



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

INTRODUCCIÓN

- **Trastorno alimentario:** Presencia de patrones alimentarios anómalos.
 - En la versión del **DSM-III** y **DSM-III-R**, se clasificaban dentro de los **trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia**, junto con otras anomalías de la alimentación en la primera infancia.
 - **Actualmente** se entiende por **trastorno alimentario** aquellas **alteraciones en las que la conducta alimentaria está alterada como consecuencia de los intentos que hacen las pacientes por controlar su peso y su cuerpo**. Cada vez es más frecuente encontrarse con anorexia y bulimia nerviosa en la adolescencia tardía ⇒ el **DSM-IV** los ha **eliminado de la categoría de inicio en la infancia**.
- **La anorexia, la bulimia y, la obesidad no son entidades separadas** ⇒ se pueden alternar en una misma persona a lo largo del tiempo y, como trastornos, tienen muchas **características en común**:
 - **Afectan principalmente a mujeres**.
 - Todas las personas que las padecen sufren de **alteraciones en su imagen corporal**.
 - **La incidencia ha aumentado en las sociedades occidentales** debido a: cambio estético, sobrevaloración de la delgadez, el cambio de roles de la mujer y los factores socioculturales.
- Se trata de un fenómeno complejo en el que confluyen **variables sociales, fisiológicas y psicológicas**.

ANOREXIA NERVIOSA

- Anorexia: falta de apetito.
- En la **anorexia nerviosa**, la persona no come, pero que no deja de pensar que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica su patología: el **deseo irrefrenable de seguir adelgazando**, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.
- Las **tres características esenciales de la anorexia nerviosa (AN) según Bruch, 1973**:
 1. **La distorsión en la percepción de la imagen corporal**, sin que reconozca el progreso de su delgadez.
 2. **La percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos**.
 3. **Un sentimiento general de ineficacia personal**.

A. EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta fundamentalmente a **mujeres** (el 95%).
- **Entre 10 y 30 años** (inicio entre los 13 y 18).
- **Babigian y Hutton** (1980) han comprobado que la incidencia de la anorexia se ha doblado.
- La prevalencia en la población general: **menor del 1 %**.
Hay unas poblaciones más sensibles que otras: **países desarrollados** con un **nivel económico alto** (aunque se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas).
Extendido **entre ciertas profesiones** (modelo o gimnasta).



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- **Característica clínica esencial:** Rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla ⇒ **deseo de perder peso y terror ante la gordura** que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y que perturba gravemente el resto de facetas de su vida. Es habitual que esta alteración se inicie con alguna crítica sobre su peso, con lo que empiezan a restringir la ingesta. Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo las calorías que ingieren por día (de 600 a 800), y aunque tengan hambre mitigan los efectos bebiendo mucho *agua*, usando *anfetaminas*, tomando *laxantes* o induciéndose el *vómito* después de comer y manteniendo una *exagerada actividad física*.
- **Otra de las características clínicas:** **Distorsión de la imagen corporal** (verse gorda aun estando demacrada), aunque no es una característica patognomónica exclusiva de la AN y no siempre se manifiesta así.
- En muchas adolescentes se **retrasa su desarrollo sexual** y en las adultas **disminuye el interés por el sexo** que se convierte en algo conflictivo.
- La **falta de conciencia de enfermedad** hace que se acuda a la consulta en un estado muy avanzado de demacración.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OFICIALES: tabla 15.1

- El DSM-IV introduce una matización en la definición de la alteración de la imagen corporal (importancia del propio cuerpo como definición de su valía como persona).
- **Principal cambio** que introduce el **DSM-IV**: **La aceptación de los subtipos de la anorexia nerviosa**:
 1. **Restictivo**: Durante el episodio de AN, la persona **no** se empeña habitualmente en **atracones o conductas purgantes**.
 2. **Purgante**: Tipo "atacón". La persona se empeña en **atracones y conductas purgantes** (vómitos, uso de laxantes o diuréticos).

En el **DSM-III-R**: La persona que presentara episodios de atracones, hubiera requerido dos diagnósticos separados: de anorexia y de bulimia nerviosa.

En el **DSM-IV**: **Imposibilidad de establecer una clara delimitación entre ambos síndromes**. Según **Wilson y Walsh** (1991), la AN en el DSM-IV se "llevará la baza" del diagnóstico de los trastornos alimentarios; es decir, primero habrá que descartar la presencia de AN.

C. SUBTIPOS: RESTRICTIVAS VERSUS BULIMICAS (O PURGADAS)

Beumont, George y Smart clasificaron a las anoréxicas en dos subtipos:

1. **Restrictivas**: Pierden peso a través de dietas y ejercicios extenuantes. Les caracteriza un **mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia**.
2. **Vomitadoras** (o anoréxicas bulímicas): Episodios de atracones seguidos por vómitos autoinducidos o abuso de laxantes. Exhiben una **mayor alteración psicopatológica concurrente** (*ansiedad, depresión*) que las de tipo restrictivo. Es más habitual encontrar historia familiar de



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

obesidad, sobrepeso premórbido. *Mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia de conductas adictivas.*

D. COMORBILIDAD

- La **sintomatología afectiva** suele estar presente desde las **primeras fases del trastorno**: *estado de ánimo ansioso-irritable* que según avanza el cuadro se transforma en *disforia*.

En el seguimiento: Los *síntomas depresivos* están presentes en un tercio de los casos (el 10 % podría clasificarse de depresión mayor). Aunque exista una relación entre **AN** y depresión no parece que la primera derive de la segunda, más bien, *el trastorno afectivo puede predisponer y/o concurrir con la AN*, y por tanto la agrave.

Los *síntomas obsesivos* se encuentran en el 25 % de anoréxicas y un 10 % de las personas que reciben un diagnóstico de obsesión-compulsión han tenido una historia previa de **AN**. Se tiende a considerar que la *sintomatología obsesiva es secundaria al trastorno de la alimentación*.

En estudios se ha relacionado la **AN** con diversos *trastornos de la personalidad* :

- Anoréxicas del subtipo bulímico y las bulímicas: mayores niveles de psicopatología, *como depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial* (abusos de sustancias y robos) ⇒ *la sintomatología bulímica agrava el diagnóstico*.
- Un aspecto psicológico más característico de la anorexia nerviosa que de la BN son las *tendencias obsesivas*.

E. COMPLICACIONES FÍSICAS

- Los efectos de la **demacración** se manifiestan como: *hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema lanugo, estreñimiento y cambios metabólicos*. En la mayoría de los casos, la *amenorrea* sigue a la pérdida de peso debido a un hipogonadismo hipogonadotrófico, pero también la puede anteceder. Si la anorexia se produce antes de la menarquía, la *interrupción del desarrollo puberal* puede producir deterioros irreversibles.

La mayoría de las características fisiopatológicas desaparecen a medida que se recupera el peso.

- Las **complicaciones físicas asociadas a la mortalidad** son la *tuberculosis y trastornos gastrointestinales*. Otras consecuencias irreversibles son *osteoporosis, fracturas, cifosis* (encorvatura de la columna vertebral) y otras deformaciones así como prolapso de la válvula mitral.

F. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- La anorexia tiene un *curso crónico* y se acompaña de una serie de complicaciones adicionales tanto de *comorbilidad* como de *mortalidad*. La *desnutrición* de la paciente puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50 % de su peso idóneo.
- *Tasa de suicidio del 3 %* (segunda causa de muerte después de la desnutrición). Aunque se consiga una estabilización del peso, las pacientes siguen presentando una psicopatología considerable en torno a la preocupación por el peso.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- **Factores pronósticos de la AN:**

- **Indicativos de mal pronóstico:** una *mayor duración del trastorno* (muchos intentos de abordaje terapéutico), *mínimo peso alcanzado*, *edad de inicio*, *personalidad premórbida*, *dificultades sociales* y *relaciones familiares deterioradas*.

G. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Alteraciones que cursan con pérdidas de peso y/o patrones alimentarios anómalos: **la diabetes mellitus, la neoplasia y la tirotoxicosis**. Para descartar **caquexia hipofisaria** es conveniente realizar exploraciones neurológicas y endocrinas.
- **La depresión** puede cursar con anorexia y pérdida de peso, pero no se da un miedo patológico a engordar ni problemas con la imagen corporal.
- En el **trastorno obsesivo compulsivo** puede desarrollarse una evitación a los alimentos (por temor a que estén contaminados) y rituales dirigidos a su purificación.

H. ETIOPATOGENÍA

- La AN es el producto de un conjunto de fuerzas que interactúan: **factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes**.
- **FACTORES PREDISPONENTES:** factores individuales, familiares y socioculturales. La estructura familiar de estas pacientes parece dificultar el desarrollo de autonomía e independencia que ha de desarrollarse en la adolescencia y preocuparse excesivamente por la apariencia, la autovalía y el éxito.
 - Factores genéticos.
 - Edad de 13-20 años.
 - Sexo femenino.
 - Trastorno afectivo.
 - Introversión/inestabilidad.
 - Obesidad.
 - Nivel social medio alto.
 - Familiares con trastorno afectivo.
 - Familiares con adicciones.
 - Familiares con trastornos de la ingesta.
 - Obesidad materna.
 - Valores estéticos dominantes.
- **FACTORES PRECIPITANTES:** Los que inician el trastorno. Se definen por el fracaso del individuo por adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado.
 - Cambios corporales.
 - Separaciones y pérdidas.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Rupturas conyugales del padre.
 - Contactos sexuales.
 - Incremento rápido de peso.
 - Críticas sobre el cuerpo.
 - Enfermedad adelgazante.
 - Traumatismo desfigurador.
 - Incremento de la actividad física.
 - Acontecimientos vitales.
- **FACTORES DE MANTENIMIENTO:** explican la autoperpetuación del cuadro debido a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la psicopatología del trastorno alimentario.
 - Consecuencias de la inanición.
 - Interacción familiar.
 - Aislamiento social.
 - Cogniciones anoréxicas.
 - Actividad física excesiva.
 - Yatrogenia.

BULIMIA NERVIOSA

- **BULIMIA:** "hambre desmesurada". Ámbito clínico: Episodios caracterizados por una **necesidad imperiosa e irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida** (generalmente de alto contenido calórico); Como consecuencia, la persona se ve invadida por **fuertes sentimientos de culpa y tiene la necesidad de mitigar los efectos** (por ejemplo autoinduciéndose el vómito).
- Antes de su formulación como síndrome oficial este trastorno había recibido varios nombres: *Síndrome del delgado-gordo*, *bulimarexia*, *síndrome del caos dietético*.
- El **DSM-III** lo reconoce como una **entidad diagnóstica diferenciada** y el **DSM-III-R** **corrige algunos criterios que lo hacían incompatible con la anorexia y le añade el calificativo de "nerviosa"**.
- Según **Casper**, las **tres características de este cuadro** serían:
 - a) La **pérdida subjetiva del control sobre la ingesta** y los episodios bulímicos asociados.
 - b) Las **conductas destinadas al control del peso corporal**.
 - c) Una **preocupación extrema por la figura y el peso corporales**.

A. EPIDEMIOLOGÍA



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- **Trastorno difícil de detectar** (la paciente intenta ocultarlo y además, en este caso, su peso no tiene por qué llamar la atención).
- Tiene **mayor incidencia en el sexo femenino** (95 %).
- La edad de aparición: entre **18 - 25 años**.
- Está **más distribuida socialmente**.

B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- **Preocupación por la imagen corporal**.
- **Pérdida de control sobre su comportamiento alimentario**.
- La descripción que ha dado el DSM-III-R sobre el **atacón** ("ingesta voraz": *ingerir grandes cantidades de comida en un breve lapso de tiempo*), ha sido criticado porque, *la valoración del "atacón" es bastante subjetiva e idiosincrática* (Una paciente puede considerar que ha tenido un atracón cuando ha consumido grandes cantidades de comida, pero otra lo puede considerar sólo por haber comido algún tipo de alimento prohibido).

Existe una entrevista estructurada (**EDE**), que **diferencia la impresión subjetiva de la paciente y el juicio del clínico en torno a la presencia del atracón**.

- A estos episodios de atracones le siguen un conjunto de **conductas compensatorias para evitar los efectos en el incremento de peso** (provocarse el **vómito**, aunque puede convertirse en un acto reflejo, *laxantes o diuréticos*, *ejercicios físicos* vigorosos y llevar una *dieta estricta o ayunar*).
- **Los periodos de bulimia pueden alternarse con periodos de ingesta normal o con ayunos y dietas**.
- Estas **conductas van encaminadas a evitar el sobrepeso**, la idea de mantener el peso ideal toma la forma de idea sobrevalorada y *no de idea obsesiva*. También se da el fenómeno de sobrestimación corporal y presentan como las anoréxicas el mismo miedo mórbido a convertirse en personas gordas.

PRINCIPALES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OFICIALES tabla 15.3

Una de las aportaciones de la IV edición es la introducción de dos tipos de BN. Se ha puesto de manifiesto que estas pacientes utilizan al menos **dos conductas compensatorias de los atracones**:

1. **Las purgantes** (vómitos, laxantes, diuréticos).
2. **Las no purgantes** (ejercicio, dietas estrictas).

Esta distinción puede tener implicaciones en el tratamiento del trastorno y en la propia conceptualización.

Fairburn y Beglin: La presencia de vómitos y otros purgantes puede estar reflejando *dificultad para seguir una dieta estricta o un plan de ejercicio extremo*.

C. SUBTIPOS DE BULIMIA: LAS QUE SE PURGAN VERSUS LAS QUE NO SE PURGAN



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- **Willmuth, Leitenberg, Rosen y Cado:**
Las que utilizan conductas purgantes (vómitos, el uso de laxantes o de diuréticos) tienen:
 - Mayor grado de distorsión de la imagen corporal.
 - Mayor deseo de estar delgadas.
 - (sobre todo depresión y obsesiones). *Más patrones alimentarios anómalos y psicopatologías.*
- Trabajos que han utilizado medidas psicofisiológicas: *En las bulímicas se produce un incremento en la ansiedad después de la ingesta.*
También, incremento de los niveles de glucosa e insulina que, después de la purga, tanto la insulina como la glucosa volvieron a decrecer (puede llevar a un nuevo atracón).
- En los casos más severos de bulimia (las que se purgan) se encuentra una *tasa metabólica más baja que en las normales* (confirma la mayor alteración que presentan las anoréxicas del subtipo bulímico en comparación con las restrictivas).

D. COMORBILIDAD

- Frecuente la presencia de *ansiedad, depresión e irritabilidad*, así como *ideación de suicidio* (agudizada por los episodios bulímicos), pero los estudios han demostrado *que la depresión desaparece según se normaliza la conducta de comer.*
- Otros síntomas habituales en la BN son los que se refieren a las *conductas adictivas y al control de impulsos.*

E. COMPLICACIONES FÍSICAS

- Debido al desajuste provocado por los vómitos, el uso de laxantes etc: *deplección de los niveles de potasio, hipertrofia de la glándula parótida, hipocalcemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, crisis tetánicas, parestesia periférica y crisis epilépticas.*
A largo plazo: *daño renal e irregularidades menstruales.*
Los laxantes acaban provocando *estreñimiento.*
Pueden presentar *callosidades en el dorso de la mano* (signo de **Russell**) producida por el roce de los incisivos y provocar la erosión del esmalte dental y caries.

F. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- El **40 %** de las bulímicas permanecen *sintomáticas crónicamente.*
- Entre el **40 y el 60 %** de pacientes tratadas *recaen en el seguimiento.*
- *Poca proporción de mortalidad* (ni como consecuencia física ni por suicidio).
- **Russell** observa que *los casos que proceden de una anorexia previa tienen peor pronóstico.*
- Otros factores que agravan el cuadro son:
 - Características de la personalidad (impulsividad).
 - Uso y abuso de sustancias.
 - Mayor presencia de conductas autolesivas.
 - Historia de alcoholismo en la familia.

G. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Alteraciones de etiología orgánica: descartar los [tumores hipotalámicos](#) y los [síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Buc](#) (en los que se pueden ingerir sustancias no nutritivas).
- En los [trastornos de conversión](#), siendo el *vómito psicógeno* el que puede causar más confusión, pero ninguno de ellos se produce con el fin de reducir peso.
- También hay que diferenciar los patrones de alimentación que se producen en las [fobias sociales](#) (miedo a comer en público, por temor a atragantarse o vomitar).

H. ETIOPATOGENÍA

- [Énfasis cultural por la delgadez](#).
- [Gran insatisfacción con su cuerpo](#).
- Para [Russell](#) (1985) la bulimia no es más que una variante de la **AN**; y para diagnosticar bulimia tendría que haberse dado antes un episodio de **AN**.
- Dos factores relevantes en la historia del trastorno: [predisposición a engordar](#) (y hacer dietas) e [historia de trastornos afectivos](#).

RELACIONES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

- La AN y BN, comparten muchas características, y hasta una misma psicopatología.
- El criterio que acaba inclinando la balanza es el [estado de demacración de la paciente \(el peso\)](#), sin embargo, basarse en ese criterio es eludir la naturaleza psicopatológica del trastorno.
- Es más sensato decidir en función de la presencia o ausencia de la sintomatología bulímica. De hecho [las anoréxicas subtipo bulímico y las bulímicas tienen más en común entre sí que con las anoréxicas del tipo restrictivo](#).

- [Fairburn y Cooper](#) han destacado que las PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA **AN** Y LA **BN**:

Psicopatología específica:

1. Preocupación extrema sobre el peso y la forma corporales. Adscripción de la autoevaluación exclusivamente en éstos términos.
2. Comportamiento dirigido al control de peso y figura: vómito autoinducidos, uso de purgantes y laxantes, ejercicio vigoroso (más característico de la AN).
3. Episodios bulímicos (más específico en la BN).

Psicopatología general:

1. Amplia gama de síntomas depresivos y ansiedad.
2. Características obsesivas.
3. Pobre concentración.
4. Funcionamiento social deficitario.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Estos autores concluyen que:

- a) Algunas características de la AN son probablemente una consecuencia de su **estado de inanición** ⇒ Cuando se recupere el peso la mayor parte de estos síntomas desaparecen, pero los episodios de comer en exceso y las características depresivas persisten.
 - b) Algunos de los síntomas de la BN y del subtipo bulímico de la anorexia son secundarios a la respuesta psicológica a la **pérdida de control sobre el comer**. Estos síntomas mejoran al restablecer este control y los síntomas depresivos tienden a desaparecer a medida que la conducta de comer se normaliza.
- ➔ Todas éstas características son secundarias a las **ideas sobrevaloradas** que mantienen en torno a su peso y su figura.
- En definitiva, lo que caracteriza a la AN y a la BN es: **su extrema preocupación por el peso y la forma corporales**.
Lo que tiene significado diagnóstico es: su **idea sobrevalorada de delgadez**.
 - Los trastornos alimentarios configuran un continuo en el que es difícil establecer la línea divisoria. Ya, **Giora** en 1967 acuñó el término **disorexia** para englobar a la anorexia y a la bulimia sugiriendo que constituían los extremos de un mismo trastorno.

OBESIDAD

- Aunque se confunde con exceso de peso, la obesidad se define como una **excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal** (un contenido mayor del 35 % en las mujeres y 30 % en los hombres).
- Aunque es fácil de diagnosticar, **son necesarios unos ÍNDICES OBJETIVOS que permitan conocer las cantidades de grasa corporal**.
 - El **peso ideal** se obtiene consultando las tablas estandarizadas (Metropolitan Life Foundation).
 - El **estatus de peso de una persona** se estima calculando el porcentaje de diferencia entre el peso ideal y el actual, y su fórmula es:
$$\% \text{ Dif. del peso ideal} = [(\text{Peso actual} - \text{Peso ideal}) / \text{Peso ideal}] \times 100$$

Si tras aplicar esta fórmula se obtiene una puntuación del 20 % o superior ⇒ la obesidad comienza a asociarse a riesgos para la salud.
 - Valoración del tejido adiposo:
La **técnica del pliegue cutáneo**.
El **índice de Masa Corporal (IMC)** $IMC = Kg / metros^2$.
Un índice de masa corporal IMC de 30 o más es indicativo de obesidad, mientras que de un 16 o menos lo es de anorexia nerviosa.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

A. EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia en los países occidentales oscila entre el 30 y el 50 % de la población general.
- La prevalencia *varía en función de la edad, estatus socioeconómico y raza*.
- Es *más frecuente entre las mujeres* (hasta 6 veces más común entre las mujeres de clase baja).

B. TIPOS DE OBESIDAD

1. **LA OBESIDAD SECUNDARIA:** Tienen su *origen en trastornos endocrinos, hipotalámicos, genéticos o yatrogénicos* y representa menos del 1% de las causas de obesidad.
 2. **LA OBESIDAD SIMPLE:** *por cebamiento*. Suele ser el trastorno más frecuente (más del 99 %). Mediante el estudio del adipocito se diferencian dos subtipos de obesidad:
 - a) **La obesidad simple hiperplásica:** se da en ella un *mayor número* (100 a 150 billones) *y tamaño* de adipocitos y tener su *comienzo en la infancia*, así como un *peor pronóstico*.
 - b) **La obesidad simple hipertrófica:** sólo se da un aumento del *tamaño* del adipocito y tiene su *comienzo en la edad adulta*.
- Hay DOS PERIODOS CRÍTICOS para la proliferación celular:
 1. El *segundo año de vida*.
 2. En las mujeres, la *primera adolescencia*.Esta sería la razón por la que los niños y adolescentes obesos tengan el doble de adipocitos que las personas normales de su edad.

C. COMPLICACIONES FÍSICAS

- Personas con un sobrepeso del 30 %: mayor riesgo de sufrir *hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias*, etc.
- Personas cuya grasa se acumula en la parte superior del cuerpo (*obesidad androide*): mayor riesgo de padecer *diabetes y trastornos cardiovasculares*, que las personas cuya distribución grasa se acumula en la parte inferior (*obesidad ginoide*).

D. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

- La obesidad *no está clasificada en el DSM como trastorno psiquiátrico*. Como mucho podría clasificarse en el apartado de "factores psicológicos que afectan al estado físico".
- La **CIE-10** reconoce una categoría, en el mismo apartado en el que se encuentran anorexia y bulimia, denominada *Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas*, como la ingesta excesiva por estrés y que da lugar a *obesidad reactiva*, así como desencadenar patologías: falta de confianza o distorsiones en su imagen corporal en cuanto a la exageración de sus dimensiones.
- Según **Sanchez-Planell**: **la relación entre obesidad y psicopatología se detecta a TRES NIVELES:**
 1. *Algunas obesidades demuestran una etiología psicógena* (comer por reacciones emocionales).
 2. Un *porcentaje elevado de obesos desarrolla a lo largo de la vida diversas alteraciones psicopatológicas reactivas* desproporcionadas a la gravedad de la obesidad.
 3. *Una proporción importante presenta reacciones distímicas*.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- Firme defensa de los condicionantes psicológicos de la obesidad de **Bruch** (1973), quien propuso **DOS TIPOS DE OBESIDAD PSICÓGENA**:
 - a) **La de desarrollo**: producida por los *problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales*.
 - b) **La obesidad reactiva**: su inicio es en la vida adulta, se produce *como reacción a sucesos traumáticos o estresantes y su función es estabilizar el funcionamiento emocional y reducir la ansiedad*.
- Actualmente, interés en estudiar los atracones como reductores de ansiedad ⇒ **comer en exceso compulsivo**. Aquellos obesos que informan de atracones son los que presentan mayor psicopatología.
- La sintomatología psicológica que se encuentran en los obesos (**ansiedad, depresión, baja autoestima, etc.**) es el resultado y no la causa de su condición obesa. No se ha encontrado ningún perfil anormal de “personalidad obesa”.

E. CAUSAS Y TEORÍAS DE LA OBESIDAD

- Los mecanismos por los que se produce la obesidad no están clasificados. Aunque los factores fisiológicos son fundamentales, también hay que mirar las variables culturales y psicológicas que son imprescindibles para apresar su complejidad.
- **LOS 2 FACTORES QUE MÁS INFLUYEN EN LA CAUSA DE LA OBESIDAD**:
 1. **Baja tasa metabólica basal** (puede medirse por la calorimetría indirecta).
 2. **Elevado número de adipocitos** (transmitidos genéticamente).
- **LA TEORÍA DEL PUNTO CRÍTICO**: El peso corporal está regulado a un nivel determinado. **En la obesidad** esta regulación tendría un **punto crítico más alto debido al mayor número de adipocitos y a una tasa metabólica basal más baja** (el sujeto estaría programado biológicamente para tener un determinado porcentaje (crítico) de grasa). Esta teoría no goza de una completa verificación, de ser cierta cada persona tendría su propio peso ideal.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tradicionalmente han existido **DOS LÍNEAS TEÓRICAS**:

1. **LA HIPÓTESIS DE LA EXTERNALIDAD**: que **relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida**, agravado por un **déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad**.
2. **LA HIPÓTESIS DE LA ACTIVACIÓN EMOCIONAL**: de raíces dinámicas, que acentúa la importancia de los **factores emocionales como desencadenantes de la conducta de comer**.

Estas dos hipótesis antagónicas, han tenido problemas en su verificación.



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

3. **LA TEORÍA DE LA RESTRICCIÓN:** Herman y Mack definen la restricción como la *intención que tiene el individuo de restringir voluntariamente su ingesta con el fin de conseguir el peso ideal*. La teoría predice que *el restrictivo que rompa o crea romper su restricción, "contrarregulará", es decir, empezará a comer de manera desaforada*.

La restricción se puede evaluar con la **escala RS** que tiene dos factores: *fluctuación en el peso e implicación en la dieta*.

Se diseñó para identificar aquellos dietantes crónicos que recaen periódicamente con atracones.

Esta teoría se ha convertido en la dominante porque tiene una capacidad explicativa superior y mantiene conexiones con otras teorías y modelos.

- La dieta que tiene éxito en hacer perder peso puede también crear un estado crónico de hambre, especialmente si esta pérdida lleva a la persona a tener un peso por debajo de su punto crítico.
Polivy y Herman plantean una *relación causal entre el hacer dieta y los episodios de atracones*. La mayoría de las veces, el principio de la **BN** coincide con un periodo de restricción, aunque todavía hay que investigar por qué unas personas responden a la restricción alimentaria desarrollando **BN** y otras no.

FUTURAS LINEAS DE ACTUACIÓN

Parece que empieza a haber acuerdo en considerar las características comunes que comparten todos los trastornos alimentarios, sea la **AN**, la **BN** o la obesidad, en cuanto a la presión que tienen estas pacientes de adelgazar y de controlar todo aquello que comen.

- **Schuldt y Johnson** (1990) han propuesto un **MODELO TRIDIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**, dirigido tanto al diagnóstico como al tratamiento:
 - a) *El peso corporal, se conceptualiza como un continuo* en el que la demacración extrema y la obesidad masiva serían sus extremos.
 - b) *El control conductual, representaría el conflicto acercamiento-evitación que se traduce en la dicotomía anorexia-bulimia*; un ayuno prolongado constituiría un extremo, y los atracones frecuentes el otro.
 - c) *La ansiedad producida por el miedo a la obesidad lleva al individuo a intentar controlar su conducta alimentaria*.
- Trastornos alimentarios: similitudes y diferencias: TABLA 15.6
- **DSM-IV** definen como *trastornos alimentarios atípicos* aquellos *casos en los que no están presentes todos los criterios*.
- Hay **otros síntomas que acompañan a los trastornos alimentarios** como son:



CAPITULO 15: TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. **Los atracones nocturnos:** la persona *es incapaz de dormir al menos que calme su ansia de comer.*
 2. **La rumiación:** es más frecuente en personas con historia de **BN**, la persona *regurgita la comida y la remastica varias veces* antes de tragarla definitivamente.
 3. **La catadura:** consiste en **masticar el alimento y escupirlo sin tragarlo** y puede llegar a ser habitual entre las bulímicas.
- Hay un **síndrome no considerado como oficial:** El "**trastorno por atracón**". Comprende las circunstancias en las que aparecen frecuentes episodios de atracones pero sin prácticas purgantes.
Consiste en episodios bulímicos frecuentes sin el uso de métodos extremos (sobre todo purgantes) para controlar el peso, y tener insatisfacción con el propio cuerpo.
El 70 % de estos casos son obesos.

En la propuesta de **Schlundt y Johnson** los obesos variarían a lo largo de dos continuos: **el grado de control sobre la ingesta y el miedo a la gordura.**

El comer compulsivo (o la ingesta voraz) se aplicaría a personas con un bajo control sobre el comer y un bajo miedo a engordar.

- **El intentar ejercer un control sobre el propio cuerpo se convierte en una demostración de poder ejercerlo en otras facetas de la vida, una creencia que además está siendo continuamente reforzada por los actuales cánones de belleza de la sociedad.**
- **Cooper:** La característica central en estos trastornos es **de naturaleza cognitiva** ⇒ Son las creencias y los valores en torno a su peso y forma corporal los que hacen que estén continuamente temerosas de engordar. Todavía no contamos con un tratamiento efectivo en este campo, si bien las terapias cognitivas han tenido amplia difusión.
- Desde hace unos años se están poniendo las bases para desentrañar la naturaleza de las disfunciones cognitivas en el campo de los trastornos alimentarios. En uno de los últimos trabajos encontraron **sesgos atencionales para la información relacionada con el alimento y la figura corporal** no sólo *en pacientes con trastornos alimentarios*, sino también *en personas normales pero que apuntaban alto en la escala de restricción.*

Además comprobamos que las anoréxicas diferían de las controles sobre todo en el **procesamiento de los términos de comida.**

Las bulímicas **se diferenciaban más en los términos corporales**, dato coincidente con el trabajo de **Cooper y Fairburn**, y que apoya la idea de no retirar de los manuales diagnósticos oficiales la preocupación en torno al peso y las formas corporales en la **BN**.