



TEMA 18: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dr. Celso Arango López

Curso 2011-12

OBJETIVOS DE LA CLASE

- **Conocer la:**

Epidemiología. Etiología. Manifestaciones clínicas. Criterios diagnósticos CIE-10. Procedimientos diagnósticos. Diagnóstico diferencial. Curso y pronóstico. Intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales. Información a los pacientes y sus familias. Prevención de recaídas. Criterios de derivación al especialista.

de los trastornos de la conducta alimentaria.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cualitativos

- De la maduración
 - Dificultades alimentarias
 - Rumiación
- Ingesta de sustancias no alimentarias
 - Pica

Cuantitativos

- Por defecto
 - Anorexia Nerviosa (AN)
- Por exceso
 - Obesidad
 - Bulimia Nerviosa (BN)





**ANOREXIA
NERVIOSA**

ANOREXIA NERVIOSA

Se caracteriza por ser un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tienen miedo intenso a ganar peso, y una significativa mala interpretación de su cuerpo y su forma.



ANOREXIA NERVIOSA

Características

- **Mujeres adolescentes**
- **Rechazo persistente de los alimentos**
- **Intensa pérdida de peso**
- **Alteraciones psíquicas**
 - **Imagen corporal**
 - **Hiperactividad**
 - **Depresión**
- **Alteraciones somáticas**
 - **Amenorrea**

Origen del trastorno

Factores relacionados con conflictos de la pubertad y de la adolescencia:

- **Relaciones intrafamiliares**
- **Cambios corporales**
- **Búsqueda de identidad personal**

Factores biológicos

ANOREXIA NERVIOSA

Subtipos clínicos

Tipo restrictivo

- La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso
- No hay atracones ni purgas



Tipo compulsivo/purgativo

- El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos)
- Utilizan diurético, laxantes o enemas
- Provocación del vómito



EPIDEMIOLOGÍA

- **Prevalencia: 0,1-0,7% de la población**
- **Casos nuevos por año**
30-40 por 100.000 mujeres (15-24 años)
- **Edad de comienzo:**
Bimodal: 13-14 años; 17-18 años
- **Relación hombre/mujer: 1/10**
- **Predominio clase media y clase alta**
- **Mortalidad: 2-10% (emaciación y suicidio)**

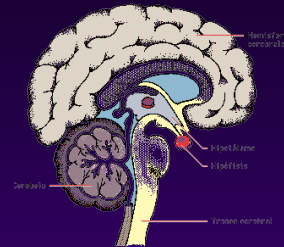
MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Signos físicos**
- **Alteraciones psíquicas**
- **Medidas para mantener la delgadez**
- **Estructura psicopatológica**

SIGNOS FÍSICOS

Cardiovasculares

- Bradicardia
- Hipotensión
- Arritmias
- Acrocianosis



Endocrinológicos

- Amenorrea
- Hipotermia
- Disfunción tiroidea

Gastrointestinales

- Hipertrofia parotídea
- Estreñimiento



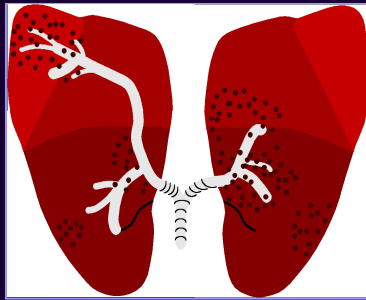
Piel

- Lanugo
- Hipertrichosis
- Piel escamosa

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Signos físicos
2. Alteraciones psíquicas
3. Medidas para mantener la delgadez
4. Estructura psicopatológica

SIGNOS FÍSICOS



Respiratorio
- Bradipnea



Estado general
- Pérdida de peso
IMC* < 17
- Extrema desnutrición
- Edemas

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Signos físicos
2. Alteraciones psíquicas
3. Medidas para mantener la delgadez
4. Estructura psicopatológica

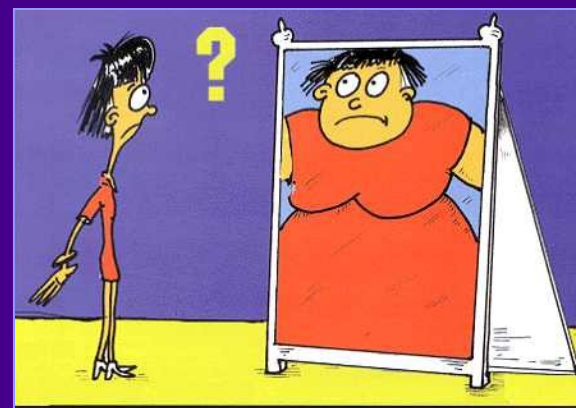
* Índice de Masa Corporal de Quetelet =
$$\frac{\text{peso (kg.)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

ALTERACIONES PSÍQUICAS

- Alteración en la percepción de la imagen corporal
- Búsqueda ciega del sentido de identidad
- Temor a perder el control (no sólo en la comida)
- Interpretación rígida de las relaciones humanas
- Capacidad deficiente para el pensamiento abstracto
- Negación de la enfermedad

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Signos físicos
2. Alteraciones psíquicas
3. Medidas para mantener la delgadez
4. Estructura psicopatológica



MEDIDAS PARA MANTENER LA DELGADEZ

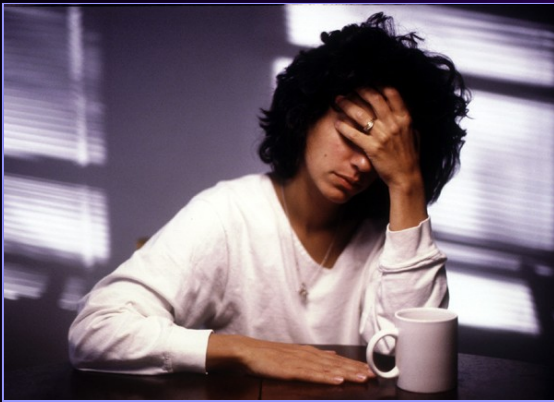
- Restricción alimentaria rigurosa
- Selección de dietas
- Manera peculiar de comer
- Ayunos (alternados con atracones)
- Inducción al vómito
- Uso de laxantes y diuréticos
- Hiperactividad



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Signos físicos
2. Alteraciones psíquicas
3. Medidas para mantener la delgadez
4. Estructura psicopatológica

ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA



Depresión	80%
Intento suicidio	21%
Ansiedad	66%
Compulsividad	55%
Perfeccionismo	70%
Apatía	69%

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Signos físicos
2. Alteraciones psíquicas
3. Medidas para mantener la delgadez
4. Estructura psicopatológica

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. CIE-10

- **Pérdida de peso del 15% (peso inferior al 85% de lo esperable) autoinducida**
- **Miedo a estar obeso o ganar peso**
- **Distorsión de la imagen corporal**
- **Amenorrea (varón pérdida interés y potencia sexual)**
- **Inicio prepuberal: retraso crecimiento**



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Delgadez normal**
- **Trastornos físicos que producen pérdida de peso**
 - Hipertiroidismo
 - Otros trastornos endocrinos
 - Tr. gastrointestinales que generan vómitos, pérdida de apetito y/o malabsorción
 - Carcinoma
 - Infección crónica
- **Trastornos psiquiátricos**
 - Depresión
 - Conducta alimentaria peculiar secundaria a delirios en esquizofrenia o depresión psicótica
 - Rechazo de la comida debido a fobia a atragantarse
 - Vómitos secundarios a trastornos conversivos
- **Hipotiroidismo que produce hipotermia y amenorrea**

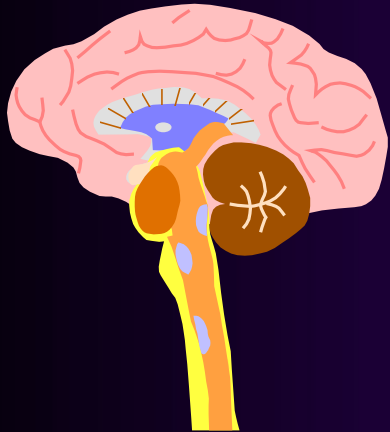


ETIOPATOGENIA

ETIOPATOGENIA

- **Factores neuroendocrinos**
- **Factores psicodinámicos individuales**
- **Interacción familiar**
- **Aspectos socio-familiares**

FACTORES NEUROENDOCRINOS



- **Hiperactividad de los mecanismos biológicos de la saciedad (opioides endógenos)**
- **Anormalidades hipotalámicas secundarias a la desnutrición**

ETIOPATOGENIA

- Factores neuroendocrinos
- Factores psicodinámicos individuales
- Interacción familiar
- Aspectos socio-familiares

FACTORES PSICODINÁMICOS INDIVIDUALES



- Incapacidad para asumir el papel de adulto
- No integración de las transformaciones de la pubertad
- Función simbolizante del cuerpo: idealización de la delgadez
- Interpretación rígida de las relaciones humanas
- Deficiente adquisición de identidad

ETIOPATOGENIA

- Factores neuroendocrinos
- Factores psicodinámicos individuales
- Interacción familiar
- Aspectos socio-familiares

Acomodación versus Asimilación

Perfección versus Realismo

FACTORES PSICODINÁMICOS INDIVIDUALES

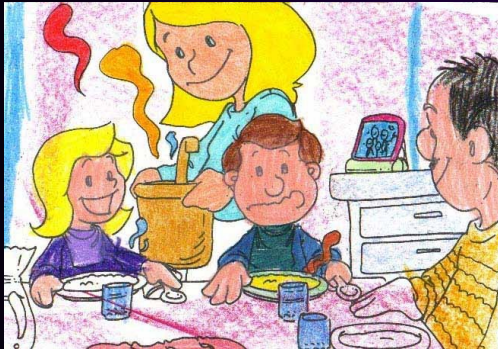


- **Constante preocupación por la comida**
- **Auto-observación narcisista**
- **Regresión a niveles primitivos de funcionamiento psíquico**
- **Escisión del Yo.**
- **Pensamiento disgregado y psicotiforme**

ETIOPATOGENIA

- **Factores neuroendocrinos**
- **Factores psicodinámicos individuales**
- **Interacción familiar**
- **Aspectos socio-familiares**

INTERACCIÓN FAMILIAR

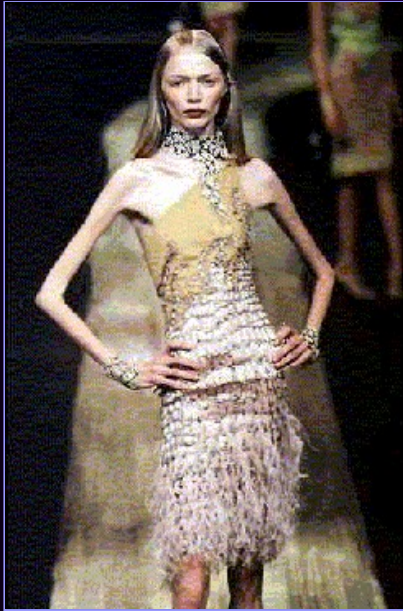


- Exigencia ambiciosa hacia los hijos
- Al llegar a la adolescencia y reclamar una autonomía que los padres no permiten, surge la enfermedad como expresión de esta lucha
- Debatido: (La enfermedad de la hija expresa y alivia el estrés emocional imperante en la familia)

ETIOPATOGENIA

- Factores neuroendocrinos
- Factores psicodinámicos individuales
- Interacción familiar
- Aspectos socio-familiares

ASPECTOS SOCIO-CULTURALES



- La enfermedad se da sólo en aquellas sociedades en las que abunda el alimento
- La delgadez es considerada en la sociedad actual como modelo ideal estético para la mujer
- Los medios de comunicación ayudan a difundir estos ideales
- Esta presión socio-cultural es todavía mayor en determinados grupos (gimnastas, modelos de alta costura, bailarinas, etc.)

ETIOPATOGENIA

- Factores neuroendocrinos
- Factores psicodinámicos individuales
- Interacción familiar
- Aspectos socio-familiares

Anorexia Nerviosa

FACTORES PREDISPONENTES

Individuales

Exceso de peso
Autoestima baja
Perfeccionismo
Obsesividad

Familiares

Trastornos Psiquiátricos

Sociales

Ideales de delgadez
Danza
Ciertos deportes



FACTORES DESENCADENANTES

Pubertad

Dieta restrictiva
Ejercicio físico excesivo
Desagrado con el cuerpo
Insatisfacción personal

A.N.



FACTORES MANTENIMIENTO

DESNUTRICIÓN

Aislamiento social
Imagen corporal negativa
Presión social



Trastornos emocionales, ansiosos
y obsesivos

PRONÓSTICO

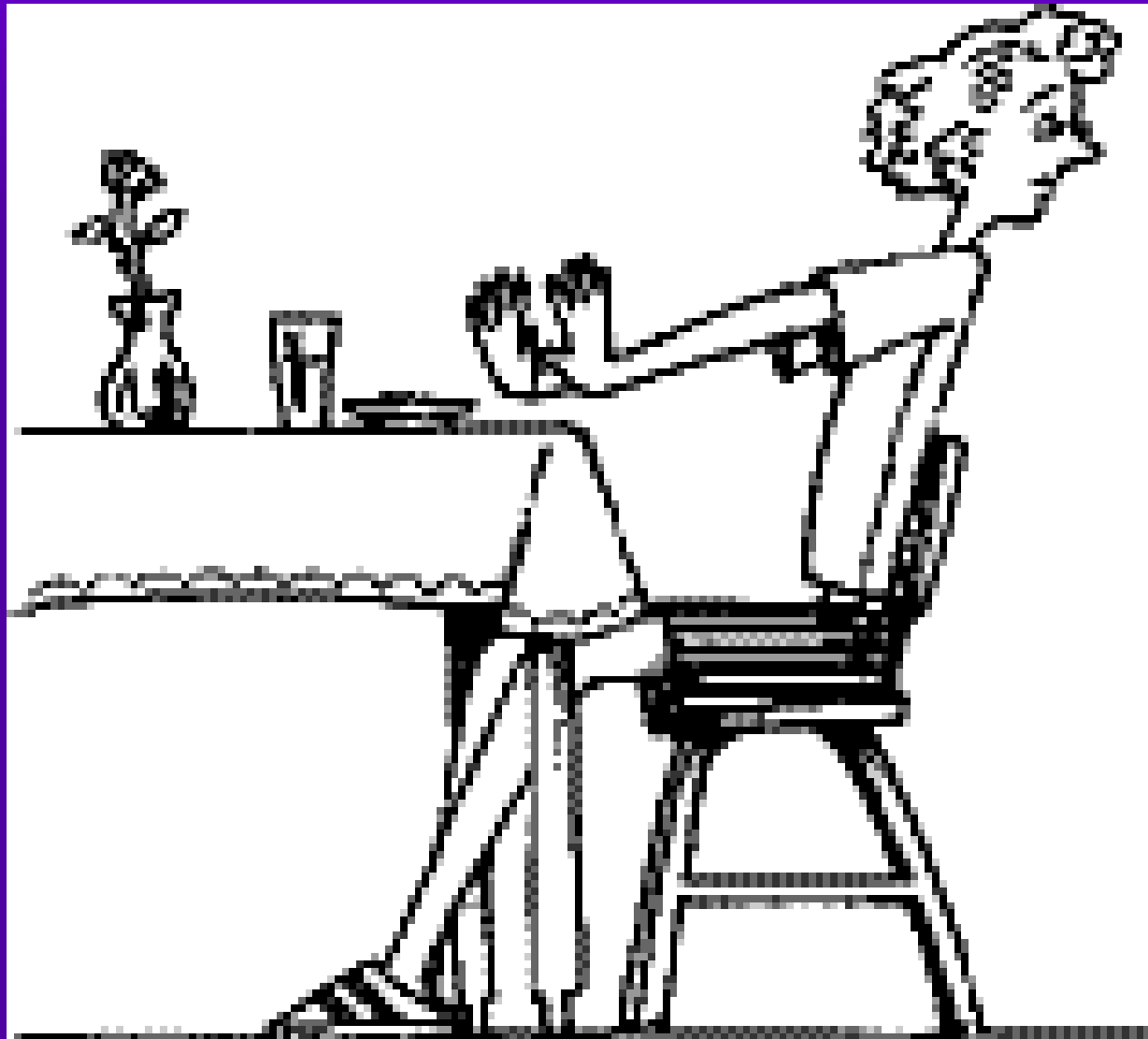
- **70% evoluciona favorablemente.**
- **20-28% son enfermas crónicas**
- **Mortalidad: 2-10%**

Peor pronóstico

Varón; clase social baja; inicio tardío; presencia de vómitos; abuso de laxantes; episodios de bulimia; alteración de la imagen corporal

Mejor pronóstico

Buena adaptación escolar y ocupacional; madurez psíquica; buena relación familiar; presencia de factores precipitantes



TRATAMIENTO

Multifactorial

- **Diversas perspectivas (somática, psíquica, familiar)**
- **Diversas disciplinas médicas**
- **Diversos procedimientos (psicofarmacología, psicoterapia, terapia conductista)**

No existe ningún tratamiento específico

Cuatro etapas o fases fundamentales

CUATRO ETAPAS O FASES FUNDAMENTALES

FASE I

- **Recuperación del equilibrio orgánico**
- **Tratamiento manifestaciones psicopatológicas**

FASE II

- **Tratamiento problemas psicológicos de la enferma y del grupo familiar**

FASE III

- **Reajuste de la paciente en su grupo familiar y en su entorno social**

FASE IV

- **Prevención y seguimiento de la recuperación alcanzada**

FASE I. Régimen de hospitalización



Objetivo 1: Recuperación del equilibrio orgánico

- Hidratación; equilibrio de sustancias básicas.
- Recuperación del peso; dieta hipocalórica
- Tratamiento complicaciones orgánicas

Objetivo 2: Tratamiento manifestaciones psicopatológicas

- Empleo de psicofármacos
- Relación psicoterápica inicial

FASES DEL TRATAMIENTO

- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV

FASE II. Orientada especialmente al tratamiento de los problemas psicopatológicos de la enferma y del grupo familiar



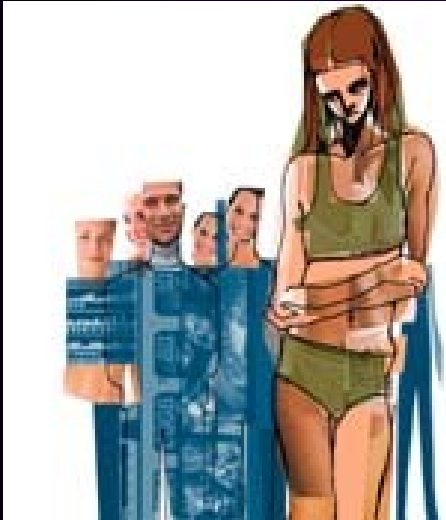
Objetivos:

- Psicoterapia individual para modificar las actitudes de la paciente y ayudarle a un mayor conocimiento y comprensión de sí misma
- Terapia familiar
- Manejo intra o extrahospitalario, a través del personal de enfermería, orientado a observación de conductas, modificación de actitudes y desarrollo de conductas adecuadas de comportamiento

FASES DEL TRATAMIENTO

- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV

FASE III. Orientada de modo especial al reajuste de la paciente en su grupo familiar y entorno social



Objetivos:

- Manejo de las consecuencias de la enfermedad:
 - En la paciente, para que se reintegre en sus estudios, su posición en el hogar, sus amistades, etc.
 - En la familia

FASES DEL TRATAMIENTO

- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV

FASE IV. Orientada a la prevención y al seguimiento de la recuperación alcanzada



Objetivos:

- Evitar nuevas recaídas y la prevención de las secuelas

FASES DEL TRATAMIENTO

- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV

CASO CLINICO

Rosa es una estudiante de 1º Económicas de 19 años, extremadamente delgada, que acude ante la insistencia de sus padres:

Desde los 12 años dieta persistente, (la llaman “gorda” en el colegio). Dificultades con la comida desde los 14 años (induce el vómito después de lo que consideraba una sobreingesta).

Alcanzó la altura de 173cm a los 15 años. Su peso máximo fue de 46Kg (con 16años), se ve “gorda”.

Sus padres la describen como estudiante responsable y capaz, pero están preocupados por su aislamiento social.

Preocupada por verse incapaz de controlar sus ingestas excesivas, pero no cree que tenga ningún problema



BULIMIA NERVIOSA

ASPECTOS GENERALES

- **Peso y estado nutricional en los límites de la normalidad**
- **Inicio tras régimen dietético**
- **Adolescencia o primera etapa fase adulta**
- **Predominio sexo femenino**
- **Prevalencia: 1 al 3%**
- **Evoluciona hacia la cronicidad**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- 1. Pérdida del control de la conducta alimentaria con episodios recurrentes de voracidad (atracones)***
- 2. Mecanismos compensatorios inapropiados para impedir el aumento de peso***
- 3. Preocupación persistente por el peso y la figura**

*** Los atracones y las conductas compensatorias tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Definición de atracón



- **Episodio de voracidad**
- **Consumo de grandes cantidades de alimento en periodos cortos de tiempo (inferior a dos horas)**
- **Generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (helados o pasteles)**
- **Sentimiento de falta de control sobre la comida durante el episodio**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. **Atracones**
2. **Mecanismos ocompensatorios**
3. **preocupación por el peso y la figura**
4. **Pérdida de control de los impulsos**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Mecanismos compensatorios



- **Vómito autoinducido**
- **Abuso de laxantes y diuréticos**
- **Ejercicio intenso**
- **Dieta hipocalórica o periodos de ayuno**
- **Consumo de otros fármacos (hormonas tiroideas)**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. **Atracones**
2. **Mecanismos ocompensatorios**
3. **preocupación por el peso y la figura**
4. **Pérdida de control de los impulsos**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Preocupación por el peso y la figura



- Miedo morboso a engordar
- Sentimiento permanente de insatisfacción corporal
- Tendencia a autoevaluarse exclusivamente a través del peso y de la figura

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Atracones
2. Mecanismos compensatorios
3. preocupación por el peso y la figura
4. Pérdida de control de los impulsos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Característica esencial: pérdida del control de los impulsos



1. Fracaso en resistir el impulso o deseo de realizar algún acto
2. Sensación creciente de tensión o actuación antes de realizar el acto
3. Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto
4. Tras el acto puede haber sentimientos de pena, autorreproche o culpa

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Atracones
2. Mecanismos compensatorios
3. preocupación por el peso y la figura
4. Pérdida de control de los impulsos

SUBTIPOS CLÍNICOS

TIPO PURGATIVO

El enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas

TIPO NO PURGATIVO

El enfermo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas: ayunar, practicar ejercicio intenso

COMPLICACIONES MÉDICAS

Alteraciones endocrinológicas

- Ciclos anovulatorios
- Niveles bajos de insulina

Alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas

- Deshidratación
- Hipopotasemia, hiponatremia
- Alcalosis metabólica

Alteraciones cardiovasculares

- Arritmias
- Miocardiopatías

COMORBILIDAD

Trastornos de ansiedad

- **Fobia social, agorafobia**

Trastornos del humor

- **Depresión**

Alteraciones de la impulsividad

- **Conductas auto y heteroagresivas**
- **Cleptomanía**
- **Abuso de alcohol u otras sustancias**





ETIOPATOGENIA

ETIOPATOGENIA

No existe una causa específica

1. Factores predisponentes

- Socio-culturales**
- Familiares**
- Individuales**

2. Factores desencadenantes

3. Factores perpetuantes

ETIOPATOGENIA

Factores predisponentes



Sociales y culturales

- Modelo idealizado de mujer: delgadez
- Insatisfacción propia imagen corporal
- Rechazo del sobrepeso

Familiares

- Posible vulnerabilidad genética sobre mayor predisposición a obesidad
- Relaciones de desafección y falta de empatía en los padres

ETIOPATOGENIA

1. Factores predisponentes
2. Factores desencadenantes
3. Factores perpetuantes

ETIOPATOGENIA

Factores predisponentes

Factores individuales

- **Obesidad premórbida como factor de riesgo**
- **SEROTONINA**
 - Hipofunción serotoninérgica
 - **Atracón: intento de normalizar la hipofunción**
- **NORADRENALINA**
 - Reducción de su actividad
- **NEUROPEPTIDOS**
 - Alteración β -endorfinas?

ETIOPATOGENIA

1. Factores predisponentes
2. Factores desencadenantes
3. Factores perpetuantes

ETIOPATOGENIA

Factores desencadenantes

- **Conducta de restricción dietética**
- **Episodios de ingesta por experiencias de pérdida (rupturas afectivas)**

Factores perpetuantes

- **Persistencia y gravedad de factores predisponentes**
- **Restricción-atracón y vómito generan rupturas del mecanismo de saciedad**

ETIOPATOGENIA

1. Factores predisponentes
2. Factores desencadenantes
3. Factores perpetuantes



TRATAMIENTO

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Primera etapa

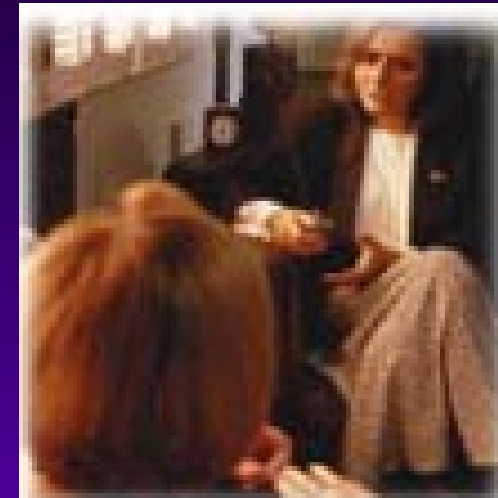
- Interrupción del ciclo de atracones
- Establecer patrón de ingesta regular:
 - Normas de alimentación
 - Confección del autorregistro diario
 - Sesiones terapéuticas

Segunda etapa

- Reestructuración cognitiva
- Actitudes restrictivas

Tercera etapa

- Prevención recaídas



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Eficacia de la medicación antidepresiva**
 - **Reducen atracones y vómitos**
 - **Previenen recaídas**
 - **Reducen síntomas asociados (depresión, obsesión, ansiedad)**
- **Mayor eficacia de ISRS (fluoxetina) 60-80 mg./día**
- **Combinación con TCC**
- **Topiramato (400 mg./día)**



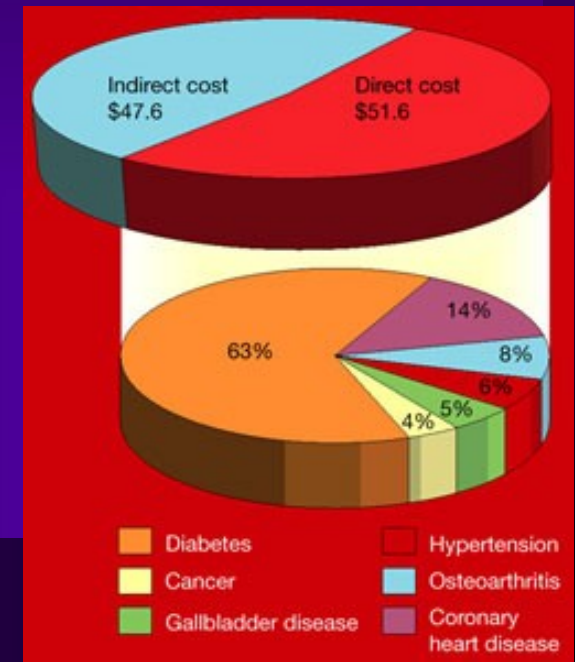
**OBESIDAD
MORBIDA**

En EEUU 22% si sigue tendencia se espera 44% en 2030

Influencia en: diabetes, HTA, cardiovascular, cáncer, etc...

España: 15% varones y 20% mujeres adultas

Más frecuente ESE bajo



ETIOPATOGENIA

Factores genéticos: si un progenitor obeso 50%, si los dos 80%. Genes o aprendizaje?

Problema escolar

Factores biológicos: leptina

Mayor sedentarismo



Sin Leptina

Normal

Restringir la dieta: Registro de la dieta, cambio hábitos alimenticios, disminuir porcentaje de grasas y gúcidos.

Farmacoterapia

Reducción de la ingesta

Absorción de nutrientes

En estudio: leptina y ariletanolaminas (activador receptor alfa 3)

Cirugía: si IMC >35

Psicoterapia:

Individual

Grupal

Registros

Hábitos (no realizar dos cosas a la vez)

Premiar el autocontrol

INFORMACIÓN ESENCIAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- **Las purgas y dietas severas pueden producir graves daños físicos, incluso muerte.**
- **Los hábitos alimentarios adecuados le darán al paciente un mayor sentido de control sobre su peso.**
- **Las purgas y dietas estrictas no son útiles para el control del peso a largo plazo.**

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PACIENTES Y SUS FAMILIARES

- Establecer una colaboración e investigar la relación entre el cambio en hábitos alimentarios y ganancia de peso.
- Revisar las consecuencias de comer demasiado.
- Planificar una ingesta adecuada de nutrientes y establecer pautas de alimentación normales. Ayudarle a desarrollar ideas más racionales.
- Enfrentarse a creencias extremistas sobre el peso, la comida, etc. Combatir puntos de vista poco flexibles.
- Averiguar en qué situaciones ocurre una ingesta exagerada (bulimia) y desarrollar planes para contrarrestar los desencadenantes.
- Necesaria hospitalización si existen complicaciones médicas.

MENSAJES CLAVE DE ESTA CLASE

ANOREXIA NERVIOSA

1. La anorexia nerviosa ha aumentado en las últimas décadas.
2. Se presenta en un 0,5 a un 1% de las adolescentes. La tasa de mortalidad está entre el 2 y el 10%.
3. Cerca del 80% inicia la enfermedad entre los 13 y 20 años.
4. El paciente no padece enfermedad médica que explique la pérdida de peso: Depresión, Somatización, Esquizofrenia, Bulimia Nerviosa.
5. Afectación de todo el organismo
6. Abordaje global: Hospitalización, Psicoterapia individual y grupal y Farmacoterapia.

MENSAJES CLAVE DE ESTA CLASE

BULIMIA NERVIOSA Y OBESIDAD

- 1. La prevalencia de la bulimia es mayor que la anorexia nerviosa, del 1 al 3% de las mujeres jóvenes.**
- 2. Síntomas ocasionales de bulimia nerviosa hasta en el 40% de las mujeres universitarias.**
- 3. Aparece en personas con tasas elevadas de trastornos del ánimo y del control de los impulsos.**
- 4. Tratamiento: Psicoterapia y Farmacoterapia (ISRS).**
- 5. Más de la mitad de los adolescentes son obesos.**
- 6. Tratamiento: dieta, ejercicio, farmacoterapia, cirugía.**

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

GENERAL:

VALLEJO RUILOBA, J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª ed. Masson. Barcelona. 2006.

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

ESPECÍFICA:

TORO, J.: El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel. Barcelona. 1996.

FUENTENEbro, F., Psicopatología y Fenomenología de la Corporalidad. Feito SL. Madrid 2006.

www.ucm.es/info/fmed

www.hggm.es/ua

carango@mce.hggm.es

-¿QUÉ PODRÍA
HACER YO
PARA
ESTAR
COMO
TÚ?



- EL
TONTO

