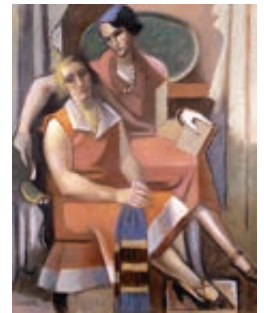




EJERCICIO FÍSICO Y TCA

Reiteradamente se ha mencionado y escrito sobre la existencia de una importante actividad física en pacientes con trastornos alimentarios y se ha comprobado que la hiperactividad llega a estar presente en más del 80% en las fases graves. El inicio de las restricciones alimentarias se produce a edades más tempranas cuando existe ejercicio físico intenso, la insatisfacción corporal suele ser mayor entre pacientes practicantes de ejercicio y la presencia de actividad intensa en la anorexia nerviosa suele preceder a la dieta restrictiva. En 2008 llevamos a cabo un trabajo cuyo objetivo era evaluar la presencia de ejercicio al inicio de un trastorno alimentario, y las posibles diferencias en la modalidad, según edad, sexo y subgrupos diagnósticos. La evaluación del ejercicio de los pacientes (N = 745), se hizo a través de la entrevista Eating Disorders Examination (EDE). Se recogió la presencia o no de actividad física conducente al consumo calórico, la pérdida de peso o la modificación de la figura, tipo de actividad e intensidad. Se consideró sólo la presencia de intensidad moderada o alta, y con clara relación con los objetivos mencionados. Del total de los pacientes estudiados, 407 (54,63%) realizaban ejercicio: 68,96% en anorexia nerviosa, 68,96% en bulimia nerviosa y 34,73% en los trastornos alimentarios no especificados, sin que encontráramos diferencias significativas entre hombres y mujeres. Por otra parte, la hiperactividad cotidiana fue lo más frecuente (47,42%), seguida de la actividad física en gimnasios (25,79%). Considerando los diferentes subgrupos diagnósticos observamos entonces algunas diferencias significativas ya mencionadas. Por otro lado se vio que tanto la hiperactividad como el ejercicio físico se asociaban sobre todo a pacientes de menos edad siendo un componente cada vez menos presente con el paso de los años. Ahora que se inicia una desenfrenada carrera contra kilos (como todos los meses de enero) conviene recordar que no todo vale. Cuidado.



PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD

El contexto sociocultural es un factor clave en la percepción que las personas tienen de sí mismas. Es bien conocido que las preferencias estéticas corporales están muy determinadas por la cultura y tienen la capacidad de suscitar distintas percepciones y opiniones de las personas sobre la base de sus características físicas. En el caso del sobrepeso y la obesidad, el entorno cultural y la presión social derivada generan un acercamiento a la persona “gorda” de un modo determinado, pues los estereotipos suscitan esquemas cognitivos sobre la forma de ser de las personas obesas. Hace unos años, en un acercamiento a las diferencias transculturales que pueden darse en la percepción de las personas obesas llevamos a cabo un estudio comparativo con 151 personas obesas, 49 que recibían tratamiento en nuestro medio y 102 que lo hacían en La Habana (Cuba). Para evaluar la percepción que sobre sí mismos tenían, se administró el listado de adjetivos de Tous, Pont y Muiños. En conjunto, la visión de las personas obesas españolas resultó mucho más negativa que lo que se recogió en la muestra cubana. Entre las primeras fueron más frecuentes los calificativos como pasivo, discutiador, inquieto, exasperante o nervioso, mientras que entre los cubanos fueron mucho más utilizados adjetivos como optimista, cariñoso, educado, sociable, virtuoso o valiente. En conjunto, la percepción que tenían de sí mismas las personas obesas comportaba el uso de adjetivos “positivos” relacionados con características “no externas”. Cuando se analiza la percepción que de los obesos tienen las personas que no lo son, es frecuente el uso de calificativos negativos para las características “no externas”. Así, es frecuente definirlos como pasivos, excluidos, vagos, etc., algo ya encontrado en otros estudios. De lo que no hay duda es de que a mayor presión social hacia la delgadez el juicio sobre las personas obesas se torna más severo y estigmatizante, a la vez que el “problema estético” parece pasar a un primer plano, por encima de criterios de salud.



ELEGIR MI COMIDA

Debe entenderse “elegir de forma adecuada”. Ese es uno de los objetivos a alcanzar en los pacientes con anorexia nerviosa a fin de que en su día sean libres e independientes con respecto a sus miedos y actitudes obsesivas. En su día pretendimos analizar las dietas elegidas por pacientes con anorexia nerviosa y un grupo de control, evaluando diversos aspectos nutricionales. Para ello, cuarenta y cuatro pacientes ambulatorios con un diagnóstico inicial de anorexia nerviosa restrictiva (con un IMC normal en el momento del estudio) y 34 estudiantes de bachillerato eligieron su dieta a partir de una lista de alimentos habituales. Se analizaron el contenido nutricional, la frecuencia del consumo y la influencia de la enfermedad y la duración del tratamiento sobre la dieta seleccionada. En cuanto a los resultados, el contenido calórico fue significativamente menor en las dietas de los pacientes. Por otra parte, sus dietas también contenían menos niacina, vitamina B12, sodio, cinc, fósforo, cobre y selenio, todo ello de forma significativa. La frecuencia del consumo fue menor en las pacientes con respecto al pan y cereales, la carne y los embutidos, los dulces y los alimentos grasos y fritos, pero mayor con respecto a los vegetales. Hoy en día lo que parecería ser una dieta “sana” (menos dulces, menos carnes, más vegetales, etc.) esconde muchas veces una serie de temores y obsesiones que nada tienen que ver con una “libre” elección. Finalmente, en aquel estudio se podía comprobar que los pacientes parecían retener ciertas características de patrones de alimentación y modificar otros, pero no tanto en términos de objetivos terapéuticos sino, más bien, como una manera de seguir de forma más estrecha los patrones de alimentación habituales del contexto. No es posible alcanzar una adecuada autonomía sin aprender a cuidarse y en estos pacientes los miedos no les llevan precisamente a un modo adecuado de hacerlo.



**“TU IMAGEN ES
IMPORTANTE, NO
TE OBSESIONES”.**

ESTÁ MUCHO MEJOR...

En la evolución clínica de pacientes con TCA es frecuente escuchar a los profesionales y también a las familias decir que el paciente está mucho mejor (otras veces que está peor, que sigue igual, etc.). Los TCA tienden a perdurar largo tiempo haciendo que, a lo largo del tratamiento, se observen avances, retrocesos y estancamientos. Ello debe obligar a “evaluar” permanentemente el estado del paciente, a ser posible no sólo mediante la impresión subjetiva del clínico. Hace un tiempo analizamos qué variables resultaban discriminantes a la hora de determinar qué pacientes evolucionaban mejor o peor. Resultó que el estrés percibido, autoestima, las variables contenidas en el listado de síntomas de Derogatis, la fusión pensamiento-forma, ansiedad, food craving y la puntuación en un cuestionario de imagen corporal tenían esa función discriminante. Resultó llamativo que un 10% de los pacientes estudiados estaban mal clasificados desde el punto de vista clínico. Cuando los profesionales que atendían a ese 10% de pacientes indicaban que tenían un curso regular o malo, el análisis psicométrico de dichos pacientes no corroboraba esa impresión. Por ello, debe ser la valoración global, clínico-psicométrica la que se vaya realizando periódicamente en los pacientes. Como se puso de manifiesto en aquel estudio, más allá de variables específicamente alimentarias (ingesta, peso, imagen corporal, etc.), otras más generales (ansiedad, depresión, autoestima, etc.) resultan muy relevantes en cuanto atañe a la evolución de estos pacientes. Una de las variables más importantes resultó ser la que hace referencia a la “distorsión fusión pensamiento-forma” que consta de tres componentes: a) la creencia de que tan sólo con pensar en comer ciertos alimentos puede variar el peso o la forma corporal; b) la creencia de que pensar en comer tales alimentos es tan “inmoral” como el hecho de comerlos realmente; y c) la creencia de que tener dichos pensamientos te hace sentir gordo. Son muchas las variables a tener en cuenta y hay que evaluarlas periódicamente para conocer el curso “real” de los pacientes, más allá de las opiniones.



$$4x - 7 = 5$$

Coefficiente Variable
Operador Constantes

PADRES DE PACIENTES MEJOR

Mejor, ¿qué? Pues la elección de alimentos, la preparación de la dieta de sus hijos (pacientes con TCA). En otro estudio que llevamos a cabo partíamos del hecho de que recientemente se había comunicado (en otros estudios) que la elección de alimentos por parte de familiares de pacientes con trastornos alimentarios no era adecuada teniendo en cuenta un modelo saludable de hábitos de alimentación. El objetivo fue analizar de qué forma las condiciones de trabajo se relacionan con las estrategias de afrontamiento en la elección de alimentos tanto en familias con algún miembro que padece un trastorno alimentario como en otras sin miembros con estos trastornos. También se analizaron las diferencias en el tipo de estrategias usadas por unas y otras familias. Para ello, un total de 80 padres (n = 27) y madres (n = 53) de pacientes con trastornos alimentarios (n = 50), con trabajo extra-doméstico, e hijos sin alteraciones psicopatológicas (n = 30) fueron entrevistados. La edad media fue de $43,57 \pm 5,69$ años y los ingresos económicos fueron moderados. Las estrategias de afrontamiento en la elección de alimentos usadas para integrar vida laboral y familiar fueron evaluadas mediante 22 ítems incluidos en cinco categorías.

Los resultados fueron interesantes. Los padres y madres de pacientes con trastornos alimentarios presentaron mejores estrategias que los de hijos sin patologías. El hecho de preparar más comidas en casa y usar menos comida rápida como comida principal son algunos ejemplos de esas mejores estrategias así como presentar menos pérdidas de desayunos y almuerzos debido al conflicto familia-trabajo, presentar menor picoteo y menor frecuencia de sobreingestas tras haber perdido alguna comida. A la vista de estos resultados parece que el esfuerzo terapéutico para mejorar la elección de alimentos en los padres de pacientes con trastornos alimentarios, especialmente cuando ambos trabajan fuera de casa, es un punto clave para mejorar los hábitos de alimentación de los pacientes contribuyendo ello a unos mejores resultados del tratamiento global. Desde hace mucho tiempo sostenemos que el tratamiento de un TCA, incluyendo a la familia, puede (debe) ser una escuela de padres, un lugar para la re-educación alimentaria, una academia donde aprender acerca de los conceptos “auténticos” de “sano” y “saludable” (deporte saludable, comer sano, etc.) y, en definitiva, un lugar que permita el crecimiento de las personas.



NO PEOR EN LA DANZA

La prevalencia de TCA parece ser mayor en determinados grupos de población como modelos, atletas y bailarines. Al menos eso se sostiene en muchos estudios. Las razones para ello estarían, se ha dicho, en algunos elementos de personalidad como perfeccionismo, autoestima y una elevada auto-exigencia. Por otro lado, las influencias socioculturales facilitan el desarrollo tanto de alteraciones relacionadas con la imagen corporal como de trastornos alimentarios a través de dos mecanismos: el reforzamiento (por ejemplo comentarios que ayudan a mantener un ideal de delgadez) y el modelado (imitación de conductas observadas). Algunos autores han destacado que el perfeccionismo y la baja autoestima son habituales entre personas que practican danza, lo que podría explicar que los TCA sean más prevalentes en este grupo. En todo caso, se trata de algo controvertido con resultados dispares entre estudios. En nuestro contexto también exploramos hace poco este tema en la Escuela Andaluza de Danza. Estudiamos variables relacionadas con el peso y la imagen corporal, conducta de dieta, percepción de la propia forma física, variables específicas relacionadas con los TCA y otras variables psicológicas. Participaron 77 alumnos de danza: flamenco (40.26%), danza contemporánea (32.47%) y danza neoclásica (27.27%). Lo interesante en cuanto a resultados fue que no se encontró un mayor riesgo de TCA en este grupo de practicantes de danza en Sevilla. Aun existiendo correlación entre el EAT-40 y el índice de masa corporal (IMC), aprecio corporal e impulso a adelgazar, las puntuaciones del EAT-40 y el IMC no sugieren un mayor riesgo en este grupo de bailarines. Por otro lado, estos bailarines tienen una percepción del propio peso similar a la de otras poblaciones y su insatisfacción corporal no parece ser peor que la expresada en otros tipos de población. Queda pues claro que no se trata de danza sí o no como elemento de riesgo. La actividad (profesional vs. semi-profesional), la edad, el tipo de danza, etc. parecen ser elementos que van a influir decididamente en que la práctica de una actividad comporte más o menos riesgo. Además estos participantes se identificaban mayoritariamente con siluetas que reflejan un IMC normal y su calidad de vida relacionada con la imagen corporal fue asimismo estrictamente normal.

C/Fernando IV, 24-26
41011 Sevilla
España

Teléfono:
+34954280789

Fax:
+34954278167

E-mail:
ijl@tcasevilla.com

Visítenos en:

www.tcasevilla.com



REVISTA *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*

Desde 2005, nuestro Centro viene publicando la Revista *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, con dos números al año (mayo y noviembre). **Ya tienen disponibles 23 números.**

Les invitamos a visitar nuestra Web, en la que tienen acceso a la Revista, en la siguiente dirección:

http://www.tcasevilla.com/revista_introduccion.aspx

TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA



Noticias y Agenda para enero

- Continúa el trabajo clínico-asistencial.
- Continúan los trabajos de investigación.
- Continúa la actividad docente.
- **¡FELIZ AÑO NUEVO!**

You want it? Then fight for it

Acerca de nuestra organización...

*El Instituto de Ciencias de la Conducta, además del trabajo habitual que lleva a cabo en Psiquiatría y Psicología, desarrolla un programa específico para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Deseamos que esta página sea un lugar de encuentro en el que plasmar la realidad de nuestro quehacer clínico cotidiano. Es nuestro interés invitar a la REFLEXIÓN sobre los múltiples aspectos que confluyen en patologías como la **ANOREXIA** y la **BULIMIA NERVIOSAS** tan devastadoras en nuestros días. También la **SOBREINGESTA COMPULSIVA** y la **OBESIDAD** reciben atención específica en nuestro programa.*

Hemos decidido... que la frase de García Márquez es tan bonita, que será el punto final de nuestro Boletín.

- La ilusión no se come –dijo la mujer
- No se come, pero alimenta –replicó el coronel

El coronel no tiene quien le escriba. Gabriel García Márquez, 1928