

# Trastornos Alimentarios



**PROF ADJ DRA IRENE GARCÍA MAGGI  
CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA  
UDELAR -URUGUAY**

# Importancia del tema



- Trastornos graves
- Requieren un abordaje en interdisciplina
- Difícil tratamiento
- Comprometen gran monto de energía
- Ponen a prueba la capacidad profesional pero también psíquica y afectiva del equipo
- Difíciles muchas veces de diferenciar de conductas alimentarias dentro de normalidad
- Reveladores de los cambios sociales y familiares.
- Cuestionan las nuevas conceptualizaciones en el campo de la psiquiatría.

# Normalidad vs Patología



## Adolescentes de 11 -18 años (Francia):

- 30% ♀ se ven gordas / 11% ♂
- 43% lucha por el peso
- 15 % siguen una dieta

# I) Anorexia Nerviosa: criterios diagnósticos



- Restricción activa de la alimentación
- En 9/10 casos afecta ♀ de 13-14 y 16-17 años
- Tríada: Anorexia

Adelgazamiento: peso 85 % o  $IMC \leq 17.5$

Amenorrea (enmascarada por ACO)

- Alteración de la imagen corporal (20% lo niegan)
- Síntomas asociados: Hiperactividad, hiperintelectualización, desinterés afectivo y sexual, control de peso.

## II) Anorexia Nerviosa: criterios diagnósticos



- Control de peso:
  - Vómitos provocados
  - Hiper ejercicio
  - Diuréticos
  - Laxantes
  - Hormonas tiroideas
- En 50 % de los casos episodios bulímicos

# Bulimia: criterios diagnósticos



- Mujeres entre 18-20 años
- Vulnerables: soledad, aislamiento, retraimiento, depresión
- Sentimientos de vacío → consumo exagerado de alimentos en forma impulsiva → vómitos(80-90%)
- 1/3 uso de laxantes
- En 30 % sobrecarga ponderal
- 20-30% antecedentes de Anorexia Nerviosa

# Epidemiología



- 0,9-2,2 % de la población general femenina
- 0,25-0,3 % de los hombres
- Formas subsindrómicas: 2-3 veces más frecuentes. Factor de riesgo para el desarrollo de trastornos físicos y psíquicos en la adultez.
- Continuum y alternancia entre AN,B y SS
- Cuanto menor es el tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta mejor pronóstico.
- Sólo 50% de las anoréxicas son tratadas.

# Primeras Consultas



- Amenorrea, constipación, sensación de frío, fracturas de fatiga, etc.
- El aspecto psicológico en general no es evocado.
- Demanda de la familia contrasta con indiferencia del paciente.
- Adelgazamiento +IMC bajo+ deseo de adelgazar o ausencia de percepción de delgadez → pensar en Anorexia Nerviosa



# Índices que orientan el diagnóstico



- Rigidez en la restricción alimentaria
- No toleran desvíos
- Culpabilidad y ansiedad si infringe
- Sistematización
- Acentuación rápida de la restricción
- Importancia de la comida y del peso en la vida
- Rituales alimentarios

# Anorexia y Bulimia



- Capacidad propia de la especie humana de desviar funciones básicas de supervivencia (hambre, sed, sexualidad) de su fin natural, biológicamente determinado , pervirtiendo su sentido y otorgándoles un nuevo fin.

# Pérdida de libertad interna



- Vivencia de dominio: posibilidad de vivir sin comer
- Encierro en la conducta ritualizada y automática
- Sin posibilidad de creación
- Destructividad y muerte

# Trastornos de Dependencia



- Toxicomanía sin droga
- Adicciones comportamentales
- Conductas adictivas que tienden a auto-reforzarse
- Reorganizan el funcionamiento psíquico
- Adquieren curso evolutivo propio

# Dependencia



- Proceso de regulación del equilibrio del sujeto a través del comportamiento .
- Expresión de una vulnerabilidad.
- Pedinelli: Búsqueda ávida de un objeto, su repetición, la utilización riesgosa del cuerpo, la búsqueda de satisfacciones inmediatas y la proximidad de la muerte y de la destrucción.

# Bases Biológicas



- Rol de la secreción de beta endorfinas cerebrales en la autoperpetuación de estas conductas
- Integración en el campo de las Toxicomanías
- Modalidad particular de relación del hombre con sus actividades

# Factores biológicos



- Circuito de recompensa: Dopamina .
- Neuronas dopaminérgicas del tegmentum ventral contienen receptores opiáceos que pueden modular la transmisión de dopamina hacia las zonas mesolímbicas.
- Drogas: la liberación de Dopamina en el SNC genera la necesidad de mantener la autoadministración.
- Fuerte sensación de satisfacción pero también, en algunas personas, un disfuncionamiento del circuito de recompensa.

# Adicciones: Dimensiones psicopatológicas comunes



- Vulnerabilidad depresiva
- Búsqueda de sensaciones corporales en detrimento de la vida afectiva
- Alexitimia: dificultad en captar estados afectivos, pobre imaginación, tendencia a la actuación, pensamiento concreto, dificultad en diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- Antecedente de alteraciones vinculares tempranas:
  - 78% (n=53) alteraciones alimentarias de lactantes. Dra C M de Bagattini 1998



# Trastornos Alimentarios



- **El problema de estas pacientes no es la comida:** los tratamientos nutricionales aislados están condenados al fracaso
- **Problemática centrada en:**
  1. Identidad sexual femenina
  2. Vulnerabilidad depresiva
  3. Tendencia al autorreforzamiento de la conducta

# I) Identidad sexual femenina



- Restricción de la sexualidad
- Intolerancia a los cambios corporales: Amenorrea
- Dificultades en separación de principales figuras afectivas: “La dependencia con la madre se manifestará en toda su destructiva intensidad”. Brusset
- Dependencia
- Alteración en percepción de los límites corporales: distorsión de imagen corporal
- Confusión en el vínculo con otros
- Antecedentes de abuso sexual en 20-50%

# Amenorrea



- El DSMV elimina este criterio de la descripción clínica.
- Permite una aproximación comprensiva de la anorexia nerviosa en la adolescencia.
- Cristaliza la problemática de estas pacientes
- Valor simbólico de la menstruación:
  - Acceso a la femineidad
  - Acceso a sexualidad genital actuada

# Amenorrea



- No es percibida como un problema
- Precede en 1/3 de casos a la disminución de peso
- 13 a 30% persiste más de 6 meses a 1 año después del incremento ponderal.
- Insuficiencia gonadotropa hipotalámica, retorno a perfil hormonal prepuberal, disminución de LH y FSH séricas : funcional y reversible.
- Complicaciones crónicas ligadas a la amenorrea:
  - Osteoporosis
  - Infertilidad

# Amenorrea



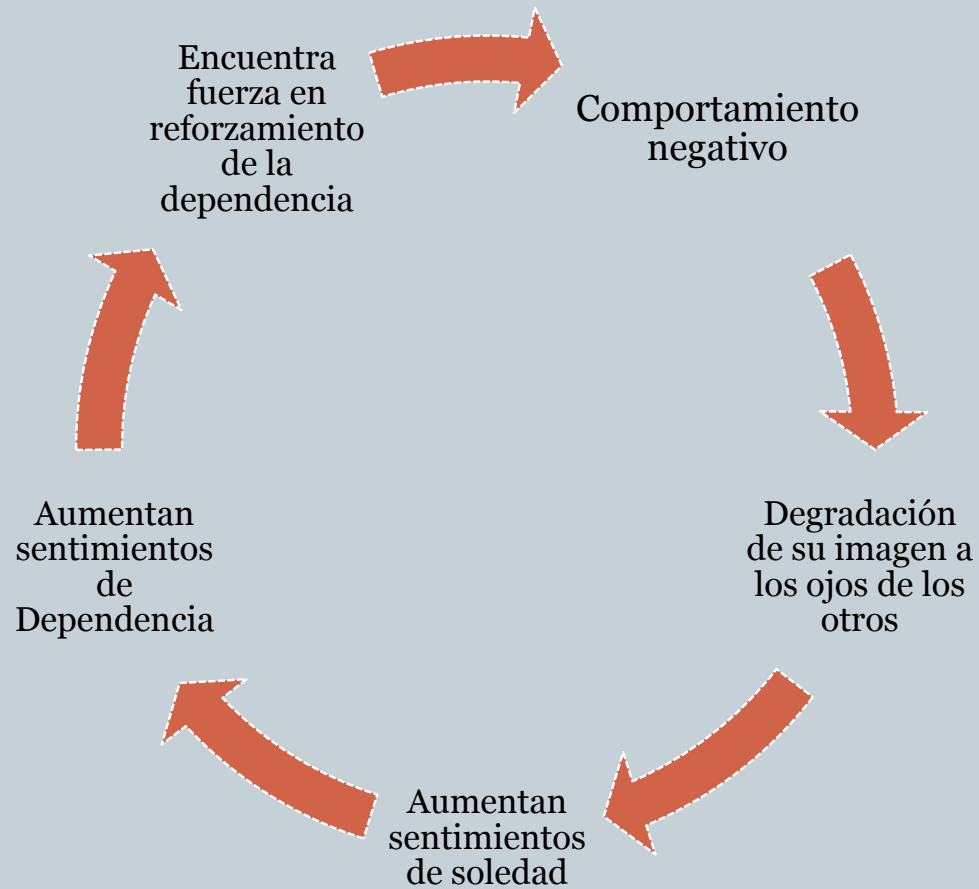
- Control de lo que sale del cuerpo.
- Resistencia a la sucesión de generaciones
- Evitación del conflicto
- Mantener el lugar infantil en relación a los padres
- Rechazo al cuerpo femenino para diferenciarse de la madre.

## II) Vulnerabilidad Depresiva



- Como Trastorno del Estado de Ánimo o como tonalidad de base
- Traza de experiencia depresiva pasada sin que exista objetivación de una depresión actual
- Diferenciar de consecuencias de la desnutrición
- Conductas adictivas como automedicación frente a sentimientos depresivos o vivencias de vacío

# III) Autorreforzamiento: Funcionamiento Toxicomaniaco



# Evolución: riesgos de la cronificación



## Anorexia

- Patología grave
- Repercusiones orgánicas de la desnutrición crónica: trastornos del crecimiento (en pre y peri pubertad) caída prematura de dientes, osteoporosis, disminución de expectativa de vida, etc. (15-20%)
- Mortalidad: 7-10%: 50 % desnutrición, 24% suicidio





- 60-80 % retoman el peso y una alimentación próxima a la normalidad
- 70% recuperan ciclo menstrual y posibilidad de procreación
- En aproximadamente la mitad: recaídas
- Daños psicológicos graves e invalidantes:
  - 25-50 % trastornos psicológicos severos(TOC, fobias, invalidez afectiva, restricción de capacidades y potencialidades
  - 2/3 evolución a la Bulimia

# Bulimia



## Evolución más caótica:

- episodios de remisión de duración variable,
- mayor frecuencia de IAEs,
- complicaciones somáticas más severas: hipopotasemia, osteopenia, complicaciones renales, cardiovasculares y digestivas.
- 30% Dependencia y abuso de sustancias (OH y/o drogas)

# Comorbilidad



- No es igual a co-ocurrencia
- Síntomas ligados a estructuración psicopatológica subyacente
- Discriminar entre trastornos primarios que favorecen la adicción y trastornos psiquiátricos secundarios a sus efectos
- 60-80 % Episodio Depresivo Mayor
- 20% Trastornos de Ansiedad

# Tratamiento



- Retorno a la alimentación: recuperación nutricional
- Psicoterapia global: incluye a la paciente y la familia

# Tratamiento



- Equipo interdisciplinario
  - Límite
  - Escucha
  - Creatividad
  - Sostén
  - Lucha
- Abordajes multimodales complementarios con un coordinador que dirige y trabaja con realidad externa.

# Tratamiento



- **Concepciones compartidas: Concepto de adicción**
  - No es suficiente con las explicaciones acerca del daño
  - Proceso de regulación del equilibrio interno a través del comportamiento
  - El síntoma alivia, función autoterapéutica y antidepresiva, "procedimiento de autocuración"(Joyce Mc Dougall)
  - Interesarse por la paciente puede ser más importante que el medio de hacerlo.

# Medidas terapéuticas



## Tres órdenes

- Alimentación y repercusiones orgánicas
- Personalidad subyacente: transnosográficos
- Abordaje familiar: alianzas familiares/ boicot

# Tratamiento Farmacológico



- No hay tratamiento específico
- Antipsicóticos: sedativo, distorsión de la imagen corporal roza lo psicótico
- BZD: ansiedad anticipatoria
- ISRS: obsesividad, ansiedad y estado de ánimo



# Hospitalización



- Recurso en un momento crítico con agravamiento del estado físico de la paciente, con riesgo de vida y donde han fracasado los tratamientos ambulatorios.
- En 90% de los casos ,en adolescentes ,la hospitalización por si misma tiene un efecto movilizador sobre la conducta alimentaria.

# ¿Cuándo Hospitalizar? (Apfelbaum)



- Adelgazamiento rápido e importante ( $> 25-30\%$  de peso).
- Agotamiento físico referido por la propia paciente.
- Presión arterial sistólica inferior a 90mm Hg, y diastólica inferior a 50 mmHg .
- Bradicardia inferior a 50/minuto.
- Hipotermia
- Trastorno de la vigilia o de la conciencia.
- Apatía, postración.

# Otros criterios (Fernández-Turón)



- **Complicaciones psíquicas:** Depresión severa con alto riesgo de suicidio , desadaptación social o crisis familiares intensas y frecuentes.
- **Mala respuesta al tratamiento ambulatorio:** complicaciones físicas, o trastornos afectivos con riesgo suicida.
- **Mala adherencia al tratamiento.**
- **Dificultades en la accesibilidad geográfica.**

# Hospitalización: Objetivos



- Cuidados de la integridad física
- Recuperación del estado nutricional
- Separación del medio familiar y social.
- Promover la creación de vínculos nuevos y diversos

# Plan terapéutico



- Encuadre institucional: continente, sostén, Ley, límite.
  - En 90% de los casos efecto movilizador sobre la conducta alimentaria
- Contrato de peso: por encima de los deseos del paciente, su familia y el equipo.
- Realimentación
- Control de parámetros vitales
- Entrevistas: prioridad al sostén narcisista, reforzamiento de capacidades, restauración del placer sobre la interpretación de conflictos.

# Principio fundamental del tratamiento



Todos los actores deben compartir un mínimo de comprensión en común sobre el sentido de estas patologías, sino vamos a caer en las trampas que nos plantean estas pacientes, en oposiciones entre unos y otros y evidentemente las que pierden son las pacientes.

# Tiempo de internación



- Promedio entre 40-140 días
- Reingresos: 25-35 % adultos  
63% adolescentes  
82% menores 14 años
- Variables de éxito parecen más vinculadas a la paciente.
- Discutido: peso de alta, peso de ingreso, edad, tiempo de evolución, psicopatología

# Tratamiento estroprogestágeno



- Discutido
- Pueden dar la falsa idea de una aparente resolución de las complicaciones de la Anorexia.
- Pueden favorecer la negación o banalización del trastorno
- Riesgo de aceleración prematura del crecimiento en menores de 15 años.
- Con frecuencia mal tolerado por efectos secundarios. Abandono en 50 % de los casos
- **Importante definir su lugar en función de criterios biológicos y condiciones psicológicas .Prescripción a distancia del cuadro agudo.**



# Factores de mal pronóstico



- Retardo en el tratamiento
- Relaciones familiares difíciles
- IMC < 13 al inicio del tratamiento
- Asociación con trastorno de la personalidad
- Número y duración elevada de internaciones