

Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente

S. Chaulet, É. Riquin, G. Avarello, J. Malka, P. Duverger

Los trastornos de las conductas alimentarias (TCA) en el adolescente son patologías de origen psíquico con repercusiones somáticas y psicológicas, lo cual demuestra las íntimas intrincaciones entre psique y soma. Estas afecciones son particularmente complejas, ya que se encuentran en la intersección de la psicología individual y de las interacciones familiares, del cuerpo en sus aspectos puramente biológicos y de la imagen del cuerpo, sin olvidar, por supuesto, las influencias sociales y culturales. La actualización regular de las clasificaciones internacionales es la expresión de una etiopatogenia multifactorial compleja y controvertida. Los trastornos de las conductas alimentarias dependen, efectivamente, de factores genéticos y psicológicos individuales, en estrecha relación con factores medioambientales familiares y socioculturales. Desde un punto de vista psicodinámico, los trastornos de las conductas alimentarias forman parte de las conductas de adicción o de dependencia. Una mayor consideración actual por los trastornos de las conductas alimentarias, particularmente en el adolescente, ha favorecido una sensibilización de los profesionales y una saludable liberalización de las prácticas. De hecho, se ha desarrollado una verdadera atención clínica del adolescente, que tiene en cuenta a una persona sometida a profundas transformaciones físicas, psicológicas y sociales. Así, la atención médica de los TCA en el adolescente se articula entre clínicos (pediatras, médicos generales) y paidopsiquiatras de forma coordinada y siempre prolongada (varios años). Los cuidados se dirigen simultáneamente a la conducta sintomática y al conjunto de la personalidad, sin olvidar el contexto familiar. En este artículo, primero se han de considerar las definiciones, la terminología y las clasificaciones actuales de los trastornos de las conductas alimentarias. Con un interés didáctico, se tratarán los trastornos típicos de las conductas alimentarias, como la anorexia y la bulimia nerviosa y, después, algunos trastornos atípicos como la hiperfagia bulímica (BED, binge eating disorder), recientemente reconocida como una entidad específica (DSM 5). También se estudia la obesidad, un problema importante de salud pública en la adolescencia, partiendo de la hipótesis de un posible origen psicoafectivo en algunos adolescentes obesos que padecen BED. Después se describirán la epidemiología, las manifestaciones clínicas y la etiopatogenia. Por último, se tratarán aspectos relacionados con la evolución, el pronóstico y las modalidades terapéuticas de estos trastornos.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria; Adolescencia; Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa; Hiperfagia bulímica (binge eating disorder [BED]); Obesidad

Plan

■ Introducción	2	■ Etiopatogenia	10
■ Definición, terminología y clasificaciones	2	Enfoque psicoanalítico	10
Obesidad	4	Enfoque cognitivo y conductual	13
■ Epidemiología	4	Enfoque biológico, genético y medioambiental	13
Anorexia nerviosa	4	■ Evolución y pronóstico	15
Bulimia nerviosa	5	Evolución de la anorexia nerviosa	15
Formas subsindrómicas y atípicas	5	Evolución de la bulimia nerviosa	16
■ Clínica	5	Evolución de las formas subsindrómicas y atípicas	16
Anorexia nerviosa	5	■ Tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria	16
Bulimia	8	Principios generales	16
Hiperfagia bulímica	9	Anorexia nerviosa/bulimia nerviosa	17
		Hiperfagia bulímica con obesidad	20

■ Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en la adolescencia agrupan clásicamente la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y formas incompletas, diversas y atípicas.

La adolescencia, alrededor de la pubertad, es el período de la vida más propicio para la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Las transformaciones corporales y psíquicas ocupan el centro del problema. En efecto, el cuerpo es el soporte privilegiado del malestar en el adolescente, tal como se desprende de un buen número de consultas médicas, pediátricas y paidopsiquiátricas, por quejas somáticas funcionales, síntomas de aspecto hipocondríaco, pero también ataques al cuerpo como escarificaciones, tentativas de suicidio y consumo de sustancias tóxicas. Los TCA pueden tratarse desde el punto de vista de las conductas de autodestrucción y, de este modo, son una posibilidad para el adolescente de expresar un sufrimiento psíquico a través de su cuerpo. Los TCA también son la expresión de conductas de adicción y de dependencia. En este contexto, trastornos aparentemente opuestos (anorexia, bulimia) están conectados por la misma característica.

Los TCA se caracterizan por una gran heterogeneidad, tanto en el plano de la psicogénesis y la evolución clínica como en el de las consecuencias somáticas: desde las formas leves, rápidamente resolutivas, hasta las formas más crónicas, y desde el estado de desnutrición grave hasta la obesidad mórbida, pasando por algunas formas normoponderales.

Estos trastornos se encuentran en la confluencia de lo somático, lo psiquiátrico y lo social. Aunque el origen psíquico de los trastornos contribuye a su aparición, las consecuencias conciernen a ambos aspectos, somático y psíquico, y en los casos más graves pueden comprometer el pronóstico vital y necesitar hospitalizaciones en servicios clínicos (pediatría, endocrinología) o incluso en cuidados intensivos. Los TCA justifican entonces una cooperación estrecha entre médico general, pediatra y paidopsiquiatra desde que se formula el diagnóstico hasta que se elabora un proyecto de tratamiento, con un ajuste perpetuo en función de la evolución de la patología. Esta cooperación permite una aceptación progresiva de la enfermedad por el joven y su familia y, de este modo, una mayor participación en el tratamiento. En este sentido, la trivialización o la negación del trastorno es usual y a menudo compartida por el joven y su familia, lo cual retrasa el diagnóstico, el tratamiento y las posibilidades de acciones terapéuticas eficaces.

Se han de estudiar de forma sucesiva la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y las formas subsindrómicas y atípicas. También se analizará la cuestión de la obesidad, respecto a la cual hoy se admite que en algunos casos se trata de auténticos TCA.

■ Definición, terminología y clasificaciones

En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) ^[1] de Francia propuso una definición del TCA: «Trastorno de la conducta dirigido a controlar el peso corporal, alterando significativamente la salud física y la adaptación psicosocial, sin ser secundario a una afección médica o a otro trastornos psiquiátrico». En este caso, el trastorno de la conducta no se refiere sólo a la alimentación o a la falta de ésta, sino al conjunto de las conductas alimentarias y estrategias (alimentarias o no) dirigidas a controlar el peso corporal. Por ejemplo, en el caso de un paciente bulímico, puede tratarse de vómitos provocados tras la ingestión de alimentos.

Se prefiere hablar de «conducta» antes que de «comportamiento», pues esta última palabra puede inducir de forma errónea un «a priori de desconexión entre acto y psiquismo» ^[2]. En este sentido, una conducta implica un sujeto, pero un comportamiento no depende de forma sistemática de una subjetividad.

Bajo el título «Trastornos de las conductas alimentarias» se describen principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, a las que se añade la hiperfagia bulímica. Además de estas pato-

Cuadro 1.

Criterios diagnósticos del DSM IV ^[28] (y DSM IV-TR ^[5]) y del DSM 5 ^[4] para la anorexia nerviosa.

Criterios diagnósticos del DSM IV (y DSM IV-TR) para la anorexia nerviosa [307.1]: – negativa de mantener el peso corporal al nivel o por encima de un peso mínimo normal para la edad y la estatura (por ejemplo, pérdida de peso que conduce a mantener el peso en menos del 85% del peso esperado o incapacidad para aumentar de peso durante el período de crecimiento, con el resultado de un peso inferior al 85% del peso esperado) – miedo intenso a aumentar de peso o volverse gordo, aun cuando el peso es inferior a lo normal – alteración de la percepción del peso o de la forma del propio cuerpo, influencia excesiva del peso o de la forma corporal sobre la autoestima o negación de la gravedad de la delgadez actual – en las mujeres pospúberes, amenorrea, es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (una mujer es considerada como amenorreica si las menstruaciones sólo se producen tras la administración de hormonas, por ejemplo, estrógenos)
Especificar el tipo – tipo restrictivo: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, el paciente no ha presentado de forma regular accesos de bulimia ni vómitos provocados o toma de purgantes (laxantes, diuréticos, enemas) – tipo con accesos de bulimia/vómitos o toma de purgantes: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, el paciente ha presentado de forma regular accesos de bulimia y/o vómitos provocados o ha tomado purgantes
Criterios diagnósticos del DSM 5 para la anorexia nerviosa: – restricción de los aportes calóricos y, en consecuencia, adelgazamiento con un peso o una corpulencia significativamente baja con relación a la edad, el sexo, la curva de desarrollo y la salud física – miedo intenso a aumentar de peso o volverse gordo, o conductas persistentes para prevenir el aumento de peso, aun cuando el peso es inferior a lo normal – perturbación de la percepción del peso o de la forma del propio cuerpo, influencia excesiva del peso o de la forma corporal en la autoestima o ausencia persistente de reconocimiento de la delgadez actual
Especificar el tipo: – tipo restrictivo: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, el paciente no ha presentado de forma regular accesos de bulimia ni vómitos provocados o toma de purgantes (laxantes, diuréticos, enemas) – tipo con accesos de bulimia/vómitos o toma de purgantes: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, el paciente ha presentado de forma regular accesos de bulimia y/o vómitos provocados y/o ha tomado purgantes

logías psiquiátricas, existen numerosas formas subsindrómicas en las que la frontera entre el mero trastorno y la auténtica patología es a veces difícil de distinguir. La dimensión de sufrimiento subjetivo y la alteración del funcionamiento social permiten explicar e identificar la dimensión patológica del trastorno.

Las dos clasificaciones internacionales actualmente disponibles para clínicos e investigadores son la CIE-10 ^[3] y el DSM 5 ^[4], de reciente aparición y consecutivo a la última versión traducida: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4.^a edición revisada ^[5].

Cabe señalar que el DSM 5 propone un nuevo título del epígrafe dedicado a los trastornos de la conducta alimentaria: «Feeding and eating disorders». La palabra *feeding*, que aparece por primera vez, sugiere el concepto de «alimentarse y ser alimentado por otro». Por lo tanto, se aplica más al período de la infancia y de la adolescencia en que la conducta alimentaria de los jóvenes está impregnada de actitudes y costumbres alimentarias familiares y, de forma más precoz en la vida, de la actitud materna de alimentar al bebé. Sin embargo, los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones no son específicos de la infancia y la adolescencia, sino aplicables a todas las edades de la vida.

Estas clasificaciones actuales de los TCA incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y algunas formas parciales o menos intensas de anorexia y de bulimia (trastornos de las conductas alimentarias no especificados [TCANE] en el DSM IV-TR) (Cuadros 1 a 4) y anorexia atípica/bulimia atípica en la CIE-10. Cabe señalar que los trastornos de la alimentación referidos a la primera y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131811>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131811>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)