

Comer y beber: entre la normalidad y el exceso

Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes

Hilde Schmitz-Krahm

Los trastornos alimentarios son enfermedades psicósomáticas graves que afectan sobre todo a mujeres jóvenes y adultas, aunque cada vez se detectan más casos también en jóvenes y adultos varones. Entre los estragos físicos hay que destacar sobre todo la destrucción del tejido duro dentario secundario a erosiones debidas a la exposición superficial a ácidos (ácido gástrico, fruta, zumos de fruta). El esmalte experimenta una auténtica «remoción» sucesiva de capas microscópicas. El odontólogo desempeña por consiguiente un papel decisivo en el diagnóstico precoz de los trastornos alimentarios, además de en la profilaxis y en el tratamiento de los daños dentales correspondientes. El presente artículo describe los cuadros clínicos de la anorexia, la bulimia, el trastorno por atracones y la obesidad, expone las repercusiones psíquicas, sociales y físicas de estas alteraciones y ofrece una orientación sobre el tratamiento y la prevención.

(*Quintessenz*. 2010;61(8):943-9)

Introducción

Los trastornos alimentarios son enfermedades psicósomáticas graves que afectan sobre todo a mujeres jóvenes

y adultas, aunque cada vez se detectan más casos también en jóvenes y adultos varones. Si bien los cuadros clínicos son diferentes, las personas afectadas por los distintos trastornos comparten el sufrimiento que les provoca el hecho de alimentarse, un acto imprescindible para la supervivencia y, normalmente, natural y placentero. El trastorno alimentario puede ser un intento por hallar una solución a un problema de afrontamiento de tensiones internas y externas. Cuanto más precoz es el tratamiento, mejores son las perspectivas de curación^{1,6,10}.

El primer paso es el más difícil y consiste en reconocer que uno tiene un problema relacionado con la conducta alimentaria. Admitir la realidad significa aceptarse y buscar vías para propiciar un cambio. En general es complicado autoevaluar si se padece una enfermedad psicósomática. Algunos centros de atención psicosocial proporcionan información, apoyo profesional y seguimiento de forma sencilla, generalmente gratuita y anónima si el interesado lo desea. Otra posibilidad es consultar las dudas con un médico. Esta opción siempre es razonable, dado que la enfermedad se asocia a riesgos graves para la salud. Una visita médica que puede aclarar si el organismo ha sufrido alguna alteración como resultado de la malnutrición es importante ya que permite adoptar precozmente, si hace falta, diversas medidas terapéuticas encaminadas a corregir posibles anomalías (equilibrio electrolítico, aporte proteico etc.). En el caso ideal es tranquilizador oír por boca del médico «que todo está correcto».

Los jóvenes afectados y sus padres también pueden dirigirse a los organismos sanitarios oficiales o de atención a la juventud para solicitar ayuda y apoyo. En el marco de programas de atención a la juventud también se puede acceder a centros ambulatorios u hospitala-

Correspondencia: H. Schmitz-Krahm.
Oficina Municipal de Salud Pública de Colonia.
Neumarkt 15-21. 50667 Colonia, Alemania.
Correo electrónico: hilde.schmitz-krahm@stadt-koeln.de



Figuras 1a a 1d. Situación inicial en una paciente de 29 años. La paciente presentó un cuadro de bulimia nerviosa desde los 12 hasta los 27 años de edad. Se considera curada desde hace 2 años. Se observan signos de pérdida de tejido duro dentario de diversa gravedad en todos los dientes (de: Spreafico¹⁷).

rios para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad³.

Cuadros clínicos y secuelas

Los trastornos alimentarios más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Ambas alteraciones dan lugar a erosiones características en la cara interna de los dientes anteriores, por lo que el odontólogo puede ser el primer facultativo en detectar este signo (figs. 1a a 1d). En la bibliografía se citan cifras muy dispares acerca de la frecuencia de los trastornos alimentarios y no se dispone de estadísticas fiables relativas al número de afectados. Esta situación se debe a una serie de motivos como

el ocultamiento por vergüenza, el tratamiento de los síntomas o los errores diagnósticos¹⁶.

Anorexia nerviosa

La anorexia entraña un gran riesgo para la salud debido sobre todo a los estados de adelgazamiento extremo que provoca y a las complicaciones médicas asociadas. Se inicia a menudo después de someterse el paciente a una dieta hipocalórica. Parece que los afectados al concentrarse en las comidas y el peso sienten que recuperan el control sobre sus sentimientos y sus actos. Esto parece proporcionarles una sensación de autonomía.

La anorexia nerviosa se diagnostica en base a los criterios siguientes:

- Disminución clara del peso corporal (15-20%) en un plazo de tiempo breve (3 a 4 meses).
- Pérdida de peso voluntaria a través de la restricción de la ingesta, limitación del consumo de alimentos calóricos, tendencia exagerada a la práctica de ejercicio o vómitos y/o uso de laxantes.
- Preocupación constante por la silueta, la alimentación, las calorías, etc.
- Autopercepción de estar gordo (trastorno de la imagen corporal).
- Miedo exagerado a engordar y falta de conciencia de estar enfermo.
- Establecimiento de un umbral de peso demasiado bajo.
- Trastornos endocrinos (amenorrea, disfunción eréctil).

A los afectados les gusta cocinar para otras personas, se exponen a temperaturas bajas, acarrear voluntariamente bolsas pesadas para quemar calorías, se saltan comidas y llevan una vida espartana.

Entre las secuelas de la anorexia nerviosa destacan:

- Psíquicas: como depresiones, gran necesidad de controlarlo todo, perfeccionismo, avaricia, negación de actividades placenteras.
- Sociales: retraimiento, abandono de las amistades, romper las relaciones sociales.
- Físicas: trastornos metabólicos, pulso lento e hipotensión, temperatura corporal baja, cansancio, hipersensibilidad al frío, estreñimiento, piel seca y cabello frágil, amenorrea, aparición de vello corporal, osteoporosis, erosiones dentarias entre otras^{11,15}.

Bulimia nerviosa

La anorexia nerviosa puede evolucionar a una bulimia nerviosa y viceversa, siendo los límites entre una y otra enfermedad difusos. En Alemania, con una prevalencia del 3-4%, la bulimia es más frecuente que la anorexia nerviosa (prevalencia de aproximadamente un 1%). Sin embargo, su tendencia a ocultarla también es mayor ya que genera un gran sentimiento de vergüenza⁶. Dado que el peso corporal suele hallarse dentro de límites normales, la enfermedad puede pasar desapercibida al entorno durante mucho tiempo. Las personas con bulimia intentan neutralizar sus atracones compulsivos para aparentar que no han ocurrido, tienen la sensación de no ser personas normales o sienten repugnancia hacia sí mismas.

La bulimia nerviosa se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Atracones compulsivos (al menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses).
- Ingesta de gran cantidad de alimentos hipercalóricos y fáciles de ingerir.
- Ansiedad o compulsión por comer, es decir, con pérdida del control durante los atracones.
- Preocupación constante por la comida, la silueta y el peso.
- Intentos de neutralizar los episodios de ingesta compulsiva o de contrarrestar los aumentos de peso, por ejemplo, mediante el vómito, el abuso de laxantes, períodos de ayuno, toma de anorexígenos o diuréticos, ejercicio físico continuo.
- Tienen una percepción alterada de su imagen corporal viéndose siempre gordos.

Las secuelas de la bulimia incluyen:

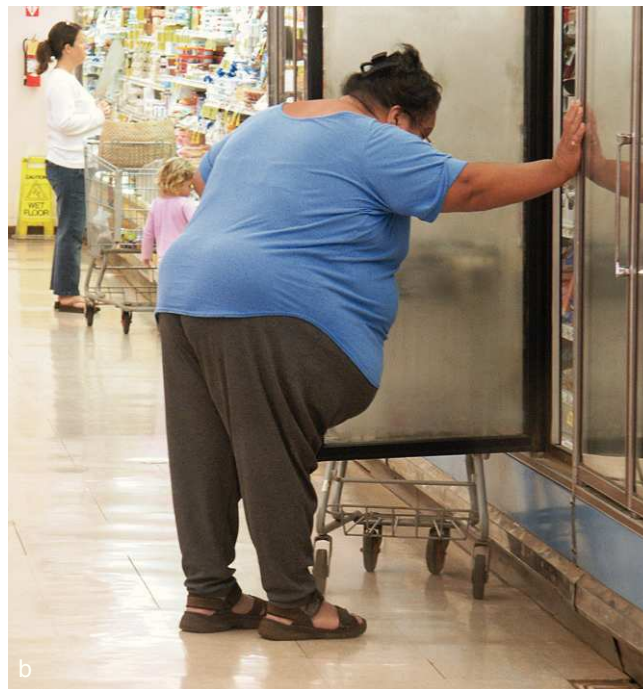
- Psíquicas: conducta ambivalente marcada, pensamiento de tipo todo-o-nada, perfeccionismo, autodesprecio y odio a sí mismo, depresión, negación y mantenimiento de las apariencias, sentimiento de vergüenza.
- Sociales: retraimiento, falta de interés por otras personas, problemas económicos.
- Físicas: como tumefacción de las glándulas salivales, erosión del esmalte dentario, roturas esofágicas, perforación gástrica, desequilibrios electrolíticos, nefropatía, arritmias cardíacas, amenorrea^{2,6,20}.

Trastorno por atracones

El trastorno por atracones es la enfermedad de descripción más reciente y, por lo tanto, menos investigada de los trastornos de conducta alimentaria, pero se puede observar ya en edades preescolares¹⁴. El diagnóstico diferencial con la obesidad es relativamente complicado. La diferencia principal con la bulimia es que los afectados no intentan neutralizar los episodios de ingesta compulsiva. Pero cuidado: no todos los obesos padecen un trastorno por atracones.

El trastorno por atracones se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos:

- Episodios de atracones con pérdida del control.
- Al menos tres de las conductas siguientes:
 - Comen más deprisa de lo normal.
 - Comen hasta llegar a encontrarse mal.
 - Comen gran cantidad de comida sin sensación de hambre.



Figuras 2a y 2b. Ejemplos de personas obesas (de: Willershausen et al²¹).

- Comen solos por sentirse avergonzados de la cantidad de comida ingerida.
- Sensación de autodesprecio, depresión, sentimientos de culpa después de los atracones, no practican medidas compensatorias regulares.

Las secuelas del trastorno por atracones incluyen:

- Psíquicas: como depresión, repugnancia, sentimientos de culpa, autodesprecio y odio a sí mismo.
- Sociales: retraimiento de la vida social, sedentarismo por problemas de movilidad.
- Físicas: alteraciones cardiocirculatorias, disnea, hipertensión, cardiopatías, diabetes mellitus, sobrecarga de articulaciones y columna vertebral, trastornos de la esfera sexual (como disfunción eréctil, trastornos del ciclo menstrual).

Obesidad

En el entorno familiar de los obesos es frecuente utilizar la comida como premio y como refuerzo. En general, se puede afirmar que las personas obesas en lugar de sentir o actuar comen, sobre todo si tienen problemas. Muchos afectados crean, debido a su masa corporal, una barrera emocional entre ellos y su entorno (figs. 2a y 2b). Se considera que existe un trastorno por atracones latente si la calidad de vida se ve gravemente afectada por el sobrepeso. Según los datos de un estudio realizado entre 2003

y 2006, el 15% de los niños y adolescentes alemanes de edades comprendidas entre los 3 y los 17 años presentaba sobrepeso y un 6,3% eran obesos⁴.

La obesidad se caracteriza por los criterios diagnósticos siguientes:

- Exceso de grasa corporal.
- No se trata de una entidad nosológica, sino que describe un estado físico.
- Sobrepeso debido a una ingesta excesiva como reacción a acontecimientos generadores de ansiedad.
- Estimación subjetiva exagerada de las medidas corporales.
- Posible hipersensibilidad en relación con la propia imagen y escasa confianza en sí mismo.

Además de la posible pérdida de tejido duro dentario inducida por caries (figs. 3a y 3b), las secuelas de la obesidad incluyen:

- Físicas: hipertensión, sobrecarga cardíaca, diabetes mellitus, tendencia a la abscesificación, trastornos de la cicatrización, desgaste articular, hernias discales, síndromes de sobrecarga, disfunción eréctil, trastornos del ciclo menstrual.
- Otras: retraimiento social, renuncia a la práctica de actividades placenteras, limitación de habilidades sociales, comer para superar problemas, sedentarismo.



Figuras 3a y 3b. En función de si se satisfacen las ganas de comer con alimentos cariogénicos, los niños obesos o con sobrepeso pueden tener un largo historial de caries. En el presente caso, el niño que cuenta actualmente 8 años de edad, había consumido ya en la primera infancia gran cantidad de bebidas azucaradas (sobre todo zumos) en biberón. Sin embargo, los dientes temporales cariados han permanecido sin tratar en todo este tiempo. Se observa perfectamente la caries erosiva en todos los dientes temporales de la arcada superior (b).

Los cuadros clínicos descritos son formas puras perfectamente diferenciables. Sin embargo, en la práctica los límites muchas veces son difusos, y en determinadas circunstancias no es fácil identificar un determinado trastorno alimentario de forma inequívoca^{8,18}.

¿Qué alternativas de tratamiento existen?

Psicoterapia

La psicoterapia suele ser un componente fundamental en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Actualmente, en Alemania está cubierto por la sanidad pública y avalado científicamente el uso de los procedimientos siguientes para el tratamiento ambulatorio y para el tratamiento hospitalario: psicoterapia analítica, tratamiento sistémico, psicoterapia basada en la psicología profunda y terapia conductual.

Por medio de distintas técnicas de tratamiento los terapeutas ayudan a la resolución de conflictos externos (familia, trabajo, escuela, amigos, etc.) y de conflictos internos (emociones contradictorias como ansiedad y rabia). Su aplicación favorece la evolución positiva y los cambios de conducta. La estabilidad interna ganada a partir del trabajo de psicoterapia abre nuevas vías de solución y facilita un mejor manejo de los conflictos, contribuye a cambiar la conducta alimentaria, la conciencia del cuerpo y la actitud ante el propio cuerpo. En el caso de la psicoterapia infantil y juvenil, la terapia debe incluir también a las personas de referencia^{7,11}.

Consejo y tratamiento nutricional

¿Qué puedo comer? ¿Qué alimentos son sanos y cuáles no? ¿Qué cantidad de comida representa una ración adecuada y cuántas veces al día tengo que comer o beber? Estas son preguntas que las personas con trastornos alimentarios se plantean con frecuencia. En el transcurso de su enfermedad, muchas personas han olvidado lo que significa «comer con normalidad» y han adoptado malos hábitos alimentarios. Muchas veces buscan la información sobre la alimentación en los medios de comunicación, lo que crea aún más confusión, ya que en ellos abundan las aportaciones y las opiniones no cualificadas o contradictorias. Lógicamente esto no contribuye a una alimentación natural adaptada a las necesidades. La preocupación constante por el tema de la comida, la silueta y el peso es un síntoma característico de los trastornos alimentarios. El tratamiento nutricional debe ser siempre complementario a otro tipo de tratamiento, puesto que por sí solo difícilmente podrá solucionar un trastorno alimentario manifiesto¹².

Tratamiento odontológico

Los vómitos inducidos provocan una erosión dentaria por exposición a ácidos. Además, la mucosa también sufre cambios. Esto afecta mucho a los pacientes, ya que su autoestima depende en gran medida de su imagen. Por lo tanto, la profilaxis, el diagnóstico precoz (remisión a centros de ayuda profesionales) y el tratamiento (desde la aplicación de fluoruro hasta la rehabilitación

dental) son pilares importantes en los que el odontólogo apoya su intervención.

Posibles soluciones y cambios

Las soluciones para superar un trastorno alimentario son diversas, han de ser individualizadas y constan de etapas que difieren de una persona a otra. Algunas veces da la impresión de estar más encerrados en un laberinto que circulando por una autopista: tramos pedregosos suceden a trayectos rápidos en vías anchas que permiten buenos progresos. Los desfiladeros, los callejones sin salida o un terreno sin visibilidad forman parte del paisaje igual que los tramos llanos tranquilos que nos acercan lentamente, paso a paso, a la meta. En algunos tramos nos sentimos en buena compañía, en otros hacemos el camino solos y en algunos momentos simplemente hay zonas por las que no queremos pasar.

En todo caso es una primera señal en la dirección positiva si alguien permite que le ayuden de forma regular y acepta su propio ritmo de evolución. En algunos casos los tratamientos ambulatorios se turnan con ingresos hospitalarios. En algunas fases, la participación en un grupo de autoayuda o la residencia transitoria en una comunidad terapéutica es el mejor marco para progresar. Los tratamientos también pueden interrumpirse o fracasar en el peor de los casos. Sin embargo, no hay que tirar nunca la toalla, sino buscar otra solución y reanudar el camino.

La solución va mucho más allá de la mera desaparición del síntoma. Se trata de aprender a aceptarse a sí mismo, recuperar aquellas cosas que no se aprendieron en su momento, deshacerse de miedos, aceptar emociones, comprobar la propia fortaleza, desarrollar o volver a descubrir habilidades. Cualquiera que sea el tratamiento es imprescindible tener presente una vez y otra que, sin duda, la sensación de vivir será otra, mucho más rica y plena, si logramos superar el trastorno alimentario, sin contar la cantidad de recursos que se liberarán⁹.

La conducta alimentaria seguirá siendo un tema sensible incluso después de superar la enfermedad. Se pueden producir recaídas y se han de tomar en serio. Si se logra entender que llevan a un «callejón sin salida» se pueden tomar como un desafío para reorientar el rumbo y volver a tomar las riendas de nuestra vida²⁰.

Perspectivas: prevención

Una prevención eficaz muestra sus frutos de manera inmediata y repercute en distintos niveles. El principal ob-

jetivo de la prevención en los niños y los adolescentes es la potenciación de la autoestima. Se trata de hallar la propia identidad y de tener la valentía de aceptarla. Esta es una misión importante en el desarrollo de la personalidad para la que los jóvenes han de recibir el apoyo necesario a la vista de los roles contradictorios en los que nos pretende encuadrar la presión social y sobre todo de la influencia todopoderosa de los cánones de belleza y delgadez vigentes. Este apoyo consiste en hacerles ver la necesidad de cuestionarse el ideal de belleza imperante y de desarrollar una actitud crítica frente a la información difundida por los medios de comunicación. Igual de importante es aprender a percibir correctamente y a escuchar las señales que envía el propio cuerpo.

Para evitar que se elijan los alimentos y las bebidas como vías de escape a problemas emocionales hace falta que los niños y los adolescentes dispongan de estrategias de afrontamiento adecuadas que les permitan responder a situaciones psíquicas delicadas. Detectar la existencia de una relación entre emociones y la conducta alimentaria es una habilidad, igual que lo es desarrollar una conducta alimentaria sana identificando en cada momento la sensación de hambre, de saciedad y también de placer. El 20% de los alumnos de tercero o cuarto curso de primaria ya muestran alteraciones de la conducta alimentaria.

En las tareas de información y prevención deberían participar además de los niños y los adolescentes los padres y otros familiares, educadores y maestros, entrenadores y profesores en los ámbitos del deporte y de la danza así como médicos y en particular odontólogos. Todos ellos deben trabajar codo con codo e implantar medidas preventivas consensuadas. Los adultos deben ser conscientes de que a través de su conducta alimentaria dan ejemplo, lo que les obliga a cuestionarse sus propios hábitos alimentarios. Cualquier comentario sobre el desarrollo de su cuerpo, sobre el aspecto o sobre el peso de un adolescente exige mucho tacto^{5,13,19}.

Bibliografía

1. Bruch H. Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt/M.: Fischer, 1997.
2. Gerlinghoff M, Backmund H, Mai N. Magersucht und Bulimie. Weinheim: Beltz, 1995.
3. Hauner A, Reichart E. Bodytalk. Der riskante Kult um Körper und Schönheit. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2004.
4. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 2007;50:736-743.
5. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (Hrsg). Gemeinsam durch dick und dünn. Praxishandbuch zur Prävention von Essstörungen in Schule und Jugendarbeit. Mainz: LZG, 2005.

6. Langsdorff M. Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Bulimie – Verstehen und helfen. Frankfurt/M.: Fischer, 2003.
7. Olbricht I. Eßstörungen in der Pubertät – Krankheit oder Selbstheilungsversuch? Schriftenreihe Bd 3. Frankfurt/M.: Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen, 1996.
8. Orbach S. Anti-Diätbuch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht. München: Verlag Frauenoffensive, 1979.
9. Orbach S. Anti-Diätbuch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Eßsucht. München: Verlag Frauenoffensive, 1984.
10. Orbach S. Hungerstreik. Ursachen der Magersucht. Neue Wege zur Heilung. Düsseldorf: Econ, 1990.
11. Pauli D. Ratgeber Magersucht. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe, 2008.
12. Pudel V. Praxis der Ernährungsberatung. Berlin: Springer, 1985.
13. Raabe K. Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen. Hohengehren: Schneider, 2005.
14. Reich G, Götz-Kühne C, Killius U. Essstörungen. Magersucht – Bulimie – Binge Eating. Stuttgart: Trias, 2004.
15. Roth G. Essen als Ersatz. Wie man den Teufelskreis durchbricht. Reinbek: Rowohlt, 2005.
16. Seyfahrt K. SuperSchlank!/? Zwischen Traumfigur und Essstörungen. München: Kösel, 2000.
17. Spreafico RC. Kompositrehabilitation eines erodierten Gebisses bei einer bulimischen Patientin: Ein Fallbericht. Eur J Esthet Dent 2010; 5:28-48.
18. Wabitsch M, Hebebrand J, Kiess W, Zwiauer K. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen der Klinik. Berlin: Springer, 2004.
19. Waldhelm-Auer B. Iss mal was! Is' denn was? Prävention von Essstörungen an Schulen. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer. Traunstein: Fachambulanz für Suchtkranke, 2004.
20. Wardetzki B. „Iß doch endlich mal normal!“ – Hilfen für Angehörige von eßgestörten Mädchen und Frauen. München: Kösel, 1996.
21. Willershausen B, Moschos D, Kasaj A, Pistorius A. Lebensstil und Mundgesundheit: Fast Food, Übergewicht und Zahnhartsubstanzdefekte. Quintessenz 2007;58:407-415.