

Revista Española de Nutrición Comunitaria

www.elsevier.es/renc



ORIGINAL

Sobrepeso y obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria

P. Bolaños-Ríos e I. Jáuregui-Lobera *

Instituto de Ciencias de la Conducta, Universidad Pablo de Olavide, Área de Nutrición y Bromatología, Sevilla, España

Recibido el 16 de enero de 2010; aceptado el 30 de marzo de 2010.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Sobrepeso;
Obesidad;
Factor de riesgo;
Educación nutricional;
Prevención

Resumen

Fundamentos: El sobrepeso y la obesidad, habituales en algunos trastornos de la conducta alimentaria (TCA), influyen en su pronóstico. El objetivo fue analizar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en TCA y los factores dietéticos responsables del aumento de peso, así como proporcionar unas pautas dietéticas para dichos pacientes.

Métodos: Revisadas las historias clínicas de 1.005 pacientes con TCA se seleccionaron los 192 con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m², de los que se recogieron datos clínicos, antropométricos y dietético-nutricionales durante el tratamiento.

Resultados: El IMC ≥ 25 se asoció a bulimia nerviosa (BN) (33,33%) y al trastorno por atracón (TA) (58,85%), influyendo en el IMC máximo alcanzado el tipo de TCA ($p < 0,01$), el picoteo ($p < 0,001$), la toma de ≤ 3 ingestas al día ($p < 0,05$) y la ausencia de ejercicio regular ($p < 0,05$). En relación con el TA, los pacientes con BN picotean menos (51,56%), no comen habitualmente pan (67,56%), no toman dos platos en cada comida (70,27%) y habitualmente no realizan ejercicio físico (70,56%).

Conclusiones: En el tratamiento de los TCA con sobrepeso y obesidad es especialmente necesaria la intervención dietética, promocionando hábitos saludables mediante una actuación que, más allá de la información, pretenda modificar conductas hacia patrones alimentarios más saludables.

© 2010 SENC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: ijl@tcasevilla.com; igjl@upo.es (I. Jáuregui-Lobera).

KEYWORDS

Eating disorders
overweight;
Obesity;
Risk factor;
Nutrition education;
Prevention

Overweight and obesity in eating disorders**Abstract**

Backgrounds: Overweight and obesity related to some eating disorders (ED) may influence in the prognostic. The aim was to analyze the prevalence of overweight and obesity in ED, and the dietetic factors which are related to weight gain. Moreover to give some dietetic rules for those patients.

Methods: A total of 1005 medical histories were analyzed, and a sample of 192 patients with a BMI ≥ 25 kg/m² was collected. Their clinical data, anthropometric measures, and dietetic data during the period of treatment were analyzed.

Results: A BMI ≥ 25 was related to bulimia nervosa (BN) (33.33%) and overeating disorder (OD) (58.85%). The highest BMI was associated with the type of ED ($p < 0.01$), taking snacks ($p < 0.001$), the intake of ≤ 3 meals/day ($p < 0.05$), and the absence of regular exercise ($p < 0.05$). Comparing with OD, patients with BN have less snacks (51.56%), they don't eat bread with their meals (67.56%), they use to eat only one plate of food (70.27%) in their main meals, and they don't practice exercise (70.56%).

Conclusions: The dietetic treatment in ED is necessary, especially in cases with overweight/obesity associated. Healthy habits should be promoted not only giving information, but trying to change behaviors into more healthy eating habits.

© 2010 SENC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado de forma alarmante (la Organización Mundial de la Salud los ha descrito como la epidemia del siglo XXI), convirtiéndose en patologías que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer, cada vez a edades más tempranas^{1,2}.

En España la prevalencia de obesidad y sobrepeso, en la población adulta, es del 15,5 y del 39,6%, respectivamente, siendo la obesidad más frecuente en mujeres (17,5%) que en hombres (13,2%)³. La prevalencia de obesidad aumenta con la edad, llegando al 20,1% en varones y al 23,3% en mujeres mayores de 55 años⁴. Estos porcentajes sitúan a España en una situación intermedia en el contexto de los países europeos⁵, destacando las regiones de Andalucía, Canarias y Murcia³.

El sobrepeso y la obesidad infanto-juvenil (2-24 años) alcanzan el 26,3 y 13,9% respectivamente, más en varones (15,6%) que en mujeres (12%), con mayor prevalencia (16,1%) entre los 6 y los 12 años y destacando Canarias, el sur y el centro del país⁶.

La obesidad, enfermedad crónica caracterizada por un aumento de grasa corporal e incremento de peso, y provocada por un balance energético positivo, está relacionada con factores causales como el deterioro de hábitos alimentarios y el sedentarismo^{1,2}. Otros aspectos psicosociales permiten considerarla como una alteración de los hábitos alimentarios y otras conductas⁷. En ese sentido se ha propuesto un continuo anorexia nerviosa-obesidad en el que, evolutivamente, pueden situarse muchos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a lo largo de los años⁸. De hecho, más de la mitad de pacientes con anorexia desarrollan síntomas bulímicos⁹ y muchos sujetos con bulimia refieren antecedentes de anorexia^{10,11}. En fun-

ción del peso se situarían en los extremos la anorexia restrictiva y la obesidad⁸ (fig. 1).

Sobre ese continuo se han identificado factores de riesgo para cambios de diagnóstico como baja autonomía, elevadas críticas paternas, abuso/dependencia de alcohol y bajo nivel de búsqueda de sensaciones¹².

En algunos estudios de seguimiento a 5 años se estima que el 10% de los TCA mantienen el diagnóstico, el 18-20% presentan una remisión parcial y el 70% buena evolución. En estos estudios la presencia de atracones pronostica ganancia de peso (la prevalencia de obesidad puede llegar a duplicarse en el grupo de pacientes que mantienen el TCA)¹³.

La obesidad y gran parte de los trastornos que cursan con ella se consideran trastornos de la alimentación, a su vez, relacionados con otros, como los afectivos¹⁴. La investigación epidemiológica, clínica y terapéutica viene estableciendo puntos de relación entre la obesidad y los TCA¹⁴, siendo una condición clínica habitual a medio-largo plazo en el TCA, con participación directa en el diagnóstico y el tratamiento. En los niños obesos hasta un 6% presentan un TCA^{15,16}. El trastorno psicopatológico que acompaña a la obesidad puede ser primario o asociado (conducta bulímica), o secundario, desarrollado durante una restricción calórica (con

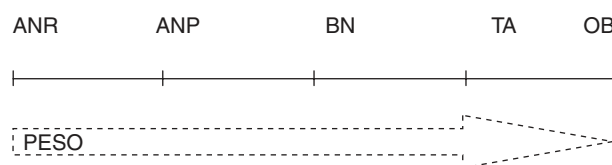


Figura 1 Espectro o continuo de los trastornos de la conducta alimentaria. ANP: anorexia nerviosa purgativa; ANR: anorexia nerviosa restrictiva; BN: bulimia nerviosa; OB: obesidad; TA: trastorno por atracón.

reducción de peso o sin ella), tipo bulimia o trastorno por atracón. La pérdida de peso en obesos puede dar lugar a depresión, ansiedad o irritabilidad que pueden facilitar el inicio de alguno de los TCA citados¹⁴.

El trastorno por atracón, presente en el 2-5% de la población general, afecta al 8-30% de los obesos (más del 30% de obesos en programas de control de peso llegan a padecerlo), especialmente los que tienen fluctuaciones ponderales. Es más frecuente en mujeres aunque, a diferencia de otros TCA, el 25-33% de los pacientes son hombres¹⁷. Los pacientes con trastorno por atracón refieren ingestas emocionales, ligadas a síntomas ansioso-depresivos, a situaciones que generan mayor percepción de estrés o a inestabilidad emocional^{18,19}.

Condición necesaria, pero insuficiente por sí misma, la dieta muy hipocalórica es un factor de riesgo para desarrollar sobrepeso u obesidad en el contexto de un TCA, como en el trastorno por atracón o la bulimia, llegando al 45% los adolescentes con sobrepeso u obesidad que afirman haber realizado previamente diversas dietas¹⁵. Por otra parte, los problemas de peso pueden preceder a comportamientos dietéticos anómalos. Así, mujeres obesas con un inicio temprano de atracones presentaron sobrepeso ya hacia los 12 años y realizaron dietas en torno a los 14, desarrollando posteriormente un trastorno por atracón²⁰. Algunos padres de niños con trastorno por atracón afirman que el inicio del mismo lo marcó la realización de dietas enormemente restrictivas²¹. El 65% de los niños con trastorno por atracón afirma haber comido en exceso previamente, por lo que se plantea que el hecho de comer en exceso también puede dar lugar a formas patológicas de comportamiento alimentario y al desarrollo de sobrepeso u obesidad¹⁵.

Por otro lado, muchos pacientes con bulimia asocian sobrepeso u obesidad a pesar de la existencia de conductas purgativas. La cantidad de alimentos no expulsada con el vómito, y por lo tanto, asimilada por el organismo, puede llegar a 1.200 kcal, sobre todo si en los episodios de atracón se ingiere gran cantidad de azúcares simples (lo que suele ocurrir con frecuencia), rápidamente absorbidos en las primeras porciones del tubo digestivo²², produciendo un aumento de peso.

Los objetivos del presente trabajo fueron: a) analizar la prevalencia y evolución del sobrepeso y obesidad en pacientes con TCA, determinando los posibles factores que pueden influir en el aumento de peso, y b) proponer unas pautas relacionadas con los hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso u obesidad en tratamiento por algún TCA.

Material y métodos

Población en estudio

Se revisaron las historias clínicas de 1.005 pacientes diagnosticados de TCA (criterios DSM-IV), atendidos ambulatoriamente entre 1998 y 2008, seleccionando a los que al inicio del tratamiento o en algún momento de la evolución alcanzaron un índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 . De los 192 pacientes resultantes, con una edad media de 30,55 años (desviación estándar [DE] = 11,3), 164 eran mujeres (85,42%) y 28 hombres (14,58%).

Material

Constó de una entrevista estructurada (DSM-IV) y datos evolutivos donde se recogen, además de otros apartados, datos antropométricos (peso y talla) e información psicológica y nutricional de los pacientes a lo largo del tratamiento.

Método de estudio

Una vez seleccionada la muestra se recogió información sobre la evolución psicológica y nutricional, tomando los datos que pudieran explicar la ganancia de peso: diagnóstico (DSM-IV), medicación (sí/no), número de ingestas al día (1-5), número de platos en cada comida (1-3), consumo de pan (sí/no/a veces) y postre en las comidas (sí/no/a veces), existencia de picoteo (sí/no) y tipo (dulce/salado/ambos), frecuencia de atracones (semanal), presencia de ingesta nocturna (sí/no), percepción acerca de la cantidad de comida servida (mucho/poco/normal) y presencia de conductas compensatorias, como ejercicio regular (sí/no), toma de diuréticos o laxantes (sí/no) y presencia de vómitos (sí/no). También se recogieron otros datos como la tendencia a bajar el IMC durante el tratamiento y la presencia o no de patologías físicas y psiquiátricas asociadas.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) para comprobar la influencia de los distintos factores en el aumento del IMC. Se consideraron variables independientes el tipo de diagnóstico de TCA, la presencia de atracones, la existencia de picoteo (tomar una ligera porción de un alimento o cosa comestible entre comidas²³) e ingesta nocturna, toma de pan y postre, práctica de conductas compensatorias (ejercicio, vómitos y uso de laxantes), toma de medicación, toma de dos platos en cada comida, percepción de la cantidad de comida ingerida, número de ingestas al día y tipo de picoteo. En la primera variable se tuvieron en cuenta los distintos diagnósticos de TCA, y las siguientes 7 variables fueron dicotomizadas (sí/no). Con respecto a las tres últimas la percepción de la cantidad de comida en el plato se analizó mediante los valores mucho/poco/normal, el número de ingestas diarias mediante 1, 2, 3, 4 o 5 respectivamente y el tipo de picoteo se analizó mediante los valores dulce/salado/ambos. La variable dependiente elegida fue el IMC máximo alcanzado durante el tratamiento. Para las variables categóricas se llevó a cabo la prueba de Chi cuadrado. Los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Los datos se analizaron mediante la aplicación estadística SPSS (v. 16).

Resultados

Los diagnósticos más relacionados con un IMC ≥ 25 fueron la bulimia nerviosa (33,33%) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) (58,85%), que incluye el trastorno por atracón.

Con respecto a los factores que influyen en el IMC máximo alcanzado se observa que las variables diagnóstico (TCANE), número de ingestas al día (≤ 3 ingestas), presen-

cia de picoteo y ausencia de ejercicio regular influyen significativamente en el desarrollo de sobrepeso u obesidad, siendo las que dan lugar a un mayor IMC a lo largo de la evolución del TCA (tabla 1).

En cuanto a los TCA que originan un mayor IMC en los pacientes (BN y TCANE), no hay diferencias significativas en la tendencia a disminuir dicho IMC durante el tratamiento, al igual que ocurre con las patologías físicas y psiquiátricas asociadas. Sin embargo, se observa una diferencia significativa entre ambos diagnósticos en picoteo, toma de dos platos y pan en las comidas y realización de ejercicio físico. Los pacientes con BN picotean menos entre comidas (51,56%), no toman habitualmente pan en las mismas (70,27%), generalmente no toman dos platos en cada comida (50,58%) y habitualmente no realizan ejercicio físico (76,56%). Por otra parte, los pacientes con TCANE picotean más (83,18%), toman con más frecuencia pan en las comidas (24,70%), generalmente sus comidas se componen de dos platos (50,58%) y realizan menos ejercicio físico (90,17%) (tabla 2).

En relación con otros factores analizados la toma de medicación, la presencia de atracones o de ingesta nocturna, la cantidad percibida de alimento, la utilización de conductas compensatorias o el número de platos en cada comida, así como el consumo de pan y postre, no parecen influir significativamente en el desarrollo de sobrepeso u obesidad en estos pacientes.

Discusión

En concordancia con estudios previos^{7-10,13-16} el sobrepeso y la obesidad pueden presentarse a lo largo de la evolución de los TCA, siendo más frecuente en la BN y el TCANE^{13,17,22}. Del total de pacientes con sobrepeso u obesidad un 33,33% tenía un diagnóstico de BN y un 58,85% de TCANE, prevalencia que se empieza a observar en niños obesos^{15,16}.

Este tipo de trastornos continúa siendo menos frecuente en los hombres, aunque el trastorno por atracón está presente en un 25-33%¹⁷ e incluso en un 50%²⁴. En el presente estudio esta prevalencia es menor, dado que de todos los pacientes con TCANE un 15% son hombres, y de los diagnosticados de bulimia un 10,94%, siendo la proporción hombres/mujeres afectados 1:9, lo que sí coincide con estudios previos^{24,25}.

Por otra parte, estos pacientes muestran conductas alejadas de las recomendaciones de hábitos saludables, algo similar a lo que ocurre en gran parte de la población actual. Se confirma así que el deterioro de hábitos alimentarios, tan frecuente en la sociedad actual, también contribuye en estos trastornos al desarrollo de obesidad. Ciertos hábitos, como la realización de 5 ingestas, no comer entre horas, tomar primer plato, segundo plato, pan y postre y completar la actividad diaria con ejercicio físico parecen haber perdido interés en la actualidad²⁶ en favor de otros comportamientos menos saludables.

Por otro lado, dado que la obesidad está estrechamente relacionada con aspectos psicosociales⁷, con trastornos afectivos¹⁴ y con la llamada ingesta “emocional” en los casos de trastorno por atracón¹⁸, es necesaria una intervención psicológica, además de nutricional, es decir, un trata-

Tabla 1 ANOVA. Factores que influyen en el índice de masa corporal (IMC) máximo de los pacientes

	IMC máximo	F	P
Diagnóstico			
BN	30,53	4,53	< 0,01
TCANE	34,31		
Picoteo			
Sí	34,05	14,66	< 0,01
No	29,45		
Ingestas al día			
3	36,18	2,39	< 0,05
4	31,23		
5	31,88		
Ejercicio			
Sí	29,73	5,92	< 0,05
No	33,42		

Tabla 2 Prueba de Chi cuadrado. Conductas en bulimia nerviosa (BN) y TCANE

	BN (%)	TCANE (%)	Chi cuadrado	p
Picoteo	51,56	83,18	20,16	< 0,001
Pan en las comidas				
Sí	5,40	24,70	6,87	< 0,05
No	67,56	48,23		
A veces	27,02	27,05		
Dos platos				
Sí	10,81	28,23	5,24	< 0,05
No	70,27	50,58		
A veces	18,91	21,17		
Ejercicio físico				
Sí	23,43	9,82	3,27	< 0,05
No	76,56	90,17		

miento interdisciplinario¹⁸ para el correcto abordaje de un TCA con sobrepeso u obesidad asociados. De hecho, la recomendación de una dieta hipocalórica puede ser altamente perjudicial, perpetuando episodios de ingesta compulsiva¹⁸ y el sobrepeso o la obesidad.

En el tratamiento de los TCA es necesario tener en cuenta aspectos nutricionales y psicológicos para una total recuperación del paciente, siendo esencial tratar aspectos afectivos, la autoestima o la baja autonomía, lo que contribuye, de no hacerlo, al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos^{7,11}, así como a cambios de diagnóstico¹². En cuanto al aspecto nutricional es fundamental la promoción de hábitos saludables como la realización de 5 ingestas al día, evitar el picoteo entre horas, respetar la estructura de almuerzo y cena (primer plato, segundo plato, pan y postre), hacer ejercicio de forma regular y llevar a cabo una alimentación

completa, equilibrada y variada²⁶. La educación nutricional, como parte del protocolo de intervención de estos trastornos, más allá de la simple información, pretende modificar la conducta alimentaria hacia patrones más saludables²⁷. Así, junto al seguimiento médico y psicológico, puede resultar útil, consiguiendo cambios beneficiosos en los hábitos alimentarios de los pacientes, incrementando la variedad de comida, fomentando el ejercicio físico de forma moderada²⁸, mejorando la distribución de las comidas a lo largo del día o el tiempo dedicado a comer²⁷. De hecho, se ha observado que tras la intervención nutricional en pacientes con bulimia y TCANE hay una tendencia hacia la normalización del sobrepeso y la obesidad asociados, con un aumento del porcentaje de hidratos de carbono consumidos, lo que es de suma importancia para la disminución de los atracones²⁷. En la BN el consejo nutricional debe ir orientado a conseguir una alimentación regular estructurada, pero no rígida, para ayudar a reducir el deseo de restringir el consumo, y con esto la posibilidad de atracones. Uno de los objetivos principales es aprender a diferenciar las sensaciones de hambre, apetito y saciedad para saber actuar correctamente ante ellas. De hecho, se ha demostrado la eficacia de un programa de educación nutricional incluido en el tratamiento, ya que mejora las actitudes y comportamientos con respecto a la comida, los episodios bulímicos (atracones, vómitos), los pensamientos acerca de la comida y el auto-control sobre la ingesta²⁷.

Desde el abordaje nutricional señalado ciertos grupos de alimentos están recomendados en estos pacientes por su interés nutricional, así como el pescado azul o los frutos secos (tabla 3)^{29,30}. Es conveniente informar sobre dichas propiedades nutricionales, así como sobre las formas de tomar los alimentos, las técnicas culinarias y los condimentos que pueden ser de utilidad para estos pacientes (tabla 4)^{29,30}.

Además de las recomendaciones nutricionales incluidas en el tratamiento de los pacientes con TCA que cursan con sobrepeso u obesidad, son necesarias ciertas indicaciones conductuales que ayuden al cumplimiento de dichas recomendaciones (tabla 5)^{29,30}.

Los objetivos que se persiguen con la educación dietético-nutricional son fundamentar y ampliar conocimientos básicos sobre la enfermedad y su tratamiento por medio de la alimentación, modificar hábitos erróneos, dar las herramientas al paciente para confeccionar su propia dieta de forma saludable y así conseguir mantener un peso estable y beneficioso para su salud³⁰. En un programa de intervención nutricional es necesario considerar algunos puntos básicos (grupos de alimentos y composición), aclarar y fundamentar mitos erróneos sobre la alimentación, dar pautas para una dieta equilibrada y saludable, aconsejar sobre técnicas culinarias y dar estrategias dietéticas para modificar la conducta alimentaria y los hábitos alimentarios erróneos³⁰.

En futuros estudios sería necesario valorar la tendencia a la presencia de obesidad en los pacientes con TCA debido a la morbilidad asociada a esta patología. Durante mucho tiempo se ha advertido de los peligros de la desnutrición y del mantenimiento de un bajo peso, así como el constante seguimiento de dietas y la percepción negativa de la imagen corporal en la evolución de los TCA (como

elementos perpetuantes), sin considerar prioritario el papel que el sobrepeso o la obesidad aparecidos durante la evolución podrían desempeñar en su pronóstico.

También es necesario considerar que la prevención del sobrepeso-obesidad constituye una forma de prevenir los TCA, dado el papel que, como factor de riesgo, tiene el exceso de peso en la adolescencia de cara a precipitar dietas hipocalóricas y otras conductas de riesgo³¹. En los programas de prevención del sobrepeso-obesidad es necesario incluir la educación nutricional, centrada en promocionar cambios en el estilo de vida, hábitos saludables de alimentación y aumento de la actividad física^{27,32}.

En cuanto a algunas limitaciones del estudio y posibles puntos de interés en el futuro, sería necesario comprobar mejor el efecto de los distintos psicofármacos (frecuentemente utilizados en los TCA) en el aumento de peso. Sería importante considerar una mayor muestra de varones para poder establecer posibles diferencias de sexo en relación con la evolución ponderal durante el tratamiento y, finalmente, analizar hábitos alimentarios familiares como posible factor a considerar en la ganancia ponderal de estos pacientes.

Tabla 3 Pautas nutricionales para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que cursan con sobrepeso u obesidad. Estructura de las comidas

Dietas hipocalóricas por encima de 1.200 kcal, variadas y limitando alimentos con alto poder energético: 55-60% hidratos de carbono, 30% de grasas y 10-12% proteínas Evitar el exceso de grasa: parte visible en las carnes y la piel antes del cocinado; preferencia por el pescado azul, las carnes magras y los lácteos semidesnatados o desnatados Hacer 5 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena (20-25%, 5-10%, 30-35%, 10-15% y 25-30% de la ingesta total, respectivamente) Aprender a distinguir entre sensación de hambre y saciedad Desayuno: lácteo + farináceo + fruta Media mañana y merienda: fruta (ocasionalmente lácteos, frutos secos o algún farináceo) Almuerzo y cena: primer y segundo plato, pan y postre (fruta) Pan, cereales, pasta, arroz y patatas: 4-6 raciones al día Verduras y hortalizas: dos al día (recomendable una ración cruda al día) Frutas: 3 al día Leche y derivados lácteos: 2-3 al día Carne magra, pescado, huevos, legumbres y frutos secos: 2 al día Aceite: 3-4 raciones al día Ocasionalmente (de una a dos veces por semana): carnes grasas, embutidos y dulces

Tabla 4 Grupos de alimentos, técnicas culinarias y condimentos recomendados en el tratamiento nutricional

Fomentar el consumo de pescado, fuente de proteínas de alto valor biológico, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la familia n-3 (EPA y DHA). Es especialmente recomendable el pescado azul.

Tomar frutas con piel, cereales enteros y legumbres (aumentan la sensación de saciedad). Combinar cereales, legumbres y féculas con verduras para obtener platos de mayor volumen.

Los frutos secos (nueces, almendras, pistachos, avellanas) son importantes, dado su alto contenido en ácidos grasos insaturados omega 3 y omega 6, vitaminas, minerales y antioxidantes. El consumo debe ser moderado, por su alto valor energético.

Utilizar técnicas culinarias poco grasas. Moderar las frituras, los rebozados, los empanados, los estofados y los guisos grasos.

Utilizar condimentos suaves y aromáticos, no excitantes del apetito. Moderar el consumo de sal y azúcares. Utilizar edulcorantes no nutritivos o acalóricos. Es preferible la utilización de aceite de oliva virgen como grasa de condimento (3-4 cucharadas al día).

Consumir alimentos de consistencia dura para disminuir la sensación de ansiedad, como ensaladas de hortalizas y verduras crudas.

Tabla 5 Pautas psicológicas y conductuales para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con sobrepeso/obesidad asociados

Horario regular de comidas, con duración predeterminada de las mismas: 15-20 minutos en el desayuno, a media mañana y en la merienda y 30-40 minutos en el almuerzo y en la cena. Comer sentado.

Retirar la fuente de la mesa una vez se haya servido.

Evitar distracciones durante las comidas.

Comer en familia.

Planificar las comidas con antelación.

No encargarse de comprar la comida, si es posible, al principio del tratamiento. Si es necesario escribir una lista y llevar el dinero justo. No hacer la compra antes de comer.

Preparar una lista de actividades a realizar que ayuden a evitar el picoteo. Pasear.

Aprender técnicas de relajación para evitar la sensación de ansiedad que conduce a la sobreingesta.

Anotar en un registro de comidas todo lo que el paciente toma durante el día.

Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, dado su alto poder energético sin valor nutritivo.

Emplear platos de postre para los alimentos más energéticos.

Tomar 1,5-2 litros/d de agua.

Hacer ejercicio físico de forma regular. Aumentar el gasto procedente de la actividad física cotidiana: subir las escaleras o ir andando a comprar.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization Europe. 10 things you need to know about obesity. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
3. Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J, et al. Obesidad y riesgo cardiovascular. Estudio DORICA. Madrid: Panamericana; 2004. p. 125-6.
4. Aranceta J, Serra-Majem LL, Foz M, Moreno B y grupo colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005;125(12):460-6.
5. IOTF. The global challenge of obesity and the International Obesity Task Force. Disponible en: <http://www.iuns.org/features/obeity/tabfig.htm> (consultado el 20 de mayo de 2004).
6. Serra-Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc). 2003;121(19):725-32.
7. Jáuregui I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona: Grafema; 2006.
8. Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson; 1998.
9. Kasset JA, Gwirtsman HE, Kaye WH, Brandt HA, Jimerson DC. Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. Am J Psychiatry. 1988;145(10):1287-8.
10. Liedtke R, Jäger B, Künsebeck HW, Buhl R, Kersting A. Bulimia with and without a history of anorexia-variants or entities? Psychother Psychosom Med Psychol. 1990;40(8):271-7.
11. Aranceta J, Pérez C. Antecedentes históricos y epidemiología nutricional de los trastornos alimentarios. En: Miján de la Torre A, editor. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 39-55.
12. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fircher MM, Halmi KA, Kaplan AS, et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. Am J Psychiatry. 2005;162(4):732-40.
13. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(7):659-65.
14. Velasco JL, Martín de la Torre E. Clasificación de los trastornos de la alimentación. La obesidad como trastorno de la alimentación. En: Miján de la Torre A, editor. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 57-69.
15. Claus L, Braet C, Decaluwé V. Dieting history in obese youngsters with and without disordered eating. Int J Eat Disord. 2006;39(8):721-8.
16. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, et al. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. J Child Psychol Psychiatry. 2005;46(4):385-93.
17. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. Int J Eat Disord. 1992;11:191-203.
18. Martínez C, Gómez P. Tratamiento dietético en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Miján de la Torre A, editor. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 289-303.
19. Lingswiler VM, Crowther JH, Stephens MA. Emotional reactivity and eating in binge eating and obesity. J Behav Med. 1987;10(3):287-99.
20. Marcus MD, Moulton MM, Greeno CG. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. Addict Behav. 1995;20(6):747-55.
21. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2002;128(5):825-48.

22. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK, McConaha CW, Bolton B. Amount of calories retained after binge eating and vomiting. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):969-71.
23. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa; 2001.
24. Jáuregui I. La cárcel del cuerpo. Guía útil para conocer los trastornos alimentarios. Barcelona: Grafema; 2008.
25. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Martínez Roca; 1996.
26. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos Conduct Aliment*. 2009(9):956-72.
27. Loria V, Gómez C, Lourenço T, Pérez A, Castillo R, Villarino M, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):558-67.
28. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC); 2006. Disponible en: www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_12.aspx
29. Jáuregui I. El pequeño gran libro de la alimentación. Cómo comer para sentirte bien. Córdoba: Almuzara; 2009. p.160-8.
30. Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. Navarra: EUNSA; 2004. p. 543-61.
31. Babio N, Canals J, Pietrobelli A, Pérez S, Arija V. A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutr Hosp*. 2009;24(4):485-91.
32. Bin Zaal AA, Musaiger AO, D'Souza R. Dietary habits associated with obesity among adolescents in Dubai, United Arab Emirates. *Nutr Hosp*. 2009;24(4):437-44.