



IX Congreso
Internacional
Salud e
Desarrollo de
Adolescentes
e Jovenes

SPAJ

LIMA 23 al 25
agosto 2012



Trastornos alimentarios en el adolescente varon

Pascoal Moleiro, Portugal

moleirop@gmail.com

Secção de Medicina do Adolescente
Sociedade Portuguesa de Pediatria



resumen

- Vamos a reflexionar sobre:
 - Clasificación de los trastornos alimentarios (TCA)
 - La epidemiología en general y entre los hombres y los varones
 - Las dificultades de diagnóstico en varones
 - Las diferencias de género
 - Posible enfoque de varones con TCA





introducción

- **1689, Richard Morton:** describió el 1º caso de la anorexia nerviosa (“nervous consumption”) en un adolescente de 16 años, junto con otro caso en las mujeres.
 - **1764, Robert Whytt:** publicó un estudio de caso de un niño de 14 años de edad, que alternaba las conductas anoréxicas y bulímicas.
 - **1790, Robert Willam:** describe en una publicación la muerte de un niño que tenía 78 días de ayuno
 - **1874, William Gull:** describió un caso de anorexia nerviosa en un paciente de sexo masculino
- 



introducción

- De Gull hasta los años 70 del siglo XX: el diagnóstico de los trastornos alimentarios en los hombres fue "olvidado" en parte en parte porque fue asignado a las mujeres estas enfermedades
- 1978, Brunch: llamó anorexia nervosa ", una nueva enfermedad" y, aunque la definición de lo que afecta a "las hijas de familias exitosas", reconoció que el varón se ve afectado

• Hoy en día se sabe que afecta a ambos sexos y sin tener en cuenta la situación socioeconómica etnia o país.





clasificación de los trastornos alimentarios (DSM IV)

- La anorexia nerviosa
 - Tipo restrictivo sin atracones ni purgas.
 - Tipo compulsivo / purgativo con atracones y/o purgas.
- La bulimia nerviosa
 - Tipo purgativo
 - Tipo no purgativo
- Trastorno alimentario no especificado
 - Incluir vigorexia, masticar y escupir (rumiar)?





limitaciones de la clasificación de los trastornos alimentarios (DSM IV)

- Criterios similares en: adultos vs niños /adolescentes; femenino y masculino
- Criterios cognitivos
 - “miedo a engordar”.
 - “distorsión de la imagen corporal”
 - ...
- Rigidez en:
 - los valores antropométricos (ej. en el % de pérdida de peso)
 - frecuencia de los eventos (ej. el número de episodios de vómitos, atracones de comida por semana)
 - la presencia de amenorrea





clasificación de los trastornos alimentarios: las nuevas tendencias

- Criterios cognitivos ⇒ Criterios psicológicos y del comportamiento
 - rechazo de la alimentación
 - conductas compensatorias
 - la incapacidad para crecer e iniciar la pubertad
- Criterios com relación con la fisiología del ayuno y baja ingesta
 - En un estudio australiano en niños y adolescentes de 5 a 13 años:
 - sólo el 51% había criterios TCA (DSM IV)
 - pero el 61% tuvo complicaciones potencialmente mortales secundarias a la desnutrición.





epidemiología

- La prevalencia en la población general:
 - Anorexia nerviosa 1%
 - Bulimia nerviosa 4%
 - Trastorno alimentario no especificado 10%
 - TCA en el varón adulto
 - Generalmente H: M es 1:10 (1:6-1:20)
 - Entre los hombres la bulimia es más común que la anorexia
 - La edad de inicio de los trastornos alimentarios en los hombres
 - Algunos autores no describen diferencias
 - Otros autores encuentran la aparición de la enfermedad a edades más avanzadas (18-26 años vs 15-18 años femenino)
- 



epidemiología

- En 491 adolescentes de 14-18 años, con índice de masa corporal adecuada, el 46,2% tenían un cambio en los comportamientos alimentarios
 - 16,3% similar a los de AN y de éstos el 26% eran varones (M: F 1:4)
 - 17,1% similar al de la BN, sobre todo en los mayores (ambos sexos) y el 34% en los varones (relación H: M 1:3)
 - TCA en adolescentes varones
 - 8 a 12 años: 16,5% - 22,5%
 - 13 a 19 años: 7,8% - 10,1%
 - Anorexia nerviosa (M:F) pre-púberes 6:14 y púberes 1:19
- 



TCA en la Consulta de Medicina del Adolescente (Leiria, 2005_2012)

- **68 adolescentes con PCA** **1 ♂ : 6,8 ♀**
10 varones (15%)

PCA	n (♂)	%	n (♀)	%
Anorexia nervosa	4	40	15	25,8
Bulimia nervosa	0	0	5	8,6
PCA SOE	6	60	38	65,6

	♂	♀	p
Edad de inicio de la clínica (años)	14,1 +/- 1,3	13,8 +/- 1,7	ns
Edad a la 1ª consulta (años)	15,4 +/- 1,4	14,5 +/- 1,7	ns
Demora media a la consulta (años)	1+/-1,2	0,6+/- 0,5	ns





Los estudios sobre la prevalencia de TCA en los chicos

- La enfermedad comienza en las formas subclínicas en la infancia y la adolescencia
- Podemos hablar de un continuo de TCA en las diferentes etapas de crecimiento más que en categorías estancas de la enfermedad
- Aunque con una menor prevalencia que en las mujeres, las formas parciales de TCA parecen disminuir la diferencia de género en la prevalencia





factores de “dificultad diagnóstica”

- El no reconocimiento de la enfermedad, sobre todo en los varones
- La no inclusión de los varones en los estudios de TCA por el número aparentemente reducido de casos
- Según el caso:
 - muestras clínicas o población;
 - las definiciones y las variables incluidas en los diferentes estudios;
 - los instrumentos de evaluación.





factores de “dificultad diagnóstica”

- La falta general de acceso a la atención de la salud y en particular por el varón
 - La enfermedad es vista como femenina, lejos de los niños y los hombres para recurrir a la atención de la salud (fue estigmatizado como una enfermedad de las niñas)
- La demanda de ayuda más adelante, puede explicar la presentación más severa en los chicos





WHO European Region's series

"Young people's health as a whole-of-society response"

- La serie:
 - Aborda el **género como un determinante clave de la salud de los adolescentes**
 - Muestra que **las diferencias y desigualdades de género afectan la enfermedad, la salud y el bienestar de niñas y niños**
 - incluye bienestar emocional y social, las enfermedades crónicas y discapacidades, el embarazo adolescente, el VIH / ITS, el sobrepeso y la obesidad, la violencia, lesiones y abuso de sustancias.



El TCA y el adolescente varón - diferencias del género?

- La presentación general pueden ser similares entre los dos géneros, incluyendo:
 - la psicopatología
 - la edad de inicio
 - las características premorbidas
 - La comorbilidad psiquiátrica
 - La influencia de los padres y de los medios de comunicación



pero hay diferencias



El TCA y el adolescente varón - diferencias del género

- Los cuestionarios para la evaluación de TCA en la práctica clínica y la investigación están estructuradas y normalizadas al género femenino (ej. Inventario de Trastornos de la Alimentación-2) y son menos reproducibles en los varones (adulto o adolescente)
- Los niños:
 - Obtienen menor puntuación en los artículos la plenitud gástrica, la preocupación en el comer social o en secreto
 - Tienen menos preocupación por ser delgado, en el propio peso, y tener un vientre plano





El TCA y el adolescente varón - diferencias del género

- La menor preocupación de los niños en el peso puede estar relacionado con una menor presión social por un peso ideal
- La menor preocupación en la alimentación social y el secreto puede estar relacionado con el mayor peso social que tienen los hábitos alimenticios en las mujeres
- Los varones están más preocupados en las áreas del cuerpo: hombros, caderas, muslos (hipervalorizadas en adolescentes con anorexia nerviosa); desean tener un "estómago musculado" (no liso)





El TCA y el adolescente varón - diferencias del género

- La distorsión de la imagen corporal parece cualitativamente diferente entre hombres y mujeres adolescentes
 - menos preocupados con los pesos exactos o tamaños de la ropa
 - más centrado en la obtención de una determinada forma idealizada del cuerpo masculino
- Alrededor de la mitad de los niños con trastornos de la alimentación tienen el deseo de tener más volumen / masa muscular (las chicas quieren ser más delgadas)
- Ellos tienen más vómitos (dependiendo de los estudios)





TCA en la Consulta de Medicina del Adolescente (Leiria, 2005_2012)

- Baja prevalencia de la TCA en los hombres (similar a la literatura)
- Más frecuente TCA no especificado (~ 60% y en ambos sexos)
- Los hombres (frente a mujeres):
 - Aumento de retraso en la consulta
 - Distorsión de la imagen corporal más frecuente
 - Mayor porcentaje de jóvenes con peso <meta del 85% del peso
 - El mayor uso de la actividad física como una conducta compensatoria (conducta compensatoria única)
 - Menor incidencia de síntomas somáticos
 - El aumento de abandono en la consulta





Factores de riesgo para los trastornos alimentarios

Factores de los padres

- complicaciones en el parto
- conflictos con el niño para comer
- obesidad de los padres
- bajo grado de contacto con los padres
- altas expectativas de los padres
- padres muy ansiosos
- el alcoholismo / adicción a las drogas de los padres
- disfunción familiar

Los factores individuales

- obesidad
- creerse en sobrepeso
- ansiedad
- perfeccionismo
- la enfermedad obsesivo-compulsivo
- las dificultades neurocognitivas y los problemas sociales
- baja autoestima
- dietas crónicas





Los factores de riesgo de TCA en los adolescentes varones

- La obesidad
 - Habrá más obesidad y mayor duración en los varones
 - Estos chicos tienen prácticas compensatorias, abuso de sustancias y más depresión
 - Estudio que incluyó a 6728 adolescentes escolares de 5 a 12 años:
 - Varones: 20% hecho dieta, 7% "disordered eating";
 - Más en los varones obesos y con el mayor % del consumo de alcohol, drogas y de baja autoestima, depresión y ideación suicida
 - Influencia social: figuras masculinas con cuerpos esculturales
- 



Varones con anorexia nerviosa

- La participación en el deporte: factor de riesgo (36,7% frente al 13% fem), más común en los atletas (50% niños vs 24% niñas)
- Busca en los varones de un buen rendimiento:
 - con hiperejercicio, ayuno prolongado, vómitos, abuso de sustancias ilícitas (los esteroides y las píldoras para adelgazar)
- Mayor porcentaje de abuso de sustancias y enfermedad mental
- Pueden tener taquicardia, signos de insuficiencia cardíaca congestiva, la atrofia cortical en la TC
- Falta de interés sexual (asexuados)





Varones con bulimia

- Mayor prevalencia de la obesidad pré-mórbida
- Más peso al momento del diagnóstico y menos preocupación por las conductas bulímicas y control de peso, comer grandes cantidades con episodios bulímicos
- El aumento de la comorbilidad en el abuso de sustancias y la depresión; más perfeccionismo
- Un porcentaje más alto de la homosexualidad y la bisexualidad en los adultos (en chicos: no por eso “etiquetalos” de gay/bisexuales)





¿Cuál seria el enfoque de género, en el chico con TCA?



Decálogo de enfoque de varones con TCA

1. No estigmatizar los TCA como una enfermedad del género femenino
 - afecta a ambos sexos, independientemente de la situación socioeconómica, la etnia o el país (la prevalencia ~ 10% parece ser subestimada).
 2. Elevar el nivel de sospecha, pensando que el TCA se inicia en la infancia y la adolescencia (a veces en formas subclínicas) y hay una continuidad en las diferentes etapas de crecimiento hasta la edad adulta.
- 



Decálogo de enfoque de varones con TCA

3. El TCA SOE también predomina en los varones adolescentes:
 - flexibilizar criterios diagnósticos (ej. DSM IV) y valorizar aspectos tales como la pérdida de peso, incluso con índice de masa corporal / peso normal, las conductas compensatorias (rechazo a comer, disminución de la ingesta, el aumento de ejercicio físico), la incapacidad de crecer y comenzar la pubertad.
2. Incluir en los muchachos "formas especiales de TCA":
vigorexia, ortorexia, drunkorexia,





Decálogo de enfoque de varones con TCA

5. La distorsión de la imagen corporal parece cualitativamente diferente entre el género masculino:
 - menos preocupados con los pesos exactos o tamaños de la ropa; más centrado en la obtención de una determinada forma idealizada del cuerpo masculino; el deseo de tener más volumen / masa muscular y el abdomen en “tabla de chocolate”
 6. Principales factores de riesgo para los chicos:
 - la obesidad (por mucho tiempo y varios intentos de dieta), la participación en los deportes (++ en los atletas), la orientación sexual (homosexual / bisexual); la influencia social con una apreciación de las figuras masculinas con los cuerpos esculturales
- 



Decálogo de enfoque de varones con TCA

7. Buscar por concomitancia y en mayor proporción, el abuso de sustancias, enfermedad mental (como depresión), los rasgos de perfeccionismo, los posibles factores de abandono a la consulta (aceptación personal o parental de la enfermedad)
 8. A pesar de poseer una menor incidencia de síntomas somáticos, investigarlos
 9. Por el menor porcentaje de masa grasa fisiológica, puede tener síntomas físicos como taquicardia, insuficiencia cardíaca congestiva
- 



Decálogo de enfoque de varones con TCA

10. En los hombres, en lugar de un enfoque centrado en la alimentación, parece mejor un enfoque interpersonal

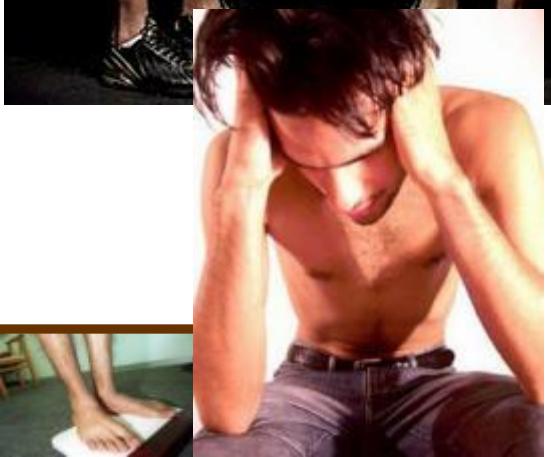
- Reconocer la existencia de cuerpos con diferentes tamaños y formas
 - Aceptar nuestro cuerpo como parte de nuestra individualidad y desmitificar el cuerpo masculino en V fomentado por la sociedad
 - Centrarse en las cualidades ajenas a la apariencia, fomentando la asertividad en la relación a los comentarios sobre el cuerpo;
 - Respetar los cuerpos masculinos y rasgos de personalidad que no cumplen con las normas estandarizadas para los hombres
- 



Repercusiones del Decálogo para los profesionales sanitarios



Cualquier Profesional de la Salud debe ser consciente de estos “mandamientos” sobre los TCA en varones para permitir un diagnóstico y tratamiento precoz.



MANOREXIA

The camera adds ten pounds





bibliografía

- Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desfio diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr 2002;24 (Supl III):73-6
 - Muise AM, Stein DG, Arbess G. Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Adult Literature. Journal of Adolescent Health 2003; 33:427-35
 - Darcy AM, Doyle AC, Lock J, et al. The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: how does it compare to adolescent females? Int J Eat Disord 2012; 45:110-114
 - Robinson A, Boachie A. Assessment and Treatment of Pediatric Eating Disorders: A Survey of Physicians and Psychologists. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012 Feb; 21(1):45-52
 - Núñez-Navarro A, Agüera Z, Krug I, Jiménez-Murcia S, et al. Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? Eur. Eat. Disorders Rev. 20 (2012) 23-31
 - Salas F, Hodgson MI, Figueroa D, Urrejola P. Características clínicas de adolescentes de sexo masculino com trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. Rev Med Chile 2011;139: 182-188
 - Hudson L, Court A. What paediatricians should know about eating disorders in children and young people. J Paediatr Child Health, 2012 Mar 7, 1440-1754
 - Rosen DS and The Committee on Adolescence. Clinical Report- Identification and management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics 2010; 126:1240-53
 - World Health Organization, Regional Office for Europe. Gender Tool - European strategy for child and adolescent health and development. 2007
 - World Health Organization, Regional Office for Europe. Evidence for gender responsive actions to prevent and manage overweight and obesity – Young people's health as a whole-of-society response. 2011.
 - Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. Am J Psychiatry 1997 :154:8
 - Rome ES. Eating Disorders in Children and Adolescents. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2012.:42:28-44
 - Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-V. Eur Eat Disorders Rev 2010;18:79-89.
 - Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo AI et al. Prevalence of eating disorders in early adolescent students. Acta Esp Psiquiatr 2010;38(4):204-11.
 - Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos de prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva 2012;17(4):1071-7.
 - Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. Am J Psychiatry 2001;158:570-4.
 - Casanova T, Santos P, Figueiredo C, Silveira A. Anorexia Nervosa: proposta de linhas orientadoras. Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediatr Port 2009;40(3):133-5
 - Bacalhau S, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes: o que procurar? Acta Med Port 2010; 23: 777-784
 - Peebles R, Wilson J, Lock J. How Do Children with Eating Disorders Differ from Adolescents with Eating Disorders at Initial Evaluation? J Adolesc Health, 2006;39(6):800-5
 - Boulé, C. J., & McSherry, J. A. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? Can Fam Physician 2002 Nov;48:1807-13
- 