



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/203.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de reciente aparición**

Autores Javier Manuel *Haro Lorente*

Centro/institución Universidad de Granada.

Ciudad/país Granada, España

Dirección e-mail thefourtysix@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Se presenta una revisión bibliográfica sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) motivada por la reciente aparición en las últimas décadas de trastornos como la ortorexia, vigorexia y los comedores compulsivos, menos conocidos que la anorexia o la bulimia, pero que están tomando gran relevancia en la actualidad ya que está aumentando su prevalencia y que dan lugar también a graves consecuencias para la salud. Sobre estos "nuevos TCA" hay poca documentación, por lo que siguen siendo relativamente desconocidos y sería importante darlos a conocer tanto a la comunidad de profesionales de la salud como a la sociedad en general, ya que su conocimiento es el primer paso para su posterior prevención o detección.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingesta de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación por el peso o por la forma del cuerpo. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad, se asocian con baja calidad de vida y altas tasas de comorbilidad psicosocial.(1) Hay igualdad de oportunidades para desarrollar estos trastornos en cuanto al estatus socioeconómico, etnia o país.(2)

Los TCA están entre los más serios problemas psiquiátricos y tienen una morbilidad y mortalidad sustancial, la mayor de todos los trastornos mentales. Se demuestra que los pacientes con TCA tienen mayor riesgo de muerte prematura ya sea por causa natural o no natural.(3)(4) Aquellos que sufren de un TCA refieren mayor deterioro en su calidad de vida que cualquier otro trastorno psiquiátrico.(5)

Se añade que estos "nuevos" trastornos son padecidos generalmente en igual número por hombres y mujeres, incluso siendo mayor el porcentaje de hombres en el

caso de la vigorexia, al contrario de la mayoría de los trastornos más conocidos. Llama la atención una característica común que comparten los TCA y es que en mayor o menor medida todos guardan relación con alguna forma de trastorno obsesivo-compulsivo siendo mayor su visibilidad o intensidad dependiendo de cada TCA.

Resulta curioso que estos trastornos tienen un componente hereditario mayor del que la mayoría de profesionales considera e incluso superior al factor ambiental. Pero además existe evidencia de que la influencia parental también ejerce un factor fundamental en los hábitos aprendidos como en otros tipos de situaciones como pudieran ser trastornos mentales o el maltrato.(6)(7)

Es muy importante el aspecto emocional del desarrollo de estos trastornos. El principal problema subyacente es que el comer o el pensamiento compulsivo en la comida, peso, dieta o imagen corporal se debe a razones emocionales. Normalmente estos individuos no saben lo que están sintiendo o lo que inconscientemente están tratando de evitar usando la comida. El problema viene porque este hábito de usar la comida a modo de regulador emocional se convierte en una respuesta automática(3) y donde a pesar de la afectación nutricional que sufren que puede ser variada y específica en cada trastorno, la más importante es la psicológica ya que en estos trastornos es donde radica la mayor gravedad de los síntomas que pueden llegar hasta al suicidio y que generalmente tienen graves consecuencias en el ámbito social y laboral de estos individuos.

Métodos: Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda preliminar en la base de datos PubMed utilizando el MeSH eating disorders y filtrando por artículos a texto completo, con menos de 5 años de antigüedad.

A continuación se realizó una búsqueda focalizada en TCA de reciente aparición en las bases de datos CINAHL, COCHRANE, y en la plataforma PROQUEST en su división "Health and Medical" englobando las bases de datos PROQUEST así como Medline para artículos de texto completo con menos de 10 años de antigüedad usando los siguientes términos MeSH: orthorexia, bigorexia, muscle dysmorphia, binge eating and nursing care.

Además la búsqueda se filtró excluyendo los términos anorexia, bulimia, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge drinking y bariatric surgery.

Desarrollo y discusión

Los TCA vienen condicionados por la transformación y expansión de la industria alimentaria, el bombardeo de información sobre ella que nos ofrecen los medios y la idealización de los estándares de belleza que han conducido a la aparición de estos trastornos.(4)(8)

Vigorexia

La vigorexia es una patología que se caracteriza por una preocupación patológica con la musculatura y la ausencia de grasa que les conduce a una conducta de entrenamiento de musculación excesivo y modificación del patrón nutricional que absorbe la totalidad de su tiempo y de sus pensamientos añadiendo a esto la toma de sustancias anabolizantes con sus graves repercusiones para el organismo. Estos individuos aunque tienen una gran masa muscular perciben ser inadecuadamente pequeños y débiles y se avergüenzan profundamente de su cuerpo. Todos estos síntomas

pueden llegar conducir al suicidio.(9) También se la ha llamado como “anorexia inversa” pero el nombre más común utilizado en la literatura es “dismorfia muscular”. En la literatura en castellano sigue siendo más conocida como vigorexia.

Ortorexia

Es un trastorno de la conducta en el que el individuo se siente obligado a comer alimentos que considere saludables, ya no solo por el tipo de alimento sino también por cómo están preparados y por las sustancias y/o materiales de cocción que se puedan emplear en su proceso de elaboración.(8) También forma parte de este trastorno el sentirse “puros” y que los alimentos también lo sean. No hay ningún tipo de obsesión por la delgadez sino por la calidad del alimento,(10) este es un aspecto que lo distingue de otros muchos trastornos. Cabe destacar que es más común en ciertos grupos profesionales como son nutricionistas, enfermeros y médicos, es decir, sobre todo grupos profesionales relacionados con la salud.(11)

Comedor compulsivo

Los comedores compulsivos se definen por comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse inconfortablemente llenos y comer grandes cantidades de comida aunque no se sientan hambrientos, todo ello acompañado por una sensación de pérdida de control. El sobrepeso y la obesidad no son condiciones obligatorias para el desarrollo de esta enfermedad pero estará en nuestras manos poder evitarlas ya que con el desarrollo en el tiempo de esta enfermedad es muy común que aparezcan y con ello las consecuencias para la salud global que conllevan. Hay que diferenciar este trastorno de la bulimia, ya que no implica ningún componente compensatorio como la provocación del vómito o el uso de laxantes.(12)

Tratamiento

Su tratamiento es complejo y aunque suele haber una gran variabilidad en su coste, el común denominador es que se trata de un tratamiento muy caro, y que suele ser bastante prolongado. El aspecto más complicado de manejar es tanto la resistencia del paciente al inicio del tratamiento como el acoplamiento y adherencia de la persona al mismo.(13) Por ello será de vital importancia dotarles de un clima de seguridad y aceptación donde no se sientan juzgados. El tratamiento de elección es la terapia cognitiva-conductual o acompañada del uso de medicación antidepresiva(14) que deberá siempre ser puesto en marcha por un equipo multidisciplinar. Esto es de vital importancia y define las posibilidades de éxito en el trabajo con estos pacientes.

Por otro lado destacar que hay gran número de terapias disponibles para el tratamiento de estos individuos con posibilidades de elegir la que mejor se adapte a nuestro paciente, y prestando atención al desarrollo que se está produciendo de métodos alternativos para el tratamiento de los TCA y que están brindando resultados esperanzadores siendo unos de ellos el yoga y métodos de motivación de pacientes a través de programas desarrollados de forma on-line.(15)(16)

Prevención

Se abordarán desde el prisma de la enfermería dando un conocimiento general de las mismas y recalcando la importancia que nuestro perfil profesional tiene en la

prevención y el diagnóstico precoz de estos trastornos destacando aquí a los profesionales de atención primaria por su contacto con los centros escolares.(17)

La época de mayor impacto es la adolescencia y por ello se desarrolla un apartado dedicado a nuestra actuación en los más jóvenes en el aspecto nutricional y se comentan un buen número de escalas que deberíamos conocer y que nos darán pistas sobre el tipo de trastorno al que nos enfrentamos y que pueden ser muy específica en función del aspecto que queramos evaluar. Su importancia radica en la facilidad de aplicación de las mismas y la cantidad de información que nos aportan relacionadas con la cantidad de tiempo que necesitan y el gasto prácticamente nulo que de ellas se derivan por lo que son una herramienta muy eficiente y debe ser una de nuestras principales armas en caso sospechar algún trastorno relacionado la nutrición, el ejercicio o la imagen corporal.(18)(19)(20)(21)

Aunque nuestra educación no debe ir solo dirigida a los niños sino también a profesores y padres, por tener un contacto más estrecho y prolongado con los niños y por ello podrán identificar este tipo de conductas.

Conclusiones

Por último y como ya se he mencionado, recalcar la importancia de enfermería en estos procesos ya que seremos el eslabón más importante en la prevención y detección de estos problemas. Asimismo nuestro papel es indispensable en la coordinación global de todo el proceso desde principio a fin, y es por eso por lo que somos una figura clave e imprescindible en el abordaje de cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

Además de los trastornos estudiados en esta revisión existen otros muchos que también están saliendo a la luz y en los que también sería oportuno profundizar al igual que en los ya mencionados y por ello la vital importancia de seguir investigando e incorporando conocimientos para darles la importancia que merecen y evitar ese daño silencioso que producen.

Referencias bibliográficas

1. Portela de Santana M L, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich R M. Epidemiology and risk factors of eating disorders in adolescence, a review. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391-401.
2. Rome E S. Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42:28-44
3. Cooper R. Could your patient have an eating disorder? *Nursing for women's health* 2013;17(4):317-324.
4. Hepworth K. Eating disorders today--not just a girl thing. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship* 2010;27(3):236-41;
5. Leung SF, Ma J, Russell J. Breaking the silence of eating disorders with the hope of an online self-help programme. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession* 2012 02;40(2):245-57

6. Bisetto Pons D, Botella Guijarro A, Sancho Muñoz A. Eating Disorders and drug use in adolescents. *Nutr Hosp.* 2012 27(2):391-401
7. Cordella P, Castro L, Díaz C, Zavala C, Lizana P. Eating disorders inventory scores among mothers of adolescents with and without eating disorders. *Rev Med Chil.* 2009 137(6):785-90.
8. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L. Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite* 2012 58;124-132
9. Behar R, Molinari D. Muscle dysmorphia, body image and eating behaviors in two male populations. *Rev Med Chil.* 2010 138(11):1386-94.
10. Mathieu J. What Is Orthorexia? American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association* 2005 105(10):1510-1512
11. Babicz-Zielinska E, Wadotowska L, Tomaszewski D. Eating Disorders: Problems of contemporary civilization – A review. *Polish Journal of Food and Nutrition Science* 2013 63(3):133-146
12. Marney A. White, Robin M. Masheb, Carlos M. Grilo. Regimented lifestyle restraint in binge eating disorders. *J Eating disorders* 2009; 42:326-331
13. Treasure J. Eating disorders. *Medicine* 2012 40:11 607-612.
14. Vilariño Besteiro MP, Pérez Franco C, Gallego Morales L, Calvo Sagardoy R, García de Lorenzo A. Reason and emotion: integration of cognitive-behavioral and experimental interventions in the treatment of long evolution food disorders. *Nutr Hosp.* 2009 24(5):614-7
15. McIver S, O'Halloran P, McGartland M. Yoga as a treatment for binge eating disorder: A preliminary study. *Complement Ther Med* 2009; 17(4):196-202
16. Leung SF, Ma J, Russell J. Enhancing motivation to change in eating disorders with an online self-help program. *International journal of mental health nursing* 2013 22(4):329-33
17. Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. *J Sch Health* 2006 02;66(2):64.
18. Gleaves D H, Pearson C A, Ambwani S, Morey L C. Measuring eating disorders attitudes and behaviors: a reliability generalization study. *Journal of eating disorders* 2014, 2: 6-17
19. Hill L S, Reid F, Morgan J F, Lacey J H. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010; 43:344-351
20. Lavoisy G, Guelfi J D, Vera L, Dardennes R, Rouillon F. Evaluation of perturbed body image in eating disorders using the Body Shape Questionnaire. *Encephale* 2008 34: 570-6.

21. Lee H L, Macfarlane D J, Lam T H, Stewart S M. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, 8:115-125.
22. Funari M. Detecting Symptoms, Early Intervention, and Preventative Education: Eating Disorders & the School-Age Child. *NASN School Nurse* 2013 28(3):162-6.
23. Alvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R. Body image and eating disorders. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2009 11(4):568-78.
24. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training* 2005 40(4):352-9.
25. Mosley Philip E. Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur. Eating disorders Rev.* 2009; 17:191-198.
26. Readdy T, Watkins PL, Cardinal BJ. Muscle Dysmorphia, Gender Role Stress, and Sociocultural Influences: An Exploratory Study. *Res Q Exerc Sport* 2011 82(2):310-9.
27. Vandereycken Walter. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *J Eating Disorders* 2011; 19:145-155.
28. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth E,F. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014; 14:59.
29. Saddichha S, Babu GN, Chandra P. Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;134(1):110.
30. Erin McInerney-Ernst. Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend?. Ann Arbor: University of Missouri - Kansas City; 2011.
31. Sachs-Ericsson N. Keel P K, Holland L, Selby E A, Verona E., Cogle J R, Palmer E. Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample. *Int. J Eating Disorders* 2012; 45:316-325.
32. Mitchell K.S, Neale M.C., Bulik C.M., Aggen H., Kendler K.S., Mazzeo S.E. Binge eating disorder: a symptom-level investigation genetic and environmental influences on liability. *Psychological Medicine* 2010, 40, 1899-1906.
33. Striegel-Moore Ruth H., Rosselli Francine, Wilson G. Terence, Perrin Nancy, Harvey Kate, DeBar Lynn. Nocturnal eating: Association with binge eating, obesity, and psychological distress. *J Eat Disord* 2010; 43:520-526.
34. Anónimo. Subdued lighting may encourage binge eating. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2004 40(4):11.

35. Dingemans Alexandra E., van Furth Eric F. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *J Eating disorders* 2012; 45:135-138.
36. Larrañaga Vidal A, García-Mayor R V. High frequency of non-specific eating disorders in obese persons. *Nutr Hosp.* 2009; 24(6):661-666.
37. Meule Adrian, Allison Kelly C., Platte Petra. Emotional eating moderates the relationship of night eating with binge eating and body mass. *Eur. Eating Disorders Rev.* 2014; 22:147-15.
38. McGowan, Anne, BA,Dip Psych, M.A., Whitbread, Joanne, BSc,Dip Psych. Out of Control! The Most Effective Way to Help the Binge-Eating Patient. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2006 34(1):30-7.
39. Tury, F. Güleç, H. Kohls, E. Assesment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2010 69:601–611
40. Rojo L, Barberá M, Plumed J, Sangüesa MC, Livianos L. Hospitalization due to eating behavior disorders. Patient and family satisfaction. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 37(5):267-75.
41. Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T, Pérez Torres A, Castillo Rabaneda R, Villarino Marin M, Bermejo López L, Zurita L. Evaluation of the utility of a nutrition education program with eating disorders. *Nutr Hosp.* 2009 24(5):558-67
42. Thomson J K, van den Berg P, Roehrig M, Guarda A S, Heinberg L J. The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *Int J Eat Disord* 2004 35: 293-304
43. Vander Wal J S, Stein R I, Blashill A J. The EDE-Q, BULIT-R, and BEDT as self-report measures of binge eating disorder. *Eat Behav* 2011 12: 267-71
44. Celio A A, Wilfley D E, Crow S J, Mitchell J, Walsh B T. A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorders examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *Int J Eat Disord* 2004 36:434-444
45. Williamson D A, Martin C K, York-Crowe E, Anton S D, Redman M R, Han H, Ravussin E. Measurement of dietary restraint: Validity test of four questionnaires. *Appetite* 2007 2:183-192
46. Jáuregui Lobera I, Romero Candau J, Bolaños Ríos P, Montes Berriatúa C, Díaz Jaramillo R, Montaña González MT, Morales Millán MT, León Lozano P, Martín LA, Justo Villalobos I, Vargas Sánchez N. Eating behavior and body image in a sample of adolescents from Sevilla. *Nutr Hosp.* 2009 Sep-Oct;24(5):568-573.