

Adolescencia

SECCIÓN A CARGO DEL *SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ*^a

36 años de experiencia en diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Alimentarios (TA)

ANA MARÍA BONSIGNORE^b

Los trastornos alimentarios, antes llamados de la conducta alimentaria o del acto de comer son patologías mentales que perturban el área de las emociones. Si bien implican el comportamiento alimentario como rasgo más destacado, involucran todas las áreas de la conducta.¹

En la actualidad se considera que los TA son desórdenes biopsicosociales graves que afectan a un gran número de personas; es la tercera causa de enfermedades crónicas en la adolescencia. Suelen comenzar en esta etapa, y surgen mediante la interacción de factores biológico-genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Se caracterizan por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal alterada, acompañados de una muy baja autoestima. Pueden asentarse sobre distintas patologías psicológicas de base, provocando la aparición de mayor o menor gravedad del cuadro.

Si bien estas patologías fueron inicialmente descritas como tales en el siglo XIX, adquirieron entidad propia a partir de la década de los sesenta, considerándose trastornos “modernos” asociados a un excesivo culto al cuerpo y deificación de la delgadez, características de nuestra sociedad actual.^{2,3}

Hasta hace relativamente poco tiempo se desconocía la prevalencia de la Anorexia nerviosa (AN), a pesar de ser la patología más estudiada. Actualmente se considera que uno de cada 8 ado-

lescentes sufrirá algún tipo de patología de origen alimentario.

Su estirpe tenía distintas connotaciones entre las que destacaban la religiosidad y el misticismo. Esto cambia a mediados del siglo XX, en el Simposio de Gottingen, en 1965, donde se elaboraron tres conclusiones básicas:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.⁴

Posteriormente los trabajos de Hilde Bruch en 1973, hicieron hincapié en la distorsión de la imagen corporal.⁵ Russell (1970, 1977), unió las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas, conformando una entidad. Garfinkel y Garner (1982) contribuyeron al establecimiento del modelo vigente de la AN como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.⁵⁻⁷

La Bulimia Nerviosa (BN) si bien está descrita desde la época de los romanos, se conoce menos que la AN. En 1979, Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. La llamó en su momento “bulimia nerviosa”, una variante ominosa de la “anorexia nerviosa”.⁶ Suele ser una enfermedad que pasa más desapercibida, sobre todo en varones, que la consideran vergonzante

a. DRA. LAURA MILGRAM, DRA. ALEJANDRA ARIOVICH, DRA. MARÍA CARPINETA, DR. DOMINGO CIALZETA, DRA. SOLEDAD MATIENZO, DRA. NORA POGGIONE, DR. PABLO POSTERNAK, DRA. MARÍA CECILIA RUSSO, LIC. GABRIELA MAYANSKY, DRA. VALENTINA ESRUBILSKY, LIC. MAIA NAHMOD, LIC. SUSANA TOPOROSI, DRA. BETIANA RUSSO.

b. Médica Pediatra Especialista en Adolescencia. Coordinadora grupo de TCA de la Sociedad Argentina de Nutrición. Ex Médica de planta, Servicio de Adolescencia, HNRG. Contacto: adolescenciahnr@gmail.com



por ser “propia de mujeres”. Esto lleva a hacer el diagnóstico luego de varios años de iniciado el cuadro, trayendo aparejada la cronicidad desde el inicio del tratamiento.

El trastorno por atracones (BED), descrito en la década de 1960 por Albert Stunkard,⁸ toma identidad propia a partir de 2013, con la descripción del mismo en el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales (DSM V).⁹

Por último, los Trastornos evitativos/restrictivos de la infancia (TERIA), que, a pesar de existir como alteraciones o patologías alimentarias de la infancia conocidas por los pediatras, es a partir de 2013, con el DSM V, que se clasifican y toman identidad propia.⁹

Mi primer contacto con TA fue en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG), en agosto del año 1984, en el sector de internación de adolescentes de la unidad 5 de Clínica médica. La paciente fue una AN.

En esa época, cuando se comenzó a ver este tipo de patologías, que resultaban exóticas; tanto que, cuando se internaba alguna paciente, el resto de los médicos del hospital se interesaban y concurrían a ver de qué se trataba. Se conocía parcialmente la etiopatogenia, las complicaciones, secuelas y cuáles eran los mejores tratamientos que debían aplicarse, tanto clínica como psicológicamente.

En 3 o 4 años (1984 - 1987) empezamos a ver cómo se desarrollaban y expandían estas patologías en el resto de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, tanto en adultos donde es más frecuente la BN, como pediátricos, donde es más frecuente la AN.

En un primer momento se consideraba que la AN, sólo era patología femenina, de una cierta clase social y las pacientes se presentaban con ropas grandes para sus cuerpos, impresionando que lo ocultaban con ellas. Al finalizar la década del 1980, la AN empieza a visibilizarse también en los varones, con ciertos rasgos de identidad femenina, con los mismos síntomas y conductas similares a las mujeres. En ese entonces se consideró que el mismo debía tener diferencias en la identidad de género para poder padecer una AN. Hace aproximadamente 15 años, se observó que el varón tenía una disminución de la testosterona, al igual que la mujer el descenso de estrógenos. La disminución de sus hormonas sexuales hace impredecible su identidad de género hasta la recuperación del peso.

Para la misma época, se comenzó a evidenciar un aumento en la aparición de la AN, que se expandió a todas las clases sociales e incrementó la frecuencia en varones, hasta que en la actualidad la proporción es 9/1, mujer/varón.

Durante los '90 se considera otra modalidad en expansión, disminuyó la edad de inicio, al encontrarse AN en pacientes pediátricos y prepúberes y en mujeres perimenopáusicas, lo cual amplió la franja etárea.

Este tipo de AN en pacientes pediátricos suele ser de comienzo brusco, grave de inicio, ya que el paciente no diferencia entre la ingesta de sólidos y líquidos, negándose a cualquier incorporación de los mismos por vía oral. Se deshidratan fácilmente y en general deben internarse por descompensación hidroelectrolítica. Otra peculiaridad que presentan, es que, si bien existe un intenso temor a aumentar de peso y la alteración de la imagen corporal, ésta no es completa y se refiere sólo a una parte de su cuerpo, por igual en varones y mujeres 1/1.^{10,11}

En esa misma década comienza a observarse dentro de los factores desencadenantes un aumento de las patologías familiares graves, cada vez más disfuncionales y una mayor crisis social. Esto condujo a la presentación de pacientes cada vez más graves y con problemáticas difíciles de solucionar, muchas veces excediendo las capacidades médicas desde el punto de vista clínico, psicológico y social.

El agravamiento de la patología continúa hasta la actualidad, donde la pandemia y el consecuente confinamiento empeoraron aún más la situación psicoemocional, tanto personal como familiar, provocando mayor ascenso en la aparición de la patología psicológica de base sobre todo depresión y un agravamiento del comportamiento alimentario anómalo.

Otra peculiaridad interesante es que las pacientes con AN, que se mostraban sumisas escondiendo su delgadez, hasta hace poco más de 10 años, en la actualidad es frecuente que se presenten desafiantes y mostrando su flacura como un galardón.

Desde hace algunos años se están repensando estas patologías, si realmente tienen curación o sólo se logra recuperación de las mismas. Se observan y se conocen más secuelas, además de comportamientos anómalos con la alimentación, luego de recuperados los cuadros y con una estabilización del peso mayor a los 6 meses.

Los más frecuentes comportamientos alimentarios persistentes, en pacientes recuperados o en remisión son:

- Selectividad de alimentos en distintos grados.
- Ingestas controladas.
- Baja ingesta de grasas.
- Disconformidad con la imagen corporal.
- Tendencia a volver a los hábitos restrictivos.
- Adhesión a dietas vegetarianas o veganas, socialmente más aceptables.
- Ejercicios físicos exagerados o extenuantes.¹¹⁻¹³

En cuanto al diagnóstico de las patologías también hubo una evolución en el tiempo. En los primeros años había un subdiagnóstico de las mismas, donde los pacientes deambulaban por distintos consultorios y especialidades sin un médico de cabecera que uniera los distintos síntomas. En la década del '90 y principios del 2000 se comienza a sobrediagnosticar la presencia de TA, debido a ello los pacientes se internaban con diagnóstico de AN y tenían otras patologías, tanto clínicas como psicológicas, desde las más comunes como celiaquía, hasta enfermedades neurológicas o tumorales.

En la actualidad al haberse difundido extensamente el conocimiento sobre los TA, se realiza un diagnóstico más temprano y certero, fundamental para lograr una mejor evolución y evitar secuelas complejas, además de reducir tanto el sobre/ el subdiagnóstico.¹¹ Se observa una modificación de la manera de alimentarse/comer de estas pacientes hacia formas mejor aceptadas socialmente como vegetarianismo o veganismo. Se considera que un tercio de las personas que adoptan el veganismo son TA que han modificado su conducta.¹⁴⁻¹⁵

Por último, es importante describir los cambios que hubo en cuanto a la terapéutica. En un comienzo se actuaba multidisciplinariamente, con aportes de cada especialidad y comentario sobre el tratamiento que cada uno utilizaba. Más adelante por experiencia propia y referencias bibliográficas, se consideró que esta modalidad era insuficiente y se conformó un equipo interdisciplinario clínico, psicológico y social.

Reuniones semanales, ateneos y pases conjuntos, fueron las formas de trabajo que se mantienen hasta la actualidad.

Hay diferentes tipos de internación:

- Internación domiciliaria
- Hospital de día
- Internación clínica
- Internación psicopatológica.

- Internación diferenciada o integral o conjunta.

El equipo siempre trabajó con esta última modalidad, ya que considera que es la que permite lograr buenos resultados, pues al realizar la tarea en forma conjunta e intensiva involucra al paciente y su familia, además del entorno social, logrando un mejor y más rápido abordaje. El promedio de internación varía entre 15 días a dos meses.

Se establecieron criterios de internación y de alta.

Criterios de internación

- Desnutrición mayor del 30%. Correspondiente a un IMC igual o menor a 14.
- Bradicardia significativa. Fc: <50 latidos por minuto.
- Hipotensión arterial. TA sistólica < 70 mm Hg.
- Deshidratación y/o alteraciones hidroelectrolíticas.
- Falta de continencia familiar.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Conductas autoagresivas.
- Factores sociales.

Criterios de alta de internación

- Recuperación de peso.
- Mejoría de hábitos nutricionales.
- Cambios en el funcionamiento familiar.
- Presencia de adulto responsable.
- Toma de conciencia de la enfermedad.

En cuanto al manejo clínico de la enfermedad también se fue modificando y adquiriendo experiencia.

Los distintos recursos utilizados fueron: alimentación vía oral, alimentación por SNG continua o por gavage total o parcial; de acuerdo a cada paciente y manteniendo la alimentación artificial el menor tiempo posible. Se utilizan suplementos y complementos alimentarios de acuerdo al requerimiento de cada paciente.

La aparición de psicofármacos fue un capítulo aparte, en un principio hubo resistencia a su utilización o bien se desechaba la idea de su utilidad. Luego ocurrieron excesos en el uso de los mismos. Actualmente se aplican en caso de ser requeridos, con el objetivo de aliviar algún síntoma o mejorar la patología de base.

En la década del 90 se implementó el Hospital de Día de Salud Mental en el HNRG, lográndose



agilizar las internaciones; ya no era necesario internar algunos pacientes, además se abre la posibilidad de otorgar a posibles altas más tempranas. Así mismo a esa metodología se incorporó la actuación conjunta de la interdisciplinaria.

A medida que se fueron complejizando los pacientes y apareciendo una mayor gravedad en las familias y situaciones sociales, ya no fue suficiente solo con la interdisciplina por lo que se recurrió a la transdisciplina, con juzgados de familia y penales.¹⁶⁻¹⁹

CONCLUSIONES

Es interesante destacar las siguientes:

- Los TA están en aumento, tanto en etapa pediátrica como en adolescentes.
- Las formas de presentación de los mismos están en constante cambio.
- La gravedad y complejidad de los pacientes y sus familias es mayor, así como el agravamiento de los conflictos sociales.¹⁵

La internación diferenciada o integral o conjunta es la que permite mejores y más rápidos resultados.

- Es un modelo artesanal reproducible.
- Las entregas deben ser personalizadas.
- Requiere iniciativa, compromiso activo e interdisciplinar.
- No es necesaria la presencia de alta complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lenoir M, Silver T. Anorexia Nerviosa en niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatr* 2006;104(3):253-60.
2. Jeammet P. Anorexie Mentale. En: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, París, Psychiatrie, 37350 A 10 et a 15, 2- 1984.
3. Baile Ayensa J, González Calderón JM. Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicol Iberoam* 2010;18(2):19-26. ISSN 1405-0943.
4. Jaques Eduard Meyer Anorexia nervosa: Symposium am 24.-25. April 1965 in Göttingen Ed. Stuttgart George Thieme, 1965.
5. Bruch H. La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa. Edit. Paidós. Buenos Aires, 2002.
6. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9 (3): 429-48.
7. Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa. A multidimensional perspective. New York. Brunner/Mazel. 1982.
8. Albert J. Stunkard, Andrew Baum (Eds.): *Perspectives in Behavioral Medicine – Eating, Sleeping, and Sex*. 1st edition. Psychology Press, Hove, UK 1989.
9. American Psychiatric Association. DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^{ta} Edición. Editorial Panamericana. 2014.
10. Lyon M, Chatoor I, Atkins D, et al. Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence* 1997;32(125):101-11.
11. Behar Astudillo R. El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2020;58(2):171-85.
12. Almenara Vargas C. Trastornos de la alimentación en la infancia. *Persona* 2005;8:187-201.
13. Betancourt L, Rodríguez M, Gempler J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica* 2007;48(3):261-76.
14. Tomba E, Tecuta L, Crocetti E, et al. Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2019 Jul; 52(7):759-76.
15. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):438-43.
16. Brignardello J, Heredia L, Paz Ocharán M. Food knowledge of Chilean vegetarians and Vegans. *Rev Chil Nutr* 2013;40(2):129-34.
17. Bonsignore AM, Posternak P. Nuestra experiencia de 25 Años de Trabajo en internación de adolescentes en una sala de clínica pediátrica. *Rev Hosp Niños BAires* 2010;52(239):512-17.
18. Vásquez N, Urrejola P, Vogel M. Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Rev Med Chile* 2017;145(5):650-6.
19. Grange D, Lock J, Loeb K, et al. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43(1):1-5.