

## **T. 15. TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

### **I. INTRODUCCIÓN**

Se trata de 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 por lo que el DSM-IV los ha eliminado de la categoría de inicio en la infancia (DSM-III).

**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:

- Su incidencia ha aumentado en las sociedades occidentales debido a los cambios estéticos, la sobrevaloración de la delgadez, el cambio de roles de la mujer y los factores socioculturales.
- Afectan principalmente a mujeres.
- Todas las personas que las padecen sufren de alteraciones en su imagen corporal.

### **II. ANOREXIA NERVIOSA**

(vs) Anorexia: falta de apetito.

La persona con anorexia nerviosa, lejos de no tener apetito, se comporta como un organismo hambriento: no come, pero que no deja de pensar en cuáles son los alimentos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica su patología, en el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.

**Bruch:** las tres características esenciales de la anorexia nerviosa (AN) son:

- 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).
- La prevalencia en la población general: menor del 1 %.
- Hay poblaciones sensibles: países desarrollados con alto estatus económico, aunque se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas.
- Profesiones: modelo o gimnasta.

### **B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (AN)**

La característica esencial: el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla.

Un 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.

En su deseo de estar delgadas se marcan un margen de seguridad: establecen el peso que deben tener, pero adelgazan un poco más para prevenir cualquier aumento que no estuviera en sus cálculos.

Otra de las características clínicas: la distorsión de la imagen corporal, operativizada como verse gorda aun estando demacrada.

En las últimas revisiones se está poniendo de manifiesto que no es una característica patognomónica exclusiva de la AN y no siempre se manifiesta en estos términos.

Provocar graves consecuencias físicas: en muchas adolescentes se retrasa su desarrollo sexual y en las adultas no solo disminuye su interés por el sexo, sino que este se convierte en un tema conflictivo. La anoréxica, reforzada por los valores sociales y a veces por su propia familia, minimiza el problema y su gravedad.

Respecto a los criterios diagnósticos: se aprecia un desplazamiento del interés de parámetros como el peso o la amenorrea a la idea sobrevalorada de adelgazar (psicopatología esencial del trastorno)

### Criterios diagnósticos en el DSM -IV

A. 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).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. 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.

D. 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.)

Especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

La novedad del DSM-IV: La aceptación de subtipos: el restrictivo y el purgativo, en función de la presencia o no de episodios bulímicos o purgas.

- En el DSM-III-R la persona que presentara episodios de atracones hubiera requerido de dos diagnósticos separados: de anorexia y de bulimia nerviosa.
- El DSM-IV hace explícita la imposibilidad de establecer una clara delimitación entre ambos síndromes.

### C. SUBTIPOS: RESTRICTIVAS frente BULIMICAS (O PURGADORAS)

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

#### 1. Las anoréxicas restrictivas:

- Pierden peso exclusivamente a través de dietas y ejercicios extenuantes.
- Características: mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.

#### 2. Las anoréxicas vomitadoras o bulímicas:

- Los intentos de limitar su ingesta se interrumpen por episodios de atracones, seguidos normalmente por vómitos autoinducidos o abuso de laxantes.
- Características: además de la presencia diferencial del atracón, es habitual encontrar historia familiar de obesidad, sobrepeso premórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia de conductas adictivas.

## D. COMORBILIDAD

### 1. La sintomatología afectiva:

- Suele estar presente desde las primeras fases del trastorno.
  - o Estado de ánimo ansioso-irritable que según avanza el cuadro se transforma en disforia.
- Los síntomas depresivos están presentes en 1/3 de los casos y el 10 % podría clasificarse de depresión mayor.
- Algunos han encontrado semejanzas a nivel endocrino y en la psicopatología familiar llegando a plantear que la AN es una variante de un T. depresivo.
- Pero la postura que se mantiene es que aunque existe relación entre AN y depresión no parece que la AN derive de la depresión.
  - o Sí se considera que el T. afectivo puede predisponer y/o concurrir con la AN, y por tanto la agrave.

### 2. 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.
- Diversos estudios mantienen:
  - o que el TOC antecede a la AN
  - o que cuando el peso se restaura, algunas de las características obsesivas (las que se relacionan con un TOC de la personalidad) siguen manteniéndose

### 3. Los trastornos de la personalidad:

- El 32% de pacientes con anorexia tipo bulímico y con bulimia podrían cumplir los criterios del DSM-III de personalidad histriónica, antisocial o límite.
- El 42% de los pacientes con anorexia tipo bulímico y el 37% de tipo restrictivo: T. límite de la personalidad.
- Pacientes con anorexia tipo restrictivo puntuaban en T. de personalidad por evitación y por dependencia.

ii La sintomatología bulímica agrava el diagnóstico: mayores niveles de psicopatología (depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abusos de sustancias y robos)) en comparación a las restrictivas.

## E. COMPLICACIONES FÍSICAS

Los efectos de la demacración se manifiestan en una amplia gama de signos como:

- hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, estreñimiento y cambios metabólicos. Amenorrea.
- Si la anorexia se produce antes de la menarquia, 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: 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**.

- La desnutrición de la paciente puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50 % de su peso idóneo.

- La tasa de mortalidad es 6 veces más de lo que se esperaba, con un 3% de suicido (2<sup>a</sup> causa de muerte, tras la de desnutrición).
- Después de 20 o más años de duración del trastorno, la mortalidad es del 18 %.

ii Aunque se consiga una estabilización del peso, las pacientes siguen presentando una psicopatología considerable en torno a la preocupación por el peso y la forma corporales, con lo que es posible seguir encontrándose ciertos patrones anómalos de alimentación.

Indicativos de mal pronóstico: mayor duración del trastorno con muchos intentos de abordaje terapéutico, mínimo peso alcanzado, edad de inicio en asociación con pobre ajuste premórbido, personalidad premórbida, dificultades sociales y relaciones familiares deterioradas.

### G. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hay diversas alteraciones que cursan con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos, como la diabetes mellitus, la neoplasia y la tirotoxicosis, que hay que diferenciar de lo que es un trastorno alimentario. También hay que descartar caquexia hipofisaria (realizar exploraciones neurológicas y endocrinas)
- La depresión puede cursar con anorexia y pérdida de peso, y, de hecho, la concurrencia de estos síntomas junto a otros como la incapacidad para concentrarse, problemas de sueño, tristeza, etc., puede hacer difícil un diagnóstico diferencial respecto a la depresión. Sin embargo, en esta no se da 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.

ii La característica diferencial: la **idea sobrevalorada de adelgazar** solo se da en los trastornos alimentarios.

### H. ETIOPATOGENIA

Para entenderla hay que adoptar una perspectiva **multidimensional**, considerando al trastorno como el producto final de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. Así:

**1. 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 además, preocuparse excesivamente por la apariencia, la autovalía y el éxito.

- a. Factores genéticos.
- b. Edad de 13-20 años.
- c. Sexo femenino.
- d. Trastorno afectivo.
- e. Introversión/inestabilidad.
- f. Obesidad.
- g. Nivel social medio alto.
- h. Familiares con trastorno afectivo.
- i. Familiares con adicciones.
- j. Familiares con trastornos de la ingesta.
- k. Obesidad materna.
- l. Valores estéticos dominantes.

**2. Los factores precipitantes:** inician el trastorno. Se definen por el fracaso del individuo por adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado:

- a. Cambios corporales.
- b. Separaciones y pérdidas.

- c. Rupturas conyugales del padre.
- d. Contactos sexuales.
- e. Incremento rápido de peso.
- f. Críticas sobre el cuerpo.
- g. Enfermedad adelgazante.
- h. Traumatismo desfigurador.
- i. Incremento de la actividad física.
- j. Acontecimientos vitales, que incluyen cambios bruscos en la vida del adolescente.

**3. Los factores de mantenimiento:** explican la autoperpetuación del cuadro debido a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la psicopatología del trastorno alimentario.

- a. Consecuencias de la inanición.
- b. Interacción familiar.
- c. Aislamiento social.
- d. Cogniciones anoréxicas.
- e. Actividad física excesiva.
- f. Yatrogenia.

### **III. BULIMIA NERVIOSA**

Etiología: *bus limos* = hambre de buey (desmesurada)

Se aplica a aquellos episodios caracterizados por una **necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida generalmente de elevado contenido calórico.**

Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo, autoinduciéndose el vómito.

El DSM-III lo reconoció como una entidad diagnóstica diferenciada.

Para **Casper**, las tres características de este cuadro serían:

- 1). La pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados.
- 2). Las conductas destinadas al control del peso corporal.
- 3). Una preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

#### **A. EPIDEMIOLOGÍA**

- Trastorno difícil de detectar, ya que la paciente intenta ocultar sus comportamientos. Su peso no tiene por qué llamar la atención.
- Tiene mayor incidencia en el sexo **femenino (95 %)**.
- La edad de aparición suele oscilar entre los **18 y los 25 años**.
- Está más distribuida socialmente, por lo menos a nivel de consulta.

#### **B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Además de una preocupación por la imagen corporal, la queja principal es la **pérdida de control sobre su comportamiento alimentario.**

Se sienten impotentes ante ese deseo irrefrenable a comer. Este comer embriagador se describe como la consumición rápida de grandes cantidades de comida con poca o ninguna satisfacción.

El alimento ingerido durante los atracones suele ser de alto contenido calórico, precisamente aquello que no se permite en sus dietas.

- El aporte energético durante estos episodios puede superar entre 3 a 27 veces las calorías recomendadas por día.
- La selección del alimento se suele hacer en función de la facilidad de su ingesta y su posterior regurgitación.

- El atracón suele terminar por dolor abdominal y/o grandes sentimientos de culpabilidad y repulsa.

La descripción que ha dado el DSM-III-R del atracón ha sido criticada porque la valoración del atracón es bastante subjetiva e idiosincrásica.

Solución: **EDE**. Entrevista estructurada que diferencia la impresión subjetiva de la paciente y el juicio del clínico.

Los atracones son siempre llevados a cabo en secreto. Suelen precipitarse bien por estados disfóricos, (estado de ánimo deprimido o aburrimiento), bien por haber transgredido alguna regla dietética o bien estados eufóricos.

A estos episodios de atracones le siguen un conjunto de **conductas compensatorias** para evitar los efectos en el incremento de peso: vómito, laxantes o diuréticos, ejercicios físicos vigorosos y dieta estricta o ayuno.

La idea de mantener el peso ideal toma la forma de idea sobrevalorada (jino de idea obsesiva). También se da el fenómeno de sobreestimación corporal y presentan como las anoréxicas el mismo miedo mórbido a convertirse en personas gordas.

#### Los criterios diagnósticos del DSM- IV son:

<p><b>A.</b> Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. 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 2. 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)</p> <p><b>B.</b> 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.</p> <p><b>C.</b> Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p><b>D.</b> La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. <b>E.</b> La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p><b>Tipo purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p><b>Tipo no purgativo:</b> 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.</p>
---

#### C. SUBTIPOS DE BULIMIA: LAS QUE SE PURGAN frente A LAS QUE NO SE PURGAN

- Willmuth y cols: comprobaron mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones) entre las que se purgan.
- En algunos trabajos: en las bulímicas se produce un incremento de la ansiedad tras la ingesta.
- Los trabajos de Williamson *et al.*: Incremento de los niveles de glucosa e insulina, después de comer.
  - o Si hay purga, tanto la insulina como la glucosa decrecen.Las purgas configuran un estado de privación que puede conducir a un nuevo atracón.
- En los casos más graves de bulimia (las que se purgan) se encuentra una tasa metabólica más baja que en las normales.
- Estos datos son consistentes con los de la mayor alteración que presentan las anoréxicas del subtipo bulímico en comparación con las restrictivas

#### D. COMORBILIDAD

Frecuente presencia de **ansiedad, depresión e irritabilidad**, así como **ideación de suicidio**.

La depresión desaparece a medida que se normaliza la conducta de comer.

Otros síntomas habituales en la BN son los referidos a las **conductas adictivas y de control de impulsos**.

#### E. COMPLICACIONES FÍSICAS

- Deplección de los niveles de pérdidas de potasio (hipocalemia), hipertrofia de la glándula parótida, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, crisis tetánicas, parestesia periférica y crisis epilépticas.
- A largo plazo: daño renal e irregularidades menstruales.
- Los laxantes acaban provocando estreñimiento.
- Callosidades en el dorso de la mano (signo de Russell).
- 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 del propio trastorno, ni por suicidios.
  - Estos datos indican que probablemente la BN, en comparación con la AN, tenga una naturaleza episódica con remisiones y recaídas.
- Russell: 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

La característica diferencial ha de realizarse en función de cuál es el propósito de los patrones anómalos de alimentación y la pérdida de peso.

- Entre las alteraciones de etiología orgánica a descartar: tumores hipotalámicos y síndromes de Kleine Levin y de Klüver Buc, en los que se pueden ingerir sustancias no nutritivas.
- En los trastornos de conversión pueden aparecer síntomas comunes a AN y BN (pérdida de apetito, pérdida de peso...), siendo el vómito psicógeno el que puede causar más confusión, pero ninguno de ellos se produce con el fin de perder peso.
- También hay que diferenciar los patrones de alimentación que se producen en las fobias sociales como el miedo a comer en público, por temor a atragantarse o vomitar.

#### H. ETIOPATOGENIA

Como en el caso de la AN, el énfasis cultural por la delgadez está igualmente jugando un importante papel, y estas pacientes indican, como antecedente, una gran insatisfacción con su cuerpo.

Russell: la bulimia no es más que una variante de la AN; y para diagnosticar bulimia tendría que haberse dado antes un episodio de AN.

A partir de estudios epidemiológicos y de la investigación clínica se han observado al menos dos factores relevantes en la historia del trastorno:

- predisposición a engordar (y hacer dietas)
- historia de trastornos afectivos.

¡¡La predisposición a padecer un T. afectivo puede ser un factor de vulnerabilidad.

#### **IV. RELACIONES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA**

La AN y BN comparten muchas características, tanto, que a veces es complicado hacer el diagnóstico.

¡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. Tal vez sea más sensato decidir en función de la presencia o ausencia de la sintomatología bulímica.

¡Las anoréxicas subtipo bulímico y las bulímicas tienen más en común entre sí que con las anoréxicas del tipo restrictivo.

#### **Principales características de la AN y la BN (Fairburn y Cooper)**

##### **Psicopatología específica:**

1. Preocupación extrema sobre el peso y la forma corporales. Adscripción de la autoevaluación exclusivamente en estos 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 (especialmente en la AN)
3. Pobre concentración.
4. Funcionamiento social deficitario.

Fairburn y Cooper concluyen que:

1. Algunas características de la AN (preocupación por 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 del estado de inanición.

Quando se recupera el peso, la mayor parte de estos síntomas desaparecen, aunque los episodios de comer en exceso y las características depresivas siguen persistiendo.

2. 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 restablecer este control y los síntomas depresivos tienden a desaparecer a medida que la conducta de comer se normaliza.

Lo que caracteriza a la AN y a la BN es su extrema preocupación en torno al peso y la forma corporales; lo que tiene significado diagnóstico es su idea sobrevalorada de delgadez.

Estas pacientes juzgan su autovalía en función de su peso y su figura, y de ahí su continua preocupación sobre su cuerpo y la comida y toda la gama de comportamientos.

Guiora introduce el concepto de **disorexia** para englobar a la anorexia y a la bulimia sugiriendo que constituirían los extremos de un mismo trastorno.

Otras denominaciones: síndrome del delgado-gordo, bulimarexia.

#### **V. OBESIDAD**

La obesidad es un **trastorno crónico** que requiere una atención a largo plazo.

Se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 % en las mujeres y el 30 % en los hombres.



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:

$$\% \text{ Diferencia del Peso Ideal} = \frac{\text{Peso actual} - \text{peso ideal}}{\text{Peso ideal}} * 100$$

Si la puntuación es **del 20 % o superior**: la obesidad comienza a asociarse a **riesgos para la salud**.

¡¡Pero no estima bien el tejido adiposo.

#### Valoración del tejido adiposo:

- La técnica del pliegue cutáneo.
- El índice de Masa Corporal (IMC)  
IMC = kilos (peso)/ m<sup>2</sup> (cuadrado de la altura)

Un IMC:

- De 30 o más es indicativo de obesidad.
- De 16 o menos lo es de anorexia nerviosa.

#### Índice de masa corporal IMC y nivel de peso

IMC	Nivel de peso
18 o menos	Bajo – peso grave
18-20	Bajo - peso
20-25	Peso normal
25-30	Sobrepeso
30-40	Obesidad moderada
40 o más	Obesidad mórbida

### **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**

Dos 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 o por cebamiento:** más frecuente (+99%).

Dentro de esta, y mediante el estudio del adipocito, se diferencian dos subtipos de obesidad:

#### **2.1. La obesidad simple hiperplásica:**

- Mayor número y tamaño de adipocitos.
- comienzo en la infancia.
- peor pronóstico.

#### **2.2. La obesidad simple hipertrófica:**

- solo se da un aumento del tamaño del adipocito.

- comienzo en la edad adulta.
- mejor pronóstico.

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 tienen el doble de adipocitos que las personas normales de su edad (parece ser que el nº de adipocitos es irreversible)

### C. COMPLICACIONES FÍSICAS

- Personas con un sobrepeso del 30 % tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones: hipertensión, diabetes, enfermedades coronarias, etc.
- Personas cuya grasa se acumula en la parte superior del cuerpo (obesidad androide) tienen mayor riesgo de padecer diabetes y trastornos cardiovasculares, que las personas cuya distribución de grasa se acumula en la parte inferior (obesidad ginoide).  
Por lo que la medida de este parámetro (cintura-cadera) se incluye como método de valoración de la gravedad, junto al IMC.

### D. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

- La obesidad no está clasificada en el DSM como trastorno psiquiátrico, ya que es una condición médica multideterminada etiológicamente.
- La CIE- 10 reconoce una categoría, en el mismo apartado en el que se encuentran anorexia y bulimia, denominada "Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas", donde se encuadra la ingesta excesiva por estrés (obesidad reactiva).

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 cuya intensidad no es proporcional a la gravedad de la obesidad.
- 3). Una proporción importante presenta reacciones distímicas.

**Bruch:** dos tipos de obesidad psicógena:

- 1). **La de desarrollo:** producida por los problemas de aprender a diferenciar el hambre de tensiones emocionales.
- 2). **La 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 (p.ej. la ingesta nocturna).

Pueden darse episodios de atracón, pero sin que se den después maniobras compensatorias. Estos episodios están siendo centro de interés y ya han recibido el nombre de "**trastorno por atracón**"

Aunque no todas las personas que tienen atracones tienen exceso de peso, ambas características correlacionan positivamente.

Entre el 20-46% de obesos en tratamiento informan de atracones. Son, precisamente, los que presentan mayor psicopatología.

Gran parte de los obesos y las personas con exceso de peso suelen tener una **baja autoestima y un pobre concepto de sí mismos**.

- La presión por adelgazar es más intensa en las que tienen poco exceso de peso. Las más obesas se preocupan más del tema y se resignan a su suerte.

- Straw comprobó que las mujeres que eran más activas en reducir peso se caracterizaban por falta de asertividad, depresión y ansiedad, y distorsión en su imagen corporal en el sentido de la sobreestimación.

### **E. CAUSAS Y TEORÍAS DE LA OBESIDAD**

La obesidad es una condición **multideterminada**. Los mecanismos por los que se produce la obesidad no están clarificados.

Aunque los factores fisiológicos son fundamentales en la etiología, las causas y consecuencias de variables culturales y psicológicas son imprescindibles para apresar su complejidad.

La herencia es importante, pero es difícil de aislar de los hábitos alimentarios.

Se sospecha que dos de los factores que más influyen en la causa de la obesidad, y que pueden ser transmitidos genéticamente, son:

1. **Una baja tasa metabólica basal** (el metabolismo supone el 60-75% de gasto de energía diaria):
  - Mayor probabilidad de que el niño se convierta en obeso.
  - La baja tasa metabólica basal puede medirse por la calorimetría indirecta.
2. **Elevado número de adipocitos.**

#### **Nisbett: La teoría del punto crítico.**

- Idea: al igual que sucede con la temperatura o la presión sanguínea, el peso corporal, o más correctamente los depósitos grasos, está regulado a un nivel determinado.
- La obesidad representaría a aquel caso en el que esta regulación tendría un nivel más elevado, un punto crítico más alto, debido al mayor número de adipocitos y a una tasa metabólica basal más baja.
- Cualquier desviación se compensará.
- El corolario más importante de esta teoría es que el organismo defiende su composición de los cambios.
- Cada persona tiene su propio peso ideal (¡nada de tablas!)

Esta teoría no goza de una completa verificación.

## **VI. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LOS TRASTORNO ALIMENTARIOS**

TRADICIONALMENTE han existido dos líneas teóricas:

- **La hipótesis de la externalidad.**  
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.  
Acentúa la importancia de los factores emocionales como desencadenantes de la conducta de comer.

Estas dos hipótesis han tenido problemas en su verificación y se han visto superadas por la T<sup>a</sup> de la Restricción.

#### **La teoría de la restricción, de Herman y Polivy.**

Esta teoría nació con el ánimo de aprovechar lo válido de las dos hipótesis anteriores y superar sus deficiencias.

- **Restricción** = intención que tiene el individuo de restringir voluntariamente su ingesta, con el fin de mantener o conseguir el peso que considera ideal.
- Abandonan el foco de atención en el peso para centrarse en la restricción de la ingesta.
- 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:
  - o fluctuación en el peso
  - o implicación en la dieta.

Se diseñó para identificar a aquellos dietantes crónicos que recaen periódicamente con atracones y ganan peso

- 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.

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

## **VII. FUTURAS LÍNEA 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**.

**Schuldnt y Johnson** proponen un modelo tridimensional de los trastornos alimentarios, dirigido tanto al diagnóstico como al tratamiento:

1. **El peso corporal.**  
Se conceptualiza como un continuo en el que la demacración extrema y la obesidad masiva serían sus extremos.
2. **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.
3. **La intensidad de la preocupación por el peso.**  
La ansiedad producida por el miedo a la obesidad lleva al individuo a intentar controlar su conducta alimentaria.

Hay otros síntomas que a veces acompañan a los trastornos alimentarios que todavía no están tipificados:

- **Atracón nocturno:** la persona se siente incapaz de dormir a menos que calme su ansia de comer.
- **La rumiación** es bastante más frecuente en personas con una historia de BN; en vez de vomitar, la rumiante regurgita la comida en su boca, la remastica y la vuelve a tragar; parece que es un método que intenta controlar los vómitos autoinducidos.
- **La catadura** consiste en masticar el alimento y escupirlo sin tragarlo, y puede llegar a ser habitual entre las bulímicas.

Hay un síndrome, aún no considerado como oficial, que cada vez está cobrando mayor interés: se trata de **trastorno por atracón**.

Consiste en episodios bulímicos frecuentes sin el uso de métodos extremos (sobre todo purgantes) para controlar el peso, y no tener otra distorsión de la imagen corporal que la insatisfacción con el propio cuerpo.

El 70% de los casos son obesos.

### Criterios de investigación para el trastorno por atracón. DSM-IV

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- (1) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
- (2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
- (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
- (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
- (4) comer a solas para esconder su voracidad
- (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

**Nota:** El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Siguiendo 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 trastorno por atracón se aplicaría a personas con un bajo control sobre el comer y un (relativamente) bajo miedo a engordar.

*Trastornos alimentarios: similitudes y diferencias*

	<b>Obesidad</b>	<b>Atracón</b>	<b>Anorexia</b>	<b>Bulimia</b>
<b>Nivel de peso</b>	≥20% de sobrepeso	Normal a obeso	≤15% por debajo de su peso	Normal a 10% por encima/debajo de su peso
<b>Atracón</b>	Ocasional	Frecuente	Episódico	Frecuente
<b>Método de control de peso</b>	Frecuentes dietas restrictivas	Frecuentes dietas restrictivas	Ayuno severo	Purgantes
<b>Distorsión imagen corporal</b>	no	no	sí	sí
<b>Alimentos auto prohibidos</b>		Ingeridos durante el atracón	Evitados	Ingeridos durante el atracón si es posible purgarse
<b>Ansiedad después de comer</b>	no	no	sí	sí
<b>Relación estado de ánimo atracones</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Psicopatología secundaria</b>	Normal a moderada	Moderada	Severa	Moderada a Grave

*Interesante: ¿Qué hay detrás de la idea sobrevalorada de adelgazar?*

Sea en la AN, en la BN o en la obesidad, 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 está siendo continuamente reforzada por los actuales cánones de belleza de la sociedad occidental, en el que la delgadez no solo es un valor estético, sino ético.

**Para Cooper,** la característica central en 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.

No se trata de un sistema de creencias asentado en el miedo a la gordura, sino en la convicción de que la delgadez es absolutamente esencial para sentirse eficaz y con valor como individuo. Esto mantiene el trastorno.

Perpiñá y col. : se han encontrado **sesgos atencionales** para la información relacionada con el alimento y la figura corporal no solo en pacientes con trastornos alimentarios, sino también en personas normales pero que apuntaban alto en la escala de restricción.

Además, 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.