

# Guía

de los estudios realizados sobre los

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Obesidad,

Dietética y Nutrición e Imagen Corporal en Gipuzkoa



Asociación Vasca de Psicoterapias  
Dinámicas y Sistémicas  
Psikoterapiak Dinamika eta Sistemika-ren  
Euskadiko Elkarte



Ordiziako Udala  
Ayuntamiento de Ordizia

GOBERNURKO INTERPRETATZIO ZENTROA  
ELIKADURA ETA GASTRONOMIA SUTINA  
**delikatuz**  
CENTRO DE LA ALIMENTACIÓN Y LA GASTRONOMÍA  
CENTRO DE INTERPRETACIÓN DEL GOBIERNO  
ORDIZIA

delikatuz  
bizi

Iñigo Ochoa de Alda

Javier Antón

Vanesa Carralero

Teresa Agorreta





*Campaña educativa sobre la salud alimentaria en Gipuzkoa*

# GUÍA

de los estudios realizados sobre los  
Trastornos de la Conducta Alimentaria, Obesidad,  
Dietética y Nutrición e Imagen Corporal en Gipuzkoa

Iñigo Ochoa de Alda, Javier Antón,  
Vanesa Carralero y Teresa Agorreta.

*Una publicación ofrecida por:*



**Ordiziako Udala**  
Ajuntament de Ordizia



D'elikatuz Bizi es un proyecto ideado y producido por:





# AGRADECIMIENTOS

---

La elaboración y publicación de esta guía ha sido posible gracias a la colaboración de las siguientes entidades y personas:

Dirección y Coordinación de la publicación:

- Iñigo Ochoa de Alda, presidente de A.V.A.P.S.I. (Asociación Vasca de Psicoterapia Dinámica y Sistémica) y profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad el País Vasco.

Labores de edición y recopilación de datos:

- Javier Antón y Vanesa Carralero
- Teresa Agorreta, médico nutricionista.

Impulsores:

- Ayuntamiento de Ordizia.
- A.V.A.P.S.I., Asociación Vasca de Psicoterapia Dinámica y Sistémica.

A todos ellos les queremos agradecer el gran esfuerzo realizado en este proyecto. Nuestro especial reconocimiento a Iñigo Ochoa de Alda, que apostó por la campaña D'ELIKATUZ BIZI desde un primer momento y sin cuya ayuda no habríamos podido llevarlo a cabo. Su apoyo, dedicación y orientación han sido fundamentales en la ejecución y finalización de la campaña 2006.

Queremos asimismo extender este agradecimiento al Vicerrectorado del Campus de Gipuzkoa (UPV/EHU), a la Facultad de Psicología del Campus de San Sebastián y en especial a su decana, Arantxa Azpiroz, y las profesoras Marisol Cruz y Carmen Maganto, a la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia de Gipuzkoa (ACABE), al doctor Pedro Ramos, profesor de la Facultad de Farmacia (UPV), y a la doctora Ana El Busto, médico nutricionista.

Muchísimas gracias a todos.

D'ELIKATUZ  
Centro de la Alimentación y la Gastronomía de Ordizia.



# ÍNDICE

---

Introducción general . . . . .	9
<b>1) Trastornos de la Conducta Alimentaria . . . . .</b>	<b>11</b>
1.1. Introducción . . . . .	11
1.2. Publicaciones Científicas TCA . . . . .	16
1.2.1) Personalidad y TCA . . . . .	16
1.2.2) TCA y factores familiares. . . . .	18
1.2.3) TCA y problemas emocionales. . . . .	20
1.2.4) Intervención en TCA. . . . .	21
1.3. Divulgación TCA . . . . .	24
1.3.1) Lecturas . . . . .	24
1.3.2) Guías . . . . .	24
1.3.3) Actividades Divulgativas . . . . .	24
<b>2) Obesidad . . . . .</b>	<b>27</b>
2.1. Introducción . . . . .	27
2.2. Publicaciones Científicas Obesidad . . . . .	31
2.3. Divulgación Obesidad . . . . .	33
<b>3) Dietética y Nutrición . . . . .</b>	<b>35</b>
3.1. Introducción . . . . .	35
3.2. Publicaciones Científicas Dietética y Nutrición. . . . .	39
3.2.1) Hábitos Nutricionales . . . . .	39
3.2.2) Biología . . . . .	40
3.2.3) Cáncer y Nutrición . . . . .	41
3.3. Divulgación Nutrición . . . . .	43
<b>4) Imagen Corporal . . . . .</b>	<b>45</b>
4.1. Introducción . . . . .	45
4.2. Publicaciones Científicas de Imagen Corporal . . . . .	49
Glosario . . . . .	53
Cuestionarios y Escalas . . . . .	60
Para más información . . . . .	63



# INTRODUCCIÓN GENERAL



# INTRODUCCIÓN GENERAL

---

Esta guía agrupa los estudios realizados en el ámbito de la salud alimentaria en Gipuzkoa, recoge por tanto todo lo referente a los hábitos alimentarios y los trastornos de la conducta alimentaria de los/as guipuzcoanos/as.

El Centro de la Alimentación y la Gastronomía D'elikatz pone esta guía práctica en manos de profesionales e interesados para dar a conocer los trabajos realizados y animar a que se siga investigando en aquellos campos poco o nada explorados hasta ahora. El objetivo final es recabar toda la información posible sobre la salud alimentaria de los/as guipuzcoanos/as e informar, concienciar y sensibilizar a la ciudadanía sobre su importancia.

D'elikatz, por su parte, ha empezado a dar sus primeros pasos con la campaña D'ELIKATUZ BIZI 2006, la campaña educativa sobre la salud alimentaria en Gipuzkoa. Y su aportación en 2006 ha sido la siguiente:

- Se ha impartido un curso de cocina saludable a 263 personas, en 5 escuelas de cocina guipuzcoanas.
- Se ha formado a más de 500 universitarios y profesionales con 4 cursos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, celebrados en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.
- Se ha llegado a más de 1300 personas con una acción divulgativa con la que cada usuario obtiene un menú personalizado y equilibrado para una semana.

Esta guía concluye la campaña de este año y lo hace con la intención de continuar con todas estas actividades en 2007.

La guía que se presenta a continuación respeta la estructura de los cuatro cursos sobre los trastornos de la conducta alimentaria celebrados en la UPV/EHU, y clasifica la información en los siguientes cuatro capítulos: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Obesidad, Dietética y Nutrición e Imagen Corporal. De este modo, se unifican dos apartados de la campaña D'ELIKATUZ BIZI, la formación y la investigación, que se seguirán desarrollando paralelamente en 2007.

Deseamos que la guía le sea útil e interesante.





1



# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

# 1) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

---

## 1.1) INTRODUCCIÓN

En nuestra época, en nuestra sociedad, en nuestra cultura, cada vez se le presta mayor atención al aspecto físico dando, de este modo, más y más importancia a la dieta y/o al ejercicio. La imagen de delgadez y la figura estilizada se premian o valoran muy positivamente, y por esta razón (entre otras, como ya veremos más adelante) muchas adolescentes (principalmente mujeres) pueden llegar a seguir "dietas" autoimpuestas que a su vez pueden desembocar en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Desde hace ya algún tiempo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen una gran relevancia. Quizás sea por su peculiaridad, quizás por su gravedad, por su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento, pero el hecho es que el interés surge por la gran necesidad de responder a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población, caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental.

De los diferentes estudios, se calcula que alrededor del 10 % de la población menor de 30 años presenta algún TCA. Los más conocidos son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), aunque existen otros más leves y menos estudiados, como el "trastorno no específico de la conducta alimentaria", la Vigorexia o la Ortorexia.

La prevalencia de estos trastornos es alta y va en aumento. La media de las tasas de incidencia anual entre 10 y 30 años es de 17-19/100.000 en Anorexias Nerviosas (AN); la incidencia de Bulimia Nerviosa (BN) en el mismo rango de edad se ha multiplicado por tres en los últimos 10 años, alcanzando una tasa del 50/100.000.

Teniendo en cuenta los síndromes parciales, en nuestro medio, entre las mujeres adolescentes se estima que la prevalencia de casos de anorexia nerviosa está entre el 0,1 y el 1,5%, y de bulimia nerviosa entre el 0,5 y el 1,5%. Los casos no especificados o atípicos constituyen los más frecuentes con una prevalencia de entre el 1,7 y 3,8%. La población con riesgo (es decir la que presenta varios síntomas pero sin llegar a constituir la enfermedad) se sitúa entre un 8% y un 15%.

### D Pero, ¿Qué son los Trastornos de Conducta Alimentaria?

Estos trastornos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria reflejadas en: un *miedo terrorífico a engordar*; en *distorsiones de la imagen corporal*, y por todo

un amplio arsenal de *conductas desplegadas con el único objetivo de adelgazar*, con la ilusión de conseguir estar más a gusto consigo mismas.

La valoración como personas, el éxito, o cualquier logro personal que se propongan pende de un finísimo hilo: la delgadez como forma de vida. Una vez que se ha iniciado un trastorno de este tipo, y según se va cronificando, lo único que se consigue es llegar al mismo sitio del que se partió formando así un círculo vicioso: la autoestima (que ya era baja) se va deteriorando cada vez más; su red social empeora, aislándose progresivamente más y más, y lejos de conseguir la ansiada felicidad a través de la tan anhelada delgadez, lo que encuentran es mayor tristeza, soledad y ansiedad, cerrando de este modo el círculo y perpetuando la enfermedad convencidas de que consiguiendo mayores índices de delgadez, van a encontrarse mejor (como decíamos antes, la delgadez como forma de vida).

Las personas que sufren estos trastornos se van a mostrar: 1) *extremistas* en cuanto al consumo de alimentos (por ejemplo, contando las calorías de los alimentos ingeridos); 2) *obsesionadas* por el peso, que puede manifestarse en una pérdida severa del mismo (Anorexia Nerviosa Restrictiva) o en rápidos aumentos de peso e incluso fluctuaciones muy importantes (Bulimia Nerviosa); 3) *insatisfechas* con su imagen corporal; 4) recurrirán a *prácticas poco saludables* para mantener el peso. En el caso de la anorexia nerviosa restrictiva, el ayuno, la inanición o el ejercicio excesivo. En el caso de la bulimia nerviosa, el comer compulsivamente (atracones) para posteriormente recurrir a conductas purgativas.

Como vemos existen características comunes entre los diferentes trastornos de la conducta alimentaria, pero también existen aspectos específicos para cada uno de ellos.

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por una considerable pérdida de peso auto provocada. Se rehúsa mantener un peso corporal normal para su talla y edad mediante la restricción voluntaria de la ingesta debido al miedo a engordar. Para conseguir esa disminución ponderal se puede recurrir al ejercicio físico excesivo; al uso o abuso de laxantes, diuréticos o anorexígenos, e incluso a la provocación del vómito (anorexia nerviosa purgativa). Existe una distorsión de la imagen corporal con dismorfofobia.

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por un impulso descontrolado de comer grandes cantidades de comida (en breves espacios de tiempo), asociado a un miedo exagerado a engordar, pudiéndose provocarse el vómito y/o abusar de la laxantes y evitar de ese modo el aumento de peso. De todas formas, en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se recogen los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno de conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de conducta alimentaria no específico (Ver glosario).

En la práctica clínica es frecuente que la anorexia nerviosa y la bulimia se solapen en el mismo paciente. Personas inicialmente diagnosticadas de tener anorexia nerviosa pueden, posteriormente, ser diagnosticadas de tener bulimia nerviosa o viceversa. Esto puede ser debido a la evolución de la enfermedad hacia nuevas formas, o a dificultades o errores en el diagnóstico.

Por esta razón consideramos importante recoger la idea de la hipótesis del continuo que proponen algunos autores (Perpiña, 1989; Calvo, 1992; Scarano, Kalodner, 1994; Lowe et al., 1996), y que no clasifica los trastornos de la conducta alimentaria por categorías aisladas, sino que habla de una continuidad en los mismos. Es decir, todos estos trastornos compartirían dos ideas centrales: a) la preocupación por el peso y, b) la idea sobrevalorada de adelgazar. Y se distribuirían a lo largo de un continuo en función de que esta sintomatología vaya o no acompañada de un determinado peso, de seguimiento de dietas más o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal (Mateos-Parra y Solano-Pinto).

De esta manera en un extremo estaría la anorexia nerviosa restrictiva, seguida de la anorexia bulímica, y la bulimia nerviosa tendría una posición intermedia seguida de la sobreingesta compulsiva. En el otro extremo estarían los obesos que presentan pautas de conducta alimentaria alteradas.

#### D ¿Qué áreas inciden influyen en los trastornos de conducta alimentaria?

Hay tres áreas claves para comprender estos trastornos: 1) El *área individual* (aspectos genéticos y biológicos, características de personalidad, baja autoestima, el género, la adolescencia, etc.); 2) el *área familiar* (antecedentes de alteraciones alimentarias, pautas de comunicación, evitación de conflictos, estructura, etc.); 3) el *área social* (modas, modelos, sobrevaloración de la imagen, ideal de delgadez, etc.).

#### D Pero, ¿Qué factores causan estos trastornos?

Se sabe que estos trastornos son multifactoriales, o lo que es lo mismo, que no se pueden atribuir a una única causa (la talla 36, antecedentes familiares, la personalidad, etc.). La sintomatología clínica representa el final de la interacción de tres tipos de factores:

:: *Factores predisponentes*: predisposición genética, actitudes y cultura familiar con la comida, rasgos de personalidad, etc.

:: *Factores precipitantes*: pérdidas de seres queridos, accidentes, comentarios despectivos sobre la imagen, aumento de peso, Acontecimientos Vitales Estresantes, etc.

:: *Factores de mantenimiento*: clínica de desnutrición y clínica asociada, inanición, crisis familiar, yatrogenia, dietas estrictas autoimpuestas, etc.

Es decir, muchos de los aspectos individuales (biológicos o psicológicos), o incluso algunos familiares pueden constituir una predisposición a la enfermedad, pero no son exclusivos del Trastorno de Conducta Alimentaria ya que mucha gente tiene esas mismas características y no terminan desarrollando tal enfermedad. Para que ésta se desarrolle deben incidir unos factores precipitantes. Estos son por lo general acontecimientos vitales estresantes (áreas individuales, familiares y sociales) tales como: Separaciones o pérdidas, relaciones sexuales traumáticas, fracaso en los estudios, etc. Pero estos factores

tampoco son exclusivos de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Para que así sea, para que el TCA se instaure y se mantenga, han de darse también unos factores de mantenimiento como por ejemplo la dieta estricta que, llegando a un punto crítico de pérdida de peso, es difícil parar, produciéndose unos trastornos físicos y psíquicos que contribuyen a perpetuar el trastorno.

No existen datos concluyentes sobre la evolución y el pronóstico de los trastornos de conducta alimentaria. De los diferentes estudios de evolución, se observa que en la anorexia nerviosa (en la bulimia los resultados son semejantes) tras cinco años de enfermedad aproximadamente 50% de las pacientes están muy mejoradas o recuperadas, el 30% están muy mejoradas y el 20% están igual o peor.

Lo que sí que hay son algunos *factores de buen pronóstico* (detección temprana, conciencia de enfermedad, ausencia de trastornos psicopatológicos familiares, cooperación y apoyo familiar, red social rica) y de *mal pronóstico* (diagnóstico tardío o años de evolución de la enfermedad, oscilación del peso, intervención de muchos profesionales o numerosas hospitalizaciones, negación de la enfermedad, problemas familiares, conflictos conyugales, psicopatología asociada, pobre red social, etc.).

En el pronóstico va a jugar un papel importante la familia. Muchas veces se han cargado las tintas señalando a la familia como responsable de ciertas enfermedades (entre ellas la anorexia o la bulimia nerviosa). Es cierto que determinadas características o antecedentes familiares pueden incidir, afectar o mantener una enfermedad como la anorexia nerviosa. Sin embargo, en cualquier caso, debemos tener en cuenta el impacto de una enfermedad crónica como pueden ser los TCA sobre la familia. Es probable que los padres y las madres intenten medidas de todo tipo para ayudar a su hijo o hija. Probarán de todo: a castigarlos; a forzarlos; a insultarlos; obligarlos a comer,... cada progenitor llevará a cabo los intentos que creará mejores, estando ambos en desacuerdo muchas veces. Incluso, en ocasiones, una intervención de la familia puede modificar el rumbo del problema y resolverlo. Pero sin embargo, y paradójicamente, muchos de los intentos de solucionar el problema son precisamente los que lo mantienen o empeoran, sin ser esta su intención.

Muchas de estas conductas inadecuadas, son fruto de la carga. Los trastornos de conducta alimentaria (al igual que cualquier otra enfermedad crónica, como se ha apuntado antes) suponen una carga enorme para la familia. Genera malestar, indefensión, frustración, preocupaciones, culpa, tristeza,... La familia se va aislando del entorno para centrarse en el problema evitando el contacto con el medio por miedo al rechazo y a la culpabilización del mismo ("qué pensarán de nosotros"), y como resultado aparecen discusiones, peleas y el aumento de la tensión dentro de la familia. Todos se convierten en víctimas. Todos sufren. Por eso es de vital importancia trabajar también con la familia para descupabilizar, normalizar, fortalecer y reconstruir las relaciones familiares, oxigenando de este modo el clima familiar.

Como hemos visto, son muchas las variables que contribuyen a la aparición de estos trastornos, pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran una especial relevancia en los mismos.

Si bien en los últimos años la presión social se está generalizando también al sexo masculino (Vigorexia), históricamente la presión hacia la delgadez ha influido en mayor medida sobre la mujer, y aún hoy, esta presión sigue siendo mucho mayor en mujeres que en varones. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo... más propio de una niña que de una mujer. Estas variables se encuentran ya internalizadas en la sociedad actual, influyendo principalmente sobre las jóvenes.

Debajo de esta moda se encuentra toda una "industria del adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, y a la que no parece importar las terribles consecuencias que de ellos se puedan derivar, bombardeando con publicidad que propone dietas milagrosas, productos "light", etc... y fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo delgado en las mujeres y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

Por lo tanto, de todo lo dicho hasta ahora podemos concluir que, los Trastornos de Conducta Alimentaria son multideterminados, debiendo tener en cuenta aspectos tanto individuales, como familiares y sociales. Debemos estar especialmente atentos a los jóvenes y a las jóvenes y a su actitud hacia la comida, a sus sentimientos y satisfacción sobre su imagen corporal. Es necesario trabajar en programas de prevención más incisivos y en diferentes direcciones: atención a la población más débil, detectar precozmente los trastornos, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye una buena alimentación (ni por exceso ni por defecto), trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo, fomentar en la sociedad una imagen femenina más cercana a lo que realmente es un cuerpo de mujer, apoyar a las familias en sus funciones y necesidades en época actual, etc... Y sobre todo de cara al tratamiento, no buscar las causas o los culpables de la enfermedad. Siempre que intuyamos que estamos en riesgo o que alguien cercano lo está, hay que pedir ayuda inmediata a profesionales especializados, y si se desconocen, recurrir a las asociaciones de apoyo a familiares o enfermos para que nos orienten adecuadamente. Y por su puesto, para los profesionales se hace imprescindible un equipo multidisciplinar (psiquiatra, endocrino, médico-nutricionista y psicoterapeuta) que sepa trabajar en red y en donde cada uno conozca cuáles son sus funciones específicas.

## 1.2) PUBLICACIONES CIENTÍFICAS TCA:

### 1.2.1) TCA Y PERSONALIDAD

Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.

Resumen: En este artículo se presenta una revisión sobre el estado actual de la comorbilidad\* entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad ensombrecen el pronóstico terapéutico de la anorexia y de la bulimia nerviosa. Los trastornos de personalidad del grupo C\*, especialmente el obsesivo, el evitador y el dependiente, son los más frecuentes en la anorexia. Por el contrario, en la bulimia, la multi-impulsividad\* y el trastorno límite\* son los cuadros clínicos más significativos. Por último, se comentan las implicaciones de estos estudios para el avance en la investigación.

Espina, A. (2003). Eating Disorders and MMPI Profiles in a Spanish Sample. *European Journal of Psychiatry*. 17(4), 201-211.

Resumen: Este estudio es una comparación de perfiles de personalidad de pacientes diagnosticadas con diferentes tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La metodología utilizada consistió en pasar la versión de 566 ítems del cuestionario de personalidad MMPI\* a una muestra compuesta por 234 mujeres dividida de la siguiente manera: 112 diagnosticadas de anorexia nerviosa restrictiva (ANR); 35 de anorexia nerviosa bulímica (ANB); 53 de bulimia nerviosa (BN), y un grupo control\* compuesto por 34 mujeres sin ningún tipo de diagnóstico psicopatológico. Resultados: Las pacientes diagnosticadas de TCA evidenciaron un índice significativamente mayor de psicopatología que las del grupo control. Respecto a la comparación entre pacientes diagnosticadas de TCA, los mayores índices de psicopatología se encontraron en las pacientes con conductas purgativas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios previos, e indican que el tratamiento de TCA debe de ser complementado por intervenciones que incidan en la psicopatología del sujeto.

Grijalvo, J., Insúa, P., Marañón, I., Iruín, A. y Aparicio, M.A. (2003). Rasgos de personalidad de pacientes de un programa específico de Osakidetza en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Osakidetzako elikadura-jokabidearen nahasteen tratamendurako berariazko programan tratamenduan dauden pazienteen nortasun-ezaugarriak *Uztaro*, 45, 91-100.

Resumen: En este estudio se compararon los perfiles de personalidad de 74 pacientes diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (17 con anorexia nerviosa restrictiva; 9 con anorexia nerviosa purgativa; 2 con bulimia nerviosa no purgativa; 28 con bulimia nerviosa purgativa y 18 con Trastorno de la Conducta Alimentaria no específico). Los resultados mostraron que aunque el 75% de las pacientes tenían al menos un trastorno de personalidad, no hubo diferencias significativas entre los distintos tipos de grupo respecto a los estilos de personalidad. Los trastornos más comunes en la muestra fueron el pasivo-agresivo, el esquizoide y el evitativo.

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: a pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12, 217-222.

Resumen: Este estudio pretende determinar la comorbilidad existente entre los Trastornos de Personalidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), así como establecer las características principales de personalidad en los diferentes subtipos de TCA. Se estudiaron los perfiles de personalidad de 66 pacientes diagnosticadas de TCA utilizando el "International Personality Disorders Examination" (IPDE). El 51.5% de la muestra total cumplió los criterios para serle diagnosticado al menos un trastorno de personalidad. El más afectado fue el subtipo anorexia nerviosa purgativa. Los Trastornos de Personalidad más comunes fueron los tipos Obsesivo-Compulsivo, Evitativo, Dependiente, Border-Line y no especificado. Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de abordar los TCA realizando también intervenciones destinadas tratar los trastornos de personalidad subyacentes.

\* *Trabajos en espera de publicación:*

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7.

Marañón, I., Echeburúa, E. y Grijalvo, J. (2007). Do the IPDE and the MCMI-II asses the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7.



## 1.2.2) TCA Y FACTORES FAMILIARES

Espina, A.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 11(5), 349-362.

Resumen: En este estudio se examinó el ajuste diádico\* de las parejas de padres con hijas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Método: La muestra se compuso por 147 parejas de las cuales 74 tenían una hija con TCA: 20 con Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR); 23 con Anorexia Nerviosa Bulímica (ANB), y 31 con Bulimia Nerviosa (BN). A su vez, también había dos grupos control: 41 parejas sin patología aparente (grupo CN) y 32 parejas con patologías (grupo CNP). A los sujetos se les pasaron los cuestionarios GHQ-28, DAS, BDI y SAS\*. Las parejas que componían el grupo de padres de hijas con TCA evidenciaron un ajuste diádico significativamente peor que el de las parejas de padres del grupo control. Habiendo controlado la ansiedad y a la depresión, la satisfacción diádica de las madres de hijas con ANR y BN fue menor que la de las madres del grupo control sin patología. La cohesión diádica más baja se obtuvo en las madres de hijas con ANB, y el índice de ajuste total fue más bajo en las madres de los grupos ANB y BN que en las del grupo CN. Estos hallazgos no permiten atribuir la causa de los TCA a los padres ya que el bajo ajuste diádico podría deberse a la carga familiar. Sin embargo, sí que sugieren que el tratamiento de TCA debe de ser complementado por intervenciones que incidan sobre el ajuste diádico de los padres.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders: Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*. 55(6), 553-560.

Resumen: El objetivo de esta investigación fue el estudio de la alexitimia\* en padres de hijas con un TCA, y la relación existente entre la alexitimia y las características de personalidad y psicopatológicas. Se les pasaron los cuestionarios TAS-20; EPQ; BDI y SAS a padres de 73 mujeres diagnosticadas de TCA (20 con Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR); 23 con Anorexia Nerviosa Bulímica (ANB) y 30 con Bulimia Nerviosa (BN), y a padres de 72 mujeres normales. Los padres de hijas con TCA tuvieron puntuaciones más altas en el TAS-20 que los del grupo control. Esas puntuaciones estaban asociadas a neuroticismo,\* ansiedad y depresión. La alexitimia puede ser un rasgo de personalidad en padres de hijas con TCA, pero podría ser también un estado puntual debido al estrés. La alexitimia debe de ser tomada en cuenta para ayudar a esos padres a expresar emociones.

Ochoa de Alda, I. (2002). Características de personalidad, psicopatológicas y ajuste diádico en padres de hijas con un trastorno alimentario.

Resumen: En el presente trabajo estudiamos las diferencias existentes en las características de personalidad, psicopatológicas y ajuste diádico entre padres y madres de hijas con un trastorno alimentario y los de un grupo control sin patología psíquica ni física grave. Las comparaciones las realizamos a dos niveles. Comparamos en un inicio al grupo de trastorno alimentario y al grupo control, y posteriormente realizamos las mismas comparaciones entre los 5 grupos (Anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa bulímica, bulimia nerviosa, control normal y control con patología ligera. Las variables estudiadas fueron: depresión (beck depression inventory; ansiedad (Self-rating anxiety scale); actitud alimentaria (eating attitudes test); personalidad (Eysenck personality questionnaire-adult); ajuste diádico (Dyadic adjustment scale). Se confirmaron las diferencias esperadas entre los grupos de trastorno alimentario y control. Los padres y madres del grupo TA presentaron mayor psicoticismo, neuroticismo, ansiedad, depresión y un peor ajuste de pareja que los del grupo control. De los resultados de este trabajo podemos observar como las características de personalidad en los padres (neuroticismo, psicoticismo)\*, la ansiedad y depresión, el pobre ajuste de pareja pueden hacer un papel importante en la etiología\* del TA. Pero estas también se pueden ver incrementadas por la carga que supone el tener una hija con un TA. Sería un sistema de relaciones mutuas interdependientes, que pueden jugar un papel importante en la aparición y en el mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Ochoa de Alda, I., Espina, A., Ortego, M.A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17(2).

Resumen: En el presente estudio se ha tomado como objetivo estudiar la personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario (TA) y un grupo control. La muestra estuvo compuesta por 100 familias (padre, madre e hija) cuyas hijas presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (32 con anorexia nerviosa restrictiva, 31 con anorexia nerviosa bulímica y 37 con bulimia nerviosa) y un grupo control formado por 90 familias. Los sujetos fueron evaluados con el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), el Beck Depression Inventory (BDI) y la Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Resultados: Ambos padres presentaron puntuaciones superiores en ansiedad, depresión, neuroticismo y psicoticismo. Estos resultados pueden estar asociados a la carga familiar, aunque también pueden ser previos a la patología de la hija, y jugar algún papel etiológico en la misma. En ambas posibilidades el tratamiento de los TA podría verse mejorado con intervenciones sobre la carga familiar y las características de personalidad de los padres.

Perera, J. (2002). Características familiares en los TCA: anorexia y bulimia nerviosa.

Resumen: El presente trabajo de investigación trata de estudiar las características familiares de las familias (FES) con un/a hija/o con trastornos de la alimentación, en comparación con familias en la que no hay ningún tipo de trastornos. A la vez trata de estudiar si entre las diferentes entidades diagnósticas de los trastornos alimentarios, (anorexia restrictiva, anorexia bulímica y bulimia nerviosa) existen características diferenciales.

### 1.2.3) TCA Y PROBLEMAS EMOCIONALES

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y Alemán, A. (2002). Alexitimia en los Trastornos Alimentarios. *Análisis y modificación conducta*.

Objetivo: Contrastar las diferencias en el TAS-20 entre mujeres que presentan un trastorno alimentario (TA) con un grupo control. Para ello se ha utilizado una muestra de 145 mujeres que presentaban un TA según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) [36 con anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 30 con anorexia nerviosa bulímica (ANB) y 79 con bulimia nerviosa (BN)] complementada con un grupo control formado por una muestra de 65 mujeres de similares características sociodemográficas fue evaluada con la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) y el Eating Attitude Test (EAT). Resultados: Controlando el índice de masa corporal (IMC) las pacientes con TA presentan puntuaciones mayores en el TAS-20 y en sus factores 1 y 2\*, así como mayor porcentaje de alexitímicas que el grupo control. Pero no encontramos diferencias entre los grupos de TA, excepto en algunos ítems y el factor 1 del TAS-20. Nuestros resultados confirman estudios anteriores al mostrar una mayor frecuencia de alexitimia, específicamente la dificultad para procesar cognitivamente las emociones, en los TA y la necesidad de incidir terapéuticamente en ese nivel.

Espina, A.; Joaristi, L.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I.; Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*. 36(2), 321-331.

Resumen: El objetivo de esta investigación fue el estudio de la alexitimia y su relación con la ansiedad y la depresión en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Se pasaron los cuestionarios TAS-20; BDI y SAS a 151 mujeres diagnosticadas con un TCA (25 con Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR), 44 con Anorexia Nerviosa Bulímica (ANB), 82 con Bulimia Nerviosa (BN), y a un grupo control compuesto por 43 mujeres. Los pacientes con TCA presentaron mayores índices de alexitimia que los

sujetos control, pero tras controlar la ansiedad y la depresión las diferencias entre ambos grupos desaparecieron. La depresión y la ansiedad predicen y correlacionan positivamente (mayor nivel de depresión y ansiedad también mayor nivel de alexitimia) con la alexitimia. Los resultados son coincidentes con los obtenidos en estudios previos, y sugieren que la alexitimia está íntimamente relacionada con la ansiedad y la depresión, y que puede ser tanto un rasgo como un estado en pacientes con TCA.

#### 1.2.4) INTERVENCIÓN EN TCA

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y Alemán, A. (2001). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios.

Objetivo: Investigar la eficacia en el trastorno de la imagen corporal de dos intervenciones: terapia familiar sistémica (TFS) y grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG), fue investigada en pacientes ambulatorios con trastorno alimentarios (TA) al final de la intervención. La muestra se compone 71 pacientes con trastorno alimentario (según criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4<sup>º</sup> edición, DSM-IV; American Psychiatric Association, APA, 1994) fueron asignados aleatoriamente (asignación llevada a cabo simulando un comportamiento al azar) a cada uno de los dos tratamientos. La evaluación fue realizada con entrevistas, el Body Shape Questionnaire y la escala de insatisfacción corporal del Eating Disorders Inventory al inicio y al final del tratamiento. Ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para mejorar la imagen corporal. La TFS produjo mejores resultados que la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nervosa (BN). Los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la imagen corporal en pacientes ambulatorios con TA.

Espina, A.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2002). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social.

Objetivo: Investigar la eficacia de dos intervenciones- terapia familiar sistémica (TFS) y grupo de apoyo de familiares + terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG), fue investigada en pacientes ambulatorios con trastorno alimentarios (TA) al año. La muestra estaba compuesta por 71 pacientes con trastorno alimentario (según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4<sup>º</sup> edición, [DSM-IV]; American Psychiatric Association [APA], 1994), que fueron asignados aleatoriamente (asignación llevada a cabo simulando un comportamiento al azar) a cada uno de los dos tratamientos. La evaluación fue realizada con entrevistas y cuestionarios autoaplicados y varios aspectos fueron evaluados al inicio y al final del tratamiento. Los resultados obtenidos

demuestran que ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para reducir los síntomas alimentarios al año. La TFS produjo una mayor reducción de síntomas alimentarios que la GAP+TG, especialmente en pacientes con bulimia nerviosa (BN). Por tanto, los resultados avalan la eficacia de este tipo de intervenciones para mejorar la conducta alimentaria en pacientes ambulatorios con TA.

Espina, A.; Joaristi, L.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I. (2003). Trastornos alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. *Estudios de Psicología*. 24(3), 359-375.

Resumen: En este estudio se investigó la efectividad de dos tipos de intervención — Terapia Familiar Sistémica (TFS) y Grupos de Apoyo para Padres mas Terapia de Grupo (GAP+TG)—, tras un año de intervención, para cambiar los valores (reducir las puntuaciones obtenidas en el MMPI) de los perfiles de personalidad obtenidos al aplicar el cuestionario MMPI en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se utilizó una muestra compuesta por 46 mujeres, 8 de las cuales habían sido diagnosticadas de Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR); 15 Anorexia Nerviosa Bulímica (ANB), y 23 de Bulimia Nerviosa (BN). Las pacientes fueron asignadas de manera aleatoria a uno u otro grupo de tratamiento, y se les pasó el cuestionario MMPI al principio y al final del mismo. Ambos tipos de intervención redujeron significativamente las puntuaciones del MMPI obtenidas en el post-tratamiento, pero no fueron suficientes para normalizar todas las escalas del cuestionario debido a la brevedad de las terapias. La Terapia Familiar Sistémica produjo reducciones significativamente mayores que los Grupos de Apoyo a Padres + Terapia de Grupo en algunas escalas, y especialmente en los casos de Bulimia Nerviosa. Los resultados obtenidos dan apoyo a la efectividad de este tipo de intervenciones a la hora de mejorar los perfiles de personalidad en pacientes con TCA.

Grijalvo, J., Insúa, P. e Iruín, A. (2001). Un modelo grupal para el abordaje de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Psiquiatría Biológica*. 8(2)

Resumen: El objetivo del presente estudio es poner a prueba un modelo de abordaje grupal (incluido en un programa específico de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y coordinado dentro de un plan global e individualizado de tratamiento) para aplicar específicamente en estos trastornos. Pacientes y método: Se presenta un modelo de grupo psicoterapéutico de un año de duración y realizado con mujeres adolescentes afectadas (muestra de 8 mujeres; edad media, 16 años; tiempo medio de evolución, 2 años; un 63% con tratamientos previos fallidos). Se evalúa a través de CGI\*, EEAG\*, etapa de cambio, SCL 90, EAT, EDI II y otras características clínicas de la enfermedad. Para la evaluación se realiza un diseño factorial mixto 2 \* 2. El clima grupal

permite la verbalización de los conflictos y el crecimiento personal, con mayor conciencia introspectiva y menor impulsividad. Asimismo, disminuyen la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal, los sentimientos de ineficacia e inseguridad social y el miedo a la madurez. En el grupo control se objetiva una mayor tasa de abandonos, una mayor tasa de riesgos asociados de tipo orgánico-psicosomático y una evolución comparativa más deficitaria. La intervención y evaluación grupal nos permiten optimizar los tratamientos, adecuándolos a la población objetivo.

## 1.3) DIVULGACIÓN TCA:

### 1.3.1) LECTURAS:

Libro "Yo contra Yo" escrito por Amaia Arroyo. (enferma de anorexia que narra su experiencia personal a través de la enfermedad).

### 1.3.2) GUÍAS TCA:

Grijalvo, J., Insúa, P., Marañón, I., Iruín, A. (2004). Guía para atención primaria: tratamiento y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Donostia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Maganto, C., Ruiz, O. y Del Río, A. (2000) Guía de trastornos de la alimentación. Ed. Ayuntamiento de San Sebastián. San Sebastián. Depósito legal: SS-1191/00. Nº de pág. 38.

### 1.3.3) ACTIVIDADES DIVULGATIVAS:

V Congreso estatal de asociaciones contra la anorexia y la bulimia. En San Sebastián 1 y 2 de Noviembre del 2002.

Curso de verano U.P.V. 2003, impartido por Pedro Manuel Ramos. Trastornos de la conducta alimentaria.

Jornadas patrocinadas por la Kutxa y el aula gazte "Cómo se viven los trastornos de la conducta alimentaria en el seno de la familia"+ Nutrición y salud en la juventud. 1998/99.

Monográfico de educación para la salud (trastornos de la conducta alimentaria) septiembre 2000. impartido por Acabe a los educadores de la cruz roja de Zarautz; objetivos: definición de los TCA, complicaciones físicas que conlleva la utilización de diferentes estrategias anómalas para perder peso, factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los TCA. Prevención y detección precoz de los TCA.

Cursos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria organizados por "D'elikatz Bizi"; AVAPSI y la Universidad del País Vasco, e impartidos en San Sebastián de octubre a diciembre de 2006.

Terapia gratuita en contextos formación a cargo de AVAPSI.

Campaña educativa sobre la salud alimentaria "Saluda a la vida".

<http://www2.cajavital.es/salud/>

Consultorio telefónico D'elikatuz sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.  
943326250





2

OBESIDAD

## 2) OBESIDAD

### 2.1) INTRODUCCIÓN OBESIDAD

#### D INTRODUCCIÓN:

Entre las muchas características del final del siglo XX desde el punto de vista social, la cultura de la imagen o el culto al cuerpo ha sido sin duda una de ellas.

En occidente, se rinde culto a la delgadez mientras aumenta la obesidad hasta convertirse en una de las patologías más prevalentes desde el punto de vista metabólico.

Con una incidencia en nuestro medio de un 15% en adultos y 4,5% en niños debe de ser considerada como una enfermedad crónica tal y como propone la SEEDO (Sociedad española para el estudio de la obesidad).

#### D CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN:

Se define como un aumento de grasa corporal. Aunque el criterio clínico que más se relaciona con esta patología es el aumento de peso.

En la actualidad el grado de la misma viene determinado por el índice de masa corporal (IMC) que relaciona el peso corporal expresado en Kg y la altura en metros al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / \text{Altura (m)}^2$$

Tabla I

Normalidad: IMC= 20-25 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado I : (sobrepeso) – IMC = 27-29.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado II : IMC = 30-34,9 kg./m <sup>2</sup>
Obesidad grado III : IMC = 35-39.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado IV : (mórbida) – IMC > 40 kg/m <sup>2</sup>

No obstante, para definir y diagnosticar correctamente la obesidad es necesario el análisis antropométrico que nos indique la composición corporal y el porcentaje de grasa en él. Así, un porcentaje de grasa superior a un 25% en el hombre y 33% en la mujer en su composición corporal son indicadores de obesidad. Los valores normales se sitúan entre 12-20% de grasa corporal para hombres y 20-30 para mujeres.

No podemos olvidar un aspecto que se ha defendido como fundamental en los últimos años, es el índice cintura/cadera que relaciona la distribución de la grasa corporal con la morbilidad que acompaña a esta patología.

Así los pacientes con índice de cintura/cadera mayor de 1 en los varones y de 0,9 en las mujeres tienen una distribución androide de la grasa que se asocia a patologías cardiovasculares y trastornos metabólicos.

Mientras que las obesidades con índices <1 en el varón y de 0,9 en la mujer tienen una distribución ginoide de la grasa que predispone a patologías venosas de extremidades inferiores y trastornos mecánicos osteoarticulares.

## *D OBESIDAD INFANTIL Y PUBERAL:*

Puede presentarse a cualquier edad. La existencia de la misma en el primer año de vida no condiciona de forma necesaria su desarrollo en la vida adulta.

Un segundo periodo de aparición se sitúa entre los 4-11 años. Si en esta edad el exceso de grasa corporal aumenta de forma progresiva hasta superar los límites de la normalidad puede acompañarse de un aumento de adipocitos (hiperplasia) y persistir toda la vida.

La pubertad, sobre todo en el sexo femenino es una época en la que la obesidad se manifiesta y suele ser más frecuente en aquellas en las que la menarquía aparece antes.

## *D EN LA VIDA ADULTA:*

La obesidad, suele aparecer con los cambios de vida, en el varón al iniciar su vida laboral y abandonar su actividad física, volviéndose más sedentarios y en las mujeres los embarazos son cruciales.

## *D ETIOPATOGENIA:*

Hoy en día conocemos que el desarrollo de la obesidad depende de muchos factores. Unos son predisponentes, como los genéticos y biológicos que se han ido descubriendo en los últimos años, y entre ellos además de distintos genes, hormonas como la leptina, proteínas desacopladoras UCP1 y UCP2, el neuropeptido Y, la serotonina, la colecistoquinina, etc., permiten un mejor conocimiento de algunos aspectos como el

control del apetito, el gasto energético o algunas conductas alimentarias. Otros son desencadenantes o facilitadores como los ambientales, culturales, familiares, laborales, psicológicos, etc.

Cuando coinciden factores predisponentes con facilitadores aparece esta patología.

## D COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD:

Son muchas las enfermedades que se relacionan con la obesidad y diferentes estudios pusieron de manifiesto el Riesgo Relativo (RR) de algunos problemas de salud asociados con ella.

Así el RR está muy aumentado ( $RR > 3$ ) para diabetes, enfermedad de vesícula biliar, dislipemias, resistencia a la insulina, síndrome de hipoventilación y síndrome de apnea del sueño.

El RR está moderadamente aumentado ( $RR= 2-3$ ) para enfermedades coronarias, hipertensión arterial, osteoartritis de rodilla, hiperuricemia y gota.

El RR está ligeramente aumentado ( $RR= 1-2$ ) en el cáncer de mama en la mujer postmenopausica en el cáncer endometrial y el de colon, el síndrome de ovario polimicroquístico, hiperandrogenismo, alteraciones de fertilidad, lumbalgia, aumento de riesgo anestésico y de anomalías fetales.

## D PREVENCIÓN:

Para una correcta prevención necesitaremos establecer estrategias que nos permitan modificar estilos de vida que han demostrado favorecer el desarrollo de esta patología siendo la educación en toda la población y en especial en la infancia y adolescencia un arma de gran importancia.

Así, procuraremos difundir mensajes que nos permitan:

:: *1º Luchar contra el sedentarismo:* promoviendo una actividad física razonable y adecuada para cada situación desde la sanidad, la educación y diferentes medios de comunicación social.

:: *2º Mejorar los conocimientos alimentarios:* promocionando el consumo de alimentos naturales característicos del entorno y de cada estación y de elaboraciones variadas y moderadas en el consumo de grasas saturadas.

:: Es necesario también insistir en controlar el consumo de alimentos precocinados y potenciar la elaboración casera de los mismos.

Así mismo es importante el tiempo que se dedica a la comida y respetar el horario de las mismas.

En este sentido en nuestro medio nos encontramos con dos situaciones problemáticas:

:: 1º El desayuno: que en muchas ocasiones y sobre todo en la infancia y adolescencia no contiene la cantidad de energía y nutrientes necesarios para hacer frente a la jornada laboral o de estudio ni se le dedica el tiempo suficiente.

:: 2º La comida de mediodía: Estamos asistiendo a un retraso importante en el horario de éste, sobre todo en adolescentes, entre otras razones por la implantación de la jornada continua en los colegios. Esto hace que muchos de nuestros jóvenes coman "cualquier cosa" a lo largo de toda la mañana y la comida de mediodía, por tardía, no sea completa.

Hacen falta estudios que permitan conocer qué influencia tiene este desequilibrio horario en el desarrollo de la obesidad en estos grupos de edad.

## D TRATAMIENTO:

Cuando se inicia un tratamiento antiobesidad este debe entenderse como el de una enfermedad crónica, que asienta sus bases en los consejos higiénicos dietéticos.

Es necesario atender de forma individual a las necesidades calóricas de cada paciente, así como a sus hábitos alimentarios, preferencias, deficiencias nutricionales o situaciones fisiológicas o patológicas. Se procurará disminuir el sedentarismo del paciente, haciendo ejercicio de forma regular, adaptado a sus capacidades, entorno laboral y familiar.

Para conseguir estos cambios a veces es necesario la colaboración de psicólogos y psiquiatras que a través de la aplicación de técnicas de modificación de conducta, mejoren los resultados.

Puede ser necesaria la ayuda farmacológica y en la actualidad disponemos de dos medicamentos que actúan de forma bien distinta.

:: *ORLISTAT*: que interfiere en la absorción selectiva de nutrientes.

:: *SIBUTRAMINA*: Anorexígeno de acción central.

La cirugía, será considerada en aquellos casos de obesidad mórbida que no responden a ningún tratamiento.

## 2.2) PUBLICACIONES CIENTÍFICAS OBESIDAD:

Aranceta, J.; Pérez, C.; Serra, L.; Ribas, L.; Quiles, J.; Vioque, J.; Tur, J.; Mataix, J.; Llopis, J.; Tojo, R.; Foz, M. (2003). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*.

Resumen: La obesidad es un grave problema de salud en los países desarrollados, y por eso resulta de gran importancia averiguar su magnitud e identificar los principales grupos de riesgo. El presente estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia de obesidad en una muestra de adultos españoles de edades comprendidas entre los 25 y los 60 años, mediante las medidas de la altura y peso. Método: Se seleccionó una muestra compuesta por 9885 sujetos elegidos aleatoriamente, y provenientes de Andalucía, Baleares, País Vasco, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid y Valencia, que entre los años 1990-2000 habían contestado encuestas nutricionales. La altura y peso de cada individuo fue medido por observadores entrenados ex profeso, empleando instrumentos de medida y siguiendo métodos estandarizados. Las muestras fueron reunidas y pesadas conforme a la distribución de la población adulta española comprendida entre los 25-60 años. Se definió Obesidad como Índice de Masa Corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Los protocolos empleados en cada encuesta siguieron las recomendaciones de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) para estimar la prevalencia de obesidad en los estudios de población. Resultados: La prevalencia de obesidad en la población española adulta era del 14,15% (95% CI, 13.93-15.07%), significativamente mayor en mujeres 15,75% (95% CI, 14.89-16.61%), que en hombres 13,39% (95% CI, 11.84-14.94%) (\* $\chi^2 = 12.470$ ;  $p = 0.000$ ). La prevalencia de obesidad incrementaba significativamente tanto en hombres como en mujeres a medida que se aumentaba la edad. Los mayores índices se encontraron en el grupo de edad de mayores de 55 años en ambos sexos, 21.58% (95% CI, 18.68-24.48%) hombres y 33.9% (95% CI, 32.73-35.07%) mujeres. Conclusión: La obesidad es un problema de salud que afecta a un importante estrato de la población española adulta. Teniendo en cuenta su potencial impacto en la Sanidad Pública, se deberían de diseñar e implementar estrategias efectivas destinadas a la detección precoz de los sujetos en riesgo y su adecuado tratamiento, así como el establecimiento de apropiados programas preventivos.

ElBusto, A. (2000). Valoración de la eficacia de un tratamiento multidisciplinario en un grupo de pacientes obesos con IMC  $\geq 35$  y alteración de la función pulmonar. *Archivos de Bronconeumología*. 2, 77-83.

Resumen: El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un tratamiento multidisciplinar de la obesidad en un grupo de pacientes con IMC  $\geq 35$  y afectación respiratoria condicionada o relacionada con la obesidad: Método: Se incluyeron 40 obesos

entre 18 y 60 años con afectación de la función respiratoria. Tras realizárseles una evaluación funcional respiratoria; una evaluación psicológica y una evaluación nutricional, se inició un tratamiento de la obesidad durante un año con dieta personalizada e intervención psicológica. El seguimiento fue en principio semanal e individualizado y posteriormente grupal. Resultados: Se consigue un adelgazamiento de más de 15 kg en el 48,65%. Los valores funcionales respiratorios experimentan diferencias significativas entre el inicio y el final del tratamiento. Otro tanto se objetiva en la severidad del síndrome e apnea del sueño y en las cifras de presión positiva continua en la vía aérea para controlar el síndrome. Los valores de ácido úrico, glucosa y triglicéridos en sangre se normalizan en un 89,61 y 50% respectivamente, tras el adelgazamiento. No se ha encontrado un perfil psicopatológico determinante que identifique al obeso severo aunque los niveles de ansiedad, conducta ante la ingesta, ajuste marital y percepción de la imagen corporal eran rasgos que fundamentalmente estaban alterados. Conclusiones: En el grupo de obesos con  $IMC \geq 35$  el tratamiento multidisciplinario se ha revelado efectivo para conseguir sustanciales pérdidas de peso, mejoras de funcionalismo respiratorio y de la patología del sueño.

Rocandio, A.M. (1991). La dieta absoluta en el tratamiento de la obesidad extrema. Resultados clínicos y bioquímicos a corto, medio y largo plazo. facultad medicina Bilbao.

Rocandio, A.M. Ansotegui, L., Arroyo, M. (2000). Relación entre el desayuno y la obesidad en escolares. *Revista clínica española*. (8): 420-3.

Resumen: Los diferentes modelos de desayuno entre niños son un tema de gran preocupación para la Salud Pública debido a la relación existente entre el desayuno y el rendimiento escolar, así como a la potencial relación entre desayuno y obesidad. Método: En el presente estudio se examinó la cantidad de comida, energía y nutrientes existentes en el desayuno de 32 escolares de 11 años, y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC,  $kg/m^2$ ). El análisis se realizó mediante la toma de medidas antropométricas, y el registro semanal de la cantidad de comida ingerida empleando el método de peso ideal. Resultados: El porcentaje de niños de la muestra estudiada con sobrepeso alcanzó el 46,9% (peso por encima del percentil 90). La toma de calorías proporcional en el desayuno era más baja de la recomendada (16,6%). La relación entre el porcentaje calórico del desayuno respecto a la energía diaria y al IMC no fue significativa. Sin embargo, se encontraron correlaciones significativas entre el grupo "fruta" (Pearson  $r = 0.6286$ ) y el grupo "comidas proteínicas" (Pearson  $r = -0.7653$ ) con el IMC. La cantidad total de lípidos (34,4%) y lípidos saturados (18,4%) en el desayuno excedió las recomendaciones. Discusión: Son necesarios más estudios para confirmar los resultados obtenidos, y para que sirvan de base para el diseño de programas de educación nutricional.

Vázquez, J.; Galardi, E.; Arbonies, J.C.; Ibarrodo, I. (1994). Evaluación de la efectividad de un programa de ejercicio físico en la disminución del peso graso.

*Atención Primaria*. 14(4): 711-6. CS BERAUN.

Resumen: El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un programa individualizado de ejercicio físico en la reducción de peso. Método: La muestra estaba compuesta por pacientes obesos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 32 y los 67 años, elegidos aleatoriamente entre el total de pacientes crónicos de los cuales se excluyó a aquellos diagnosticados con alguna enfermedad coronaria u otra dificultad que pudiera poner en peligro el desarrollo del programa. Se obtuvieron dos muestras en función de sexo, edad y porcentaje de grasa ( $n_1=49$ ,  $n_2=47$ ). Intervención: El estudio duró 6 meses en los cuales se hicieron 3 evaluaciones. Al Grupo de Intervención (GI) se le pidió que caminara. La frecuencia, distancia e intensidad del ejercicio se calculó individualmente mediante un ordenador. En cada evaluación se midieron peso, altura y 4 pliegues cutáneos para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC); porcentaje de grasa y Masa Grasa. Resultados: La aceptación del programa se evaluó conforme a la mejora subjetiva y a la aceptación del mismo. En la última medición, el GI consiguió un 2.9% medio de descenso del IMC, mientras que en el Grupo Control no se apreciaron cambios ( $p < 0.001$ ). La masa grasa del GI descendió un 18% mientras que en el Grupo Control incrementó un 12%. 16 sujetos del GI (32,7%) consiguieron reducir su masa grasa más de un 20% contra sólo un miembro del Grupo Control (2.1%) ( $p < 0.0001$ ). El 93,9% de sujetos del GI notaron una mejoría en su bienestar físico, y un 75,5% lo hicieron en el mental. El 67,3% manifestaron hacer ejercicio más de tres días a la semana. Conclusiones: El diseño de programas individualizados de ejercicio físico, y su posterior prescripción logra grandes resultados en la disminución de la masa grasa.

## 2.3) DIVULGACIÓN OBESIDAD:

Ana ElBusto (2001-2006). Programa de información sobre la obesidad.

Resumen: intervención didáctica con los alumn@s de Tercer Ciclo de Primaria (10-12 años) de los centros de enseñanza guipuzcoanos y el respectivo grupo de madres y padres con el propósito de proveer a estos dos colectivos, de *información* veraz y contrastada para lograr una concienciación sobre la importancia de la alimentación para la salud y permitir la *prevención* de la Obesidad y de los *Trastornos de la Conducta Alimentaria*.





# DIETÉTICA Y NUTRICIÓN

## 3) DIETÉTICA Y NUTRICIÓN

---

### 3.1) INTRODUCCIÓN

La alimentación es el hecho físico de ingerir alimento.

Es consciente y voluntario y está condicionado por muchos factores socioculturales, familiares, genéticos, psicológicos, etc.

La dietética es la ciencia que estudia la alimentación y sus variables.

La nutrición es la transformación, absorción, utilización que el organismo realiza con aquellos alimentos que hemos ingerido.

Es pues un acto inconsciente e involuntario.

#### D NUTRIENTES:

Son aquellas sustancias que provienen de la alimentación, y que nuestro organismo necesita para su normal funcionamiento.

Existen diferentes tipos de nutrientes:

:: Unos son energéticos: carbohidratos, grasas, proteínas.

:: Otros son no energéticos: vitaminas y minerales.

Todos son necesarios en las cantidades adecuadas y el exceso o el defecto en su administración va a condicionar el desarrollo de diferentes alteraciones.

#### D CARBOHIDRATOS:

Son nutrientes energéticos que se van a transformar en 4 kcal./gr. Son utilizados en la energía de rápida disposición. Los vamos a encontrar en: pan, cereales y tubérculos, y en menor medida en legumbres y frutos secos. También en forma de azúcares simples en frutas, en el azúcar común, en la miel y en los dulces. Debemos tener en cuenta que los azúcares simples no deben suponer más de 5% del aporte calórico total.

Deben de aportar del 55-60% del aporte calórico total.

## D LIPIDOS O GRASAS:

Son la reserva energética fundamental del organismo y forma parte de membranas celulares, síntesis de hormonas esteroideas etc.

Son alimentos ricos en grasa: los aceites de semilla (oliva, maíz, girasol, colza, soja, coco, palma) mantequilla, embutidos, queso.

No deben de superar el 30% del aporte calórico total. La mayor parte de las grasas se ingieren en forma de triglicéridos. La diferente composición de los ácidos grasos que los forman va a hacer que sus características varíen.

:: ACIDOS GRASOS SATURADOS: Se encuentran en mantequilla, quesos y en general grasas de origen animal. También en los aceites de coco y palma que se incluyen en los productos de bollería industrial.

:: ACIDOS GRASOS MONOINSATURADOS: Se encuentran sobre todo en el aceite de oliva, también en el de soja y cacahuete. Su efecto es beneficioso para el organismo siempre que su consumo no exceda la cantidad adecuada.

:: ACIDOS GRASOS POLIINSATURADOS: En este grupo se encuentran los dos ácidos grasos esenciales que nuestro organismo no puede sintetizar. Son el ácido Linoleico y el Alfa-linoleico representantes de la familia Omega-6 y Omega-3 respectivamente.

Se encuentran, el primero en los aceites de girasol, maíz, soja colza y el segundo en el pescado azul, semilla de lino y pipas de calabaza.

## D PROTEINAS:

Nutrientes esenciales para la renovación de todas las células del organismo. Su función es fundamentalmente plástica.

Son alimentos proteicos la carne, pescado, huevos y lácteos. También contienen proteínas: cereales, legumbres y frutos secos, pero estas, las proteínas vegetales, excepto la soja, carecen de alguno de los aminoácidos esenciales que nuestro organismo necesita y no sabe sintetizar, por lo que su valor biológico no es tan bueno como el de las animales que los contienen todos.

## D MINERALES:

Realizan funciones catalizadoras de reacciones metabólicas. Son muchos los que nuestro organismo necesita pero hablaremos solo de:

:: CALCIO: por la importante función que desempeña en la formación del hueso y de los dientes. La acompañan en su misión el fósforo, el magnesio y la Vitamina D.

Se encuentran sobre todo en leche y derivados.

:: EL HIERRO: Interviene en la formación de la sangre y su carencia produce anemia. La vitamina C ayuda en su absorción.

Se encuentra en la carne y en las vísceras. Menos en el marisco.

:: El YODO: Imprescindible para el funcionamiento tiroideo. Lo encontramos en los productos del mar incluidas las algas.

:: EL AZUFRE: Forma parte de ciertos aminoácidos e interviene en la síntesis de Vitamina B1. Lo contienen el queso, las legumbres, el ajo, la cebolla...

## D VITAMINAS:

Catalizan las transformaciones que siguen los diferentes sustratos a través de vías metabólicas.

:: Hidrosolubles: Se disuelven en agua. Son las del grupo B y C. Las del grupo B (B1, B2, B6, B12...). Están en cereales integrales, frutos secos, lácteos, huevos. La Vitamina B12 no existe en el reino vegetal. La Vitamina C se encuentra en frutas en general y sobre todo en cítricos y frutas tropicales.

:: Liposolubles: Se disuelven en grasa y son poderosos antioxidantes. Sobre todo la Vitamina E que se encuentra en los aceites de semillas.

:: La Vitamina K: interviene en la coagulación de la sangre y la hallamos en vegetales de hoja verde.

:: La vitamina A: interviene en la formación de los conos y bastones de la retina para la visión nocturna. Son ricos en provitamina A los vegetales como: zanahoria, remolacha, pimiento. Su forma activa está en mantequilla, leche, huevos.

:: La vitamina D: interviene junto con el calcio en la formación ósea. En su mayor parte proviene de la luz solar.

## D DIETA EQUILIBRADA:

Es aquella manera de comer que nos aporta la cantidad necesaria de todos los nutrientes para afrontar nuestra vida de relación y aquellas situaciones de estrés que pudieran presentarse.

La ingesta promedio será:

:: Hidratos de carbono:	55-60% del aporte calórico total
:: Grasas:	30% del aporte calórico total
:: Proteínas:	10-15% del aporte calórico total

Con las cantidades adecuadas de vitaminas y minerales y una ingesta de agua que será de 1,5 a 2 litros diarios. Deberá repartirse:

:: Desayuno: 20 %

:: Almuerzo: 10 %

:: Comida: 30 %

:: Merienda: 10 %

:: Cena: 30 %

Será necesario además comer despacio, masticando mucho los alimentos, en un ambiente agradable y sin prisas.

Las diferentes situaciones fisiológicas a lo largo de la vida hacen que las necesidades varíen:

:: En la infancia y adolescencia: La alimentación será lo más variada posible y trataremos de introducir todos los alimentos, presentando de forma atractiva para que al niño le entre por los ojos y la invite a probar nuevos sabores.

Vigilaremos de forma específica el aporte proteico de carne, pescado, huevos y lácteos, procurando el mayor consumo posible de pescado y moderando el de huevos (3-4/semana) y carne (3-4 raciones/semana).

Las vitaminas y minerales siempre necesarios en esta época de crecimiento, deben de permitir la total expresión de la talla genética del niño por lo que lácteos, fruta y verduras junto con el resto de nutrientes estarán presentes en la cantidad recomendada para su edad.

Limitaremos el consumo de bollería industrial y de comida preparada.

Promoveremos una ingesta adecuada de legumbres, cereales (mejor integrales) que junto a verduras y frutas serán una importante fuente de fibra alimentaria.

Dedicaremos a cada comida un tiempo adecuado, sin prisas, para aprender a masticar.

Trataremos de potenciar en todo lo posible la actividad física para luchar contra la obesidad.

:: En la tercera edad: En esta época de la vida es conveniente recomendar un consumo moderado de sal, así como de fritos, embutidos y productos de bollería industrial, también de dulces. Beber 1,5 a 2 litros de agua para luchar contra la deshidratación y el estreñimiento lo que complementaremos con un aporte suficiente de fibra proveniente de cereales integrales, frutas y verduras. Primaremos el consumo de pescado sobre la carne que es más difícil de masticar y en general será variada, de elaboración sencilla y baja en grasa.

## 3.2) PUBLICACIONES CIENTÍFICAS NUTRICIÓN:

### 3.2.1) HÁBITOS NUTRICIONALES:

García Herrera, R. (dir.), (1990). Encuesta nutricional. Documentos técnicos de Salud Pública. Serie A. Nº 9., Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco.

Resumen: Estudio epidemiológico nutricional realizado el año 1988-89 sobre una muestra de 3.200 personas empadronadas en las tres provincias de la CAV con el fin de conocer el patrón de consumo alimentario en la Comunidad Autónoma. En él se analizan la ingesta de energía y nutrientes, la distribución energética diaria, las vitaminas y minerales ingeridos, la ingesta concreta de alimentos, tipología alimentaria por territorios históricos, indicadores antropométricos e indicadores bioquímicos.

Ramos, P.; Pérez de Eulate, L.; Latorre, M. (2005). ¿Qué saben los padres sobre los hábitos nutricionales de sus hijos adolescentes?. *Revista de Psicodidáctica*. vol 10, (1).

Resumen: Ante la importancia de los padres y madres en la educación nutricional de sus hijos, en este trabajo se analizó el conocimiento que los padres tenían sobre los hábitos alimentarios de sus hijos adolescentes. Se recogió información de 1105 padres de adolescentes comprendidos entre 13 y 18 años, escolarizados en la Comunidad Autónoma Vasca. Se encontraron diferencias significativas, entre los hábitos alimentarios que tienen los hijos y los que creen sus padres que tienen. Se discute la implicación de los resultados sobre la prevención de los trastornos alimentarios en adolescentes y en los programas educativos nutricionales con padres.

Iturbe, A.; Perales, A. (2002). Evaluación del programa de intervención dietética (escolares de 3º ESO). *Nutrición hospitalaria órgano-oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*.

Resumen: La adecuada aportación de nutrientes determina la expresión fenotípica del genotipo. El objetivo del Programa de Intervención Dietética (PID) fue el transmitir la información necesaria para mantener una dieta equilibrada. Método: El Programa de Intervención Dietética se realizó en 23 escuelas de todo el País Vasco, con una muestra de 2400 alumnos de 3º de ESO de ambos sexos. La evaluación del mismo se realizó sobre 130 estudiantes de ambos sexos del Liceo Santo Tomás de Donostia. El PID se divi-

dió en un programa educacional con estudiantes (teórico y con talleres prácticos), un programa educacional para padres y educadores, y la posterior evaluación de los resultados. Resultados: Tanto la respuesta de los estudiantes, como la de los padres y educadores fue positiva. El 61% de los adolescentes manifestaron que su dieta permanecía igual, el 2% que su dieta había empeorado, y el 36% consideraron que había mejorado. En el 94% de los entrevistados hay un acuerdo teórico-subjetivo en la respuesta. El 85% de los adolescentes fue capaz de identificar la equilibrada dieta Mediterránea correctamente. Conclusiones: El 36% de los jóvenes manifestó que la calidad de sus dietas había mejorado. El 85% demostró conocer las pautas de la dieta equilibrada. Estos resultados animan a seguir perfeccionando y modernizando el PID. Una buena dieta facilita una buena expresión genética y, como resultado, una apropiada nutrición determina la cantidad y la calidad de vida. Como los adolescentes no tienen una dieta equilibrada, una mejor educación nutricional mejoraría la salud de las generaciones futuras.

### 3.2.2) BIOLOGÍA:

Zubillaga, P.; Garrido, A.; Mújika, I.; Ansa, J.; Zabalza, R.; Emparanza, J.I. (2006). Efecto de la vitamina D y del suplemento de calcio en el movimiento óseo en adultos institucionalizados con Síndrome de Down. *European journal of clinical nutrition*.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue valorar el estado de la vitamina D\*, y los efectos del suplemento de calcio y de vitamina D3\* en el metabolismo óseo de una muestra compuesta por adultos con Síndrome de Down\*. Método: La muestra empleada fue de un total de 23 personas con Síndrome de Down residentes en la Fundación Uliazpi. 12 participantes fueron seleccionados aleatoriamente para recibir 1 g. de calcio y 800 IU de vitamina D una vez al día durante un año. Los 11 participantes restantes conformaron el Grupo Control al no recibir suplemento ninguno. Resultado: Entre los grupos no se encontraron diferencias significativas respecto a los niveles de suero, de calcio y fósforo. Sin embargo el grupo de intervención sí que tuvo más efectos beneficiosos que el grupo control en los siguientes parámetros: niveles de suero de la hormona paratiroidea; disminución del osteocalcin\* y del crosslaps\* a medida que incrementaban los niveles de suero 25 OH\* y vitamina D3. Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten incluir a los sujetos con Síndrome de Down dentro de los grupos de riesgo de padecer déficit de vitamina D (déficit que puede ser corregido con un suplemento de vitamina D y calcio), y a dar salida a una mejora de los marcadores bioquímicos relacionados con el metabolismo fosfo-cálcico y con la remodelación ósea.

García, R.; Berenguer, A.; Tormo, M.J.; Sánchez, M.J.; Quirós, J.; Navarro, C.; Arnaud, R.; Dorronsoro, M.; Chirlaque, M.D.; Barricarte, A.; Ardanaz, E.; Amiano, P.; Martínez, C.; Agudo, A.; González, C.A. (2004). Las fuentes dietarias de la vitamina C, vitamina E y carotenoides específicos en España. *The British Journal of Nutrition*.

Resumen: Esta investigación es un estudio transversal llevado a cabo sobre la muestra española de la Investigación Prospectiva Europea sobre el Cáncer y la Nutrición para evaluar las principales fuentes de vitamina C, vitamina E, alfa caroteno, beta caroteno, licopeno, luteína, betacriptoxantina\* y ceaxantina\* en la población española adulta. Método: La muestra estuvo compuesta por 41446 voluntarios sanos (25812 mujeres y 15634 hombres) con edades comprendidas entre los 29 y 69 años provenientes de las provincias de Asturias, Navarra, Guipúzcoa, Murcia y Granada. La ingesta habitual de comida se estimó con una entrevista personal mediante la versión computerizada de una encuesta alimenticia. Resultados: Los alimentos que proporcionaron al menos 2/3 de los nutrientes estudiados fueron: Vitamina C fruta (sobre todo naranjas) y vegetales (sobre todo tomates y pimientos). Vitamina E en aceites vegetales (de girasol y de oliva), frutos no cítricos, y nueces y semillas. Alfa caroteno en raíces vegetales (zanahoria). Beta caroteno en la verdura. El licopeno\* en vegetales como el tomate. La luteína en la verdura de hoja; la betacriptoxantina en frutos cítricos. La ceaxantina en los vegetales de hoja y en los frutos cítricos. Conclusión: El haber identificado las principales fuentes de estos nutrientes en los alimentos de un país proporciona comprensión a la hora de interpretar los resultados de los estudios epidemiológicos que investigan el papel de la dieta en la salud y la enfermedad.

### 3.2.3) CÁNCER Y NUTRICIÓN:

González, C.A; Navarro, C.; Martínez, C.; Quirós, J.R; Dorronsoro, M.; Barricarte, A.; Tormo, M.J.; Agudo, A.; Chirlaque, M.D.; Amiano, P.; Ardanaz, E.; Pera, G.; Sánchez, M.J.; Berenguer, A.; (2004). El Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Revista Española de Salud Pública.

Resumen: El EPIC es un estudio prospectivo multi-centro coordinado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC). Esta agencia lleva recopilando información y muestras de sangre de 23 centros en 10 países europeos (Alemania, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Países Bajos, Italia, Noruega, Reino Unido y Suecia). En España esta recopilación de datos se llevó a cabo en cinco provincias: Asturias, Granada, Guipúzcoa, Murcia y Navarra. Método: De un total de 519978 muestras de sangre recogidas y analizadas en laboratorio (366521 de mujeres y 153457 de hombres), 385719 fueron válidas para la investigación. A día de hoy se han identificado 24195 casos de cáncer. Resultados: Los resultados iniciales de EPIC relativos a la dieta y al cáncer mostraron que la ingesta de fibra, fruta y vegetales tenía un efecto protector contra el cáncer de colon y el de recto; que la toma de fruta tenía un efecto protector contra el cáncer de pulmón; y que la toma de frutas y vegetales tenía efecto en el tracto digestivo superior. Sin embargo, un alto consumo de frutas y vegetales no tenía efectos sobre el cáncer de próstata. Los consumos altos de grasas saturadas incrementaban el riesgo de padecer cáncer de pecho.

Peeters, Petra H. M (2005). Consumo de fruta y verdura y riesgo de padecer cáncer de pecho. *Journal of the American Medical Association*. Vol 293(2).



Resumen: Se ha venido considerando que el consumo de fruta y verdura es un factor protector contra el cáncer de pecho. La mayoría de las evidencias provienen de estudios controlados, pero un reciente análisis de los relativamente pocos estudios cohorte publicados sugieren que no existen correlaciones significativas entre el cáncer de pecho y el consumo de fruta y verduras. El objetivo del presente estudios es examinar la relación existente entre el consumo de fruta y verdura y la incidencia de cáncer de pecho. Método: Como muestra se utilizó a 285526 mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 70 años que habían participado en el Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Las participantes completaron una encuesta alimentaria entre 1992 y 1998, y fueron sometidas a seguimiento hasta 2002. Resultados: No se observaron relaciones significativas entre el consumo de fruta y verduras y la incidencia de cáncer de pecho. Conclusión: Aunque el periodo de seguimiento es limitado, los resultados sugieren que no existen relaciones significativas entre el consumo de fruta y verdura y el riesgo de padecer cáncer de pecho.

Linseisen, J.; Kesse, E.; Slimani, N.; bueno de Mezquita, H.B.; Ocke, M.C.; Skeie, G.; Kumle, M.; Dorransoro, M.; Morote, P.; Janzon, L.; Stattin, P.; Welch, A.A.; Spencer, E.A.; Overvard, K.; Tjonneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Miller, A.B.; Klipstein-Grobusch, K.; Lagiou, P.; Kalapothaki, V.; Masala, G.; Giurdanella, M.C.; Norat, T.; Riboli, E. (2002). Consumo de carne en las cohortes del Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC): Resultados obtenidos de registros alimenticios de 24 horas. *Public Health Nutrition*.

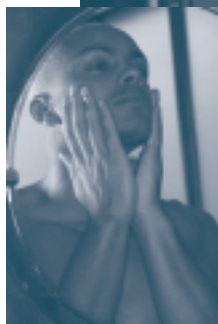
Resumen: El objetivo de esta investigación es evaluar los patrones de consumo de carne en las cohortes del Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Método: Se evaluaron los hábitos alimenticios diarios dentro del marco del Estudio Prospectivo en 27 centros de 10 países europeos mediante entrevistas estándar asistidas por ordenador. La muestra estuvo compuesta por 22954 mujeres y 13031 hombres con edades comprendidas entre los 35 y los 74 años. Resultados: La media total más baja de carne ingerida en la cohorte "conciencia de salud" fue en el Reino Unido, y la más alta fue en el norte de España, especialmente en San Sebastián. En los centros del sur de España y en Nápoles (Italia), el consumo de carne fue distintivamente menor que en el norte de esos países. Los países del centro y del norte de Europa mostraron pautas similares de consumo de carne excepto en las muestras francesa y británica. La diferencia del consumo en los subgrupos de carne (p.ej: carne roja, carne procesada) fue mayor que la hallada en el total del consumo de carne. En la mayoría de centros EPIC mediterráneos se registró una mayor proporción de carne de res/ternera y ave de corral, y menor proporción de cerdo o carne procesada que en los centros EPIC del norte y centro de Europa. El consumo más alto de salchichas se encontró en la muestra alemana, seguida de la noruega, sueca, danesa y holandesa. Conclusiones: Los resultados demuestran diferencias distintivas en las pautas del consumo de carne entre los centros EPIC de toda Europa. Este es un requisito importante para obtener mayor comprensión de la relación entre el consumo de carne y el desarrollo de enfermedades crónicas.

Sieri, S.; Agudo, A.; Kesse, E.; Klipstein-Grobusch, K.; San José, B.; Welch, A.; Krogh, V.; Luben, R.; Allen, N.; Overvad, K.; Tjønneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Thiebaut, A.; Miller, A.B.; Boeng, H.; Kolyva, M.; Saieva, C.; Celentano, E.; Ocke, M.C.; Peeters, P.H.; Brustad, M.; Kumle, M.; Dorronsoro, M.; Fernández-Feito, A.; Mattisson, I.; Weinehall, L.; Riboli, E.; Slimani, N. (2002). Patrones de consumo de alcohol en 10 países europeos participantes del Estudio Prospectivo Europeo en la Investigación del Cáncer y la Nutrición (EPIC). *Public Health Nutrition*.

Resumen: El objetivo de este estudio fue comparar las cantidades de alcohol, y tipos de bebidas alcohólicas consumidas, así como la frecuencia de su consumo en los centros participantes en el Estudio Prospectivo Europeo Sobre Cáncer y Nutrición (EPIC). Todos estos centros están caracterizados por ampliamente diferenciados hábitos de beber, y por diferentes frecuencias en cuanto a enfermedades relacionadas con el alcohol. Método: Para cada sujeto se recogió un registro alimentario estandarizado individual de 24 h. La muestra fue seleccionada aleatoriamente entre la cohorte total del EPIC (35955 sujetos con edades comprendidas entre los 35 y los 74 años). Esto proporcionó detallada información respecto a la distribución del consumo de alcohol durante el día en relación a las comidas principales, y fue usado para determinar las pautas semanales de consumo. Resultados: El sexo resultó ser un fuerte determinante en los patrones de consumo de alcohol en los 10 países que conformaban el estudio. El consumo total más alto de alcohol en hombres se observó en los centros españoles (San Sebastián 41.4 g por día), y en los centros daneses para mujeres (Copenhague, 20.9 g. por día). La tasa más baja de alcohol ingerido por día se localizó en los centros suecos en hombres (Umea, 10.2 g. por día), y en Grecia para mujeres (3.4 g. por día). La bebida más consumida entre los hombres fue el vino en los países mediterráneos, y la cerveza en Holanda, Alemania, Suecia y Dinamarca. En la mayoría de los centros EPIC estudiados la bebida más consumida entre mujeres fue el vino excepto en Murcia, que fue la cerveza. El consumo de alcohol entre mujeres se incrementaba considerablemente durante el fin de semana. Las muestras alemana, holandesa, británica y danesa se caracterizaban por tener los mayores índices de consumo de alcohol fuera de las comidas. Conclusión: La amplia variabilidad de pautas de bebida entre los centros EPIC proporciona grandes oportunidades para comprender mejor la relación entre el alcohol y las enfermedades relacionadas con el éste.

### 3.3.) DIVULGACIÓN NUTRICIÓN:

Ana ElBusto (2006). Intervención de educación nutricional en colegios guipuzcoanos. *Public Health Nutrition*, 9, (7).



4 ...

IMAGEN CORPORAL

## 4) IMAGEN CORPORAL

### 4.1) INTRODUCCIÓN

La imagen corporal se ha convertido hoy en día en el objeto a estudio de numerosas investigaciones. Es evidente la importancia que se da a la apariencia a todos los niveles cuando surgen cuestiones como: ¿Qué dirán?; ¿Qué opinarán de mí?; ¿Que imagen daré?; etc. A esto hay que añadir la sobrevaloración socio-cultural que se le da a un cierto tipo de imagen corporal en función del momento histórico. En la actualidad el ideal de belleza se asemeja al de la extremada delgadez, la cual a su vez está asociada al éxito, la eficacia, la felicidad, etc.

Schilder definió la imagen corporal como “la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo”; esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt (impresión general) física, psicológica y social. Slade define la imagen corporal como “el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”.

Cash distingue tres dimensiones en las actitudes hacia el cuerpo:

- :: a) *evaluación* (por Ej. satisfacción corporal, apreciación cognitiva y pensamientos evaluativos que derivan de discrepancias al compararnos con el self ideal predominante);
- :: b) *investidura cognitivo-conductual* (por Ej. esquemas cognitivos sobre la apariencia, fuerza de las ideas internalizadas sobre el físico, conductas que llevo a cabo en función de esos esquemas;
- :: c) *afecto* (por Ej. disforia situacional sobre la imagen corporal,).

Podríamos decir que la imagen corporal está formada por los siguientes componentes: *Cognitivo* (pensamientos y creencias sobre el cuerpo), *perceptivo* (táctil, kinestésico, propioceptivo, visual, olfativo, auditivo), *afectivo* (sentimientos sobre el propio cuerpo) *conductual* y *social*. En su desarrollo estarían influyendo factores como los *sucesos que inciden en el cuerpo* (accidentes, enfermedades, abuso sexual), *la relación con los demás*, *la autoestima* y *la socialización*.

Hasta ahora hemos descrito los aspectos relacionados con la imagen corporal (qué es y cómo la podemos entender) pero ¿qué ocurre cuando la percepción que tenemos de

nosotros mismos no coincide con la apariencia que realmente tenemos, o cuándo estamos insatisfechos con nuestra imagen? La *distorsión corporal* haría referencia a la discrepancia entre la percepción y las creencias que tenemos sobre la talla o la figura y la realidad observable. La *insatisfacción corporal* se referiría al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados pero diferentes: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo, por lo que, creemos que el volumen es el doble de lo que es (muslos, nalgas, vientre, etc.) y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura (pensamiento dicotómico, generalizaciones, etc.).

Que estemos insatisfechos no significa que tengamos un trastorno de la imagen corporal, pero cuando existe una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física (una preocupación que nos perturba y nos afecta a niveles tales como el individual, el familiar y el social), en ese caso sí se podría hablar de un *trastorno de la imagen corporal*, ya que se estarían incluyendo aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos. Esta situación lleva a *devaluar la propia apariencia* ("tengo un tipo horroroso comparado con mis compañeras, ¡¡¡Qué horror de muslos!!!"), a *preocuparse en exceso por la opinión de los demás* ("¿qué van a opinar de mí?... van a pensar que no me cuido...") y a *pensar que no se vale* ("no me extraña que me vaya peor, seguro que fracaso...") *ni se puede ser querido debido a la apariencia física* ("no me van a elegir para el próximo proyecto, y si se fijan será para reírse...¿Quién me va a querer...?"); por todo esto las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo (sobre ropas anchas), lo someterán a dietas y a ejercicio excesivo, y tenderán a evitar las relaciones sociales.

Es importante matizar que la preocupación por el peso en la población femenina no debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal; en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, y esto provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un trastorno de la imagen corporal. Cash y Henry encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso. La distorsión de la talla corporal solo es uno de los síntomas que confluyen en trastorno de la imagen corporal, que es en sí un problema multidimensional en el que hay alteraciones perceptivas, actitudinales y conductuales.

La magnitud de la disparidad entre la autopercepción del físico y las ideas internalizadas sobre el mismo están asociadas a la insatisfacción corporal y a los trastornos alimentarios (TA). Bruch destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios, la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan. Los pacientes con TA tienen mayores discrepancias en el self ideal que los controles y ponen excesivo énfasis en el peso y apariencia para autoevaluarse.

Aunque las preocupaciones acerca del peso y la imagen corporal son consideradas como elementos clave en los trastornos de la conducta alimentaria, es de vital importan-

cia hacer objeto de estudio los aspectos etiológicos de dichas preocupaciones respecto a la imagen corporal. Casi todos los estudios resaltan como factores esenciales en la formación de la imagen corporal, a los factores biológicos, familiares, socioculturales y los acontecimientos vitales estresantes (AVES).

En el área de los factores biológicos, se ha sugerido que los agentes ambientales compartidos son más importantes que los genéticos, sobre todo en las actitudes de la mujer respecto a su peso y figura corporal. Otros factores que se asocian a la insatisfacción corporal, son los cambios en la distribución de la grasa corporal ocurridos durante la pubertad en las chicas, o la obesidad premórbida.

En lo que se refiere al área familia, las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, son las variables que con mayor frecuencia se han citado como precipitantes de la conducta de dieta y preocupación con la imagen corporal. Otros factores familiares a tener en cuenta son la obesidad de los progenitores, actitud ante la comida y el estilo de alimentación (usar la alimentación para calmar las emociones, como castigo o como premio, etc,...).

Acontecimientos vitales estresantes (AVES), como los abusos sexuales, las experiencias de rechazo por parte de los compañeros de colegio, las separaciones, los accidentes, los fracasos, etc.... ejercen cierto efecto sobre la preocupación por la imagen corporal, siendo a su vez la baja autoestima un elemento mediador en la misma.

En cuanto a los factores socioculturales, diversos estudios han relacionado las preocupaciones acerca del peso y la imagen corporal con la clase social y la cultura de la delgadez, cultura preconizada por los medios de comunicación de la sociedad occidental. Es evidente la presión ejercida por un modelo de cuerpo delgado que sigue incidiendo de forma más poderosa en chicas que en chicos, y que puede reflejar la relación positiva hallada en nuestro país entre publicidad, el modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal.

En definitiva, la preocupación por la imagen corporal, hecho extremadamente frecuente en la adolescencia, tiene un origen multifactorial que en ocasiones desemboca en una conducta de dieta y subsecuentemente (no siempre tiene porqué ser así) en un trastorno de la conducta alimentaria.

Por lo tanto la imagen corporal es una variable muy importante a tener presente en relación a enfermedades mentales como los trastornos alimentarios, pero también debemos tener en cuenta aspectos como la autoestima, el género y el momento del ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta, etc.). Quizás debido a la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria durante la adolescencia, es en este período de la vida en el que se han centrado gran parte de los estudios realizados. Sería de vital importancia estudiar sistemáticamente las conductas alimentarias y la actitud hacia la imagen corporal en preadolescentes y adolescentes de cara a la prevención de unas patologías cuya prevalencia alcanza porcentajes importantes en nuestra sociedad.

A modo de conclusión resaltar que la imagen corporal está formada por muchos elementos (cómo nos sentimos con nuestro cuerpo, qué pensamos de él, cómo nos sentimos en él o qué hacemos con él). Esta imagen corporal es aprendida desde el comienzo de nuestra vida y está en constante evolución.

Pero no debemos alarmarnos, todos nos hemos sentido inseguros, insatisfechos o desconfiados en algún momento de nuestra vida con nuestro cuerpo. Lo que sentimos hacia él, está influido por percepciones no siempre reales (muchas veces ficticias) de nosotros mismos y de nuestro entorno (familia, amigos, medios de comunicación) sobre cómo deberíamos vernos o sobre lo que sería normal, adecuado o incluso bueno.

Resulta de gran importancia que atendamos a nuestra imagen corporal, porque aunque sea normal sentirnos incómodos con nuestro cuerpo (que en ocasiones lo rechacemos o incluso nos avergoncemos de algunas de nuestras formas corporales) debemos enfrentarnos a estos sentimientos negativos y aceptarlos o reemplazarlos por la autoafirmación y la aceptación, ya que de lo contrario vamos a ser vulnerables a desarrollar numerosos problemas (trastornos de conducta alimentaria, sentimientos de depresión, aislamiento, baja autoestima, obsesión por perder peso, etc...) que en la mayor parte, una vez instaurados nos lleven a un círculo vicioso nefasto.

¿Cómo se forma este círculo vicioso?: a sentimientos negativos no atendidos (rechazo, vergüenza, culpa...) sobre nuestro cuerpo, le pueden seguir sentimientos de baja auto-estima y/o sentimientos depresivos debido a que no estamos satisfechos y no aceptamos ni entendemos lo que tenemos ni lo que sentimos. Esto nos puede llevar a desórdenes alimentarios (dietas autoimpuestas, ejercicio excesivo, etc.) que hagan que nos machaquemos más y más, hasta finalmente despreocuparnos de nuestra salud y bienestar para terminar encontrándonos de nuevo en el principio, con aquellos sentimientos negativos hacia nuestro cuerpo aún más agudizados y así, acabando de cerrar el círculo.

Por todo lo dicho debemos atender, reconocer, aceptar, cuidar y respetar nuestra imagen corporal, ya que en cada uno es diferente y especialmente única.

La imagen corporal es:

:: *Cómo te ves...* cuando te miras en el espejo, cuando te imaginas a ti misma.

:: *Qué piensas...* acerca de tu propio aspecto (recuerdos, deducciones e interpretaciones).

:: *Cómo te sientes...* en relación a tu cuerpo y/o a tu apariencia (estatura, figura, peso y formas).

*Qué haces en tu cuerpo y con tu cuerpo...* (actitudes y conductas)

La Imagen negativa de tu cuerpo es cuando:

:: *Tienes una distorsión de tu figura corporal*, en la que percibes partes de tu cuerpo (nalgas, vientre, muslos, caderas, etc.) distintas a lo que en realidad son.

:: *Tienes sentimientos de vergüenza* cada vez que piensas en tu cuerpo, generando ansiedad.

:: *Tienes clarísimo que los demás tienen mejor cuerpo* que tu, que son más atractivos, de ahí su éxito.

:: *Tienes pensamientos negativos* (rechazo, fracaso, decepción) hacia la imagen que das.

La Imagen positiva de tu cuerpo es cuando:

:: *Tienes una percepción o idea clara de tu figura*, en la que percibes las partes de tu cuerpo como en realidad son.

:: *Aceptas y aprecias la figura que tienes*, que es la tuya y por lo tanto única.

:: *Comprendes que la apariencia física no determina tu personalidad, ni tu éxito, ni tu felicidad eterna.*

:: *Tienes pensamientos de aceptación* hacia tu imagen, hacia tu aspecto. En donde el qué pensarán de ti no es el motor de tu vida.

:: *Te sientes orgullosa de tu cuerpo* y rechazas el pasar demasiado tiempo preocupándote por la comida, peso y calorías.

:: *Sabes que tu cuerpo es el que es*, lo debes cuidar, aceptar y proteger

## 4.2.) PUBLICACIONES CIENTÍFICAS IMAGEN CORPORAL:

Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Identificación de adolescentes en riesgo: La insatisfacción corporal y los trastornos de alimentación. En M.I. Fajardo, M.I. Ruiz, A. Ventura, F. Vicente y J.A. Julve (Ed.): *Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Nuevos retos, nuevas respuestas.

Cruz, S.; Maganto, C. y Etxebarria, A. (2002). Autoconcepto e Imagen Corporal en Adolescentes. En C. Maganto (Dir.), *Investigaciones en Psicología Clínica*.

Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio empírico. *Psiquis*, 23 (1), 25-32. ISSN: 0210-8348. Depósito Legal: B-24050-1979.

Resumen: El presente trabajo tiene por objetivos analizar las alteraciones de la imagen corporal y comprobar la relación entre estas alteraciones y posibles trastornos de la con-



ducta alimentaria. La muestra está compuesta por 200 sujetos de ambos sexos de 14 a 17 años. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Índice de Masa Corporal (IMC), el test de Siluetas (TS) y el Eating Attitudes Test (EAT). Los resultados muestran que las mujeres presentan significativamente una mayor distorsión e insatisfacción con su imagen corporal que los varones. Esto es, se perciben más gruesas y están más descontentas. Tomando como referencia la puntuación de 20 en el EAT se han establecido dos subgrupos: sujetos en riesgo de presentar un trastorno alimentario y sujetos sin riesgo. En el subgrupo de sujetos en riesgo el 85% son mujeres. La insatisfacción con la imagen corporal y el bajo IMC aparecen como variables explicativas del trastorno alimentario.

Cruz, S. y Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 1, 79-100. ISSN: 0329-5893

Resumen: dada la prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones cada vez más jóvenes y su asociación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se realizó un estudio sobre el Test de Siluetas a fin de conocer los índices de Distorsión e Insatisfacción en población no clínica, su posible relación con el Índice de Masa Corporal y explorar las variables explicativas de estas alteraciones. La muestra fue de 126 chicas y 119 chicos de 14 a 17 años de nivel socioeconómico medio-alto. Los instrumentos de evaluación fueron el Test de Siluetas, el Índice de Masa Corporal y el Inventario de la Conducta Alimenticia (EDI-2). Los resultados indican que ambas variables, Distorsión e Insatisfacción son más frecuentes en chicas que en chicos, que el Índice de Masa Corporal mediatiza los resultados y que la Insatisfacción está más relacionada con las alteraciones de la conducta alimentaria que la Distorsión. El Índice de Masa Corporal, la Insatisfacción y la variable Ascetismo del EDI-2 explican el 49% de la varianza de Distorsión, mientras que la Obsesión por la Delgadez, el Índice de Masa Corporal y la Distorsión explican el 61,8% de la Insatisfacción.

Espina, A.; Ortega, M.A.; Ochoa de Alda, I.; Alemán, A.; Juaniz, M. (2001) Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 1 12(2) 2001, 217-235.

Resumen: En este estudio se examinó la relación entre la insatisfacción corporal y los síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de 969 estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, de los cuales 508 eran mujeres y 461 eran varones. Los sujetos fueron evaluados con el Body Shape Questionnaire, El EAT, y el Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorders Inventory. Resultados: Los resultados muestran que la prevalencia de síntomas de TCA es del 7.1% en mujeres, y 2.4% en varones. La preocupación en la imagen corporal aparece en el 32% de las mujeres, incrementando con la edad, y el 8.9% de varones. Hay correlación positiva entre la preocupación de la imagen corporal y el peso corporal independientemente del sexo. Conclusiones: Los resultados confirmaron investigaciones previas y reafirman la necesidad de evaluar sistemáticamente esos rasgos en poblaciones pre-adolescentes, en vistas a diseñar campañas de prevención.

Esnaola Etxaniz, Igor (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y modificación de conducta*. 31 (135).

Resumen: En esta investigación se analiza la relación entre la imagen corporal (EDI-2) y los modelos estéticos corporales (CIMEC-26). Por un lado, se analiza las diferencias en función del género, y por otro, las diferencias entre dos grupos de edad, adolescentes y jóvenes. La muestra está compuesta por 627 adolescentes y 271 jóvenes. La media de edad de los adolescentes es de 15.33 años y la de los jóvenes 22.49 años. Los resultados indican que las mujeres, tanto en la adolescencia como en la juventud, muestran mayor insatisfacción corporal y mayor influencia de los modelos estéticos corporales. En cuanto a la edad, existen diferencias significativas en el EDI-2. Los varones adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez y sentimientos de ineficacia que los varones jóvenes; las mujeres adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia. En cuanto al CIMEC-26, solo se han encontrado diferencias significativas en la muestra de los varones. los varones jóvenes están más afectados por la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales que los adolescentes varones.

Maganto, C., Del Río, A. y Roiz, O. (2002) Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de la Alimentación (PICTA). Manual, Cuaderno de trabajo y vídeo. *Primer premio en el V Concurso Nacional de TEA Ediciones*. Madrid. TEA.

Maganto, C. y Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, XX, (2), 197-223.

Maganto, C., Cruz, S. y Etxebarria, A. (2003). Autoconcepto negativo y alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*.

Resumen: Las investigaciones relacionadas con Trastornos de Conducta Alimentaria (TAC) en adolescentes sugieren que el autoconcepto es un variable asociada a dichos trastornos. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre autoconcepto positivo y negativo con alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes. La muestra está compuesta por 724 adolescentes, 341 chicos y 383 chicas de 14 a 18 años. Los instrumentos de evaluación utilizados han sido: el Índice de Masa Corporal, el Cuestionario de Autoconcepto (Martorell y cols., 1993) y el Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI-2; Garner y cols., TEA, 1998). Los resultados informan de un autoconcepto negativo significativamente mayor en chicas que en chicos. No se observan diferencias en el autoconcepto positivo en función del sexo. Los sujetos con autoconcepto positivo ( $n = 96$ ) presentan puntuaciones significativamente menores que los sujetos con autoconcepto negativo ( $n = 68$ ) en todas las variables del EDI-2, excepto en Perfeccionismo. Los análisis de regresión múltiple indican que en la obse-

sión por la delgadez y en la insatisfacción corporal el sexo y el IMC son las dos primeras variables explicativas de los resultados, mientras que en bulimia y en el resto de subescalas del EDI-2, el autoconcepto aparece como primera variable explicativa de los resultados, si bien el peso de los mismos es bajo. Podemos concluir, atendiendo a los resultados obtenidos que sería aconsejable que los profesionales de la educación y salud trabaran la variable autoconcepto en chicas adolescentes como prevención de los TCA.

Maganto, C y Cruz, S. (2003). Evaluación de un taller sobre prevención de trastornos de alimentación en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.

Resumen: El objetivo de este taller es prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria en gente joven. Objetivos: a) crear conciencia de la creciente importancia de este desorden; b) dar a conocer las variables asociadas con los TCA, y orientar a la gente respecto a las acciones a llevar a cabo. Los temas están relacionados con las pautas de comida, la imagen corporal y la presión socio-cultural, la autoestima, y las variables relacionadas con los TCA. La metodología es activa y participativa a través de técnicas de grupo e interacción. Resultados: Asistió un promedio de 8 chicas y 2 chicos. Las atribuciones de atracción física y social estaban asociadas a la delgadez en un 94% de los casos. El 68.8% percibía su imagen como normal-gruesa, y el 62,4% desearía tener dos tallas menos. El 30% percibe esa presión dentro de la familia. El 60% de los sujetos tiene amigos o familiares con algún tipo de TCA. Conclusiones: Los resultados posttest confirman los beneficios sociales y comunitarios de emplear este tipo de taller en ambientes no clínicos.

Ramos, P; Pérez de Eulate, L; Liberal, S; Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA En adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16.

Resumen: Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) (anorexia, bulimia, vigorexia\*, ortorexia\*) se encuentran estrechamente relacionados, como causa y/o efecto, con las modificaciones de la imagen corporal. Por ello la distorsión de esta es considerada como un criterio de diagnóstico en los TCA. Conocida esta relación hemos estudiado diferentes aspectos relacionados con la imagen corporal en jóvenes vascos: al 47% les gustaría estar más delgados; el 16% considera que la ropa le estaría mejor con una talla menos; el 37% considera que los jóvenes de su entorno pesan menos que ell@s; se ha encontrado errores cognitivos con respecto al peso de los adolescentes de la misma edad en un 29%; en lo que concierne a la presión familiar el 79% responde recibir algún tipo de presión; el 53% estaría dispuesto a adelgazar para mejorar su imagen física; siendo más las mujeres (63%) que los hombres (44%). Estos datos muestran la relevancia que nuestros jóvenes aportan a la imagen corporal y su valor como factor predisponente, en muchos casos, a los TCA.

# GLOSARIO:

---

## *ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES*

Hace referencia a aquellas encrucijadas que afectan al desarrollo de la familia o sus miembros, exigiendo un cambio para la adaptación a la nueva situación. Generalmente son circunstancias de la vida inesperadas (separaciones, divorcio, accidentes, despidos, enfermedades, etc...) que interrumpen una fase del desarrollo y obligan a descubrir nuevos recursos. En ocasiones estos recursos no son adaptativos y llevan a situaciones de estrés que de cronificarse pueden ocasionar serios conflictos.

## *ALFA CAROTENO*

Precursor de la vitamina A (junto con el Beta caroteno) y actúan como nutrientes antioxidantes. Son los únicos carotenoides (junto con el Beta caroteno) que se transforman en cantidades apreciables de vitamina A. Sin embargo, el organismo solo convierte estos carotenoides en vitamina A conforme los va necesitando. Los alfa y beta carotenos son importantes para el sistema inmune y proporcionan resistencia a la infección.

## *ANOREXIGENO*

Sustancia que actúa inhibiendo el apetito.

## *ANOREXIA NERVIOSA*

Trastorno mental que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

1- Rechazo por parte de la persona enferma a mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal.

2- Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso teórico.

3- Miedo intenso a ganar peso aún estando por debajo de un peso normal.

4- Alteraciones en la valoración del peso y de la silueta corporal: Distorsión de la Imagen Corporal.

5- En las chicas, pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos únicamente se dan después de la administración de hormonas (ex. Estrógenos).

*Subtipo Bulímico:* Durante el periodo de AN la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

*Subtipo Restrictivo:* Durante el periodo de AN la persona NO presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

## *AJUSTE DIÁDICO*

Hace referencia a la relación de pareja, a cómo se ajusta (nivel de coincidencia) la percepción de la relación de pareja según cada uno de los miembros que forman una pareja.

## *ALEXITIMIA*

La alexitimia es un trastorno en el procesamiento emocional caracterizado por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional. Quienes padecen altos niveles de alexitimia muestran lo siguiente:

- Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional.
- Dificultad para describir sentimientos a otras personas.
- Limitación en los procesos simbólicos expresada a través de una reducida capacidad de fantasía, de rememoración y de manejo simbólico de las emociones y afectos, así como un patrón de pensamiento orientado a lo extremo, preocupado por los detalles y acontecimientos externos.

### AUTOESTIMA O AUTOAPRECIACIÓN

Es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo. El término suele confundirse con el término coloquial ego, que referencia en realidad a la actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que éste tiene de sí.

### BETACAROTENO

El beta caroteno es una sustancia de origen vegetal que el organismo convierte en vitamina A. También actúa como antioxidante y potenciador del sistema inmunológico. Los vegetales de color verde oscuro y amarillo anaranjado son buenas fuentes de beta caroteno. También está disponible en forma de suplemento.

### BETACRIPTOXANTINA

Pigmento carotenoide presente en los sistemas biológicos.

### BULIMIA NERVIOSA

Es una enfermedad mental que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

1- Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

*a. Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.*

*b. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).*

2- Sentimientos de descontrol y culpa en relación a los atracones.

3- Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso después de los episodios de atracón como el vómito, uso de laxantes, incremento del ejercicio físico o el ayuno.

4- Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 3 meses.

5- Autoestima excesivamente influenciada por el peso y la silueta.

6- El trastorno no tiene lugar exclusivamente durante episodios de AN.

- *Tipo purgativo:* La persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes i/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.

- *Tipo no purgativo:* La persona utiliza otras conductas compensatorias, no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes i/o diuréticos.

### CAROTENOIDE

Son pigmentos orgánicos que ocurren de forma natural en plantas y otros organismos fotosintéticos.

ticos como algas, algunas clases de hongos y bacterias. Se conoce que existen en forma natural hasta alrededor de 400 compuestos pertenecientes a este grupo.

#### *CEAXANTINA*

Se encuentra en la col verde, espinaca, brécol, lechuga, guisantes, coliflor, maíz, col rizada.

#### *COLECISTOQUININA*

Hormona segregada en el tubo digestivo que produce saciedad en humanos y animales.

#### *COMORBILIDAD*

Presencia o coexistencia en una misma persona de otros trastornos (mentales o de personalidad) asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

#### *CONDUCTAS PURGATIVAS*

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales el *DSM-IV*, subclasifica a los pacientes con Anorexia nerviosa (AN) y Bulimia nerviosa (BN) en función de la presencia o ausencia de conductas purgativas aplicadas al control de peso, es decir, presencia de vómitos autoinducidos, uso de laxantes y enemas, uso de diuréticos.

#### *CONSEJOS HIGIÉNICOS DIETÉTICAS*

Aquellos que promueven un estilo de vida más saludable en relación con la alimentación y la actividad física.

#### *DISFORIA*

Hace referencia al malestar general vago e indeterminado, suele ir acompañado de sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad, a veces se usa como el estado emocional contrario a la euforia.

#### *DISLIPEMIA*

Ateración de la concentración en sangre de lípidos. Habitualmente se miden colesterol y triglicéridos.

#### *DISMORFOFOBIA*

Si cuando hablamos de fobia, la describimos como el miedo intenso, persistente e irracional a determinados objetos o situaciones. A partir de este temor, la persona que lo padece entra en un estado de ansiedad y desesperación que no le permite enfrentarse con la situación referida. Por lo que la dismorfofobia se caracteriza por la preocupación excesiva por un defecto corporal mínimo o por defectos corporales imaginarios. En la persona que padece la dismorfofobia va a sufrir la invasión de sentimientos de fealdad creyendo que es evidente para los demás, aunque su aspecto esté dentro de los límites de la normalidad. Las personas que sufren este trastorno psicológico recurren constantemente a la cirugía estética para solucionar su angustia o frustración.

#### *DISTRIBUCIÓN ANDROIDE DE LA GRASA*

La padecen aquellas personas en las que ésta predomina en la mitad superior.

#### *DISTRIBUCIÓN GINOIDE DE LA GRASA*

Se presenta sobre todo en mujeres con un predominio de esta en la mitad inferior del cuerpo: cadera, glúteos y muslos y un índice cintura-cadera de 1 en el varón y de 0,9 en la mujer.

### *FUNCIÓN PLÁSTICA*

Función formadora y de renovación de las células de los diferentes tejidos del organismo.

### *FUNCIÓN CATALIZADORA*

Que interviene en diferentes reacciones químicas permitiendo que estas se realicen de manera adecuada en el tiempo óptimo.

### *GRUPO CONTROL*

Parte de la muestra total de una investigación que no es sometida a ningún tipo de tratamiento, pero de la que se obtienen los mismos registros de medición que del Grupo de Intervención (Grupo éste que sí que es expuesto a tratamiento).

### *HIPERANDROGENISMO*

Aumento de la concentración de andrógenos siendo estos las hormonas sexuales masculinas.

### *HIPERURICEMIA*

Elevación del ácido úrico en sangre.

### *KINESTÉSICO*

Todos nosotros estamos recibiendo a cada momento y a través de nuestros sentidos una ingente cantidad de información procedente del mundo que nos rodea. Nuestro cerebro selecciona parte de esa información e ignora el resto. Tenemos tres grandes sistemas para representar mentalmente la información: el sistema de representación visual, el auditivo y el kinestésico. Utilizamos el sistema de representación visual siempre que recordamos imágenes abstractas (como letras y números) y concretas. El sistema de representación auditivo es el que nos permite oír en nuestra mente voces, sonidos, música. Por último, cuando recordamos el sabor de nuestra comida favorita, o lo que sentimos al escuchar una canción estamos utilizando el sistema de representación kinestésico. El programa Neurolingüístico (PNL) destaca que las personas que priorizan el canal kinestésico, dan una gran importancia a sus sensaciones, en general sus posturas son distendidas y habla lentamente con predominancia de registros graves. Es importante manejar su aspecto afectivo y las emociones.

### *LEPTINA*

Es una proteína producida en el tejido adiposo y que interviene en la regulación del mismo. Actúa a través del sistema nervioso central y parece disminuir la ingesta de alimentos y aumentar el gasto energético.

### *LICOPENO*

El licopeno es un pigmento vegetal, soluble en grasas, que aporta el color rojo característico a los tomates, sandías y en menor cantidad a otras frutas y verduras. Pertenece a la familia de los carotenoides como el  $\beta$ -caroteno, sustancias que no sintetiza el cuerpo humano, sino los vegetales y algunos microorganismos, debiéndolo tomar en la alimentación como micronutriente.

### *LÍPIDOS*

Los lípidos son compuestos químicos que ayudan al buen funcionamiento de los seres vivos, son un conjunto de moléculas orgánicas, la mayoría biomoléculas, compuestas principalmente por carbono e hidrógeno y en menor medida oxígeno, aunque también pueden contener fósforo, azufre y nitrógeno, que tienen como característica principal el ser hidrofóbicas o insolubles en agua y sí en disolventes orgánicos como el benceno.

A los lípidos se les llama incorrectamente grasas, cuando las grasas son sólo un tipo de lípidos, aunque el más conocido.

## LUTEÍNA

La luteína es un antioxidante de la familia de los carotenoides (un grupo de pigmentos liposolubles que se encuentran naturalmente en las plantas). La luteína es el principal carotenoide presente en la zona central de la retina llamada la mácula. Las espinacas, la col rizada, las hojas verdes de berza, la lechuga romana, el poro, los chícharos y la yema de huevo son alimentos ricos en luteína.

## MULTIIMPULSIVIDAD

Trastorno de personalidad multiimpulsiva. Lacey propuso el concepto de trastorno de personalidad multiimpulsiva, basándose en la coexistencia de abuso a múltiples sustancias, bulimia y sociopatía que podrían estar relacionados con mecanismos comunes de fracaso en el control de la conducta impulsiva cuando esa conducta es definida como fracaso a considerar los riesgos y consecuencias con una falta de deliberación. Este término comprende evidencia previa o presente de otras áreas de deterioro en el control, tales como daño a sí misma repetido, sobredosis, abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, robo de tiendas o sexualidad desinhibida. Cuando una bulímica se traslada desde el abuso del alimento a otras conductas autoagresivas aberrantes, el trastorno multiimpulsivo rápidamente escala hacia otros problemas conductuales o adictivos. Existe una sensación de estar fuera de control y los patrones de conducta fluctúan y son habitualmente intercambiables. Estas conductas tienen una función similar: reducir o bloquear sentimientos desagradables o estresantes. Los robos iterativos y las sobredosis no ocurren como conductas aisladas sino en presencia de otra, o abuso de alcohol o drogas, sugiriendo que son marcadores de severidad y tienen una particular importancia clínica pronóstica.

## NEUROPÉPTIDO Y

Es un potente estimulante central del apetito a la vez que disminuye el gasto energético.

## NEUROTICISMO

Una de las dimensiones básicas de personalidad descritas por Eysenck. Dimensión de neuroticismo o vulnerabilidad para la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés, sea física, como en las situaciones dolorosas, sea psicológica, como en las situaciones conflictivas o de frustración (ante situaciones valoradas como estresantes, experimentan sensaciones de miedo, tristeza, enfado, aversión, incluso labilidad emocional). La relación existente entre neuroticismo y estrés es muy marcada, de tal modo que puntajes altos en neuroticismo pueden ser indicadores de vulnerabilidad al estrés.

## OSTEOCALCIN

Marcador que mide el índice de la formación del hueso. La Osteocalcina o BPG, se encuentra exclusivamente en el hueso, representando del 10% al 20% de las proteínas no colágenas del hueso. Mientras la función *in vivo* de la osteocalcina es desconocida, su afinidad por los constituyentes minerales del hueso implica un papel en la formación de éste. Por esto la osteocalcina es un indicador del recambio del hueso.

## ORTOREXIA

Es la obsesión por comer saludable, es un trastorno alimentario, que junto con la bulimia y la anorexia es una patología en el orden alimenticio. La ortorexia puede interferir negativamente en la vida de la persona (hombre o mujer) que la padece. Generalmente, las personas que padecen dicha patología prefieren pasar hambre (incluso por largos periodos de tiempo), a comer alimentos que (a su parecer) son "impuros", es decir, alimentos con altos contenidos de aditivos, grasas, etc., pudiendo dejar de ir a restaurantes, comida rápida o *fast food*, e incluso a casa de familiares y amigos por el simple temor de los alimentos que puedan llegar a ingerir.

Las personas con ortorexia, se imponen fuertes restricciones de alimentos, lo cual repercute directamente en su salud, produciéndoles hipotensión y carencias de vitaminas y calcio (osteoporosis).



### *PENSAMIENTO DICOTÓMICO*

Es el tipo de pensamiento polarizado. Como cuando se dice comúnmente o blanco o negro, o todo o nada.

### *PROPIOCEPTIVO*

El sistema propioceptivo es aquél que nos proporciona información sobre el funcionamiento armónico de músculos, tendones y articulaciones: participa regulando la dirección y rango de movimiento; permite reacciones y respuestas automáticas, importantes para la sobrevivencia; interviene en el desarrollo del esquema corporal y en la relación con el espacio y sustenta la acción motora planificada.

### *PROTEÍNAS*

Son macromoléculas de masa molecular elevada, formadas por aminoácidos unidos mediante enlaces peptídicos. Pueden estar formadas por una o varias cadenas. Las proteínas son biomoléculas formadas básicamente por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. Suelen además contener azufre y algunas proteínas contienen además fósforo, hierro, magnesio o cobre, entre otros elementos.

### *PROTEÍNAS DESACLOPADORAS UCP1 y UCP2*

Intervienen en mecanismos de regulación de la producción de calor a través de la grasa.

### *PSICOTICISMO*

Eysenck plantea que el psicoticismo puede considerarse como la tercera dimensión general de la personalidad (introversión-extraversión/neuroticismo/psicoticismo) Las características más importantes de los sujetos con puntuaciones altas en psicoticismo, es que son personas solitarias, problemáticas, que están buscando constantemente sensaciones y son amantes de cosas extrañas y poco usuales. Las puntuaciones altas en psicoticismo suelen correlacionar positivamente con medidas de rasgos como inmadurez, irresponsabilidad, oposición a la autoridad, independencia, dificultad para ser gobernado. Tienden a ser sujetos poco cooperativos, con puntuaciones pobres de vigilancia, con dificultades para mantener la atención, y manifiestan un alto grado de creatividad u originalidad dado por las respuestas asociativas que da, tienden a infravalorar a las otras personas, y por ser especialmente autoritarios.

### *SELF IDEAL*

Se suele utilizar para hacer referencia al modelo de cómo queremos ser, nuestro Yo Ideal.

### *SEROTONINA*

Neurotransmisor que actúa regulando los estados de ánimo y se relaciona con el control de la ingesta.

### *SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN*

Es una patología en la que disminuye la inspiración y la expiración del aire por los pulmones.

### *SÍNDROME DOWN*

Malformación congénita causada por una alteración del cromosoma 21 (trisomía del par 21) que se acompaña de retraso mental moderado o grave.

### *SUERO 25 OH*

Se trata de un examen que mide la cantidad de 25-hidroxi vitamina D en el suero sanguíneo.

### *TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA*

Tratamiento psicológico que considera que los trastornos y enfermedades mentales se hayan anclados en los modelos de comunicación que los envuelven. Desde este enfoque se considera que el cambio debe de ir propiciado por una intervención más amplia que el mero tratamiento individual, atendiendo a los diferentes sistemas (hermanos, padres, familia, etc.).

### *TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO*

Son alteraciones en la conducta alimentaria que no reúnen los criterios de un trastorno específico.

Cumple todos los criterios de Anorexia Nerviosa, a excepción de que menstrúa regularmente.

Cumple todos los criterios de Anorexia Nerviosa excepto que a pesar de una pérdida muy importante de peso, el peso actual de la persona está dentro del rango normal.

Cumple todos los criterios de la Bulimia Nerviosa, salvo que los episodios de compulsión alimentaria ocurren con una frecuencia menor de dos veces por semana, en un lapso inferior a dos meses.

Un individuo de peso normal incurre regularmente en conductas compensatorias inadecuadas después de comer pequeñas cantidades de comida (ej: se provoca vómitos después de comer un bombón).

Una persona que regularmente mastica y escupe pero no traga grandes cantidades de comida.

Desorden de Compulsiones Alimentarias, en ausencia de las conductas compensatorias inadecuadas características de la Bulimia.

### *VIGOREXIA*

Es un caracterizado por la presencia de una preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia). Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigoréticos suelen realizar ejercicio físico excesivo a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva y la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorexico consume esteroides. La obsesión de estas personas por su cuerpo les lleva a pasar largas horas en el gimnasio, produciendo el aislamiento social.

### *VITAMINA D*

Esta vitamina pertenece al grupo de las liposolubles, e interviene en la absorción del calcio y el fósforo en el intestino, y por tanto en el depósito de los mismos en huesos y dientes.

### *VITAMINA D3*

Es una de las formas de la vitamina D. La luz solar es una fuente importante de vitamina D dado que los rayos UV dan inicio a las síntesis de vitamina D en la piel. Ante el estímulo de la luz solar el 7-dihidrocolesterol se convertirá en coleciferol (pro-vitamina D3) y el ergosterol en ergocolesterol (pro-vitamina-D2). Necesitan aún otra transformación para convertirse en las formas activas de la vitamina D. Esta transformación se da en 2 pasos, siendo la primera en el hígado y la última en riñón. La síntesis de vitamina D depende de la pigmentación de la piel y del grado de exposición a la luz solar.

# CUESTIONARIOS Y ESCALAS:

---

*BDI* (Beck, 1978): Instrumento utilizado para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association. La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización.

*BSQ*: Instrumento que permite obtener una puntuación global que derivada de cuatro subescalas: Insatisfacción Corporal; Miedo a engordar; Baja estima por la Apariencia Física; y Deseo de Perder Peso.

*CIMEC-26*: Cuestionario utilizado para determinar la influencia que sobre el individuo ejercen los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético prevalente de figura corporal.

*CGI*: Escala de impresión clínica global. La escala CGI se refiere a la impresión global del paciente y requiere que el médico tenga experiencia clínica en el síntoma que se evalúa. El concepto de mejoría se refiere a la distancia clínica que existe entre el estado actual del paciente y el estado anterior al comienzo del tratamiento. La escala de mejoría CGI se puede completar solamente durante o después del tratamiento. Tiene siete categorías de gravedad, desde "Sin enfermedad" hasta "Extremadamente grave".

*DAS* (Spanier, 1976): Consiste en un cuestionario autoaplicado de 32 preguntas que nos indica, en cuatro subescalas diferentes, el grado de consenso, satisfacción, cohesión y demostraciones afectivas, así como el ajuste total de los miembros de una pareja.

*EAT-40* (Garner y Garfinkel, 1979): prueba autoaplicada de 40 ítems que evalúa las actitudes, sensaciones y preocupaciones en relación con la comida, peso y ejercicio. El punto de corte utilizado es 30.

*EDI-2* (Garner, 1998): está llamado a ser protagonista en la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria tan extendidos hoy en día. Sus 91 elementos permiten puntuar en 11 escalas, 8 principales (Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza interpersonal; Conciencia introceptiva y Miedo a la madurez) y 3 adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social).

*EEAG*: Escala de evaluación de la actividad global. Es un instrumento de evaluación del nivel de funcionamiento de la actividad psicológica, social y laboral.

*EPQ* (Eysenck, 1975): Evaluación de tres dimensiones de la personalidad: Inestabilidad (neuroticismo), Extraversión y Dureza (psicoticismo), con una escala de sinceridad y otra de tendencia a conducta antisocial. Aplicación: Colectiva. Tiempo: Variable, 30 minutos, aproximadamente. Edad: Forma J de 8 a 15 años. Forma A, a partir de 16 años. Este cuestionario es el resultado del desarrollo de otros anteriores de los mismos autores. Su uso se ha extendido rápidamente para el diagnóstico y estudio de casos clínicos, problemas de conducta y orientación escolar.

*FES* (Moos y Moos, 1987): Escala utilizada para medir las características socio-ambientales de las familias. El FES evalúa a la familia en tres áreas: 1) la manera en la que los miembros perciben la realidad de su actual ambiente familiar (formulario R). 2) la manera en la que los miembros consideran que debería de ser su ambiente familiar ideal (formulario I). 3) las expectativas que el sujeto tiene respecto a cómo sería su ambiente familiar en determinadas condiciones (formulario E). Además hay tres subescalas referidas a la relación (cohesión, expresividad y conflicto), cinco subescalas referidas al crecimiento personal (independencia, orientación hacia el logro, orientación cultural, orientación activo-recreacional, y énfasis religioso-moral), y dos subescalas referidas a la organización y al control.

*GHQ-28* (Goldberg y Hillier, 1979): Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

El cuestionario GHQ-28 fue desarrollado como método de identificación de "caso" psiquiátrico no psicótico en la comunidad y en medicina general. La forma empleada en nuestro estudio es la versión de 28 items, aparecida en 1979 y traducida y validada por Lobo y cols. Se trata de un instrumento de screening bastante utilizado a nivel general. Establecemos un punto de corte entre 4/5; es decir, una puntuación igual o inferior a 4 equivaldría a una baja probabilidad de trastorno psiquiátrico, mientras una puntuación igual o superior a 5 nos alertaría de la posibilidad de disfunción psíquica suficiente para establecer un diagnóstico psiquiátrico formal.

*IMC*: El Índice de Masa Corporal (IMC, siglas en inglés: BMI -Body Mass Index-) es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona. Se utiliza como indicador nutricional desde principios de 1980. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.

$$IMC = \frac{\text{peso (KG)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Puntos de corte:

- \* < 16,5 : Criterio de ingreso
- \* 16,5 a 18,5: Infrapeso
- \* 18,5 a 20,5: Bajo peso
- \* 20,5 a 25,5: Peso normal
- \* 25,5 a 30: Sobrepeso
- \* 30 a 40: Obesidad premórbida
- \* >40: Obesidad mórbida

*MMPI* (Hathaway y McKinney 1951): inventario multifásico de personalidad de Minnesota. Instrumento para evaluar la personalidad.

*PICTA*: Instrumento para trabajar con adolescentes y preadolescentes en la prevención de los riesgos que pueden desembocar en trastornos de la alimentación. Se analizan los aspectos referentes a la imagen corporal que tienen los jóvenes de sí mismos y de los demás y las causas o mecanismos psicológicos que pueden dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria.

*SAS* (Zung, 1971): Cuestionario autoaplicable de 20 preguntas diseñado para cuantificar el nivel de ansiedad experimentado por pacientes con síntomas de ansiedad. La media para población española es de 35 y una puntuación superior a 45 indica la presencia de un cuadro ansioso (Conde y Franch, 1984).

*SCL 90-R* (Derogatis, 1983): Breve y multifacético cuestionario autoaplicable diseñado para explorar un amplio rango de problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad en un paciente en un determinado momento, pudiendo ser muy útil para evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento.

*TAS-20* (Bagby, et al., 1994): contiene tres factores que valoran tres componentes sobresalientes del constructo multifacético de alexitimia: dificultad para identificar sentimientos, dificultad para comunicar sentimientos a otros, y pensamiento orientado externamente. Siguiendo a Taylor *et al.* (1996), el punto de corte utilizado sería 60.

Para Más información:

D'ELIKATUZ  
Centro de la Alimentación y la Gastronomía de Ordizia  
C/ Santa María 24, 20240 Ordizia  
Tel. 943882290  
[delikatuz@ordizia.org](mailto:delikatuz@ordizia.org)

Para más información sobre la campaña D'ELIKATUZ BIZI:  
[www.delikatuzbizi.com](http://www.delikatuzbizi.com)

IÑIGO OCHOA DE ALDA  
Presidente de AVAPSI y Profesor de la Facultad de Psicología  
Tel. 943015261  
Email. [inigo.ochoadealda@ehu.es](mailto:inigo.ochoadealda@ehu.es)

AVAPSI  
Asociación Vasca de Psicoterapia Dinámica y Sistémica  
Tel. 943430324

ACABE Gipuzkoa  
Asociación Contra la Bulimia y la Anorexia  
Paseo Mons 23 - 20015 Donostia  
Tel. 943 326 250  
Email. [gipuzkoa@acabeuskadi.org](mailto:gipuzkoa@acabeuskadi.org)