



**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 William:** 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 nerviosa ", 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 \Rightarrow 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

10 varones (15%) $\xrightarrow{\quad}$ 1 ♂ : 6,8 ♀

| 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 varon - 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 varon - 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 varon - 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 varon - 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)





¿Cual 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 genero 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 cardiaca 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 desafio diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr 2002;24 (Supl III):73-6
- Muise AM, Stein DG, Arbess G. Eating Disorders in Adolescents 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, 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 transtornos 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 Paediatr 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

