

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)

Dra. Pilar Brañas
Jefe de la Sección de Adolescentes
Hospital universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción

Los TCA son una patología de origen mental que ocasionan graves repercusiones somáticas, incluso la muerte; tienen una alta prevalencia, el 70 % comienzan en la adolescencia y, con menor frecuencia, también aparecen casos en niños prepuberales y en adultos. Existen evidencias de que la prevención planificada en escolares protege de la enfermedad. En su desarrollo es muy importante la predisposición genética (que confiere la vulnerabilidad ante los factores estresantes), los factores socioculturales que ejercen presión sobre la mujer, y la dificultad para luchar contra ellos. Los recursos actuales son insuficientes para diagnosticar y tratar la enfermedad. La familia tiene una gran importancia en la prevención y el tratamiento; también las personas que han pasado este problema son de gran ayuda para colaborar en su prevención.

¿Son un problema de salud pública?

Sí, lo son, reúnen los siguientes criterios para ser considerados en este grupo: existe un importante número de casos, la enfermedad es grave en su evolución, son una gran carga familiar, consumen muchos recursos en el tratamiento y lo más importante, *tienen posibilidad de prevención*.

Cuando hablamos de TCA nos referimos a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa fundamentalmente, aunque también existen formas parciales que se incluyen dentro de los trastornos alimentarios no claramente especificados. Recordamos los criterios para su diagnóstico y como base para enfocar la prevención (aunque las causas principales no se conocen), haremos un breve repaso de los factores que participan en su desarrollo, de los cuales hay cada vez más evidencia de su intervención.

Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa CIE 10

- A.- Pérdida significativa de peso, I.M.C menor de 17,5 Kg/m².
 - B.- Originada por el propio enfermo: evitando el consumo de alimentos que engordan, vómitos autoprovocados, mediante purgas intestinales, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos .
 - C.- Distorsión de la imagen corporal, con persistencia de idea sobrevalorada e intrusa de miedo a la gordura e imposición de permanecer con un peso inferior al normal.
 - D.- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-gonadal, manifestado por amenorrea en la mujer y en el hombre por pérdida de interés y potencia sexuales. Puede existir concentraciones altas de hormona de crecimiento, cortisol, bajos niveles de h. Tiroideas y anomalías de la secreción de insulina.
 - E.- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene.
- ◆ Se utiliza el diagnóstico de A.N atípica para los casos que falta una o más características principales (amenorrea o pérdida significativa de peso) pero por lo demás presentan un cuadro bastante característico.

Criterios diagnósticos A.N. DSM IV

- A.- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para edad y talla, o inferior al 85 % del esperado.
- B.- Miedo intenso a ganar peso estando por debajo de su peso.
- C.- Alteración de la percepción del peso o silueta corporales con influencia indebida sobre la autovaloración.
- D.- Amenorrea al menos de tres ciclos.

Tipos:

- ◆ Restrictivo
- ◆ Compulsivo/Purgativo

Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa CIE 10

- A.- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia en los que se ingieren grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- B.- Vómitos, abuso laxantes, ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito, extractos tiroideos o laxantes para contrarrestar el aumento de peso.
- C.- Miedo morboso a engordar y fijación del peso en dintel menor al óptimo. Pueden existir antecedentes de AN con intervalo de meses o años. El episodio puede manifestarse de forma florida o de forma menor o larvada.

- ◆ Incluye: Bulimia sin especificar (purgativa)
Hiperorexia nerviosa (no purgativa)

Bulimia nerviosa atípica se utiliza cuando falta una o más características de la BN, con cuadro bastante típico.

Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa DSM IV

- ◆ Episodios recurrentes de atracón-purga
- ◆ Conducta compensatoria inapropiada para evitar ganar peso
- ◆ Mínimo dos episodios por semana
- ◆ La autovaloración no está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal
- ◆ No aparición exclusiva en el transcurso de A N

Criterios diagnósticos de Greet Ormond Street (GOS). Anorexia Nerviosa (prepúberes y casos atípicos)

- ◆ Pérdida de peso.
- ◆ Pensamientos alterados en relación al peso y/o figura.
- ◆ Preocupaciones patológicas en relación al peso y/o figura.

Criterios diagnósticos Great Ormond Street. Bulimia Nerviosa

- ◆ Episodios de atracón/purga
- ◆ Pérdida de control
- ◆ Preocupaciones patológicas en relación al peso y/o figura.

Los GOS son criterios establecidos por Lask y Bryant-Waught del hospital de niños Great Ormond Street de Londres, pensados para los trastornos alimentarios de los niños que no reúnen criterios de las anteriores clasificaciones. Tienen la ventaja de ser derivados de la observación, son científicamente lógicos y ofrecen un rango amplio de opciones diagnósticas. Además de la AN y BN incluyen otros trastornos, como el trastorno emocional de evitación de la comida, trastorno selectivo de la alimentación, disfgia funcional y síndrome de rechazo alimentario generalizado.

Factores que intervienen en su aparición

En la bibliografía existen diferentes estudios que resaltan la importancia de determinados factores en la presentación de los TCA.

- ◆ La insatisfacción con la imagen corporal y el sentimiento de incapacidad para el control del apetito cuando se experimentan emociones negativas.
- ◆ Hacer dietas sin control o la practica de ejercicio compulsivo.
- ◆ La sobreprotección y la dinámica conflictiva familiar, también aparecen asociadas a un riesgo mayor.
- ◆ El perfil psicológico, caracterizado por preocupación por el aspecto del cuerpo, baja autoestima, estrés diario, perfeccionismo, ambivalencias, relaciones conflictivas con padres y lucha por la independencia psicológica.
- ◆ El género femenino, independientemente de la etnia, muestran mayor insatisfacción con la imagen corporal que los varones. Sin embargo, las mujeres de origen caucásico tienen mas distorsión que las de origen afroamericano, porque creen que existe una preferencia masculina por los modelos de mujer delgada. En estas últimas son excepcionales los TCA .
- ◆ La adolescencia, porque existe una vulnerabilidad mayor a los comentarios, preocupación por los cambios corporales y una gran influencia de la presión grupal. Durante esta época se aumenta el tamaño corporal y sobre todo la grasa, lo que va en contra de los ideales estéticos sociales, la insatisfacción corporal se expresa por un deseo de delgadez. En los chicos, por el contrario, el aumento de masa muscular propio de esta edad, es más parecido al ideal, lo que origina menos problemas, aunque aumentan en aquellos que tienen bajo peso. Existe una relación entre la preocupación por la imagen corporal, el estado emocional y el funcionamiento social interpersonal.
- ◆ El impacto de la apariencia física y cómo los otros la perciben tiene enorme importancia en el día a día, sobre todo en la adolescencia temprana; las características físicas son primordiales en la adquisición del concepto de uno mismo. Por el contrario, las características internas y los valores son más importantes en la etapa tardía. La autoconciencia de cómo los demás les evalúan es muy intensa en los adolescentes y esto influye en el desarrollo social. El peso, la forma y el tamaño corporal aumentado, lo conceptúan como negativo. El concepto de atractivo físico favorece una evaluación positiva e interacciones sociales positivas.

- ◆ La carencia de introspección y de reconocimiento positivo, y el sentimiento de ineffectividad para lograr objetivos, favorece la insatisfacción con el cuerpo.
- ◆ La afición a las dietas hipocalóricas, la edad temprana de presentación de la menarquia, las prácticas deportivas específicas y la presión de amigos.

¿Cómo empiezan estos trastornos?

Aunque existe una gran heterogeneidad en la forma y en la manera de presentarse, el comienzo de los trastornos suele seguir el siguiente patrón: se empieza a ver gorda o sufre burlas de los amigos, para evitar el desagrado que le produce esta situación, desea perder unos kilos. Busca dietas en revistas o amigas, le interesa mucho la lectura y todo lo relacionado con la comida, hace ejercicio para sentirse bien y ayudar a perder peso, vomita alguna vez. Consigue perder algunos kilos, se alegra y se anima a seguir. Empiezan a aparecer síntomas por la pérdida de peso que alteran el estado mental y se siente mal, se obsesiona, se sigue viendo gorda, aumenta la ansiedad, tiene más miedo a engordar. Se aísla socialmente, pierde la capacidad para continuar con sus actividades diarias, se desinteresa, tiene miedo a todo.

La familia se preocupa, empiezan las discusiones, se siente incomprendida y el conflicto se perpetúa. En algunas pacientes empiezan episodios de bulimia.

¿Cómo realizar la prevención?

No es nada fácil diseñar programas eficaces para los trastornos del comportamiento alimentario debido a la complejidad de factores que intervienen en su desarrollo y en el comportamiento humano.

Las actitudes relacionadas con el peso se adquieren en la infancia y adolescencia y se perpetúan en la edad adulta. La actitud hacia la comida, el ejercicio y el estilo de vida están regidos por influencias sociales, culturales, familiares, ambientales y presiones del grupo etario.

Bandura y Rotter describen *varios factores teóricos en el aprendizaje social que influyen en el cambio del comportamiento humano*.

1.- **Autoeficacia:** percepción por el individuo de su capacidad para cambiar su estilo de vida. Necesita comprender que su comportamiento es nocivo y que debe hacer un cambio.

2.- **Automodelación:** aprendizaje de la observación del comportamiento de otros. Existe una agregación familiar en el comportamiento alimentario y el control del peso. Sus miembros comparten el mismo ambiente, realizan actividades semejantes y modelan y reafirman un comportamiento idéntico. Los hijos hacen la misma dieta que los padres, especialmente la de la madre.

3.- **Lugar de control:** creencia de la persona de que puede influir en la evolución de una situación (lugar de control interno) o que es influenciado desde el exterior, sin relación a sí mismo (lugar de control externo). El nivel económico influye en este punto. Los de nivel bajo tienden a creer que pueden controlar poco su salud y su comportamiento.

EL **locus de control externo** favorece la internalización del estereotipo delgado, al estar expuestos a los medios de comunicación que proyectan figuras delgadas, ocasionando una percepción irreal y distorsionada del cuerpo que da lugar a insatisfacciones y genera conductas de control de peso. Las personas con locus externo creen que las vidas están determinadas por fuerzas externas (personas o destino) y responden en todo su comportamiento a este criterio, sobrestiman el tamaño y forma corporal y tienen mayor insatisfacción con su apariencia.

Condiciones y tipos de programas preventivos

Existen muy diferentes tipos de programas de prevención, cada uno de ellos se centra en alguno de los factores de riesgo considerados. Utilizan diferentes poblaciones y metodología de estudio, por ello es difícil contrastar y valorar su eficacia.

La posibilidad de identificar a corto plazo los pacientes que van a desarrollar trastornos y actuar sobre este grupo, se ve dificultada por la negativa de preocupación o de la enfermedad que ellos muestran, por lo que hay pocos estudios realizados en grupos de riesgo.

Los efectos a largo plazo de las intervenciones en prevención deben valorar si durante el desarrollo del programa, hay o no una tendencia a la disminución de la incidencia y los factores de riesgo asociados, que todavía hoy son difíciles de precisar por ser muy diversos.

La investigación hasta ahora se ha centrado más en conocer la epidemiología, prevalencia e incidencia, evolución a largo plazo de la A.N y la respuesta al tratamiento a corto plazo en BN, que en la prevención.

No hay estudios longitudinales sobre la continuidad y discontinuidad del comportamiento alterado a lo largo de la vida. Se conoce poco del comportamiento alimentario y de los factores de riesgo más específicos y muy poco de los protectores en los periodos críticos.

Desde un punto de vista teórico, los programas de prevención deben plantearse con los siguientes objetivos:

- 1.- Promoción y desarrollo de actitudes y comportamientos alimentarios saludables.
- 2.- Estimular en niños y adolescentes los factores protectores conocidos que previenen el desarrollo de los trastornos.
- 3.- Seguimiento de los programas para conocer su eficacia, y si consiguen mejorar la salud física de los pacientes.
- 4.- Analizar si obtienen mejoras en la salud física y mental, de manera mantenida a largo plazo.
5. Que sean seguros, que no añadan factores de riesgo en individuos predispuestos. Los adolescentes tienden a imitar modelos sociales y a adoptar comportamientos del medio juvenil; esto sería un posible peligro porque fomentaría la aparición de nuevos casos, pues puede enseñar como padecerlos.

Una de las estrategias empleadas en prevención que ofrece resultados positivos es **la educacional**, sobre modelos del día a día. Consiste en ofrecer a los niños una amplia variedad de comidas ricas en nutrientes o comidas saludables y estimularles a probarlas. En segundo lugar favorecer un patrón de comidas estable y en compañía que favorezca el sentido social de la comida, la

importancia de comer y las preferencias. Educar sobre la forma, el tamaño y el peso corporal.

Prevención ideal: Prevención primaria

Papel del pediatra en la prevención a nivel sanitario

Los TCA son una patología preocupante para los profesionales que atienden adolescentes. Con frecuencia nos encontramos ante situaciones de toma de decisiones diagnosticas en las que no existen suficientes criterios para considerar a las pacientes como sanas o enfermas.

Una vez diagnosticadas, el tratamiento es largo y requiere una importante dotación de recursos materiales y humanos. Además, la evolución de la enfermedad es larga e incierta con muchos sufrimientos para las pacientes y sus familias, a pesar de seguir un tratamiento correcto. Por todo ello, es importante resaltar el papel que los pediatras tienen en la prevención y la búsqueda de factores de riesgo, actitudes y comportamientos que pueden llevar al desarrollo de estos trastornos, y en la educación para la salud nutricional.

Hay datos bibliográficos que apoyan la eficacia del pediatra para transmitir adecuadamente mensajes positivos, a las familias y a los pacientes. Mensajes que potencien los recursos psicológicos normales que ya tienen y les permitan madurar adecuadamente. Hay que amar el cuerpo pero sin comparaciones: todos somos diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. **Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario**. Nº de publicación del Insalud: 1666. Madrid. 1995
2. Muñoz M T, Casas J, Jauregui I, Ceñal M^a J, López M R. Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales. **Rev Esp Pediatr** 1997; 53: 172-81
3. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. **Pediatr Integral** 1997;2 (3):243-260.
4. Prevención de la anorexia y la bulimia en la adolescencia. **Insalud. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales**. Edición Feb 1999.
5. Casas J, García C, Hidalgo I, Palanca I, Viñas R, Del Yerro M^a J. Líneas de actuación en la atención de los trastornos del comportamiento alimentario en la Comunidad de Madrid. **Comunidad de Madrid. Insalud. B.O.C.M.** 1999
6. Morandé G, Celada J, Casas J. Prevalence of eating disorders in spanish school-age population. **J adolesc Health**. 1999; 24:212-19

7. Kreipe R E, Dukarm C P. Eating disorders in adolescents and older children. **Pediatr Rev** 1999; 20 (12): 410-20
8. Winston A P, Pallmer R, Bircall M H. Physical complication of eating disorders: a clinical review. **European Eating disorders Review** 2000; 8 (2): 83-191
9. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. **Int J Eat Disord** 2000; 28:317-324
10. Ruiz Lázaro P.J. Prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. **Atención Primaria** 2001; 27: 428-431.
11. O'Dea J, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes and behaviour of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. **Int J Eat Disord** 2002; 28 (1):43-57
12. Steiner Adair C, Sjostrom L, Franko D y cols. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. **Int J Eat Disord** 2002; 32:401-411
13. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. **Adolesc Med: State of the Art Rev.** 2003; 14 (!):49-59
14. Ruiz Lázaro P.J. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. **Atención Primaria** 2003; 32: 408-409.
15. Chesley EB, Alberts J, Klein J, Kreipe R. Pro or con? Anorexia nervosa and the internet. **J Adolesc Health** 2003;32:123-4
16. Martínez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y y cols. Parental factors, mass media influences and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. **Pediatrics** 2003; 111 (2):315-320
17. Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorders prevention: an integrated approach? **Adolec Med:State of the Art Reviews** 2003;14 (1):159-173
18. Neumark-Sztainer D, Wall M. Reading magazines articles about dieting and associated weight control behaviours among adolescents. **J Adolesc Health** 2003; 32 (1):78-82
19. Rosenvinge J, Westjordet M. Is information about eating disorders experienced as harmful? A consumer perspective on primary prevention. **Eating Disorders** 2004; 12: 11-20

20. Abascal R, Bruning J, Winzelberg A y cols. Combining universal and targeted prevention for school based eating disorders programs. **Int J Eat Disord** 2004; 35: 1-9
21. Chamay Weber C, Narring F, Michaud PA: Partial eating disorders among adolescents: A review. **J Adolescent Health** 2005; 417-427
22. Neumark-Sztainer D. Can we simultaneous work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? **Int J Eat Disord** 2005;38:220-227
23. Davidson T, McCabe M. Adolescent body image and psychosocial functioning. **J Social Psychology** 2006; 146 (1):15-30
24. Steese S, Dollette M, Phillips W, y cols. Understanding girls circle as an intervention on perceived social support, body image, self efficacy, locus of control and self-esteem. **Adolescence** 2006; 41(161):55-71