



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN CARRERA: LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. GUEZIKARAIAN NORMA

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR / LOS AUTORES:

BLAIN CAROLINA, SCHIAZZANO ALEXA

TÍTULO DEL TRABAJO:

TRABAJO DE REVISION BIBLIOGRAFICA: "NUEVOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: DIABULIMIA Y EBRIOREXIA"

SEDE:

BUENOS AIRES

DIRECTOR/A DE TIF:

LIC. SACKS NANCY

ASESOR/ES:

LIC. PEREZ LAURA

AÑO DE REALIZACIÓN:

2019

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	12
MÉTODOS	12
ANÁLISIS Y DESARROLLO	13
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	52

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos de salud mental caracterizados por la presencia de comportamientos anormales frente a los alimentos y una obsesión desmedida por el control del peso. Su etiología es multifactorial. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad en la que ocurren cambios de forma acelerada y de gran magnitud aumentando la susceptibilidad de padecerlos. La Ebriorexia y la Diabulimia constituyen dos nuevos trastornos alimentarios que emergen y se están instalando entre los adolescentes.

Objetivos: analizar desde una perspectiva integral estos nuevos trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia a través de la identificación de los determinantes en la aparición de los mismos, contemplando su impacto nutricional y tratamiento interdisciplinario.

Método: El método utilizado fue una búsqueda bibliográfica informatizada en bases de datos confiables de estudios empíricos, La fuentes Scielo, Pubmed, Medline, Intramed de artículos científicos de los últimos diez años en español y en inglés. Los artículos encontrados fueron 39.

Conclusión: actualmente nos enfrentamos a una creciente presencia de trastornos alimentarios convencionales, así como nuevos trastornos “sub diagnosticados” como la Diabulimia y la Ebriorexia, entre otros. Esta situación pone en evidencia la necesidad de desarrollar mayor investigación en dicho campo y generar acciones interdisciplinarias; para lograr una comprensión integral del fenómeno.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria-Diabulimia- Ebriorexia

ABSTRACT

Eating disorders are mental health disorders characterized by the presence of unusual behaviors against food and an excessive obsession with weight control. The etiology is multifactorial. Adolescence is a stage of vulnerability in which changes occur rapidly and with great magnitude increasing the susceptibility to suffer them. Ebriorexia and Diabulimia are two new eating disorders that are emerging and are being installed among teenagers. The objective of this work will be to analyze, from an integral perspective, these new disorders of eating behavior in adolescence through the identification of the determinants in their appearance, contemplating their nutritional impact and interdisciplinary treatment. Method: bibliographic review of scientific articles of the last ten years in Spanish and English. The sources Scielo, Pubmed, Medline, Intramed. The articles found were 39, Conclusion: we are currently facing a growing presence of conventional eating disorders as well as new "under-diagnosed" disorders such as Diabulimia and Ebriorexia, among others. This situation highlights the need to develop more research in this field and generate interdisciplinary actions; to achieve a comprehensive understanding of the phenomenon.

Resumo

Os transtornos da conduta alimentar, são desordens da saúde mental caracterizados pela presença de comportamentos anormais frente aos alimentos e uma obsessão desenfreada pelo controle do peso. Sua etiologia é multifatorial. A adolescência é uma etapa de vulnerabilidade onde ocorrem mudanças aceleradas e de grande magnitude, aumentando assim a susceptibilidade de ceder. A Alcoorexia e a Diabulimia compõem dois novos desordens alimentares que emergem, e estão se instalando entre os adolescentes.

O objetivo deste trabalho será analisar através de uma perspectiva integral esses novos transtornos da conduta alimentar na adolescência através da identificação dos determinantes na aparição dos mesmos, contemplando seu impacto

nutricional e tratamentos interdisciplinares. Métodos: revisão bibliográfica de artigos científicos dos últimos dez anos em espanhol e em inglês, as fontes Scielo, Pubmed, Medline, Inramed Os artigos encontrados foram 39.

Conclusão: atualmente enfrentamos uma crescente presença de transtornos alimentares convencionais assim como novos transtornos "sub diagnosticados" como a diabulimia e a alcoorexia, entre outros. Esta situação põe em evidência a necessidade de desenvolver uma maior investigação no campo e criar ações interdisciplinares; para assim conseguir uma compreensão integral do fenômeno.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, nos encontramos ante un desafío enorme como sociedad en donde muchos valores antiguamente celebrados se han ido perdiendo y han sido reemplazados por nuevos conceptos, hábitos y costumbres. Desde la conformación de las familias actuales hasta el tiempo y espacio que se le destina a la preparación de los alimentos, elección de los mismos, y el contexto en que los consumimos.

Las múltiples actividades y obligaciones diarias, con largas jornadas laborales y sobreexigencias, llevan a que cada vez sea más difícil compartir un momento en familia. En muchos hogares se ha perdido el rol ejemplar de los padres como educadores y miembros de autoridad.

La incorporación diaria de la tecnología a nuestras vidas interfiere de alguna forma en la comunicación y relación entre los integrantes de las familias. La televisión, las redes sociales, los juegos en línea propician un aislamiento que muchas veces resulta riesgoso para los niños y adolescentes, que buscan refugio y contención fuera de sus hogares, dejándolos expuestos al desarrollo de patologías como los trastornos alimentarios.

Esta era tecnológica trae consigo una mirada mucho más relevante sobre la imagen corporal con una sobrevaloración de la misma, respecto de la mirada de otros en búsqueda de aprobación. La preocupación por la imagen es una de las características más visibles de la sociedad moderna. Cada vez está más presente en las consultas psicológicas la distancia entre lo que los medios exponen y lo que la realidad dispone. ⁽¹⁾

La imagen corporal es una construcción biopsicosocial que implica la percepción, pensamientos y sentimientos que los individuos tienen de su propio cuerpo lo cual surge de la evaluación de distintas dimensiones como son el tamaño, atractivo, forma y estructura corporal.

Al tratarse de una construcción multidimensional su conformación, así como las alteraciones de su percepción, están determinadas por distintos aspectos socioculturales e individuales como por ejemplo los estereotipos corporales, los modelos culturales de belleza, los patrones estéticos y los medios de comunicación. La crianza, las interrelaciones con las amistades, las críticas, el desarrollo físico y la autoestima constituyen también factores que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal.⁽²⁾

En este contexto los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública endémico por el aumento de su incidencia, la gravedad que acarrearán sus síntomas, la resistencia que se presenta al tratamiento muchas veces trae consecuencias graves para la salud y el desarrollo y porque cada vez hacen su aparición a más temprana edad persistiendo incluso en la adultez.

La conducta alimentaria hace referencia a los comportamientos relacionados con la ingesta de alimentos, hábitos alimentarios y selección de alimentos. La misma está influenciada por aspectos biológicos, culturales, familiares, sociales y económicos. Su estudio y conocimiento es fundamental para poder reconocer la presencia de alteraciones y el desarrollo de problemas de salud como consecuencia de las mismas. ^{(3) (4)}

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos de salud mental caracterizados por la presencia de comportamientos anormales frente a los alimentos y una obsesión desmedida por el control del peso. Así mismo, por lo general las personas con trastornos de la conducta alimentaria presentan una distorsión de la imagen corporal.⁽⁴⁾

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición descrito como DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías de diagnóstico. Según el DSM-5, los trastornos de la nutrición y alimentación son caracterizados como una perturbación persistente de la alimentación o conductas relacionadas que resultan en la alteración o absorción de alimentos y que perjudica significativamente la salud física y el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2013). Este Manual aporta criterios para el diagnóstico de Trastornos definidos como: Restricción de ingesta de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y de Atracón. Las especificaciones del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) para diagnosticar la Anorexia Nerviosa se caracteriza por la restricción de la ingesta de energía en relación con los requerimientos dando lugar a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de edad, género, desarrollo y salud física. La persona siente un miedo intenso de aumentar de peso, y recae en conductas que interfieren en la ganancia de peso a pesar de tener un peso significativamente bajo. Se produce una alteración en la forma en que se percibe el peso corporal; y se ejerce una influencia excesiva en la auto-evaluación del peso corporal o una persistente carencia de reconocer la seriedad del bajo peso que tiene. En este aspecto, se encuentran dos subtipos de Anorexia Nerviosa: tipo restrictivo y tipo atracón/purgativo. El tipo restrictivo ocurre cuando la pérdida de peso es lograda principalmente a través de la dieta, ayuno o ejercicio excesivo. El tipo atracón/purgativo resulta cuando la persona regularmente incurre en vómitos autoinducidos o el mal uso de laxantes, diuréticos y enemas.

La Bulimia Nerviosa es caracterizada por episodios recurrentes (al menos dos veces por semana por tres meses) de atracones, conductas compensatorias recurrentes inapropiadas para prevenir la ganancia de peso y auto-evaluación que es excesivamente influenciada por la forma y peso corporal (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con los síntomas, la conducta compensatoria durante el episodio de Bulimia Nerviosa incluye vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enema. Cuando la persona utiliza principalmente conductas compensatorias como ejercitarse excesivamente el diagnóstico establecido en el DSM-5 es del subtipo no-purgativo (American Psychiatric Association, 2013).

Las características esenciales en el Trastorno de Atracones, de acuerdo con el DSM-5, son episodios recurrentes de Atracones (al menos dos días a la semana por seis meses), incluye un conjunto de características descriptivas vinculadas con sentimientos de vergüenza, disgusto o angustia acerca de la cantidad del alimento consumido y la inhabilidad de parar de comer cuando está incómodamente lleno (American Psychiatric Association, 2013).

Así mismo en el DSM V se incluye una categoría denominada otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado en la cual se incluyen aquellos trastornos alimentarios en los que predominan los síntomas característicos de los trastornos específicos pero que no cumplen todos los criterios de ninguna de las categorías diagnósticas. En este caso es el médico clínico quien debe especificar el motivo o criterio que no se estaría cumpliendo para poder clasificar la presentación del trastorno dentro de alguna de las categorías descriptas. En el caso que no se cuente con suficiente información y el médico no pueda especificar cuál es el criterio de los trastornos específicos faltante se utiliza una categoría complementaria denominada trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

El núcleo familiar es uno de los componentes más importantes e influyentes ya que se trasladan opiniones y costumbres con respecto a la nutrición, así como se configuran pautas y hábitos, además se estima que la familia puede ser uno de los

elementos causantes ya que según la dinámica familiar que se lleve a cabo, puede favorecer que surjan estas alteraciones o como componente de sostenimiento cuando la relación entre estos individuos consiente que se mantengan los síntomas y acciones de los pacientes de manera duradera. Un ámbito familiar negativo supone menores habilidades y una mayor susceptibilidad y en un ámbito familiar positivo ocurre lo contrario. Las características en las relaciones familiares más frecuentes en este tipo de enfermedades son la sobreprotección, excesiva firmeza, negatividad, una menor unión, baja tolerancia y escaso amoldamiento. ⁽⁵⁾

El diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria presenta dificultad debido a que los mismos son multicausales y suelen pesquisar luego de que ya se han instalado síntomas fisiopatológicos. El diagnóstico precoz es una herramienta clave para su buena evolución.⁽⁴⁾

Los datos epidemiológicos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria presentan gran contundencia en lo que refiere a la incidencia de los mismos en la adolescencia. El 85% de los pacientes que desarrollan la enfermedad tienen entre 13 y 20 años, presentando un pico de incidencia entre los 14 y los 16 años. ⁽⁶⁾

Adolescencia

La adolescencia es definida por la OMS como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y los 19 años. La pubertad marca el inicio de la adolescencia.

Se trata de una etapa en la que ocurren cambios de forma acelerada y de gran magnitud, que llevan al individuo a desarrollarse tanto biológica, como psicológica y socialmente. El desarrollo psicosocial de este período tiende a presentar características comunes, que hacen de los adolescentes una población sensible y susceptible a padecer trastornos alimentarios.

Los procesos biológicos que se producen en la adolescencia son universales sin embargo la duración y las características propias de la etapa pueden variar según el contexto cultural, social, familiar y económico entre otras variables determinantes. Es decir, que a nivel fisiológico se puede definir a la adolescencia con la aparición de determinados procesos biológicos propios de la etapa. Sin embargo, a nivel psicológico, emocional y afectivo al tratarse de una etapa en la que influyen diversos factores se dificulta su precisión.

Es un periodo de transición entre la infancia y la adultez. Donde tiene lugar la elaboración de la identidad definitiva de cada individuo que se plasmará en su vida adulta.

En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminará en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, este conjunto de cambios físicos recibe el nombre de pubertad.

Debido a la gran cantidad y celeridad de los cambios los requerimientos nutricionales se encuentran aumentados. Por lo tanto, las carencias producidas por los intentos de dominar los cambios corporales que pueden estimular la realizar dietas extremas para descender de peso, el ejercicio exagerado y los trastornos de la conducta alimentaria pueden generar graves consecuencias.

Un requerimiento calórico deficitario implica que el organismo no cuente con la energía necesaria para que se desarrollen los procesos metabólicos y fisiológicos característicos de la pubertad determinando un desarrollo tardío.

Psicológicamente, lo que caracteriza a la adolescencia es el paralelismo de funcionamientos infantiles y adultos. Esta simultaneidad es lo que da esta impronta característica a la adolescencia que se expresa en la Crisis de la Adolescencia, donde nos podemos encontrar a adolescentes con una amplia

gama de conductas y comportamientos tanto infantiles como adultos simultáneamente.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que deberá ir dejando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil.

El adolescente dado que se encuentra en un proceso de cambio, evolución y maduración en muchas ocasiones todavía no cuenta con las herramientas necesarias para comprender la relación entre una conducta y sus consecuencias así como el grado de control con respecto a la toma de decisiones relacionadas con su salud. Esta carencia, lo pueden hacer vulnerable a desarrollar conductas de alto riesgo.

Las circunstancias de cambio que enfrenta el adolescente trae consigo desconocimiento e inseguridad, así como vulnerabilidad. Esto implica que sean muy influenciables y que se sienten muy presionados frente a una cultura que juzga y valora según la estética corporal y los patrones de belleza socialmente aceptados.

También, la necesidad de pertenencia y aceptación por parte de los pares empuja a los adolescentes a sentirse insatisfechos con su imagen corporal lo cual trae consecuencias físicas y psicológicas.

La baja autoestima, la depresión, la ansiedad y hasta en casos extremos las ideas suicidas han sido observadas en los adolescentes con una imagen corporal insatisfactoria.

En otros casos se puede presentar conductas extremas que ponen en riesgo la salud como las dietas estrictas, la actividad física extrema o el abuso de sustancias para alcanzar los ideales de bellezas aceptados culturalmente.

En este contexto, los padres, la familia, las instituciones sociales y los distintos adultos miembros de la comunidad tienen la responsabilidad de ayudar a los

adolescentes para promover su desarrollo y adaptación, así como las estrategias necesarias para gestionar las presiones y problemas que surgen en esta transición a la vida adulta.

La Ebriorexia y la Diabulimia constituyen dos nuevos trastornos alimentarios que emergen y se están instalando entre los adolescentes con un fuerte impacto afectando la salud y calidad de vida de los individuos. Son patologías recientemente identificadas de las cuales no existe una investigación en profundidad. ⁽⁷⁾

Ebriorexia / Drunkorexia

La ebriorexia, también conocida como Alcohorexia o Drunkorexia hace referencia a la conducta que consiste en la restricción en el consumo de alimentos para ingerir bebidas alcohólicas excesivamente y de esta manera compensar las calorías del alcohol a través de la restricción alimentaria para no aumentar de peso. ⁽⁸⁾

Además de la restricción alimentaria también pueden presentarse conductas compensatorias inapropiadas como vómitos, uso de sustancias purgativas o ejercicio excesivo.

La elección de ayuno en general está relacionada con la posibilidad de beber libremente sin preocuparse por las calorías ingeridas. Asimismo, los efectos de la intoxicación alcohólica se ven potenciados además de presentarse con mayor celeridad.

El consumo de alcohol es considerado en general parte de la vida social. Sin embargo, el consumo excesivo a edades cada vez más tempranas genera que se incrementen los riesgos personales y sociales a los que se ven expuestas las personas.

El peligro de esta práctica es el siguiente: no hay alimentos presentes en el estómago para frenar la absorción de alcohol

en el sistema, lo que puede dar lugar a que la persona sufra un estado de embriaguez demasiado rápido, provocando vómitos y por consiguiente la intoxicación etílica. ⁽⁹⁾

El término Drunkorexia apareció por primera vez en el año 2008 en los Estados Unidos en un artículo publicado por The New York Times llamado “Starving Themselves, Cocktail in Hand” (Matándose de hambre, trago en mano) para hacer referencia a la combinación existente entre trastornos de la alimentación y abuso de alcohol. Alcohorexia y Ebriorexia son traducciones de dicho término.

Si bien se trata de un término no reconocido por la comunidad médica, el mismo hace referencia a un trastorno de la alimentación emergente que impacta riesgosamente sobre los adolescentes. Por este motivo, es muy importante su estudio y caracterización. ⁽¹⁰⁾

Diabulimia

La Diabulimia en cambio, consiste en la limitación u omisión en el uso de insulina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 con el objetivo del control del peso. También se pueden presentar episodios de atracones y otros desórdenes alimenticios que acompañan a esta condición. ⁽¹¹⁾

La reducción de las calorías ingeridas a través de la omisión o limitación de las dosis de insulina comprometen el control metabólico lo cual implica serios riesgos para la salud.

Entre los riesgos asociados a la Diabulimia se encuentran las complicaciones microvasculares incluyendo falla renal y neuropatías periféricas en las extremidades, así como enfermedades cardiacas.

Es decir, que los jóvenes con diabetes tipo 1 y que presentan trastornos alimentarios presentan riesgos de salud mayores que jóvenes con trastornos alimentarios no diabéticos.

La Diabulimia, actualmente no se encuentra reconocida como una condición médica o psiquiátrica y si bien se han efectuado investigación y estudios sobre este trastorno alimentario todavía falta información suficiente para su definición. Además, el desconocimiento de la Diabulimia implica que la misma no sea identificada fácilmente por los efectores de la atención primaria de la salud, así como por las familias de los pacientes con diabetes tipo 1. Al igual que cualquier trastorno de la conducta alimentaria, el diagnóstico temprano es de gran importancia para evitar las complicaciones asociadas. ⁽¹²⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar desde una perspectiva integral estos nuevos trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: Diabulimia y Ebriorexia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los determinantes sociales y personales en la aparición de Ebriorexia y Diabulimia.
- Conocer el impacto nutricional de estas dos patologías.
- Abordar desde una perspectiva psicológica y nutricional el tratamiento de Ebriorexia y Diabulimia.

MÉTODOS

El método utilizado fue una búsqueda bibliográfica informatizada en bases de datos confiables de estudios empíricos, Scielo, Pubmed, Medline, Intramed, sobre

trastornos de la conducta alimentaria en idioma español e inglés durante los periodos de 2010 hasta la actualidad que incluyeron artículos y revistas científicas. Las palabras claves utilizadas fueron trastornos de la conducta alimentaria, Ebriorexia, Alcohorexia, Diabulimia, adolescencia, factores de riesgo, tratamiento nutricional, tratamiento cognitivo, imagen corporal, drunkorexia, eat disorders, binge drinking, diabetes. Los artículos encontrados fueron 39. Así mismo fueron completadas por medio de una revisión manual de libros de nutrición, revistas y artículos sobre la temática en cuestión.

ANÁLISIS Y DESARROLLO

Tabla 1: características de los artículos encontrados

Autor, Año	País	Principales Hallazgos
Scaglioni S., Arrizza C., Vecchi F., Tedeschi S. 2011	EEUU	Importancia de la influencia que ejerce el entorno en la formación de hábitos alimentarios en niños y adolescentes.
Cruzat – Mandich C., Diaz-Castrillon F., Lizana- Calderon P., Castro A. 2016	Chile	Carácter multidimensional en la conformación de la imagen corporal y su asociación a conductas de riesgo para la salud
Vargas Baldares M.J. 2013	Costa Rica	En el desarrollo de los TCA se ven involucrados factores biológicos, genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales. Pluralidad de factores a tener en cuenta al momento del diagnóstico y tratamiento de los mismos.
Vázquez- Arévalo R., López- Aguilar X., Ocampo Tellez- Giron M.T., Mancilla – Díaz J. M. 2015	México	Actualización de los criterios diagnósticos del DSM – IV-TR al DSM- V y sus implicaciones en el ámbito clínico.
Corral A., Espinoza V., Yohannessen K., Loyola P., Balboa P.,	Chile	Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Morbi mortalidad de los mismos por tratamiento tardío.

Torrejon C. 2019		
Borras Santisteban T. 2014	Cuba	La adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad debido a los cambios que se presentan y para la aparición de conductas de riesgo.
Martínez Moreno A., López- Espinoza A., Navarro Meza M., López – Uriarte P., Salazar Estrada J. 2014	México	Relación existente entre las alteraciones en la conducta del beber y la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.
Lupi M., Cinosi E., Santacroce R., Martinotti G. 2014	Italia	Definición de la conducta “Binge Drinking” en la Ebriorexia.
Burke S., Vail- Smith K., Cemens Mathews J., Woolse C. 2010	EEUU	Estudio que demuestra la interrelación entre el consumo excesivo de alcohol y la restricción calórica como medida compensatoria.
Fatih Kinik M., Volkan Gonullu F., Vatansever A., Karakaya I. 2015	Turquía	La Diabulimia es un desorden propio de los pacientes con Diabetes tipo 1 en los cuales la constante preocupación sobre la dieta puede determinar la aparición de la misma. La Diabulimia consiste en la omisión o disminución de la dosis de insulina.
Callum A., Lewis L. 2014	Inglaterra	Actitudes y comportamientos a tener en cuenta para una detección precoz de la Diabulimia en pacientes jóvenes con Diabetes tipo 1.
Shaban C. 2013	Inglaterra	La Diabulimia es una patología que requiere un tratamiento multidisciplinario en el cual se trate por un lado los disturbios fisiológicos generados por el mal manejo de la insulina y por otro los psicológicos que se relacionan con la imagen corporal alterada.
Zuñiga F., Inzunza C., Ovalle C., Ventura T. 2009	Chile	Existe una relación directa entre el diagnóstico de Diabetes tipo 1 en la niñez y adolescencia y mayor predisposición en el desarrollo de TCA.
Pilatti A., Brussino S., Godoy J. 2013	Chile	Inicio cada vez más temprano de consumo de alcohol en los adolescentes y su relación con el desarrollo de un patrón de consumo riesgoso.
Ochoa Mangado E., Madoz – Gurrupide A., Vicente Muelas N. 2009	España	Criterios diagnósticos para la dependencia de alcohol y tratamiento.

Celis Ekstrand A., Roca Villanueva E. 2011	España	Eficacia de la terapia Conductivo Conductual en el abordaje de los pacientes con TCA.
Echeverría R. 2014	México	Estrategias para la prevención y atención de los TCA
Arancibia M. 2014	Chile	Clasificación de los trastornos alimentarios en el DSM –V
Tuazon V., Travis S., Honderich E., Williams A., Menefee S., Gressard C.H. 2019	EEUU	Existe mayor prevalencia de Drunkorexia en mujeres que en varones. Asimismo, relaciona la patología con la necesidad de compatibilizar el consumo excesivo de alcohol para pertenecer al grupo con mantenerse delgados por el mismo motivo.

DIABULIMIA

Diabulimia hace referencia a una condición no reconocida aun médicamente sin embargo este término ha sido utilizado en investigaciones y literatura académica para describir la omisión deliberada o el uso de menores cantidades de insulina con el objetivo de controlar el peso. Esta conducta genera una “purga calórica” puesto que al no contar con la dosis necesaria de insulina la glucosa no puede ser incorporada generando glucosuria.

La Diabulimia es un trastorno alimentario en sí mismo característico de las personas que presentan DM1 quienes a su vez también pueden presentar otros tipos de desórdenes alimentarios. ⁽¹³⁾

La diabetes mellitus (DM) se define como un síndrome heterogéneo de causas múltiples, caracterizado por hiperglucemia crónica, con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como resultado de defectos en la secreción, acción de la insulina o en ambas. Es decir que se trata de una enfermedad de carácter crónico no transmisible que se puede originar por diversas causas las cuales por el momento no están totalmente dilucidadas.

Se trata de una condición que afecta cada vez a más personas en el mundo y que sin tratamiento puede llegar a ser mortal debido a los daños que se generan en el organismo.

La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción y falla de diferentes órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Las alteraciones en el metabolismo de los macronutrientes en las personas con diabetes desencadenan otras condiciones clínicas de alto riesgo. Es decir, que la diabetes implica un alto riesgo para la salud en sí misma y como desencadenante de otras patologías como dislipemias, hipertensión arterial, cardiopatías y nefropatías entre otras.

La incidencia de diabetes en niños y en adolescentes se ha ido incrementando en los últimos años debido a un aumento de los casos de diabetes tipo 1 así como también por la epidemia mundial de obesidad infantil y la emergencia de diabetes tipo 2 (DM2) en niños. También, existen otros tipos de diabetes que se presentan con menor frecuencia y que afectan a los niños y adolescente como es el caso de la diabetes neonatal y la diabetes monogénica de tipo MODY entre otras.

Según la Federación Internacional de Diabetes se estima que más de 500.000 niños menores de 15 años en todo el mundo viven con diabetes tipo 1 y por cada año hay aproximadamente 76.000 nuevos casos.

La DM1 es una condición multifactorial autoinmune que se presenta en individuos genéticamente predispuestos frente a la presencia de algún factor ambiental desencadenante. Es decir que se trata de una enfermedad que deriva de tres condiciones: susceptibilidad genética, autoinmunidad y agresión ambiental. Una persona puede vivir con esta predisposición genética mucho tiempo sin presentar la enfermedad y cuando se produce la exposición a una agresión ambiental se desarrollan autoanticuerpos contra las células beta del páncreas determinando su

destrucción. Es por esto, que se trata de enfermedad de comienzo abrupto y radical.

Si bien por el momento la etiopatogenia no está del todo determinada, la misma es el resultado de una cascada de eventos inmunitarios de mediación celular en individuos con predisposición genética que termina con la destrucción selectiva de las células insulino secretoras del páncreas.

En cuanto a los factores ambientales en la patogénesis de la DM1 algunos candidatos potenciales son factores virales, microbianos nutricionales y antropométricos.

El diagnóstico de la diabetes infantil, en la mayoría de los casos se realiza frente a la presencia de un síndrome cardinal (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso). Luego, existen pruebas de laboratorio complementarias.

Los pacientes diagnosticados con DM 1 deben realizar cambios en su estilo de vida (dieta, ejercicio), adoptar hábitos de autocuidado y enfrentar técnicas de tratamiento y control, todo lo cual implica un estrés general que puede afectar o generar inestabilidad a nivel psicológico, sobre todo cuando la población más afectada es la infanto juvenil. ⁽¹⁴⁾

Adicionalmente, la información y el conocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad, muestra ser muy elemental, aislada, estereotipada y a veces errónea, por lo que suele haber una sobredimensión de ciertos aspectos y desconocimiento de otros como por ejemplo las causas de la enfermedad, en qué consiste su manifestación o cuál es su tratamiento.

El estrés psicológico afecta profundamente las actitudes de los pacientes hacia su enfermedad y puede generar dificultades con el automonitoreo.

También, la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo pueden desencadenar distintas conductas como la labilidad emocional, dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima y aislamiento social propiciando el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.⁽¹⁵⁾

Si bien no existen muchos estudios sobre la asociación de trastornos de la conducta alimentaria y DM1, se sabe que la prevalencia en mujeres es de 5-15%. Otros estudios observan una prevalencia de hasta el 30%. De hecho, algunos estudios consideran que un TCA es dos veces más frecuente en adolescentes con DM1 (12-19 años) y se asocia con la omisión de insulina para perder peso, niveles elevados de hemoglobina glicosilada, y con mal control metabólico. Así mismo, se ha observado una prevalencia más elevada de Bulimia Nerviosa y semejante a la población control en Anorexia Nerviosa. El 36% de las adolescentes con DM1 utilizan algún tipo de maniobra purgativa y un 26% realizan restricciones dietéticas tratando de perder peso.

La etiología de los TCA es multifactorial, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicosociales y culturales. Deben coexistir varios de ellos para facilitar la aparición y el desarrollo de la enfermedad, y deben ser específicos para cada persona pudiendo coincidir en un momento determinado.

Así mismo en el caso de los pacientes con DM1 existen factores extras cuya presencia pueden predisponer al desarrollo de problemas de alimentación.

En primer lugar, las restricciones de la dieta producto de la preocupación en general por la ingesta, y por la cantidad y tipo de hidratos de carbono en particular, podrían contribuir al desarrollo de una patología alimentaria.

En segundo lugar, tras el inicio del tratamiento y potenciado por la terapia intensiva con insulina se produce un aumento de peso que conlleva a una mayor

insatisfacción corporal y disminución de la autoestima, terreno propicio sobre el que se desarrolla frecuentemente un TCA.

En tercer lugar, el conocimiento de la capacidad de poder controlar el peso mediante la omisión o disminución de la dosis de insulina hace que el paciente diabético que presenta este trastorno alimentario utilice la manipulación de la dosis de insulina como método de purga.

En cuarto lugar, la cronicidad de la DM1 es un factor de riesgo en sí mismo para desarrollar conductas de control de peso poco saludables.

En quinto lugar y por último, a la vulnerabilidad y conflictos que atraviesan los jóvenes en cuanto a la autonomía y baja autoestima que los hace propensos a presentar trastornos de la conducta alimentaria hay que sumarle en el casos de los que presentan DM1 el sentimiento de sentirse diferente a los demás por la enfermedad y los cuidados que implica.

Como se mencionó con anterioridad, la Diabulimia constituye un trastorno alimentario en sí mismo propio de las personas con DM1 pero también pueden aparecer en paralelo otros trastornos alimentarios. La bulimia nerviosa según muestran las estadísticas suele ser el más frecuente.

De manera tal, que puede encontrarse pacientes Diabulimia que solamente omiten o alteran la dosis de insulina para controlar su peso, pero también es usual que se observe pacientes que omiten la insulina y también presentan vómitos autoinducidos y/o uso de laxantes.

Por otro lado también, puede observarse pacientes que no omiten la insulina pero utilizan maniobras purgativas (vómitos y/o laxantes) poniendo de manifiesto un amplio espectro de presentaciones de la Diabulimia y la importancia de continuar

investigando sobre la misma para poder establecer criterios específicos para su diagnóstico y tratamiento.

La preocupación excesiva por el peso corporal y la imagen, así como las alteraciones psicológicas y la angustia psicosocial son criterios de sospecha de trastornos alimentarios que también pueden utilizarse para la identificación de la Diabulimia. Adicionalmente, el mal control metabólico y la falta de la adhesión al tratamiento de la DM1 pueden constituirse como criterios para su identificación. Cuando se hace referencia a mal control metabólico se habla de niveles elevados de hemoglobina glicosilada, hospitalizaciones frecuentes por cetoacidosis diabética o aparición precoz de complicaciones relacionadas con la DM1.

El DEPS-R (Diabetes Eating Problem Survey) es un test específico de trastorno alimentario en DM1 de muy fácil realización y solo lleva 10 minutos aplicarse. Si bien se necesitan más estudios utilizando este test en pacientes con DM1 a futuro puede constituirse como una herramienta de gran utilidad para identificar las poblaciones de riesgo y realizar una prevención y un tratamiento precoz. ⁽¹⁶⁾

EBRIOREXIA

La Ebriorexia, también conocida como Alcohorexia o Drunkorexia, es una patología de carácter psicológico que implica la realización de conductas dirigidas al control del peso corporal como medida para compensar un alto consumo de alcohol. Este trastorno psicológico comparte características de dos tipos de patologías, por lo que podríamos indicar que se trata de una patología dual. Básicamente, comparte síntomas de un trastorno alimentario y un trastorno de adicción al alcohol.

Los pacientes que padecen este tipo de conductas se vuelven conocedores sobre el contenido energético de los alimentos y bebidas alcohólicas, con el fin de poder controlar y compensar la ingesta calórica producto del consumo excesivo de alcohol. ⁽⁸⁾

De hecho, se pueden identificar conductas características en ellos. La omisión de comidas para ahorrar calorías o el ejercicio excesivo para compensar el aumento de la ingesta calórica del consumo de bebidas alcohólicas constituyen unas de ellas. También, el patrón de consumo alcohólico del Ebriorexico implica niveles tan elevados de alcohol que generan vómitos lo cual es método de purga habitual en los trastornos de la conducta alimentaria. ⁽¹⁷⁾

La Ebriorexia es una condición altamente peligrosa y con potencial mortal que aúna las consecuencias y riesgos de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y los propios del consumo, el abuso o incluso la dependencia al alcohol. Las alteraciones pueden ser tanto físicas como neurológicas o incluso psicológicas, alterando órganos como corazón, riñones, hígado, cerebro o vasos sanguíneos.

Según los datos estadísticos, el consumo de alcohol comienza, y en mayor medida se incrementa, en el período que va desde los 16 a los 20 años. En los EE.UU. el 72% de los adolescentes del último año del nivel medio tomó alcohol alguna vez mientras que el 25% presentó episodios de consumo intensivo de alcohol. Así mismo, en Argentina el 72.3% de los estudiantes de enseñanza media (14-18 años) había consumido alcohol alguna vez en la vida; mientras que el 25% mostró modalidades de consumo riesgoso. ⁽¹⁸⁾

También, se ha podido observar que si bien no existen grandes diferencias estadísticas en cuanto a género las mujeres presentan mayor preocupación que

los hombres por el peso motivo por el cual es más probable que realicen restricciones alimentarias a la hora de beber.

En cuanto a las conductas compensatorias es más frecuente que los hombres realicen ejercicio excesivo mientras que las mujeres recurren más a la omisión de comidas o purgas.

La adolescencia es una etapa en la que se inicia la transición de la dependencia a la independencia por lo que es frecuente la aparición de conductas relacionadas con la búsqueda de sensaciones, la toma de riesgos y el uso exploratorio de sustancias. ⁽¹⁹⁾

El alcohol es una droga psicoactiva legal de amplio consumo en la sociedad. Se trata de una sustancia que produce efectos sobre el sistema nervioso central por lo que cuenta con la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

Los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, de las expectativas de quien las consume, del estado de ánimo y de las características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades pre-existentes. ⁽²⁰⁾

Las bebidas alcohólicas se obtienen a través de un proceso natural resultante de la fermentación de alimentos que contienen azúcar motivo por el cual proporcionan kilocalorías. Por cada gramo de etanol metabolizado se forman 7,1 kilocalorías. Sin embargo, las mismas se conocen como "kilocalorías vacías" ya que, a pesar de su alto valor energético, carecen de nutrientes esenciales como

proteínas, vitaminas y oligoelementos. Es decir, que las bebidas alcohólicas aportan únicamente energía y modifican el perfil nutricional del consumidor.

En el caso del consumidor moderado, la ingesta de alcohol suele ser una fuente adicional de energía, que se agrega a la dieta habitual del paciente pudiendo generar sobrepeso, obesidad y aumento de la circunferencia de cintura con el consecuente riesgo cardiometabólico.

El alcohol al tratarse de una sustancia tóxica para el organismo debe eliminarse de inmediato motivo por el cual tiene prioridad en el metabolismo, alterando otras vías metabólicas, incluida la oxidación de lípidos, que favorece las reservas de grasa del cuerpo, que se depositan preferentemente en el área abdominal.

En el caso del consumidor severo la situación es distinta puesto que suele tratarse de un individuo desnutrido ya que el alcohol reemplaza las calorías y nutrientes adecuados peligrosamente. ⁽²¹⁾

Existen distintos tipos de patrones de consumo problemático de bebidas alcohólicas los cuales se encuentran bien definidos y su conocimiento es de gran importancia en la Ebriorexia.

Se denomina Bingedrinking a la conducta de riesgo que implica consumo de alcohol en forma excesiva, 5 tragos o más, en un periodo corto de tiempo con la intención de alcanzar una intoxicación por parte de los adolescentes.

Estas conductas suelen presentarse con mayor frecuencia durante los fines de semanas en ámbitos nocturnos fuera del marco de la alimentación y del contexto familiar con la clara intención de alcoholizarse.

La definición del término Bingedrinking en un principio refirió la influencia genética para explicar este tipo de comportamiento, sin embargo, el estudio de los hábitos sociales demostró ser más contundentes para caracterizarlo.

Este tipo de conducta es de gran impacto, ya que está ampliamente demostrado que presenta efectos agudos en el corto plazo y problemas cognitivos en el tiempo.

Si bien los jóvenes que presentan Ebriorexia no necesariamente presentan dependencia del alcohol el consumo excesivo habitual, puede llevar a problemas de alcoholismo agudizando también el cuadro de trastorno alimentario.

Se habla de Alcoholismo cuando aparecen problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

Para diagnosticar una dependencia a sustancias, el DSM-IV considera un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indica que el individuo continúa consumiendo las sustancias a pesar de problemas significativos relacionados en ella. ⁽²²⁾

El diagnóstico de alcoholismo incluye una correcta anamnesis, junto con una evaluación clínica. Corresponde realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos.

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencian las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol brindan datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. ^{(23) (24)}

Consecuencias de la intoxicación etílica

El alcohol es una sustancia soluble en agua que circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, una vez ingerido comienza un proceso de cambios metabólicos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es más tóxico que el alcohol. Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estómago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH). Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminado principalmente por vía renal.

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, coordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación.

A nivel cardiovascular produce un aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial. En grandes concentraciones, produce una disminución de la contractilidad cardiaca, a nivel central deprime el centro vasomotor.

Tras la ingesta de alcohol, la liberación de dopamina aumenta en algunas zonas del sistema nervioso central. Igualmente produce un aumento de la liberación de serotonina e incluso después del consumo crónico se produce tolerancia a este

efecto. El consumo de éste estimula los receptores opioides y aumenta la liberación de endorfinas, desencadenando una sensación de bienestar y un reforzamiento positivo que estimula al paciente a seguir bebiendo. La disfunción de los receptores opioides podría formar parte de las bases biológicas del ansia del alcohol y de las recaídas que se observan.

Con relación al aparato digestivo, produce un aumento en la secreción de ácido clorhídrico y de gastrina. En dosis altas inhibe el peristaltismo intestinal.

Muchos alcohólicos crónicos tienen un estado nutricional deficiente, en el que colabora el propio abuso etílico y las circunstancias sociales de estos sujetos.

Determinados componentes de la dieta, como ácidos grasos poli-insaturados, son más propensos a sufrir el daño oxidativo inducido por el etanol. El abuso crónico del alcohol tiende a producir deficiencias nutricionales, en primer lugar, por el efecto anorexígeno del etanol, en segundo lugar, por la alteración intestinal que altera la absorción de los nutrientes y, en tercer lugar, por el consumo excesivo de nutrientes específicos ante la necesidad de metabolizarla sobrecarga de etanol. ⁽²⁵⁾

El alcohol es una sustancia que produce acostumbramiento en el organismo. Es decir, que con el tiempo aumenta la tolerancia al mismo motivo por el cual se debe recurrir a cantidades cada vez mayores para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado).

El síndrome de abstinencia es un cambio desadaptativo con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esta sustancia.

En conclusión, la intoxicación etílica puede ser mortal debido a que lleva al individuo a un estado de pérdida de conciencia, con disminución de la frecuencia

respiratoria, menor temperatura corporal, simultáneamente se produce hipotensión arterial, que podría producir un cuadro convulsivo y vómitos que podría producir la aspiración del contenido gástrico, produciendo ahogamiento. En casos extremos podría producir paros cardiorrespiratorios y coma cetoacidótico.

La adolescencia la es la etapa más propicia para que se presenten este tipo de trastornos ya que es la etapa donde los jóvenes están en la búsqueda de su identidad y conformación de la personalidad adulta. ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾

DIAGNOSTICO ALCOHOLISMO

En cuanto al diagnóstico de la existencia de una relación conflictiva con el alcohol es necesario realizar una correcta anamnesis en donde se valore la cantidad y frecuencia de la ingesta. La exploración clínica y física permite identificar la presencia de repercusiones y alteraciones clínicas como consecuencia del consumo etílico. También, al igual que en los trastornos de la conducta alimentarias es de gran importancia el análisis del contexto psicopatológico.

El consumo de alcohol puede ser medido en gramos de alcohol a través de la realización de un cálculo en el cual se multiplica los mililitros de bebida por la graduación de la misma y por 0,8 y dividiendo el resultado por 100. Esto permite determinar la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que se refiere al contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. En base a esto se clasifican a los bebedores. ⁽²⁶⁾

El consumo exagerado de alcohol en la adolescencia enmascara una manera de adaptarse a la sociedad, sin embargo, este tipo de conductas buscan desafiar los límites y en algunas circunstancias pueden ser extremas. En ocasiones los adolescentes no toman conciencia del riesgo al que se ven expuestos.

En el caso del consumo excesivo de alcohol, se pueden presentar situaciones tales como relaciones sexuales inseguras, conducción peligrosa de vehículos, peleas, vandalismo y aparición de problemas de abuso y dependencia de alcohol en la edad adulta.

La Ebriorexia se puede entender como un trastorno de la conducta alimentaria que compatibiliza dos situaciones incompatibles fisiológicamente como es el beber en forma excesiva y la delgadez, a través de conductas riesgosas para la salud como la purga, las reducciones extremas de calorías o la práctica de actividad física en forma excesiva. Es decir, que la vulnerabilidad y la presión a la que se ve expuesto el adolescente hoy en día a fin de sentirse parte lo empuja a llevar adelante conductas y querer cumplir con modelos independientemente del costo que implique para su salud.

En el contexto de la adolescencia, con las características de la etapa que ya han sido mencionadas, vale mencionar que el consumo de los pares y la relación parental son dos factores determinantes en lo que refiere a la motivación de los adolescentes para el consumo de alcohol.⁽¹⁸⁾

Considerando que este trastorno tiene un origen multicausal sus causas no se encuentran completamente dilucidadas.

Entre los diferentes factores que pueden favorecer su desarrollo se encuentran la transmisión y sobrevaloración de los modelos de belleza centrados en torno a la delgadez. Es habitual que quienes sufren este trastorno tengan sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

En algunas situaciones atravesar experiencias de rechazo que marcar al individuo y que pudieran haber estado vinculadas o no a su figura corporal. Estas experiencias pueden llevarles a recurrir a elementos como el alcohol para desinhibirse o sentirse más aceptados. A nivel de personalidad es frecuente que

tengan una personalidad o bien rígida y perfeccionista o bien extremadamente débiles a nivel emocional.

También los modelos paternos pueden influir, en el caso de que se transmitan ideas sobrevalorados en torno a la figura corporal o si se transmite la imagen del alcohol como vía para solucionar o evitar problemáticas. ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾

La Ebriorexia es un trastorno de alimentación cuya detección presenta gran dificultad debido a distintos factores.

Así mismo, al igual que el resto de los TCA considerados tradicionales la Ebriorexia es multifactorial y todavía no se ha podido definir en forma precisa el rol y la interacción de los mismos en su desarrollo. ⁽¹⁸⁾

Por un lado, al tratarse de un nuevo trastorno alimentario por el momento no se cuenta con gran cantidad de información sobre el mismo y lo que implica.

Por otro lado, se trata de una patología dual que combina rasgos de dos trastornos distintos requiriendo un análisis exhaustivo de la situación para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Por último, el alcohol es una sustancia cuyo consumo es aceptado socialmente por lo que muchas veces se tarda en identificar la existencia de una problemática en su consumo.

La Ebriorexia puede estar enmarcada dentro de la categoría del DSM - V denominada trastornos de la conducta alimentaria especificados dado que si bien no cumple con todos los criterios de alguna de las categorías determinadas al momento del diagnóstico se puede identificar el vínculo existente con los trastornos alimentarios categorizados y definidos.

El tratamiento de la Ebriorexia debe ser abordado de manera dual, considerando tanto el trastorno alimentario como el alcoholismo. También hay que tener en

cuenta que puede haber un trastorno de salud mental subyacente que conduce tanto al trastorno de alimentación como a la adicción al alcohol. Un diagnóstico preciso es esencial para abordar ambos trastornos. Con respecto a la terapia nutricional, evidentemente el objetivo es recuperar un adecuado estado nutricional y lograr una relación sana con los alimentos. Este es un proceso educativo que tiene metas a corto y a largo plazo personalizado y como parte de una terapia multidisciplinaria en que la recuperación de hábitos alimentarios sanos es el último eslabón en esta cadena de recuperación psicológica y corporal.

Las posibles causas de los TCA incluyen una variedad de factores que sugieren la interacción entre aspectos socioculturales que fomentan la insatisfacción con la imagen corporal, variables familiares y, sobre todo, factores de riesgo individuales como: antecedentes de obesidad afecto negativo, rasgos de personalidad como la necesidad de control o seguir dietas. ⁽⁵⁾

IMPACTO ORGÁNICO Y NUTRICIONAL DE LA EBRIOREXIA Y DIABULIMIA

Como mencionamos anteriormente, la Diabulimia es un trastorno alimentario, que consiste en un mal manejo por parte del paciente de las dosis de insulina. La insulina es una hormona hipoglucemiante cuya función es mantener los niveles de glucosa en sangre estables. Esto lo hace activando a los transportadores de membrana de las células de los tejidos insulino dependientes para que estos puedan internalizar la glucosa y utilizarla como fuente de energía.

A nivel metabólico la carencia profunda de insulina genera activación de la vía catabólica: aumentado la lipólisis de los tejidos adiposos, la beta oxidación de ácidos grasos y los ácidos grasos libres en plasma de manera tal que se incrementa la producción de cuerpos cetónicos. Además, se incrementa la glucogenólisis y gluconeogénesis y disminuye la gluconeogénesis a nivel hepático

motivo por el cual se siguen incrementando los niveles de glucosa generando glucosuria y deshidratación.

La consecuencia clínica de la administración inadecuada de las dosis de insulina provoca alteraciones metabólicas como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. En casos muy graves se puede presentar cetonuria.

Esta situación metabólica a corto plazo puede traer curación lenta de las heridas, ya que los niveles elevados de glucosa en sangre causan mala circulación, lo cual retrasa la cicatrización de las heridas, pudiendo convertirse en úlceras, en personas que padecen diabetes. También pueden generarse infecciones bacterianas dado que los niveles altos de glucosa, genera que el organismo produzca enzimas y hormonas, que impactan de forma negativa en el sistema inmunológico.

Otra consecuencia es la atrofia muscular dado que sin insulina el organismo no puede utilizar glucosa, degradando los músculos para obtener sustrato energético. La amenorrea, también es una respuesta orgánica, en las mujeres que padecen este tipo de trastorno.

El desequilibrio electrolítico y la deshidratación severa se pueden observar debido a que el organismo intenta expulsar las cetonas, producidas por la deficiencia de insulina, a través de la orina. Así mismo, junto con la eliminación de cetonas y glucosa, se pierde sodio y potasio, lo que podría acarrear un desequilibrio electrolítico extremo.

A largo plazo pueden aparecer retinopatías, edemas maculares, neuropatías periféricas, síncope vasovagal, diarrea crónica o estreñimiento, debido a la lesión de los nervios que regulan la función intestinal, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad cardíaca e incluso la muerte.

Todas las consecuencias mencionadas anteriormente tienen un impacto negativo en el organismo, afectado el estado nutricional favoreciendo el riesgo de padecer malabsorción de nutrientes y desnutrición.

A diferencia de otros trastornos en donde prima la restricción alimentaria que es la que genera el deterioro del organismo, en esta patología, el ingreso de alimentos

al organismo no se altera, pero la deficiencia de insulina pone al organismo en un estado inanición.⁽³⁰⁾

En relación a la Ebriorexia, al tratarse de una patología compuesta, que integra tanto a la anorexia como al consumo excesivo de alcohol, al referirnos al impacto orgánico y nutricional debemos tomar en cuenta ambas problemáticas. Las alteraciones pueden ser tanto físicas como psicológicas. Los órganos principalmente afectados pueden ser el corazón, hígado, riñones y vasos sanguíneos. En este sentido, la pérdida excesiva de peso hasta llegar a un infrapeso clínicamente peligroso puede desencadenar amenorrea, insomnio, mareos, taquicardia, arritmias, hipopresión, ansiedad cianosis, problemas renales, problemas hepáticos, fatiga e ideación suicida. También pueden producirse problemas de atención y concentración, afectando la memoria y capacidad física, acompañado de irritabilidad y descenso de la libido. A esto se le unen las consecuencias propias de la dependencia al alcohol, problemas hepáticos como la cirrosis, problemas gastrointestinales, problemas cardiovasculares, alucinaciones, confusión, incapacidad para concentrarse, problemas de memoria, fallos renales, coma o incluso la muerte. Es decir, la Ebriorexia combina dos comportamientos agresivos para el organismo que se retroalimentan entre sí. La carencia nutricional propia de la inanición combinada con el efecto tóxico del alcohol consumido en forma excesiva genera lesiones en el organismo y alteran el metabolismo normal de los alimentos lo cual se ve reflejado en el deterioro de los distintos órganos y funciones vitales.

La subestimación del impacto perjudicial del consumo excesivo de alcohol al tratarse de una sustancia socialmente aceptada y sin contemplar la posible existencia de otras patologías concomitantes eleva los riesgos físicos a los que se ven expuestos los jóvenes.

Tantola Diabulimia como la Ebriorexia se tratan de trastornos alimentarios en donde la población afectada es la adolescente los cuales todavía se encuentran en proceso de desarrollo por lo que cualquier carencia energética como de determinados nutrientes considerados críticos van a impactar en su crecimiento.

El desarrollo es un proceso anabólico por lo que es vital el correcto aporte calórico- proteico según los requerimientos diarios para la edad.

Las necesidades de minerales aumentan durante el crecimiento acelerado propio de la adolescencia. Durante esta época adquieren especial importancia el calcio, hierro y zinc, por su rol en crecimiento y por su ingesta potencialmente inadecuada.

El crecimiento acelerado óseo y muscular durante la adolescencia hace de ésta una etapa crítica en el depósito de calcio en los huesos por lo que una ingesta adecuada de calcio ayuda a prevenir fracturas frecuentes en esta edad y disminuye el riesgo de osteoporosis prematura. La vitamina D también cobra importancia en el depósito de este mineral.

El requerimiento de hierro a esta edad debido al incremento en la masa muscular y volumen sanguíneo propio del desarrollo puberal en varones y las pérdidas aumentadas por el sangramiento menstrual en mujeres se ve aumentado.

El Zinc es especialmente importante durante la adolescencia por su rol en el crecimiento y maduración sexual. ⁽³¹⁾

TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES CON TCA

El tratamiento para adolescentes con TCA debe contemplar la complejidad biopsicosocial de estas enfermedades junto con las características propias de esta etapa de la vida. El tratamiento óptimo implica, por lo mismo, la acción de un equipo interdisciplinario que esté capacitado para abordar las múltiples facetas de estos trastornos. Este equipo idealmente debiese estar comprendido por un médico especialista en el desarrollo adolescente, especialista en nutrición, especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA. Todos estos

profesionales deberían ser profesionales con experiencia en la evaluación y tratamiento de los TCA y en salud adolescente.

Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas en estos trastornos, el tratamiento tiene que poder ofrecer varios niveles de atención, desde ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial hasta hospitalización completa.

Aunque las opciones de tratamiento para adolescentes con TCA son amplias, la meta de los mismos es una sola: Acompañar al adolescente a lograr alcanzar y mantener su salud física y psicológica. Si bien los TCA son trastornos psiquiátricos, estos no pueden ser atendidos sin considerar la salud física de quienes lo sufren. Por esto, el logro de patrones de alimentación saludable resulta clave para proveer las bases para el resto del tratamiento. Por lo tanto, la evaluación médica y su seguimiento es un componente indispensable sobretodo en la primera fase del tratamiento. Las intervenciones en salud mental, por otro lado, deben cubrir la psicopatología propia de los TCA, las tareas psicosociales del periodo adolescente y las condiciones comórbidas. Los tratamientos para TCA son generalmente largos, recomendándole el seguimiento hasta 4 años luego del alta, en el caso de las adolescentes. ⁽³²⁾

Terapia Cognitivo Conductual

La mayoría de los adolescentes que sufren los trastornos anteriormente descritos, refieren síntomas similares a los que suelen atribuirse a las personas con trastorno por consumo de sustancia, como ansiedad y los patrones de consumo compulsivo. Esta semejanza puede reflejar la implicación de los mismos sistemas neuronales, como los implicados en la regulación del autocontrol y la recompensa, en los dos grupos de trastornos. Sin embargo, siguen sin conocer de manera suficiente las contribuciones relativas de los factores comunes y distintivos al desarrollo y la

perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria y del consumo de sustancias.

Actualmente los estudios sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los trastornos alimentarios muestran en su mayoría, que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene más apoyo empírico.

El primero de los tratamientos cognitivo-conductuales con protocolo y específico para los Trastornos de la conducta alimentaria que tuvo resultados positivos fue el propuesto por C. Fairburn (1985) para la Bulimia Nerviosa a mediados de los años 80. La teoría cognitivo-conductual para la Bulimia Nerviosa sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación: mientras que la mayoría de las personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su propia ejecución en distintas áreas de su vida, las personas con Trastornos de la conducta alimentaria se juzgan a sí mismas, en relación a sus hábitos de ingesta, a su imagen física y peso corporal; y a su capacidad para ejercer control sobre estos. La sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control es la base que sostiene la patología. A partir de esto se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA: la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso, la evitación, y la preocupación por pensamientos sobre la comida, la figura y el peso.

La eficacia limitada del tratamiento en su formulación original ha llevado a sus autores a reformular su modelo añadiendo una serie de mecanismos mantenedores del trastorno, además de extenderlo a todos los Trastornos de la conducta alimentaria y no exclusivamente a la Bulimia Nerviosa.

Los cuatro mecanismos adicionales, mantenedores de los trastornos alimentarios, propuestos por Fairburn et al. (2003) son: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales.

1. Perfeccionismo Clínico. Este mecanismo hace referencia a un esquema disfuncional de autoevaluación donde la valoración personal es puesta en tela de juicio principalmente por los esfuerzos destinados a alcanzar objetivos elevados y por el éxito al conseguirlos, independientemente de las consecuencias perjudiciales que puedan tener dichos esfuerzos para el funcionamiento global. El perfeccionismo es una característica bastante común en los trastornos de la conducta alimentaria.

2. Baja autoestima. En algunos pacientes, la baja autoestima no consiste simplemente en pensar negativamente sobre sí mismo, como resultado de la incapacidad de controlar la ingesta o el peso; sino en la existencia de una autoimagen negativa como parte de su propia identidad. Esta baja autoestima dificulta el cambio, principalmente a través de dos mecanismos: por un lado, les crea una sensación de desesperanza sobre la propia capacidad de cambio (perdiendo la confianza en el tratamiento), y por otro lado, las lleva a perseguir con determinación logros en las áreas altamente valoradas (control sobre ingesta, peso y figura corporal) que son difíciles de alcanzar porque no son realistas ni están bajo su control.

3. Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo. Algunos pacientes tienen problemas para afrontar de forma adecuada ciertos estados emocionales. Cuando experimentan cambios en su estado de ánimo, estos pacientes son incapaces de reconocerlos y aceptarlos, e intentan modular su estado anímico con conductas que, en ocasiones, son muy desadaptativas, por ejemplo, autolesiones o consumo de sustancias psicoactivas.

4. Dificultades Interpersonales. Algunos pacientes también presentan importantes problemas en sus relaciones interpersonales.

Un diagnóstico claro en los trastornos de alimentación, mejorará la comunicación entre los profesionales y favorecerá los avances en la investigación de dichos trastornos.

La visión transdiagnóstica permite utilizar básicamente una misma teoría y tratamiento para el conjunto de los trastornos alimentarios.

El factor tiempo en el manejo de estas patologías, es de gran importancia ya que se tiene mejor pronóstico cuanto más rápido se establezca el tratamiento de forma interdisciplinaria.

En la práctica clínica se puede observar que los Trastornos de la conducta alimentaria tienen una parte de psicopatología “específica” y otra serie de componentes de psicopatología “general” (es decir, compartidos con trastornos no alimentarios), como síntomas de depresión, ansiedad o abuso de sustancias, entre otros.

La psicopatología específica de los trastornos de la conducta alimentaria se refiere al “centro psicopatológico”; la sobrevaloración de la figura, y del peso corporal y su control.

Además, las conductas llevadas a cabo por las personas con trastornos alimentarios conllevan una serie de riesgos para la salud física, muchos de los cuales surgen a raíz de las purgas, como desequilibrios en los fluidos corporales y en los electrolitos (sodio, potasio, etc.).

A partir de la presentación de cada caso, la terapia permite variantes en las formas de tratamiento. Por un lado, existen dos versiones: la “focalizada” (focused versión) que se centra exclusivamente en la psicopatología propia de estos trastornos y la versión “extendida” (broad versión) que incluye los mecanismos adicionales (perfeccionismo clínico, baja autoestima, estados de ánimo y relaciones interpersonales). Por otro lado, se contemplan dos posibilidades en cuanto a la duración: 20 sesiones (en su versión más habitual) y 40 sesiones (en casos de peso por debajo de un IMC=17,5). Además, existen versiones con modificaciones específicas para pacientes jóvenes, una modalidad intensiva para pacientes internados y versiones para ser aplicadas en grupo.

El primer objetivo del tratamiento es restablecer un patrón alimentario regular y reducir la insatisfacción con la imagen corporal. Para ello se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales con el fin de introducir un cambio en los pacientes con respecto a la alimentación, para luego ocuparse de las actitudes hacia la imagen y el peso e intervenir sobre distorsiones cognitivas tales como el pensamiento dicotómico, el perfeccionismo y la baja autoestima. Si bien en cualquier modelo psicoterapéutico es de gran importancia para el resultado, la existencia de una buena relación terapeuta-paciente, lo es aún más para el tratamiento de los trastornos alimentarios. Se debe tener en cuenta que se le solicita al paciente que lleve a cabo situaciones que pueden resultar no del todo agradables teniendo en cuenta su sintomatología. Además, se trata de pacientes que a menudo se sienten avergonzados por su conducta y son muy sensibles a muestras de desaprobación.

Objetivos terapéuticos:

-Orientación educativa: Ayuda diagnóstica. En la mayoría de los pacientes existe una falta de conciencia total de la enfermedad. Se hace necesario informar a los pacientes sobre la sintomatología y características de la misma para que reconozcan que padecen un trastorno que pone en riesgo su salud física y mental.

Evolución y pronóstico de la enfermedad:

El paciente deberá tener información adecuada sobre los riesgos de padecer TCA, y lo que esto implica para la salud.

Consejos nutricionales

Se debe informar sobre las características de una alimentación adecuada, tanto en calidad como en cantidad. El trabajo deberá ser realizado por un equipo interdisciplinario con un profesional de la nutrición, brindando principalmente información sobre buenos hábitos alimentarios requerimientos nutricionales necesarios para mantenerse sano, favorecer el desarrollo, mejorar el rendimiento en actividades físicas y lograr modificar actitudes hacia la comida

Contrarrestar la presión social

Se buscará evitar los efectos perjudiciales de los medios de comunicación, publicidades engañosas y sesgadas a la que se ven sometidos. Las principales fuentes de influencia, en la actualidad, en relación a la estética corporal son las publicidades de moda y belleza, que generan una gran carga social para aquellas personas que se sienten insatisfechos con su aspecto físico .

Adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento

Serán necesarias para corregir las respuestas desadaptativas tanto en relación a la comida como a sus relaciones sociales y entorno familiar, ambos muy deteriorados en los pacientes.

Son:

- Para modificar los rituales y obsesiones respecto a la comida tales como el ritual anoréxico o bulímico.
- Para recuperar las relaciones sociales, que han sido alteradas y se han deteriorado. El aislamiento social es frecuente.
- Enseñar a afrontar problemas cotidianos, evitando que la comida se convierta en el refugio de la frustración ocasiona la incapacidad para afrontarlos. Es necesario enseñar a los pacientes que los problemas pueden resolverse sin necesidad de recurrir a acciones que amenacen su salud física y mental.

- Mejorar el nivel de expresión de sentimientos y a su vez de la comunicación con el entorno familiar.

Entrenamiento en habilidades sociales y de autoestima que posibilitará la recuperación de estos pacientes

Prevención de recaídas

Hay que tener presente que la recaída es parte de la recuperación de un TCA, por lo que hay que desdramatizar la posibilidad de que ocurra, pero siempre estableciendo estrategias para su prevención:

- Determinar las posibles situaciones de riesgo mediante la identificación de los factores cognitivos, ambientales que afectan a los pacientes.
- Dotar de habilidades específicas para afrontar de manera adecuada cada una de las posibles situaciones de riesgo.
- Establecer un programa de exposiciones controladas a las situaciones de riesgo.
- Analizar las recaídas para extraer posibles aspectos positivos de las mismas que ayuden a prevenir las siguientes.

Modificación conductual

La modificación de conductas para los TCA está enfocada por un lado, en la identificación de los factores precipitantes y de mantenimiento de las conductas problemáticas. Los mayores predictores son la baja autoestima, comorbilidad con trastornos de la personalidad, alta frecuencia de atracones y vómitos, historia de abuso de sustancias o dependencia; así como valer su percepción sobre sí mismos no en base a su funcionamiento en sus ámbitos de su vida como una persona sin este trastorno lo haría, sino en función de sus hábitos de ingesta, su figura, y su peso corporal. Así mismo los factores de mantenimientos están en torno a las complicaciones físicas y bajo peso, conductas de purga, restricción

alimentaria y exceso de consumo de alcohol, conductas adictivas, persistencia de condiciones anómalas, trastornos de personalidad, bajo soporte familiar y social sumado a factores socio culturales.

Por otro lado, establecer las estrategias incompatibles con las conductas problema, como por ejemplo asignar ciertas tareas para realizar en aquellos momentos donde el paciente suele presentar episodios de conductas purgativas.

También, reorganización de los patrones alimentarios correctos, proporcionando tanto a los pacientes como a sus familiares normas claras y precisas que incluirán aspecto como el número de comidas, lugar donde se realizan, conveniencia de comer acompañado.

Así mismo, fijar metas adecuadas, concretas y realistas que se adecúan a las habilidades y limitaciones de los pacientes, lo que les proporcionará logros que aumenten su autoestima y seguridad personal. Es preciso evitar metas altas que sean inalcanzables como las que se imponen los mismos pacientes en su afán de perfeccionismo, aumentando su frustración.

Establecimiento de un sistema de refuerzos, donde se pretende establecer con la familia y el paciente o con el personal tratante, un programa de operante basado en el reforzamiento diferencial, es decir, eliminar conductas de pérdida de peso, vómitos, uso de laxantes y reforzar las formas adecuadas de alimentarse.

Trabajar en la intolerancia al cambio del paciente buscando moderar su rigidez mental.

Técnicas conductuales:

1-Planificación de las comidas:

Inicialmente se recomienda que un nutricionista prepare el plan de comidas para asegurarse que la ingesta de calorías es suficiente para ganar peso y para resaltar la importancia de hacer tres comidas nutritivas.

Cuando se planifican las comidas, intentamos introducir sistemáticamente en la dieta del paciente los alimentos prohibidos, empezando con los alimentos menos temidos y progresando a lo largo de la terapia hasta los alimentos más temidos.

Esta jerarquía se prepara consultando con el paciente.

2-Modificación de la conducta de comer. El insistir en la importancia de hacer tres comidas al día, a la misma hora y en el mismo lugar, sirve para reducir los atracones, ya que disminuye el que se dé un agotamiento de la energía y hambre, estos últimos producidos por hacer dieta y por saltarse las comidas. Otro procedimiento que fomenta el control sobre los atracones incluye enseñar al paciente a comer más lentamente, porciones más pequeñas, dejar comida en el plato y tirar lo que sobra, también modificar la elección de alimentos y las prácticas de compras. Los contratos conductuales entre el terapeuta y el paciente pueden fomentar la adherencia a los planes de comida y especificar objetivos conductuales sobre el comportamiento de comer.

3-Exposición con prevención de la respuesta Se expone al paciente a los alimentos de una forma jerárquica, empezando con los alimentos que provocan menos ansiedad. En presencia de un terapeuta, se evita que el paciente se purgue y se la anima a que se relaje y que verbalice pensamientos y sentimientos asociados con comer alimentos que teme. Los pacientes modifican los métodos inapropiados para afrontar la distorsión de la imagen corporal y las sensaciones fisiológicas de llenura, y también aprenden a atribuir la ansiedad a cogniciones erróneas en vez de la comida.

4-Exposición a la tentación con prevención de la respuesta. Es un procedimiento intensivo que lleva bastante tiempo y que requiere sesiones a la semana. Inicialmente se debería desarrollar una jerarquía de estímulos que provoquen los

atracones; pueden incluir señales afectivas, cognitivas, ambientales y emocionales. Estos estímulos antecedentes de los atracones los presenta el terapeuta en vivo, se evita el atracón y se le pide al paciente que hable de los pensamientos y los sentimientos relativos al deseo voraz hacia la comida y se le instruye para que evalúe la fuerza de los impulsos a atracarse. Durante el tratamiento, se enseña al paciente a que lleve a cabo el procedimiento sin la ayuda del terapeuta. Asimismo, se mejora la resistencia a la tentación enseñando a los pacientes a que realicen conductas incompatibles en presencia de estímulos ambientales inevitables.

MODIFICACION COGNITIVA

Se deberá centrar en los siguientes aspectos según Navarro y Nieves en el 2005:

a) Cambiar el pensamiento pasivo de estas pacientes con la intención de que logren asumir responsabilidad en el tratamiento.

b) Modificar los pensamientos distorsionados especialmente los que están relacionados con el comer, el peso y los alimentos. Para que al lograr introducir pensamientos adaptativos se busca disminuir la ansiedad y malestar en los pacientes.

c) Identificación y modificación de los pensamientos automáticos irracionales. Debido a que los pensamientos al ser recurrentes deterioran la autoestima de los pacientes por lo que es necesario sustituirlos por otros más realistas y positivos.

d) Modificación de las distorsiones perceptivas que originan una imagen negativa del cuerpo. Ya que los pacientes rechazan continuamente su apariencia física lo que repercute en las conductas alimentarias negativas que tienen

e) Modificación de los miedos: donde se evidencian los continuos miedos de esas personas, como el de no engordar, el no destacar, y los diversos miedos que se presentan

Procedimientos cognitivos

Es importante considerar la modificación de las actitudes y las creencias irracionales ya que constituyen un componente crucial para el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Las ideas irracionales que se modifican por medio de la reestructuración cognitiva son principalmente las relativas al peso, la imagen corporal y la nutrición.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO:

1-Introducción y educación: Se efectúa la presentación del modelo cognitivo y la educación del paciente sobre la etiología y el mantenimiento de la enfermedad. Se habla también sobre los objetivos del tratamiento.

Reestructuración cognitiva: En esta etapa se centra en un cambio cognitivo, donde se le explica al paciente la relación entre los pensamientos, sentimientos y las conductas, además de recalcar la importancia de la participación activa.

Lo que se busca en el paciente es la enseñanza al paciente para vigilar y registrar los pensamientos y creencias irracionales relativos a la comida, ganancia de peso y la imagen corporal. Frente a esto se utiliza el método socrático así el terapeuta tendrá respuestas racionales como sustitutas del razonamiento disfuncional del paciente, animando a que considere las alternativas racionales. Lo importante es que el paciente aprenda a reconocer los pensamientos distorsionados y a cuestionarlos con verbalizaciones racionales.

3-Prevención de las recaídas: En cuanto a las estrategias de prevención de las recaídas, se emplea la combinación de técnicas cognitivas y conductuales para asegurarse que se mantienen las ganancias del tratamiento, entonces se puede utilizar exposición y prevención de la respuesta para fortalecer reacciones en la conducta y cognición y sean saludables para con la comida.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

El rol del nutricionista cumple un papel indispensable en el tratamiento de los TCA ya que son los encargados de llevar a cabo un plan de asistencia nutricional individualizado y adecuado que permita mejorar el estado nutricional restableciendo la salud del mismo.

Para hacer una correcta evaluación de los pacientes con TCA, es importante conocer:

- antecedentes clínicos (enfermedades anteriores y actuales, antecedentes familiares y personales de TCA)
- hábitos alimentarios
- comportamientos alimentarios previos
- comportamiento alimentario actual
- datos antropométricos
- datos de laboratorio
- datos endocrinos metabólicos.

El tratamiento debe ser personalizado teniendo en cuenta las características del paciente, la familia, el entorno, el riesgo clínico y los antecedentes de la enfermedad. Debe evaluarse permanentemente los resultados. Los objetivos deben ser explícitos y establecidos de acuerdo con la familia ya que es de suma importancia su colaboración. Como primera opción se recomienda el tratamiento ambulatorio en el caso de pacientes con una buena red de sostén, que no presentan riesgo de muerte y cuando se puede garantizar su seguimiento. En casos de trastornos psicológicos, cardiovasculares, digestivos o de desnutrición graves, puede ser necesaria la internación. Es fundamental tener una actitud cálida, acogedora, no autoritaria; aumentar la relación de empatía. Los cambios en el comportamiento alimentario de los pacientes con TCA son:

- ausencia del reconocimiento de necesidades alimentarias, nutricionales o ambas
- reducción cuantitativa
- reducción cualitativa
- alteración de la distribución de las comidas
- preocupación constante por la comida

- pérdida del placer de la comida
- vivencia angustiante de la digestión
- alteración de la percepción del hambre-saciedad.

La relación con el paciente es una parte importante del proceso de rehabilitación nutricional. Si es buena, habrá mejor comunicación, mayor confianza y persuasión y será más fácil lograr un cambio de conducta. Por lo tanto, es imprescindible el entrenamiento del nutricionista para lograr una relación adecuada. La consulta inicial será exhaustiva en cuanto a los antecedentes dietarios individuales y familiares, pero poco estructurada para evitar que el paciente se sienta interrogado. Se aconseja relacionar alguna de las manifestaciones somáticas del paciente con su conducta hacia la comida y explicar los riesgos a los que se expone. Para lograr su motivación se plantean pequeños objetivos a corto plazo, que el paciente pueda cumplir.

Medicación, interacción fármaco-nutriente

Si bien la medicación es un tema de estricta incumbencia médica, es importante que el nutricionista conozca las posibles interacciones de los medicamentos utilizados de manera habitual en estos trastornos con las funciones del aparato gastrointestinal. Es por esta razón que se incluye un muy breve resumen de algunos de los efectos adversos de los medicamentos más usados.

- Tranquilizantes, neurolépticos, ansiolíticos o antipsicóticos

La clorpromazina y otras fenotiazinas tienen efectos adversos como hipotensión ortostática, hipotermia, trastornos gastrointestinales y alteración de la función hepática que se incrementan en pacientes desnutridos. Otros bloqueantes dopaminérgicos como la pimozida y la sulpirida presentan iguales efectos adversos y no se mostró su eficacia en el tratamiento de estos trastornos. Los antipsicóticos como la olanzapina producen aumento de peso. Los tranquilizantes menores como el lorazepam, pueden ser útiles para disminuir la ansiedad en la

realimentación de los anoréxicos o para evitar atracones en los bulímicos, pero siempre hay que tener en cuenta la posible dependencia y el abuso.

- Antidepresivos

Los antidepresivos tricíclicos incrementan sus efectos adversos en pacientes malnutridos. Por otra parte, producen avidez por los hidratos de carbono. Pueden producir desequilibrios electrolíticos. Entre los efectos adversos de interés para el nutricionista, se observa sequedad de boca, constipación y aumento de peso. Los serotoninérgicos promueven un descenso de peso inicial. Si se administra alejado de atracones y purgas, se reduce la avidez por los hidratos de carbono.

Prevención

Los trastornos en la conducta alimentaria son sumamente complejos y aún hoy hay una gran ignorancia sobre su causa subyacente. Existen diversos factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuadores entre los que figuran:

- **Adolescencia:** los cambios corporales obligan a la reevaluación del propio cuerpo, el temor a alejarse del modelo facilita la decisión de adelgazar y hay, sobre todo en las mujeres, una mayor susceptibilidad a las alteraciones emocionales
- **Personalidad:** rigidez y autoestima baja
- **Sobrepeso y obesidad:** antecedente más frecuente en bulimia que en anorexia
- **Conflictividad familiar:** antecedentes de TCA, alcoholismo, depresión y estilos anómalos de educación; familias desorganizadas, críticas, con incapacidad de establecer relaciones de mutua ayuda
- **Actividad física excesiva:** reduce el apetito
- **Sexo femenino:** por la presión social a favor de un cuerpo delgado y la mayor vulnerabilidad a la desnutrición
- **Actividades específicas:** danza, gimnasia rítmica, carreras, son factores de riesgo de anorexia; y lucha, boxeo y físico-culturismo, de bulimia nerviosa.

- Modelo estético cultural delgado: es el gran factor de riesgo, que explica la difusión del trastorno, su prevalencia en clases sociales media y alta y la mayor afectación de la mujer
- Dieta alimentaria restrictiva: es el factor de riesgo inmediato, es el inicio de los fenómenos de desnutrición que dará lugar al desarrollo, arraigo y agravación de los TCA
- Otros: estados de ansiedad, depresiones, embarazo, vegetarianismo, accidentes, etc.

Algunos de estos factores son inmodificables y otros son inespecíficos y pueden conducir a cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

La prevención, se debe centrar en los factores de riesgo específicos y dirigirse hacia los individuos, sus familias, los educadores, los integrantes del equipo de salud, los grupos de riesgo, los legisladores y los medios de comunicación. La principal estrategia es la educación.

En lo que respecta a los individuos, el objetivo es lograr que los adolescentes, y la población en general, reciban una educación alimentaria nutricional adecuada y que reconozcan las consecuencias de una mala nutrición. Sería acertado que tengan conocimientos sobre los trastornos en la conducta alimentaria, pero evitando infundir miedo o darles información sobre síntomas que pueden promoverlos en lugar de prevenirlos. El adolescente tiene que estar de acuerdo en realizar cambios en su alimentación, lo que requiere una gran habilidad por parte del nutricionista. Para lograr que adquieran hábitos alimentarios sanos, es necesario incluir conocimiento, actitud y conducta.

En cuanto a las familias, se aconseja dar información sobre prácticas alimentarias sanas. Los modelos alimentarios se adquieren en familia, el ejemplo de las madres suele ser trascendental. Son muy peligrosos los comentarios sobre la silueta de las adolescentes y está contraindicado alentar dietas restrictivas. La

intervención de los educadores es fundamental para lograr que los adolescentes no hagan del culto del cuerpo, su objetivo. Los adolescentes conforman un grupo de alto riesgo. La prevención debe comenzar en la edad escolar, con educadores asesorados sobre TCA, en conjunto con los padres, participando en tareas preventivas y ayudando a los jóvenes a conocerse a sí mismos. Los adultos que guían al adolescente deben estar disponibles para conversar, apoyar y estimular.

Es fundamental que los médicos en general y los especialistas en nutrición en particular, conozcan estos trastornos y estén capacitados para detectarlos. No deberían prescribir dietas adelgazantes a las personas de los grupos de riesgo.

Los ginecólogos tienen que saber interpretar una amenorrea en una adolescente y no sólo indicar un tratamiento hormonal. Todo profesional de la salud debería ser cauteloso al aconsejar, especialmente a adolescentes, sobre peso ideal, dietas, obesidad y ejercicio físico.

Adquiere especial importancia el diagnóstico y tratamiento precoz, así como la implementación de una red asistencial eficaz, para evitar la cronificación de los trastornos y sus consecuencias. También es importante que profesores de danza, entrenadores deportivos y responsables de escuelas de modelos estén informados sobre los TCA y tengan algún asesoramiento profesional para poder detectarlos. Por último, los organismos de gobierno deberían hacer un correcto control de la publicidad de productos, dietas y tratamientos para el descenso de peso, como también organizar campañas de educación alimentaria nutricional. Los medios de comunicación tienen una importante responsabilidad. Pueden facilitar información correcta sobre nutrición y actividad física, así como prevenir los TCA. También pueden proporcionar argumentos críticos sobre la moda estética que apunta a la delgadez, y censurar las influencias de la publicidad, marcas de ropa y otras tendencias hacia la extrema delgadez, así como reivindicar la diversidad en la forma y peso corporales. ⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la actualidad, el área de la salud y el de las ciencias sociales se enfrentan a la creciente presencia de trastornos relacionados con la alimentación. La obesidad, la anorexia nerviosa y la bulimia son los trastornos más ampliamente conocidos a nivel mundial. Sin embargo, en la época contemporánea también se reconoce la presencia de nuevos trastornos “sub diagnosticados”, como la Vigorexia, la ortorexia, la Diabulimia, la Potomanía, la Ebriorexia, entre otros. La creciente presencia de dichos trastornos, así como su origen ponen en evidencia la necesidad de desarrollar mayor investigación en dicho campo y generar acciones interdisciplinarias; ya que una comprensión integral del fenómeno implica reconocer los aspectos socioculturales, psicológicos, médicos y nutricionales que entran en juego. Para las personas, el cuidado de su salud, su figura y su apariencia representa una expresión de su individualidad. El culto al cuerpo aparece en la sociedad actual como un movimiento sistemático y global referido a la exaltación de la apariencia corporal, donde la importancia de la salud, la juventud, la perfección y la seducción son valores cardinales de la modernidad contemporánea. En este contexto, los individuos se involucran como sujetos activos en el mantenimiento y la apariencia de sus cuerpos; y en donde, sin lugar a dudas, la alimentación cobra una importancia central. A nivel mundial, se están desarrollando diversas estrategias para la prevención y la atención de los trastornos de la alimentación. El reto de hoy es generar acciones que superen la comprensión unidisciplinaria y, por el contrario, entiendan el fenómeno en su complejidad reconociendo e incorporando el trabajo interdisciplinario. La creciente presencia de los trastornos de la alimentación requiere de la generación de mayor cantidad de acciones, tanto de prevención primaria como secundaria y terciaria. A nivel de prevención primaria, es indispensable generar espacios para la reflexión colectiva acerca de la imagen corporal desde una óptica que privilegie una comprensión integral del fenómeno, abordando aspectos ligados a los valores de la sociedad contemporánea, la construcción social de género y la salud entendida en su concepto amplio, que comprende aspectos mentales, biológicos,

nutricionales, sociales, emocionales y espirituales. A nivel de prevención secundaria, es pertinente generar programas que den atención a las personas que ya viven con algún trastorno de la alimentación, privilegiando la atención integral interdisciplinaria; puesto que el mismo origen del problema evidencia la complejidad de los trastornos. A nivel de prevención terciaria, es menester que los profesionales del área y la sociedad misma generen acciones conjuntas que aseguren la reinserción de las personas a sus ambientes cotidianos en una atmósfera de respeto, apoyo y libre de prejuicios sociales. Finalmente, es fundamental generar procesos de evaluación pertinentes a las acciones que se están desarrollando. Esta tarea es la clave para proponer proyectos y acciones que, sustentadas en el análisis de los procesos desarrollados y de los resultados obtenidos, superen las debilidades y propongan estrategias novedosas que coadyuven a superar dichos trastornos y las deficiencias en los programas que dan atención a dicho campo.

Como futuras nutricionistas creemos que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen una problemática de alto impacto y riesgo para la salud de la población por lo que es fundamental fomentar el estudio y la investigación de los mismos.

Tanto en el caso de la Diabulimia como la Drunkorexia si bien han realizado investigaciones en cuanto a las consecuencias, los motivos y las variables demográficas todavía existen varias brechas informativas dado que se trata de problemáticas relativamente nueva.

La falta de definiciones sistemáticas conduce a interpretaciones subjetivas y a la incapacidad de ponerlo en práctica como un comportamiento. Además, al no existir definiciones estandarizadas se presenta una gran dificultad en el plano de las investigaciones dado que no existe un criterio guía para la realización de las mismas.

Consideramos que es de gran importancia continuar con la investigación de estos y tantos otros nuevos trastornos de la conducta alimentaria contemporáneos para proporcionar una definición más operativa y poder definir criterios diagnósticos y tratamientos que aborden de manera integral estas patologías.

Así mismo, el reconocimiento de los mismos por parte de la comunidad científica sería un paso fundamental para que sean considerados dentro de las políticas de salud pública dado que se trata de conductas que afectan a gran cantidad de jóvenes y que es posible su prevención y tratamiento. ⁽³⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Poulisis, J. Los nuevos trastornos alimentarios. Buenos Aires, Paidós;2012.
2. Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Lizana-Calderón P, Castro A. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. Rev. méd. Chile. 2016; 144 (6). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600008[EN LINEA] 2016 [FECHA DE ACCESO: 8 DE MARZO DE 2016]
3. Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. The American Journal of Clinical Nutrition. 2011; 94 (6): 2006S-2011S. Disponible en: https://academic.oup.com/ajcn/article/94/suppl_6/2006S/4598037[EN LINEA] 2011 [FECHA DE ACCESO: 5 DE ABRIL DE 2019]
4. Vargas Baldares M.J. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; LXX (607): 475 – 482. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>[EN LINEA] 2013 [FECHA DE ACCESO: 17 DE JULIO 2019]
5. Vazquez Arevalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez Giron M.T, Mancilla Diaz J. M. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM – IV- TR- al DSM-5. Rev.Mex. de trast. aliment. 2015; 6 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108. [EN LINEA] 2015 [FECHA DE ACCESO: 19 DE ABRIL DE 2019]
6. Corral A, Espinoza V, Yohannessen K, Loyola P, Balboa P, Torrejon C. Trastornos de la alimentación en pacientes hospitalizados en un Servicio de Salud Mental Pediátrico. Rev. chil. pediatr. 2019; 90 (3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300302[EN LINEA] 2019 [FECHA DE ACCESO: 15 DE MARZO DE 2019]
7. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. 2014; 18 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002[EN LINEA] 2014 [FECHA DE ACCESO: 20 DE MARZO DE 2019]
8. Martínez Moreno A., López-Espinoza A., Navarro Meza M., López-Urriarte P., Salazar Estrada Trastornos de la conducta de beber: una propuesta de investigación. Rev. Mex. de trastor. Aliment. 2014; 5(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100008[EN LINEA] 2014 [FECHA DE ACCESO: 3 DE MARZO DE 2019]
9. Lupi M., Acciavatti T., Santacroce R., Cinosi E., Martinotti G., Di Giannantonio M. “Drunkorexia”: a pilot study in an Italian sample. Research and Advances in Psychiatry 2015; 2(1): 28-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Matteo_Lupi/publication/263428626_Drunkorexia_a_pilot_study_in_an_Italian_sample/links/552e3cb20cf2d495071n7be2e.pdf[EN LINEA] 2015 [FECHA DE ACCESO: 5 DE MAYO DE 2019]

10. Burke S. C., Cremeens J., Vail-Smith K., Woolsey C. L. Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption among College Freshman. 2010; 54 (2): 17-35. Disponible en:https://www.researchgate.net/profile/Conrad_Woolsey/publication/236145008_Drunkorexia_Calorie_restriction_prior_to_alcohol_consumption_among_college_freshman/links/00b7d519a5729b90eb000000.pdf [EN LINEA] 2010. [FECHA DE ACCESO: 20 DE MAYO DE 2019]
11. FatihKınık M., VolkanGönüllü F., Vatansever Z, Karakaya I. Diabulimia, un trastorno alimentario específico de la diabetes mellitus tipo I. Turk Pediatri Ars. 2017; 52(1): 46–49. Disponible en: https://www.journalagent.com/tpa/pdfs/TPA_52_1_46_49.pdf[EN LINEA] 2017 [FECHA DE ACCESO: 1 DE JUNIO DE 2019]
12. Callum A. M., Loris L.M. Diabulimia among adolescents and young adults with type 1 diabetes. Clinical Nursing Studies. 2014; 2(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Audrey_Callum/publication/264120286_Diabulimia_among_adolescents_and_young_adults_with_Type_1_diabetes/links/53ceb4090cf2f7e53cf73711.pdf[EN LINEA] 2014 [FECHA DE ACCESO: 3 DE AGOSTO DE 2019]
13. Shaban C. Diabulimia: ¿mental health condition or media hyperbole? Practical Diabetes. 2013; 30 (3). Disponible en: <https://www.progressnp.com/wp-content/uploads/sites/29/2016/03/Diabulimia-mental-health-condition-or-media-hyperbole.pdf>[EN LINEA] 2013 [FECHA DE ACCESO: 20 DE AGOSTO DE 2019]
14. Zuñiga F.H., Inzunza C., Ovalle C. G., Ventura T. W. Diabetes Mellitus Tipo 1 y PsiquiatríaInfanto – Juvenil. Rev. Chil. Pediatr. 2009; 80 (5): 467 – 474. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000500009&script=sci_arttext[EN LINEA] 2009 [FECHA DE ACCESO: 25 DE AGOSTO DE 2019]
15. Lazo C., Dura- Agüero S. Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. chil. nutr. 2019; 46 (3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000300352&script=sci_arttext&tlng=e[EN LINEA] 2019 [FECHA DE ACCESO: 30 DE AGOSTO DE 2019]
16. Muñoz Calvo M. T., Arguinzoniz L. Diabetes tipo 1 y trastornos del comportamiento alimentario. Rev. Esp. de Ped. 2010; 66(4) 236- 244. Disponible en: <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2010/REP%2066-4.pdf#page=31>[EN LINEA] 2010 [FECHA DE ACCESO: 3 DE SEPTIEMBRE 2019]
17. Barry A. E., Gardner Piazza A. K. Drunkorexia: Comprender la concurrencia del consumo de alcohol y los comportamientos de control de peso en la alimentación / ejercicio. Rev de Amer. College Health. 2012; 60(3). Disponible en:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07448481.2011.587487>[EN LINEA] 2012. [FECHA DE ACCESO: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2019]
18. Pilatti A., Brussino S. A., Godoy J. C. Factores que influye en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. Rev. de psico. de Univ. Chil. 2013; 22(1), 22-36. Disponible en: <https://revistaestudiosarabes.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/27716/32004>[EN LINEA] 2013. [FECHA DE ACCESO: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019]
19. Caña M L, Michelini Y, Acuña I, Godoy J C. Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. Salud y drogas. Internet. 2015;15 (1): 55-65. Disponible en:<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/83938758006.Consultado>. Ago. 7 2019.

20. Pomares L, Braschi m, Casella M A, Canay R, Girardelli A M, Kamenieki M, Napoli M, Pisano S, Quevedo S. Lineamientos para la atención del consumo excesivo de alcohol en adolescentes. Dirección Nacional de salud mental y adicciones [internet]. 2018. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000878cnt-2018_lineamientos-consumo-excesivo-alcohol-adolescentes.pdf . Consultado: ago. 14, 2019.
21. Kachani A Trejger, Brasiliano S, Hochgraf Brufentrinker P. El impacto del consumo de alcohol en el aumento de peso. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2008; 35 (1): 21-24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700006>. Consultado: ago. 10,2019.
22. Ochoa Mangado E., Madoz-Gurpide A., Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med. segur. trab. 2009; 55(214). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2009000100003&script=sci_arttext&lng=pt Consultado: Jul. 10,2019.
23. Valencia Martín J. L., González M. J., Galan I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. Rev. Esp. Salud Pública. 2014; 88(4).Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400002 Consultado: Oct. 9,2019.
24. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpid e A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med. segur. trab. [Internet]. 2009 Mar ; 55(214): 26-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003&lng=es. Consultado: Ago. 21, 2019.
25. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez M M. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Bioméd .[Internet] 2003 Mar ; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es. Consultado: Oct 8,2019
26. Valencia Martín J L., González M J, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2014 Ago ; 88(4): 433-446. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000400002>. Consultado : Sep. 6,2019
27. Gutiérrez Manjón R, Evaluación del estado nutricional durante el estirón puberal. [Tesina doctoral].Burgos, España; 2015.
28. Pons J, Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. Psychosocial Intervention . 2011 Abr.; 20(1): 75-94. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>. Consultado Sep. 15,2019.

29. Portela de Santana M L, Da Costa Reveiro Junio H, Mora Giral M, Raich R M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr. Hosp.* 2012;27(2):391-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf. Consultado: Oct 10,2019.
30. Perez Rodriguez A, Berenguer Gouarnaluses. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. *MEDISAN* 2014;19(3):375. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n3/san11193.pdf> . Consultado: Oct. 5 2019.
31. López G C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev Medica Clinica las Condes*; Enero 2011, Vol.22 ,85-97. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864011703960?token=3C6150FC0A696E9DDE691E05B81C3B56D6796205C725C901E2256C67A8A1EDE79E577C7463831E891CA695310A65A0E2>. Consultado: Oct. 20, 2019.
32. Exstrand, A C; Roca Villanueva, E. Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view. *Acción psicológica* , v. 8, n. 1, p. 21-33, Ene. 2011. pág 2255-1271. Disponible en: <<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/198/152>>. Consultado: Oct. 28,2019.
33. Echeverría R, Trastornos de la alimentación: Problema de salud que requiere de análisis y acción interdisciplinaria. *Rev Biomed* 2014; 25: 1-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio141a.pdf>. Consultado: Oct. 29,2019.
34. Rutzstein G, Teoría y terapiacognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Rev . Diagnosi* 2019, vol 6, pág 11-26. Disponible en: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Primer%20Parcial/Teoricos%20primer%20parcial%20Keegan/Teo6/rutzstein%20-%20teoria%20y%20terapia%20cognitivo%20conductual%20de%20los%20transtornos%20alimentarios.pdf>. Consultado : Nov.2,2019
35. Behar A R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, Marzo 2014. Disponible en : https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2016/10/7-SEXTA%20SESI%C3%93N%20MATERIAL%20DE%20APOYO%20DSM-5%20TRASTORNOS%20%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARIA.pdf. Consultado: Nov. 2,2019.
36. Tuazon V, Travis S, Honderich E ,Williams A ,Menefee S ,Gressard C. Drunkorexia: An Exploratory Investigation of College Students With Alcohol- Related Infractions. *Journal of College Counseling*, Abril 2019 ,volumen 22,pág: 13-26. Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jocc.11>. Consultado Nov.12 2019