) Otros cambios en la sociedad :

- 1.- La alta presencia de la mujer en la vida familiar y socio-laboral.
- 2.- La cibernética y la telemática.
- 3.- Transplantes y clonación. Inseminación artificial. Microchips dentro del cuerpo humano.
- 4.- Cambios catastróficos (SIEMPRE OCURREN EN ÉPOCAS DE CRECIMIENTO):
 - a) Violencia (demasiadas muertes inútiles)
 - b) Invarianza (aquello que no cambia)
 - c) Supresión del sistema
 - d) En este in pass puede aparecer el fanatismo en contextos de pobreza y marginación.
- 5.- Perversión en el lenguaje y la comunicación.
- 6.- La percepción y la gestión del TIEMPO:
 - a) Desconfianza en la capacidad para admitir los cambios.
 - b) Desconcierto por la rapidez de los cambios. El tiempo se escapa en aras de la eficacia y la rentabilidad. NO SE PUEDE PERDERER EL TIEMPO.
 - c) Ha cambiado la forma en que vivimos nuestro tiempo (ESTO NO ES VIDA).
 - d) Si se disfruta, ¿desde donde llega ese disfrute?

Y UNAS REFLEXIONES ANTE ESOS CAMBIOS

- 1.- Una sociedad que estimula constantemente el deseo influye en un hombre que busca incesantemente saciar el deseo.
- 2.- Lo importante no son las apetencias del deseo sino las formas de saciarlas, que provocan al fin angustia y malestar. Sin embargo, el deseo nunca llegar a saciarse.
- 3.- Parece ser que esta sociedad necesita estimular de una forma especial el deseo. Ante el hombre decepcionado ¿qué le falta? ¿fe?, o es que le acontece lo contrario, que es demasiada fe la que tiene en sí mismo.
- 4.- Es una FE DOMESTICADA que estimula a depositarla en cosas concretas, en fetiches.
- 5.- Es una sociedad del DESEO ILIMITADO y sin ningún COSTE, que conlleva a un riesgo ilimitado.
- 6.- El sistema (la sociedad) es más potente que el propio individuo. ¿Dónde está el individuo?.
- 7.- Cambios en los SISTEMAS DE VALORES, que tienden a una dialéctica entre sometedores y sometidos.
 - a) Son otros los que educan (estado, profesores,...)
 - b) Tv, internet, en cada habitación de la casa.
 - c) Austeridad vs. Abundancia.
 - d) La multiculturalidad crea problemas. Fomento de la interculturalidad.
 - e) Se ha perdido: la autoridad moral, la dignidad, la palabra dada, et.
- 8.- ¿Se merece el hombre la Edad Media que se ha construido?
- 9.- ¿Es bueno el doble mensaje que le estamos dando al adolescente?: No le dejamos trabajar pero sí fecundar, fumar, no ir al colegio, etc.
- 10.- La sociedad facilita al joven la regresión al darle rienda suelta la incógnita del futuro, y a la vez la progresión limitándole el desarrollo de las capacidades de adulto.
- 11.- Desde pequeño no se le enseña a preguntar sino a opinar, estimulándolo a ser adulto antes de tiempo.
- 12.- Es una SOCIEDAD ABURRIDA que busca incesantemente la DIVERSIÓN. La diversión no compensa el aburrimiento personal.
- 13.- Las dificultades y precariedades de la familia actual en la contención del adolescente.
- 14.- Dificultades y precariedades del ser humano en una SOCIEDAD DEBILITADA.

LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS ACTUALES

Vamos a mencionar unas ideas previas sobre los hábitos actuales en la alimentación:

- A) La alimentación es una necesidad fisiológica necesaria para la vida que tiene una importante dimensión social y cultural.
- B) Comer está vinculado por un lado a saciar el hambre (para vivir) y por otro al buen gusto, y la combinación de ambos factores puede llegar a generar placer.
- C) En el acto de comer entran en juego los sentidos (unos de forma evidente, vista, olfato, gusto y tacto, y,



por último, el oído puede intervenir al recibir mensajes publicitarios sobre alimentos).

D) Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria.

E) Los factores que condicionan los hábitos alimentarios evolucionan a lo largo de los años y constituyen la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir, a las comidas rápidas (fast foods), etc. y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre gentes de culturas alimentarias distintas.

F) Existen unas características de los hábitos alimentarios en la sociedad occidental:

1.- Cuantitativamente, hayamos un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a la ingesta recomendada en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población.

2.- Cualitativamente, encontramos un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal.

3.- Responden, fundamentalmente, a la disponibilidad de alimentos y la elección final determina el perfil de la dieta.

4.- Nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con los pares y con el medio social.

5.- Sufren las presiones del marketing y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias.

EVOLUCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

1.- Se produce como consecuencia de diferentes factores, por ejemplo:

a) Paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado.

b) El trabajo de la mujer fuera del hogar.

c) Los nuevos sistemas de organización familiar.

2.- Pero siempre ha sido ratificada por la cultura que fija los principios de exclusión (esto no se debe comer, o no es aconsejable para niños, o, quizás, lo es para hombres pero no para mujeres) y de asociación (este alimento es bueno para embarazadas, lactantes y ancianos), así como las prescripciones y prohibiciones de alimentos para grupos de edad.

3.- La sociedad española actual goza de una de las mejores ofertas de alimentos del mundo por la variedad y calidad de los mismos y esta bonanza ha generado actitudes, no siempre positivas, hacia el uso de los mismos: el "no me gusta", "no me apetece", "ya no como más" etc. son la expresión verbal del mal uso y el desperdicio que por supuesto debe ser combatido por todos los medios, tanto a nivel individual como familiar y social.

4.- Hay que estimular en la población sentimientos de responsabilidad y solidaridad en relación con el reparto de alimentos. Una gran parte de la población mundial sufre las consecuencias de la malnutrición y la otra parte de población que está sobrealimentada sufre, a su vez enfermedades debidas al exceso de alimentación.

5.- En la actualidad, junto a las tecnologías más

avanzadas en la transformación y uso de los alimentos, la tradición gastronómica aparece como un valor en alza. La publicidad de los alimentos utiliza como motivaciones de venta expresiones tales como lo natural, lo artesano, el buen hacer de nuestros mayores, alimentos propios de tu tierra, tus raíces, etc. con la seguridad de que este planteamiento estimulará al consumidor hacia su consumo.

NUEVAS TENDENCIAS EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

A) En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce a la alimentación adecuada como un instrumento de protección de la salud y prevención de la enfermedad.

B) No obstante, las encuestas demuestran que la elección de alimentos está condicionada por:

1.- El factor económico y el gusto.

2.- La comodidad, simplicidad en la preparación culinaria.

3.- El valor nutritivo que los alimentos aportan a la dieta.

C) Hay un factor en el cambio de hábitos alimentarios muy importante: la ACULTURIZACIÓN.

El mundo de hoy, convertido en una "ALDEA GLOBAL" y bajo la presión de las multinacionales que hacen de la publicidad un valioso instrumento de convicción, obtiene una gran uniformidad en los hábitos alimentarios, especialmente entre los más jóvenes.

D) Tendencias previsibles de los españoles para el futuro (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 1999):

1.- Búsqueda de una alimentación sana y natural, que da lugar a una modificación de la composición tradicional de las comidas con reducción progresiva de las cantidades consumidas.

2.- Reafirmación plena de la dieta mediterránea.

3.- Integración de la gastronomía a la cultura cotidiana y, en especial, a la cultura del ocio.

4.- Asimilación del consumo de productos de calidad como símbolo de prestigio.

5.- Reducción del tiempo dedicado a la preparación de las comidas, lo que hace que aumente el consumo de todo tipo de conservas, productos transformados, platos y postres preparados.

6.- Mayor presencia del consumo fuera del hogar, con una implantación progresiva de los nuevos modelos de restauración por ejemplo. de comida rápida que ganan terreno a los establecimientos tradicionales.

EL ESTILO DE COMER ACTUAL

Mardomingo (2.002) expone de forma muy clara y concisa el estilo de alimentación en la familia del siglo XXI. En él:

1.- No se busca el que sea un momento para el encuentro personal, para el diálogo y el disfrute cualitativo y no sólo cuantitativo del acto de comer.

2.- Se centra en una forma mecánica y utilitaria, como un producto más de consumo.

3.- Factores favorecedores de este cambio de estilo:

- a) El no cocinar en las dos comidas.
- b) El comer fuera de casa por motivo laboral. Moreno (2.002) refiere al respecto y coincide con Mardomingo en que “El acto social de comer en familia ha desaparecido por los horarios laborales”.
- c) El no tener horario de comidas, y por lo tanto se puede comer a cualquier hora, o lo que es peor, estarlo siempre (alimentación desordenada y caótica).

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL SIGLO XXI

FAST FOOD

La comida rápida no puede incluirse en lo que denominamos trastorno actual de la conducta alimentaria. Llamada también fast food, es la comida que se consume en la actualidad, en ocasiones de modo excesivo, a base de hamburguesas, perritos calientes, sándwiches, etc. Tiene un denominador común, como es la preparación muy sencilla, de tener un consumo fácil (panes blandos, carnes trituradas) y saciedad inmediata; y un perfil nutritivo: hipercalórico, hiperproteico y con elevado contenido graso. Ante este tipo de comida debemos decir que:

- A)** Estamos en un mundo en el que prima la comodidad en la elección de alimentos, pero hay que intentar que la variedad en la dieta sea el factor esencial de dicha elección.
- B)** El término comida rápida o fast food no es un invento reciente ni originario de Estados Unidos.
- C)** La comida rápida ha existido desde siempre, adaptada a las costumbres de los distintos países. Sin ir más lejos, en España, como ejemplos de comida rápida se pueden citar el clásico bocadillo y las populares tapas, y otro ejemplo cercano fuera de nuestras fronteras se puede encontrar en las famosas pizzas italianas.
- D)** El éxito del fast food radica en la rapidez, la diversidad de productos, la comodidad y su bajo precio, sin olvidar otros aspectos también importantes a la hora de elegir, como una buena palatabilidad, fácil consumo y saciedad inmediata.
- E)** Lo que se come, sabe bien, es fácil de masticar, gusta y quita el hambre.
- F)** Por esta razón no es de extrañar que cada día sean más los adeptos, sobre todo entre los jóvenes, y que un buen número de cadenas de comida rápida proliferen en las grandes ciudades.
- F)** Sin embargo, son también muy numerosos los detractores de este tipo de alimentación que se señala como una de las causas más directas, unida a la falta de ejercicio, de las enfermedades cardiovasculares, el sobrepeso y la obesidad que afectan a países desarrollados, como por ejemplo la obesidad de la población norteamericana.
- G)** En principio, se podría pensar que comida rápida y salud son incompatibles, pero lo cierto es que a la hora de comer hay pocas cosas prohibidas. Todo depende de saber elegir y hacerlo de la forma más saludable sin olvidar las pautas nutricionales marcadas por los expertos.

H) El problema se presenta cuando se abusa del fast food, la alimentación se convierte en algo monótono, y su ingesta pasa a sustituir la de muchos alimentos básicos.

I) Esto podría ocasionar un desequilibrio nutricional y adoptar hábitos alimentarios que se pueden calificar de poco saludables. Para una correcta alimentación, es esencial que la dieta sea variada y equilibrada.

Ya que estamos hablando de comidas no recomendadas, expondremos superficialmente otro tema que es habitual entre niños y adolescentes, el de las chucherías. Las “chucherías” es la expresión coloquial con la que aludimos a un conjunto de productos dulces y salados, de formas y sabores diversos, de escaso o nulo interés nutricional y que se picotean a cualquier hora del día. Una de las consecuencias de tomar a voluntad, sin ningún control, este tipo de productos es la falta de apetito cuando llega el momento de la comida convencional, pues su contenido calórico debido al azúcar y a las grasas, que constituyen la mayor parte de sus ingredientes, provoca la saciedad suficiente como para provocar inapetencia.

Desde el siglo XX los trastornos de la conducta alimentaria se han distribuido de forma diferente, en frecuencia de presentación, en la infancia y en la adolescencia.

En la infancia podemos encontrarnos:

- 1.- Anorexia Nerviosa
- 2.- T.C.A. No especificado
- 3.- T.C.A. propios de la infancia:
 - a) Inapetencia o hiperfagia
 - b) Caprichos alimentarios
 - c) Otros: pica, rumiación, rechazos, etc.

Y en la adolescencia:

- 1.- Anorexia Nerviosa
- 2.- Bulimia Nerviosa
- 3.- Hiperfagia, que conlleva a la obesidad, ya que la obesidad por sí misma no es un T.C.A.
- 4.- T.C.A. No especificado
- 5.- T.C.A. actuales:
 - a) Trastorno por atracón (Binge eating disorder)
 - b) Síndrome del comedor nocturno (Night eating syndrome)
 - d) Otros: vigorexia, ortorexia, permarexia, hipercomedor compulsivo (stuffing syndrome), síndrome del comedor selectivo y diabulimia.

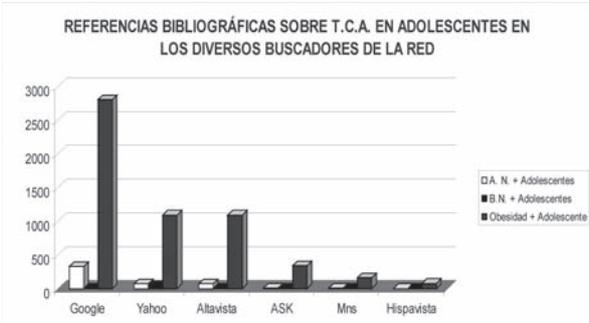
Tenemos que hacer hincapié en que:

- 1.- Los TCA hay que tratarlos de forma multidisciplinaria (psiquiatra, endocrino-pediatra, psicólogo, T.S., etc.).
- 2.- Los TCA son un problema de salud pública y alarma social.
- 3.- No hay un tratamiento único y eficaz en los TCA.

En este trabajo no nos vamos a centrar en desarrollar los temas de anorexia y bulimia nerviosa ya que lo pueden encontrar y de forma abundante en otras publicaciones y libros sobre la materia.

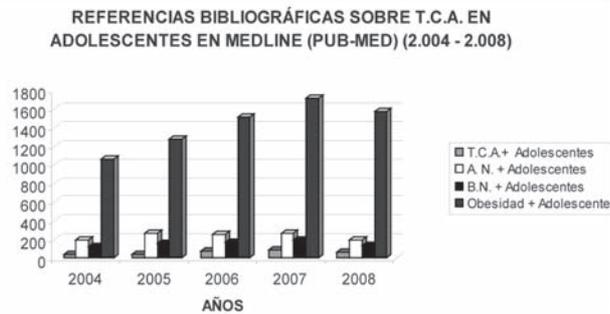
Interesado por el interés que tenían los diversos buscadores de la red (Google, Yahoo, Msn, Altavista, ASK,

MSN y HispaVista) sobre los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes, observé que el número más alto de referencias bibliográficas estaban centradas en la obesidad en comparación con la anorexia y bulimia nerviosa. Y dentro de los buscadores el que más referencias presentaban era Google (Gráfico 1)



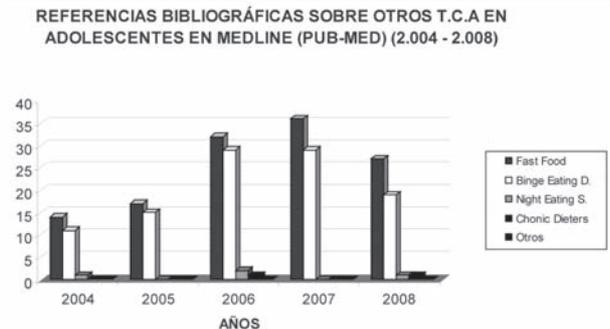
El número de referencias bibliográficas varía a lo largo del día
Fecha de búsqueda: 01-02-09

Posteriormente busqué en el Medline (Pub-Med) referencias bibliográficas sobre los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y hiperfagia/obesidad) en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2.004 y 2.008. En el siguiente gráfico (2), se podrá contemplar el ascenso del interés científico sobre la obesidad en la adolescencia por encima de los T.C.A. típicos de la adolescencia.



El número de referencias bibliográficas varía a lo largo del día
Fecha de búsqueda: 01-02-09

Finalicé la búsqueda, en el mismo periodo de tiempo (2.004-2.008) para todos los nuevos T.C.A. en la adolescencia. Observé (ver el Gráfico 3) que la preocupación de los investigadores se centró en la comida rápida (fast food) y los trastornos por atracón.



El número de referencias bibliográficas varía a lo largo del día
Fecha de búsqueda: 01-02-09

HIPERFAGIA/OBESIDAD

Según datos aportados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), casi un tercio (32.7 %) de la población infantojuvenil en España tiene sobrepeso y obesidad.

La única manera que tenemos hoy día de detener la obesidad en el niño y en el adolescente en la cultura del estado del bienestar es la prevención y la educación, que partiendo del hogar, llegue a la escuela y otros estamentos (Moreno, 2.002).

El primer trabajo que se realizó a nivel nacional sobre la obesidad en la infancia y la adolescencia fue el ESTUDIO ENKID (1.998 – 2.000), dirigido por Serra y Aranceta (2.001). Posteriormente, en marzo de 2.009, se ha premiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo el PROYECTO EVASYON (Coordinadora: Profª Amelia Martí de la Universidad de Navarra). Este proyecto está integrado dentro de la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

TRASTORNO POR ATRACÓN

En un principio el síntoma “atracción” se definió en el contexto de algunos síndromes neurológicos y en la BN. Con el tiempo este síntoma se fue transformando en síndrome.

Spitzer y cols. (1992 y 1993) configuran el término “trastorno por atracón”. No todos los autores estaban de acuerdo en la inclusión de este nuevo trastorno en las clasificaciones diagnósticas. No obstante, a pesar de todo, este trastorno o BINGE EATING DISORDER (BED) apareció en la DSM-IV (2.001).

Aparece en la adolescencia tardía o primera juventud y afecta por lo general a personas que se han sometido a dietas estrictas para perder peso sufriendo recaídas. Uno de los aspectos más importante del atracón es la experiencia de PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE LA INGESTA. Se puede dar en poblaciones clínicas pero también en individuos normales que no satisfacen otros criterios diagnósticos.

Para Alberto Miján de la Torre (2.004):”La obesidad no es un trastorno de la conducta alimentaria, pero el trastorno por atracón puede ser causa de la misma en algunos casos”.

Criterios de inclusión para el trastorno por atracón

- 1.- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta, en corto período de tiempo (p.e. En 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio.
- 2.- Los episodios de atracón se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:
 - a) Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - b) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

- c) Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
- d) Comer a solas para esconder su voracidad.
- e) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

3.- Profundo malestar al recordar los atracones.

4.- Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

5.- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.e. Purgas ayuno, ejercicio físico excesivo y no aparece exclusivamente en el transcurso de una AN o BN).

Clínica

1.- Atracón (2.300 a 3.000 calorías por atracón), en un periodo limitado de tiempo.

Factores desencadenantes:

- a) Restricción dietética
- b) Desinhibición alimentaria

2.- Sensación de pérdida de control.

3.- Sentimientos de culpa, remordimiento y rabia tras el atracón.

4.- Insatisfacción con la imagen corporal.

5.- Sexo: hombre: emociones negativas (depresión y rabia). Mujer: fracasos repetidos con las dietas.

Diagnóstico diferencial

1.- Con la BN de tipo no purgativo (ésta BN tiene estrategias compensatorias: ayuno+ejercicio excesivo+ no tanta obesidad como el trastorno por atracón+ mayor afectación del rendimiento laboral +depresión +alcohol /drogas+antecedentes abuso sexual).

En estos pacientes, en el atracón se ingiere + hidratos de carbono y azúcar que en el de los trastorno por atracón.

2.- Con la obesidad sin atracones: no ingieren tantas calorías.

3.- Con episodios de depresión mayor (conductas de sobre-ingesta).

Epidemiología

En términos generales, la prevalencia de atracones oscila entre el 1-4 % de la población general, llegando hasta el 30-46 % en poblaciones clínicas determinadas. La mayoría de los estudios apuntan a una mayor prevalencia en mujeres con sobrepeso.

Tratamiento

1.- Psicofarmacología + psicoterapia. Esta asociación es la más indicada porque demuestra que disminuye el número de atracones y el peso.

2.- Tratamiento psicofarmacológico:

* Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (fluoxetina: 40-80 mrg/día; sertralina, fluvoxamina.)

* Topiramato (antiimpulsivo de efectos anorexígenos y eutimizantes)

3.- Psicoterapia cognitivo-comportamental..

4.- Además, técnicas psicoeducativas como:

a) Información sobre el trastorno.

b) Pautas dietéticas (que conozcan la importante implicación entre la realización de dietas y la aparición de atracones).

SÍNDROME DEL COMEDOR NOCTURNO (NIGHT-EATING SYNDROME)

Se caracteriza por episodios durante los cuales el paciente come por la noche y presenta anorexia y restricción alimentaria durante el día. No se producen verdaderos atracones y probablemente es la restricción de alimentos diurna lo que desencadena el siguiente ciclo de sobrealimentación por la noche.

Este síndrome afecta al 2 % de la población y en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. Por otro lado, hay que indicar que es un trastorno clínico asociado a alteraciones **HORMONALES, NEUROLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS ESPECÍFICAS**.

Cuanto más altos sean los niveles de ansiedad y depresión del afectado por la noche, mayores son sus deseos de ingerir alimentos ricos en carbohidratos. De hecho, si los toman es justamente para poder tranquilizarse y dormir porque los hidratos de carbono aumentan los niveles de serotonina en el cerebro, que a su vez va a condicionar el aumento de los niveles de triptófano que va a propiciar el sueño.

La mayoría de los afectados viven en un estado de estrés crónico, aunque a menudo no son conscientes de ello. Suelen tener altas tasas de cortisol (hormona del estrés por excelencia) pero los mecanismos compensadores del estrés del organismo responden de modo poco eficaz. Paralelamente se ha demostrado en estos enfermos la existencia de muy bajos niveles nocturnos de: MELATONINA (relacionada con el sueño) y LEPTINA (relacionada con el apetito).

Asimismo podemos encontrar:

- 1.-** Anorexia matutina, retrasando la primera comida del día.
- 2.-** Ansiedad incrementada a lo largo del día, alcanzando su nivel máximo sobre todo por la noche.
- 3.-** Dificultades en el sueño (insomnio precoz, medio o tardío).
- 4.-** Ingesta de la mitad de las calorías de la dieta del día por las noches (sobre todo de hidratos de carbono).
- 5.-** Hay ausencia de preocupación por la comida y la dieta.

Tratamiento

1.- Combinado que trate el trastorno del sueño, el de la alimentación y el de ansiedad que conllevan.

2.- Farmacológico:

- a) Sertralina
- b) Melatonina
- c) Leptina

3.- Dietético: enseñar a distribuir las calorías más equitativamente a lo largo del día.

4.- Calidad de vida (medida antiestrés).

VIGOREXIA

En estos tiempos ya no importan las personas sino los personajes.

La vigorexia es la adición al ejercicio físico con una obsesión patológica por conseguir un cuerpo perfecto y musculado. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por su cuerpo, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida.

Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por:

- 1) Preocupación de acudir al gimnasio
- 2) Transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar o muscular su cuerpo.

Este trastorno, también denominado Anorexia Inversa o complejo de Adonis, está muy cercano a la anorexia y bulimia nerviosa, a la dismorfofobia y otros trastornos de la conducta alimentaria.

Aún no se encuentra catalogada como enfermedad reconocida (actualmente se está discutiendo por parte de los especialistas) y ni tan siquiera aparece recogida en la vigésimo primera edición del diccionario de la Real Academia Española.

El chico o chica que padece vigorexia:

- 1) Persigue un cuerpo musculado, para ello, dedica su tiempo libre al ejercicio físico anaeróbico (de gimnasio)
- 2) Utiliza fármacos y hormonas
- 3) Reduce la variedad alimentaria, normalmente empleando dietas ricas en proteínas.

Existen rasgos comunes en la anorexia y la vigorexia

1. Preocupación por la figura (tiranía de la báscula)
2. Autoimagen distorsionada (poco atractivos para el sexo opuesto)
3. Baja autoestima
4. Introversión
5. Factores socioculturales
6. Tendencia a la automedicación
7. Edad de aparición
8. Modificaciones de la dieta

Algunas consideraciones al respecto:

- 1) Afecta mayoritariamente a chicos, aunque también puede darse en mujeres
- 2) Consumo de sustancias perjudiciales para el organismo con el ansia de crear un cuerpo atlético
- 3) Recurren a una práctica más peligrosa para la salud, como es el dopaje para obtener un incremento de la masa muscular y disminuir la fatiga
- 4) Podemos encontrar dos tipos de vigoréxicos:
 - a) los que sólo buscan la figura perfecta influenciados por los modelos actuales que propone la sociedad
 - b) los deportistas que sólo quieren llegar a ser los mejores en su disciplina exigiendo al máximo a su organismo hasta alcanzar su meta.
- 5) Práctica de deportes sin importar las condiciones climáticas, sientan alguna molestia o indisposición
- 6) Enfado y sentimiento de culpa cuando no pueden realizarlo o alguien critica dicha actividad
- 7) Imposibilidad de dejar de concurrir un día al gimnasio,

en el que pasan además muchas horas por día, llegando a convertirlo en su segundo hogar

8) El fisicoculturismo es uno de los deportes que más comúnmente está relacionado con este tipo de trastorno.

Estos adolescentes, poco a poco empiezan a interesarse por los "beneficios" de los fármacos (anabólicos, hormonas del crecimiento, y demás productos dopantes) llegando a invertir grandes sumas de dinero en la adquisición de estos productos. La dificultad de conseguirlos obliga a recurrir al mercado negro donde aparecen productos fraudulentos, adulterados, y sin ninguna garantía sanitaria. A su vez, el gasto ocasionado por esta obsesión puede sumarse al bajo rendimiento (o incluso al fracaso laboral), poniendo en serio peligro su propia situación económica y la de su familia.

Tratamiento

- 1.- Modificar la conducta y la perspectiva que tienen sobre su cuerpo (recuperando su autoestima y superando el miedo al fracaso).
- 2.- I.R.S.S.
- 3.- El entorno afectivo, amigos y familiares, cumple una función muy importante en su recuperación, al brindarle apoyo cuando intentan disminuir su programa de ejercicios a rutinas más razonables.
- 4.- Es necesario disminuir el entusiasmo y la ansiedad por la práctica deportiva intensa logrando que se interesen por otras actividades menos nocivas para su cuerpo.

Consecuencias

- 1.- Desproporciones entre las partes corporales (un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza)
- 2.- Desgarros y esguinces por la sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones
- 3.- Trastornos metabólicos por el consumo de muchas proteínas e hidratos de carbono y poca cantidad de grasa, en un intento de favorecer el aumento de la masa muscular
- 4.- Masculinización e irregularidades del ciclo menstrual en las mujeres, acné, problemas cardíacos, atrofia testicular, disminución de la formación de espermatozoides y retención de líquidos (Por el abuso de anabólicos).

ORTOREXIA

El término ortorexia deriva del griego orthos (justo, recto) y orexia (apetito). Se caracteriza por la obsesión patológica por la comida biológicamente pura, lo que lleva a importantes restricciones alimentarias. Los ortoréxicos excluyen de la dieta alimentos que consideran impuros por llevar herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales y se preocupan en exceso por las técnicas y materiales empleados en la elaboración de los alimentos.

Diagnóstico diferencial

A) Mientras la anorexia y la bulimia son trastornos que giran en torno a la cantidad de comida, en la ortorexia lo que importa es la calidad.

B) Igual que en la anorexia o la bulimia, la comida domina la vida de quien padece ortorexia.

C) El ortoréxico come, pero controla absolutamente todo lo que pasará a formar parte de su cuerpo: ingredientes, aditivos, calorías, elaboración y formas de cocción de los alimentos.

Su personalidad

a) Para estas chicas todo tiene que ser natural y “sano”, lo que supone grandes restricciones y sacrificios. Para un ortoréxico comerse una hamburguesa o un simple bocadillo puede ser un auténtico drama.

b) El perfil del ortoréxico es el de una persona obsesivo-compulsiva, rígida, estricta y muy exigente consigo misma.

La mayoría de quienes padecen este trastorno son mujeres. Son los mayores consumidores de productos dietéticos, biológicos, integrales, sin grasas y los restaurantes vegetarianos, japoneses o macrobióticos suelen ser sus preferidos.

c) Un ortoréxico lleva tan a rajatabla su dieta que comer con otras personas o fuera de su casa puede convertirse en un gran problema.

Su aspecto

Las adolescentes que sufren ortorexia, igual que a las anoréxicas, están: muy delgadas, casi demacradas por el déficit calórico, pierden la menstruación, se les estropea el cabello y pueden, además, sufrir anemia, desnutrición, hipovitaminosis, problemas renales, osteoporosis, depresión, y aislamiento social.

La esclavitud de su conducta

Recorren kilómetros para adquirir los alimentos que desean, pagando por ellos hasta diez veces más que por los ordinarios. Si no los encuentran o dudan de su inmaculado origen, prefieren ayunar. Huyen de los restaurantes, rehúsan invitaciones para merendar en casa de los amigos por no saber qué les van a ofrecer. Cuando incumplen sus propósitos, les embarga un sentimiento de culpa que desemboca en estrictas dietas o ayunos.

PERMAREXIA (CHRONIC DIETERS)

Es un trastorno de la alimentación, que consiste en una obsesión por la comida, que lleva a la persona a pensar que todo le hace mal, que todo la va a engordar y por lo mismo todo el tiempo está a dieta.

Principalmente afecta a las mujeres, quienes influenciadas por las modas y los medios de comunicación, prefieren evita los alimentos que echarse “unos kilos” de más, aunque en muchas ocasiones esto ni siquiera llega a suceder.

Los principales síntomas de este grave problema, son:

1.- Preocupación constante por conocer y utilizar dietas de forma indiscriminada.

2.- Dejar de comer alimentos que son necesarios para el organismo, generalmente los carbohidratos y cuando no hay necesidad ni siquiera de restringirlos, ya

que el peso de la persona es el adecuado o menor al deseado.

3.- Obsesión por las calorías que contienen los alimentos.

4.- Rebotes de yo-yo, constantes, por las subidas y bajadas permanentes de peso, que ocasionan fuertes desajustes en el sistema endocrino de la persona que pueden llevarla a complicaciones fatales.

HIPERCOMEDOR COMPULSIVO

Suele denominarse también “síndrome de relleno” (stuffing syndrome). Los límites de este trastorno todavía no se han definido aún. Los pacientes obesos con atracones tienen unas características peculiares frente a los obesos que no presentan atracones:

a) Una prevalencia superior de alteraciones psicopatológicas (Black, Goldstein y Mason, 1992).

b) Un mayor abandono de los programas de adelgazamiento.

SÍNDROME DEL COMEDOR SELECTIVO

Llamamos comedor selectivo a aquel individuo que se nutre, exclusivamente, de menos de diez alimentos durante un mínimo de diez años. Generalmente está asociado a otros TCAs y es una enfermedad tan seria como la anorexia o la bulimia, de la que ya se han registrado numerosos casos en España.

Las adicciones a determinados alimentos pueden presentarse a cualquier edad -aunque suelen aparecer en la niñez- y muchas veces son resultado de problemas psicológicos, carencias afectivas, traumas o causas emocionales. La selectividad alimentaria también está relacionada con los trastornos obsesivos de la personalidad, como el trastorno obsesivo compulsivo.

También existen los comedores selectivos que dejan de lado ciertos alimentos por sus calorías, conservantes o ciertas sustancias. Psicológicamente, las adicciones a la comida presentan casi los mismos síntomas que las del alcohol o el tabaco, pero físicamente son menos fuertes. En el origen de esta adicción existe incluso una base científica, ya que algunos alimentos, sobre todo carbohidratos (pasta, dulces...), estimulan la secreción de serotonina y mejoran nuestro estado de ánimo. De ahí que mucha gente acuda al chocolate, los dulces o el café cuando siente ansiedad o está triste.

Diagnóstico

a) Este síndrome es difícil de detectar y reconocer. Los adultos no suelen ser conscientes de su problema y acuden a las consultas médicas por otros motivos: cansancio, desajustes metabólicos, problemas de piel, desmayos...

b) Y es que los comedores selectivos suelen presentar carencias de vitaminas, minerales y otros nutrientes.

DIABULIMIA

Combinación peligrosa y explosiva. En ella coinciden la diabetes tipo I y los trastornos alimenticios. Afecta

sobre todo a las chicas que sufren diabetes y que deben tener un especial cuidado en su alimentación. Aunque parezca mentira, quienes la padecen aprovechan que son diabéticos para adelgazar. Las pacientes, que sufren este tipo de diabetes deben llevar un riguroso control de su alimentación, lo que puede dar lugar a obsesiones y desórdenes alimenticios. Incluso el ejercicio, tan saludable para los diabéticos, puede convertirse en un arma de doble filo al realizarse de forma compulsiva para adelgazar.

Es frecuente encontrar en las diabulímicas una forma muy peligrosa de perder peso: saltarse las inyecciones de insulina. Esta nefasta medida conlleva a que el organismo utilice las reservas de grasa a un precio muy alto, ya que esto se traduce en pérdida de masa muscular y ósea, y en desnutrición. Por otro lado, se dispara su nivel de glucosa en sangre, y no es necesario vomitar, tomar laxantes o comer poco. Pero saltarse las inyecciones de insulina puede tener consecuencias terribles bien conocidas.

PREVENCIÓN DE LOS NUEVOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen unos aspectos que pueden ayudar a reforzar hábitos adecuados o a eliminar los inadecuados:

- 1.- Valorar el hecho alimentario como un componente esencial de la calidad de vida.
- 2.- Insistir sobre el concepto de dieta equilibrada, hay que conseguir el cambio del concepto que se tiene sobre "una buena comida".
- 3.- Educar al consumidor sobre nutrición/alimentación; puede reforzar hábitos adecuados debido a la numerosa información que incorpora el etiquetado de los productos.
- 4.- Desmitificar "lo natural" como garantía de seguridad alimentaria.
- 5.- Oponerse a aceptar una estética que vaya contra la buena salud, eliminando como cánones de belleza y modernidad la delgadez extrema y patológica.
- 6.- La tendencia a preocuparse que tiene el consumidor por las nuevas tecnologías y los nuevos alimentos.
- 7.- Conocer la relación que existe entre exceso o defecto de consumo de nutrientes y sus patologías resultantes.
- 8.- Valorar la importancia de la seguridad alimentaria, así como la lucha contra el fraude para conseguir una alimentación sana.
- 9.- Tomar conciencia de la función que cumplen las empresas de restauración colectiva haciendo cumplir la normativa específica de higiene.
- 10.- Analizar críticamente los medios de comunicación y de la publicidad para contrarrestar su influencia en la compra de los alimentos.

Asimismo se prevén unas tendencias futuras de los consumidores en materia de hábitos alimentarios:

- 1.- Existe una tendencia natural entre la población joven a no considerar como factor de riesgo para su salud,

una alimentación inadecuada.

- 2.- Otra causa puede ser la progresiva sustitución de la dieta mediterránea tradicional por dietas con un mayor contenido en grasas, azúcares y proteínas de origen animal.
- 3.- La mayor educación e información que recibe el consumidor actual hace que éste sea más exigente en cuanto a la relación precio/calidad de los productos.
- 4.- Asimismo, existe una mayor toma de conciencia en la escuela, hacia la educación nutricional (como parte de la educación para la salud) que va a permitir a los ciudadanos tener un mejor criterio a la hora de elaborar sus dietas.
- 5.- El ritmo de vida actual ha modificado las formas tradicionales de compra de alimentos, siendo frecuente la forma semanal y mensual y la presencia en la casa de productos congelados de fácil conservación y preparación.
- 6.- El uso de los servicios de restauración colectiva ha aumentado, y sigue creciendo, por lo que se hace necesario, además del control higiénico de este tipo de establecimientos regulado por las Reglamentaciones Técnico Sanitarias, orientar sus ofertas, muy especialmente en la restauración escolar y laboral, para que sean nutritivamente equilibradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington: APA, 1.995.(Versión en español. Barcelona.: Masson, 2.001)
2. Black DW, Goldstein RD, Mason EE, Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese clinic patients. Am J Psychiatry 1992; 149:227-234.
3. Mardomingo, M.J.: "Psiquiatría para padres y educadores", Narcea, 2.002.
4. Miján de la Torre, A.: Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa, 2004.
5. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Fuentes del ,1.999.
6. Moreno, B.: Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) ,2.002.
7. Serra, LI. y Aranceta, J.: Obesidad infantil y juvenil, Masson, 2.001.
8. Spitzer R.L., Delvin, M., Walsh, B.T. et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of diagnosis criteria. Int J Eat Disord 1992;11:191-303.
9. Spitzer R.L., Yanovski, S.,Wadden, T.,Wing,R., Marcus, M.D., Stundkard, A. Et al. Binge eating disorder:its further validation in a multisitie study. Int J Eat Disord 1993 Mar: 13 (2): 137-53.