

TEMA 15.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1.- INTRODUCCIÓN.

- ☞ 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 en 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 que 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.

2.- F50.0 ANOREXIA NERVIOSA. (307.1)

- ☞ Anorexia quiere decir falta de apetito.
- ☞ Anorexia Nerviosa (AN) nos encontramos en un caso en que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismos hambriento”: no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica su patología: El deseo irrefrenable de seguir adelgazando incluso cuando ya haya perdido gran porcentaje de peso.
- ☞ Características:
 - Distorsión en la percepción de la imagen corporal sin que la persona reconozca el proceso de su delgadez.
 - La percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos.

- Sentimiento general de ineficacia personal.

2.1.- EPIDEMIOLOGÍA.

- ☞ Afecta fundamentalmente a mujeres (95%) entre 10 y 30 años (edad de inicio entre 13 y 18).
- ☞ La prevalencia de anorexia en la población general probablemente sea menos del 1%, pero hay unas poblaciones más sensibles que otras:
 - Las que viven en países desarrollados.
 - Las que poseen un alto estatus económico (aunque se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas).
 - Trastorno también muy extendido entre ciertas profesiones (gimnastas, modelos).

2.2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

- ☞ Características: (resaltan la importancia del propio cuerpo como definición de su valía como personas)
 - 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 la vida de estas personas.
 - Distorsión de la imagen corporal, operativizada como verse gorda aun estando demacrada.
- ☞ La negativa a comer va a provocar graves consecuencias físicas:
 - En muchas adolescentes se retrasa su desarrollo sexual.
 - En adultas, no sólo disminuye su interés por el sexo sino que éste se convierte en un tema conflictivo.

☞ La paciente anoréxica, reforzada por los valores sociales y a veces por la propia familia, minimiza el problema y su gravedad. (Falta de conciencia de enfermedad).

☞ Criterios diagnósticos (DSM-IV):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

☞ Una de las novedades que en su momento supuso la clasificación del DSM-IV hace referencia a la aceptación de subtipos en la AN

2.3.- SUPTIPOS: RESTRICTIVAS FRENTE A BULÍMICAS (O PURGADORAS)

☞ Anoréxicas restrictivas: Pierden peso exclusivamente a través de dietas y ejercicios extenuantes.

Les caracteriza un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.

☞ Anoréxicas bulímicas (o purgadoras): Sus intentos por limitar su ingesta se interrumpen por episodios de atracones, seguidos normalmente por vómitos autoinducidos o abuso de laxantes.

En las anoréxicas de este tipo es fácil encontrar historia familiar de obesidad, sobrepeso premórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes (todo lo que hace le cuesta mucho, falta de ganas de hacer cosas), mayor labilidad emocional (respuestas emocionales desproporcionadas) y mayor frecuencia de conductas adictivas.

2.4.- COMORBILIDAD.

- ☞ Sintomatología afectiva: suele estar presente desde las primeras fases del trastorno, destacándose un estado de ánimo ansioso-irritable que, a medida que evoluciona el cuadro se transforma en disforia (desarreglo emocional).

En el momento del seguimiento los síntomas depresivos están presentes en un tercio de los casos, y el 10% podría clasificarse de depresión mayor.

Aunque existe una relación entre AN y depresión no parece que la primera se derive de la segunda; más bien se considera que el trastorno afectivo pueda predisponer y/o concurrir con la AN, y por tanto, la agrave.

- ☞ Síntomas obsesivos: Se encuentran en un 25% de las anoréxicas. Un 10% de las personas que han sido diagnosticadas de TOC han tenido una historia previa de AN. Aunque puede pensarse que el propio estado de inanición y demacración favorezca la “obsesividad” siendo además un claro mantenedor de la AN.

- ☞ Trastornos de personalidad: 32% de pacientes con bulimia u anorexia del tipo bulímico podían cumplir los criterio del DSM-III de trastornos de personalidad como: histriónico, antisocial o límite.

Las bulímicas y anoréxicas bulímicas tienen mayores niveles de psicopatología tales como depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abuso de sustancias y robos) en comparación con las del subgrupo restrictivo; es decir, que la sintomatología bulímica agrava el diagnóstico.

2.5.- COMPLICACIONES FÍSICAS.

- ☞ Los efectos de la demacración se manifiestan en signos como: hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, estreñimiento y una larga variedad de cambios metabólicos.

- ☞ 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 patofisiológicas desaparecen a medida que se recupera el peso.

- ☞ En los escasos estudios que hay sobre las complicaciones físicas asociadas a mortalidad, aparecen principalmente la tuberculosis y trastornos gastrointestinales.

- ☞ Otra consecuencia irreversible de la demacración son la osteoporosis, fracturas, cifosis y otras deformaciones, así como prolapsos de la válvula mitral.

2.6.- EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

- ☞ La anorexia tiene un curso crónico y se acompaña de una serie de complicaciones adicionales tanto de comorbilidad como de mortalidad.

- ☞ Causas de mortalidad: (18%)

- Si no se produce una intervención, o esta no resulta efectiva, la paciente sigue un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos (estados de máxima desnutrición) 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.

- ☞ Aunque se consiga una estabilización del peso, las pacientes siguen presentando una psicopatología considerable entorno a la preocupación con el peso y la forma corporales, con lo que es posible encontrarse con ciertos patrones anómalos de alimentación

- ☞ Factores pronósticos de la AN: (indicativos de mal pronóstico)

- Una mayor duración del trastorno (muchos intentos de abordaje terapéutico),
- Mínimo peso alcanzado.
- La edad de inicio en asociación con un pobre ajuste premórbido.
- Personalidad premórbida.
- Dificultades sociales y relaciones familiares deterioradas.

2.7.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ☞ La característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con signos semejantes, radica en la idea sobrevalorada de adelgazar que sólo se da en un TA.

☞ Trastornos que cursan con signos semejantes a los TA:

- Alteraciones que cursan con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos: Diabetes melitus, neoplasia, tirotoxicosis.
- La depresión puede cursar con anorexia y pérdida de peso, sin embargo, no se da un miedo patológico a engordar ni problemas con la imagen corporal.
- En el TOC puede desarrollarse una evitación a los alimentos (por temor a que estén contaminados) y rituales en torno a ellos (dirigidos a su purificación).
- En determinados trastornos psicóticos se puede presentar patrones extraños de alimentación, debido fundamentalmente a la presencia de delirios sobre el envenenamiento de la comida.

2.8.- ETIOPATOGENIA.

☞ La AN adopta una perspectiva multidimensional, considerando al trastorno como el producto final de un conjunto de fuerzas que interactúan.

☞ Interacción de factores en la Anorexia Nerviosa:

- Factores predisponentes: Destacan los factores individuales, familiares y socioculturales.
 - La estructura familiar de estas pacientes parece coincidir en la importancia de una serie de variables que dificultan el desarrollo de autonomía e independencia que ha de desarrollarse en la adolescencia. Junto a esta sobreprotección y el no reconocimiento de la individualidad, también es habitual su preocupación por la apariencia, la autovalía y el éxito.
 - Factores genéticos.
 - Edad 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: 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.
 - 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 perpetuantes o de mantenimiento: explicarían la autoperpetuación del cuadro debido fundamentalmente a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la psicopatología del TA.
 - Consecuencias de la inanición.
 - Interacción familiar.
 - Aislamiento social.
 - Cogniciones anoréxicas.
 - Actividad física excesiva.
 - Yatrogenia (enfermedad desencadenada por el temor creado por el médico)

3.- F50.2 BULIMIA NERVIOSA. (307.51)

- ☞ Bulimia significa "hambre desmesurada".
- ☞ En el ámbito clínico se aplica a aquellos 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".
- ☞ Las tres características de este cuadro serían:
 - La pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados.
 - Las conductas destinadas al control del peso corporal.
 - Una preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

3.1.- EPIDEMIOLOGÍA

- ☞ 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 guardando la misma proporción que en el caso de la anorexia (95 %).
- ☞ La edad de aparición suele oscilar entre 18 - 25 años.
- ☞ Está más distribuida socialmente.

3.2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- ☞ Preocupación por la imagen corporal.
- ☞ Pérdida de control sobre su comportamiento alimentario. (Impulso irrefrenable de comer):

- Este “comer embriagador” se describe como la consumición rápida de grandes cantidades de comida con poca o ninguna satisfacción.
- El alimento ingerido suele ser de alto valor calórico y la selección del alimento se suele hacer en función de la facilidad de su ingesta y su y su posterior regurgitación.
- El atracón suele terminar por dolor abdominal y/o grandes sentimientos de culpabilidad y repulsa.
- Se suelen llevar a cabo en secreto.
- Es más frecuente que se precipiten por estados disfóricos, como estados de ánimo deprimido o aburrimiento, aunque también pueden antecederlos emociones positivas y eufóricas o que se inicien por haber trasgredido una regla dietética.
- A estos episodios le siguen un conjunto de conductas compensatorias cuyo objetivo es evitar los efectos en el incremento de peso.
 - Provocándose el vómito.
 - Utilización de laxantes o diuréticos.
 - Ejercicios físicos vigorosos.
 - Llevas a cabo una dieta estricta o ayunar.
- Los períodos de atracones pueden alternarse con episodios de ingesta normal o también con ayunos o dietas

☞ La preocupación por mantener el peso que las pacientes consideran ideal, toma una forma de idea sobrevalorada y no de idea obsesiva

☞ Criterios diagnósticos:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

3.3.- SUBTIPOS DE BULIMIA: LAS QUE SE PURGAN FRENTE A LAS QUE NO SE PURGAN.

☞ Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, productos diuréticos o enemas en exceso.

☞ Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

☞ Diferencias entre bulímicas del tipo purgativo con las del no purgativo:

- Mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (depresión, obsesión) entre las que se purgan respecto a las que no.
- Los niveles de insulina y glucosa se incrementan después de comer, pero después de la purga, tanto la insulina como la glucosa vuelven a decrecer inmediatamente. Estos resultados se han tomado como indicativos de que las purgas, al eliminar la energía, configuran un estado de privación que puede conducir a un nuevo atracón.

3.4.- COMORBILIDAD

☞ En la BN es 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.

☞ La mayor parte de esta sintomatología se relacionan con situaciones que están directamente relacionadas con el alimento y el comer.

- ☞ Otros síntomas habituales en la BN son los que se refieren a las conductas adictivas y al control de impulsos.

3.5.- COMPLICACIONES FÍSICAS

- ☞ Debido al desajuste provocado por los vómitos, el uso de laxantes etc: depleción 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.

3.6.- 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.

3.7.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- ☞ 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).
- ☞ Además de las mencionadas anteriormente para la AN.

3.8.- ETIOPATOGENÍA

- ☞ Como en la AN el énfasis cultural por la delgadez está igualmente jugando un importante papel.
- ☞ A partir de los estudios epidemiológicos y de la investigación clínica se han observado al menos dos factores relevantes en la historia del trastorno:
 - Predisposición a engordar.
 - Susceptibilidad a padecer un trastorno afectivo.

4.- RELACIONES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.

- ☞ La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa comparten muchas características psicopatológicas, por lo que resulta a veces complicado clasificar a las pacientes dentro de un grupo correcto.

- ☞ Criterios:

- Estado de demacración de la paciente.
- Presencia o ausencia de la sintomatología bulímica.

- ☞ Principales características psicopatológicas:

- Psicopatología específica:
 - Preocupación extrema sobre el peso y la forma corporales. Adscripción de la autoevaluación casi exclusivamente en estos términos.

- Comportamiento dirigido a control de peso y figura: dieta extrema; vómitos autoinducidos; uso de purgantes y laxantes; ejercicio riguroso (más característico en la AN).
- Episodios de bulimia.
- Psicopatología general:
 - Amplia gama de síntomas depresivos y ansiedad.
 - Características obsesivas (especialmente la AN).
 - Pobre concentración.
 - Funcionamiento social deficitario.
- Según Fairburn y Cooper:
 - Algunas características de la AN (preocupación con la comida y el comer, episodios de comer en exceso, humor deprimido e irritabilidad, síntomas obsesivos, problemas de concentración, pérdida del apetito sexual y retraimiento social) son probablemente una consecuencia de su “estado de inanición”. Cuando se recupera el peso la mayoría de estos síntomas desaparecen, sin embargo, los episodios de comer en exceso y las características depresivas siguen persistiendo.
 - Algunos de los síntomas de la BN y del subtipo bulímico de la AN (depresión y ansiedad, retraimiento social y pobre concentración) son secundarios a la respuesta psicológica a la “pérdida de control” sobre el comer. Estos síntomas mejoran con estrategias dirigidas a establecer este control y los síntomas depresivos tienden a desaparecer a medida que la conducta de comer se normaliza.
- ☞ Todas estas características son secundarias a las ideas sobrevaloradas que mantienen en torno a su peso y figura. Esta idea sobrevalorada y las distorsiones cognitivas que de ella surgen, llevan a la paciente a adoptar reglas dietéticas estrictas e inflexibles, y a que considere la mínima transgresión como una evidencia de su pobre autocontrol.
- ☞ Guiora en 1967 acuñó el término de “disorexia” para englobar a la anorexia y a la bulimia, sugiriendo que estos dos trastornos no eran entidades separadas, sino que constituían los extremos de un mismo trastorno.

5.- 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).
- ☞ El procedimiento más habitual es comparar el peso del individuo con lo que debería pesar según su edad y talla, es decir, su peso ideal, que se obtiene consultando tablas estandarizadas.
- ☞ Un aumento de peso no siempre significa aumento de grasa, y variables como sexo, edad y actividad física son los que determinan el porcentaje de grasa corporal. Hay diversos métodos para su cálculo:
 - La técnica del pliegue cutáneo.
 - Índice de masa corporal IMC.

5.1.- 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).

5.2.- TIPOS DE OBESIDAD

- ☞ La obesidad secundaria: tienen su origen en trastornos endocrinos, hipotalámicos, genéticos o y atrogénicos y representa menos del 1% de las causas de obesidad.
- ☞ 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:
 - 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.
 - 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:

- El segundo año de vida.
- 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.

5.3.- 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,
- ☞ Personas cuya distribución grasa se acumula en la parte inferior (obesidad ginoide): menos riesgos

5.4.- 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:
 - Algunas obesidades demuestran una etiología psicógena (comer por reacciones emocionales).
 - Un porcentaje elevado de obesos desarrolla a lo largo de la vida diversas alteraciones psicopatológicas reactivas desproporcionadas a la gravedad de la obesidad.
 - Una proporción importante presenta reacciones distímicas.

- ☞ Firme defensa de los condicionantes psicológicos de la obesidad de Bruch (1973), quien propuso dos tipos de obesidad psicógena:
 - La de desarrollo: producida por los problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales.
 - 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”.

5.5.- 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:
 - Baja tasa metabólica basal (puede medirse por la calorimetría indirecta).
 - 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.

6.- TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

☞ Tradicionalmente han existido dos líneas teóricas:

- 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.
- 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.

- 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.

7.- 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.

☞ Schultdt y Johnson (1990) han propuesto un modelo tridimensional de los trastornos alimentarios, dirigido tanto al diagnóstico como al tratamiento:

- El peso corporal, se conceptualiza como un continuo en el que la demacración extrema y la obesidad masiva serían sus extremos.
- 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.
- La ansiedad producida por el miedo a la obesidad lleva al individuo a intentar controlar su conducta alimentaria.

☞ Trastornos alimentarios: similitudes y diferencias:

TÓPICO	OBESIDAD	ATRACÓN	ANOREXIA	BULIMIA
Nivel de peso	>20% de sobrepeso.	Normal a obeso	<15% por debajo del peso	Normal a 10% por encima/por debajo del peso.
Atracón	Ocasional	Frecuente	Episódico	Frecuente.
Método de control de peso.	Frecuentes dietas restrictivas	Frecuentes dietas restrictivas	Ayuno extremo	Purgantes.
Distorsión imagen corporal.	No	No	Sí	Sí
Alimentos autoprohibidos	---	Ingeridos durante el atracón	Evitados	Ingeridos durante el atracón si es posible purgarse.
Ansiedad después de comer	No	No	Sí	Sí
Relación estado de ánimo/atracones.	Sí	Sí	Sí	Sí
Psicopatología secundaria	Normal a moderada	Moderada	Grave	Moderada a grave

☞ El DSM-IV define 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:

- Los atracones nocturnos: la persona es incapaz de dormir al menos que calme su ansia de comer.
- 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.

- La catadura: consiste en masticar el alimento y escupirlo sin tragarlo y puede llegar a ser habitual entre las bulímicas.

- ☞ Al margen de estos síntomas, hay un síndrome aún no considerado como oficial, se trata del Trastorno por atracón. Esta categoría comprende aquellas circunstancias en las que aparecen frecuentes episodios de atracones pero que no concurren con prácticas purgantes.

- ☞ Sea en la anorexia, en la bulimia o en la obesidad, el intentar ejercer un control sobre su propio cuerpo, se convierte en una demostración de poder ejercerlo en otras facetas de la vida.

- ☞ Cooper y otros, considera que la característica central de estos trastornos es de naturaleza cognitiva. Son las creencias y los valores en torno a su peso y forma corporales los que hacen que estén continuamente temerosas de engordar y los que explican los patrones alimentarios anómalos que desarrollan.

- ☞ Todavía no se cuenta con un tratamiento plenamente efectivo en este campo, si bien las llamadas terapias cognitivas han tenido amplia difusión. En este acercamiento se trata a los síntomas como patrones derivados de creencias erróneas.

- ☞ Distorsiones cognitivas:
 - Abstracción selectiva: basarse en conclusiones o detalles aislados, ignorando la evidencia que haya en contra o más evidente. (“El único modo en que puede estar en control es a través de comer”).
 - Sobregeneralización: Extraer una regla en función de un hecho y aplicarlo a otra situación diferente. (“Con mi peso anterior no era feliz, así que ganar peso no me hace sentir mejor”).
 - Magnificación: Sobreestimar el significado de una consecuencia no deseable. (“He engordado un kilo nunca más podré ponerme unos shorts”).
 - Pensamiento dicotómico: pensar en términos extremos y absolutos. (“Si he aumentado un kilo, aumentaré 50”).
 - Personalización y autorreferencia: Interpretación egocéntrica de hechos impersonales o sobreinterpretación de hechos relacionados con uno mismo. (“Me avergüenzo de que otro me vea comer”).
 - Pensamiento supersticioso: Creencia en la relación causa-efecto de hechos no contingentes. (“Es mejor no disfrutar de nada porque inmediatamente desaparecerá”).