

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

ROSA MARÍA RAICH ESCURSELL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

La primera década del siglo XXI ha heredado y mantenido un enorme incremento en el estudio de los trastornos alimentarios. Sólo en 2005 aparecieron, en dos de los bancos de datos más consultados, *Medline* y *Psycinfo*, 669 y 334 estudios respectivamente, que en 2006 pasaron a ser 1.031 entre los dos (Fernández, 2006). Existen más de 6 revistas internacionales especialmente dedicadas a ellos y en España, desde 1997, se ha formado la Asociación Española para el Estudio de Trastornos del Comportamiento Alimentario, que publica una revista de ámbito nacional.

Los trastornos alimentarios son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones de la conducta alimentaria. Aproximadamente entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes sufre síndromes completos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA): anorexia y bulimia nerviosas. Según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), la patología alimentaria, incluyendo formas clínicas completas o subclínicas como el trastorno por atracón, constituye uno de los problemas psicológicos más prevalentes en las mujeres.

Son alteraciones marcadas por la cronicidad y las recaídas y asociadas a un elevado riesgo de suicidio. Sus consecuencias pueden ser muy severas, hasta tal punto que pueden causar la muerte. Así mismo, presentan una elevada comorbilidad con otro tipo de trastornos, como la depresión, la ansiedad, el abuso

de sustancias, los problemas de salud y obesidad (Jonson, Cohen, Kasen y Brook, 2002; Lewinsohn, Streigel-Moore y Seeley, 2002; Newman et al., 1996; Patton, Selzer, Coffey, Carlin y Wolfe, 1999; Toro, 2004).

Menos de una tercera parte de las personas con TCA acaba recibiendo tratamiento (Fairburn et al., 2000; Jonson et al., 2002) y ni tan siquiera la mitad de aquéllas que son tratadas alcanza signos de remisión (Agras, Walsh, Fairburn, 2000; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993).

En España, teniendo en cuenta las formas clínicas y subclínicas, la tasa de morbilidad oscila entre un 3,3% y 5,56% en adolescentes de 12 a 20 años (Rojo et al., 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2007). Este último estudio, realizado en la Comunidad de Madrid en una amplia muestra de población adolescente, arrojó una prevalencia total de 3,43%. La estimación para mujeres fue de 5,34%, en concreto: 2,72% tras-

torno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), 2,29% bulimia nerviosa (BN) y 0,33% anorexia nerviosa (AN). La estimación en el caso de los varones fue de 0,64%: 0,48% trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), 0,16% bulimia nerviosa (BN) y 0,00% anorexia nerviosa (AN). Se asociaron algunos factores a la aparición de dichos trastornos: sexo, edad, ser hijo único, hogar monoparental y muerte del padre o de la madre.

Los TCANE son **síndromes parciales** de anorexia y bulimia nerviosas. También lo es el **trastorno por atracón** (APA, 2000), que ha sido propuesto para ser aceptado como trastorno alimentario y que actualmente genera una enorme atención, especialmente por su relación con el sobrepeso y la obesidad. Parece que por lo menos un tercio de las personas obesas sufre un “trastorno por atracón” (Saldaña, 2001).

La **obesidad** es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Sin embargo, es muy simplista pensar que la obesidad sólo se debe a un consumo excesivo de alimentos y a una actividad fí-



sica deficiente. Los cambios demográficos y culturales han afectado al comportamiento de los niños en múltiples aspectos, incluidas la conducta alimentaria y la actividad física. El esclarecimiento del papel y la influencia de los factores demográficos es fundamental para desarrollar estrategias preventivas efectivas y sostenibles (Serra Majem et al., 2003).

La obesidad en la **infancia**, sobre todo en la segunda década de la vida, es un potente predictor de la obesidad en el adulto. Puesto que tiene importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias, la obesidad en la infancia se concibe hoy día como un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En general, la obesidad infantil en los países desarrollados suele ser más frecuente en los niveles socioeconómicos más desfavorecidos, con peor nivel nutricional y formativo, que la consideran todavía como un indicador de salud y posición social. La inexistencia de cifras de prevalencia de obesidad a escala nacional motivó que el Estudio enKid (Serra Majem et al., 2003), diseñado para evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española (1998-2000), incluyera su estimación. Éste se llevó a cabo en una muestra representativa de la población española de 2 a 24 años (n= 3.534). Se determinaron el peso y talla mediante procedimientos estandarizados con instrumentos homologados.

La prevalencia de obesidad en España es del 13,9% y la de sobrepeso y obesidad del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también lo es el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valo-

res más elevados de obesidad. La obesidad es mayor entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal. Las tendencias indican un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en las últimas décadas, más marcado en varones y en edades prepuberales (Serra Majem et al. 2003).

En EEUU, y como respuesta a una demanda concreta del Congreso para prevenir y llevar a cabo un plan que redujera el alarmante aumento de la obesidad infantil, el Instituto de Medicina (IOM) ha desarrollado una estrategia nacional que recomienda acciones específicas a las familias, escuelas, industria, comunidades y gobierno (IOM, 2005). El estudio aporta una amplia información sobre la naturaleza, extensión y consecuencias de la obesidad en niños y jóvenes, incluyendo los factores ambientales y dietéticos responsables de su aumento, objetivos específicos, así como recomendaciones para prevenirla. El informe afirma: “*A menos que hagamos algo al respecto, estaremos criando la primera generación de niños que serán más enfermos y tendrán vidas más cortas que sus padres*” (IOM, 2005). En España la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) analiza los factores de riesgo y de prevención de la obesidad.

La obesidad no sólo es predictora de enfermedad sino que es un potente factor de insatisfacción corporal y un factor de riesgo de llevar a cabo comportamientos no saludables con el objetivo de adelgazar (Newmark-Sztainer, Story, Hannan, Perry y Irving, 2002; Boutelle, Newmark-Sztainer, Store y Resnick, 2002).

Newmark-Sztainer y Hannan (2000), en un estudio epidemiológico en una

muestra de 6.728 adolescentes hallaron que el 24% de la población tenía sobrepeso. Por lo menos la mitad de las chicas había hecho dieta y un 13 % de ellas y el 7% de los chicos presentaron TCA.

Esto ha dado lugar a que actualmente se hable de los “trastornos relacionados con el peso”. De hecho, según afirman Neumark-Sztainer et al. (2006), existe un amplio espectro de alteraciones alimentarias y relacionadas con el peso, que oscila desde la pura imagen negativa y la preocupación por el peso y la figura hasta trastornos alimentarios como anorexia y bulimia nerviosa (Levine y Smolak, 2006; Neumark-Sztainer, 2005). Cash identificó entre un 19% y un 6% de mujeres jóvenes y adultas, y hombres respectivamente que sufrían un malestar considerable asociado a insatisfacción corporal (Cash, 2002).

Levine y Smolak (2006) estiman que el espectro de los trastornos alimentarios afecta a entre un 10% y un 15% de chicas y mujeres entre los 9 y los 19 años. Estas cifras pueden ser mucho más elevadas si tenemos en cuenta a las personas que realizan conductas poco

saludables, aunque no necesariamente extremas, para controlar el peso, como: saltarse comidas, ayunar o fumar. En un amplio estudio longitudinal realizado en adolescentes (Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Perry y Irving, 2002), más de la mitad de las chicas afirmaron haber llevado a cabo estas conductas poco saludables durante el año anterior.

En nuestros estudios, cuando lo que valoramos es la insatisfacción corporal, hemos podido observar que en mujeres estudiantes de peso normativo, un 80% desean perder peso (Raich, Torras y Figueras, 1996). En una muestra de más de 120 pacientes que acudían a centros de estética se halló una mucho más elevada preocupación por la imagen corporal que en grupos de mujeres (70) y hombres (70) que no iban a dichos centros. Las mujeres que acudían a los centros de estética superaban en un 32% el punto de corte del instrumento empleado para la evaluación, frente a un 10% en las otras mujeres y un 0% en los hombres (Raich y Torras Clarasó, 2002).

Durante 15 años nuestro equipo ha estudiado las preocupaciones por la imagen corporal que presentan diversos grupos poblacionales adolescentes, observando en todos ellos que el nivel de

preocupación e insatisfacción corporal es superior en las mujeres y va unido a mayores esfuerzos para adelgazar (Raich, Sánchez Carracedo, Torras, 2001; Raich, Torras Clarasó y Mora, 1997; Raich y Torras, 2002). No es extraño que en estas condiciones de insatisfacción se acuda a remedios de estética, por ejemplo, la dieta para reducir el peso, como ha quedado plasmado en el estudio realizado por López Guimerà, Portell, Fauquet, Sánchez Carracedo y Raich (2007).

En conjunto podemos decir que se ha ampliado el abanico de estudio de los

trastornos alimentarios. Nos encontramos actualmente en una situación que se podría caracterizar de la siguiente manera. Por una parte, el aumento de la tasa de prevalencia de la obesidad, especialmente entre los más jóvenes, el análisis del medio tóxico (Henderson y Brownell, 2004) que facilita la incorporación de malos hábitos alimentarios y de pobre ejercicio físico, las consecuencias, no sólo físicas sino sociales y psicológicas de la obesidad y el sobrepeso, y lo que es aún más alarmante, la exagerada preocupación por el peso en personas con un IMC normal. Por otra parte, la exagerada y popular dieta restrictiva recomendada en muchos medios de comunicación como saludable (sin explicar las nefastas consecuencias que conlleva), en una sociedad en la que se promueve la insatisfacción corporal con el fin de promover el consumo indiscriminado de “remedios de belleza” y la persecución de un ideal imposible.

Frente a este panorama, los responsables de la salud deberán intervenir en distintos ámbitos, desde el individual, familiar y escolar hasta un nivel más amplio como es el político con el fin de cambiar la cultura que actualmente promueve muchos de los problemas que se han descrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. y Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. y Resnick, M.D. (2002). Weight control behaviours among obese, overweight, and non-overweight adolescents. *Journal of Paediatric Psychology*, 28, 40-50.
- Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects on interpersonal psychotherapy, behaviour therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fernández, F. (2007). Trastornos Alimentarios, en *CD-SCRITC'06. Actualitzacions de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*. B-9144-2007.
- Henderson, K.E. y Brownell, K.D. (2004). The toxic environment and obesity: Contributions and cure. En J.K. Thompson (Ed.) *Handbook of eating disorders and obesity*. New York. Wiley and Sons.
- Institute of Medicine (2005), Committee on Prevention of Obesity of Children and Youth, Schools. En: J.P. Koplan, C.T. Liverman y V. A. Kraak, (Editors), *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, D.C: National Academy Press, , 2005, pp. 237-284.
- Jonson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J.S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Levine, M. P., y Smolak, L. (2006). The prevention of eating problems and eating disorders: *Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (continuación)

- López Guimerà, G., Fauquet, J., Portell, M., Sánchez-Carracedo, D., Raich, R.M. (2007). Dieting in Spanish adolescent girls. *European Eating Disorders Review*. Edición online, DOI: 10.1002/erv.831. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/116325133/PDFS-TART?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Lewinsohn, P.M., Stiegel-Moore, R.H. y Seeley, J.R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Neumark-Sztainer, D. and Hannan, J. (2000). Weight-related behaviours among adolescent girls and boys. Results from a national study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154, 569-577.
- Neumark-Sztainer, D. (2005). "I'm, like, SO fat!" Helping your teen make healthy choices about eating and exercise in a weight-obsessed world. New York: Guilford.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N. y Wertheim, E.H. (2006) Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next?. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13, 4, 265-285.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, J., Perry, C.L., y Irving, L.M. (2002). Weight-related concerns and behaviours among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Archives of Paediatric Adolescent Medicine*, 156, 171-178.
- Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A. y Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B. y Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Pélaez Fernández, M.A., Labrador Encinas, F. J. y Raich Escursell, R. M. (2007). Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and Young Adult Scholastic Population in the Region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research* 62, (6), 681-690.
- Raich, R.M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 603-626. ISSN: 0211-7339.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, (89), 1997. 405-424.
- Raich, R.M., Torras Clarasó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 1, (5), 1997, 55-70.
- Raich, R., Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders*. pp. 15.
- Raich, R.M. y Torras Clarasó, J. (2002). Evaluación del Trastorno de la Imagen Corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination, Rosen y Reiter, 1995). *Psicología Conductual*. 10, 1 2002. 93-106.
- Saldaña, C. (2001). Perspectiva global de los trastornos del comportamiento alimentario en C. Saldaña (coord.): *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P. y Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000) *Medicina Clínica*, 121(19):725-32.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.



FOCAD

Formación Continuada a Distancia
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

**FEBRERO
2008**



FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA



Bienvenidos a las
actividades de Formación
Continuada a Distancia del
Consejo General de Colegios
Oficiales de Psicólogos

El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos ya ha puesto en marcha el Programa de Formación Continua a Distancia en Psicología (FOCAD).

Esta iniciativa tiene como finalidad promover la *actualización científico-profesional* de los psicólogos y psicólogas colegiados españoles, en diferentes campos de intervención psicológica, entre otros, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Educativa y Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos.




www.cop.es/focad